



Fehlzeitenreport 2024

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten
in Österreich

Gesundheitszustand von Lehrlingen und jungen
Erwerbstätigen

Christine Mayrhuber, Benjamin Bittschi

Data Science: Georg Böhs

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Juli 2024

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Fehlzeitenreport 2024

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Gesundheitszustand von Lehrlingen und jungen Erwerbstätigen

Christine Mayrhuber, Benjamin Bittschi

Juli 2024

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag von Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer Österreich,

Dachverband der Sozialversicherungsträger

Begutachtung: Stefan Angel

Data Science: Georg Böhs

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Die Entwicklung der krankheitsbedingten Fehlzeiten bis einschließlich 2023 ist seit dem Jahr 2020, in dem die COVID-19-Pandemie ihren Beginn hatte, sowohl von der Zunahme der Beschäftigtenzahlen wie auch von der Zunahme der Fehlzeiten geprägt. 2023 verbrachten die unselbständig Beschäftigten durchschnittlich 15,4 Kalendertage im Krankenstand. Diese Zahl ist um einen halben Tag höher als 2022. Der Verlust an Jahresarbeitszeit lag 2023 mit 4,2% bzw. mit 4,1% im Jahr 2022 höher als in den vergangenen zwei Jahrzehnten. Die Sonderauswertung und -analyse der Fehlzeiten von Lehrlingen und jungen Erwerbstätigen unter 30 Jahren zeigt, dass diese relativ mehr Krankenstandsfälle aufweisen als ältere Erwerbstätige, wobei in dieser Altersgruppe der höhere Anteil an verletzungsbedingten Fehlzeiten bei den männlichen jugendlichen Erwerbstätigen hervortritt. Unter 30-Jährige haben häufigere Ausfallszeiten wegen Atemwegserkrankungen, Infektionserkrankungen aber auch aufgrund von Verletzungen als ältere Erwerbstätige. Ihre durchschnittliche Krankheitsdauer ist allerdings kürzer.

2024/3/S/WIFO-Projektnummer: 23080

© 2024 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), 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

Kostenloser Download: <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/51695855>

Fehlzeitenreport 2024

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Gesundheitszustand von Lehrlingen und jungen Erwerbstätigen

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	20
1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht	20
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	47
1.9 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle	54
1.9.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle	55
1.9.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche	57
1.10 Kostenschätzung der betrieblichen Fehlzeiten	61
1.10.1 Kostenkomponenten des Krankenstands	63
1.10.2 Kosten der krankheitsbedingten Fehlzeiten	65
2. Gesundheitszustand von Lehrlingen und jungen Erwerbstätigen	68
2.1 Einleitung	68
2.2 Empirische Befunde zu den Fehlzeiten junger Erwerbstätiger	69
2.3 Art und Ausmaß der Erwerbstätigkeit in jungen Jahren in Österreich	70
2.3.1 Struktur der Lehrlingsbeschäftigung	72
2.3.2 Wirtschaftsbereiche als Arbeitgeber für junge Erwerbstätige	73
2.4 Das Krankheitsgeschehen von Lehrlingen und jungen Erwachsenen mit Daten der Österreichischen Gesundheitskasse	74
2.4.1 Das Krankheitsgeschehen der 15- bis 29-Jährigen sowie der 15- bis 19-Jährigen	74
2.4.2 Unterscheidung nach Geschlecht	81
2.4.3 Ausmaß und Struktur der Fehlzeiten bei Lehrlingen im Vergleich zu Arbeiter:innen und Angestellten	87

2.5	Gesundheit und Gesundheitsverhalten der jungen Erwerbsbevölkerung gemäß der Österreichischen Gesundheitsbefragung	96
2.5.1	Deskriptive Befunde	97
2.5.2	Sozio-ökonomische Einflüsse auf Gesundheit (multivariate Regressionen)	99
2.5.3	Zusammenfassende Befunde zur Gesundheitsbefragung	103
2.6	Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention junger Erwerbstätiger	104
2.7	Zusammenfassung	108
3.	Literatur	113
Anhang A:	Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände	119
Anhang B:	ICD-10-Klassifikation	129
Anhang C:	Übersichten zu den multivariaten Regressionen	131
Anhang D:	Übersichten zu den Krankenständen nach Betriebsgröße und Branchen	135

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	39
Übersicht 1.5: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	44
Übersicht 1.6: Normierung der Krankenstandsquote	45
Übersicht 1.7: Krankheitsgruppenstatistik	48
Übersicht 1.8: Kostenkomponenten des Krankenstandes nach Kostenstelle	62
Übersicht 1.9: Schätzung der Kosten im Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbständig Beschäftigter, 2022	66
Übersicht 2.1: Versicherte, Krankenstandstage und Krankenstandsfälle der 15- bis 19-Jährigen und 20- bis 24-Jährigen, 2023	68
Übersicht 2.2: Verteilung der Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen	76
Übersicht 2.3: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen	77
Übersicht 2.4: Krankheitsdauer nach Krankheitsgruppen	79
Übersicht 2.5: Verteilung der Arztbesuche nach Fachgruppen	80
Übersicht 2.6: Dauer der Krankenhausaufenthalte nach Krankheitsgruppen	81
Übersicht 2.7: Verteilung der Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Geschlecht	82
Übersicht 2.8: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht	83
Übersicht 2.9: Krankheitsdauer nach Krankheitsgruppen und Geschlecht	85
Übersicht 2.10: Verteilung der Arztbesuche nach Fachgruppen und Geschlecht	86
Übersicht 2.11: Dauer der Krankenhausaufenthalte nach Krankheitsgruppen und Geschlecht	87
Übersicht 2.12: Verteilung der Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Erwerbsstatus	89
Übersicht 2.13: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Erwerbsstatus	91
Übersicht 2.14: Krankheitsdauer nach Krankheitsgruppen und Erwerbsstatus	93
Übersicht 2.15: Verteilung der Arztbesuche nach Fachgruppen und Erwerbsstatus	94
Übersicht 2.16: Dauer der Krankenhausaufenthalte nach Krankheitsgruppen und Erwerbsstatus	95
Übersicht 2.17: Subjektive Gesundheitsindikatoren	97
Übersicht 2.18: Gesundheitsverhalten	98
Übersicht 2.19: Krankheitsdauer nach sozio-ökonomischen Merkmalen	111
Übersicht A1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten	119
Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung	121
Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen	123
Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht	125
Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt	127
Übersicht A6: ICD-10-Klassifikation der Krankheiten	129
Übersicht A7: Sozio-ökonomischer Einfluss auf Gesundheitsindikatoren	131
Übersicht A8: Sozio-ökonomischer Einfluss auf das Gesundheitsverhalten	133
Übersicht A9: Verteilung der Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Betriebsgröße	135
Übersicht A10: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Betriebsgröße	136

Übersicht A11: Krankheitsdauer nach Krankheitsgruppen und Betriebsgröße	137
Übersicht A12: Dauer der Krankenhausaufenthalte nach Krankheitsgruppen und Betriebsgröße	138
Übersicht A13: Verteilung der Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Branchen	139
Übersicht A14: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Branchen	140
Übersicht A15: Krankheitsdauer nach Krankheitsgruppen und Branchen	141
Übersicht A16: Dauer der Krankenhausaufenthalte nach Krankheitsgruppen und Branchen	142

VERZEICHNIS DER ABILDUNGEN	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	17
Abbildung 1.10: Beginn des Krankenstands nach Wochentag	19
Abbildung 1.11: Ende des Krankenstands nach Wochentag	19
Abbildung 1.12: Krankenstandsquote nach Geschlecht	21
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	32
Abbildung 1.20: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppe	37
Abbildung 1.21: Krankenstände nach Bundesländern	43
Abbildung 1.22: Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern	43
Abbildung 1.23: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen	51
Abbildung 1.24: Entwicklung der Krankenstandstage von psychischen Krankheiten als Anteil an allen Krankenstandstagen	52
Abbildung 1.25: Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten	56
Abbildung 1.26: Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht	58
Abbildung 1.27: Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen	59
Abbildung 1.28: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)	60
Abbildung 1.29: Unfallquote nach Betriebsgröße	61
Abbildung 1.30: Entwicklung der Entgeltfortzahlung in Relation zu den Arbeitnehmer:innenentgelten, Krankengeld und Krankenstandsquote, 1980 bis 2022	65
Abbildung 2.1: Beschäftigung der jungen unselbständig Erwerbstätigen nach ÖNACE-Wirtschaftsklassen, 2023	73
Abbildung 2.2: Sozio-ökonomischer Einfluss auf Gesundheitsindikatoren	101
Abbildung 2.3: Sozio-ökonomischer Einfluss auf das Gesundheitsverhalten	102

