



Fehlzeitenreport 2022

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten
in Österreich

Christine Mayrhuber, Benjamin Bittschi

EDV: Georg Böhs

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl,

Lydia Grandner

November 2022

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Fehlzeitenreport 2022

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Christine Mayrhuber, Benjamin Bittschi

November 2022

**Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
Im Auftrag von Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer Österreich,
Dachverband der Sozialversicherungsträger**

Begutachtung: Stefan Angel

EDV: Georg Böhs

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl, Lydia Grandner

Die gesundheitlich bedingten Fehlzeiten in Österreich waren 2021 trotz steigender Beschäftigungszahlen rückläufig: Die unselbständig Beschäftigten verbrachten 2021 in Österreich durchschnittlich 12,3 Kalendertage im Krankenstand. Krankheiten reduzierten das gesamte Arbeitsvolumen um 3,4% nach 3,5% im Pandemiejahr 2020. Relativ mehr Erwerbstätige waren von einem Krankenstand betroffen, die Dauer der Krankenstände je Krankheitsfall sank jedoch um über einen Tag auf durchschnittlich 10,3 Tage. Atemwegserkrankungen verzeichneten gegenüber dem Vorjahr einen Rückgang, zugenommen haben die sonstigen Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen sowie die psychischen Erkrankungen. Im Sondermodul zu den Krankenständen im Zusammenhang mit COVID-19-Diagnosen zeigen sich deutliche sozioökonomische und regionale Unterschiede. Eine verbesserte Gesundheit der Beschäftigten hätte kostendämpfende Effekte für das Gesundheitswesen wie auch für die Wirtschaft.

2022/4/S/WIFO-Projektnummer: 22038

© 2022 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung,
1030 Wien, Arsenal, Objekt 20 • Tel. (+43 1) 798 26 01-0 • <https://www.wifo.ac.at/> • Verlags- und Herstellungsort: Wien

Verkaufspreis: 70 € • Kostenloser Download: <https://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/69809>

Fehlzeitenreport 2022

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Christine Mayrhuber, Benjamin Bittschi

INHALTSVERZEICHNIS	SEITE
Hauptergebnisse	I
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	8
1.4 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten	10
1.5 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag	16
1.6 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung	21
1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht	21
1.6.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter	23
1.6.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche	31
1.6.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst	38
1.7 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung	42
1.8 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen	48
1.9 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle	55
1.9.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle	56
1.9.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche	58
2. Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19-Erkrankungen	63
2.1 Datengrundlage	63
2.2 Fallzahlen der COVID-19-Krankenstände 2020 und 2021	64
2.3 Dauer von COVID-19-Krankenständen	66
2.4 Geschlecht	67
2.5 Alter	68
2.6 Sozialrechtliche Stellung	70
2.7 Einkommensgruppen	71
2.8 Bundesländer	73
2.9 ÖNACE-Wirtschaftsklassen	75
3. Kostenschätzung der betrieblichen Fehlzeiten	79
3.1 Kosten und Nutzen von Gesundheit	79
3.2 Kostenkomponenten des Krankenstands	81
3.2.1 Die Entgeltfortzahlung	82
3.2.2 Krankengeld	84

3.2.3	Behandlungs- und Verwaltungskosten	84
3.2.4	Indirekte kurzfristige Kosten (Wertschöpfung) von Arbeitsausfällen	87
3.2.5	Indirekte langfristige Kosten von Arbeitsausfällen	89
3.3	Zusammenfassung der direkten und indirekten Kosten der Krankenstände 2021	90
	Literaturhinweise	93
	Anhang A: Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände	98
	Anhang B: Bezeichnungen der ÖNACE-Wirtschaftsklassen	108
	Anhang C: Berechnung der Kosten der betrieblichen Fehlzeiten	109

VERZEICHNIS DER ÜBERSICHTEN

	SEITE
Übersicht 1.1: Verwendete Begriffe und Indikatoren	4
Übersicht 1.2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999	11
Übersicht 1.3: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht	34
Übersicht 1.4: Krankenstandskennzahlen der Bundesbediensteten	40
Übersicht 1.5: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	45
Übersicht 1.6: Normierung der Krankenstandsquote	46
Übersicht 1.7: Krankheitsgruppenstatistik	49
Übersicht 2.1: COVID-19-Fallzahlen zum Krankenstandsgeschehen, 2020 und 2021	65
Übersicht 3.1: Kostenkomponenten des Krankenstandes nach Kostenstelle	81
Übersicht 3.2: Schätzung der Behandlungskosten für unselbständig Beschäftigte, 2021	86
Übersicht 3.3: Schätzung der Kosten von Krankheiten und Unfällen unselbständig Beschäftigter, 2020 und 2021	91
Übersicht A1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten	98
Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung	100
Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen	102
Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht	104
Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt	106
Übersicht A6: Abkürzungen und Bezeichnungen der ÖNACE-Wirtschaftsklassen	108

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

	SEITE
Abbildung 1.1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte bzw. Versicherten	6
Abbildung 1.2: Anteil der Erkrankten an den Versicherten	9
Abbildung 1.3: Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte bzw. Erkrankten sowie der Tage je Krankenstandsfall	9
Abbildung 1.4: Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf	12
Abbildung 1.5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Arbeiterinnen und Arbeiter	14
Abbildung 1.6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte	15
Abbildung 1.7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte	15
Abbildung 1.8: Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis	17
Abbildung 1.9: Krankenstandsbestand auf Monatsbasis	18
Abbildung 1.10: Beginn des Krankenstands nach Wochentag	19
Abbildung 1.11: Ende des Krankenstands nach Wochentag	20
Abbildung 1.12: Krankenstandsquote nach Geschlecht	22
Abbildung 1.13: Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter	25
Abbildung 1.14: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht	25
Abbildung 1.15: Krankenstandsfälle je Versicherte bzw. Versicherten und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht	26
Abbildung 1.16: Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen	27
Abbildung 1.17: Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen	27
Abbildung 1.18: Versichertenstruktur nach Altersgruppe	29
Abbildung 1.19: Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht	33
Abbildung 1.20: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppe	38
Abbildung 1.21: Krankenstände nach Bundesländern	43
Abbildung 1.22: Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern	44
Abbildung 1.23: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen	52

Abbildung 1.24:	Entwicklung der Krankenstandstage von psychischen Krankheiten als Anteil an allen Krankenstandstagen	53
Abbildung 1.25:	Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten	57
Abbildung 1.26:	Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht	59
Abbildung 1.27:	Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen	59
Abbildung 1.28:	Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)	61
Abbildung 1.29:	Unfallquote nach Betriebsgröße	62
Abbildung 2.1:	Dauer von COVID-19-Krankenständen, 2020 und 2021	67
Abbildung 2.2:	Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Geschlecht, 2020 und 2021	68
Abbildung 2.3:	Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Altersgruppen, 2020	69
Abbildung 2.4:	Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Altersgruppen, 2021	69
Abbildung 2.5:	Dauer von COVID-19-Krankenständen nach sozialrechtlicher Stellung, 2020	70
Abbildung 2.6:	Dauer von COVID-19-Krankenständen nach sozialrechtlicher Stellung, 2021	71
Abbildung 2.7:	Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Einkommensvierteln, 2020	72
Abbildung 2.8:	Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Einkommensvierteln, 2021	73
Abbildung 2.9:	Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Bundesländern, 2020	74
Abbildung 2.10:	Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Bundesländern, 2021	75
Abbildung 2.11:	Dauer von COVID-19-Krankenständen nach ÖNACE ¹⁾ , 2020	77
Abbildung 2.12:	Dauer von COVID-19-Krankenständen nach ÖNACE ¹⁾ , 2021	78
Abbildung 3.1:	Systematik zur Erfassung unterschiedlicher Komponenten von Krankheitskosten	80
Abbildung 3.2:	Entwicklung der Entgeltfortzahlung in Relation zu den Arbeitnehmer:innenentgelten, Krankengeld und Krankenstandsquote, 1980 bis 2021	83
Abbildung 3.3:	Pro-Kopf-Aufwendungen im öffentlichen Gesundheitswesen nach Altersgruppen, 2018	85

Hauptergebnisse

Das Krankenstandsgeschehen in Österreich

Nach dem außergewöhnlichen Pandemiejahr 2020, mit rückläufigem Beschäftigungsniveau und mit einer durch räumliche Distanzierung mitbestimmten Krankheitslast, verzeichnete die *Krankenstandsstatistik 2021* gegenüber dem Vorjahr nur eine geringfügige Änderung der gesundheitsbedingten Fehlzeiten in der österreichischen Wirtschaft. Die Zahl der Krankenstandstage blieb beinahe konstant (-0,3%), während die Zahl der Versicherten um 2,8% anstieg. Die unselbständig Beschäftigten verbrachten im Jahresverlauf durchschnittlich 12,3 Kalendertage im Krankenstand, um 3,1% weniger als 2020 (12,7 Tage). Die **Krankenstandsquote**, die Relation der Krankenstandstage zum gesamten Arbeitsvolumen als Indikator für den Verlust an Arbeitszeit, reduzierte sich auf 3,4%. Der Anteil der Versicherten, die 2021 mindestens einmal im Krankenstand waren, stieg von 56,8% (2020) auf 57,4% an, die Krankenstandstage je Krankheitsfall gingen von 11,7 auf 10,3 Tage zurück.

Im Jahr 2021 wirkten unterschiedliche Effekte auf das Krankenstandsgeschehen: Zum einen gab es einen deutlichen Rückgang bei den Atemwegserkrankungen als Folge der Maßnahmen in Bezug auf Hygiene und Distanzierung der Menschen. Atemwegserkrankungen treten im Allgemeinen häufig auf, haben aber einen eher kurzen Verlauf. Zum anderen nahm der Anteil der Krankenstandstage bei psychischen Erkrankungen und der übrigen Ursachen, denen COVID-19-Erkrankungen zugerechnet werden, zu.

Aufgrund der meldetechnischen 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: 2021 dauerten 45,3% aller erfassten Krankenstandsfälle weniger als vier Tage. Gemessen an der Summe der Krankenstandstage ist ihr Gewicht aber gering (8,6% aller krankheitsbedingten Fehlzeiten), weshalb ihre Untererfassung die Statistik nicht stark verzerrt. Längere Krankenstandsepisoden sind selten – nur 13,1% aller Fälle dauerten 2021 länger als zwei Wochen. Dennoch verursacht diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten (64,4%).

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 noch durchschnittlich 15,2 Tage pro Kopf, 2000 waren es 14,4 Tage. In den vergangenen zehn Jahren schwankte die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf zwischen 12,3 und 13,3. Dieser längerfristige Rückgang ist nicht durch einen einzelnen Faktor erklärbar. Einerseits wirken die Reduktion der Arbeitsunfälle und die Verschiebung der Wirtschaftsstruktur in Richtung Dienstleistungen dämpfend auf die Entwicklung der Fehlzeiten. Andererseits dürften auch andere langfristige Trends wie die Erhöhung der Teilzeitbeschäftigung und die Zunahme von atypischen Beschäftigungsverhältnissen die Krankenstandsquote gebremst haben.

Muskel-Skelett-Erkrankungen und Atemwegserkrankungen sind die am weitesten verbreiteten Krankheitsgruppen, der Anteil der psychischen Erkrankungen ist nach einer Stagnation zuletzt wieder 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 42,6% der Krankenstands-fälle und 36,9% aller Krankenstandstage. Der Anteil der Verletzungen an den Krankenstandsdiagnosen nahm dagegen in den vergangenen Jahrzehnten ab. Er betrug 2021 16,9%, 2004 waren es noch 21% und 1994 fast 23%. Weiter fortgesetzt hat sich auch der langfristig rückläufige Trend in der Zahl der **Arbeitsunfälle**. 2021 lag die Unfallquote bei 272 je 10.000 Versicherte und erreichte damit – nach dem Jahr 2020 – den tiefsten Stand seit 1974. Gegenüber dem niedrigen Niveau von 2020 gab es einen Anstieg der Unfallquote von 240 auf 272. 1974 waren statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2021 war es nur 2,7%. Der Rückgang der Unfallquote fiel bei männlichen Arbeitern besonders stark aus, wodurch sich die Differenz zwischen Arbeiterinnen bzw. Arbeitern und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte verringerten.

Die Zahl der **psychisch bedingten Krankenstände**, die in einer langfristigen Betrachtung kontinuierlich zugenommen hat, blieb zwischen 2012 und 2018 annähernd konstant, seither zeigt sich wieder ein starker Anstieg. Psychische Erkrankungen waren 2021 für 3,2% aller Krankenstands-fälle verantwortlich, machten allerdings 11,4% aller Krankenstandstage aus. Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen für das gesundheitliche Wohlbefinden der Erwerbsbevölkerung lässt sich allerdings nur schwer aus den Krankenstandszahlen ablesen. Einerseits dürfte das verstärkte Auftreten von psychischen Krankheitsursachen in der Statistik in erheblichem Ausmaß auf eine wachsende Sensibilisierung für psychische Krankheiten aber auch adäquateres Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten 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 stärkeren Verbreitung psychischer Erkrankungen in der Erwerbsbevölkerung auszugehen, als sie bisher in der Statistik der Krankenstände sichtbar wurde.

Fehlzeiten sind nach wie vor nach sozialrechtlicher Stellung unterschiedlich ausgeprägt, es zeigt sich allerdings eine Verringerung der Unterschiede zwischen Arbeiterinnen bzw. Arbeitern und Angestellten.

Der Unterschied in der Krankenstandsquote nach **sozialrechtlicher Stellung** bleibt ausgeprägt, er hat sich in den letzten Jahren eindeutig verkleinert. 2021 verbrachten die Arbeiterinnen und Arbeiter laut Statistik mit 15,9 Tagen um 57% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten, die durchschnittlich 10,1 Tage krankgeschrieben waren. Zu Beginn der 1990er-Jahre verzeichneten

Arbeiter und 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 ausgeprägten Rückgang der Krankenstände.

Im **öffentlichen Sektor** liegen nur für die Bediensteten des Bundes Krankenstandsdaten vor, die jüngsten verfügbaren Werte beziehen sich auf 2020. Unter Ausschluss der Kurzkrankenstände lag die Krankenstandsquote der Beamtinnen, Beamten und Vertragsbediensteten des Bundes im Jahr 2020 um 4,0% über jener der Arbeiterinnen bzw. Arbeiter und Angestellten. Im Vergleich zu den Angestellten und in einer altersstandardisierten Betrachtung lagen die Krankenstände im Bundesdienst 16,8% höher als im ASVG-Bereich. Beim Bundespersonal fällt 2018 zudem pro Kopf eine höhere Anzahl an Kurzkrankenständen als bei den Arbeitern bzw. 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 oder welchen Effekt die unterschiedliche Altersstruktur der beiden Sektoren hat.

Frauen verbringen aktuell 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 in der Vergangenheit dar. Bis 2008 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. 2021 verbrachten Frauen im Durchschnitt 9,5% mehr Tage im Krankenstand als Männer (Frauen: 13,0 Tage, Männer: 11,8 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 25. 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.

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, 2021 waren dort die Beschäftigten im Schnitt nur 10,8 Tage im Jahr krank. Die Gesundheitskasse verzeichnete in Niederösterreich mit 13,9 Tagen die höchsten Krankenstände, gefolgt von der Steiermark und Oberösterreich mit 13,2 bzw. 13,0 Tagen. Die Wirtschaftsstruktur kann einen Teil dieser Unterschiede erklären, erwartungsgemäß haben Bundesländer mit einem industriellen Schwerpunkt (wie z. B. Oberösterreich) höhere, solche mit einem großen Dienstleistungssektor tendenziell niedrigere Krankenstandsquoten. Es ist aber davon auszugehen, dass neben der Wirtschaftsstruktur auch zahlreiche andere Bestimmungsgründe (z. B. Altersstruktur der Beschäftigten, Anteil an Teilzeitbeschäftigung, gesundheitlicher Zustand der Bevölkerung, Arbeitsmarktlage, Verhalten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte usw.) die regionalen Krankenstandsunterschiede verursachen.

Das COVID-19-Krankenstandsgeschehen

Die Jahre 2020 und 2021 wurden vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie einer detaillierten Analyse unterzogen. 2020 verzeichnete einen hohen Rückgang der Krankenstandstage, bei gleichzeitigem Rückgang – wenn auch etwas schwächer – der Zahl der Beschäftigten. 2021 blieb die Zahl der Krankenstandstage etwa auf dem Niveau von 2020, jedoch verzeichnete die Zahl der Beschäftigten einen Anstieg. Daraus resultiert der Rückgang der Krankenstandsquoten in beiden Jahren.

Die von der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) für den Fehlzeitenreport zur Verfügung gestellten anonymisierten Individualdaten über die Krankenstandsdiagnosen entlang der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten ICD-10 bilden die Grundlage der Analysen. Im Jahr 2020 wurden zwei Schlüsselnummern eingeführt: U07.1 "COVID-19, Virus nachgewiesen" und U07.2 "COVID-19, Virus nicht nachgewiesen. 2021 kamen weitere drei Diagnosen dazu U09.9 "Post-COVID-19-Zustand", U12.9 "Unerwünschte Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen", U10.9 "Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet".

Allerdings kam in diesen beiden Jahren – erstmals seit dem Erscheinen des Fehlzeitenreports – die Absonderung und Verkehrseinschränkung von krankheits- oder ansteckungsverdächtigen Personen gemäß Epidemiegesetz 1950 (EpiG) zur Anwendung. Bescheidmäßig abgesonderte unselbständig Erwerbstätige, d. h. Personen in Quarantäne, sind in den Daten der ÖGK nicht erfasst, sondern nur jene mit einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung nach dem Zeitraum der behördlichen Absonderung. Auch hängt die Aussagekraft der im Fehlzeitenreport festgestellten Befunde von der Erfassungsqualität und damit u. a. von der Praxis der Diagnosemeldungen ab, wobei es in Österreich keine einheitlich verpflichtende Diagnosedokumentation gibt.

Für die Erfassung und Kodierung von COVID-19-Krankenständen gibt es keine einheitlichen Vorgaben und Diagnosedokumentationen.

Entlang der fünf Krankheitsgruppen im Zusammenhang mit COVID-19, die erst für 2021 vorhanden sind, zeigt sich folgendes Bild: Den größten Anteil an den **Fallzahlen** des Krankenstandgeschehens 2021 nahmen mit 66% die unerwünschten Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen ein (ICD-10-Kodierung U129). Dabei handelt es sich um Fehlzeiten, die im Schnitt 2,4 Tage dauerten und rund ein Drittel der COVID-19-Fehltage einnahmen. Mit rund 16% der Fallzahlen war die Diagnose U072 "Virus nicht nachgewiesen" (Diagnose via klinisch-epidemiologisches Verfahren, ohne Laborbefund) für die Krankenstände verantwortlich. Die nachgewiesenen Viruserkrankungen hatten einen Anteil von 9% an den COVID-19-Krankenstandsfällen.

Die **durchschnittliche Dauer** bei nachgewiesenen COVID-19-Krankenständen lag bei 13,4 Tagen und war damit um drei Tage länger als die Dauer der Krankenstandstage je Krankheitsfall über alle Diagnosen hinweg. Krankenstände mit "Virus nicht nachgewiesen" hatten mit 5,6 Tagen deutlich geringere Fehlzeiten. Unterschiede zeigen sich bei den Fehltagen zwischen **Frauen und Männern**: Über alle Diagnosen hinweg, verbrachten Frauen 13 Tage und Männer 11,8 Tage im Krankenstand, bei COVID-19-Erkrankungen war es umgekehrt: Die Abwesenheit vom Arbeitsplatz betrug bei Männern im Schnitt 14,8 Tage bei Frauen hingegen 11,7 Tage. Bei den restlichen vier COVID-19-Diagnosegruppen waren die Abwesenheitszeiten sowohl kürzer als auch zwischen den Geschlechtern ähnlich lang. Während die Krankenstandsquoten wie auch die Krankenstandstage insgesamt über die Altersgruppen einem U-förmigen Verlauf folgten, stiegen COVID-19-Fehlzeiten mit zunehmendem Alter der Erwerbspersonen linear an.

Die durchgeführte Analyse der Fehlzeiten nach **Einkommensgruppen** zeigte längere Abwesenheiten von Personen mit geringen Einkommen, Beschäftigte im unteren Einkommensviertel hatten bei einer COVID-19-Erkrankung im Schnitt um 2,5 Tage längere Abwesenheiten als Beschäftigte im oberen Einkommensviertel.

Die ausgeprägten **regionalen Unterschiede** in den Krankenstandstagen aufgrund einer COVID-19-Erkrankung reichten mit einem Maximum von durchschnittlich 18,7 Tagen in Vorarlberg bis zu einem Minimum von 8,7 Tagen in Tirol. Das könnte auf Unterschiede im Meldewesen hindeuten, da sich die Beschäftigungsstruktur in Bezug auf Alter und sozialrechtlicher Stellung in beiden Bundesländern wenig unterscheidet. Entlang der **Wirtschaftsklassen** (ÖNACE) war die Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei COVID-19-Erkrankungen in der Land- und Forstwirtschaft sowie in der Beherbergung und Gastronomie am höchsten. In den Sektoren Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen sowie Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung dauerten die Fehlzeiten weniger lang.

Direkte und indirekte Kosten der Krankenstände

Im Jahr 2021 reduzierten Krankenstände das Arbeitsvolumen der unselbständig Beschäftigten in Österreich um 3,4%. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten 2021 waren von der COVID-19-Pandemie mitgeprägt, knapp 3% aller Krankenstandstage entstanden durch COVID-19-

Erkrankungen. Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind mit direkten wie auch mit indirekten Kosten verbunden. Diese Kosten treten sowohl auf individueller als auch auf betrieblicher Ebene zu Tage, sind darüber hinaus ein wichtiger Faktor im Gesundheitswesen und wirken insgesamt auf die Volkswirtschaft eines Landes. Rückläufige Fehlzeiten und eine gute gesundheitliche Situation der unselbständig Beschäftigten reduzieren nicht nur das individuelle Leid, sondern auch die betriebs- und volkswirtschaftlichen Kosten. Die gesamtwirtschaftlichen Kosten für krankheitsbedingte Fehlzeiten setzen sich aus mehreren Komponenten zusammen.

Die **direkten Kosten** der Fehlzeiten 2021 summierten sich auf 4,25 Mrd. €. Den größten Anteil daran nahm mit 3,23 Mrd. € die Entgeltfortzahlung der Betriebe ein, dazu kamen die Zuschüsse zur Entgeltfortzahlung für Kleinbetriebe in der Höhe von knapp 113 Mio. €. Weitere 875 Mio. € leisteten die Krankenversicherung als Lohnersatzleistung in Form von Krankengeld. Diese direkten Kosten wurden zu 80% von den Betrieben und zu 20% von der Öffentlichen Hand bzw. den Sozialversicherungsinstitutionen geleistet. Die Krankheitsbehandlung bzw. die Wiederherstellung der Gesundheit sind weitere direkte Kosten, die vom Gesundheitswesen geleistet werden. Das Volumen der Gesundheitsausgaben verursacht von unselbständig Beschäftigten wurde in Bandbreiten berechnet und reichte bis zu 3% der Wirtschaftsleistung 2021, gemeinsam mit den privat getragenen Kosten beliefen sich die Behandlungskosten auf bis zu 3,8% des BIP. Zu diesen Kosten übernimmt die Krankenversicherung die Auszahlung des Krankengeldes und die Unfallversicherung einen Zuschuss zur Entgeltfortzahlung für Klein- und Mittelbetriebe, sodass sich die zurechenbaren direkten Kosten auf bis zu 4,0% der Wirtschaftsleistung summierten.

Die krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten bedeuten erhebliche Kosten für die Wirtschaft und das Sozialsystem.

Indirekte Kosten erwachsen der Sozialversicherung über entfallene Sozialversicherungseinnahmen während des Krankengeldbezugs im Ausmaß von bis zu 0,4% des BIP. Krankheitsbedingte Abwesenheiten vom Arbeitsplatz ziehen aber auch indirekte Kosten über Produktivitätsrückgänge, Kosten für Ersatzarbeitskräfte, Verwaltungskosten usw. nach sich. Wenn Arbeitsausfälle auf betrieblicher Ebene nicht durch Produktivitätsreserven kompensiert werden können, kommt es zu Wertschöpfungsverlusten. Diese Wertschöpfungsverluste wurden für 2021 mit bis zu 1,4% der Wirtschaftsleistung berechnet. Gemeinsam mit den direkten Kosten aus der Lohnfortzahlung summierten sich die direkten und indirekten betriebswirtschaftlichen und volkswirtschaftlichen Kosten auf bis zu 2,2% des BIP.

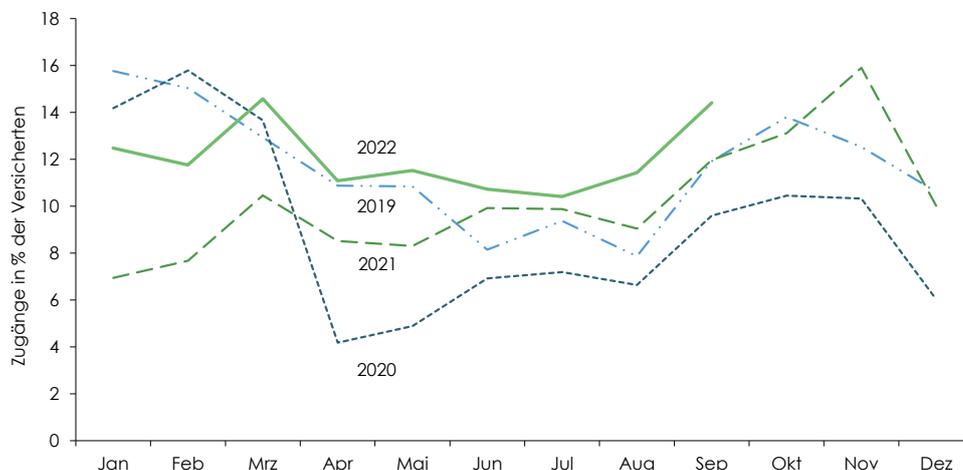
Die Höhe der direkten und indirekten Kosten im Zusammenhang mit krankheitsbedingten Fehlzeiten verdeutlicht das Potenzial, das einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten innewohnt.

Ausblick Krankenstandsgeschehen 2022

Nach zwei Jahren der Pandemiebekämpfung mit verordneten Betriebsschließungen, Hygienemaßnahmen, Homeoffice-Lösungen, räumlichen Distanzierungsmaßnahmen usw. ist das Jahr 2022 von einer Zunahme der Beschäftigungszahlen geprägt und auch von einer weitgehenden Normalisierung der Arbeitsabläufe gekennzeichnet.

Abbildung: **Monatliche Krankenstandsentwicklung der unselbständig Beschäftigten, 2019 bis 2022**

Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Im 1. Quartal 2022 lagen die Krankenstandszugänge der unselbständig Beschäftigten mit 13,9% noch deutlich unter den Werten des Krisenjahres 2020, aber auch unter jenen des konjunkturell starken Jahres 2019. Die Entwicklungen im 2. Quartal, mit einem Rückgang der Zahl der Kurzararbeitenden und einer Ausweitung der Zahl der unselbständig Beschäftigten, erhöhten die Krankenstandszugänge. Diese waren höher als im Vorkrisenjahr 2019. Die Zugänge bis einschließlich September 2022 liegen deutlich über den Werten aller drei Vorjahre. Der konjunkturelle Aufschwung ist heuer nicht – wie das Jahr 2019 – mit rückläufigen Zugängen zum Krankenstand verbunden.

Fehlzeitenreport 2022

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 gesundheits- und arbeitsmarktpolitische Zielgröße betrachtet werden, deren Rückgang positiv und wünschenswert ist. 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 kann beispielsweise der frühzeitige Erwerbsaustritt von Personen mit gesundheitlichen Problemen die Krankenstandstage reduzieren. Angesichts der Zielsetzung, die Erwerbsbeteiligung der Älteren zu steigern, und der Notwendigkeit, den demographischen Alterungsprozess der Gesellschaft durch die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit zu bewältigen, ist ein frühzeitiger Erwerbsaustritt allerdings weder wünschenswert noch nachhaltig. Dem betriebs- und volkswirtschaftlichen Nutzen, der sich kurzfristig durch die Reduktion von Fehlzeiten ergibt, stehen in so einem Fall langfristige, hohe Kosten im Gesundheits-, Sozialversicherungs- und Pensionssystem gegenüber¹⁾.

Zum anderen sind die statistisch erfassten Krankenstände auch ein Produkt des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt. Leistungsdruck und Arbeitsplatzunsicherheit können diesbezüglich das Verhalten der Beschäftigten ebenso beeinflussen wie ihre Arbeitszufriedenheit und Motivation. Eine Steigerung der aus gesundheitlicher wie ökonomischer²⁾ Sicht

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

²⁾ Wenn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer 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.

problematischen Bereitschaft der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer krank arbeiten zu gehen (das Phänomen des Präsentismus, siehe dazu Kapitel 2 in Leoni & Böheim, 2018), kann sich positiv auf die *Krankenstandsstatistik* niederschlagen. Umgekehrt können Fälle von Absentismus, also Fehlzeiten, die aus gesundheitlicher Sicht vermeidbar gewesen wären, die statistisch erfassten Krankenstände erhöhen.

Darüber hinaus wirken kurzfristige Gegebenheiten – wie die Maßnahmen zur Pandemiebekämpfung – auf das Krankenstandsgeschehen. Durch das verbreitete Arbeiten im Homeoffice könnte es zu einer Verringerung der Krankmeldungen gekommen sein, da zu Hause bei gesundheitlicher Beeinträchtigung die Arbeitsbelastung individuell passend gesteuert werden kann.

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 und Arbeitnehmer 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 und Mitarbeiter erwarten kann. Fehlzeiten sind eine Untergruppe dieser Ausfallzeiten und beziehen sich auf jene Tage, an denen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer 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 Sozialversicherungsträger (DVSV) erhoben und wurden hauptsächlich der jährlich erscheinenden *Krankenstandsstatistik* bzw. dem *Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung* entnommen. Der Beobachtungszeitraum des diesjährigen Fehlzeitenreports beträgt ein halbes Jahrhundert und reicht von 2021 bis zum Jahr 1970 zurück³⁾.

³⁾ 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.

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 (Biffl, 2002). Die Daten des Dachverbands eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2021 waren 3,49 Mio. unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 93% der unselbständig aktiv Beschäftigten in Österreich⁴). Dazu zählen nach dem ASVG neben den Arbeiterinnen, Arbeitern und Angestellten auch die Vertragsbediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Aus der *Krankenstandsstatistik* sind allerdings die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und Bergbau sowie der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter ausgenommen⁵). Ebenso nicht erfasst werden Personen mit geringfügiger Beschäftigung sowie freien Dienstverträgen.

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 stabil⁶). Zum Stichtag 1. Juli 2021 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,3% höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei Männern lag diese Differenz bei 1,0% und bei Frauen bei 1,6%. 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.
- Eine grundlegende Unschärfe ergibt sich bei der Statistik der Fehlzeiten aus der Tatsache, dass die Krankenkassen Krankenstandsfälle aufgrund einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfassen. Wenn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sich ohne Vorlage

⁴) Im Jahresdurchschnitt 2021 gab es laut DVSV 3,73 Mio. unselbständig aktiv Beschäftigte.

⁵) 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.

⁶) Durch eine jährliche Stichtagerhebung im Juli erteilt der DVSV Auskunft zum Ausmaß der Differenz zwischen Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und von beschäftigten Personen (Firzinger & Korn, 2022).

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 1.1: **Verwendete Begriffe und Indikatoren**

Begriff	Definition	Erläuterung
Krankenstandstage	Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Ausfallzeiten. Einheit: Kalendertage	
Krankenstandstage je Versicherte/n	Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Absenztage je Versicherte/n. Einheit: Kalendertage (je Versicherte/n)	Da arbeitsfreie Zeiten wie Wochenenden und Feiertage mit einbezogen werden, gibt es Abweichungen zu betrieblichen 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 *Krankenstandsstatistik* basiert seit 2010 auf einer Abgrenzung der Versicherten, in der Präsenzdienster und Kinderbetreuungsgeldbeziehende nicht als Beschäftigte gezählt werden. 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 Präsenzdienster. Jährliche Schwankungen in der Zahl dieser beiden Gruppen konnten daher die Berechnung von durchschnittlichen Krankenstandsindikatoren leicht verzerren⁷⁾. Durch diese Bereinigung ergeben sich geringere Versicherungszahlen 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.

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

Die Entwicklung der Krankenstände war im Jahr 2020 von der COVID-19-Pandemie, d. h. der weltweiten Verbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 und der damit einhergehenden Bekämpfungsmaßnahmen, geprägt. Beschäftigte, die durch die Lockdown-Maßnahmen längere Zeit ihrer Tätigkeit nicht nachgehen konnten, waren berufsbedingt einem geringeren

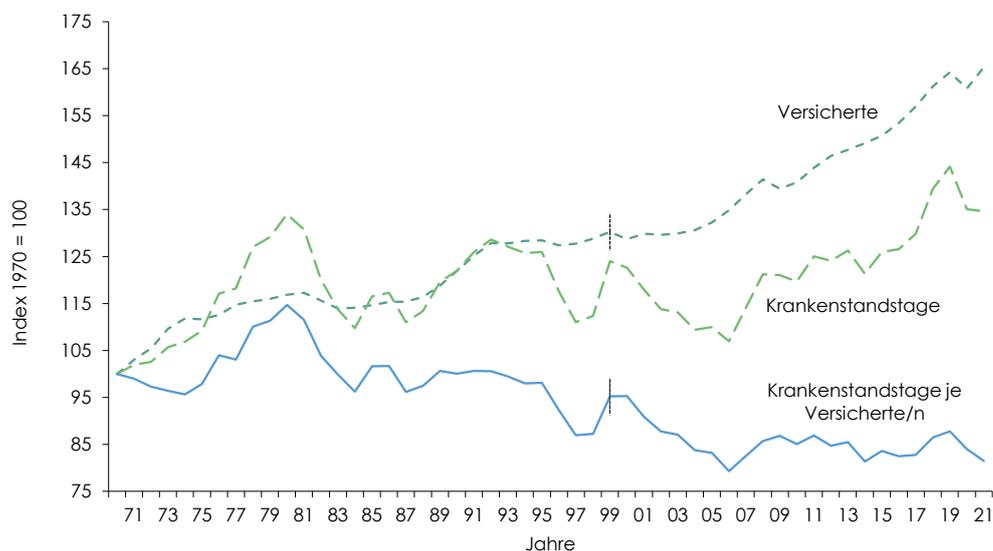
⁷⁾ Zieht man die Gesamtheit der Versicherten heran, dann sind die jährlichen Schwankungen im Anteil der Kinderbetreuungsgeldbeziehenden und Präsenzdienster für die Berechnung der Krankenstandsquote vernachlässigbar. Bezogen auf spezifische Untergruppen von Versicherten – insbesondere Frauen im gebärfähigen Alter – ist die Verzerrung ausgeprägter, sie kann anhand der verfügbaren Daten allerdings nicht akkurat gemessen werden.