Hauptergebnisse

Das Krankenstandsgeschehen in Österreich

Das Krankenstandsgeschehen in den Jahren 2022 und 2023 ist von dem Auslaufen der Maßnahmen zur Bekämpfung der COVID-19-Pandemie und den damit einhergehenden Anstiegen bei Atemwegs- und COVID-19-Erkrankungen geprägt. Nach den Jahren 2020 und 2021 mit einem Rückgang der Krankenstandsquoten aufgrund der COVID-19-Maßnahmen und auch dem damit einhergehenden Verhalten der Versicherten zeigten sich für die Jahre 2022 und 2023 einerseits recht ähnliche Entwicklungen nach den dargestellten sozioökonomischen Gruppierungen und andererseits Großteils eine Fortsetzung der Dynamiken vor der COVID-19-Pandemie. Laut *Krankenstandsstatistik* verbrachten die unselbständig Beschäftigten im Jahresverlauf 2022 durchschnittlich 14,9 Kalendertage im Krankenstand, um 24,6% mehr als 2021 (12,3 Tage), 2023 erhöhten sie sich nochmals um 4,6%, sodass es zu durchschnittlich 15,4 Krankenstandstagen je Beschäftigte:n kam. Die **Krankenstandsquote**, die Relation der Krankenstandstage zum gesamten Arbeitsvolumen als Indikator für den Verlust an Arbeitszeit, erhöhte sich auf 4,1% (2022) bzw. 4,2% (2023). Der Anteil der Versicherten, die 2022 bzw. 2023 mindestens einmal im Krankenstand waren, stieg auf 69,5% bzw. 71,2% (2019: 64%, 2021: 57,4%) an, die Krankenstandstage je Krankheitsfall gingen allerdings auf 9,4 Tage bzw. 9,3 Tage (2019: 9,7 Tage, 2021: 10,3 Tage) zurück.

Es wirkten unterschiedliche Effekte auf das Krankenstandsgeschehen: Zum einen gab es insbesondere im Jahr 2022 einen deutlichen Anstieg bei den Atemwegserkrankungen und der übrigen Ursachen, zu denen u. a. die COVID-19-Erkrankungen zählen, als Folge des Auslaufens der Maßnahmen in Bezug auf Hygiene und Distanzierung der Menschen. Atemwegserkrankungen treten im Allgemeinen häufig auf, haben aber einen eher kurzen Verlauf. 2023 verzeichneten die Atemwegserkrankungen einen weiteren Anstieg. Zum anderen nahmen die Krankenstandstage beider Jahre in fast allen Krankenstandsgruppen 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: 2023 dauerten 41,0% aller erfassten Krankenstandsfälle weniger als vier Tage. Gemessen an der Summe der Krankenstandstage ist ihr Gewicht aber gering (9,0% aller krankheitsbedingten Fehlzeiten), weshalb ihre Untererfassung die Statistik nicht stark verzerrt. Längere Krankenstandsepisoden sind selten – nur 10,3% aller Fälle dauerten 2023 länger als zwei Wochen. Dennoch verursachte diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten (56,5%).

Trotz des Anstiegs in den Jahren 2022 und 2023 ist **langfristig gesehen** 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, zwischen 2001 und 2021

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 – mit einem rückläufigen Anteil der Arbeiter:innen – dämpfend auf die Entwicklung der Fehlzeiten. Andererseits dürften auch andere langfristige Trends wie die Erhöhung der Teilzeitbeschäftigung und die Zunahme von befristeten Beschäftigungsverhältnissen, Verschiebungen von Tätigkeiten zu neuen Selbständigen usw. die Krankenstandsquote gebremst haben. 2022 und 2023 (14,9 Tage und 15,4 Tage) stiegen die Krankenstandstage pro Kopf an und waren vergleichbar mit jenem Wert von 1990. Da jedoch die durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen je Fall zurückging und das Allzeittief erreichte, ist davon auszugehen, dass die Versicherten häufiger als in den Jahren davor krank waren. Dies steht vermutlich in Verbindung mit der Zunahme bei den Atemwegserkrankungen, aber auch damit, dass es mit COVID-19 eine zusätzliche Erkrankungsquelle gibt.

Atemwegserkrankungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen sind die am weitesten verbreiteten Krankheitsgruppen, der Anteil der psychischen Erkrankungen ist nach einer Stagnation bis 2018 wieder gestiegen.

Auch das Bild der wichtigsten **Krankenstandsursachen** wandelt sich im Zeitverlauf. Der Krankenstand wird heute vor allem von den Krankheiten des Atemsystems und jenen des Muskel-Skelett-Systems geprägt. Zusammen verursachen diese Erkrankungen die Hälfte der Krankenstandsfälle und 41,3% aller Krankenstandstage. Der Anteil der Verletzungen und Vergiftungen an den Krankenstandsdiagnosen nahm dagegen in den vergangenen Jahrzehnten ab. Er betrug 2023 14,6%, 2004 waren es noch 21% und 1994 fast 23%. Weiter fortgesetzt hat sich auch der langfristig rückläufige Trend in der Zahl der **Arbeitsunfälle**. 2023 lag die Unfallquote bei 267 je 10.000 Versicherte und setzte damit den seit 1974 beobachteten rückläufigen Trend fort. 1974 waren statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2023 war es nur 2,7%. Der Rückgang der Unfallquote fiel bei männlichen Arbeitern besonders stark aus, wodurch sich die Differenz zwischen Arbeiter:innen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte verringerte.

Die Bedeutung der **psychisch bedingten Krankenstände**, deren Anteil an allen Krankenstandstagen in einer langfristigen Betrachtung kontinuierlich zugenommen hat, blieb zwischen 2012 und 2018 annähernd konstant. Bis 2021 zeigte sich – auch durch den Rückgang der Tage anderer Krankheitsgruppen – ein starker Anstieg, und 2022 wieder eine leichter Rückgang. Psychische Erkrankungen waren 2022 für 2,5% und 2023 für 2,6% aller Krankenstandsfälle, verantwortlich, machten allerdings rund 10% 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 Wis-

sen 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 und unterschiedlich diskutiert, aber nicht einheitlich beantwortet.

Fehlzeiten sind nach wie vor nach sozialrechtlicher Stellung unterschiedlich ausgeprägt, es zeigt sich allerdings eine Verringerung der Unterschiede zwischen Arbeiter:innen und Angestellten.

Der Unterschied in der Krankenstandsquote nach **sozialrechtlicher Stellung** bleibt ausgeprägt, er hat sich in den letzten Jahren eindeutig verkleinert. 2023 verbrachten die Arbeiter:innen laut Statistik mit 19,0 Tagen um 44% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten, die durchschnittlich 13,1 Tage krankgeschrieben waren. Zu Beginn der 1990er-Jahre verzeichneten Arbeiter:innen 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. Der Anstieg in der Krankenstandsquoten der Jahre 2022 und 2023 war in allen Wirtschaftsbereichen beobachtbar, vor allem bei den Dienstleistungen und in der Sachgütererzeugung.

Im **öffentlichen Sektor** liegen nur für die Bediensteten des Bundes Krankenstandsdaten vor, die jüngsten verfügbaren Werte beziehen sich auf 2022. Unter Ausschluss der Kurzkrankenstände lag die Krankenstandsquote der Beamtinnen, Beamten und Vertragsbediensteten des Bundes im Jahr 2022 um 12,9% über jener der Arbeiter:innen und Angestellten. Im Vergleich zu den Angestellten und in einer altersstandardisierten Betrachtung lagen die Krankenstände im Bundesdienst 26,5% höher als im ASVG-Bereich. Beim Bundespersonal fällt 2022 zudem pro Kopf eine höhere Anzahl an Kurzkrankenständen als bei den Arbeiter:innen 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 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. 2023 verbrachten Frauen im Durchschnitt

11,1% mehr Tage im Krankenstand als Männer (Frauen: 16,2 Tage, Männer: 14,6 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 langfristig rückläufig sind.

Die Krankenstandsdaten belegen erwartungsgemäß, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen steigt. Allerdings besteht zwischen Krankenstand und Alter kein einfacher, linearer Zusammenhang. Die **Krankenstandsquoten nach Alter** folgen trotz einiger Abweichungen einem leicht U-förmigen Muster: Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, ab dem 20. Lebensjahr gehen die altersspezifischen Krankenstandsquoten 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.

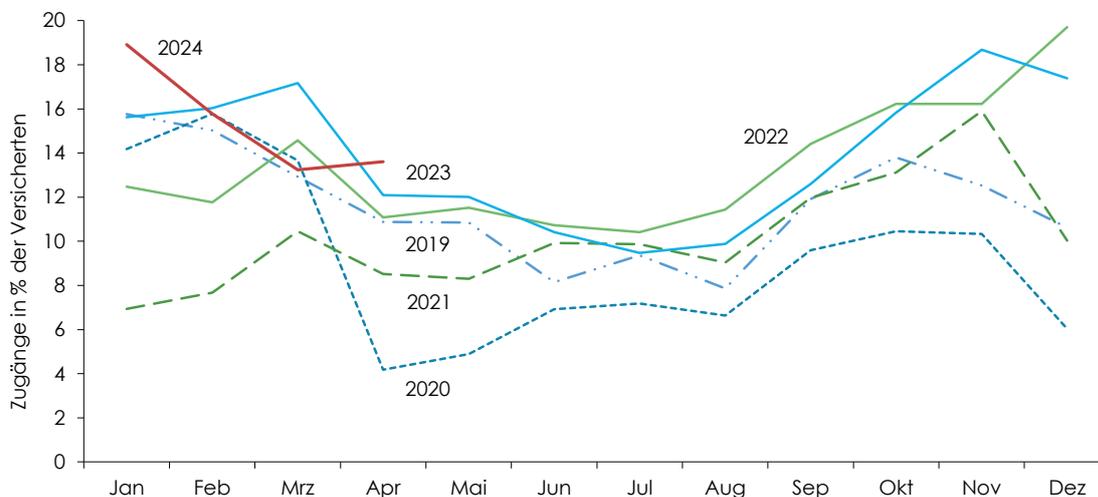
Wie bereits in den vorangegangenen Fehlzeitenreporten aufgezeigt wurde, unterscheiden sich die Krankenstandsquoten auf **regionaler Ebene** zum Teil erheblich. Salzburg ist seit Jahren das Bundesland mit den geringsten Fehlzeiten, 2023 waren dort die Beschäftigten im Schnitt 12,9 Tage im Jahr krank. Die Gesundheitskasse verzeichnete in Niederösterreich mit 17,6 Tagen die höchsten Krankenstände, gefolgt von der Steiermark und Oberösterreich mit 16,6 bzw. 15,8 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 Krankenstandsgeschehen im ersten Quartal 2024

Zum Jahreswechsel, oftmals der Höhepunkt der Grippezeit, steigen die Krankenstandszugänge tendenziell an. Die Pandemiebekämpfungsmaßnahmen führten 2020 und 2021 allerdings zu einem Abflachen der Zugangsdynamik zu Jahresende. Ab 2022 zeigte sich im vierten Quartal wieder der Trend der Vor-COVID-19-Zeit mit einer deutlichen Zunahme bei den Zugängen in den Krankenstand. Diese hohe Zugangsdynamik setzte sich im ersten Quartal und im April 2024 weiter fort. Die konjunkturelle Schwäche 2023 und 2024 mit der schwachen Beschäftigungsdynamik ist mit ansteigenden Zugängen zum Krankenstand verbunden.

Abbildung: **Monatliche Krankenstandsentwicklung der unselbständig Beschäftigten, 2019 bis 2024**

Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Direkte und indirekte Kosten der Krankenstände

Krankenstände belasten nicht nur die Erkrankten selbst, sondern verursachen Kosten in verschiedenen Bereichen. Mit dem deutlichen Anstieg der Krankenstandstage je unselbständig Beschäftigten auf 14,9 Tage im Jahr 2022 und weiter auf 15,4 Tage im Jahr 2023 steigen sowohl die direkten als auch die indirekten Kosten. Mit den letzten verfügbaren Daten kann allerdings nur das Jahr 2022 näher betrachtet werden. Die finanzielle Absicherung der Arbeitnehmer:innen im Krankheitsfall erfolgt durch die Entgeltfortzahlung und das Krankengeld, die von den Betrieben und der Krankenversicherung gezahlt werden.

Gemäß den Daten von Statistik Austria (ESSOSS) wurden 2022 **Entgeltfortzahlungen** in Höhe von 4,2 Mrd. € geleistet und die Unfallversicherung übernahm Zuschüsse zur Entgeltfortzahlung für Klein- und Mittelbetriebe in Höhe von 127 Mio. €. Weitere 1 Mrd. € wurden von der Krankenversicherung in Form von **Krankengeld** ausbezahlt. Insgesamt beliefen sich die direkt zurechenbaren Krankenstandskosten im Jahr 2022 auf 5,3 Mrd. € bzw. 1,2% der Wirtschaftsleistung.

Können Arbeitsausfälle auf betrieblicher Ebene nicht durch Produktivitätsreserven kompensiert werden, was in konjunkturellen Aufschwungphasen wie 2022 weniger möglich ist als in Abschwungphasen, entstehen Wertschöpfungsverluste. Diese indirekten Kosten, z. B. durch Produktivitätsverluste, Kosten für Ersatzarbeitskräfte usw. kommen zu den direkten Kosten hinzu und können auf betrieblicher Ebene höher ausfallen. Die Berechnungen der indirekten Kosten liegen für das Jahr 2022 zwischen 4,7 Mrd. € und 7,9 Mrd. € bzw. 1,1% und 1,8% der Wirtschaftsleistung und damit über den direkten Kosten. Darüber hinaus erfordert die Wiederherstellung der Gesundheit bzw. die Behandlung von Krankheiten der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter Mittel und Ressourcen des öffentlichen Gesundheitswesens.

Im Jahr 2022 gehen 4,1% des Arbeitsvolumens der unselbständig Beschäftigten durch krankheitsbedingte Fehlzeiten verloren, im Jahr 2023 steigt dieser Anteil weiter auf 4,2%. Da allein die direkten Kosten der krankheitsbedingten Fehlzeiten bei 1,2% der jährlichen Wirtschaftsleistung liegen, dazu noch Wertschöpfungsverluste und Gesundheitsaufwendungen kommen, haben Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Erwerbsbevölkerung ein großes Potential, die individuellen, betrieblichen und volkswirtschaftlichen Kosten zu senken.

Gesundheitszustand und Fehlzeiten von Lehrlingen und jungen Erwerbstätigen

Die Beschäftigungsquote in der Altersgruppe der 15- bis 19-jährigen Frauen von 25,0% und der jungen Männer in der Höhe von 37,8% (2023) ist geprägt vom Arbeitsmarkteinstieg im Rahmen einer Lehrausbildung. Von den 108.266 Lehrlingen zum Stichtag 31.12.2023 standen 43% in der Wirtschaftssparte Gewerbe und Handwerk, 16% in der Industrie und 14% im Handel in einem Ausbildungsverhältnis. In der Altersgruppe der 20- bis 24- bzw. 25- bis 29-Jährigen stieg die Beschäftigungsquote der unselbständig Beschäftigten auf 63,5% bzw. 78,1% an.

Insgesamt zeigen die durchgeführten Analysen auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 einen besseren Gesundheitszustand der 15- bis 19-Jährigen im Vergleich zu den 20- bis 24- und 25- bis 29-Jährigen, wobei die Jüngeren eine höhere Krankenstandsquote haben.

Bei unselbständig beschäftigten Männern waren 15- bis 19-Jährige 2023 häufiger krankgeschrieben als bei Frauen, in der folgenden Altersgruppe von 20 bis 24 Jahren war eine Annäherung zu beobachten. Der frühere Berufseintritt in Form einer Lehre und der höhere Anteil von Arbeitern gegenüber Arbeiterinnen sowie die geschlechtsspezifischen Berufe gehen mit unterschiedlichen Anforderungen am Arbeitsplatz einher, mit Auswirkungen auf das Erkrankungs geschehen.