Infektions- und Unfallrisiko ausgesetzt. Unternehmen im aufrechten Betrieb schützten ihre Beschäftigten mit Hygienekonzepten, Maskenpflicht, veränderten Arbeitsabläufen, kurzfristigen Homeoffice-Lösungen und Kurzarbeit vor einer COVID-19-Infektion, was auch Einfluss auf das Krankheitsgeschehen hatte. Mit den generellen Kontaktbeschränkungen, den Hygienemaßnahmen und der räumlichen Distanzierung ("Social Distancing") wurde die Krankheitslast insgesamt reduziert. Im Jahr 2021 gingen die Vorsorgemaßnahmen Hand in Hand mit dem Ausrollen der COVID-Impfungen, die ebenfalls Einfluss auf das Erkrankungsgeschehen hatten.

Im Zeitraum 1970 bis 2021 unterlag die jährliche Anzahl an Krankenstandstagen, absolut und relativ zum Versichertenstand, beträchtlichen Schwankungen (Abbildung 1.1). Absolut betrachtet war die Entwicklung der Krankenstände während der 1970er-Jahre steigend, der Höhepunkt wurde mit dem Jahr 1980 erreicht. 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. 2018 wurde mit 44,6 Mio. Tage erstmals das absolute Niveau der Krankenstandstage aus dem Jahr 1980 übertroffen, allerdings bei einem Versichertenstand, der um knapp 40% höher lag als damals. Sowohl 2020 und erneut 2021 kam es zu einem Rückgang der Krankenstandstage auf 43,0 Mio. (etwa das Niveau von 1980), bei einem Anstieg der Versichertenzahl, die weiterhin rund 40% über dem Wert von 1980 lag.

Abbildung 1.1: **Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte bzw. Versicherten**

Österreich



Q: Dachverband der 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.

Diese beschriebene Entwicklung, mit dem Jahr 1980 als Wendepunkt, wird durch die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen je Versicherte bzw. Versicherten 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 würde. Nach Anstiegen in 2018 und 2019, reduzierte sich die Pro-Kopf-Zahl 2020 gegenüber dem Vorjahr von 13,3 auf 12,7 Krankenstandstage und 2021 weiter auf 12,3. In vier Jahrzehnten sanken damit die Krankenstandstage je Versicherte bzw. Versicherten um fünf Tage und entsprechen damit einem Rückgang von 29%.

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 (Biffli, 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 2021 3,4%. 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. Erwerbsunfähigkeitspension – vermehrt Krankenstände verzeichnet worden sein (Meggeneder, 2005). In den 1990er-Jahren kam es dagegen zu einer Umschichtung der Zugänge von Invaliditätspensionen zu vorzeitigen Alterspensionen. Seit den 1980er-Jahren konnte zudem die Unfallquote in der österreichischen Wirtschaft spürbar gesenkt werden, eine Entwicklung, die sich ebenfalls günstig auf die Krankenstände auswirkte. Darüber hinaus dürften weitere Veränderungen in der Arbeitswelt die durchschnittliche Pro-Kopf-Zahl der Krankenstandstage gedrückt haben: der starke Anstieg der Teilzeitbeschäftigung, die Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse, aber auch

die anhaltend hohe Arbeitslosigkeit in den Jahren 2020 und 2021. 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., 2016b). Für kurzfristige Schwankungen in der Krankenstandsentwicklung können auch andere Faktoren verantwortlich sein, wie die Dauer und Intensität von Grippewellen, 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 (Biffel, 2002):

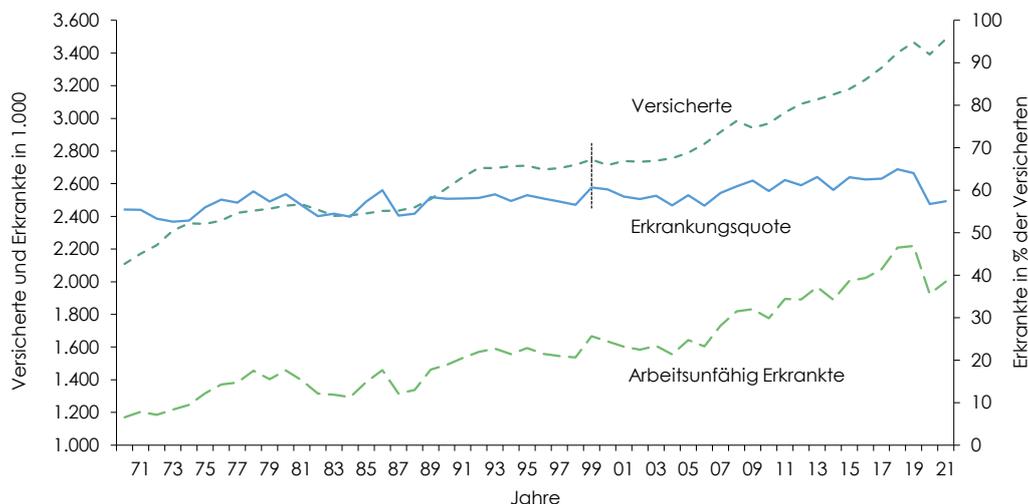
- die Zahl der Krankenversicherten, die im Laufe eines Jahres erkranken,
- die Anzahl an Krankenstandsepisoden je erkrankter Person und
- die Dauer der einzelnen Krankenstandsfälle.

Die Anzahl der Versicherten verzeichnete 2021 einen Anstieg um 2,8% (nach –2,1% im Jahr 2020). Die Zahl der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einen Krankenstand meldeten, stieg um 3,9% (nach einem Rückgang von 13,2% in 2020) und lag damit auf dem Niveau von 2015. Die Relation der beiden Größen ermöglicht die Berechnung einer Erkrankungsquote. Diese Erkrankungsquote schwankte im vergangenen Jahrzehnt zwischen 57% und 65% (Abbildung 1.2). 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 2021 wurde eine Erkrankungsquote von 57,4% registriert, womit sie in den letzten 20 Jahren zu den niedrigsten Werten zählt. 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 2021 zweimal (Abbildung 1.3). 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, 2021 waren es 1,2 Fälle (Übersicht A2).

Diese langfristige 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

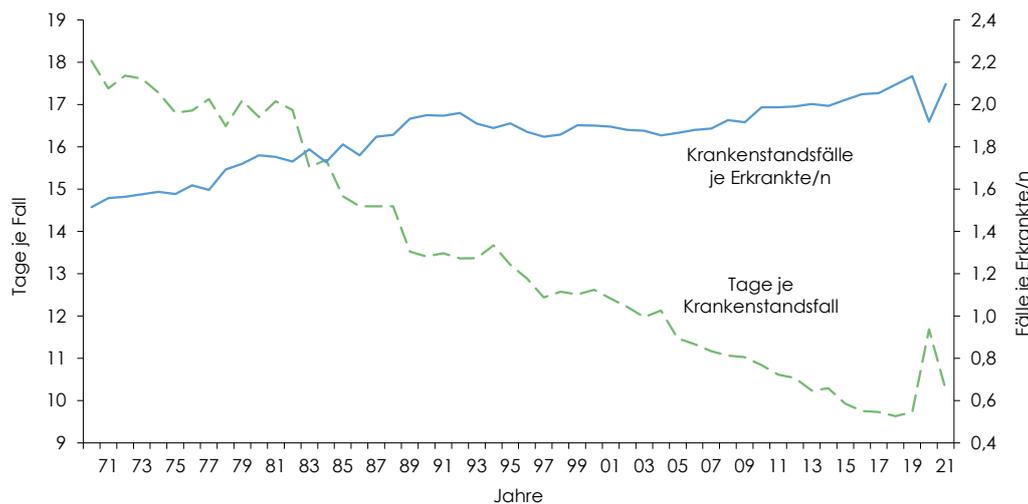
wider. Während 1970 ein Krankenstandsfall im Durchschnitt 18 Tage dauerte, reduzierte sich dieser Wert auf 10,3 Tage im Jahr 2021.

Abbildung 1.2: **Anteil der Erkrankten an den Versicherten**
Österreich



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

Abbildung 1.3: **Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte bzw. Erkrankten sowie der Tage je Krankenstandsfall**
Österreich



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

1.4 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten

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

- Unterschiedliches Verhalten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (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 und Arbeitgeber (je nach Unternehmen), innerhalb desselben Unternehmens könnten Kurzkrankenstände unterschiedlich gehandhabt werden.

Eine genaue Abschätzung der Untererfassung von Kurzkrankenständen ist auf Basis der bestehenden Daten nicht möglich. Im Allgemeinen ist davon auszugehen, dass die Kurzkrankenstände der Arbeiterinnen und Arbeiter 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 und Arbeiter) geleisteten Entgeltfortzahlungen zurück. Diese Regelung stellte einen Anreiz zur Erfassung der Arbeiterinnen- und Arbeiterkrankenstände dar, der bei den Angestellten in dieser Form nicht gegeben war. Laut Auskunft des DSVS bestand im Rahmen des Entgeltfortzahlungsgesetzes auch die Möglichkeit, dass Unternehmen Kurzkrankenstände der Arbeiterinnen und Arbeiter beim Sozialversicherungsträger meldeten, ohne notwendigerweise eine ärztliche Bestätigung eingeholt zu haben. In diesen Fällen wurden die Krankenstände auch bei der Gruppe der Arbeiterinnen und Arbeiter von der Statistik nicht erfasst. Anhand einer Sonderauswertung der Entgeltfortzahlungsstatistik aus dem Jahr 1999 konnte ermittelt werden, dass etwa 111.000 Krankenstandsfälle von Arbeiterinnen und Arbeitern nicht ärztlich bestätigt worden waren (Übersicht 1.2). Das entspricht einem Drittel der im selben Jahr gemeldeten Kurzkrankenstände von Arbeiterinnen und Arbeitern laut *Krankenstandsstatistik*. Gemessen an der Gesamtheit der Fälle (6,8%) und vor allem der Krankenstandstage (1,3%) spielte diese Untererfassung eine geringe Rolle. Diese Werte liefern Anhaltspunkte für die Untererfassung von Kurzkrankenständen der Arbeiterinnen und Arbeiter 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 und Arbeitern weiterhin höher ist als bei den Angestellten. Neben dem Nachwirken des Entgeltfortzahlungsgesetzes dürften diesbezüglich auch grundsätzliche Unterschiede im Berufsbild der Arbeiterinnen bzw. Arbeiter und der Angestellten eine Rolle spielen. In Arbeiterinnen- und Arbeiterberufen 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 und Arbeitgeber 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 in dieser Beschäftigtengruppe erkennbar ist. Dementsprechend ist zu erwarten, dass die Unternehmen im Durchschnitt bei Arbeiterinnen und Arbeitern stärker auf die ärztliche Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und somit auf die vollständige Erfassung des Krankenstandsgeschehens bedacht sind als bei Angestellten. Andererseits legen Betriebsräte und Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerinteressenvertretungen sowohl den Arbeiterinnen bzw. Arbeitern als auch den Angestellten nahe, freiwillig Krankheitsfälle umgehend beim Arzt zu melden, um ihre Absicherung zu garantieren und zu vermeiden, dass im Falle einer Verlängerung des Krankheitsfalles eine rückwirkende Krankschreibung notwendig wird. Obwohl nachträgliche Krankschreibungen von Seiten niedergelassener Ärztinnen bzw. Ärzte möglich⁸⁾ sind, lässt anekdotische Evidenz darauf schließen, dass solche Krankschreibungen heutzutage seltener vorgenommen werden als früher.

Übersicht 1.2: **Entgeltfortzahlungsstatistik 1999**

Österreich

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

Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger.

Aus der langfristigen Entwicklung der Statistik der Krankheitsdauer sind vor allem zwei Trends abzulesen. Die Häufigkeit von Kurzkrankenständen (bzw. deren Erfassung) nahm kontinuierlich zu: Die Quote aus Kurzkrankenständen und Versicherten betrug 1970 weniger als 9%, 1980 schon 11,2%, im Jahr 1990 18,6% und 2007 32%. Ab 2008 liegen Daten auf Basis der bereinigten Versichertenzahlen vor, wodurch ein kleiner Niveausprung in der Zeitreihe entstanden ist⁹⁾. Zwischen 2008 und 2018 entwickelte sich die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände von 35,8% auf 54,7%. 2019 kam es zu einem Höchststand der absoluten Zahl an Kurzkrankenständen, und der Quotient lag bei 57,0%. 2021 erreichten die Krankheitsfälle beinahe den Wert von

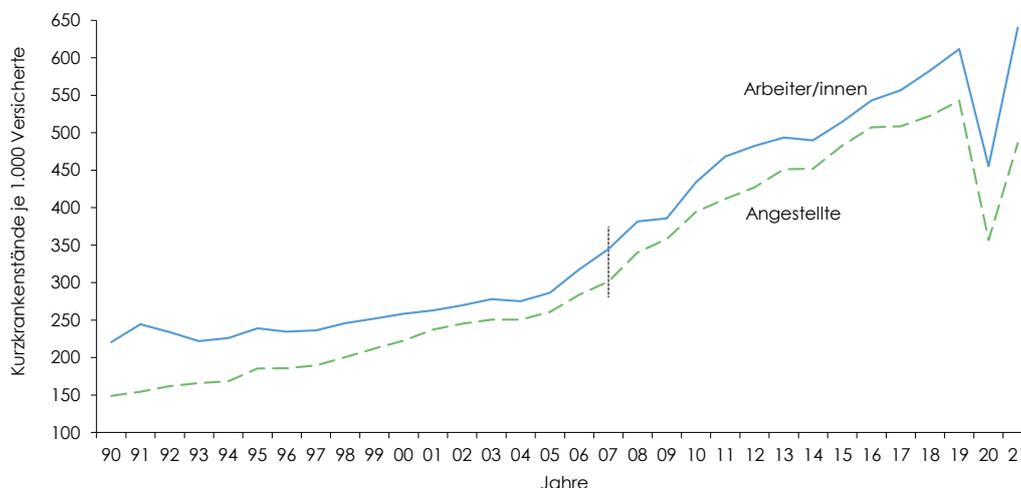
⁸⁾ Rückwirkende Krankschreibung ist für einen Kalendertag möglich, darüber hinaus nur durch den Medizinischen Dienst der ÖGK möglich.

⁹⁾ 2008 betrug die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände anhand der alten Datenbasis 34,4% und war somit 1,5 Prozentpunkte niedriger als anhand der revidierten Krankheitsdaten (2008 35,8%).

2019. Der Quotient lag bei 54,6%. In anderen Worten gab es 2008 358 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2021 546 Fälle.

Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei Arbeiterinnen bzw. Arbeitern und Angestellten an. Während der 1970er-Jahre waren Kurzkrankenstände bei Arbeiterinnen bzw. Arbeitern deutlich häufiger als bei Angestellten. 1975, ein Jahr nach Einführung des Entgeltfortzahlungsfonds, gab es im Schnitt etwa 120 Kurzkrankenstände je 1.000 Arbeiterinnen bzw. Arbeitern, aber weniger als 75 Kurzkrankenstände je 1.000 Angestellte. 1990 gab es bei den Arbeiterinnen und Arbeitern durchschnittlich noch deutlich häufiger Kurzkrankenstände als bei den Angestellten (Kurzkrankenstände je Versicherte: 22% gegenüber 14,9%). Bei den jüngsten Daten kann in der Verteilung der Krankenstandsfälle zwischen Arbeiterinnen bzw. Arbeitern und Angestellten nur ein vergleichsweise geringer Unterschied beobachtet werden: Bei den Angestellten entfielen 2019 auf 1.000 Versicherte 543 Kurzkrankenstände, bei den Arbeiterinnen bzw. Arbeitern waren es 612 (Abbildung 1.4). 2021 vergrößerte sich dieser Abstand: Auf 1.000 Angestellte entfielen 486 Kurzkrankenstände, auf 1.000 Arbeiterinnen bzw. Arbeiter 640 Kurzkrankenstände.

Abbildung 1.4: **Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf**
Österreich



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

Die Zunahme der Kurzkrankenstände, mit der Ausnahme von 2020 bzw. 2021 bei den Angestellten, 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 und Arbeitern eine gegenteilige Entwicklung hätte erwarten können. Wie aus Abbildung 1.4 zu se-

hen 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). Zum einen legen Auswertungen des Anfangs bzw. Endes der Krankschreibung nach Wochentag – die zum Zeitpunkt der Auswertung allerdings nur für Oberösterreich verfügbar waren – den Schluss nahe, dass in der Vergangenheit in höherem Ausmaß als heute die Beschäftigten von Ärztinnen und Ärzten bis einschließlich Sonntag krankgeschrieben wurden (siehe Abschnitt 1.5, Abbildung 1.11). 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 erklären¹⁰⁾. Sektorale Verschiebungen der Beschäftigten in Richtung Dienstleistungsberufe mit weniger körperlichen Belastungen tragen ebenso zur Reduktion bei. Auch Änderungen am Arbeitsmarkt in Richtung 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.

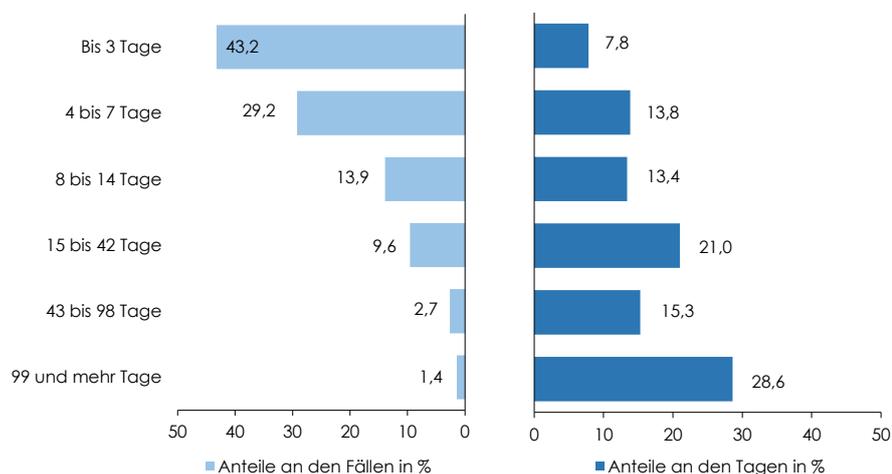
Diese Effekte haben grundsätzlich auch für das Jahr 2020 Gültigkeit. Allerdings kam es durch die begleitenden Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie zu einer markanten Änderung: der Anteil der Kurzkrankenstände war rückläufig. Grundlage hierfür waren die Maßnahmen zur Bekämpfung der Pandemie, welche neben der Ausbreitung von SARS-CoV-2 auch zu einem deutlichen Rückgang aller anderen Viruserkrankungen führten. Wichtige Faktoren dieser Entwicklung waren die räumliche Distanzierung, striktere Hygienevorschriften bzw. Hygienekonzepte in Unternehmen sowie die Maskenpflicht, wodurch Atemwegserkrankungen (siehe dazu Abschnitt 1.8) deutlich seltener auftraten. Da diese Krankheiten typischerweise mit kürzeren Verläufen einhergehen, stellt dies einen wesentlichen Grund für den niedrigeren Anteil

¹⁰⁾ 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.

an Kurzkrankenstände dar. Denkbare weitere Einflussgründe zur Reduktion der Krankenstandstage könnten sein, dass durch die Möglichkeit zum Homeoffice auch bei leichteren Erkrankungen weitergearbeitet wurde sowie durch die Möglichkeit der telefonischen Krankmeldung eine weitere Bremse für das Infektionsgeschehen gegeben war. Letzteres könnte allerdings auch gegenläufige Effekte verursacht haben, indem die administrativen Erleichterungen für häufigere Krankschreibungen genutzt wurden. Für 2021 zeigte die Auswertung der Individualdaten der ÖGK allerdings, dass der Anteil an Kurzkrankenständen wegen Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfungen deutlich zunahm (siehe Kapitel 3).

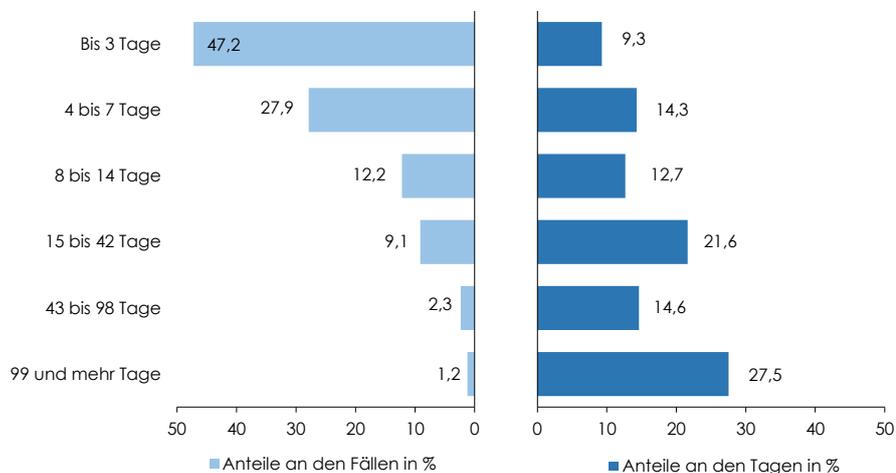
Die Kurzkrankenstände haben bei den Angestellten weiterhin einen größeren Anteil am Krankenstandsgeschehen insgesamt, als das bei den Arbeiterinnen und Arbeitern der Fall ist. Gemessen an der Verteilung der Fehlzeiten nach Krankenstandsdauer sind 2021 bei den Angestellten 9,3% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (1990: 3,3%, 2019: 10,1%; Abbildung 1.6), die Quote bei Männern liegt bei 9,5% (1990: 3%, 2019: 10,2%), jene der Frauen mit 9,1% darunter (1990: 3,6%, 2019: 10,0%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei Arbeiterinnen und Arbeitern ist, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: er entwickelte sich von 2,2% in 1990 auf 7,8% in 2021 (2019: 7,4%; Abbildung 1.5). Hier ist zwischen den Geschlechtern ein etwas größerer Unterschied beobachtbar. Arbeiterinnen haben einen geringeren Anteil an Kurzkrankenstandstagen als Männer (2021: 6,9% gegenüber 8,3%).

Abbildung 1.5: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Arbeiterinnen und Arbeiter Österreich, 2021**



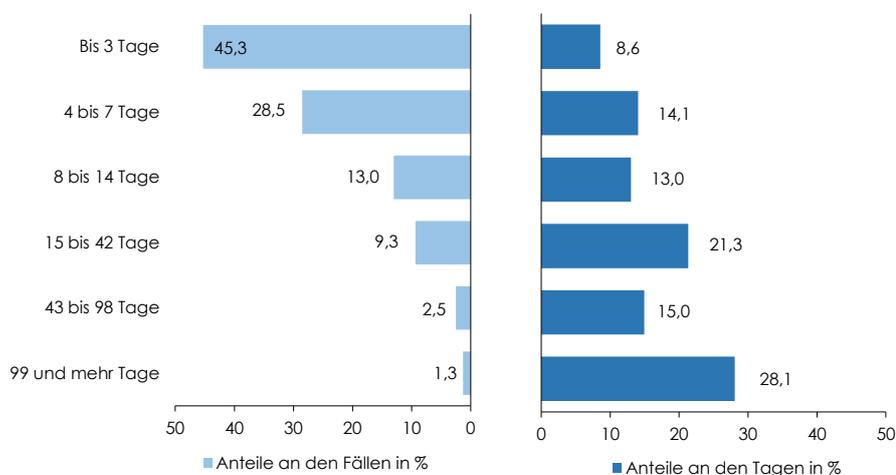
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.6: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte**
Österreich, 2021



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.7: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte**
Österreich, 2021



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die langfristige, 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 2021 waren 45,3% der gemeldeten Krankenstände ein bis drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten hatten Kurzkrankenstände einen Anteil von 8,6%. Trotz der deutlichen Zunahme gehen somit nach wie vor weniger als 10% der Krankenstandstage in der Statistik auf

kurze Krankenstandsepisoden zurück. Umgekehrt zeigt Abbildung 1.7, dass ein großer Teil der anfallenden Krankenstandstage in der Wirtschaft durch eine vergleichsweise geringe Anzahl von Krankenstandsfällen generiert wird. Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, stellen 3,8% der Gesamtsumme dar, verursachen aber 43,0% der Krankenstandstage. Ein Vergleich zwischen Beschäftigtengruppen zeigt, dass bei den Arbeiterinnen und Arbeitern Langzeitkrankstandsfälle etwas stärker als bei Angestellten ins Gewicht fallen: Bei den Arbeiterinnen und Arbeitern entfallen 43,9% der Krankenstandstage auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten sind es 42,1%.

Im deutschen Fehlzeitenreport (Badura et al., 2022) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2021 5,2% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage auf Krankenstandsfälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 35% betrug. Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da viele Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber 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%.¹¹⁾ Badura et al. (2008) kommen zu dem Schluss, dass Maßnahmen, die auf eine Senkung des Krankenstands abzielen, vorrangig bei den Langzeitfällen ansetzen sollten. Kurzkrankenstände haben dennoch oft einen störenden Einfluss auf den Betriebsablauf und können hohe Folgekosten verursachen. Das betrifft insbesondere Kleinbetriebe, die weniger flexibel als Großbetriebe auf das Entfallen einer Arbeitskraft reagieren können, sowie jene Betriebe, in denen die Arbeitsplätze mit einem hohen Sachkapitalaufwand (z. B. teure Maschinen) ausgestattet sind.

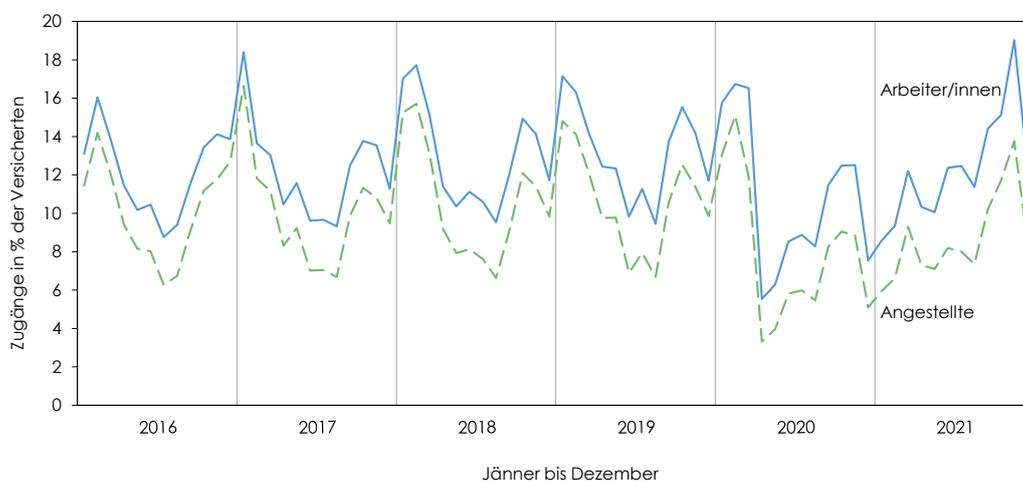
1.5 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag

Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind nicht gleichmäßig auf das Jahr verteilt. Die Wintermonate zu Beginn des Jahres sind jene mit den höchsten Krankenstandszugängen und -beständen. Abbildung 1.8 und Abbildung 1.9 zeigen den Jahresverlauf der Zugänge in den Krankenstand

¹¹⁾ 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).

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 1.8: **Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis**
Österreich

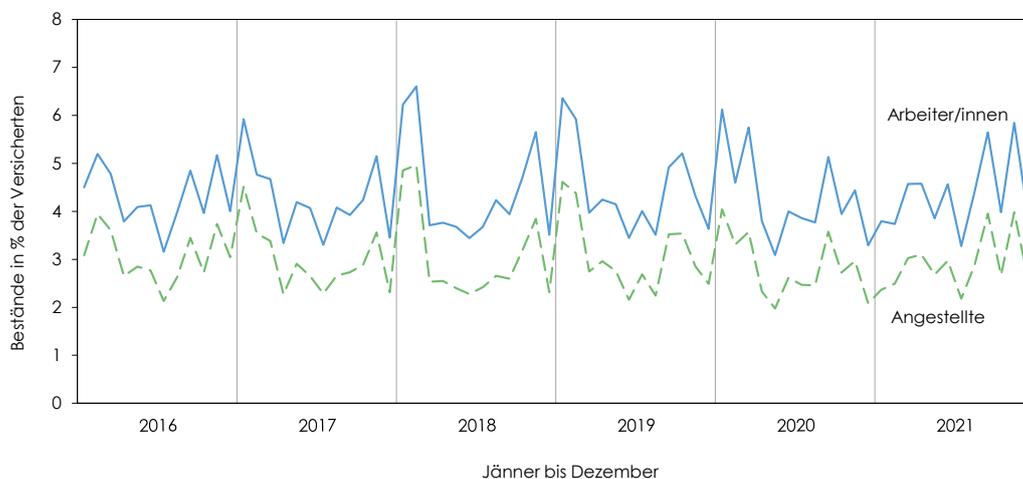


Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Das jährliche Muster zeigt sich sowohl bei Arbeiterinnen und Arbeitern als auch bei Angestellten. Die relative Differenz zwischen Arbeiterinnen bzw. Arbeitern 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 sprunghaften Anstieg der Zugänge in den Krankenstand geführt. In diesem Monat verzeichnete die Statistik rund 425.000 Neuzugänge in den Krankenstand, statistisch betrachtet wurden somit fast 17% aller Arbeiterinnen und Arbeiter und 13% aller Angestellten krankgeschrieben. Zu Jahresanfang 2017 gab es ebenfalls eine besonders starke Grippewelle, rein statistisch betrachtet verzeichneten damals im Jänner über 18% der Arbeiterinnen und Arbeiter und fast 17% der Angestellten einen Krankenstand. Auch in den Wintermonaten der Jahre 2009, 2011, 2015, 2018 und 2019 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. Die Entwicklung 2020 war zu Jahresbeginn mit hohen Zugängen und einem anschließenden Abfall der Krankenstände gekennzeichnet. Das vergangene Jahr (2021) begann sowohl bei Arbeitern bzw. Arbeiterinnen als auch Angestellten im Vergleich zu 2016 bis 2019 mit Zugängen in den Krankenstand von weniger als 10%. In den folgenden Monaten waren die Werte mit jenen der Vorjahre in etwa vergleichbar, jedoch im November zeigte sich ein Ausreißer nach oben, wonach Zugänge in den Krankenstand für Arbeiter bzw. Arbeiterinnen von 19% und Angestellte von 13,8% ausgewiesen waren.

Abbildung 1.9: **Krankenstandsbestand auf Monatsbasis**
Österreich



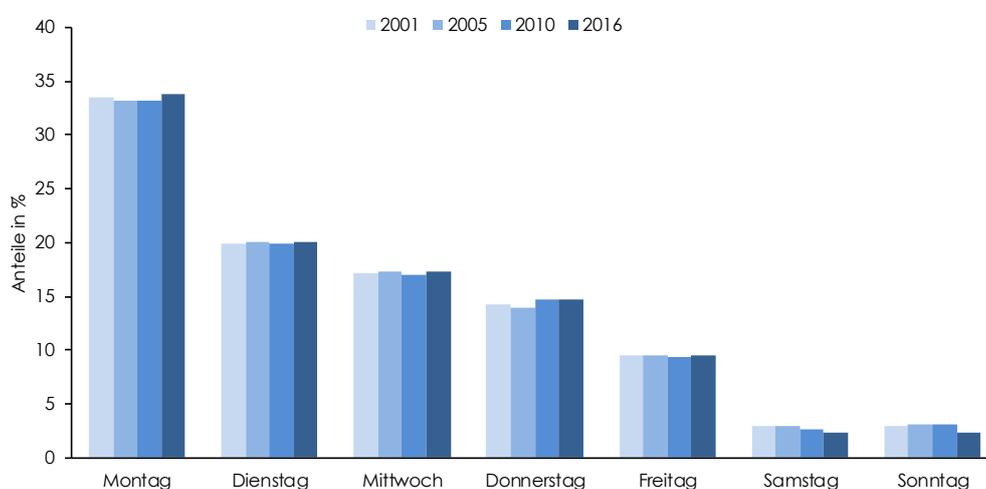
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Zugänge in den und die Abgänge aus dem Krankenstand sind sehr unregelmäßig auf die Wochentage verteilt¹²⁾. Anders als die Verteilung der Krankenstände im Jahresverlauf, die stark vom saisonalen Krankheitsmuster abhängt, wird die Häufigkeit von Krankschreibungen im Verlauf der Woche von den Öffnungszeiten der Arztpraxen und dem Verhalten von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten geprägt. Wie Abbildung 1.10 zeigt, entfallen kaum Krankschreibungen auf das Wochenende. Dafür beginnt jeder dritte Krankenstandsfall an einem Montag. Das hat weniger mit dem so genannten "blauen Montag", als mit dem Zeitpunkt zu tun, an dem Erkrankte Ärztinnen bzw. Ärzte aufsuchen bzw. aufsuchen können. Es ist davon auszugehen, dass Arztpraxen 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

¹²⁾ Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf Auswertungen von Individualdaten der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (für eine Datenbeschreibung siehe Leoni, 2011, 66). Vergleichbare Daten für Gesamtösterreich lagen zum Zeitpunkt der Auswertung nicht vor.

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 und Arbeitnehmer im Fall eines Krankheitsbeginns kurz vor dem Wochenende dazu tendieren, mit dem Arztbesuch bis Montag abzuwarten.

Abbildung 1.10: **Beginn des Krankenstands nach Wochentag**
Oberösterreich

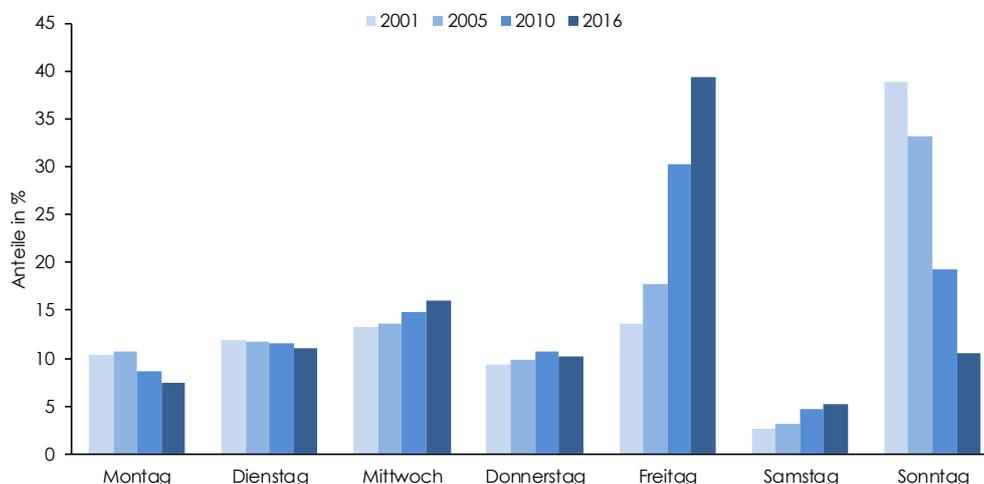


Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

In der Vergangenheit wurden die meisten Krankenstandsepisoden an einem Sonntag beendet (Abbildung 1.11). 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 und Ärzte 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)¹³⁾.

¹³⁾ 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.

Abbildung 1.11: **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.

Sofern die oberösterreichischen Daten als repräsentativ für die gesamtösterreichische Entwicklung gewertet werden können, kam es im Zuge dieser Verschiebung im Krankschreibungsverhalten 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 weitgehend konstant: 2021 endeten in Deutschland 47,2% der Krankenstandsepisoden an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Sonntag zu Ende gingen, lag bei 9,8% (Badura et al., 2022). Mit Ausnahme

vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt 12,7% der Fälle zu Ende gingen, entfielen auf die restlichen Tage jeweils etwa 7% bis 8½% der Krankenstandsbeendigungen.

1.6 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung

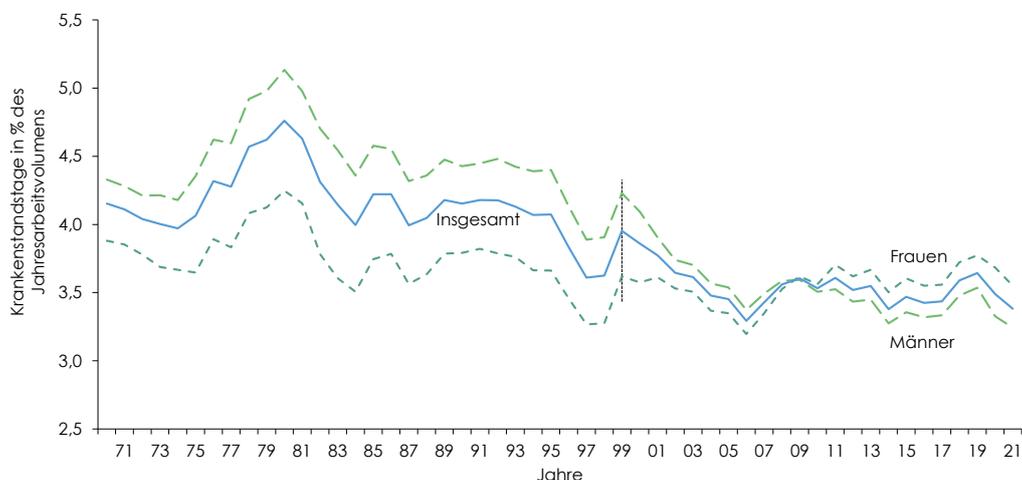
1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht

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 1.12 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%)¹⁴⁾, 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 Kinderbetreuungsgeldbeziehende 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. 2021 betrug die Krankenstandsquote der Männer 3,2%, jene der Frauen 3,6%.

¹⁴⁾ Frauen waren in diesem Jahr bereits geringfügig länger im Krankenstand als Männer, durchschnittlich 13,2 Tage gegenüber 13,1 Tagen.

Abbildung 1.12: **Krankenstandsquote nach Geschlecht**
Österreich



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versicherungszahlen 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 50- bis 59-Jährigen bei den weiblichen Versicherten im letzten Jahrzehnt stärker gewachsen als es bei den Männern der Fall war: 2021 fielen 27,3% der Frauen in diese Altersgruppe, gegenüber 22,2% 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)¹⁵⁾.

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 1.13). Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, was auch mit der starken Konzentration dieser Altersgruppe auf Arbeiterinnen- und Arbeiterberufe in Verbindung gebracht werden kann¹⁶⁾. 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 Krankentage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert (7,2%). In dieser Altersgruppe gab es im Vergleich zu 2019 bei Frauen einen Anstieg der Krankenstandsquote, während die Quote bei den jüngeren Altersgruppen (Männer und Frauen) zurückging. Mit ein Grund dafür könnten die Veränderungen im Bereich der krankheitsbedingten Pensionen sein: Männer stellen häufiger einen Antrag auf eine krankheitsbedingte Pension und ihre Zuerkennungsquoten sind höher als jene der Frauen¹⁷⁾. Auch in der Gruppe der über 65-Jährigen stieg sowohl bei Frauen als auch Männern die Quote geringfügig an und sank nicht wie in den Vorjahren auf das Niveau der bis 19-Jährigen, sondern auf jenes der 50- bis 54-Jährigen. Die bisher stärkere rückläufige Entwicklung der Krankenstandsquote der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist 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, Personen mit gesundheitlichen Problemen, vor allem Männer, bereits einen Pensionsbezug haben. Im Allgemeinen müssen die Krankenstandsquoten der höheren Altersgruppen vor dem Hintergrund der Beschäftigungsquoten dieser Kohorten betrachtet werden: 2021 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 196.700 Männer und 198.700 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 11,0% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch

¹⁵⁾ Allerdings beziehen sich internationale Vergleiche oftmals auf Erhebungen wie die Arbeitskräfteerhebung oder den EU Survey of Income and Living Conditions (EU-SILC), die auf Selbstauskunft basieren. Für Österreich (und Deutschland) liegen hingegen Auswertungen aus den administrativen Statistiken der Trägerinstitutionen vor.

¹⁶⁾ Im Jahr 2021 betrug der Anteil der Arbeiter/innen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 39%, bei den bis 19-Jährigen allerdings 65%.

¹⁷⁾ Von den Direktpensionszuerkennungen 2021 waren bei den Männern 18% und bei den Frauen 8% krankheitsbedingt, wobei bei den Männern krankheitsbedingten Pensionsanträgen der Männer 29% zu einer Zuerkennung führten, die Zuerkennungsquote der Frauen lag bei 20% (Dachverband der Sozialversicherungsträger, *Statistische Daten aus der Sozialversicherung: Versicherte, Pensionen, Renten. Jahresergebnis 2021*, Tabellen 25, 26, 28, 29).

79.300 Männer und 23.000 Frauen (insgesamt 2,9% der Versicherten). Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren 9.300 Männer und 5.400 Frauen beschäftigt; die über 65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,4% an der gesamten Beschäftigung dar.

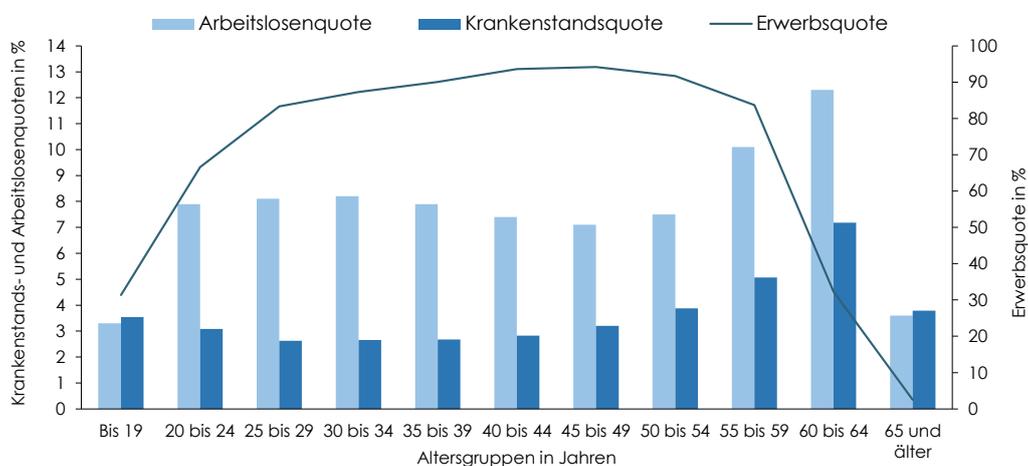
Die Erwerbsquote (d. h. der Anteil der Beschäftigten und Arbeitslosen an der Bevölkerung), die 2021 bei den 50- bis 54-Jährigen 91,7% betrug, fällt in der nächsten Altersgruppe auf 83,7% und bei den 60- bis 64-Jährigen auf 32,3% ab (Abbildung 1.13). Die Arbeitslosigkeit steigt dagegen im Alter an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen lag 2021 mit 10,1% und jene der 60- bis 64-Jährigen mit 12,3% deutlich über dem Durchschnittswert von 8,0%. 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. Insgesamt gab es 2021 in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen 1.954, in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 4.119 und in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen 2.898 Neuzuerkennungen in die Invaliditätspension der Unselbständigen¹⁹⁾. Diese Zahlen weisen zusammen mit der hohen Altersarbeitslosigkeit darauf hin, dass ein bedeutender Teil der älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen den Arbeitsmarkt verlassen muss oder arbeitslos wird.

Wie man Abbildung 1.14 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 1.15). Junge Personen fallen öfter als Personen höheren Alters infolge einer Krankheit oder eines Unfalls an ihrem Arbeitsplatz aus. Vor allem Personen bis 19 Jahre weisen eine überdurchschnittliche Krankheitsinzidenz auf. Das kann unter anderem damit zusammenhängen, dass bei jungen Menschen neben den beruflichen Belastungen auch andere gesundheitsschädigende Verhaltensformen (z. B. risikofreudiges (Fahr-)Verhalten, Extremsportarten) vergleichsweise stark ins Gewicht fallen. Internationale Statistiken belegen, dass Jugendliche in Österreich einen auffallend hohen Konsum von Tabak und Alkohol aufweisen (Eppel & Leoni, 2011). Zudem spielt vermutlich auch das Arbeitsangebotsverhalten zu Beginn des Erwerbslebens eine Rolle (Biffi, 1999): Die Bindung einer jungen Arbeitskraft an den Betrieb ist noch schwach, das Lohnniveau und auch die Verantwortung im Unternehmen vergleichsweise gering.

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.

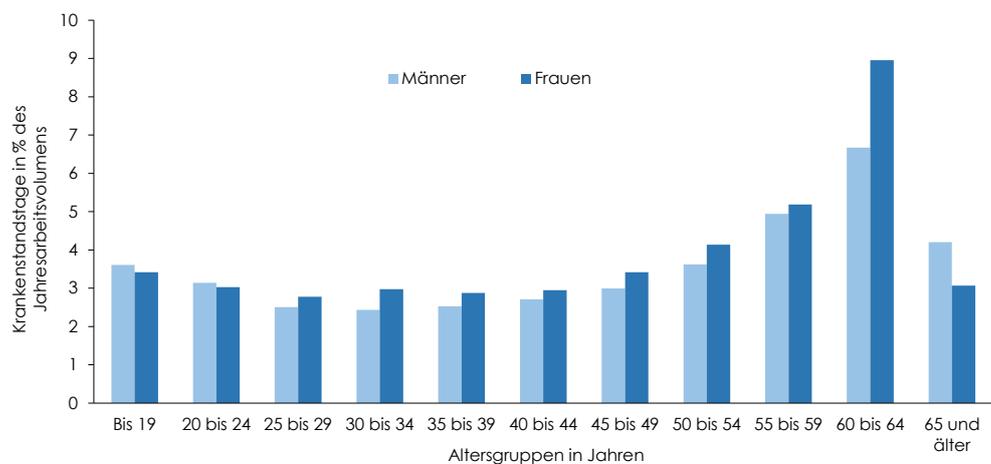
¹⁹⁾ Dachverband der Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2022*, Tabelle 3.31.

Abbildung 1.13: **Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter**
Österreich, 2021



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

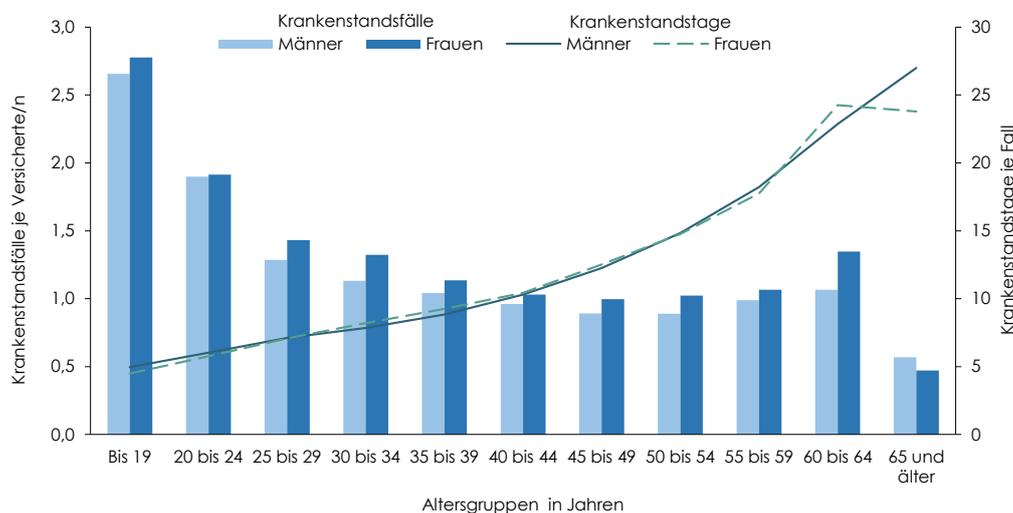
Abbildung 1.14: **Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht**
Österreich, 2021



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.15: **Krankenstandsfälle je Versicherte bzw. Versicherten und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht**

Österreich, 2021

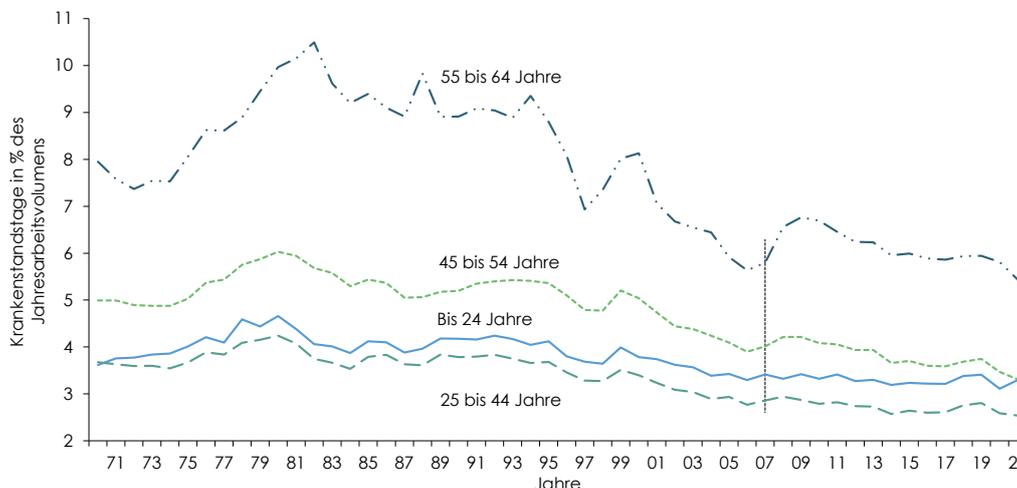


Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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 5,5 Tage, bei 60- bis 64-Jährigen 4-mal so lang (23,2 Tage). Insgesamt ergibt sich daraus eine mit dem Alter steigende Krankenstandsquote.

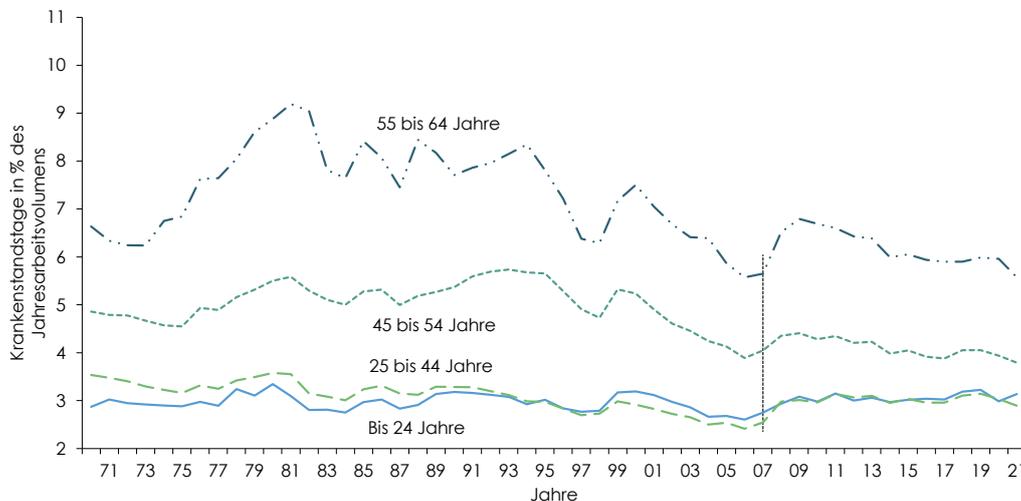
Wie Sonderauswertungen von oberösterreichischen Krankenstandsdaten zeigen konnten, verzeichnet auch bei den über 50-Jährigen – nicht anders als in den anderen Altersgruppen – die Mehrheit der Versicherten keine oder nur sehr wenige Krankenstandstage. Nur ein Drittel der Personen ist im Jahresverlauf 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).

Abbildung 1.16: **Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen**
Österreich



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

Abbildung 1.17: **Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen**
Österreich



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

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

für den Effekt des Konjunkturzyklus und für die Auswirkungen von Grippewellen auf die Krankenstände. Tatsächlich weisen die Zeitreihen der altersspezifischen Krankenstandsquoten 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.

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 und Arbeitnehmer 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.

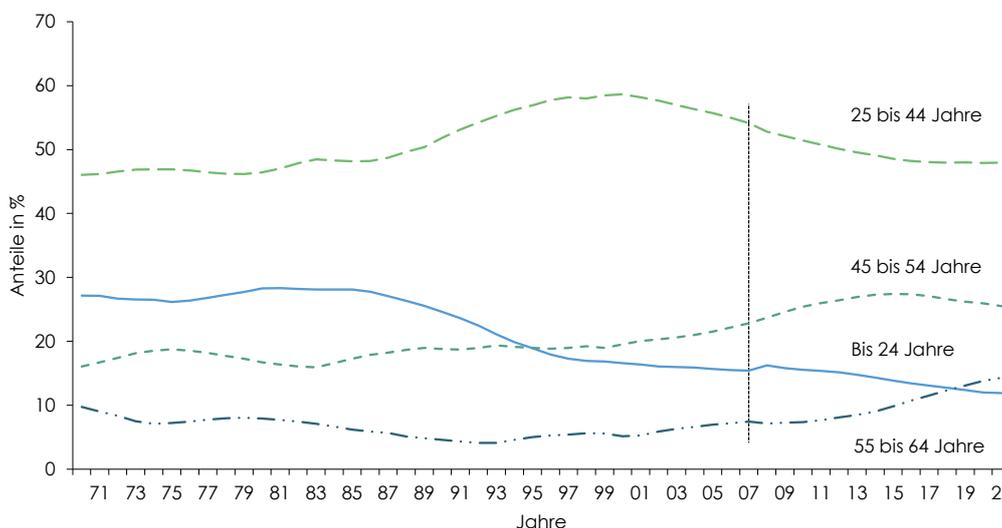
Die Krankenstandsquote ergibt sich nicht nur aus den altersspezifischen Quoten, sondern auch aus der Besetzungsdichte der einzelnen Kohorten. Der demographische Wandel und die Entwicklung der Morbiditätsrate müssen deshalb bei einer Interpretation der Krankenstandsentwicklung auseinandergelassen werden.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

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.

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

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.

Abbildung 1.18: **Versichertenstruktur nach Altersgruppe**
Österreich



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

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 1.18 ersichtlich ist, begann sich Anfang der 1980er-Jahre die Altersstruktur der Erwerbstätigen verstärkt zu verändern. Der Durchzug der besetzungstarken Jahrgänge brachte eine Erhöhung des Anteils von Personen im Haupterwerbsalter mit sich, von 46,4% im Jahr 1980 auf 51,8% zehn Jahre später und 58,6% im Jahr 2000. Durch die niedrigen Krankenstandsquoten im Haupterwerbsalter wirkte sich diese demographische Verschiebung günstig auf die Entwicklung der Fehlzeiten aus. Seit dem Jahr 2000 nimmt das Gewicht der 25-

bis 44-Jährigen an der Beschäftigung kontinuierlich ab, ihr Anteil betrug zuletzt 47,9%. Gleichzeitig ist der Anteil der 55- bis 64-Jährigen seit dem Tiefstand von 1993 (4,1%) kontinuierlich gestiegen, er lag 2021 bei 14,3%. 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 11,9% (2021).

Seit Beginn der 1990er-Jahre hat die demographische Verschiebung, also das steigende Durchschnittsalter der Erwerbsbevölkerung, die Krankenstandsquote um gut ein Viertel Prozentpunkt erhöht, das entspricht einem Anstieg um 1 Krankenstandstag (2021 gab es durchschnittlich 12,3 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. 2021 hat die Veränderung in der demographischen Zusammensetzung bei gleichbleibenden altersspezifischen Krankenstandsquoten – ähnlich wie in den Vorjahren – zu einer geringfügigen Erhöhung der Krankenstandsquote um 0,01 Prozentpunkt geführt. Durch den Rückgang der Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen, die in Summe die Krankenstandsquote um 0,12 Prozentpunkte reduzierte, ergab sich gemeinsam mit dem demographischen Effekt ein Rückgang von 0,11 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 geburtenstarken Jahrgänge der 1960er-Jahre²²⁾ eine hohe Erwerbsbeteiligung haben, ist für die Zukunft eine Fortsetzung dieses für die Krankenstandsentwicklung ungünstigen Effekts zu erwarten. Die schrittweise Anhebung des Frauenpensionsantrittsalters ab dem Jahr 2024 und Bestrebungen, die Erwerbsbeteiligung älterer Personen zu erhöhen (beispielsweise Neustartbonus), 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

²²⁾ 2021 hatte die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen eine starke Besetzung. Hier wird in Zukunft auch die schrittweise Anhebung des Frauenpensionsantrittsalters ab dem Jahr 2024 die Erwerbsbeteiligung verändern.

überschaubar: Wenn wir die Entwicklung der vergangenen drei Jahre (2019, 2020 und 2021)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 geburtenstarken Jahrgänge der 1960er-Jahre 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 und Arbeitnehmer ermöglicht. Auf der Basis einer Einteilung nach Arbeiterinnen bzw. Arbeitern und Angestellten und einer Betrachtung nach Branchen sind dennoch einige aussagekräftige Auswertungen und Analysen möglich. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sind bei Arbeiterinnen und Arbeitern deutlich höher als bei Angestellten. Dies ist nicht nur in Österreich, sondern auch in Deutschland der Fall. Hier können einige Erklärungsgründe für diese Unterschiede in der Krankenstandsquote nach Statusgruppe angeführt werden:

- Es gibt zwischen Krankheitsbild und Arbeitsunfähigkeit je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Zusammenhänge. Das gleiche Krankheitsbild kann je nach beruflichen Anforderungen in einem Fall zur Arbeitsunfähigkeit führen, in einem anderen aber nicht. Bei (schweren) körperlichen Tätigkeiten können Erkrankungen, aber auch Freizeitunfälle viel

²³⁾ Durchschnittlich +0,017 Prozentpunkte pro Jahr in der Krankenstandsquote aufgrund von Verschiebungen in der Altersstruktur.

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 und Arbeitern 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 beruflichem Status geringer ist. Angestellte verknüpfen häufiger als Arbeiterinnen und Arbeiter zusammen mit größerer Verantwortung auch stärkere Motivation mit ihrer beruflichen Tätigkeit.
- Hinter den Differenzen in den Krankenständen der Arbeiterinnen, Arbeiter und Angestellten kann sich auch die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Einkommen verbergen. Arbeiterinnen und Arbeiter haben im Durchschnitt ein niedrigeres Einkommensniveau als Angestellte, zahlreiche Studien belegen eine positive Korrelation zwischen Gesundheitszustand und Einkommen bzw. sozioökonomischer Stellung (siehe z. B. Deaton & Paxson, 1998; Marmot et al., 1991)²⁴).

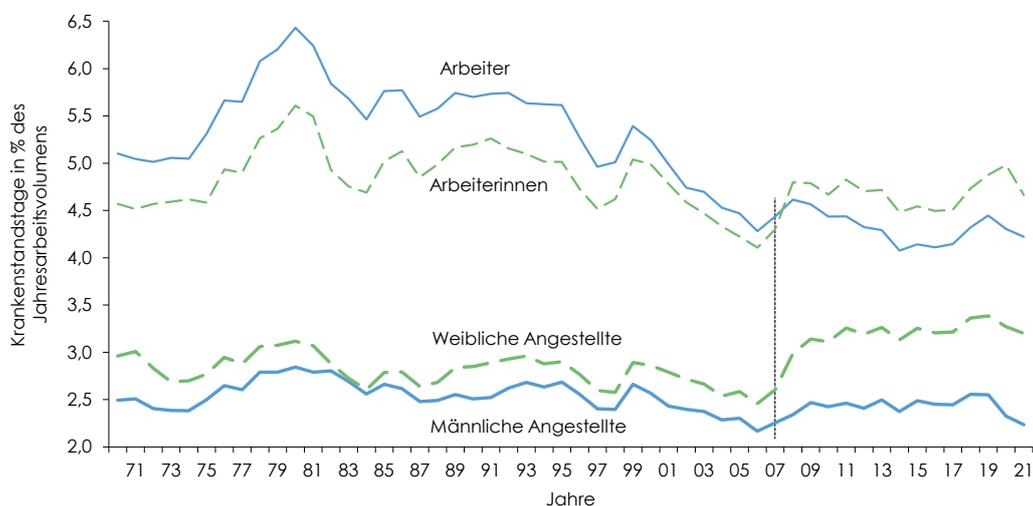
Aus statistischer Sicht tragen in Österreich auch die Kurzkrankenstände, die bei den Arbeiterinnen und Arbeitern vollständiger erfasst werden als bei den Angestellten, in geringem Ausmaß zur Differenz in den Krankenstandsquoten der beiden Berufsgruppen bei. Dieser Aspekt dürfte allerdings in der Vergangenheit,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

Die langfristige Entwicklung zeigt, dass über die gesamte Betrachtungsperiode die Krankenstandsquote der Arbeiterinnen und Arbeiter etwa 2 bis 3 Prozentpunkte höher war als jene der Angestellten (Abbildung 1.19). 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 Arbeitern und Angestellten gekommen. Während Anfang der 1990er-Jahre die Krankenstandsquote der Arbeiterinnen und Arbeiter um fast 3 Prozentpunkte höher und damit doppelt so hoch war wie jene der Angestellten, waren es im Jahr 2000 knapp 2½ Prozentpunkte bzw. 90% Differenz. Bis zum Jahr 2015 reduzierte sich dieser Unterschied auf 46% und stieg bis 2019 wieder

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.

leicht auf 51% an. Im letzten verfügbaren Jahr (2021) verbrachten die Arbeiterinnen und Arbeiter laut Statistik um 57% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten: Im Schnitt waren die Arbeiterinnen und Arbeiter rund 16 Tage, die Angestellten 10 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 und Arbeitern deutlicher als bei den Angestellten war. Das hat damit zu tun, dass die strukturellen Anpassungsprobleme, die von Veränderungen in den wirtschaftlichen und technologischen Rahmenbedingungen ausgingen und auch beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit sich zogen, besonders im produzierenden Sektor²⁵⁾ spürbar waren.

Abbildung 1.19: **Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht**
Österreich



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

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

Übersicht 1.3: **Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht**
Österreich, 2021

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

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

Die Bedeutung der ausgeübten Tätigkeit und der berufsspezifischen Risiken für die Krankenstände wird durch einen Vergleich der beiden Gruppen nach Geschlecht deutlich. Zwar sind nach der Umstellung der *Krankenstandsstatistik* Frauen sowohl in Arbeiterinnen- und Arbeiter- als auch in Angestelltenberufen öfter im Krankenstand als Männer. Dennoch ist der Unterschied zwischen Arbeitern und Arbeiterinnen viel schwächer ausgeprägt (10,5%) als zwischen weiblichen und männlichen Angestellten (43,2%)²⁶⁾. Im Jahr 2021 verteilte sich der Rückgang in der Krankenstandsquote um 3,1% sehr unterschiedlich: Die höchsten Rückgänge vermerkten die Arbeiterinnen mit –6,4%, aber auch die männlichen Angestellten (–3,9%), während die Arbeiter und weiblichen Angestellten einen unterdurchschnittlichen Rückgang um rund 2% verzeichneten. Dieses unterschiedliche Muster ist Ausdruck der ungleichen Verteilung der Arbeiter und

²⁶⁾ Der insgesamt geringere Unterschied in der Krankenstandsquote der Frauen und Männer (9,5%, 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).

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 1.3)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 und Arbeitnehmer 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 17,8% bzw. 16,1% 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. Die Verteilung der Versicherten über die Branchen hat sich im Vergleich zu den Vorjahren nur wenig verändert. Zwei über einen längeren Zeitraum von den Maßnahmen der COVID-19-Pandemie betroffenen Branchen waren Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie sowie das Gesundheits- und Sozialwesen. Während der Anteil der Versicherten in der Branche Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie gegenüber 2019 um 1 Prozentpunkte auf 5,4% zurückging, verzeichnete das Gesundheits- und Sozialwesen einen leichten Anstieg (+0,7 Prozentpunkte). Der gegensätzliche Verlauf dieser beiden Branchen zeigte sich auch bei den Krankenstandstagen, obgleich der Rückgang im Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie 1,3 Prozentpunkte (gegenüber 2019) betrug, womit sich ein Anteil von 4,0% ergab. Im Gesundheits- und Sozialwesen stieg hingegen die Zahl der Krankenstandstage um 1,2 Prozentpunkte auf 10,3%.

Die wichtigsten Ergebnisse zu den branchenspezifischen Krankenstandsquoten für 2021 können wie folgt zusammengefasst werden:

- Rund ein Fünftel aller Krankenstandstage fiel im Bereich Verarbeitendes Gewerbe und Herstellung von Waren an, der im Wesentlichen die Sachgüter erzeugenden Unternehmen

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.

zusammenfasst. Hier lag die Krankenstandsquote insgesamt bei 3,6%, sie betrug für Männer 3,5% und für Frauen 3,8%.

- Im Baugewerbe betrug die Krankenstandsquote 3,6%. Dieser Wert wurde allerdings von der Krankenstandsquote der Männer geprägt (3,7%), der Wert bei den Frauen lag dagegen weit unter dem Durchschnitt (2,5%).
- Die höchsten Krankenstandsquoten wurden im Bereich der Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen verzeichnet (4,3%), der einen hohen Anteil an niedrig qualifizierten Berufen umfasste. Die zweithöchste Quote fand sich im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen (4,1%). Auch Verkehr und Lagerei lagen mit einer Krankenstandsquote von 3,8% deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.
- Der Handel war die größte Wirtschaftsklasse im Dienstleistungsbereich, jeder sechste Krankenstand in der Wirtschaft entfiel auf diesen Bereich. Bei den Frauen (3,7%) lag die Krankenstandsquote über dem Durchschnitt (3,5%), bei den Männern war sie unterdurchschnittlich hoch (3,2%).
- Der Bereich der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung und jener der Wasserwirtschaft verzeichneten ebenfalls eine hohe Krankenstandsquote (3,8%). Die – wie auch in den Vorjahren – niedrige Quote im Bereich Erziehung und Unterricht (2,4%) lässt die Vermutung zu, dass beim Lehrpersonal durch die unterrichtsfreie Ferienzeit eine Unter erfassung des Krankheitsgeschehens vorhanden ist. Im Jahr 2021 könnten auch die Hygienemaßnahmen in den Schulen aufgrund der COVID-19-Pandemie zur Reduktion von Krankheiten beigetragen haben.
- Im Aggregat hat sich die Krankenstandsquote trotz krisenbedingten Veränderungen wenig verändert. Gegenüber 2021 lag sie im Gastgewerbe und Beherbergung wie auch in der Wasserversorgung geringer als 2020, aber in etwa auf dem Niveau des Jahres 2019.

Die Auswertungen der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) von (Badura et al., 2022) zeigen für Deutschland ein ähnliches Bild entlang der Wirtschaftsklassen. Banken und Versicherungen haben die geringsten Krankenstandsquoten, während öffentliche Verwaltung, Energie- und Wasserwirtschaft sowie verarbeitendes Gewerbe die höchsten Fehlzeiten aufweisen. Im Jahr 2021 gehörte auch das Gesundheits- und Sozialwesen zu den Wirtschaftsklassen mit den höchsten Krankenstandsquoten. 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

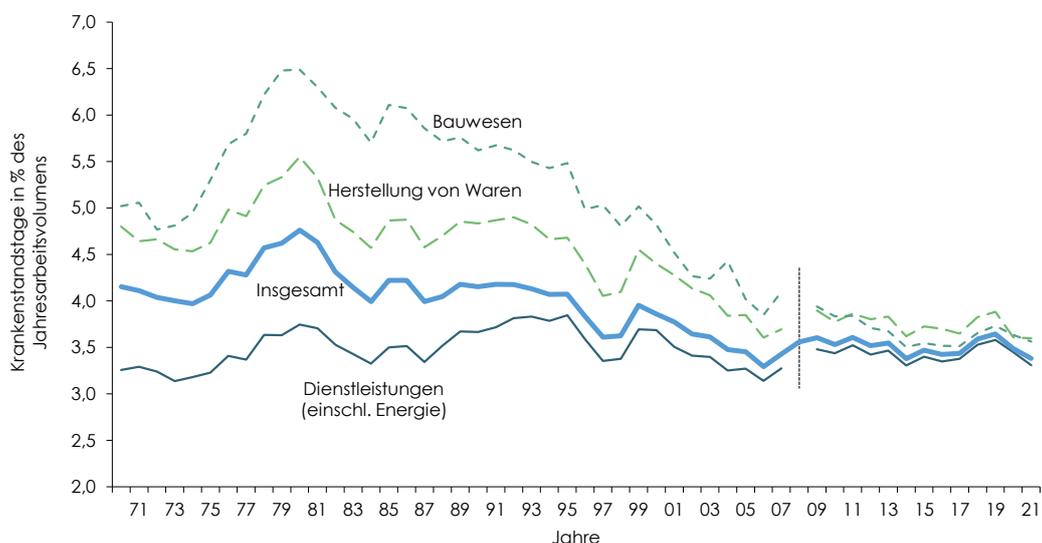
²⁸⁾ Es sind keine jüngeren Auswertungen des Krankenstandsgeschehens nach Branche und Krankenstandsursache verfügbar.

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 2021 lag die Krankenstandsquote der Männer um 46% 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 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 (17% aller Krankenstandstage der Frauen gehen auf das Gesundheits- und Sozialwesen zurück, bei den Männern sind es 4%).

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 1.20 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.

Abbildung 1.20: **Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppe**



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

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. 2021 betrug die Differenz nur noch 5%. Der überproportional starke Rückgang der Fehlzeiten im Bausektor führte auch dazu, dass seit einigen Jahren in diesem Bereich durchschnittlich gleich viel oder weniger Krankenstandstage je Versicherte bzw. Versicherten anfallen als in der Herstellung von Waren. Im Jahr 2021 waren die beiden Quoten mit 3,6% gleich hoch.

1.6.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst

Die *Krankenstandsstatistik* des Dachverbands der Sozialversicherungsträger erfasst das Krankenstandsgeschehen der Arbeiterinnen, Arbeiter 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 Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport (2021) veröffentlichten Statistik zum "Personal des Bundes" ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der Beamtinnen und Beamten des Bundes (135.840 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten) bis zum Jahr 2020 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 2020 die Krankenstandsquote der Beamtinnen und Beamten 4,3% und jene der Vertragsbediensteten 2,6% betrug (Übersicht 1.4). Die Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (Beamtinnen, Beamte und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 3,4%. 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% (2020). Im Vergleich zwischen Bund und den anderen Wirtschaftssektoren soll jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Tätigkeitsbereiche der Beamtinnen und Beamten denen der Angestellten ähnlicher als den Arbeiterinnen und Arbeitern sind. Die überdurchschnittliche Krankenstandsquote der Arbeiterinnen und Arbeiter legt es nahe, die Fehlzeiten der Beamtinnen und Beamten mit dem Krankenstandsgeschehen der ASVG-Angestellten zu vergleichen. Eine entsprechende Gegenüberstellung zeigt, dass die (um die Kurzkrankenstände bereinigte) Krankenstandsquote der Angestellten im Jahr 2020 um 0,7 Prozentpunkte (das entspricht einem Fünftel) niedriger als jene im Bundesdienst war (2,7% gegenüber 3,4%, Übersicht 1.4).