Bei den 15- bis 19-jährigen Lehrlingen waren 2023 zwei Fünftel der Krankenstandsfälle durch Atemwegserkrankungen, ein Sechstel durch Infektionskrankheiten und 7,4% auf Verletzungen und Vergiftungen zurückzuführen.

Die Krankenstandsfälle der Berufseinsteiger:innen im Alter von 15 bis 19 Jahren wurden 2023 von Krankheiten des Atmungssystems dominiert, knapp 41% der Krankschreibungen gingen auf diese zurück. Mit zunehmendem Alter, d. h. in der Altersgruppe von 15 bis 29 Jahren, lag der Anteil leicht höher. Infektionskrankheiten waren bei den Jüngeren etwas häufiger als bei den Älteren. Ein Unterschied zeigt sich bei den Krankschreibungen aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen. Bei allen Versicherten waren Verletzungen und Vergiftungen im Jahr 2023 für 7,1% aller Krankheitsfälle und 14,6% aller Krankheitstage verantwortlich, bei den 15- bis 19-jährigen Lehrlingen waren es 7,4% der Fälle, aber 18,6% der Tage. Verletzungen und Vergiftungen als Krankenstandsursache waren in der Gruppe der 15- bis 19-jährigen Arbeiter:innen mit 11,0% aller Fälle und 27,6% aller Tage deutlich höher als bei den Lehrlingen oder den Angestellten dieser Altersgruppe.

In der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen war die Häufigkeit von Krankschreibungen aufgrund von Muskel-Skeletterkrankungen hingegen geringer als in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen: Bei den Jüngeren waren es im Jahr 2023 5,0% der Krankenstandsfälle, in der erweiterten Altersgruppe 6,8% (Männer 8,2%, Frauen 5,0%). Der Durchschnitt aller unselbständig Beschäftigten von 11,1% der Fälle in dieser Krankheitsgruppe setzte sich also zusammen aus einer geringeren Betroffenheit bei den Jungen, während in der Gruppe der 30- bis 64-Jährigen 15,5% der Krankenstände diese Ursache hatten. Auch innerhalb der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen war der Anteil mit 10,3% bei den Arbeiter:innen höher als bei den Lehrlingen und Angestellten.

Psychische Erkrankungen bedeuten lange Fehlzeiten, bei den 15- bis 19-Jährigen dauerte dieser Krankenstand 13,8 Tage, bei Verletzungen und Vergiftungen waren es 12,0 Tage.

Während im Jahr 2023 eine Krankschreibung aufgrund von Infektionskrankheiten bei den 15- bis 19-Jährigen und den 15- bis 29-Jährigen durchschnittlich 3,2 bzw. 3,7 Tage dauerte, waren es bei den psychischen Erkrankungen 13,8 Tage bei den 15- bis 19-Jährigen und 23,6 Tage bei den 15- bis 29-Jährigen. Damit wies diese Krankheitsgruppe die längsten Fehlzeiten je Krankheitsfall auf. Verletzungen und Vergiftungen verursachten mit durchschnittlich 12,0 Tagen bei den Jüngeren die zweitlängsten Ausfallzeiten. Im Vergleich zu allen unselbständig Beschäftigten waren verletzungsbedingte Krankschreibungen bei den unter 20-Jährigen zwar häufiger, aber im Durchschnitt um 3 Tage kürzer als bei den 15- bis 29-Jährigen und um 11 Tage kürzer als bei den über 30-Jährigen.

Die häufigen Fehlzeiten durch Verletzungen und Vergiftungen und der steigende Anteil aufgrund von psychischen Erkrankungen in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen machen wirksame Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen notwendig und sinnvoll.

Die Ergebnisse der durchgeführten Analysen zeigen, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen verstärkt werden sollten. Neben der Fokussierung auf die individuelle Ebene sind auch Initiativen und Maßnahmen erforderlich, die auf einen gesunden Lebensstil am Arbeitsplatz und auch in der Freizeit abzielen. Durch die Umsetzung solcher Programme können nicht nur die Kosten für krankheitsbedingte Fehlzeiten auf Seiten der Unternehmen und des Gesundheitssystems gesenkt, sondern auch die Gesundheit und Lebensqualität dieser jungen Altersgruppe langfristig nachhaltig verbessert werden.

Fehlzeitenreport 2024

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Gesundheitszustand von Lehrlingen und jungen Erwerbstätigen

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 kön-

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.

nen diesbezüglich das Verhalten der Beschäftigten ebenso beeinflussen wie ihre Arbeitszufriedenheit und Motivation. Eine Steigerung der aus gesundheitlicher wie ökonomischer²⁾ Sicht problematischen Bereitschaft der Arbeitnehmer:innen 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 auch kurzfristige Gegebenheiten auf das Krankenstandsgeschehen. Ob und inwieweit seit der COVID-19-Pandemie Homeoffice als verbreitete Arbeitsform verbreitet ist (Bundesministerium für Arbeit, 2021) und welcher Effekte auf Krankmeldungen vorhanden sind, lässt sich noch nicht abschließen beantworten.

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 Arbeitnehmer:innen 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 Mitarbeiter:innen erwarten kann. Fehlzeiten sind eine Untergruppe dieser Ausfallzeiten und beziehen sich auf jene Tage, an denen die Arbeitnehmer:innen 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 (DVS) 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 2023 bis zum Jahr 1970 zurück³⁾.

²⁾ Wenn Arbeitnehmer:innen 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.

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 2023 waren 3,65 Mio. (2022 3,60 Mio.) unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 94% 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.

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 2023 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 Arbeitnehmer:innen sich ohne Vorlage eines ärztlichen

⁴) Im Jahresdurchschnitt 2023 gab es laut DVSV 3,89 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 (Greganova & Mötzt, 2024).

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 Absenttage je Versicherte/n. Einheit: Kalendertage (je Versicherte/n)	Da arbeitsfreie Zeiten wie Wochenenden und Feiertage mit einbezogen werden, gibt es Abweichungen zu betrieblichen Fehlzeiterfassungen.
Krankenstandsfälle	Anzahl der durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsabsenz.	Jede Arbeitsunfähigkeitsmeldung, die nicht die Verlängerung einer vorangegangenen Meldung ist, wird als ein Fall gezählt.
Krankenstandsfälle je Versicherte/n bzw. je Erkrankte/n	Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsunfähigkeit je versicherte bzw. erkrankte Person.	Indikator für die Inzidenz von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten in der Erwerbsbevölkerung.
Krankenstandsdauer	Durchschnittliche Dauer eines Krankenstandsfalles. Einheit: Kalendertage	Indikator für die Schwere einer Erkrankung.
Krankenstandsquote	Summe der Krankenstandstage im Jahr, dividiert durch das Arbeitsvolumen der Versicherten (Anzahl der Versicherten multipliziert mit 365 Kalendertagen). Einheit: in %	Indikator für den Verlust an 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 2022 und 2023 durch die Ausweitung der Beschäftigung mitgeprägt. Nach dem Einbruch 2020 kam es 2022 zu einem kräftigen Wirtschaftswachstum, das sich in abgeschwächter Form 2023 fortsetzte. Nach dem Abklingen der COVID-19-Pandemie in 2021 und trotz des Ukraine-Krieges, der Energiekrise und der hohen Inflation in