Für den durchgeführten Vergleich zwischen Angestellten und Beamtinnen und Beamten spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass quantitativ signifikante Gruppen im Bundesdienst (z. B. die Beamtinnen und Beamten 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 Krankenpflagedienst (7,5%), der allerdings gemessen an der Zahl der Beschäftigten eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Demgegenüber waren Richterinnen bzw. Richter und Staatsanwältinnen bzw. Staatsanwälte (2,2%), Lehrerinnen bzw. Lehrer (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).

Übersicht 1.4: **Krankenstandskennzahlen der Bundesbediensteten**

Vergleich mit Arbeiterinnen, Arbeitern und Angestellten; ohne Kurzkrankenstand (einschließlich Kuren)

		Auf 1.000 Beschäftigte entfallen		Durchschnittliche	Krankenstands-
		Krankenstands-	Krankenstands-	Dauer eines Falles	quote in %
		fälle	tage	in Tagen	
Beamtinnen und Beamte	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
	2019	1.116	16.281	14,6	4,5
	2020	1.053	15.853	15,1	4,3
Vertragsbedienstete des Bundes	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
	2019	689	9.685	14,0	2,7
	2020	660	9.367	14,2	2,6
Beamtinnen, Beamte und Vertragsbedienstete des Bundes ¹⁾	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
	2019	900	12.842	14,3	3,5
	2020	854	12.464	14,6	3,4
ASVG-versicherte Arbeiter/innen und Angestellte ²⁾	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
	2019	796	12.136	15,2	3,3
	2020	695	11.934	17,2	3,3
ASVG-versicherte Angestellte ²⁾	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
	2019	690	9.912	14,4	2,7
	2020	592	9.699	16,4	2,7

Q: Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport (2021). – ¹⁾ Einschließlich Ausbildungsverhältnisse (Lehrlinge, Praktikantinnen und Praktikanten). – ²⁾ WIFO-Berechnungen.

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 und Beamten 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 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 und Arbeitnehmer 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 Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber³⁰⁾.

Die detaillierten Auswertungen (Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport, 2019b) zeigen, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundesdienst in ihrer Struktur und Verteilung

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.

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 und Dienstgeber erfüllen diese Vorgabe (Daten für 2014). Von den 106.883 Pflichtstellen waren 2014 knapp zwei Drittel (64,42%) besetzt.

auf die einzelnen Beschäftigtengruppen große Ähnlichkeit mit dem privatwirtschaftlichen Bereich aufweisen. Diese Auswertungen beziehen sich – wie es bei einer Betrachtung aus Sicht der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber 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 bzw. jeder Beschäftigte im Laufe des Jahres 3,1 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich: 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 bzw. Arbeiter und Angestellten bei der Gesundheitskasse des entsprechenden Bundeslandes versichert sind, ergibt die Summe der Krankenstandstage der

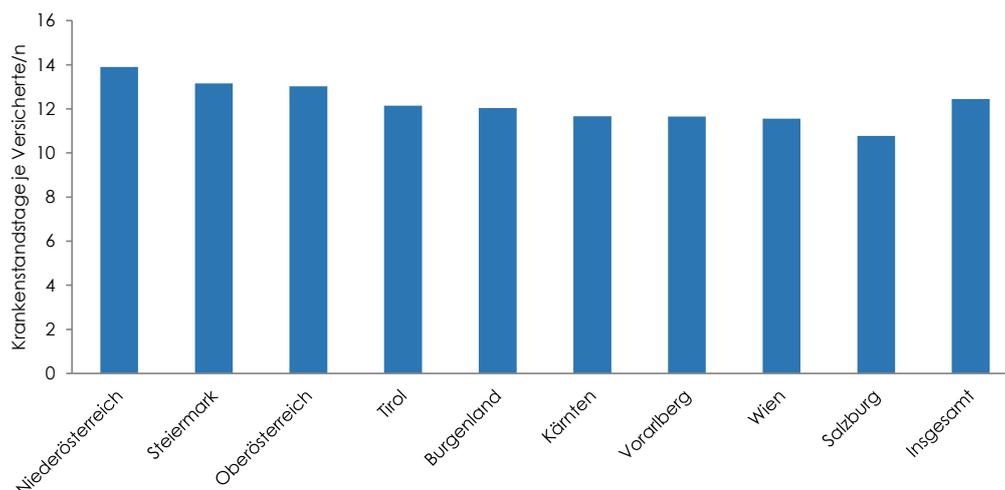
³¹⁾ Da es sich bei den Kurzkrankenständen um Krankenstände von ein bis drei Tagen handelt, wird angenommen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeitstag und Kalendertag hier unberücksichtigt bleiben kann.

Österreichischen Gesundheitskasse gegenüber der Gesamtheit aller in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Krankenstände eine Abdeckungsquote von 91,0% (2021)³²). Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten der Gesundheitskasse für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen³³).

Die Werte aus dem Jahr 2021 zeigen, dass die von der Gesundheitskasse erfassten Krankenstandstage mit durchschnittlich 12,5 Tagen je Erwerbstätige bzw. Erwerbstätigen nur marginal über dem Wert aller Krankenstandstage (12,3) liegen. In Niederösterreich (13,9), der Steiermark (13,2) und Oberösterreich (13,0) wurden überdurchschnittliche Krankenstände in diesem Jahr verzeichnet (Abbildung 1.21). Die Versicherten in Tirol (12,1), Burgenland (12,0), Kärnten (11,7), Vorarlberg (11,7) und Wien (11,6) verzeichneten weniger Krankenstände als die Beschäftigten im Durchschnitt der Bundesländer. Die größte Abweichung konnte allerdings in Salzburg beobachtet werden, dort waren die Versicherten im Schnitt nur 10,8 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 3,0% um 13% unter dem österreichischen (3,4%) und um knapp ein Viertel unter dem niederösterreichischen (3,9%) Wert.

Abbildung 1.21: **Krankenstände nach Bundesländern**

Gesundheitskasse, 2021



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

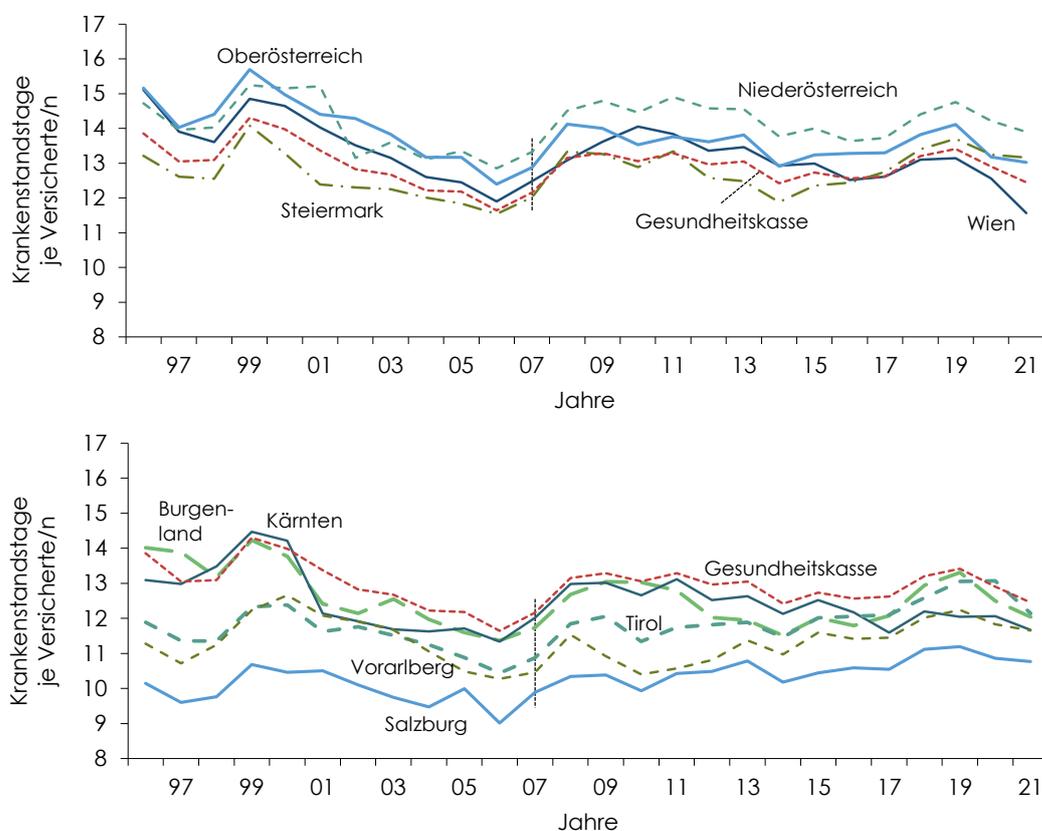
Die Betrachtung einer längeren Periode (1996/2020) verdeutlicht, dass auch in der Vergangenheit die Krankenstandsquote in Salzburg deutlich niedriger als in den restlichen Bundesländern

³²) Weitere Versicherungsträger, deren Versicherte zumindest teilweise in der *Krankenstandsstatistik* inkludiert sind, sind die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie Eisenbahnen und Bergbau. 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 Gesundheitskasse inkludiert sind, kann die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf bzw. der Krankenstandsquote für Österreich marginal abweichen.

war (Abbildung 1.22). Sieht man von geringfügigen Verschiebungen ab, war auch die relative Position der anderen Bundesländer in diesem Krankenstandsvergleich über den gesamten Zeitraum konstant: Niederösterreich und Oberösterreich verzeichneten deutlich überdurchschnittliche Werte. Wien und Steiermark haben in den letzten Jahren die relative Position gewechselt: Wien liegt nun unter dem Durchschnitt, die Steiermark darüber. Kärnten, Tirol und Vorarlberg liegen nahe am Durchschnitt bzw. unter dem Durchschnittswert. Eine Ausnahme bildet in dieser Hinsicht das Burgenland, das 1996 bis 1998 noch überdurchschnittliche Krankenstandsquoten hatte, in den darauffolgenden Jahren allerdings eine überproportional starke Senkung der Krankenstände verzeichnete.

Abbildung 1.22: **Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern**



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

Die relative 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 Österreichischen Gesundheitskasse nach sozialrechtlicher Stellung (Arbeiterinnen bzw. Arbeiter und Angestellte) und Geschlecht leistet dennoch einen Beitrag zur Erklärung der regionalen Differenzen.

Daneben wirkte auch die bundesländerspezifische wirtschaftliche Erholung nach der Krise 2020 auf die Krankenstände: Während Ostösterreich deutliche Beschäftigungszuwächse verzeichnete, blieben das Wachstum in den westlichen Bundesländern gedämpft.

Der Anstieg der Arbeitslosigkeit zeigt Auswirkungen auf die hier erfassten Krankenstände der Aktivbeschäftigten. Da die Arbeitslosigkeit eher in der Gruppe der jungen Beschäftigten mit höheren Krankenstandsquoten gestiegen ist, geht ein dämpfender Effekt auf die Summe der Fehlzeiten aus. Die Beschäftigungsrückgänge waren bei den unter 25-Jährigen in Tirol und Kärnten besonders stark ausgeprägt (Bock-Schappelwein, Famira-Mühlberger, et al., 2021). Mit der Veränderung der Beschäftigungsstruktur sanken die Krankenstandsquoten von 2020 auf 2021 in allen Bundesländern.

Übersicht 1.5: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht

2021

	Arbeiter/innen, Angestellte			Arbeiterinnen und Arbeiter			Angestellte		
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
Österreichische Gesundheitskasse	In %								
Insgesamt	3,4	3,3	3,6	4,3	4,2	4,6	2,8	2,3	3,2
Wien	3,2	2,9	3,5	4,3	4,1	4,8	2,7	2,2	3,2
Niederösterreich	3,8	3,7	4,0	4,7	4,5	5,1	3,1	2,5	3,6
Burgenland	3,3	3,0	3,6	3,5	3,4	3,7	3,1	2,3	3,5
Oberösterreich	3,6	3,5	3,7	4,5	4,4	4,8	2,8	2,3	3,2
Steiermark	3,6	3,5	3,8	4,5	4,4	4,7	2,9	2,2	3,4
Kärnten	3,2	3,1	3,3	3,8	3,7	3,8	2,8	2,2	3,1
Salzburg	3,0	2,9	3,0	3,6	3,6	3,7	2,5	2,1	2,8
Tirol	3,3	3,3	3,4	4,2	4,1	4,3	2,7	2,2	3,0
Vorarlberg	3,2	3,2	3,2	4,3	4,2	4,6	2,5	2,1	2,7

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 1.5 veranschaulicht, dass hinter den unter- bzw. überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten der einzelnen Bundesländer unterschiedliche Kombinationen im Krankenstandsniveau der einzelnen Beschäftigtengruppen stehen. In Oberösterreich verzeichneten im Wesentlichen nur die Arbeiterinnen (4,8%) und Arbeiter (4,4%) hohe Krankenstandsquoten, die angestellten Männer und Frauen lagen mit ihren Krankenständen am Durchschnitt aller Bundesländer. In diesem Fall dürfte sich die große Bedeutung der Warenherstellung negativ auf das Krankenstandsniveau niederschlagen. In Wien lagen die Arbeiterinnen mit einer Quote von 4,8% über dem bundesweiten Durchschnitt. Die Quoten aller anderen Beschäftigungsgruppen

lagen leicht unter dem Durchschnitt. Der hohe Angestelltenanteil an der Beschäftigung, eine Folge der dienstleistungsorientierten Wirtschaftsstruktur in der Bundeshauptstadt, erklärt, weshalb Wien trotz der hohen Krankenstandsquoten der Arbeiterinnen mit 3,2% leicht unter dem Durchschnitt aller Bundesländer liegt. In Niederösterreich dagegen verzeichneten sowohl die Angestellten als auch die Arbeiterinnen und Arbeiter vergleichsweise viele krankheitsbedingte Fehlzeiten. Die niedrige Krankenstandsquote in Salzburg (3,0%) ergibt sich aus sehr niedrigen Werten aller Teilgruppen.

Übersicht 1.6: Normierung der Krankenstandsquote

Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2021

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

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

Die Krankenstandsquoten der Österreichischen Gesundheitskasse werden nicht nur von den Quoten der einzelnen Beschäftigtengruppen bestimmt, sondern auch von ihrer anteilmäßigen Bedeutung für die gesamte von der Gesundheitskasse erfassten Beschäftigung. Übersicht 1.6 gibt das Ergebnis einer Bereinigung der Krankenstandsquoten der Gesundheitskasse um Unterschiede in der Beschäftigungsstruktur (nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht) wieder. Die erste Datenspalte zeigt die tatsächlichen Krankenstandsquoten im entsprechenden Bundesland im Jahr 2021. In der zweiten Datenspalte wird dagegen angeführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Versicherten in allen Bundesländern dem Durchschnitt entsprochen hätte³⁴). Erwartungsgemäß weisen nach der Bereinigung Bundesländer mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit überdurchschnittlichen Krankenständen (besonders Arbeiterinnen und Arbeiter, weibliche Angestellte) eine geringere Krankenstandsquote auf. Insgesamt sind die Effekte der Bereinigung allerdings geringfügig. Einzig in Wien, wo die Beschäftigungsstruktur am stärksten vom Durchschnitt abweicht, macht sich eine

³⁴) Die Krankenstandsquoten der einzelnen Beschäftigtengruppen je Bundesland werden dabei konstant gehalten (Übersicht 1.5).

Strukturbereinigung in der Krankenstandsquote deutlich bemerkbar: Bei durchschnittlicher Zusammensetzung der Beschäftigung (und gleichbleibenden gruppenspezifischen Krankenstandsquoten) würde sich die Krankenstandsquote in Wien auf 3,4% belaufen, was einem Plus von 6,3% entspricht. Die Krankenstandsquote in Vorarlberg und Salzburg bleiben beinahe unverändert. In den anderen Bundesländern führt die Bereinigung zu einer leichten Senkung des Krankenstandsniveaus, am stärksten so im Burgenland und der Steiermark.

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, Arbeiter und Angestellten zu einer Erhöhung der Krankenstandsquote um 6,3% führt. Nach wie vor liegen Niederösterreich und die Steiermark, nun aber auch Oberösterreich über dem Durchschnitt der Bundesländer. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung Salzburg (2,9%). Insgesamt bestätigen die Berechnungen somit, dass sich die Wirtschaftsstruktur günstig (wie im Falle Wiens) oder ungünstig (wie beispielsweise im Burgenland und der Steiermark) 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- bzw. Arbeiter- und Angestelltenberufen die Komplexität der Wirtschaftsstruktur nur unzureichend wiedergibt. Innerhalb der Berufsgruppen bestehen zum Teil ausgeprägte branchenspezifische Unterschiede³⁵⁾, zudem spielen auch Determinanten auf betrieblicher Ebene, wie die Größe der Unternehmen und ihre Organisationsstruktur, eine wichtige Rolle.

Die Bedeutung der einzelnen Branchen im gesamtwirtschaftlichen Gefüge und die Betriebsstruktur sind nicht die einzigen wichtigen Merkmale, die nicht ausreichend berücksichtigt werden können: Auch andere wirtschaftliche und soziodemographische Merkmale, in denen sich die Bundesländer unterscheiden (können), sind für die Krankenstände relevant. Hierzu zählen die Arbeitsmarktlage sowie die Altersstruktur und der gesundheitliche Zustand der Erwerbsbevölkerung. Einen weiteren Faktor bildet die regional unterschiedliche Bedeutung des Erwerbsspendelns, 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 Landesstellen der Österreichischen Gesundheitskasse ergeben sich somit aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Bestimmungsgründen, die anhand einer vertieften Analyse mit entsprechendem Datenmaterial untersucht werden müssten.

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

1.8 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Die Darstellung der Krankheitsgruppen wurde für das Jahr 2012 vom DSVS 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.

Die im Jahr 2020 eingeführten Schlüsselnummern im Rahmen der Entwicklungen durch COVID-19 sind unverändert. Zum einen gibt es eine Ergänzung der Klassifikation um COVID-19 in dem Kapitel XXII, U07.1 "COVID-19, Virus nachgewiesen" und U07.2 "COVID-19, Virus nicht nachgewiesen". Im Jahr 2021 kamen weitere Diagnosen dazu (U09.9 "Post-COVID-19-Zustand", U12.9 "Unerwünschte Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen" und U10.9 "Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet") (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021, 2022). Kapitel XXII findet sich in Übersicht 1.7 in der Gruppe "Übrige Ursachen". Zum anderen sind Zeiten, in denen sich Versicherte in Quarantäne befinden, nicht automatisch Krankenstandszeiten, sondern eine Dienstverhinderung. Allerdings ersetzt bei einem positiven COVID-19-Befund die behördliche Absonderung die Arbeitsunfähigkeitserklärung auch rückwirkend für fünf Tage. Die genaue Analyse von COVID-19-Fehlzeiten erfolgt in Kapitel 2.

Auch anhand der aktuellen Gliederung ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Krankenstandsfälle und -tage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Ursachen zurückzuführen ist (Übersicht 1.7). 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 knapp drei Viertel (73,1%) aller Krankenstandsfälle und knapp zwei Drittel (63,8%) der Krankenstandstage. Reiht man die Krankheitsgruppen nach der Zahl der verursachten Krankenstandstage sind die fünf dominierenden Gruppen für 70% aller gemeldeten Krankenstandstage und rund zwei Drittel der Krankenstandsfälle 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. Die Reihenfolge der Krankheitsgruppen variiert nur geringfügig. Jedoch sticht 2021 – wie bereits im Jahr 2020 – die Gruppe "Übrige Ursachen" hervor. In den letzten Jahren lag ihr Anteil bei den Fällen bei rund 0,5%, bei den Tagen bei weniger als 1%. Diese Anteile erhöhten sich 2021 auf 5,9% (Fälle) und 2,9% (Tage). Diese Gruppe umfasst auch das Geschehen der COVID-19-Erkrankungen.

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

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 achter Stelle, gemessen an der Anzahl von Krankenstandstagen jedoch an vierter Stelle.

Übersicht 1.7: **Krankheitsgruppenstatistik**
Österreich, 2021

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle	Krankenstandstage	Dauer der Fälle
	Anteile in %		Ø Anzahl Tage
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	14,7	21,9	15,3
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	11,1	16,9	15,7
Krankheiten des Atmungssystems	27,9	15,0	5,5
Psychische und Verhaltensstörungen	3,2	11,4	37,0
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	8,4	5,0	6,2
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	11,1	5,0	4,7
Neubildungen	0,9	4,5	50,7
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,8	3,8	21,4
Krankheiten des Verdauungssystems	4,9	3,8	7,8
Übrige Ursachen	5,9	2,9	5,0
Krankheiten des Nervensystems	2,7	2,3	8,4
Krankheiten des Urogenitalsystems	2,4	2,2	9,1
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1,1	1,2	11,4
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,0	1,1	11,1
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1,0	0,8	8,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,4	0,8	21,0
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,8	0,6	8,1
Diagnose nicht feststellbar	0,5	0,6	12,2
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0,1	0,1	21,0
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,1	0,1	16,6
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,0	0,0	18,1

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Zwei Gruppen von Krankheiten prägen das Bild des Krankenstandsgeschehens: Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und jene des Atmungssystems. Zusammen verursachen diese Erkrankungen 42,6% der Krankenstandsfälle und 36,9% der Fehlzeiten³⁸⁾. Verletzungen und Vergiftungen³⁹⁾ sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten; 16,9% 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).

³⁸⁾ Die Bedeutung war 2019 mit 49,9% der Krankenstandsfälle und 41,6% Krankenstandstage größer.

³⁹⁾ Rund 50% der Fälle und Tage dieser Krankheitsgruppe waren 2011 auf Arbeitsunfälle als Wegunfälle, Nicht-Arbeitsunfälle und Sportunfälle zurückzuführen. Vergiftungen, die in der alten Gliederung ebenfalls eigens ausgewiesen wurden, haben einen marginalen Anteil am Krankenstandsgeschehen (0,07% der Krankenstandstage im Jahr 2011).

Es kann angemerkt werden, dass die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen, wie z. B. Neubildungen⁴⁰⁾ 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 Österreich⁴¹⁾. 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 10,3 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Unter den stärker verbreiteten Krankheitsgruppen fallen infektiöse und parasitäre Krankheiten (4,7 Tage), Krankheiten des Atmungssystems (5,5 Tage) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (7,8 Tage) besonders kurz aus. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (15,3 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (15,7 Tage) und vor allem die psychischen und Verhaltensstörungen (37,0 Tage) über dem Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß verursachen schwere Erkrankungen (z. B. Neubildungen) ebenfalls lange Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle liegt bei 50,7 Tagen.

Die durchschnittliche Dauer war in den letzten Jahren bis 2019 tendenziell rückläufig (Abbildung 1.3). Ein deutlicher Anstieg im Jahr 2020 konnte in fast allen Krankheitsgruppen beobachtet werden. Im Jahr 2021 (10,3 Tage) war im Vergleich zu 2020 ein Rückgang der durchschnittlichen Dauer zu verzeichnen und lag auf dem Niveau von 2014. Einen Rückgang gab es ebenfalls in der Gruppe "Übrige Ursachen". Hier sank die durchschnittliche Dauer ausgehend von 8,4 Tagen in 2020 auf 5 Tage in 2021.

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 (44%) und Fehlzeiten (64%) bei Männern häufiger als bei Frauen⁴²⁾. 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

⁴⁰⁾ Das Kapitel Neubildungen der ICD-Kodierung enthält Schlüssel für bösartige und gutartige Neubildungen (Tumoren) sowie Zwischenstufen.

⁴¹⁾ In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die mit Abstand häufigste Gruppe von Todesursachen dar; 2021 wurden fast vier von zehn Sterbefällen (34,1% bzw. 31.400 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (Statistik Austria, Statistik der Todesursachen im Überblick).

⁴²⁾ Für die Analyse der Geschlechtsspezifika wird das Verhältnis aus Krankenstandsfällen bzw. -tagen und Versicherten der beiden Gruppen miteinander verglichen.

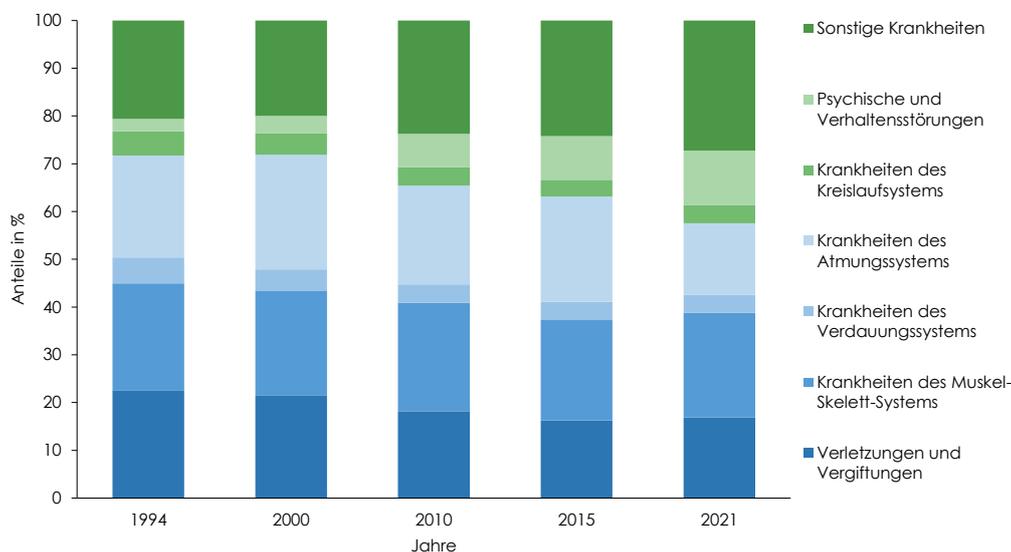
Viertel häufiger als bei Frauen. Allerdings dauern die Krankheitsepisoden dieser Diagnosegruppe bei Frauen im Schnitt 3,0 Tage länger, wodurch die Anzahl von Fehltagen, die auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen ist, bei Männern pro Kopf etwa gleich hoch ist wie bei Frauen. Ein weiterer ausgeprägter 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 56% höher. Psychische und Verhaltensstörungen treten bei Frauen deutlich häufiger auf: Während es im Jahr 2021 auf 100 Männer im Schnitt 2,7 Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich 5,1 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. 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 1.23 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 und Ärzte 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 2021 waren es nur noch 2,1 Tage. Damit reduzierte sich der Anteil der Verletzungen von gut einem Fünftel auf ein Sechstel aller krankheitsbedingten Fehlzeiten. Auch die durch COVID-19-Maßnahmen seit 2020 gebremsten Aktivitäten dämpften die Gefahrenquellen bzw. die arbeitsbedingten Stressoren. Diese Entwicklungen trugen wegen der großen Bedeutung dieser Diagnosegruppe und der überdurchschnittlichen Dauer der damit einhergehenden Krankheitsepisoden zur Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer bei.

Abbildung 1.23: **Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen**
Österreich



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

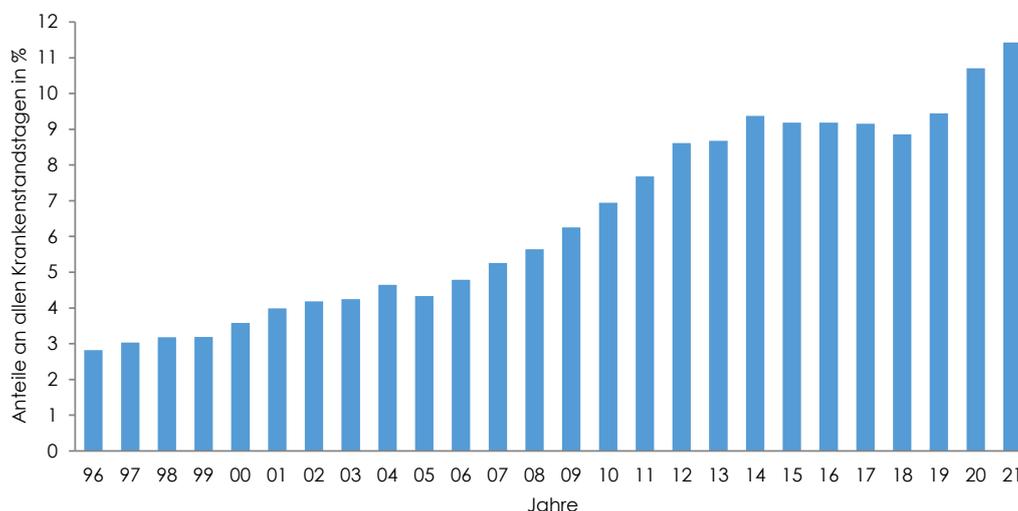
Die Krankenstandstage der Muskel-Skelett-Erkrankungen, der Krankheiten des Kreislauf- und jene des Verdauungssystems blieb im hier untersuchten Zeitraum anteilmäßig stabil, wobei die beiden letztgenannten einen sehr geringen Anteil am Krankenstandsvolumen haben (je 3,8%). Aufgrund der räumlichen Distanzierung und strikteren Hygienevorschriften gingen 2021 auch die Krankenstandstage bestimmter infektiöser und parasitärer Krankheiten nach einem Rückgang in 2020 nochmals stark zurück.

Der Anteil der Krankheiten des Atmungssystems sank in den vergangenen 20 Jahren (2000: 24%, 2021: 15,0%) ebenso, wie die durchschnittliche Anzahl an Krankheitstagen pro Kopf dieser Diagnosegruppe (2000: 3,5 Tage, 2020: 1,9 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. Die Jahre 2020 und 2021 stellten in diesem Zusammenhang eine Besonderheit dar. Die gesunkene Zahl der Atemwegserkrankungen von 2019 auf 2020 weist in einer absoluten Betrachtung einen Rückgang um rund 540.600 Fälle bzw. um rund 1.462.700 Tage aus. Im Jahr 2021 kam es hier zu einem weiteren Rückgang um 1.439.600 Tage (lediglich 18.400 Fälle). Das entspricht einem Rückgang an Fehlzeiten pro Kopf in dieser Krankheitsgruppe von 20%. Dieser hohe Rückgang steht mit den COVID-19-Maßnahmen, durch die die Ansteckungsmöglichkeiten minimiert werden sollten, in Verbindung: einerseits mit Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht, räumliche Distanzierung oder Empfehlungen zu Homeoffice, andererseits mit der arbeitsmarktpolitischen Maßnahme der Kurzarbeit.

In einer längerfristigen Sicht ist ein klarer Aufwärtstrend der psychischen und Verhaltensstörungen beobachtbar, eine Entwicklung, die auch in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland, vorhanden ist. Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich in Österreich die Zahl der Krankenstandstage infolge psychischer Erkrankungen, ausgehend von einem sehr niedrigen Niveau, mehr als verdreifacht, und verharrte zwischen 2012 und 2018 in etwa auf dem gleichen Niveau. Seit 2019 kam es wieder zu höheren Anstiegen: zwischen 2019 und 2020 um rund 8,5%, zwischen 2020 und 2021 um weitere 3,5%. Entsprechend mit dieser Entwicklung erhöhten sich auch die Fehlzeiten durch psychische und Verhaltensstörungen (Abbildung 1.24): Machten diese in den 1990er-Jahren rund 3% aller Fehlzeiten aus, waren es 2021 bereits gut 11%.

Abbildung 1.24: **Entwicklung der Krankenstandstage von psychischen Krankheiten als Anteil an allen Krankenstandstagen**

Österreich



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

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 2021)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 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 (Mack et al., 2014; Wittchen et al., 2011). 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 Krankenstandsdiagnose aufweisen, den Aufwärtstrend der psychischen Erkrankungen in der Statistik begünstigt. Dieser demographische Effekt dürfte allerdings eine beschränkte Größenordnung haben (Leoni, 2019).

In der jüngeren Vergangenheit sind neue Belastungsfaktoren im Rahmen der COVID-19-Maßnahmen hinzugekommen. Potenzielle Stressfaktoren sind hier sowohl der gestiegene Arbeitsdruck in den systemrelevanten Bereichen (Bock-Schappelwein, Huemer, et al., 2021), aber

⁴³) Dachverband der Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2022*, Tabelle 3.34.

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).

auch der Arbeitsplatzverlust bzw. die Angst davor. Die Wechselwirkung zwischen (subjektiv wahrgenommenen) prekären Einkommens- und Lebenslagen (Hense, 2018) könnte sich im Jahr 2020 verstärkt haben, mit negativen Auswirkungen auf das psychische Erkrankungsgeschehen (Brakemeier et al., 2020; Schiestl et al., 2021; Schiestl & Pinkert, 2021; WHO, 2020). Die Quantifizierung dieser jüngsten Entwicklungen auf das psychische Erkrankungsgeschehen bedeutet einen neuen Forschungsbedarf (OECD, 2021b).

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 DVSV alle Krankheitsfälle und -tage aus, die zum Zeitpunkt der Erfassung (also typischerweise im Krankenhaus) als Arbeitsunfälle festgehalten wurden. Die Anerkennung der Unfälle als Versicherungsfälle erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, nur ein Teil der ursprünglich als Arbeitsunfälle definierten Ereignisse wird effektiv auch als Arbeitsunfall anerkannt. Hierfür spielt das Prinzip der doppelten Kausalität eine wesentliche Rolle. Der Unfall muss sich sowohl am Arbeitsplatz ereignet haben als auch durch die Arbeitstätigkeit verursacht worden sein. Zudem können sich aus einem anerkannten Arbeitsunfall mehrfache Krankheitsfälle 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 Sozialversicherung der Selbständigen und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau sind ebenfalls für die Unfallversicherung zuständig. Die Daten der AUVA eignen sich aber sehr gut für die Beschreibung des Unfallgeschehens unselbständig Beschäftigter. Im Jahr 2021 waren 3,2 Mio. unselbständig Beschäftigte bei der AUVA versichert, das entspricht einer Quote von 85% aller unfallversicherten unselbständig Beschäftigten. Von den 91.181 anerkannten Arbeitsunfällen und 12.776 Wegunfällen der unselbständig Erwerbstätigen im Jahr 2021 wurden 75.268

(83%) bzw. 10.491 (82%) 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 1.25). In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre kam es zu einem weiteren, deutlichen Rückgang der Unfälle, sodass im Jahr 2000 statistisch gesehen auf 10.000 Versicherte 455 Unfälle entfielen. Zwischen 2000 und 2008 unterlag die Unfallquote in ihrer Entwicklung einigen Schwankungen, ohne dass sich dabei ein klarer Trend herausbildete. Seit 2008 gingen die Unfälle weiter zurück, sodass 2021 die Unfallquote mit 272 Unfällen auf 10.000 Versicherte gemeinsam mit dem Jahr 2020 den tiefsten Stand seit 1974 aufweist. Anders gesagt waren im ersten Jahr des erfassten Zeitraums statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2021 waren es 2,7%. 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 2021 2,4%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2021 um 65% 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 33 Unfälle je 10.000 Versicherte (0,3%) im Jahr 2021, was einer Verringerung um 60% entspricht.

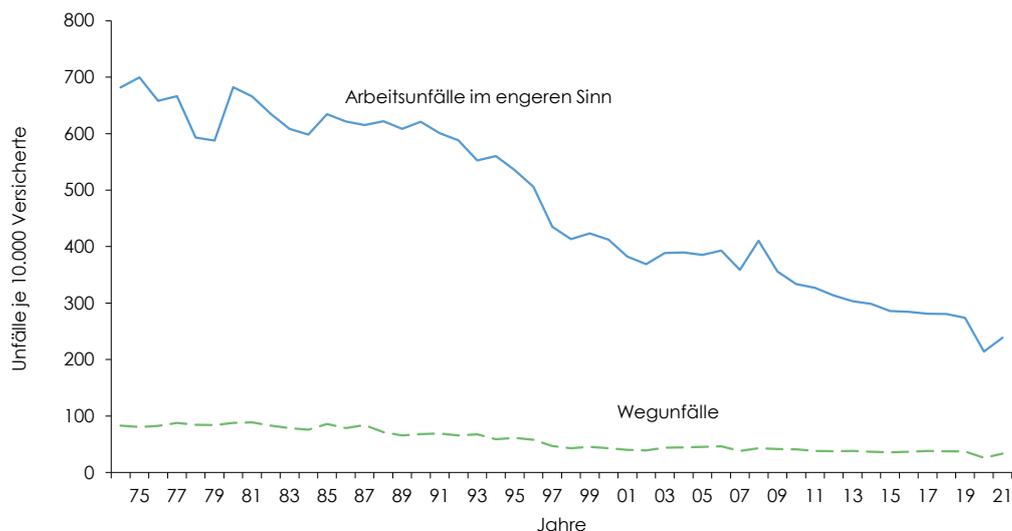
Zusammen mit den Arbeitsunfällen ist auch die Anzahl an Unglücksfällen mit tödlichen Folgen im langfristigen Betrachtungszeitraum rückläufig⁴⁶). Unter den Versicherten der AUVA gab es

⁴⁵) Dachverband der Sozialversicherungsträger, *Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen*, Abschnitt "Arbeitsunfälle", August 2022.

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.

1975 noch 553 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz, 1980 waren es 434, 1990 317. Auch die tödlichen Unfälle verzeichneten in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre einen sehr starken Rückgang, von 304 im Jahr 1995 auf 220 im Jahr 2000. In den jüngsten Jahren hat sich dieser positive Trend, wenn auch nicht gleichmäßig, fortgesetzt. 2021 verzeichnete mit 98 tödlichen Unfällen am Arbeitsplatz in der AUVA-Statistik einen der niedrigsten Werte.

Abbildung 1.25: **Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten**



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Die Entwicklung im Arbeitsunfallgeschehen kann auf das Zusammenspiel mehrerer unterschiedlicher Faktoren zurückgeführt werden. Einerseits lässt sich der Unfallrückgang durch den strukturellen Wandel in der Wirtschaft, der den Anteil an Arbeitsplätzen mit hohem Unfallrisiko reduziert hat, erklären. Wie in der Folge noch gezeigt wird, geht ein Großteil der Entwicklung auf einen starken Rückgang der Unfälle bei den männlichen Arbeitern zurück. Nicht nur der allgemein beobachtbare Trend in Richtung einer Tertiärisierung der Wirtschaft hat zu einer Verminderung des durchschnittlichen Unfallrisikos der Erwerbsbevölkerung beigetragen. Auch innerhalb des Sachgüter erzeugenden Bereichs haben sich aufgrund des Strukturwandels große Veränderungen in den Tätigkeitsbereichen ergeben. Die allgemeine Berufsstruktur 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 Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen im Zuge des EU-Beitritts Österreichs hat in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle gespielt. Verbesserte Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzbestimmungen, der technologische Wandel und die erwähnte Tertiärisierung der Wirtschaft sowie Präventivmaßnahmen der Unternehmen dürften gemeinsam dazu beigetragen haben, das Unfallrisiko der bestehenden Arbeitsplätze zu senken.

Die Daten im Jahr 2021 sind von der steigenden Zahl der Versicherten zu sehen, die Zunahme betrug gegenüber 2020 2,5% und erreichte damit beinahe den Wert von 2019. Der Anstieg war bei den Arbeiterinnen und Arbeitern mit 3% höher als im Vergleich zu den Angestellten (2,2%), wobei bei den Angestellten der Wert in 2019 übertroffen wurde, wohingegen die Zahl der Arbeiter und Arbeiterinnen noch deutlich darunter lag. Die Zahl der Arbeits- und Wegunfälle erhöhte sich bei den Arbeiterinnen und Arbeitern um 12%, bei den Angestellten um 17%. Trotzdem ergaben sich aufgrund der noch höheren Rückgänge im Jahr 2020 im Vergleich zu den Jahren davor niedrige Raten je Versicherte bzw. Versicherten.

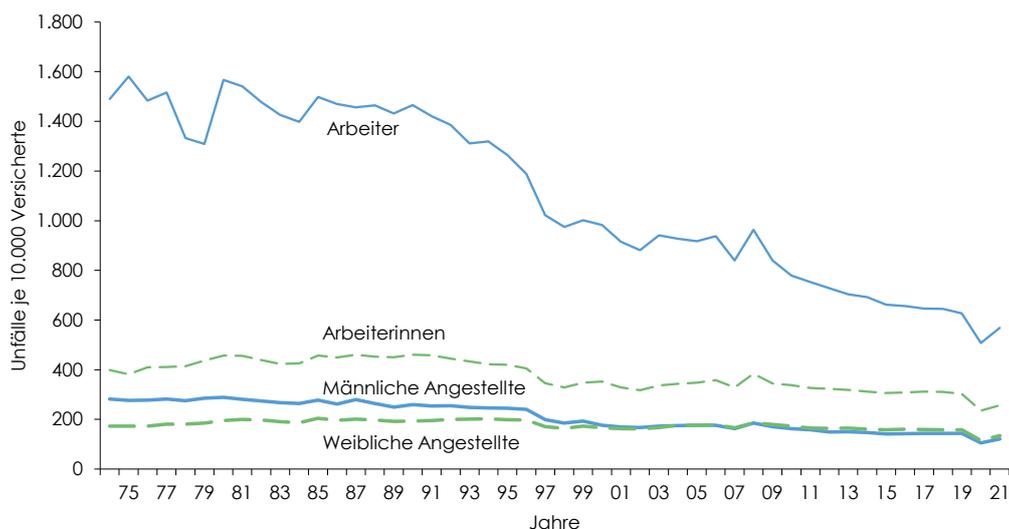
1.9.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche

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 2021 für Männer 3,6%, für Frauen lag sie bei 1,7%. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hängt mit der Tatsache zusammen, dass Frauen und Männer im Durchschnitt Tätigkeiten mit unterschiedlicher Risikobelastung nachgehen. Abbildung 1.26 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 2021 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 bzw. Arbeitern und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte stark verringert. Im Zeitraum 1974 bis 2021 ging die Unfallrate der Arbeiterinnen und Arbeiter von 1.119 auf 482 (–57%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 128 (–43%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen Angestellten von 282 auf 121 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückging, registrierten Frauen in Angestelltenberufen 2021 nur einen geringen Rückgang im Vergleich zum Anfang der Beobachtungsperiode (135 gegenüber 172). Da sich auch bei den Arbeiterinnen die Unfallquote

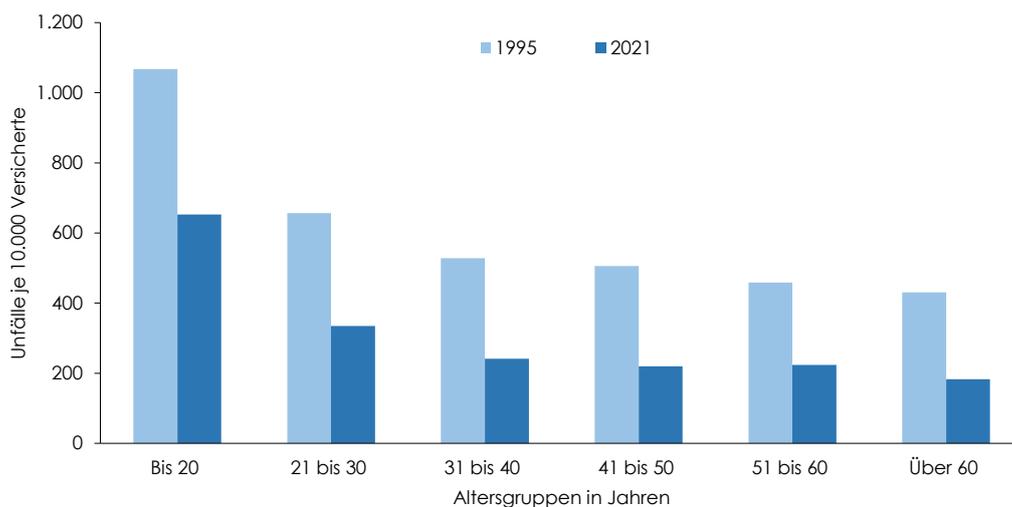
weniger günstig als bei den Arbeitern entwickelt hat, ist es in den letzten Jahrzehnten – und das ist der zweite Trend der langfristigen Entwicklung – zu einer Annäherung der geschlechtsspezifischen Unfallraten gekommen. Insgesamt betrug der Rückgang der Unfallhäufigkeit bei den Männern rund zwei Drittel (-68%), bei den Frauen 42%.

Abbildung 1.26: **Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht**



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.27: **Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen**
Anerkannte Arbeitsunfälle mit Wegunfällen



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

Geschlecht und Stellung im Beruf sind aussagekräftige Variablen für das Unfallgeschehen am Arbeitsplatz, weil sie indirekt über den Tätigkeitsbereich der Beschäftigten Auskunft geben. Das Alter der Beschäftigten bereichert das Untersuchungsbild um eine zusätzliche Dimension und zeigt, wie sich Erfahrung und Dienstalter auf das Unfallrisiko der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auswirken. Dieser Abschnitt der Analyse ist auf den Zeitraum 1995 bis 2021 beschränkt, da nur für diese Jahre eine ausreichend differenzierte Datenbasis zur Verfügung steht. Die Darstellung der Unfallquoten entlang der Altersstruktur gibt für diesen Zeitraum ein konsistentes Bild: Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls am Arbeitsplatz ist bei Jugendlichen wesentlich ausgeprägter als bei älteren – und somit erfahreneren – Arbeitskräften (Abbildung 1.27). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich das Unfallrisiko in allen Alterskohorten verringert.

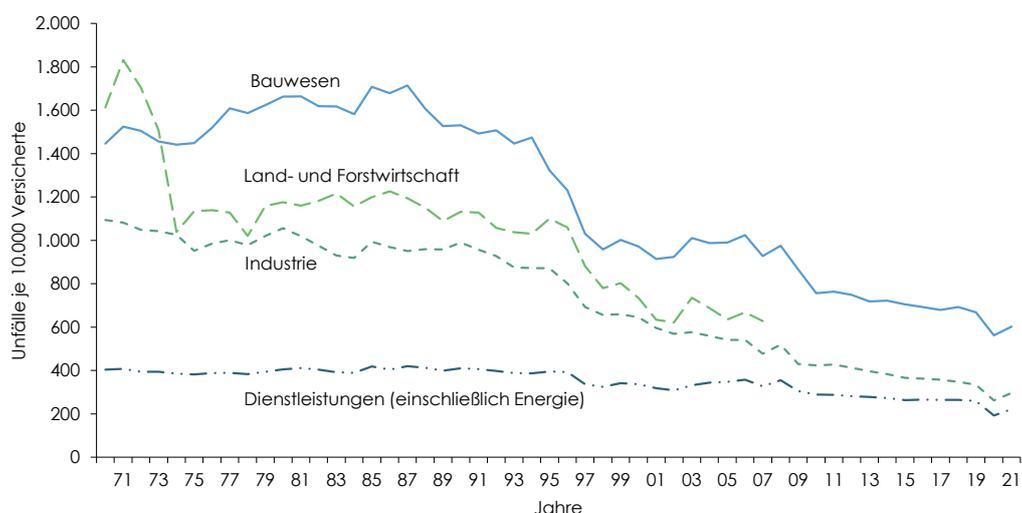
Die einzelnen Branchen⁴⁷⁾ sind durch unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und Arbeitsplatzbedingungen gekennzeichnet, dementsprechend stark sind Unterschiede in der Unfallhäufigkeit ausgeprägt. Der landwirtschaftliche Sektor und der Bergbau haben ein hohes Unfallrisiko. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2021 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch wie im Durchschnitt, ein Fünftel aller Unfälle ereignete sich im Bauwesen. Im Bauwesen erhöhte die Zahl der Unfallversicherten im Vergleich zum Vorjahr um gut 5%, und damit doppelt so stark wie die Versichertenzahl aller Branchen (+2,5%). 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 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 ein Sechstel des Durchschnitts und weniger als ein Zehntel der Unfallquote im Bauwesen betrug.

Vergleiche mit der Vergangenheit sind nur schwer darstellbar. Die Erstellung einer nach Branchen differenzierten Zeitreihe ist für die ÖNACE-Gliederung nur ab dem Jahr 1995 möglich, zudem ist 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 1.28) 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

⁴⁷⁾ Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2008 verwendet.

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%).

Abbildung 1.28: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)



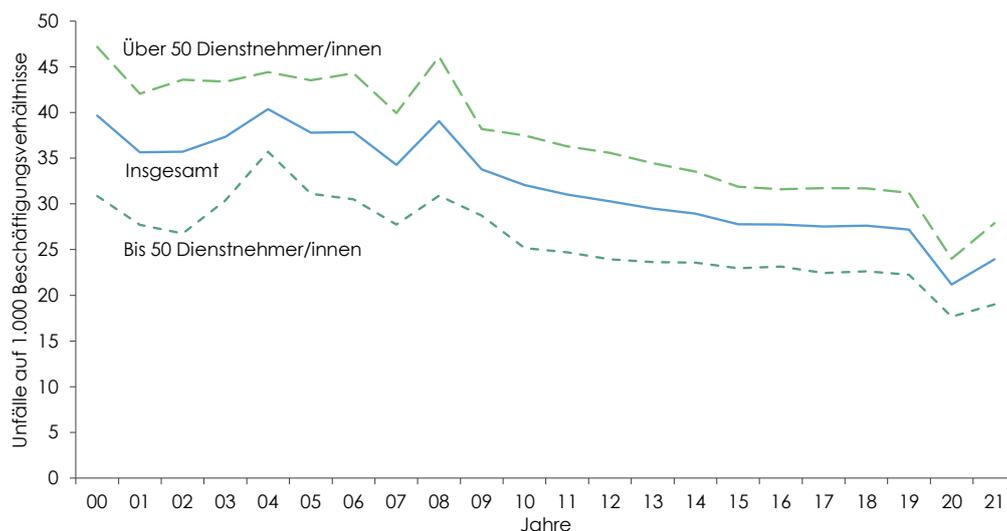
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Berechnung erfolgte auf Basis der anerkannten Unfälle aller Erwerbstätigen. Für Land- und Forstwirtschaft wird ab 2008 kein Wert ausgewiesen, da die Umstellung auf ÖNACE 2008 einen deutlichen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

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 2021 betrug die Unfallrate in der Warenherstellung das 1,3-Fache, im Bauwesen das fast 3-Fache der Dienstleistungsbereiche.

Die ungleiche Verteilung des Unfallrisikos in der Arbeitswelt kommt auch bei einer Betrachtung nach Betriebsgröße zum Ausdruck (Abbildung 1.29). Größere Betriebe, solche mit mindestens fünfzig Beschäftigten, verzeichneten 2021 im Durchschnitt 47% mehr Arbeitsunfälle pro Kopf als Kleinbetriebe mit weniger als fünfzig Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dieser Abstand ist im letzten Jahrzehnt leicht zurückgegangen, jedoch lag er im Jahr 2021 weit über den letztjährigen Werten und etwa auf dem Niveau von 2011. 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 1.29: **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.

2. Fehlzeiten im Zusammenhang mit COVID-19-Erkrankungen

Ein Schwerpunkt des Fehlzeitenreports 2022 besteht in der Analyse krankheitsbedingter Fehlzeiten aufgrund der COVID-19-Pandemie, die nachfolgend näher untersucht werden. Einleitend wird ein Überblick zu den Fallzahlen nach Krankheitsgruppen gegeben. Die weitere Untersuchung zeigt die COVID-19-Krankenstände nach deren Dauer und sozioökonomischen Merkmalen in den Jahren 2020 und 2021.

2.1 Datengrundlage

Die Analyse der Krankenstandsfälle und Krankenstandstage entlang der Diagnosegruppen für COVID-19 erfolgt auf der Grundlage der Administrativdaten aus dem ÖGK-Data-Warehouse. Die von der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) für den Fehlzeitenreport zur Verfügung gestellten anonymisierten Individualdaten über die Krankenstandsdiagnosen beruhen auf der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten ICD-10⁴⁸⁾. Die bei der ÖGK erfassten Arbeitsunfähigkeitsmeldungen erfolgen durch Ärzt:innen im niedergelassenen Bereich und andere Einrichtungen im stationären, ambulanten Bereich sowie Primärversorgungseinheiten. Eine Diagnose der Arbeitsunfähigkeit nach ICD-10 ist im niedergelassenen Bereich nicht verpflichtend, sondern erfolgt mittels Freitextes, welcher durch die ÖGK in eine ICD-10-Diagnose überführt wird.

Das ICD-10-Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen wird laufend angepasst, um auf die jüngsten Entwicklungen zu reagieren. Im Jahr 2020 wurden Schlüsselnummern im Rahmen der Entwicklungen durch COVID-19 in Kapitel XXII⁴⁹⁾ eingeführt: U07.1 "COVID-19, Virus nachgewiesen" und U07.2 "COVID-19, Virus nicht nachgewiesen. 2021 kamen weitere drei Diagnosen dazu U09.9 "Post-COVID-19-Zustand", U12.9 "Unerwünschte Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen", U10.9 "Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet".

Die Qualität und besonders die Aussagekraft der nachfolgenden Analysen hängt in hohem Ausmaß von einer korrekten Erfassung und Kodierung COVID-19-bezogener Krankenstände ab. Dabei gibt es auch dynamische Elemente im Datensatz: Zeiten, in denen sich Versicherte in Quarantäne befinden, sind nicht automatisch Krankenstandszeiten, sondern stellen vorerst eine Dienstverhinderung dar. Eine weitere Einschränkung der Meldedaten ergibt sich aus der Tatsache, dass es in Österreich keine einheitliche und durchgehende Diagnosedokumentation für den ambulanten Bereich gibt (Degelsegger-Márquez, 2021). Des Weiteren wird beispielsweise bei Long-COVID in den Arbeitsunfähigkeitsmeldungen die Diagnose "Long COVID" als Freitext erfasst und erst anschließend durch die ÖGK in eine ICD-10-Diagnose übergeführt

⁴⁸⁾ Die ICD-Kodierung (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme.

⁴⁹⁾ In die Gruppe XXII fallen Schlüsselnummern für besondere Zwecke (U00-U85), dabei handelt es sich um vorläufige Zuordnungen für Krankheiten mit unklarer Ätiologie sowie belegte und nicht belegte Schlüsselnummern (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022).

(Winkler et al., 2022). Insofern ist unklar, wie gut und in welchem Ausmaß die Freitexterfassung und Überführung funktioniert. Jedenfalls halten Winkler et al. (2022) fest, dass die Datenqualität eingeschränkt ist und dass in Bezug auf Long-COVID die Kodierung als Haupt- oder Zusatz-(Neben-)Diagnose zwar in den Kodierrichtlinien festgehalten ist, aber nicht immer umgesetzt wird. Es ist sehr zu vermuten, dass diese Schwierigkeiten auch für die anderen COVID-19-bezogenen ICD-10-Kodierungen, gegeben die Einschränkungen der Diagnosedokumentation im ambulanten Bereich, zutreffen. Insgesamt ist daher von einer deutlichen Untererfassung von COVID-19-Erkrankungen in den ÖGK-Daten auszugehen.

Für die Interpretation der Zahlen sind daher folgende Besonderheiten zu berücksichtigen:

- U071, COVID-19, Virus nachgewiesen: Da die Zeiten der behördlichen Absonderungen nicht über die ÖGK-Daten erfasst sind, ist davon auszugehen, dass dies in vielen Fällen Personen betrifft, die aufgrund einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion über die Quarantäne hinaus arbeitsunfähig sind.
- U072, COVID-19, Virus nicht nachgewiesen: Hierbei dürfte es sich größtenteils um Personen handeln, bei denen ein Verdacht auf COVID-19 bestand, der sich nicht bestätigte und bei welchen dennoch nach Aufhebung der Absonderung weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit bestand.
- U099, Post-COVID-19-Zustand: Das Ausmaß der vollständigen Erfassung hängt stark von der Überführung der Freitexterfassung für die Arbeitsunfähigkeit im niedergelassenen Bereich auf ICD-10 durch die ÖGK ab. Im Falle unspezifischer Diagnosen (z. B. Atembeschwerden) ist nicht sichergestellt, dass alle Post-COVID-19-Zustände korrekt unter dieser ICD-10-Klassifikation erfasst werden.

Die verwendete Datengrundlage ist dennoch die umfangreichste und bildet das Krankheitsgeschehen des größten Österreichischen Krankenversicherungsträgers ab. Wir gehen jedoch davon aus, dass die Erfassungssystematik der offiziellen Zahlen, die volkswirtschaftliche Belastung durch die gesamten Fehlzeiten und im Besonderen durch die COVID-induzierten Fehlzeiten nur teilweise abbilden kann. Ein vermutlich häufiger und hypothetischer Fall in den Jahren 2020 und 2021 ist in diesem Zusammenhang ein positiver COVID-19-Test mit nachfolgendem mildem Verlauf. Hier könnte die Möglichkeit von Homeoffice zu keiner Krankmeldung führen und die Arbeit von zu Hause aus fortgeführt werden.

2.2 Fallzahlen der COVID-19-Krankenstände 2020 und 2021

Die Entwicklungen der Fallzahlen entlang der jeweils vorhandenen und codierten COVID-19-Erkrankungen zeigen folgendes Bild: Im Jahr 2020 war der häufigste Grund einer Fehlzeit in Verbindung mit der ICD-10-Kodierung U072 "COVID-19, Virus nicht nachgewiesen". Die ICD-10-Kodierung U072 wird vergeben, wenn COVID-19 klinisch-epidemiologisch bestätigt ist, aber das Virus nicht durch einen Labortest nachgewiesen wurde. Dies betraf im Jahr 2020 45.226 Fälle. Nachgewiesene Fälle des COVID-19-Virus bildeten die zweigrößte Gruppe. Hier kam es im Jahr 2020 in 5.915 Fällen zu einem dokumentierten Krankenstand. Andere Diagnosen spielten im

Jahr 2020 noch keine Rolle, wobei in der Anfangsphase der Pandemie auch das Fehlen einer bundeseinheitlichen Dokumentation ursächlich gewesen sein könnte. So wurde in nur acht Fällen ein Krankenstand im Zusammenhang mit einem Post-COVID-19-Zustand dokumentiert und in nur einem Fall ein Krankenstand aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen.

Für 2021 zeigte sich ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen an Krankenständen im Bereich der ICD-10-Kodierung U071 "COVID-19, Virus nachgewiesen", mit 14.724 Fällen nahmen die nachgewiesenen Erkrankungen knapp 9% des COVID-19-Krankenstandsgeschehens ein. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in Verbindung mit der ICD-10-Kodierung U072 "COVID-19, Virus nicht nachgewiesen" gingen hingegen im Jahr 2021 auf 27.288 Fälle zurück und reduzierten sich somit deutlich im Vergleich zu 2020. Dies ist vermutlich auf die bessere Verfügbarkeit von COVID-19-Tests im Laufe der Pandemie zurückzuführen. Im Gegensatz zum Jahr 2020 fanden sich 2021 auch in bedeutender Zahl weitere Diagnosen. So wurden im Jahr 2021 15.692 Krankenstands-fälle im Zusammenhang mit einem Post-COVID-19-Zustand (ICD-10: U099) dokumentiert. Die häufigste Diagnose für Krankenstände im Zusammenhang mit COVID-19 mit 111.944 Fällen waren im Jahr 2021 allerdings unerwünschte Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen (ICD-10: U129). Aufgrund der ausgewerteten Krankheitsdauern ist bei dieser Diagnose von normalen Impfreaktionen auszugehen, welche auch in den klinischen Studien der Zulassungsverfahren dokumentiert sind (z. B. Kopfschmerzen, Fieber, Müdigkeit, Schmerzen an der Einstichstelle, siehe z. B. BASG 2022⁵⁰). Eine untergeordnete Rolle im Krankenstandsgeschehen spielt demgegenüber das multisystemische Entzündungssyndrom⁵¹) COVID-19 (ICD-10: U109) mit nur 76 Fällen.

Übersicht 2.1: COVID-19-Fallzahlen zum Krankenstandsgeschehen, 2020 und 2021

ICD-10- Krankheitsgruppen Code	2020		2021	
	Fälle	Anteile in %	Fälle	Anteile in %
U071 COVID-19, Virus nachgewiesen	5.915	11,6	14.724	8,7
U072 COVID-19, Virus nicht nachgewiesen	45.226	88,4	27.288	16,1
U099 Post-COVID-19-Zustand	8	0,0	15.692	9,3
U129 Unerwünschte Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen	1	0,0	111.944	66,0
U109 Multisystemisches Entzündungssyndrom COVID-19			76	0,0
Insgesamt	51.150	100,0	169.724	100,0

Q: Österreichische Gesundheitskasse, WIFO-Berechnungen.

⁵⁰) https://www.basg.gv.at/fileadmin/redakteure/05_KonsumentInnen/Impfstoffe/Bericht_BASG_Nebenwirkungsmeldungen_27.12.2020-30.09.2022_BTVI.pdf

⁵¹) Die Beschwerden dieser Erkrankung können vielfältig sein, Symptome die jedoch bei allen Patienten zu finden sind umfassen "mehr als fünf Tage anhaltendes Fieber, ein ausgeprägter Abfall des Blutdrucks mit Schockgefahr, stark erhöhte Entzündungswerte im Blut ohne Hinweis auf die zugrundeliegende Infektion sowie ein erhöhter NT-proBNP-Wert im Blut, der eine Herzschwäche anzeigt." (Quelle Rieper und Sturm, 2021, DOI: 10.1055/a-1404-6763).

2.3 Dauer von COVID-19-Krankenständen

Im Jahr 2020 betrug die durchschnittliche Krankenstandsdauer im Fall einer COVID-19-Erkrankung mit nachgewiesenem Virus 7,3 Tage und die mediane⁵²⁾ Dauer des Krankenstands 5 Tage. Im Jahr 2021 erhöhten sich sowohl Mittelwert als auch Median der Krankenstandstage auf 13,4 bzw. 7 Tage. Im Vergleich zur durchschnittlichen Dauer der Krankenstände über alle Diagnosegruppen hinweg, diese betrug 10,3 Tage im Jahr 2021, waren die COVID-19-bedingten Fehlzeiten im Schnitt länger.

Krankenstände mit der ICD-10-Kodierung U072 "COVID-19, Virus nicht nachgewiesen" wiesen hingegen 2020 im Mittelwert, mit 5,4 Tagen, deutlich geringere Fehlzeiten auf, während der Median mit 5 Tagen unverändert gegenüber nachgewiesenen COVID-19-Fällen war. Aufgrund der hohen Abweichung zu den mittels Labortest nachgewiesenen COVID-19-induzierten Fehlzeiten ist zu vermuten, dass der rein klinisch-epidemiologische Nachweis entweder in vielen Fällen nicht zuverlässig war und es sich um andere Erkältungskrankheiten handelte oder hier ein Selektionseffekt von COVID-19-Fällen mit milder Symptomatik auftrat. Die Fehlzeiten änderten sich zudem im Jahr 2021 kaum und betrugen im Mittelwert 5,6 Tage und im Median ebenfalls 5 Tage.

Krankheitsbedingte Fehlzeiten eines Post-COVID-19-Zustandes traten in signifikanter Zahl erst ab dem Jahr 2021 auf. Hierbei ist festzustellen, dass die Krankenstandsdauer kürzer war als bei einer nachgewiesenen COVID-19-Erkrankung (Mittelwert: 10,2 Tage; Median: 5 Tage). Die Kodierungsanweisung für einen Post-COVID-19-Zustand sieht vor, dass diese zu verwenden ist, wenn bei einer anderenorts klassifizierten Störung angegeben werden soll, dass sie im Zusammenhang mit einer vorausgegangenen Corona-Virus-Krankheit-2019 (COVID-19) steht. Diese Schlüsselnummer ist nicht anzuwenden, wenn COVID-19 noch vorliegt. In Bezug auf die Höhe der Fallzahlen verdeutlicht dies die Problematik, dass die Daten nicht diejenigen Fälle umfassen, bei welchen die Diagnose nur aufgrund der aktuellen Symptomatik erfolgt, insbesondere wenn diese durch andere ICD-10-Klassifizierungen abgedeckt sind (z. B. Erkrankungen der Atemwege).

Unerwünschte Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen waren im Jahr 2021 zwar die häufigste Ursache für COVID-19-Fehlzeiten, allerdings wiesen sie nur relativ kurze Krankenstandsdauern auf. Im Mittelwert ergaben sich 2,4 Tage und im Median 2 Fehltag. Das enge Zusammenliegen von Mittelwert und Median weist zudem darauf hin, dass es nur in den seltensten Fällen zu sehr langen Krankenständen in Verbindung mit der Impfung kam. In 95% aller Fälle waren 5 Krankenstandstage oder weniger und in 99% aller Fälle 14 Krankenstandstage oder

⁵²⁾ Die mediane Krankenstandsdauer ist diejenige Zahl, durch die die Anzahl der Fälle mit einer Diagnose in zwei gleich große Gruppen geteilt wird. Sie ist somit für einen "durchschnittlichen" Krankenstand etwas repräsentativer, da sie nicht durch lange Krankenstandsdauern von Extremfällen verzerrt ist. Für die gesamtwirtschaftliche Belastung hingegen ist der Mittelwert eine geeignete Kennzahl, da er auch die langen Krankenstände miteinbezieht. Im Folgenden werden beide Maßzahlen dargestellt, da sich durch die Differenz des Mittelwerts und des Medians, der Einfluss extrem langer oder kurzer Krankenstände darstellen lässt.

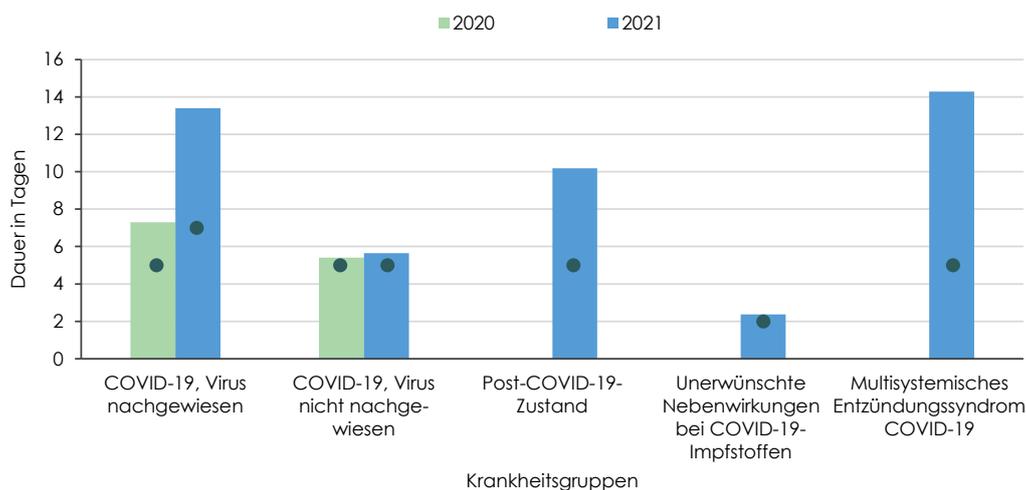
weniger zu verzeichnen. Dieser hohe Anteil der Gruppe U129 an den Fallzahlen und ihre kurze Dauer könnten auch ein Grund für die Zunahme der Kurzkrankenstände im Jahr 2021 sein.

Das multisystemische Entzündungssyndrom COVID-19 tritt nur sehr selten auf (76 Fälle im Jahr 2021). Allerdings geht es im Mittel mit der höchsten Anzahl an Fehltagen einher (14,3), aber auch hier liegt der Median mit 5 Fehltagen deutlich niedriger.

Im Folgenden wird die Dauer der Fehlzeiten nach Krankheitsgruppen auf Basis des Geschlechts, des Alters, der sozialrechtlichen Stellung, des Einkommens, des Bundeslandes und der Wirtschaftsklassen nach ÖNACE-1-Stellern beschrieben. Auf eine Darstellung des multisystemischen Entzündungssyndroms COVID-19 wird dabei aufgrund der geringen Fallzahlen verzichtet. Für das Jahr 2020 werden aufgrund der Fallzahlen nur die ICD-10-Kodierungen U071 "COVID-19, Virus nachgewiesen" und U072 "COVID-19, Virus nicht nachgewiesen" beschrieben.

Abbildung 2.1: **Dauer von COVID-19-Krankenständen, 2020 und 2021**

Balken: Mittelwert, Punkt: Median



Q: Österreichische Gesundheitskasse, WIFO-Berechnungen.

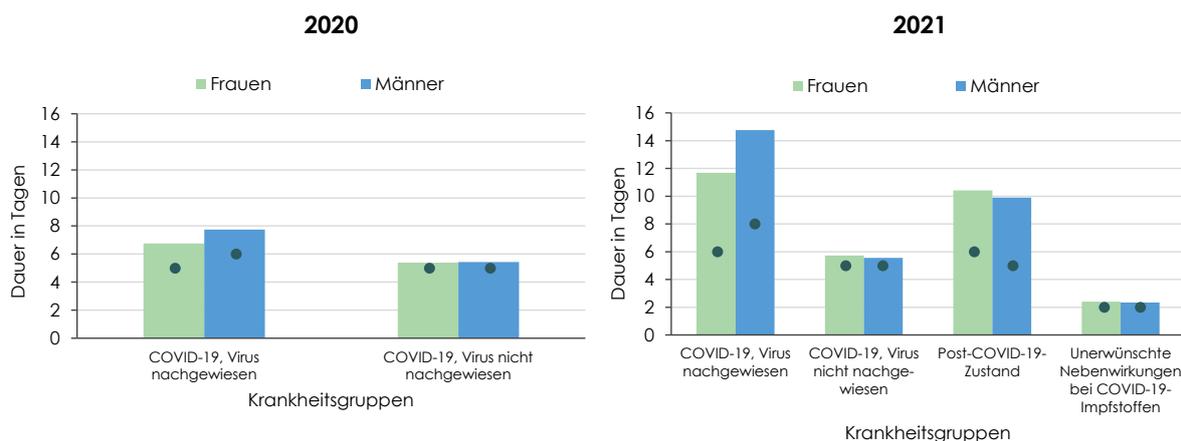
2.4 Geschlecht

In beiden Jahren wiesen Männer höhere Fehlzeiten im Falle einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion (U071) auf. Im Jahr 2020 fehlten Frauen aufgrund dieser Diagnose durchschnittlich 6,7 Tage (Median: 5 Tage), während es bei Männern jeweils ein Tag mehr war (Mittelwert: 7,7 Tage, Median: 6 Tage). Im Einklang mit der Gesamtentwicklung der COVID-19-Diagnosen erhöhten sich die Fehlzeiten im Jahr 2021 für beide Geschlechter: bei Frauen auf durchschnittlich 11,7 Tage (Median: 6 Tage) und bei Männern auf 14,8 Tage (Median: 8 Tage). Die ICD-10-Kodierung U072 "COVID-19, Virus nicht nachgewiesen" wies keine geschlechtsspezifischen Unterschiede auf, und auch über die beiden Jahre hinweg änderte sich die Dauer des Krankenstandes aufgrund dieser Diagnose kaum. Im Gegensatz zu einer nachgewiesenen COVID-19-Diagnose änderte sich die geschlechtsspezifische Betroffenheit bei einem Post-COVID-19-

Zustand. Hier waren Frauen im Mittel 10,4 Tage arbeitsunfähig (Median: 6 Tage), Männer hingegen 9,9 Tage (Median: 5 Tage). Unerwünschte Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen hingegen wiesen wiederum keine unterschiedlichen Fehlzeiten zwischen Frauen und Männern auf. Der Median war mit 2 Tagen für beide Geschlechter gleich, während der Mittelwert für Frauen mit 2,4 Tagen nahezu identisch mit dem der Männer war (2,3 Tage).