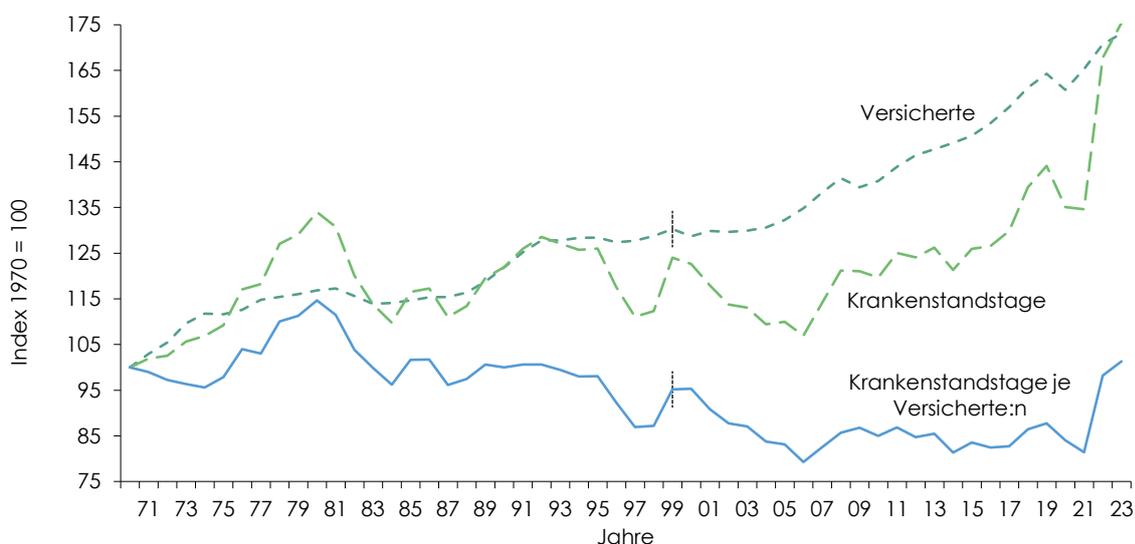
⁷⁾ Zieht man die Gesamtheit der Versicherten heran, dann sind die jährlichen Schwankungen im Anteil der Kinderbetreuungsgeldbeziehenden und Präsenzdienster für die Berechnung der Krankenstandsquote vernachlässigbar. Bezogen auf spezifische Untergruppen von Versicherten – insbesondere Frauen im gebärfähigen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

2022 profitierte der Arbeitsmarkt 2022 vom im Vorjahr eingesetzten Aufschwung der Gesamtwirtschaft (Angel et al., 2023). Zuletzt konnte ein vergleichbarer Anstieg der Zahl der Versicherten unselbständig Beschäftigten im Jahr 2022 in der ersten Hälfte der 1970er-Jahre beobachtet werden. Auch 2023 konnte die Zahl der Versicherten ausgeweitet werden. Parallel dazu wurden die Bekämpfungsmaßnahmen (z. B. Maskenpflicht, vermehrtes Homeoffice, Kurzarbeit, räumliche Distanzierung) gegen COVID-19 zurückgefahren, womit das Infektions- und Unfallrisiko wieder stieg. Dies zeigt sich in den Krankenstandstagen vor allem im Jahr 2022, aber auch 2023 wurden sie ausgeweitet.

Im Zeitraum 1970 bis 2023 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. Tagen erstmals das absolute Niveau der Krankenstandstage aus dem Jahr 1980 übertroffen, allerdings bei einem Versichertenstand, der um knapp 40% höher lag als damals. Nach einem leichten Rückgang in den Jahren 2020 und 2021 auf etwa das Niveau von 1980 kam es 2022 zu einem kräftigen Anstieg der Krankenstandstage auf 53,6 Mio. und 2023 auf 56,1 Mio., bei einem Anstieg der Versichertenzahl, die nun 46% (2022) bzw. 48% (2023) 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. Nach Anstiegen in 2018 und 2019 auf gut 13 Tage wurde diese Zahl 2022 (14,9 Tage) und 2023 (15,4 Tage) noch übertroffen.

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 (Biffl, 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 2023 4,2% (2022 4,1%). Entsprechend hohe Werte wurden zuletzt Anfang der 1990er-Jahre gemessen. 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., 2016). 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

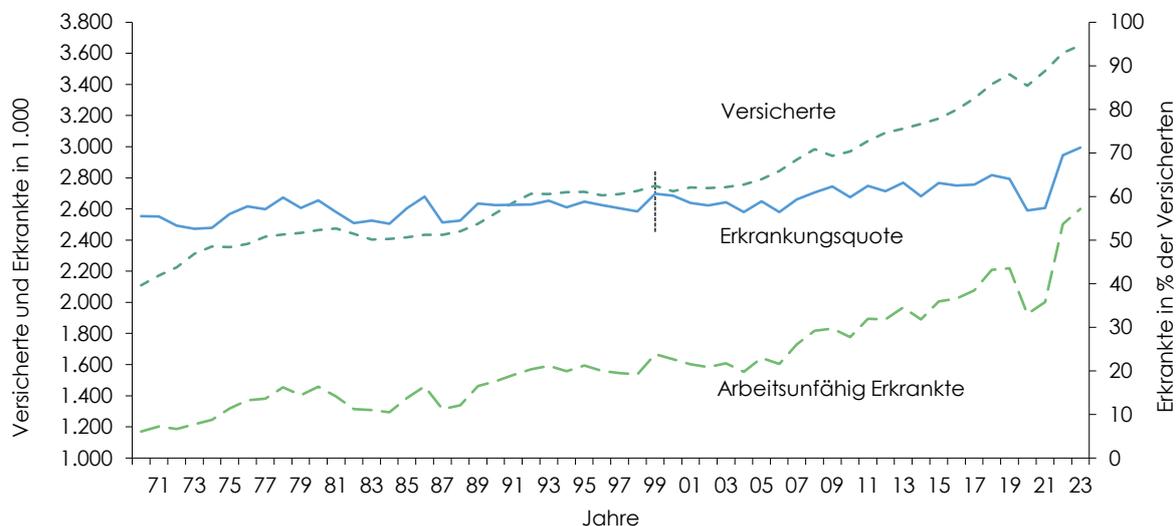
Die Schwankungen der Krankenstandsquote können durch eine Zerlegung in Komponenten näher bestimmt werden. Dabei kann die Entwicklung der Fehlzeiten auf drei unterschiedliche Dimensionen zurückgeführt werden (Biffi, 2002):

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

Die Anzahl der Versicherten verzeichnete 2023 einen Anstieg um 1,4% (nach +3,3% im Jahr 2022). Die Zahl der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einen Krankenstand meldeten, stieg um 3,9% (nach einem einzigartigen Anstieg von 25,0% in 2022) und erreichte damit einen neuen Höchstwert. 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 2023 (2022) wurde eine Erkrankungsquote von 71,2% (69,5%) registriert, womit der höchste Werte seit 1970 erreicht wurde. 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 2022/23 2,3-mal (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, 2023 (2022) waren es 1,7 Fälle (1,6 Fälle) (Übersicht A2).

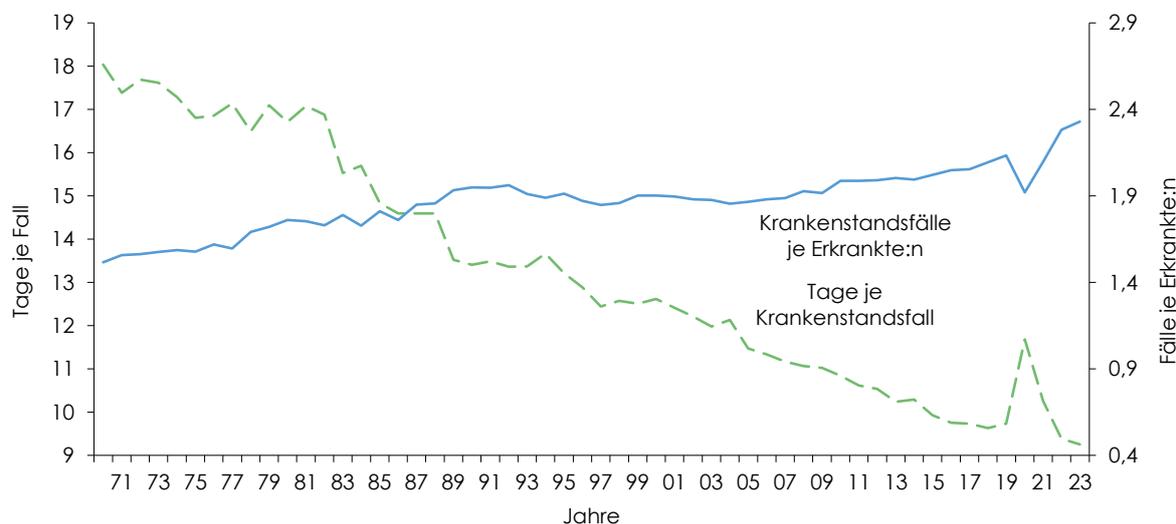
Diese langfristige Erhöhung der Frequenz von Krankenstandsepisoden geht im Wesentlichen auf eine Zunahme der statistisch erfassten Kurzkrankenstände zurück (siehe auch Abschnitt 1.4). Die Kombination aus steigender Krankenstandsfrequenz und fallender Krankenstandszeit spiegelt sich in einer starken Verkürzung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer wider. Während 1970 ein Krankenstandsfall im Durchschnitt 18 Tage dauerte, reduzierte sich dieser Wert auf 9,3 Tage im Jahr 2023 (2022: 9,4).

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 Arbeitgeber:innen 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 Arbeitnehmer:innen (je nach Person bzw. Typ von Erkrankung) hinsichtlich der Entscheidung, ob schon in den ersten Tagen der Erkrankung ein Arztbesuch erfolgt,
- Unterschiedliche Handhabung der Krankenstände von Seiten der Arbeitgeber:innen (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 Arbeiter:innen besser erfasst sind als jene der Angestellten. Ab Einführung des Entgeltfortzahlungsgesetzes (1974) und bis zum Jahr 2000 erstatteten die Krankenversicherungen den Unternehmen die (für Arbeiter:innen) geleisteten Entgeltfortzahlungen zurück. Diese Regelung stellte einen Anreiz zur Erfassung der Arbeiter:innenkrankenstände dar, der bei den Angestellten in dieser Form nicht gegeben war. Laut Auskunft des DVSV bestand im Rahmen des Entgeltfortzahlungsgesetzes auch die Möglichkeit, dass Unternehmen Kurzkrankenstände der Arbeiter:innen beim Sozialversicherungsträger meldeten, ohne notwendigerweise eine ärztliche Bestätigung eingeholt zu haben. In diesen Fällen wurden die Krankenstände auch bei der Gruppe der Arbeiter:innen von der Statistik nicht erfasst. Anhand einer Sonderauswertung der Entgeltfortzahlungstatistik aus dem Jahr 1999 konnte ermittelt werden, dass etwa 111.000 Krankenstandsfälle von Arbeiter:innen nicht ärztlich bestätigt worden waren (Übersicht 1.2). Das entspricht einem Drittel der im selben Jahr gemeldeten Kurzkrankenstände von Arbeiter:innen 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 Arbeiter:innen 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 Arbeiter:innen weiterhin höher ist als bei den Angestellten. Neben dem Nachwirken des Entgeltfortzahlungsgesetzes dürften diesbezüglich auch grundsätzliche Unterschiede im Berufsbild der Arbeiter:innen und der Angestellten eine Rolle spielen. In Arbeiter:innenberufen 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 Arbeitgeber:innen nicht immer stark ins Gewicht. Andererseits legen Betriebsräte und Arbeitnehmer:inneninteressenvertretungen sowohl den Arbeiter:innen 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 Krankenstandsdauer sind vor allem zwei Trends abzulesen. Die Häufigkeit von Kurzkrankenständen (bzw. deren Erfassung) nahm kontinuierlich zu: Die Quote aus Kurzkrankenständen und Versicherten betrug 1970 weniger als 9%, 1980 schon 11,2%, im Jahr 1990 18,6% und 2007 32%. Ab 2008 liegen Daten auf Basis der bereinigten Versichertenzahlen vor, wodurch ein kleiner Niveausprung in der Zeitreihe entstanden ist⁹⁾. Zwischen 2008 und 2019 entwickelte sich die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände von 35,8% auf 57,0%. 2020 und 2021 kam es aufgrund der COVID-19-Pandemie zu einem Rückgang, wohingegen der Quotient 2022 auf 65,7% und 2023 auf 68,0% anstieg. In anderen Worten gab es 2008 358 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2023 680 Fälle.

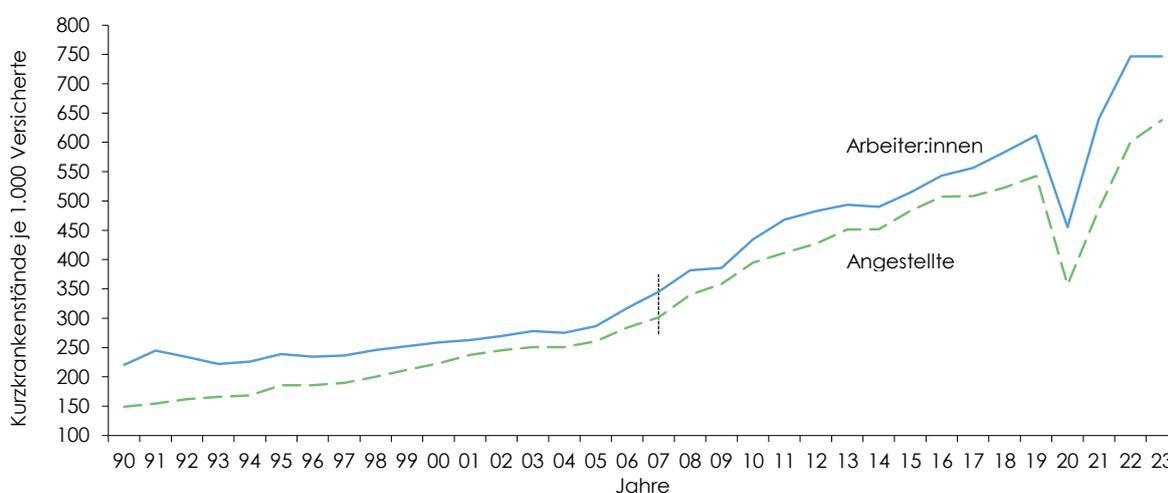
Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei Arbeiter:innen und Angestellten an. Während der 1970er-Jahre waren Kurzkrankenstände bei Arbeiter:innen deutlich häufiger als bei Angestellten. 1975, ein Jahr nach Einführung des Entgeltfortzahlungsfonds, gab es im Schnitt etwa 120 Kurzkrankenstände je 1.000 Arbeiter:innen, aber weniger als 75 Kurzkrankenstände je 1.000 Angestellte. 1990 gab es bei den Arbeiter:innen 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 Kranken-

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 Krankenstandsdaten (2008 35,8%).

standsfälle zwischen Arbeiter:innen und Angestellten nur ein vergleichsweise geringer Unterschied beobachtet werden: Bei den Angestellten entfielen 2019 auf 1.000 Versicherte 543 Kurzkrankenstände, bei den Arbeiter:innen waren es 612 (Abbildung 1.4). 2022 vergrößerte sich dieser Abstand: Auf 1.000 Angestellte entfielen 601 Kurzkrankenstände, auf 1.000 Arbeiter:innen 746 Kurzkrankenstände. 2023 näherte sich der Abstand wieder jenem im Jahr 2019 an: Auf 1.000 Angestellte entfielen 638 Kurzkrankenstände, auf 1.000 Arbeiter:innen 747 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 und 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 Arbeiter:innen eine gegenteilige Entwicklung hätte erwarten können. Wie aus Abbildung 1.4 zu sehen ist, war der Anstieg seit 2003 besonders stark. Es könnte sein, dass es in der jüngsten Vergangenheit zu einer Verringerung oder zumindest zu keinem weiteren Anstieg der Untererfassung von Kurzkrankenständen in der Statistik kam. Allerdings dürften weitere Faktoren den Anstieg der Kurzkrankenstände und damit die Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer verursacht haben. Dafür spricht die Tatsache, dass bei den Bundesbeschäftigten, wo die Erfassung von kurzen Krankenständen vollständig ist, in den jüngsten Jahren ebenfalls ein starker Anstieg der kurzen Krankenstandsepisoden (allerdings abgegrenzt nach Arbeitstagen, nicht Kalendertagen) be-

obachtet werden kann. Während 2003 je Bundesbeschäftigten durchschnittlich ein Kurzkrankenstand verzeichnet wurde, waren es in der letzten Erhebung aus dem Jahr 2022 2,2 Fälle pro Kopf (Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport, 2023a).

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 mit einer verbesserten Möglichkeit zu Homeoffice könnte ebenso zur Reduktion beitragen. 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.