Abbildung 2.2: **Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Geschlecht, 2020 und 2021**

Balken: Mittelwert, Punkt: Median



Q: Österreichische Gesundheitskasse, Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

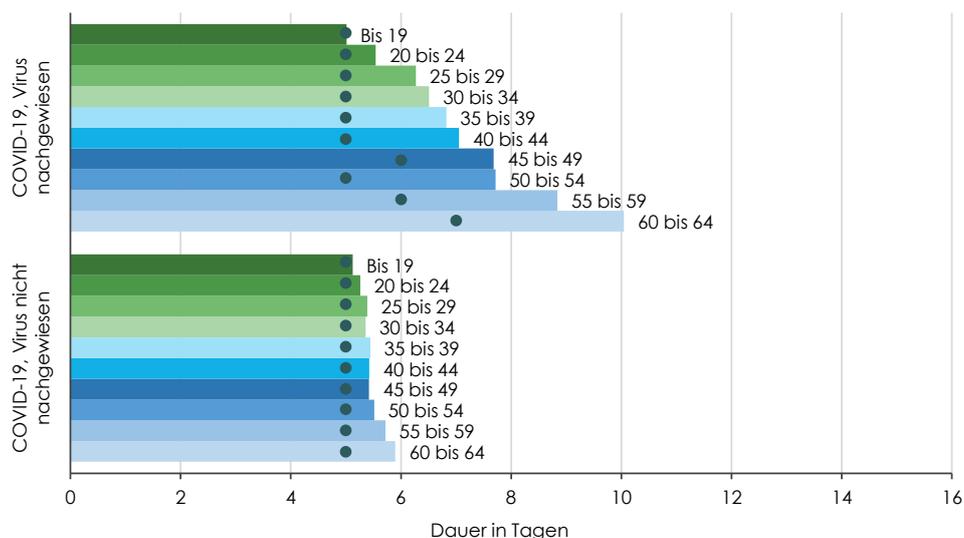
2.5 Alter

Im Falle einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion im Jahr 2020 stieg die Anzahl krankheitsbedingter Fehlzeiten deutlich mit dem Alter. In der jüngsten Altersgruppe (bis 19 Jahre) lag die Arbeitsunfähigkeit im Mittel (und Median) bei 5 Tagen. In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen stieg dieser Wert im Mittel auf 10,0 Tage (Median: 7 Tage). Im Jahr 2021 war der altersbedingte Anstieg der durchschnittlichen Dauer noch wesentlich ausgeprägter. In der jüngsten Altersgruppe (bis 19 Jahre) lag die Arbeitsunfähigkeit im Mittel bei 5,1 Tagen (Median: 4 Tage), während bei den 60- bis 64-Jährigen durchschnittlich 27,6 Fehltag anfielen (Median: 13 Tage).

Demgegenüber hatten im Jahr 2020 nicht nachgewiesene COVID-19-Infektionen nur einen leichten altersspezifischen Effekt und die Fehlzeiten bei dieser Diagnose stiegen im Median nicht und im Mittelwert nur geringfügig. Auch im Jahr 2021 kam es bei dieser Diagnose zu keinem Anstieg in der medianen Krankheitsdauer, allerdings war hier nun auch beim Mittelwert ein Anstieg zu verzeichnen. Dies deutet darauf hin, dass es im Jahr 2021 auch bei dieser Diagnose teilweise zu schwereren Verläufen kam. Der Post-COVID-19-Zustand wies 2021 einen deutlichen Anstieg der Fehlzeiten mit zunehmendem Alter auf. Fehlzeiten aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen waren hingegen über alle Altersgruppen im Median gleich (2 Tage) und nahmen auch im Mittel von den Jüngeren zu den Älteren nur leicht, um einen Tag, zu.

Abbildung 2.3: **Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Altersgruppen, 2020**

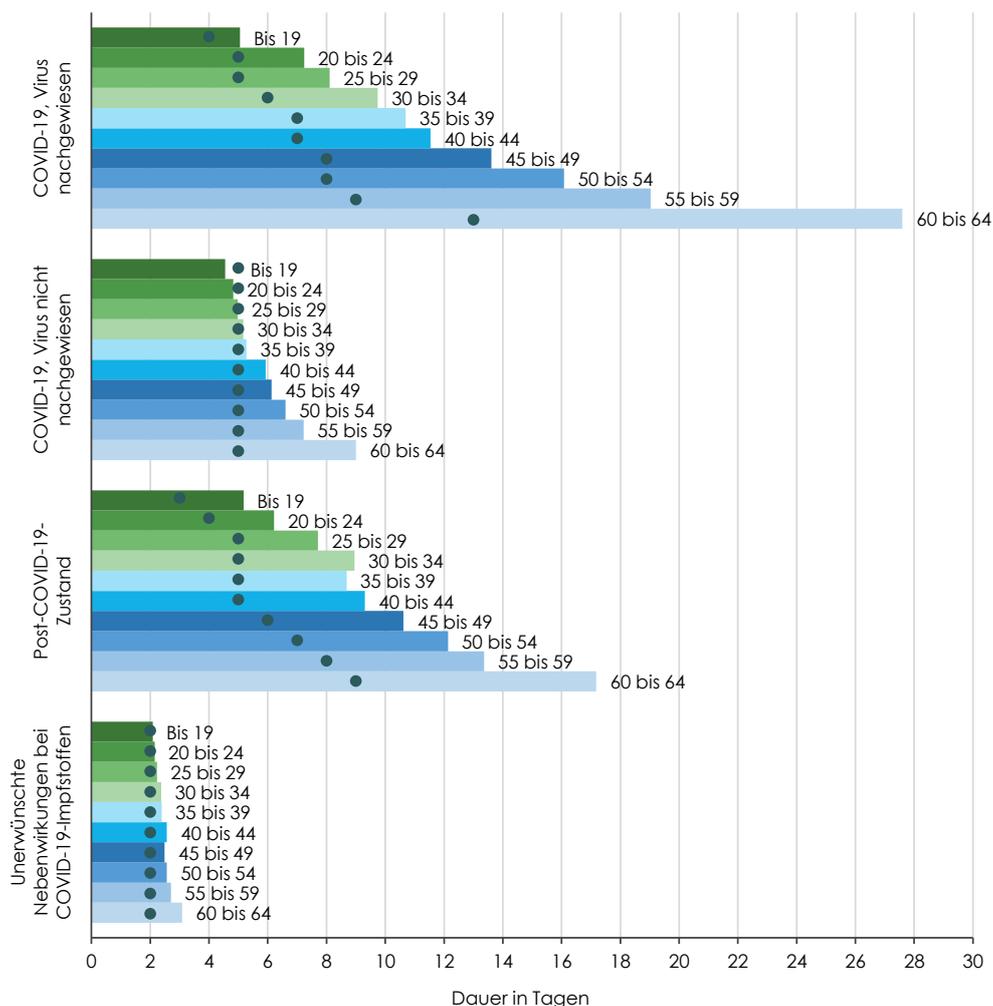
Balken: Mittelwert, Punkt: Median



Q: Österreichische Gesundheitskasse, Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2.4: **Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Altersgruppen, 2021**

Balken: Mittelwert, Punkt: Median



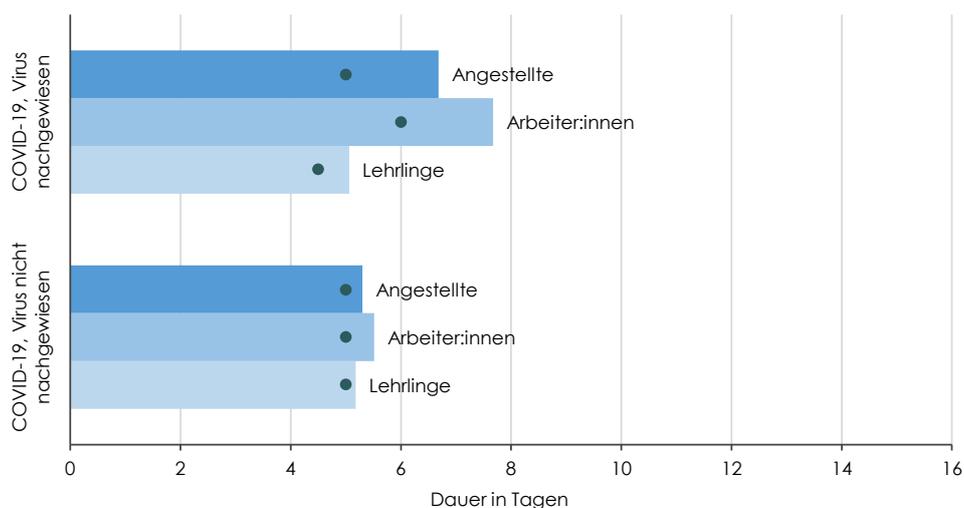
Q: Österreichische Gesundheitskasse, Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

2.6 Sozialrechtliche Stellung

Die Krankenstandsdauer kann auf Basis einer Verbindung der ÖGK-Daten mit den Daten des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger auch nach der sozialrechtlichen Stellung unterschieden werden. Es zeigt sich, dass bei einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion im Jahr 2020 Arbeiter:innen gegenüber den Angestellten sowohl im Mittel (7,7 versus 6,7 Tage) als auch im Median (6 versus 5 Tage) eine um einen Tag höhere Krankenstandsdauer aufwiesen. Im Jahr 2021 war der Unterschied noch deutlicher und Arbeiter:innen verzeichneten 13,5 Tage der Arbeitsunfähigkeit (Median: 8 Tage), während es bei Angestellten nur 11,2 Tage (Median: 6 Tage) waren. Bei der Diagnose "COVID-19, Virus nicht nachgewiesen" gab es zwischen Arbeiter:innen und Angestellten in beiden Jahren kaum Unterschiede. Auch bei den für das Jahr 2021 vorliegenden Diagnosen zu einem Post-COVID-19-Zustand bzw. zu unerwünschten Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen gab es kaum Unterschiede zwischen Arbeiter:innen und Angestellten. Lehrlinge wiesen, altersbedingt, in beiden Jahren und über alle Diagnosen die geringsten COVID-19-Fehlzeiten auf.

Abbildung 2.5: **Dauer von COVID-19-Krankenständen nach sozialrechtlicher Stellung, 2020**

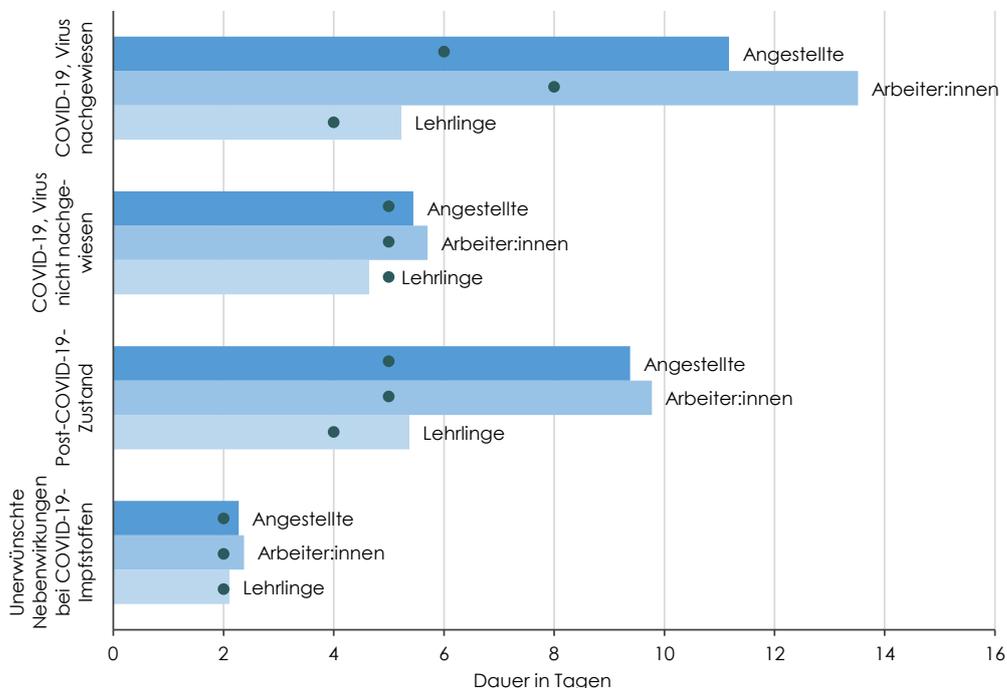
Balken: Mittelwert, Punkt: Median



Q: Österreichische Gesundheitskasse, Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2.6: **Dauer von COVID-19-Krankenständen nach sozialrechtlicher Stellung, 2021**

Balken: Mittelwert, Punkt: Median



Q: Österreichische Gesundheitskasse, Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

2.7 Einkommensgruppen

Da eine breite gesundheitsökonomische Literatur Unterschiede der Gesundheit im Zusammenhang mit dem Einkommen dokumentiert (beispielsweise Ettner, 1996; Marmot & Wilkinson, 2005), wurden für die Überprüfung dieses Zusammenhangs die Krankenstandsdaten der ÖGK mit den Einkommensdaten des Dachverbands der Sozialversicherungsträger verknüpft. Es handelt sich dabei um sozialversicherungspflichtige Einkommen laut DVSV einschließlich der Sonderzahlungen für die Jahre 2020 und 2021. Die Zahl aller Versicherten wurde anhand dieser Einkommen sortiert und in vier gleich große Gruppen (Quartile⁵³) unterteilt.

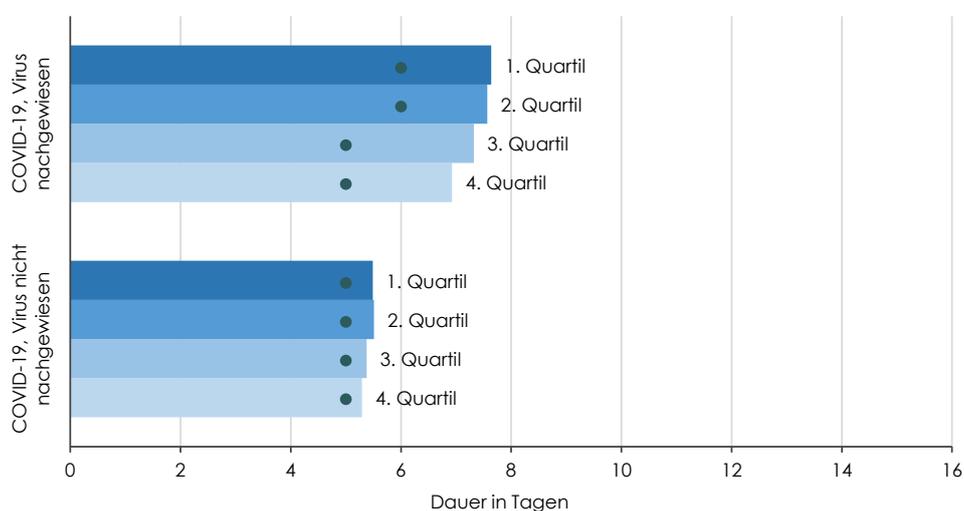
Im Jahr 2020 war der Einkommensgradient der Fehlzeiten im Falle einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion eher gering ausgeprägt und die Unterschiede der Fehlzeiten zwischen dem 1. und dem 4. Einkommensviertel sanken im Mittel um 0,7 Tage bzw. 1 Tag im Median. Im Jahr 2021 hingegen ergaben sich bei einem Blick auf den Mittelwert ausgeprägtere Unterschiede zwischen dem 1. und dem 4. Einkommensviertel von 2,5 Fehltagen. Betrachtet man allerdings den Median bleibt der Unterschied nur bei 1 Tag.

⁵³ Im Jahr 2020 ergaben sich dabei die folgenden Quartilsobergrenzen: 1. Quartil: 18.508 €, 2. Quartil: 29.755 €, 3. Quartil: 41.401 €. Im Jahr 2021 waren die Quartilsobergrenzen: 1. Quartil: 18.519 €, 2. Quartil: 29.873 €, 3. Quartil: 41.473 €. Die Quartile werden jeweils anhand der Einkommen aller Versicherten gebildet.

Bei der Diagnose "COVID-19, Virus nicht nachgewiesen" ließ sich in beiden Jahren so gut wie kein Unterschied in den Fehlzeiten zwischen den Einkommensvierteln nachweisen. Auch bei unerwünschten Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen traten keine einkommensbezogenen Unterschiede der Fehlzeiten auf. Dies war hingegen der Fall bei einem Post-COVID-19-Zustand, bei welchem insbesondere das unterste Einkommensviertel erhöhte Fehlzeiten aufwies. In der Interpretation der einkommensbezogenen Fehlzeiten ist zu berücksichtigen, dass dies eine rein deskriptive Betrachtung ist. Insofern werden die Unterschiede auch durch Selektionseffekte mit verursacht, da gesundheitlich bereits beeinträchtigte Personen häufig auch geringere Einkommen erzielen.

Abbildung 2.7: **Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Einkommensvierteln, 2020**

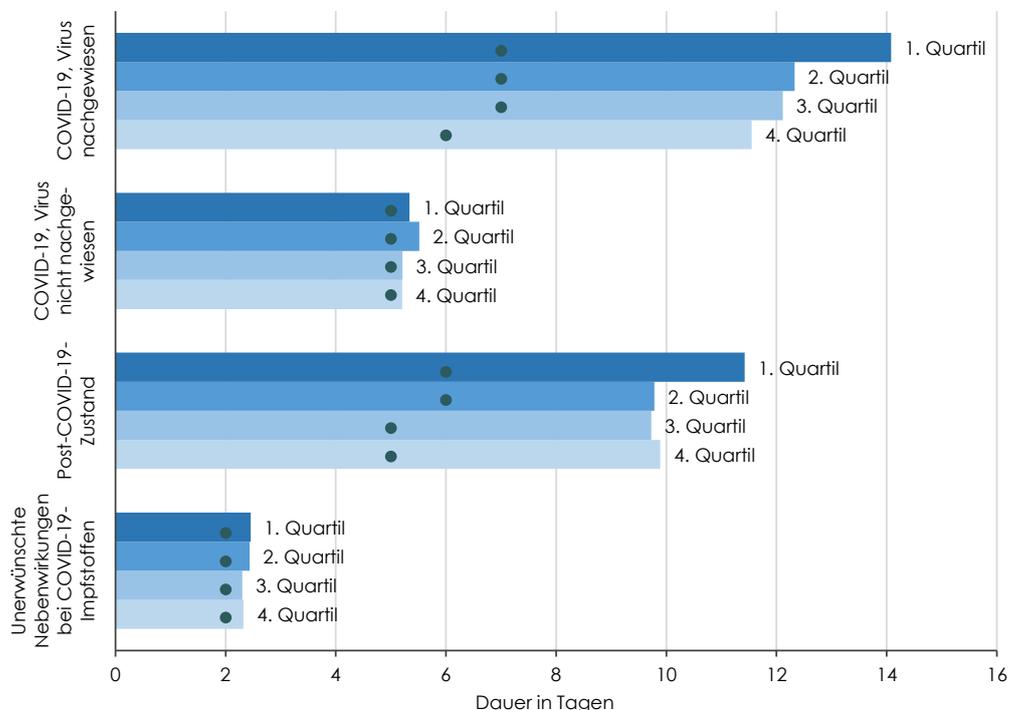
Balken: Mittelwert, Punkt: Median



Q: Österreichische Gesundheitskasse, Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2.8: **Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Einkommensvierteln, 2021**

Balken: Mittelwert, Punkt: Median



Q: Österreichische Gesundheitskasse, Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

2.8 Bundesländer

Der Verlauf der Pandemie war in Österreich von Anfang an auch durch regionale Unterschiede gekennzeichnet. Insofern scheint auch eine Betrachtung der COVID-19-Fehlzeiten auf Ebene der Bundesländer von Interesse, wobei sich deutliche regionale Disparitäten ergaben. Im Jahr 2020 war die Krankenstandsdauer bei einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion im Burgenland am längsten (Mittel: 10,1 Tage, Median: 8 Tage), während sie in Tirol am kürzesten war (Mittel: 5,2 Tage, Median: 4 Tage). Auch im Jahr 2021 waren regionale Unterschiede zu verzeichnen. Vorarlberg wies im Mittel die längste Krankenstandsdauer mit 18,7 Tagen auf (Median: 7 Tage), während in Tirol weiterhin die kürzeste Krankenstandsdauer mit 8,7 Tage (Median: 5 Tage) ausgewiesen wurde.

Im Jahr 2020 traten bei der Diagnose "COVID-19, Virus nicht nachgewiesen" geringere regionale Unterschiede auf als im Jahr 2021. Es ergab sich im Mittelwert ein Unterschied von immerhin 2,3 Tagen zwischen dem Bundesland mit der kürzesten (Tirol, 4,5 Tage) und dem Bundesland (Wien, 6,8 Tage) mit der längsten Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

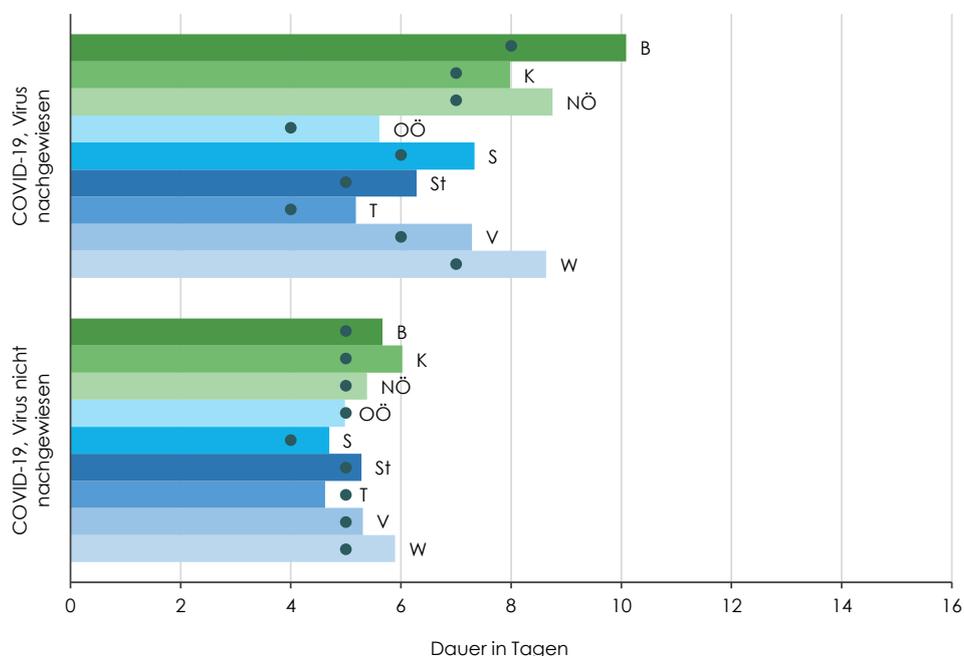
Die regionalen Unterschiede der Arbeitsunfähigkeitsdauer bei der Diagnose "Post-COVID-19-Zustand" betragen im Mittelwert zwischen dem Bundesland mit der kürzesten (Vorarlberg) und der längsten Arbeitsunfähigkeitsdauer (Steiermark) 3,4 Tage, auch wenn der Unterschied im

Median nur ein Tag war. Das Beispiel Vorarlberg verdeutlicht zudem nochmals Schwierigkeiten in der Abgrenzung zwischen langen Krankenstandsdauern bei einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion und dem Post-COVID-19-Zustand. Die Tatsache, dass erstere die längsten Krankenstandsdauern aufwiesen und letztere die kürzesten, spricht dafür, dass es schwierig war, bei schweren Erkrankungen eine Abgrenzung der Diagnose zu treffen.

Unerwünschte Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen zeigten demgegenüber keine regionalen Auffälligkeiten. Der Median lag 2021 in allen Bundesländern bei 2 Tagen. Die maximale Streuung des Mittelwerts waren 0,8 Tage zwischen Oberösterreich (1,9 Tage) und Wien (2,7 Tage).

Abbildung 2.9: **Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Bundesländern, 2020**

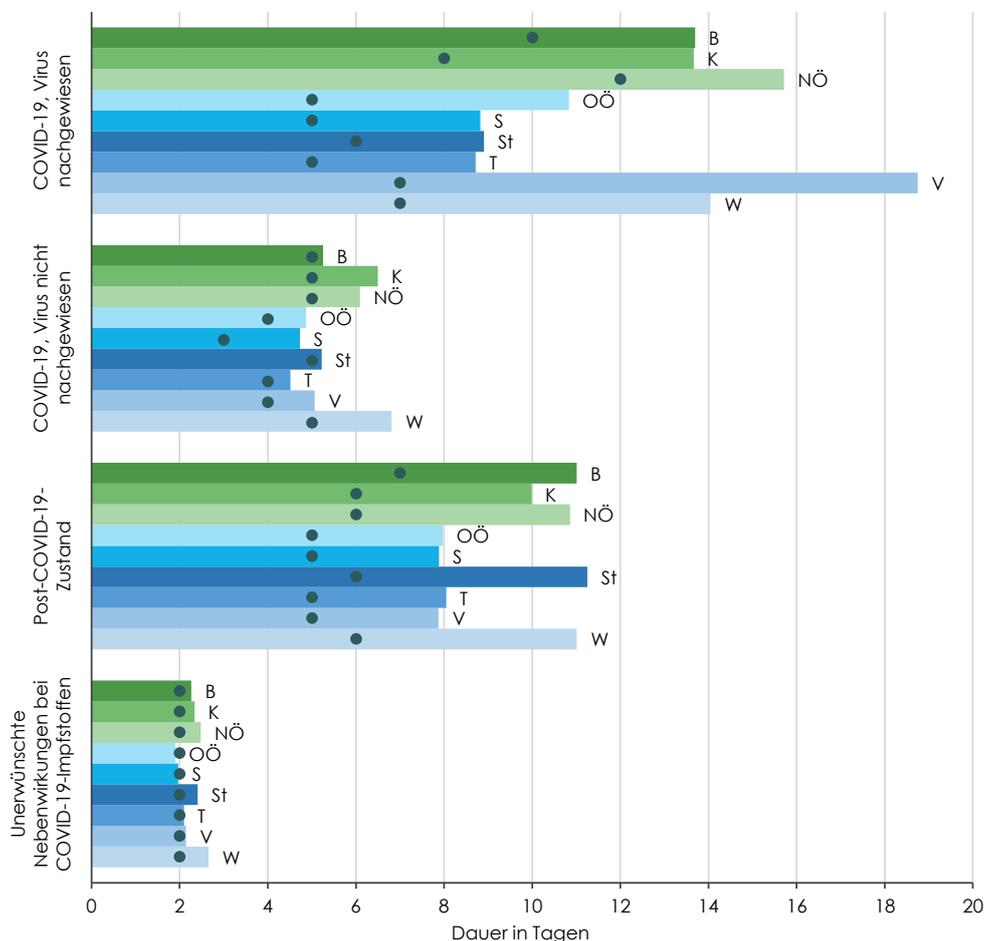
Balken: Mittelwert, Punkt: Median



Q: Österreichische Gesundheitskasse, Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: B ... Burgenland, K ... Kärnten, NÖ ... Niederösterreich, OÖ ... Oberösterreich, S ... Salzburg, St ... Steiermark, T ... Tirol, V ... Vorarlberg, W ... Wien.

Abbildung 2.10: **Dauer von COVID-19-Krankenständen nach Bundesländern, 2021**

Balken: Mittelwert, Punkt: Median



Q: Österreichische Gesundheitskasse, Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: B ... Burgenland, K ... Kärnten, NÖ ... Niederösterreich, OÖ ... Oberösterreich, S ... Salzburg, St ... Steiermark, T ... Tirol, V ... Vorarlberg, W ... Wien.

2.9 ÖNACE-Wirtschaftsklassen

Abschließend erlauben die Daten auch einen Blick auf Unterschiede nach den Wirtschaftsklassen der ÖNACE. Für die Übersichtlichkeit und, um ausreichende Fallzahlen zu haben, findet die Darstellung auf der aggregierten Ebene der ÖNACE-Abschnitte statt.

Die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit lag dabei im Jahr 2020 im Falle einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion für die Mehrzahl der Wirtschaftsklassen bei 6 bis 8 Tagen. Allerdings wiesen die Sektoren A "Land- und Forstwirtschaft, Fischerei" und I "Beherbergung und Gastronomie" deutlich längere Krankenstandsdauern mit 9,3 Tagen im Mittel auf (Median: je-

weils 7 Tage). Auch im Jahr 2021 war der Sektor A mit 16,1 Tagen über dem Mittelwert der anderen Sektoren.⁵⁴⁾ Schwere körperliche Arbeit im Falle des Sektors A bzw. die Gegebenheiten in der Gastronomie (Sektor I), in welchem teilweise Schutzmaßnahmen schwerer umzusetzen sind (z. B. Aerosolbelastung), könnten hier Ursachen sein. Demgegenüber wiesen Sektoren, in welchen Homeoffice leichter umsetzbar ist, in beiden Jahren tendenziell niedrigere Krankenstände im Fall einer nachgewiesenen COVID-19-Infektion auf (z. B. der Sektor J "Information und Kommunikation" 2020/2021: 6,3/10,2 Tage (Mittelwert) 5/5 Tage (Median) oder Sektor M "Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen": 6,1/9,5 Tage (Mittelwert) 5/5 Tage (Median)).

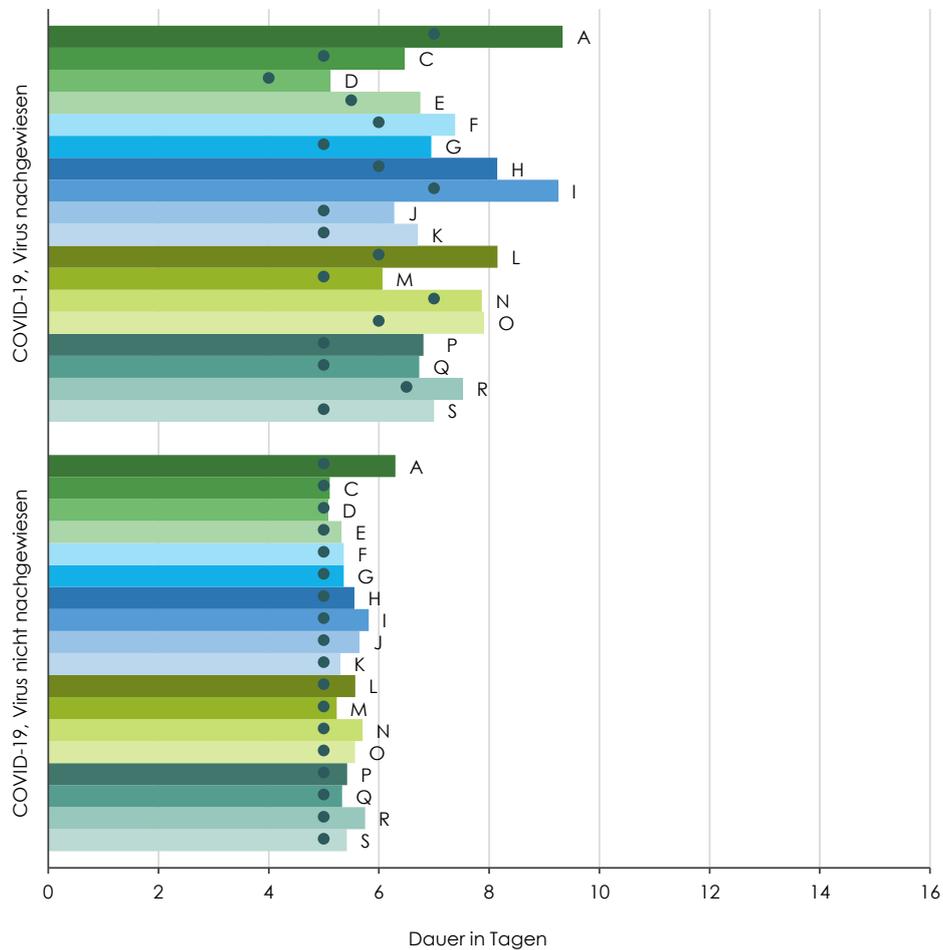
Im Fall nicht nachgewiesener COVID-19-Infektionen waren im Jahr 2020 nur geringfügige sektorale Unterschiede festzustellen, und auch im Jahr 2021 waren diese vergleichsweise gering. Dies traf auch auf krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen zu.

Für die Diagnose "Post-COVID-19-Zustand" waren hingegen wieder deutlichere Unterschiede zwischen verschiedenen Sektoren zu verzeichnen. Insbesondere Sektor I "Beherbergung und Gastronomie" wies etwas längere Krankenstände auf (Mittel: 11,6 Tage, Median: 7 Tage). Sektor J "Information und Kommunikation" hatte im Einklang mit den Krankenständen bei nachgewiesener COVID-19-Infektion auch im Falle eines Post-COVID-19-Zustandes kürzere Krankensandsdauern (Mittel: 8,6 Tage, Median: 5 Tage).

⁵⁴⁾ Im Sektor D "Energieversorgung" waren im Mittel noch längere Krankensandsdauern (16,9 Tage) zu verzeichnen, wobei dieser Wert nur auf 64 Beobachtungen beruht.