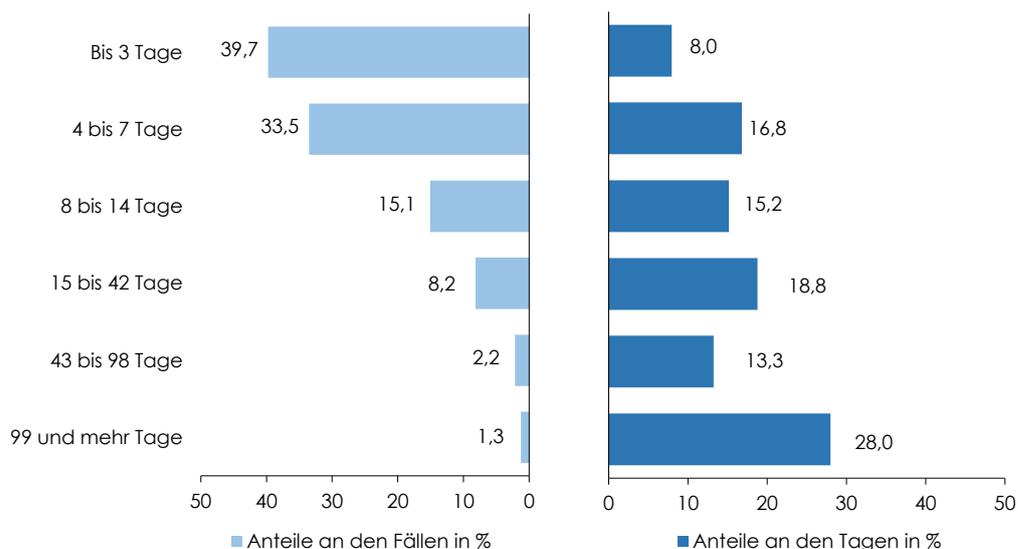
Während der Pandemie kam es zu einem Rückgang der Kurzkrankenstände aufgrund der Maßnahmen zur Bekämpfung von COVID-19, in den Jahren 2022 und 2023 wurden wieder mehr Kurzkrankenstände als vor der Pandemie verzeichnet. Dies kann im Zusammenhang mit Atemwegs- oder COVID-19-Erkrankungen, die mittlerweile einen leichteren Verlauf aufweisen, stehen (siehe dazu Abschnitt 1.8). Auch der Rückgang von Homeoffice könnte ein Erklärungsbeitrag zum Anstieg der Kurzkrankenstände sein.

Die Kurzkrankenstände haben bei den Angestellten weiterhin einen größeren Anteil am Krankenstandsgeschehen insgesamt, als das bei den Arbeiter:innen der Fall ist. Gemessen an der Verteilung der Fehlzeiten nach Krankendauer sind 2023 bei den Angestellten 10,0% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (1990: 3,3%, 2019: 10,1%; Abbildung 1.6), die Quote bei Männern liegt bei 10,2% (1990: 3%, 2019: 10,2%), jene der Frauen mit 9,9% darunter (1990: 3,6%, 2019: 10,0%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei Arbeiter:innen ist, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: Er entwickelte sich von 2,2% in 1990 auf 8,0% in 2023 (2019: 7,4%; Abbildung 1.5). Hier ist zwischen den Geschlechtern ein etwas größerer Unterschied beobachtbar. Arbeiterinnen haben einen geringeren Anteil an Kurzkrankenstandstagen als Arbeiter (2023: 7,3% gegenüber 8,3%).

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.

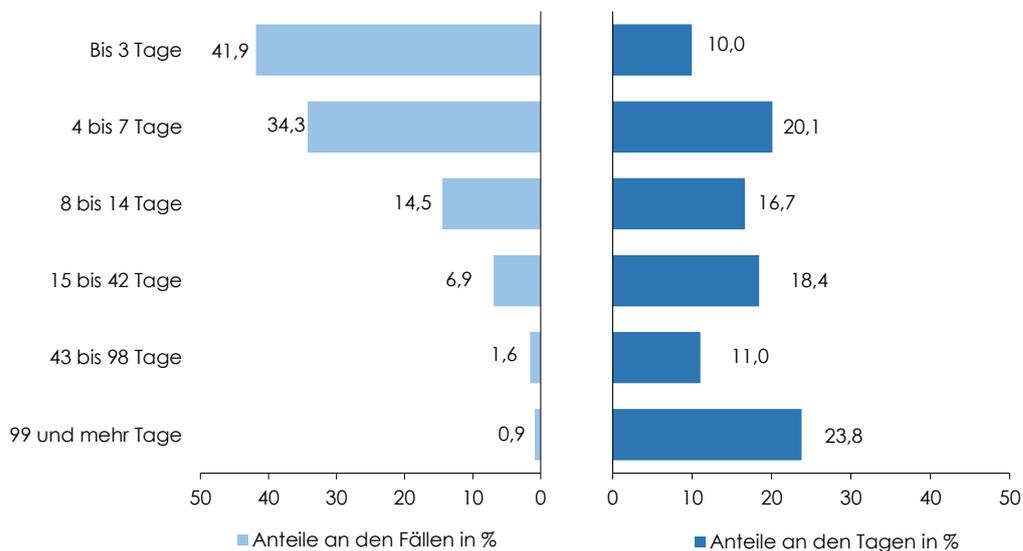
Die langfristige, steigende Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Gesamtheit der Beschäftigten kann sowohl an der Entwicklung der Krankenstandstage als auch der Krankenstandsfälle abgelesen werden. 1990 stellten Fälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen 16,4% der Krankenstandsfälle, aber nur 2,6% der Krankenstandstage dar. Im Jahr 2023 waren 41,0% der gemeldeten Krankenstände ein bis drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten hatten Kurzkrankenstände einen Anteil von 9,0%. 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 2,9% der Gesamtsumme dar, verursachen aber 37,9% der Krankenstandstage. Ein Vergleich zwischen Beschäftigtengruppen zeigt, dass bei den Arbeiter:innen Langzeitkrankenstandsfälle etwas stärker als bei Angestellten ins Gewicht fallen: Bei den Arbeiter:innen entfallen 41,3% der Krankenstandstage auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten sind es 34,8%.

Abbildung 1.5: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Arbeiterinnen und Arbeiter**
Österreich, 2023



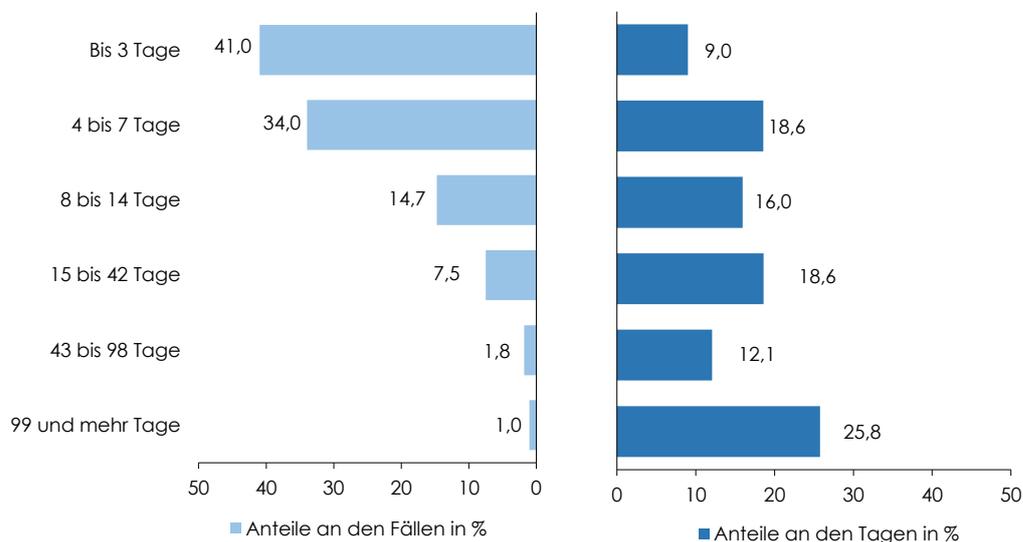
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.6: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte**
Österreich, 2023



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.7: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte**
Österreich, 2023



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Im deutschen Fehlzeitenreport (Badura et al., 2023) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2022 5,4% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage auf Krankenstandsfälle mit einer

Dauer von ein bis drei Tagen zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 30,5% betrug. Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da viele Arbeitgeber:innen 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.