Abbildung 2.11: **Dauer von COVID-19-Krankenständen nach ÖNACE¹⁾, 2020**

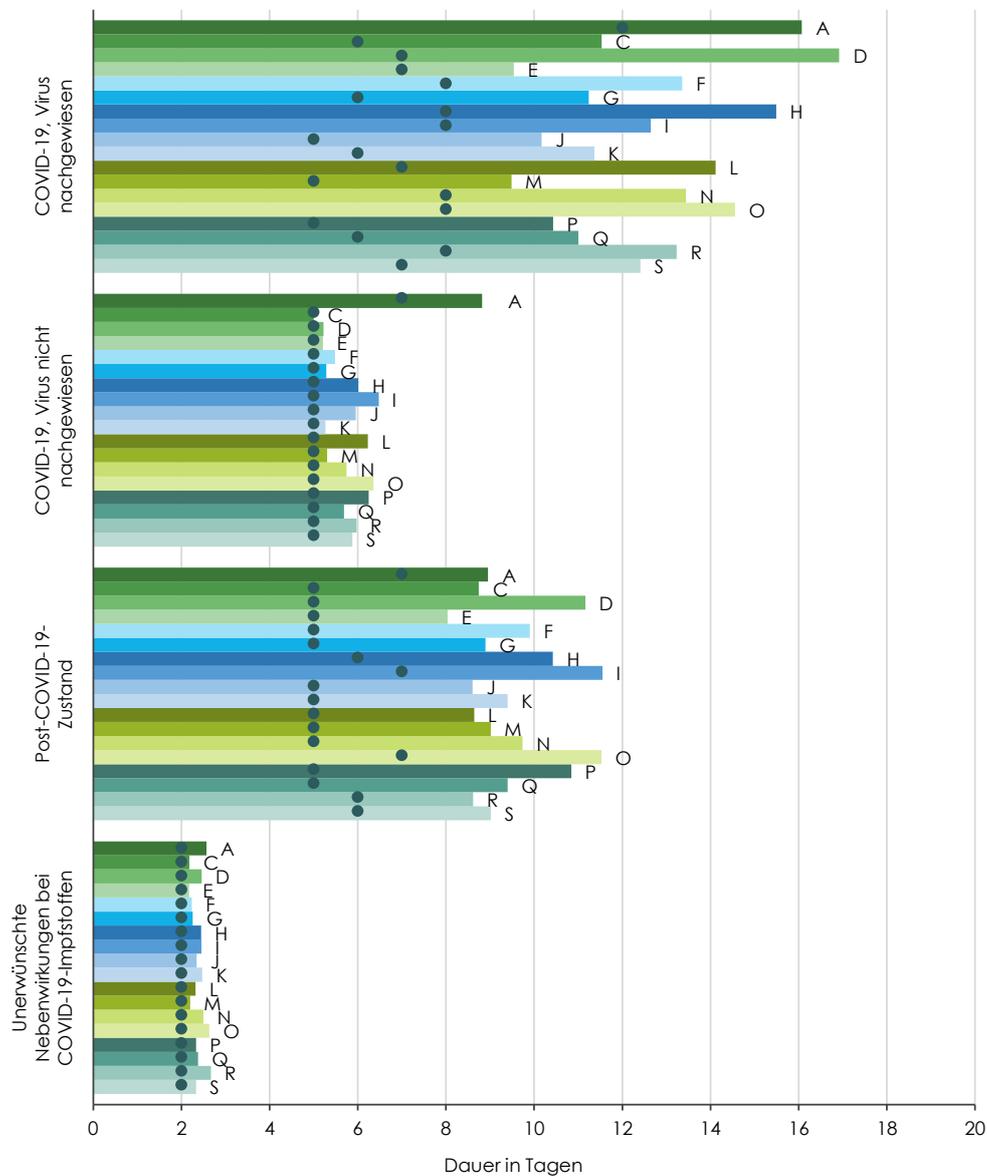
Balken: Mittelwert, Punkt: Median



Q: Österreichische Gesundheitskasse, Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Wirtschaftsklassen mit weniger als 50 Beobachtungen im Jahr 2021 wurden aus der Betrachtung ausgeschlossen (B, T und U). – ¹⁾ Die Bezeichnung der ÖNACE-Wirtschaftsklassen findet sich im Anhang B (Übersicht A6).

Abbildung 2.12: **Dauer von COVID-19-Krankenständen nach ÖNACE¹⁾, 2021**

Balken: Mittelwert, Punkt: Median



Q: Österreichische Gesundheitskasse, Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Wirtschaftsklassen mit weniger als 50 Beobachtungen im Jahr 2021 wurden aus der Betrachtung ausgeschlossen (B, T und U). – ¹⁾ Die Bezeichnung der ÖNACE-Wirtschaftsklassen findet sich im Anhang B (Übersicht A6).

3. Kostenschätzung der betrieblichen Fehlzeiten

3.1 Kosten und Nutzen von Gesundheit

Positive Wechselwirkungen zwischen Gesundheit der Erwerbsbevölkerung und der Wirtschaftsleistung eines Landes wie auch die positiven Effekte wirtschaftlicher Entwicklung auf die Gesundheit der Bevölkerung sind empirisch belegt (beispielsweise Commission on Macroeconomics and Health (CMH), 2001; Frijters et al., 2005; Jakovljevic et al., 2020; Wu et al., 2021). Auch das Nachhaltigkeitsziel-8 der menschenwürdigen Arbeit und des Wirtschaftswachstums⁵⁵), das im Rahmen der Agenda 2030 der Vereinten Nationen als Leitprinzip der Regierungen übernommen wurde, fokussiert auf den positiven Zusammenhang von Gesundheit und wirtschaftlicher Entwicklung (United Nations, 2017). Psychische wie physische Gesundheit ist auch eine zentrale Voraussetzung für eine gute Leistungserbringung im Berufsalltag und darüber hinaus: Gesundheit erhöht die Arbeitsproduktivität und damit die betriebliche wie gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung. Daneben geht der Nutzen von Gesundheitsvorsorge und Präventionsmaßnahmen vom individuellen Wohlbefinden über positive Effekte durch verringerte Krankenstände über die betriebliche Ebene hinaus, da weniger Erkrankungen auch Ersparnisse im Gesundheitssystem bedeuten.

Die Analysen der Kosten von Krankheiten im engeren Sinn und des Nutzens von Gesundheit für die Menschen, die Wirtschaft, das Sozialversicherungssystem und die Gesellschaft als Ganzes werden in Europa verstärkt seit den 1980er-Jahren durchgeführt. Für Österreich wurden erste Befunde in den 1990er-Jahren vorgelegt (Biffl & Leoni, 2008). Zu Beginn stand die systematische Erfassung der Behandlungskosten von Krankheiten im Mittelpunkt, später erfolgte eine Integration der indirekten Kosten, beispielweise der entgangenen Wertschöpfung im Zusammenhang mit Krankheiten. Die Zuordnung von Kosten entlang den Diagnosen gemäß Internationaler Klassifizierung von Krankheiten (ICD) war Ziel von Kostenanalysen. Damit konnte auch der Nutzen von Behandlungen quantifiziert werden. Allerdings gehen jüngere Untersuchungen von einer breiteren Definition sowohl der Kosten als auch des Nutzens aus.

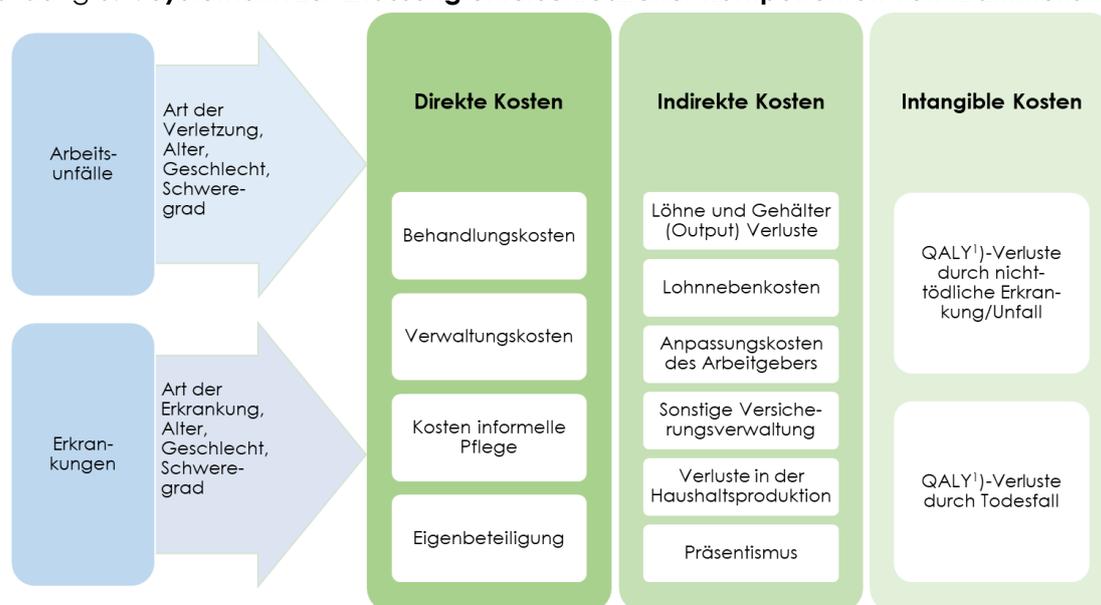
Damit ergeben sich vielschichtige Ansätze zur Ermittlung von Nutzen, Unfällen und Erkrankungen (beispielsweise Clean Air for Europe (CAFE), 2005; EU-OSHA, 2017, 2019; Lebeau & Duguay, 2013; Takala et al., 2017). Die Verfahren unterscheiden sich einerseits in der berücksichtigten Kostenart, andererseits hinsichtlich der Berücksichtigung der Kostenträger (Personen, Betriebe, Gesundheitssystem, Gesellschaft). Darüber hinaus variiert der Betrachtungshorizont das Ergebnis der Berechnungen, hier gibt es longitudinale Ansätze, also z. B. Schätzung der Effekte in einer Lebenszyklusperspektive (Leoni, Brunner, et al., 2020; Leoni, Spielauer, et al., 2020), oder Querschnittsanalysen, in denen die Effekte innerhalb eines Kalenderjahres ermittelt werden.

⁵⁵) "Promote sustained, inclusive and sustainable economic growth, full and productive employment and decent work for all".

Den **direkten Kosten** werden alle Formen von Behandlungskosten zugerechnet, die für die betroffenen Personen, das öffentliche Gesundheitssystem sowie für Betriebe und private Versicherungsträger entstehen (Abbildung 3.1). Die **indirekten Kosten** ergeben sich aus dem Wert der entgangenen Wertschöpfung sowie der Verringerung der Erwerbs- und Einkommenschancen im Lebenszyklus infolge von Krankheit und Unfall. Die vorhandene Empirie zeigt höhere indirekte als direkte Kosten (CAFE, 2005, EU-OSHA, 2019, 2017, Biffi & Leoni, 2008). In der neueren Literatur finden weitere nicht-marktwirtschaftliche Kostenkomponenten Berücksichtigung, sogenannte **intangible** Kosten, deren Zuordnung sowohl zu direkten als auch zu den indirekten Kosten erfolgen kann. Beispielsweise braucht eine verunfallte oder erkrankte Person nach einer Spitalsentlassung Pflege und Betreuung im Haushalt und kann die übliche Sorge- und Haushaltsarbeit nicht leisten, was mit einem Wohlfahrtsverlust einhergehen kann. Mitunter erleiden die betroffenen Personen langfristig eine Einschränkung ihrer Lebensqualität oder sogar eine Verkürzung ihrer Lebenszeit, die im Rahmen der intagiblen Kosten geschätzt und berücksichtigt werden (Dalal & Svanström, 2015; Ryen & Svensson, 2015). Je nach Forschungsfrage setzen sich die Kosten von Unfall und Krankheit aus medizinischen Kosten, Kosten des Krankenstands und einer frühzeitigen Mortalität sowie nicht-medizinischen Kosten, Transferleistungen (z. B. Krankengeld, krankheitsbedingte Pensionen usw.) und weiteren Folgekosten zusammen.

Die umfassendsten Berechnungsansätze wie jene der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (European Occupational safety and health agency, kurz EU-OSHA) berücksichtigen darüber hinaus die mit Unfall oder Erkrankung anfallenden Kosten über den Lebenszyklus und berechnen den Wert durch Abzinsung auf das Ausgangsjahr (EU-OSHA, 2019).

Abbildung 3.1: **Systematik zur Erfassung unterschiedlicher Komponenten von Krankheitskosten**



Q: EU-OSHA (2019). – ¹⁾ QALY = Quality Adjusted Life Years, multipliziert mit einem Nutzwertfaktor, daraus ergeben sich die Gesundheitskosten, die für ein zusätzliches Lebensjahr in perfekter Gesundheit notwendig wären.

Für Österreich wurden mit diesem breiten Kosten-Schätzungsansatz auf der Grundlage der EU-OSHA-Systematik Schätzungen für Österreich durchgeführt. Die für das Referenzjahr 2015 ermittelten Gesamtkosten von arbeitsbedingten Unfällen und Erkrankungen betragen 2,9% der Wirtschaftsleistung (Leoni, Brunner, et al., 2020). Die nachfolgende Kostenschätzung geht von einer anderen Perspektive aus: Nicht die Kosten arbeitsbedingter Unfälle und Erkrankungen stehen im Mittelpunkt, sondern die Folgekosten, die im Rahmen betrieblicher Fehlzeiten – unabhängig von der Krankheitsursache – entstehen.

3.2 Kostenkomponenten des Krankenstands

Die mit einem Krankenstand verbundenen Kosten stellen einen Ausschnitt aller Krankheitskosten dar. Krankenstände verursachen **direkte Kosten**, die die Entgeltfortzahlung, Behandlungs- und Rehabilitationskosten sowie weitere regelmäßige Transferleistungen (Unfallrenten, krankheitsbedingte Pensionen usw.) umfassen. Abhängig von der Erkrankung unterscheiden sich die Behandlungskosten, die Dauer der Fehlzeiten und damit das Ausmaß an Entgeltfortzahlung wie auch das Krankengeld.

Neben den direkten Kosten verursachen Fehlzeiten auch **indirekte Kosten**. Auf betrieblicher Ebene können durch Abwesenheiten Produktionsausfälle bzw. -verschiebungen, Verwaltungsaufwand, Überstunden der verbleibenden Belegschaft, um die Fehlzeiten zu kompensieren, Neuaufnahmen usw. bis hin zur Schwächung des Produktionspotenzials entstehen. Für die Sozialversicherung bestehen die indirekten Kosten in möglichen Dauerleistungen an die Erwerbsgeminderten bis hin zu entfallenden Sozialversicherungseinnahmen im Zusammenhang mit dem Erkrankungsgeschehen. Das Ausmaß der indirekten Kosten von Krankenständen hängt u. a. vom Betrachtungshorizont ab.

Übersicht 3.1: **Kostenkomponenten des Krankenstandes nach Kostenstelle**

	Betriebswirtschaftlich	Personen	Sozialversicherung	Volkswirtschaft
Direkte Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Entgeltfortzahlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenbeiträge zur Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankengeld • Behandlungskosten • Rehabilitation • Verwaltungskosten 	
Indirekte Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Produktionsausfälle • Überstunden • Verwaltungsaufwand (Organisation des Betriebsablaufs, Neuaufnahmen usw.) • Produktivitätsverlust 	<ul style="list-style-type: none"> • Geringere Erwerbsfähigkeit • Verringertes Einkommen (Konsummöglichkeit) • Kosten informeller Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Dauerleistungen (Renten, Pensionen) • Reduzierte Sozialversicherungseinnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Wertschöpfung • Gesamtwirtschaftliche Opportunitätskosten • Sinkende Nachfrage durch sinkende Kaufkraft • Entgangene Haushaltsproduktion

Q: WIFO-Darstellung.

Die volkswirtschaftlichen Kosten als Teil der indirekten Kosten beschreiben die marktwirtschaftlichen Wertschöpfungsverluste, aber auch entgangene Haushaltsproduktion, negative Humankapital- und Vermögensbildung bis hin zur Dämpfung des Produktionspotenzials durch den Verlust an Lebenszeit und Lebensqualität. Besonders im letztgenannten Bereich hängt das Kostenvolumen vom betrachteten Zeithorizont ab: Bei einer Jahresbetrachtung zeigen sich erwartungsgemäß geringere Kosten als bei einem mehrjährigen Horizont.

Die nachfolgende Berechnung der Kosten des Krankenstandes in Österreich konzentriert sich im ersten Schritt auf die direkten Kosten (siehe auch Anhang C). Das Ausmaß der indirekten Kosten hängt einerseits von Bewertungskriterien und andererseits vom Zeithorizont ab. Da die Krankenstände des Jahres 2021 im Mittelpunkt der Schätzungen stehen, werden die indirekten Kosten auf dieses eine Kalenderjahr bezogen.

3.2.1 Die Entgeltfortzahlung

Krankenstände verursachen auf betrieblicher Ebene direkte Kosten aufgrund des Entgeltfortzahlungsanspruchs. Die Anspruchsdauer hängt von dem für das Arbeitsverhältnis gültigen Gesetz ab⁵⁶⁾, wobei seit 1. Juli 2019 für Angestellte und Arbeiter:innen die gleichen rechtlichen Bestimmungen gelten. Die Dauer der Entgeltfortzahlung hängt von der Dauer des Arbeitsverhältnisses sowie von der Krankenstandsursache ab, wobei bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten längere Bezugsdauern gelten als für sonstige Erkrankungen oder auch Rehabilitationsaufenthalte.

Alle Wiedererkrankungen innerhalb eines Arbeitsjahres werden zusammengerechnet. Bei mehrmaliger Erkrankung innerhalb eines Arbeitsjahres besteht Anspruch auf Entgeltfortzahlung nur insoweit, als dieser noch nicht ausgeschöpft ist, nur bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten gibt es keine Zusammenrechnung. Gemäß dem Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) haben Arbeiter:innen und Angestellte zwischen sechs und zwölf Wochen Anspruch⁵⁷⁾ auf das volle und jeweils vier Wochen auf das halbe Entgelt. Bei einem Arbeitsunfall beträgt der Anspruch acht Wochen, bei einer Betriebszugehörigkeit von über 15 Jahren zehn Wochen. Im Jahresdurchschnitt 2020 gab es einen Bestand von 90.078 Entgeltfortzahlungsbeziehenden (ESSOS-Datenbank).

Die Höhe der Entgeltfortzahlung ist vom Ausfallsprinzip geregelt, also von den ausgefallenen Bezügen. Das Entgelt umfasst neben dem Grundgehalt und Sonderzahlungen auch die Überstundenvergütung, bei schwankenden Überstunden gilt ein Durchschnitt der letzten 13 Wochen. Weiters sind Provisionen und Erfolgsprämien Teil des Entgelts und damit der Entgeltfortzahlung. Tag- oder Nächtigungsgelder, Fahrtkostenvergütungen usw. werden nicht eingerechnet.

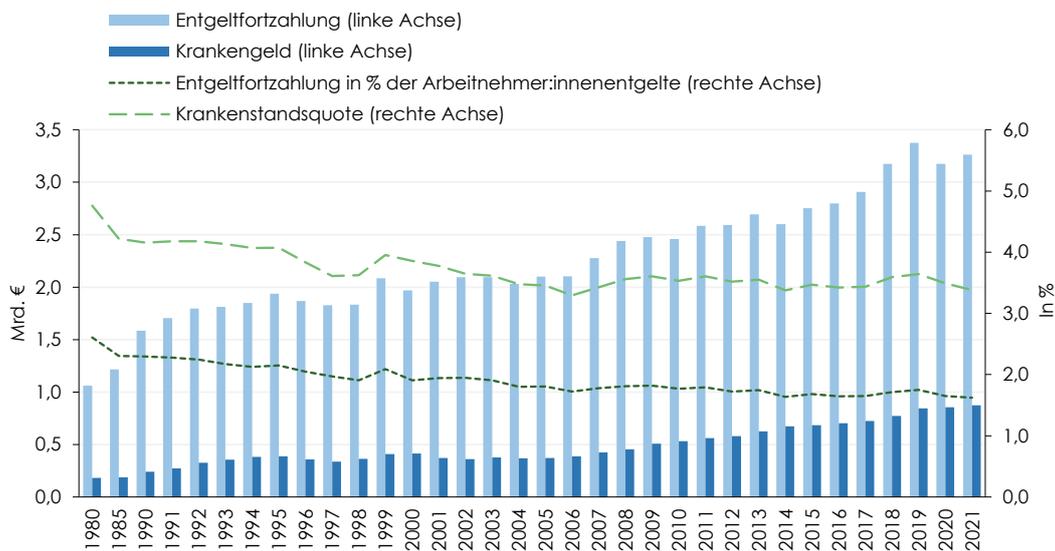
⁵⁶⁾ Angestellten-, Entgeltfortzahlungs-, Gutsangestellten-, Landarbeits-, Schauspieler-, Vertragsbedienstetengesetz usw.

⁵⁷⁾ Bei einer Dauer des Dienstverhältnisses von weniger als einem Jahr gebührt die volle Entgeltfortzahlung für 6 Wochen, von 1 bis unter 15 Jahren 8 Wochen, von 15 bis unter 25 Jahren 10 Wochen, ab 25 Jahren 12 Wochen.

Für Klein- und Mittelbetriebe, das sind Unternehmen mit von nicht mehr als 50 Beschäftigten im Jahresdurchschnitt, gibt es seit 2005 die Möglichkeit einen Zuschuss zur Entgeltfortzahlung zu beantragen⁵⁸). Der Antrag kann bei der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) eingereicht werden, diese übernimmt die Hälfte der Lohnfortzahlung bei Krankheit vom 11. Tag bis zu 6 Wochen bzw. nach Unfällen vom 1. Tag bis zu 6 Wochen. Im Jahr 2021 bezuschusste die AUVA über dieses Instrument Klein- und Mittelbetriebe im Ausmaß von 112,92 Mio. €.

Im Jahr 2021 wurden insgesamt 3,26 Mrd. € für Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall aufgewendet. Dies entsprach 1,62% der Arbeitnehmer:innenentgelte, also der Summe aus Löhnen und Gehältern einschließlich Arbeitgeber:innenbeiträge zur Sozialversicherung. Parallel zur rückläufigen Krankenstandsquote sank in den vergangenen Jahrzehnten auch der relative Aufwand für die Entgeltfortzahlung (Abbildung 3.2).

Abbildung 3.2: **Entwicklung der Entgeltfortzahlung in Relation zu den Arbeitnehmer:innenentgelten, Krankengeld und Krankenstandsquote, 1980 bis 2021**



Q: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Statistik Austria, ESSOSS-Datenbank; WIFO-Berechnungen. Die Leistungen (Ausgaben) werden nach den Definitions- und Klassifikationsvorgaben des Europäischen Systems der Integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS) erfasst und verbucht.

Diese Kosten fallen größtenteils direkt bei den Betrieben an. Aber auch der Bund, die Bundesländer und Gemeinden sowie Organisationen ohne Erwerbscharakter⁵⁹) übernehmen als Arbeitgeber Entgeltfortzahlungskosten. Rund 77% waren Ausgaben privater Unternehmen, jeweils rund 9%

⁵⁸) Entgeltfortzahlungs-Zuschuss- und Differenzvergütungs-Verordnung – EFZ-DV-VO, [BGBl. II Nr. 146/2018](#), §2 (1-4).

⁵⁹) Darunter fallen Hilfsorganisationen, Stiftungen (nicht Privatstiftungen), Kirchen, politische Parteien, Gewerkschaften, usw.

waren Bundesausgaben bzw. Länder- und Gemeindeausgaben, die restlichen 4% verteilen sich auf Organisationen ohne Erwerbscharakter bzw. 1% auf die Sozialversicherungskassen.

3.2.2 Krankengeld

Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung übernimmt die Krankenversicherung die Auszahlung des Krankengeldes. Für die Phase der halben Entgeltfortzahlung gebührt zusätzlich das halbe Krankengeld, nach Beendigung der Entgeltfortzahlung durch den Betrieb übernimmt der Versicherungsträger das volle Krankengeld. Die Anspruchsdauer beträgt grundsätzlich 26 Wochen, kann sich jedoch auf bis zu 52 Wochen verlängern, wenn innerhalb der letzten zwölf Monate vor Beginn des Krankenstands sechs Monate krankenversicherte Beschäftigung liegt. Neben den aktiv Beschäftigten haben auch Arbeitslose und Notstandshilfebeziehende Anspruch auf Krankengeld. Diese Gruppen bleiben bei der Berechnung der Kosten von Fehlzeiten nachfolgend allerdings ausgeklammert. Die Höhe des Krankengeldes beträgt ab dem 4. bis zum 42. Tag 50% der Bemessungsgrundlage⁶⁰⁾, erhöht sich ab dem 43. Tag auf 60% der Bemessungsgrundlage. Bei Arbeitslosen entspricht das Krankengeld dem Leistungsbezug aus der Arbeitslosenversicherung. Die von der ÖGK dokumentierten Krankengeldtage 2021 kommen jeweils in etwa zur Hälfte von Erwerbstätigen und Arbeitslosen.

Im Jahresdurchschnitt⁶¹⁾ bezogen 2020 53.500 Personen⁶²⁾ Krankengeld (ESSOS-Datenbank: Eurostat, 2022). Insgesamt entstanden den Krankenversicherungsträgern 2021 direkte Kosten für die Entgeltersatzleistung durch das Krankengeld und für das mit 1. Juli 2017 eingeführte Wiedereingliederungsgeld in der Höhe von 875 Mio. € (Abbildung 3.2). Zusätzlich übernimmt die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt für Klein- und Mittelbetriebe einen Teil der Entgeltfortzahlung.

3.2.3 Behandlungs- und Verwaltungskosten

Direkte Kosten durch die Behandlung von Krankheiten entstehen sowohl bei den öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen als auch bei den Betroffenen selbst durch Rezeptgebühren, Selbstbehalte usw. Die Gesundheitsausgaben einschließlich Investitionen 2021 betragen 52,1 Mrd. €, das waren 12,8% der Wirtschaftsleistung, wovon rund 77% auf den öffentlichen Sektor entfielen und 23% auf private Ausgaben. Die laufenden Aufwendungen – ohne Investitionen – lagen bei 38,5 Mrd. €, wovon 79% öffentlich und 21% privat getragen wurden. Der Anteil der privaten Gesundheitskosten lag damit im Schnitt der OECD-Länder von 20% (OECD, 2021a). Pandemiebedingt nahmen die Aufwendungen in den Jahren 2020 (+5%) und deutli-

⁶⁰⁾ Die Bemessungsgrundlage ist der beitragspflichtige Bruttoarbeitsverdienst (bis zur Höchstbeitragsgrundlage, 2022: 5.670 € brutto) einschließlich anteiliger Sonderzahlungen.

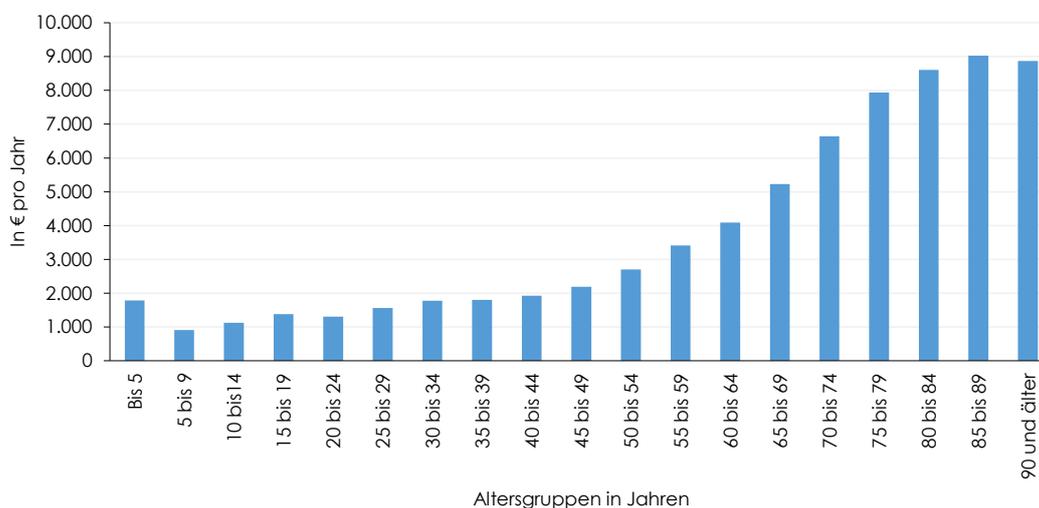
⁶¹⁾ Summe der Krankengeldtage/Entgeltfortzahlungstage dividiert durch 365 bzw. 366.

⁶²⁾ Personendaten standen im Oktober 2022 für 2021 noch nicht zur Verfügung.

cher noch 2021 (+12%) zu, mit unterschiedlichen Zuwächsen in den Einzelbereichen. Die größten Zuwächse verzeichnete der Bereich der Präventionsausgaben⁶³), die Aufwendungen verdoppelten sich 2020 gegenüber 2019.

Neben der unterschiedlichen Dynamik einzelner Ausgabenbereiche über die Zeit fallen auch über den Lebensverlauf unterschiedlich hohe Aufwendungen an, wobei die Erwerbsbevölkerung im Vergleich zu der Gesamtbevölkerung abweichende Ausgabenprofile hat (Leoni, Spielauer, et al., 2020). Über das Leben betrachtet, sind die für 2018 geschätzten öffentlichen Gesundheitskosten am Lebensbeginn hoch. Die Ausgaben in den ersten Lebensjahren sinken bis zum 30. Lebensjahr ab, bewegen sich bis zum 49. Lebensjahr nach oben, um bis zum Ende des Erwerbsalters exponentiell anzusteigen (siehe Abbildung 3.3 für das Jahr 2018).

Abbildung 3.3: **Pro-Kopf-Aufwendungen im öffentlichen Gesundheitswesen nach Altersgruppen, 2018**



Q: Statistik Austria, WIFO-Darstellung.

Die im **öffentlichen Gesundheitsbereich** anfallenden Behandlungskosten im Zusammenhang mit den betrieblichen Fehlzeiten beruhen auf dem Kostenanteil, der auf Erwerbstätige entfällt. Dieser wird auf der Grundlage geschätzter altersspezifischer Kostenprofile und der Annahme einheitlicher Morbiditätsraten von Beschäftigten und Nichtbeschäftigten berechnet. Für den aktuellen Rand werden die dargestellten Kostenprofile des Jahres 2018 entsprechend der Gesamtausgabenentwicklung auf 2021 aufgewertet.

Die Annahme eines identen Erkrankungsgeschehens der Erwerbstätigen und der Nichterwerbstätigen führt zu einer Obergrenze der geschätzten öffentlichen Gesundheitskosten. Empirisch zeigt sich ein "healthy-worker-Effekt", also ein besserer Gesundheitszustand der Erwerbstätigen gegenüber den Nichterwerbstätigen im Haupterwerbsalter. Auch für Österreich ist ein im

⁶³) Für 2021 gibt es in der Schnellschätzung von Statistik Austria noch keinen Wert für diese Unterkategorie.

Schnitt schlechterer Gesundheitszustand der nichterwerbstätigen Bevölkerung belegt (Eppel et al., 2016a; Mayrhuber, 2017).

Die privaten Kostenbeiträge im Gesundheitssystem werden in den Berechnungen analog zur Verteilung der öffentlichen Aufwendungen über die Altersgruppen angenommen. Es gibt allerdings Faktoren, die einen überproportionalen Beitrag von Personen im mittleren Alter nahelegen, etwa Ausgaben im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft. Andererseits konzentrieren sich viele Kostenbeiträge nicht im mittleren Alter wie beispielsweise therapeutische Produkte (Brillen), freiverkäufliche pharmazeutische Erzeugnisse (Vitamine usw.), Zahnbehandlungskosten, Wahlarztkonsultationen usw. Darüber hinaus steigen private Gesundheitsausgaben mit steigendem Einkommen überproportional an, womit sie eher in der Gruppe der Erwerbstätigen als in der Gruppe der Nichterwerbstätigen anfallen sollten.

Im Jahr 2021 lagen die privaten Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) bei 10,4 Mrd. €, wovon 3,13 Mrd. € den unselbständig Beschäftigten zugerechnet wurden (Übersicht 3.2). Insgesamt bedeuten die getroffenen Annahmen der Gleichverteilung zwischen den Gruppen und über das Lebensalter eine Untergrenze der von den unselbständig Erwerbstätigen getragenen privaten Gesundheitskosten.

Übersicht 3.2: **Schätzung der Behandlungskosten für unselbständig Beschäftigte, 2021**

Altersgruppen	Gesundheitsausgaben insgesamt		Anteilige Gesundheitsausgaben der unselbständig Beschäftigten	
	Öffentlich	Privat	Öffentlich	Privat
	Mio. €			
Bis 14 Jahre	2.125	625		
15 bis 19 Jahre	778	229	231	69
20 bis 24 Jahre	844	248	502	149
25 bis 29 Jahre	1.197	352	867	259
30 bis 34 Jahre	1.419	417	1.038	313
35 bis 39 Jahre	1.432	421	1.069	319
40 bis 44 Jahre	1.435	422	1.106	327
45 bis 49 Jahre	1.702	501	1.301	383
50 bis 54 Jahre	2.425	713	1.768	520
55 bis 59 Jahre	3.106	913	1.998	587
60 bis 64 Jahre	3.164	930	721	204
65 Jahre und älter	15.813	4.650		
Insgesamt	38.544	10.481	10.601	3.129

Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Von den berechneten öffentlichen und privaten Gesundheitskosten 2021 verursachte die Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren, die 66% der österreichischen Gesamtbevölkerung ausmachte, insgesamt 49%. Auf die im Jahr 2021 unselbständig Beschäftigten, das waren 43% der Gesamtbevölkerung, entfielen rund 30% der Gesamtkosten.

Diese Kostenstruktur ähnelt jener in Deutschland: Die im Rahmen des "Systems of Health Accounts" ermittelten Krankheitskosten⁶⁴⁾ entlang der Krankheitsgruppen nach ICD-10 zeigen, dass rund 44% der bundesweiten Krankheitskosten auf die Bevölkerung im Erwerbsalter, die rund zwei Drittel der Bevölkerung stelle, entfallen (Stahl, 2018). Die größten Anteile innerhalb dieser Gruppe nehmen mit 17% die Krankheiten des Verdauungssystems (hierzu zählen auch zahnärztliche Leistungen), psychische und Verhaltensstörungen (14%) und Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (11%) ein (Stahl, 2018).

3.2.4 Indirekte kurzfristige Kosten (Wertschöpfung) von Arbeitsausfällen

Wertschöpfungsverluste

Neben den direkten Kosten der Lohnfortzahlung und der medizinischen Behandlung, ergeben sich bei Krankenständen darüber hinaus indirekte Kosten durch den Verlust an produktiven Kapazitäten. Mögliche Produktivitätsverluste gibt es auf betrieblicher wie gesamtwirtschaftlicher Ebene, wobei die Größe der Effekte sehr unterschiedlich hoch ausfallen kann und sowohl vom konkreten Arbeitsplatz wie auch vom gesamtwirtschaftlichen Umfeld abhängt (Brunner & Schwarz, 2006; Glocker, 2021).

Krankheitsbedingte Arbeitsausfälle in einer Rezession verursachen weniger indirekte Kosten als in der Hochkonjunktur bei starker Arbeitsauslastung. Hier müsste der Arbeitsausfall über den Einsatz von Überstunden der Belegschaft oder über Personalneuaufnahmen kompensiert werden, was in beiden Fällen zu Produktivitätsrückgängen führen kann. Engpässe in einem Betrieb oder einer Branche können über Wertschöpfungsketten weitere Effekte haben.

Wertschöpfungsverluste auf der betrieblichen Ebene entstehen sowohl durch Abwesenheiten vom Arbeitsplatz aber auch durch Anwesenheit am Arbeitsplatz, wenn die Leistungsfähigkeit durch Krankheit herabgesetzt wird. Empirische Untersuchungen zeigen für manche Länder sogar höhere Wertschöpfungsverluste durch Präsentismus als durch Absentismus (Chimed-Ochir et al., 2019; Goetzel et al., 2004; Hemp, 2004; Pauly et al., 2008). Im vorliegenden Bericht stehen allerdings die Wertschöpfungsverluste der Krankenstandstage im Mittelpunkt, nähere Ausführungen zum Präsentismus in Österreich finden sich in Leoni und Böheim (2018b).

Gesundheitsökonomische Evaluierungsstudien zeigen, dass die Größe von Produktivitätsverlusten aufgrund von Fehlzeiten von vielfältigen Faktoren abhängt: Neben der Altersstruktur der erkrankten Belegschaft (van Ours & Stoeldraijer, 2010) und ihren Löhnen spielt die Stelle im Betrieb, wo Fehlzeiten auftreten, eine ebenso große Rolle wie die Tatsache, ob Arbeiter:innen oder Angestellte von Abwesenheiten betroffen sind. Auf betrieblicher Ebene haben krankheitsbedingte Fehlzeiten große negative Effekte, wenn die abwesenden Arbeitnehmer:innen über ein hohes Maß an firmen- bzw. aufgabenspezifischem Wissen verfügen, wenn die Arbeit der Abwesenden in hohem Maße mit der Arbeit anderer verknüpft ist oder wenn die Unternehmen

⁶⁴⁾ Zu den Krankheitskosten zählen unmittelbare medizinische Heilbehandlungen, Prävention-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahmen, ohne Einkommensersatzleistungen (Entgeltfortzahlung).

bei Neurekrutierungen für vorübergehend abwesende Arbeitnehmer:innen größeren Einschränkungen unterliegen (Pauly et al., 2002).

Umfangreiche Analysen mit belgischen Unternehmensdaten zeigen einen durchschnittlichen Wertschöpfungsverlust auf betrieblicher Ebene von 0,24% beim Anstieg des Krankenstandsvolumens um einen Prozentpunkt (Grinza & Rycx, 2020). Allerdings ist der Verlust deutlich höher bei Fehlzeiten von Beschäftigten mit langer Betriebszugehörigkeit, bei Industrieunternehmen, bei kapitalintensiven Unternehmen und in Klein- und Mittelbetrieben. Eine kanadische Untersuchung berechnete einen durchschnittlichen Produktivitätsverlust von 0,44%, bei Teamarbeitenden sind die Produktivitätsverluste beinahe doppelt so hoch (Zhang et al., 2017).

Auch wenn die Diagnoseursachen für jeden Krankenstand, der in Österreich 2021 angefallen ist, vorhanden sind, können daraus keine direkten Rückschlüsse auf den jeweiligen betrieblichen und folglich gesamtwirtschaftlichen Produktionsausfall gezogen werden, da betriebs- und branchenspezifische Kapazitäten und Produktivitäten nicht bekannt sind. Für die Bestimmung des gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfungsausfalls durch die Krankenstände in Österreich wird daher eine Schätzung auf Basis des gesamten jährlichen Arbeitsausfalls in Folge von Krankheit und Unfall in Anlehnung an die empirischen Wertschöpfungsverluste anderer Länder durchgeführt (siehe auch Anhang C).

Im Jahr 2021 entfielen 3,4% des Jahresarbeitszeitvolumens unselbständig Beschäftigter aufgrund von Krankenständen. Diese Krankenstandsquote war sowohl aus den eben skizzierten Gründen als auch aufgrund der Tatsache, dass 2020 und 2021 die Wirtschaft im Pandemie-Modus war, nicht proportional mit einem Produktionsausfall in Verbindung zu setzen. Etliche Besonderheiten waren vorhanden, die eine Abschätzung der Wirkung der Krankenstände auf die Produktivität weiters erschweren: Die behördlichen Einschränkungen wurden im Jahresverlauf 2021 schrittweise gelockert, die Zahl der Kurzarbeitenden ging zurück (Huemer et al., 2021), die Rückkehr der Beschäftigten aus der Kurzarbeit erhöhte das Arbeitsvolumen. Die heimische Industrie verzeichnete 2021 eine hohe reale Wertschöpfung, steigende Beschäftigungszahlen und eine Zunahme der geleisteten Arbeitszeit je Beschäftigungsverhältnis. Im Dienstleistungsbereich war der Aufschwung deutlich gebremster (Bilek-Steindl, 2022).

Für dieses außergewöhnliche Jahr fehlen empirische Befunde zum Wertschöpfungsausfall durch Krankenstände. Zum jährlichen Güter- und Leistungsvolumen tragen sowohl unselbständig als auch selbständig Erwerbstätige bei. Ausgehend vom gesamtwirtschaftlichen Arbeitsvolumen leisteten die Unselbständigen 85% und die Selbständigen 15% des gesamten Arbeitsvolumens (Statistik Austria, 2022). Der krankheitsbedingte Arbeitsausfall der Unselbständigen von 3,4% ihres Arbeitsvolumens stellte 2,9% des gesamten Arbeitsvolumen 2021 dar.

Unter der Annahme, dass zwischen einem Drittel und der Hälfte des krankheitsbedingt verringerten Arbeitsvolumens zu einem Wertschöpfungsausfall führen (Zhang et al., 2017), lagen die gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfungsverluste im Jahr 2021 bei 3,5 Mrd. € bis 5,9 Mrd. € (Übersicht 3.3).

Entgangene Beitragseinnahmen in der Sozialversicherung

Der Zuschuss zur Entgeltfortzahlung wie auch das Krankengeld bedeuten zusätzliche Ausgaben der Sozialversicherung. Diesen Mehrausgaben stehen Mindereinnahmen gegenüber, da für die Zeiten des Krankengeldbezugs die Sozialversicherungsbeiträge seitens der Betriebe und damit die Sozialversicherungsbeitragseinnahmen entfallen. Für die Summe der Entgeltfortzahlungstage sind die entfallenen Sozialversicherungseinnahmen berechnet, wobei die Abgrenzung zwischen Entgeltfortzahlungstagen und Krankengeldtagen nicht trennscharf⁶⁵⁾ möglich ist. Auf der Grundlage des durchschnittlichen beitragspflichtigen Einkommens 2021 in der Höhe von 3.154 € pro Monat (Dachverband, 2022A), umgelegt auf einen Arbeitstag⁶⁶⁾ ergaben sich für die Krankengeldtage Mindereinnahmen in den Bereichen Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung im Gesamtausmaß zwischen 362 Mio. € und 877 Mio. €. Die Spannweite ergibt sich aus der unterschiedlichen Abgrenzung zwischen Entgeltfortzahlungstagen und Krankengeldtagen.

3.2.5 Indirekte langfristige Kosten von Arbeitsausfällen

Die bisher ausgewiesenen Kosten beziehen sich auf die im Kalenderjahr 2021 angefallenen Fehlzeiten. Arbeitsunfälle und auch Erkrankungen können längerfristige Folgen und damit Kosten für Betroffene, Betriebe, Versicherungsinstitutionen und die Wirtschaft insgesamt nach sich ziehen. Die vorliegende Kostenschätzung berücksichtigt nicht die langfristigen Folgekosten von Krankenständen, nachfolgend ist aber ein Überblick über die relevanten Kostenbereiche gegeben.

In einer längeren Beobachtung der Folgen eines Krankenstandes zeigen sich betriebliche Folgekosten durch die Verringerung der Leistungsfähigkeit von Personen. Für Krankenstände wegen Muskel- und Skeletterkrankungen zeigen beispielsweise Lötters et al. (2005), dass ein Jahr nach Beendigung des Krankenstandes bei 40% der Betroffenen nach wie vor eine eingeschränkte Produktivität vorliegt.

Mit zunehmender Dauer von Krankenständen steigt weiters das Risiko den Arbeitsplatz freiwillig oder unfreiwillig zu verlassen. Bei bis zu vierwöchigen Krankenständen erhöht sich das Risiko eines Beschäftigungsendes deutlich, bei noch längeren Krankenstandsfällen haben diese Personen ein dreieinhalb Mal höheres Risiko eines Arbeitsplatzverlustes als Personen ohne Krankenstand (Leoni, 2019).

Ein weiterer Kostenbereich, der mittel- und langfristig relevant ist, sind Leistungsbezüge aus der Sozialversicherung für andauernde Erkrankungen oder Arbeitsunfälle, die mit einer Erwerbsbeendigung verbunden sind. Im Jahr 2021 bezogen 17.069 vormals unselbständig beschäftigte

⁶⁵⁾ Beschäftigte haben bis zu vier Wochen Anspruch auf die halbe Entgeltfortzahlung in Kombination mit einem halben Krankengeld.

⁶⁶⁾ Angaben zum sozialversicherungspflichtigen Durchschnittseinkommen enthalten, sowie die Krankenstandstage, keine Arbeitszeitinformationen.

Personen ein Rehabilitationsgeld (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2022) und 119.804 Personen im Erwerbsalter eine Pension aus dem Versicherungsfall der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit (Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2022). Die Leistungen aus dem Titel des Rehabilitationsgeldes (350,7 Mio. €) und der anhaltenden Erwerbsunfähigkeit (2,1 Mrd. €) summierten sich für diese Personengruppen auf rund 2,4 Mrd. €, die von den Kranken- und Pensionsversicherungsträgern geleistet wurden.

Weitere indirekte Kosten resultieren aus einer andauernden Erkrankung oder einer frühzeitigen Mortalität, die in sogenannten "Cost-of-Illness-Studien" geschätzt werden. Die gesundheitliche Last einer Bevölkerung bzw. einer Gruppe wird dabei in physischen Einheiten in Form von verloren gegangenen Lebensjahren oder von Lebensjahren in schlechter Gesundheit ausgedrückt (beispielsweise EU-OSHA, 2019; Wouters et al., 2015). Für Kosten-Nutzen-Analysen zur Bewertung der ökonomischen Effizienz von Gesundheitsmaßnahmen, Medikamenten oder Therapien werden diese physischen Einheiten bewertet: Das britische National Institute for Health and Care Excellence (NICE) errechnete für das Jahr 2012 einen Wert von rund 41.000 € als Gesundheitskosten die notwendig wären, ein zusätzliches Lebensjahr in perfekter Gesundheit zu erzielen (National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2013). Auch für Österreich konnte gezeigt werden, dass die langfristigen indirekten Kosten aus arbeitsbedingten Erkrankungen und Todesfällen deutlich höher liegen als die unmittelbaren Behandlungskosten (Leoni, Brunner, et al., 2020).

3.3 Zusammenfassung der direkten und indirekten Kosten der Krankenstände 2021

Krankenstände haben neben dem Krankheitsgeschehen für die Erkrankten negative Effekte auf den Einkommens- und Erwerbsverlauf, aber auch für die Betriebe stellen Fehlzeiten eine Herausforderung dar. Kosten für die Krankenstände des Jahres 2021 fielen sowohl für die Erkrankten als auch für die Betriebe und die Sozialversicherungsträger an. Die gesamtwirtschaftlichen Kosten als Summe der Kosten aller Träger, setzten sich aus unterschiedlichen Komponenten zusammen (Übersicht 3.1), die sowohl in einem direkten als auch in einem indirekten Zusammenhang mit den krankheitsbedingten betrieblichen Fehlzeiten standen.

Die direkten Kosten aus Entgeltfortzahlung und Krankengeld werden von den Betrieben und der Krankenversicherung getragen. Auch die Behandlungskosten für Krankheiten und Unfälle im Gesundheitssystem, die großteils vom Staat aber zu rund einem Viertel auch privat getragen werden, stehen in einem direkten Zusammenhang mit den betrieblichen Fehlzeiten. Auch wenn für alle Krankenstände die Krankheitsursachen dokumentiert sind, liegen keine krankheitsspezifischen Behandlungskosten vor, die als Schätzansatz verwendet werden könnten. Vielmehr wurden altersspezifische Kostenprofile für die Berechnung der Behandlungskosten von Fehlzeiten herangezogen.

Die Effekte von Fehlzeiten für die Betriebe stehen in einem engen Zusammenhang mit dem firmen- bzw. aufgabenspezifischen Wissen der krankheitsbedingt Abwesenden, von der Verknüpfung ihrer Arbeitsgebiete usw. Zur Berechnung dieser Wertschöpfungsverluste wurden die

Werte von Zhang et al. (2017) übernommen, wiewohl es sich dabei nur um eine grobe Relationen handelt: Das krankheitsbedingt ausgefallene Arbeitsvolumen der unselbständig Erwerbstätigen schlägt sich zu einem Drittel bis zur Hälfte in entgangener Wertschöpfung durch⁶⁷⁾.

Die **direkten Kosten** für die Unternehmen in Form der Entgeltfortzahlung beliefen sich für 2021 auf 3,2 Mrd. €, durch den Zuschuss zur Entgeltfortzahlung an Klein- und Mittelbetriebe entstanden aus diesem Titel auch direkte Kosten in der Sozialversicherung in der Höhe von 113 Mio. €. Deutlich höher sind die berechneten indirekten Kosten, die in Form einer geringeren Wertschöpfung infolge krankheitsbedingter Arbeitszeitausfälle entstanden. Auf betrieblicher Ebene können Arbeitsausfälle durch Produktivitätsreserven teilweise aber nicht vollständig kompensiert werden. Die Wertschöpfungsverluste aufgrund aller Krankenstandstage wurden zwischen 0,9% bis 1,4% der Wirtschaftsleistung des Jahres 2021 berechnet. Dazu kommt noch eine Besonderheit der Jahre 2020 und 2021, die Sonderbetreuungszeit für Eltern. Sie konnten ihre Kinder unter 14 Jahre, die wegen Schließungen keinen Betreuungsplatz hatten oder erkrankten, bis zu drei Wochen zu Hause betreuen. Die Betriebe zahlten das Entgelt weiter, erhielten eine 100-prozentige Refundierung vom Bund, für 2021 waren dafür 9,9 Mio. € budgetiert. Diese Fehlzeiten⁶⁸⁾ im Ausmaß von rund 252.000 Tagen waren ebenfalls mit Wertschöpfungsverlusten verbunden, die im berechneten Wertschöpfungsentfall aber nicht quantifiziert sind.

Übersicht 3.3: Schätzung der Kosten von Krankheiten und Unfällen unselbständig Beschäftigter, 2020 und 2021

	2020		2021	
	Mio. €	In % des BIP	Mio. €	In % des BIP
Gesundheitsausgaben	bis 13.645	bis 3,6	bis 17.775	bis 4,4
<i>Direkte Kosten</i>	bis 12.239	bis 3,2	bis 16.343	bis 4,0
Zuschuss Entgeltfortzahlung, Krankengeld	990	0,3	1.020	0,3
Öffentliche Gesundheitskosten (Behandlungskosten)	8.603	2,3	12.142	3,0
Private Gesundheitskosten (Behandlungskosten)	2.646	0,7	3.181	0,8
<i>Indirekte Kosten: Entgangene SV-Beiträge</i>	bis 1.406	bis 0,4	bis 1.432	bis 0,4
Untergrenze	333	0,1	317	0,1
Obergrenze	1.406	0,4	1.432	0,4
Betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten	bis 8.782	bis 2,3	bis 9.113	bis 2,2
Direkte Kosten: Entgeltfortzahlung, Sonderbetreuungsgeld	3.152	0,8	3.242	0,8
Indirekte Kosten (Wertschöpfungsverluste)	5.630	1,5	5.871	1,4
Untergrenze	3.378	0,9	3.523	0,9
Obergrenze	5.630	1,5	5.871	1,4

Q: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Statistik Austria, ESSOSS-Datenbank; Dachverband der Sozialversicherungsträger; WIFO-Berechnungen.

⁶⁷⁾ Ein Rückgang der Anwesenheitsquote um 1% verringert gemäß Zhang et al. (2017) die Produktivität zwischen 0,33% und 0,49%.

⁶⁸⁾ Gemäß Buchhaltungsagentur des Bundes waren es 2021 rund 252.000 Tage, die von rund 21.000 Personen getätigt wurden, das entsprach einer Abwesenheitszeit von 12 Tagen pro beanspruchender Person.

Gemeinsam mit den direkten Kosten aus der Lohnfortzahlung summierten sich die direkten und indirekten betrieblichen und volkswirtschaftlichen Kosten auf bis zu 2,2% des BIP, weitere, von der Lohnfortzahlung unabhängige Kosten wie Überstunden, Ersatzarbeitskräfte, Verwaltungskosten usw. sind hier noch nicht eingerechnet.

Die medizinische Behandlung erkrankter Beschäftigter führt zu direkten und indirekten Kosten im Gesundheitswesen. Zum einen übernahmen die Krankenkassen die Auszahlung des Krankengeldes sowie einen Zuschuss zur Entgeltfortzahlung im Ausmaß von rund 0,3% des BIP (2021). Zum anderen entstanden Behandlungskosten der erkrankten unselbständig Erwerbstätigen, der Ausgabenrahmen dafür lag 2021 im öffentlichen Bereich bei bis zu 3,0% der Wirtschaftsleistung und weiteren 0,8%, die Erkrankte privat finanzierten. Darüber hinaus entgingen der Sozialversicherung im Falle eines Krankengeldbezugs Sozialversicherungseinnahmen in der Höhe von bis zu 0,4% des BIP. Die Gesamtausgaben im Gesundheitsbereich für alle direkten und indirekten Kosten des Jahres 2021 im Zusammenhang mit den Fehlzeiten der unselbständig Erwerbstätigen betrug bis zu 4,4% des BIP.

Ein Rückgang der krankheitsbedingten Fehlzeiten und eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation unselbständig Beschäftigter würden sowohl eine Reduktion der direkten und indirekten betriebs- und volkswirtschaftlichen Kosten bedeuten, aber auch das Gesundheitssystem kostenseitig deutlich entlasten.

Literaturhinweise

- Badura, B., Ducki, A., Meyer, M., & Schröder, H. (2022). *Fehlzeiten-Report 2022. Verantwortung und Gesundheit*. Springer-Verlag.
- Badura, B., Litsch, M., & Vetter, C. (2000). *Fehlzeiten-Report 1999, Psychische Belastung am Arbeitsplatz*.
- Badura, B., Schellschmidt, H., & Vetter, C. (2005). *Fehlzeiten-Report 2004, Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen*.
- Badura, B., Schellschmidt, H., & Vetter, C. (2006). *Fehlzeiten-Report 2005, Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit*.
- Badura, B., Schröder, H., & Vetter, C. (2008). *Fehlzeiten-Report 2007, Arbeit, Geschlecht und Gesundheit*.
- Biffi, G. (1999). Der Krankenstand in Österreich und sein Effekt auf das Arbeitsvolumen. *WIFO Working Papers*, 124. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/8397>
- Biffi, G. (2002). Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator. *WIFO-Monatsberichte*, 75(1), 39–52.
- Biffi, G., & Leoni, T. (2008). *Arbeitsbedingte Erkrankungen. Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/35099>
- Bilek-Steindl, S. (2022). Konjunkturindikatoren gehen zurück. *WIFO-Monatsberichte*, 95(8), 495–502.
- Bock-Schappelwein, J., Famira-Mühlberger, U., Huemer, U., & Hyll, W. (2021). Der österreichische Arbeitsmarkt im Zeichen der COVID-19-Pandemie. *WIFO-Monatsberichte*, 94(5), 371–388.
- Bock-Schappelwein, J., Huemer, U., & Hyll, W. (2021). Beschäftigung 2020: Bilanz nach einem Jahr COVID-19-Pandemie. *WIFO Research Briefs*, 1.
- Brakemeier, E.-L., Wirkner, J., Knaevelsrud, C., Wurm, S., Christiansen, H., Lueken, U., & Schneider, S. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit, Erkenntnisse und Implikationen für die Forschung und Praxis aus Sicht der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49(1), 1–31.
- Brunner, R., & Schwarz, G. (2006). Kapazitätsauslastung und Umsätze in der österreichischen Sachgütererzeugung. *WIFO-Monatsberichte*, 79(6), 459–466.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2017). *Bericht der Bundesregierung über die Lage der Menschen mit Behinderungen in Österreich 2016*.
- Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport. (2021). *Das Personal des Bundes 2021. Daten und Fakten*.
- Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport. (2019a). *Das Personal des Bundes 2019. Daten und Fakten*.
- Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport. (2019b). *Gesundheitsmanagement und Fehlzeiten 2019 im Bundesdienst. Daten und Fakten*.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2022). *ICD-10 BMSGPK 2022—Systematisches Verzeichnis*.
- Case, A., & Paxson, C. H. (2004). Sex Differences in Morbidity and Mortality. *NBER Working Paper*, 10653.
- Chimed-Ochir, O., Nagata, T., Nagata, M., Kajiki, S., Mori, K., & Fujino, Y. (2019). Potential Work Time Lost Due to Sickness Absence and Presence Among Japanese Workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 61(8). https://journals.lww.com/joem/Fulltext/2019/08000/Potential_Work_Time_Lost_Due_to_Sickness_Absence.9.aspx
- Clean Air for Europe (CAFE). (2005). *Methodology for the Cost-Benefit analysis for CAFÉ: Volume 2 – Health Impact Assessment. Report prepared by AEA Technology Environment within a Service Contract for carrying out cost-benefit analysis of air quality related issues, in particular in the Clean Air for Europe (CAFE) programme. AET/ED51014/Methodology Volume 2: Issue 2*. AEA Technology Environment.
- Commission on Macroeconomics and Health (CMH). (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development*. World Health Organisation.
- Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2022). *Versicherte, Pensionen, Renten—Jahresergebnisse 2021*.
- Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2022A). *Verteilung der beitragspflichtigen Arbeitseinkommen nach Alter und Wirtschaftsklassen, Berichtsjahr 2021*.

- Dalal, K., & Svanström, L. (2015). Economic burden of disability adjusted life years (DALYs) of injuries. *Health*, 7(4), 487–494. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2015.74058>
- Deaton, A. S., & Paxson, C. H. (1998). Aging and inequality in income and health. *American Economic Review*, 88(2), 248–253.
- Degelsegger-Márquez, A. (2021). *Gesundheitsdaten in Österreich – ein Überblick*. Gesundheit Österreich.
- Drago, R., & Wooden, M. (1992). The Determinants of Labour Absence: Economic Factors and Work Group Norms. *Industrial and Labour Relations Review*, 45, 34–47.
- Eppel, R., & Leoni, T. (2011). New Social Risks Affecting Children. A Survey of Risk Determinants and Child Outcomes in the EU. *WIFO Working Papers*, 386. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/41202>
- Eppel, R., Leoni, T., & Mahringer, H. (2016a). Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. *Status quo und Reformperspektiven* (89(11); WIFO-Monatsberichte, S. 785–798). <https://monatsberichte.wifo.ac.at/59108>
- Eppel, R., Leoni, T., & Mahringer, H. (2016b). Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. *Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/58794>
- Ettner, S. L. (1996). New evidence on the relationship between income and health. *Journal of Health Economics*, 15(1), 67–85. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(95\)00032-1](https://doi.org/10.1016/0167-6296(95)00032-1)
- EU-OSHA. (2017). *Estimating the costs of work-related accidents and ill-health: An analysis of European data sources*. Publications Office of the European Union. <https://osha.europa.eu/en/publications/estimating-cost-work-related-accidents-and-ill-health-analysis-european-data-sources>
- EU-OSHA. (2019). *The value of occupational safety and health and the societal costs of work-related injuries and diseases*. Publications Office of the European Union. <https://osha.europa.eu/en/publications/value-occupational-safety-and-health-and-societal-costs-work-related-injuries-and>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*.
- Eurostat. (2022). *ESSOS-Datenbank*. <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/social-protection/data/database>
- Firzinger, K., & Korn, G. (2022). Personenbezogene Statistiken 2021. *Soziale Sicherheit - Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung*, 2, 74–88.
- Frijters, P., Haisken-DeNew, J. P., & Shields, M. A. (2005). The causal effect of income on health: Evidence from German reunification. *Journal of Health Economics*, 24(5), 997–1017. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2005.01.004>
- Glocker, C. (2021). Reserve requirements and financial stability. *Journal of International Financial Markets, Institutions and Money*, 71, 101286. <https://doi.org/10.1016/j.intfin.2021.101286>
- Goetzel, R. Z., Long, S. R., Ozminkowski, R. J., Hawkins, K., Wang, S., & Lynch, W. (2004). Health, Absence, Disability, and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. Employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(4), 398–412. JSTOR.
- Grinza, E., & Rycx, F. (2020). The Impact of Sickness Absenteeism on Firm Productivity: New Evidence from Belgian Matched Employer–Employee Panel Data. *Industrial Relations: A Journal of Economy and Society*, 59(1), 150–194. <https://doi.org/10.1111/irel.12252>
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: At Work-But Out of It. *Organizational Development Magazine Article*. <https://hbr.org/2004/10/presenteeism-at-work-but-out-of-it>
- Hense, A. (2018). *Wahrnehmung der eigenen Prekarität*. Springer-Verlag.
- Heyde, K., & Macco, K. (2010). Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008. In B. Badura, H. Schröder, H. Klose, & K. Macco, *Fehlzeiten-Report 2009* (S. 31–40).
- Huemer, U., Kogler, M., & Mahringer, H. (2021). *Kurzarbeit als Kriseninstrument in der COVID-19-Pandemie. Kurzexpertise zum Vergleich der Modelle ausgewählter europäischer Länder*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/67020>
- Ichino, A., & Moretti, E. (2006). Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap. *NBER Working Paper*, 12369.
- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34(1), 16–28.

- Jakovljevic, M., Timofeyev, Y., Ranabhat, C. L., Fernandes, P. O., Teixeira, J. P., Rancic, N., & Reshetnikov, V. (2020). Real GDP growth rates and healthcare spending – comparison between the G7 and the EM7 countries. *Globalization and Health*, 16(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00590-3>
- Lebeau, M., & Duguay, P. (2013). *The Costs of Occupational Injuries. A Review of the Literature* (Report R-787). Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). irsst.qc.ca/media/documents/PublIRSST/R-787.pdf?v=2020-02-19.
- Leoni, T. (2011). *Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/42691>
- Leoni, T. (2019). *Entwicklung und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände in Oberösterreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/61534>
- Leoni, T., Biffl, G., & Guger, A. (2008a). *Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/30919>
- Leoni, T., Biffl, G., & Guger, A. (2008b). Krankenstände in Österreich: Bestimmungsfaktoren und Ausblick. *WIFO-Monatsberichte*, 81(1), 63–76.
- Leoni, T., & Böheim, R. (2018a). *Fehlzeitenreport 2018. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Präsentismus und Absentismus*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/61487>
- Leoni, T., & Böheim, R. (2018b). *Fehlzeitenreport 2018. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Präsentismus und Absentismus*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/61487>
- Leoni, T., Brunner, A., & Mayrhuber, C. (2020). *Die Kosten arbeitsbedingter Unfälle und Erkrankungen in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/66519>
- Leoni, T., & Mahringer, H. (2008). *Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/34220>
- Leoni, T., & Schwinger, J. (2017). *Fehlzeitenreport 2017. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt*. WIFO - Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/60730>
- Leoni, T., Spielauer, M., & Reschenhofer, P. (2020). *Soziale Unterschiede, Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben im Lebensverlauf*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/66626>
- Lindbeck, A., Palme, M., & Persson, M. (2006). Job Security and Work Absence: Evidence from a Natural Experiment. *CEifo Working Paper*, 1697.
- Lötters, F., Meerding, W.-J., & Burdorf, A. (2005). Reduced productivity after sickness absence due to musculoskeletal disorders and its relation to health outcomes. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 31(5), 367–374. JSTOR.
- Macintyre, S., Hunt, K., & Sweeting, H. (1996). Gender Differences in Health: Are Things Really as Simple as They Seem? *Social Science and Medicine*, 42(4), 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. (2014). 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*, 23(3), 289–303.
- Marmot, M. G., Smith, G. D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., & Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387–1393.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (Hrsg.). (2005). *Social Determinants of Health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198565895.001.0001>
- Marstedt, G., & Müller, R. (1998). *Ein kranker Stand? Fehlzeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft*. zitiert von Badura et al. *Fehlzeiten-Report 2004, 2005*, S. 279.
- Marstedt, G., Müller, R., & Jansen, R. (2001). Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im öffentlichen Dienst. In B. Badura, M. Litsch, & C. Vetter, *Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor* (S. 19–37).
- Mayrhuber, C. (2017). Der Gesundheitszustand älterer Erwerbspersonen in Europa – ein Vergleich. *Soziale Sicherheit*, 9, 344–350.

- Meggeneder, O. (2005). *Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfadens für Betriebe*.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2013). *Guide to the methods of technology appraisal*. nice.org.uk/process/pmg9/resources/guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pdf-2007975843781
- OECD. (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. OECD Publishing.
- OECD. (2021a). *Health at a Glance 2021*. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- OECD. (2021b). *Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*. OECD Publishing.
- Oppolzer, A. (2000). Ausgewählte Bestimmungsfaktoren des Krankenstandes in der öffentlichen Verwaltung – Zum Einfluss von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen auf krankheitsbedingte Fehlzeiten. In B. Badura, Litsch, & Vetter, *Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz* (S. 343–362).
- Pauly, M. V., Nicholson, S., Polsky, D., Berger, M. L., & Sharda, C. (2008). Valuing reductions in on-the-job illness: 'Presenteeism' from managerial and economic perspectives. *Health Economics*, 17(4), 469–485. <https://doi.org/10.1002/hec.1266>
- Pauly, M. V., Nicholson, S., Xu, J., Polsky, D., Danzon, P. M., Murray, J. F., & Berger, M. L. (2002). A general model of the impact of absenteeism on employers and employees. *Health Economics*, 11(3), 221–231. <https://doi.org/10.1002/hec.648>
- Richter, D., & Berger, K. (2013). Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatrische Praxis*, 40, 176–182.
- Richter, D., Berger, K., & Reker, T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 35(7), 321–330.
- Richter, D., Wall, A., Bruen, A., & Whittington, R. (2019). Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 393–407.
- Ryen, L., & Svensson, M. (2015). The Willingness to Pay for a Quality Adjusted Life Year: A Review of the Empirical Literature. *Health Economics*, 24(10), 1289–1301. <https://doi.org/10.1002/hec.3085>
- Schiestl, D. W., Kalleitner, F., & Kittel, B. (2021). *Austrian Corona Panel Project (ACPP), Wen die Krise bis in den Schlaf verfolgt: Ein Einblick in die Schlafqualität in Österreich*. <https://viecer.univie.ac.at/en/projects-and-cooperations/austrian-corona-panel-project/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog44/>
- Schiestl, D. W., & Pinkert, F. (2021). *Austrian Corona Panel Project (ACPP), Einsamkeit in der Corona-Krise*. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog58/>
- Schnabel, C. (1997). *Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsgründe und Reduzierungsmöglichkeiten*.
- Stahl, T. (2018). Krankheitsbedingte Kosten in der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2018: Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit* (S. 559–567). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57388-4_32
- Statistik Austria. (2022). *Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung*.
- Takala, J., Hämmäläinen, P., Nenonen, N., Takahashi, K., Chimed-Ochir, O., & Rantanen, J. (2017). Comparative analysis of the burden of injury and illness at work in selected countries and regions. *Central European Journal on Occupational and Environmental Medicine*, 23(1-2), 6–31.
- United Nations. (2017). *Resolution adopted by the General Assembly on 6 July 2017*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N17/207/63/PDF/N1720763.pdf?OpenElement>
- van Ours, J., & Stoeldraijer, L. (2010). *Age, Wage and Productivity* (Nr. 4765). Institute of Labor Economics (IZA). <https://EconPapers.repec.org/RePEc:iza:izadps:dp4765>
- WHO. (2020). *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: Results of a rapid assessment*.
- Winkler, R., Eglau, K., Seebacher, W., & Ladurner, J. (2022). *Long COVID: Status quo, Problemlagen und Herausforderungen in der Versorgung*. Gesundheit Österreich.
- 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., Salvatore-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.

- Wouters, O. J., Naci, H., & Samani, N. J. (2015). QALYs in cost-effectiveness analysis: An overview for cardiologists. *Heart*, 101(23), 1868–1873. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308255>
- Wu, C.-F., Chang, T., Wang, C.-M., Wu, T.-P., Lin, M.-C., & Huang, S.-C. (2021). Measuring the Impact of Health on Economic Growth Using Pooling Data in Regions of Asia: Evidence From a Quantile-On-Quantile Analysis. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.689610>
- Zach, M. (2014). Psychische Erkrankungen und Invalidität. *Sozialpolitische Studienreihe*, 16.
- Zhang, W., Sun, H., Woodcock, S., & Anis, A. H. (2017). Valuing productivity loss due to absenteeism: Firm-level evidence from a Canadian linked employer-employee survey. *Health Economics Review*, 7(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0138-y>

Anhang A: Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände

Übersicht A1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten

Arbeiterinnen, Arbeiter 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

	Krankenstandstage	Versicherte	Krankenstandstage je Versicherte/n	Krankenstandsquote je Versicherte/n in %
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
2020	43.188.491	3.391.276	12,7	3,5
2021	43.039.853	3.486.482	12,3	3,4

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

Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung

Arbeiterinnen, Arbeiter 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

	Erkrankungsquote in %	Krankenstandsfälle je Versicherte/n	Krankenstandsfälle je Erkrankte/n	Krankenstandstage je Fall
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
2020	56,8	1,1	1,9	11,7
2021	57,4	1,2	2,1	10,3

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

Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen

Arbeiterinnen, Arbeiter und Angestellte

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

	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 %				
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
2020	2,8	2,7	4,9	2,9	3,2	5,1	2,9	3,0	5,0
2021	2,9	2,7	4,6	3,0	3,1	4,8	2,9	2,8	4,7

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

Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht

Arbeiterinnen, Arbeiter 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

	Männer			Frauen			Insgesamt
	Arbeiter	Angestellte	Insgesamt	Arbeiter In %	Angestellte	Insgesamt	
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
2020	4,3	2,3	3,3	5,0	3,3	3,7	3,5
2021	4,2	2,2	3,2	4,7	3,2	3,6	3,4

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

Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt

Arbeiterinnen, Arbeiter 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

	Land- und Forstwirtschaft	Industrie	Bauwesen	Dienstleistungen (einschließlich Energie)
	In %			
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
2020	2,4	3,6	3,6	3,4
2021	2,3	3,6	3,6	3,3

Q: Dachverband der 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 Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2009 zu einem statistischen Bruch.

Anhang B: Bezeichnungen der ÖNACE-Wirtschaftsklassen

Übersicht A6: Abkürzungen und Bezeichnungen der ÖNACE-Wirtschaftsklassen

Abschnitt	Bezeichnung
A	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
B	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
C	Herstellung von Waren
D	Energieversorgung
E	Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
F	Bau
G	Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
H	Verkehr und Lagerei
I	Beherbergung und Gastronomie
J	Information und Kommunikation
K	Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen
L	Grundstücks- und Wohnungswesen
M	Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen
N	Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen
O	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
P	Erziehung und Unterricht
Q	Gesundheits- und Sozialwesen
R	Kunst, Unterhaltung und Erholung
S	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
T	Private Haushalte mit Hauspersonal, Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
U	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften

Q: Klassifikationsdatenbank Statistik Austria

Anhang C: Berechnung der Kosten der betrieblichen Fehlzeiten

Direkte Gesundheitskosten

$$GK_{USB} = \sum_{j=15}^{64} GA_{\bar{o}} + GA_p \times BQ$$

GK_{USB} = Gesundheitskosten der unselbständig Beschäftigten

$GA_{\bar{o}}$ = Gesundheitsausgaben öffentlich

GA_p = Gesundheitsausgaben privat

BQ = altersspezifische Beschäftigungsquote

Entgangene Sozialversicherungsbeiträge (SV)

$$SV = E * \bar{o}tBGL \times 0,3165$$

E = Entgeltfortzahlungstage

$tBGL$ = tägliche Beitragsgrundlage

Faktor 0,3165 entspricht dem Beitragssatz in der Pensions-, Kranken- und Unfallversicherung

Wertschöpfungsverluste (W)

$$W_{max} = BIP \times ((AV_{USB}/AV_G) \times KG/100)) \times 0,5$$

BIP = Bruttoinlandsprodukt (nominell)

AV_{USB} = Arbeitsvolumen der unselbständig Beschäftigten

AV_G = Arbeitsvolumen gesamt

KG = Krankenstandsquote

Faktor 0,5 aus der empirischen Literatur entnommen.