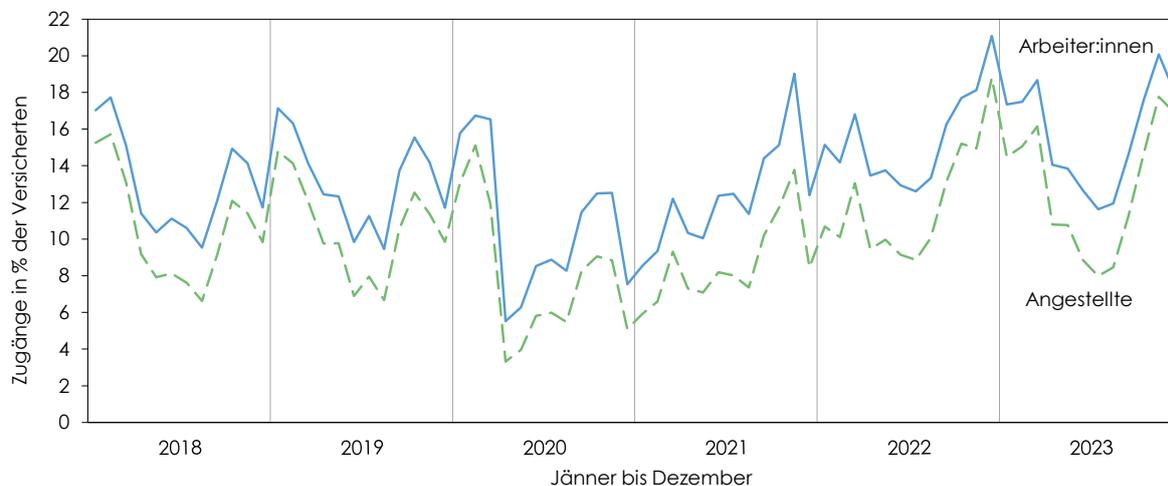
Wenn die tatsächlich anfallenden Kurzkrankenstände voll in der *Krankenstandsstatistik* erfasst wären, würde die Krankenstandsquote in Österreich naturgemäß höher liegen. Wie Berechnungen anhand von plausiblen Annahmen zeigen, wirkt sich die Untererfassung der Kurzkrankenstände spürbar auf die *Krankenstandsstatistik* 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 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.

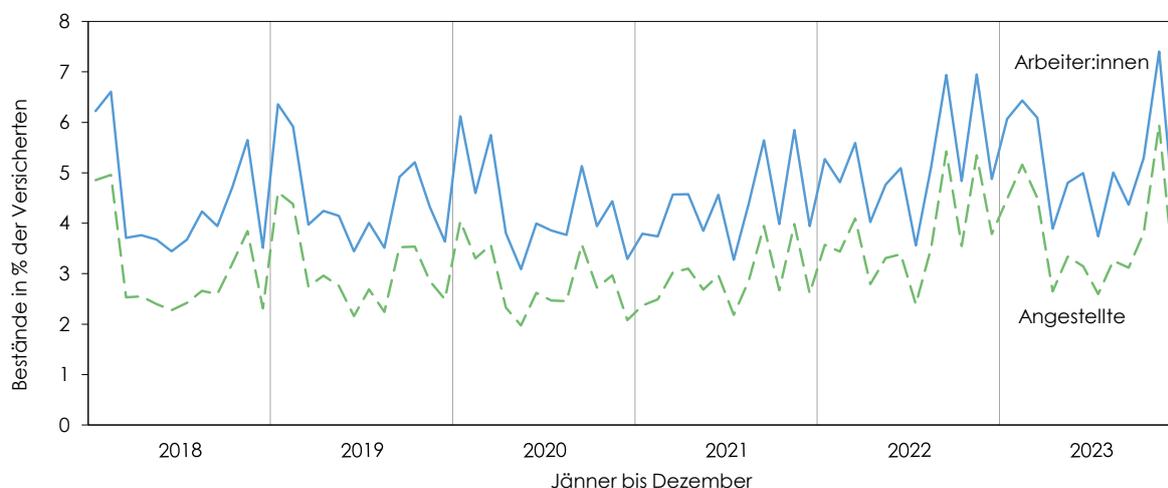
¹¹⁾ Diese Schätzung basiert auf Werten für das Jahr 2018, die sich allerdings auf einer Abgrenzung nach Arbeitstagen, nicht Kalendertagen mit Krankschreibung beziehen (Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport, 2019).

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



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.9: **Krankenstandsbestand auf Monatsbasis**
Österreich



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Das jährliche Muster zeigt sich sowohl bei Arbeiter:innen als auch bei Angestellten. Die relative Differenz zwischen Arbeiter:innen 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

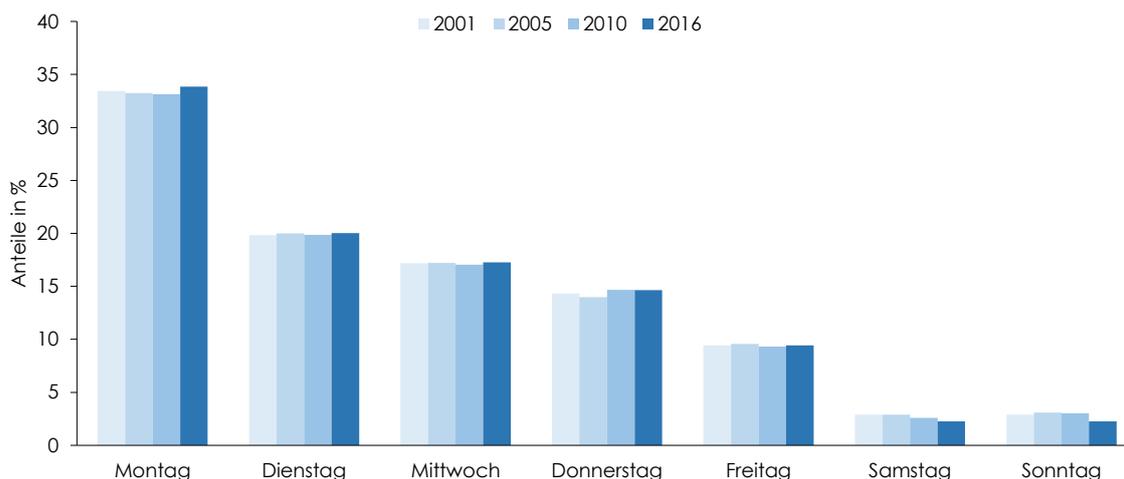
Anstieg der Zugänge in den Krankenstand geführt. In diesem Monat verzeichnete die Statistik rund 425.000 Neuzugänge in den Krankenstand, statistisch betrachtet wurden somit fast 17% aller Arbeiter:innen und 13% aller Angestellten krankgeschrieben. Zu Jahresanfang 2017 gab es ebenfalls eine besonders starke Grippewelle, rein statistisch betrachtet verzeichneten damals im Jänner über 18% der Arbeiter:innen 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 Jahre 2020 und 2021 waren von der COVID-19-Pandemie und den damit begleitenden Maßnahmen gekennzeichnet, wodurch die Zuwächse in den Krankenstand von April 2020 bis Mitte 2021 geringer ausfielen. Gegen Jahresmitte 2021 waren die Werte mit jenen der Vorjahre in etwa vergleichbar, im November zeigte sich ein Ausreißer nach oben, wonach Zugänge in den Krankenstand für Arbeiter:innen von 19% und Angestellte von 13,8% ausgewiesen wurden. 2022 verlief das erste Halbjahr ähnlich wie in den Jahren vor Beginn der COVID-19-Pandemie, ab August erhöhten sich die Neuzugänge und erreichten im Dezember bei den Arbeiter:innen 21,1% und 18,8% bei den Angestellten, was den höchsten Werten seit 2000 entspricht. Dieser Anstieg steht im Zusammenhang mit der Grippewelle 2022/23, die gegen Ende 2022 ihren Höhepunkt hatte. Dadurch blieben auch die Neuzugänge Anfang 2023 auf hohem Niveau und erreichten im März 18,7% (Arbeiter:innen) und 16,2% (Angestellte); weitere hohe Zuwächse wurden im November mit 20,1% (Arbeiter:innen) und 17,8% (Angestellte) verzeichnet.

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 Patient:innen 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 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

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.

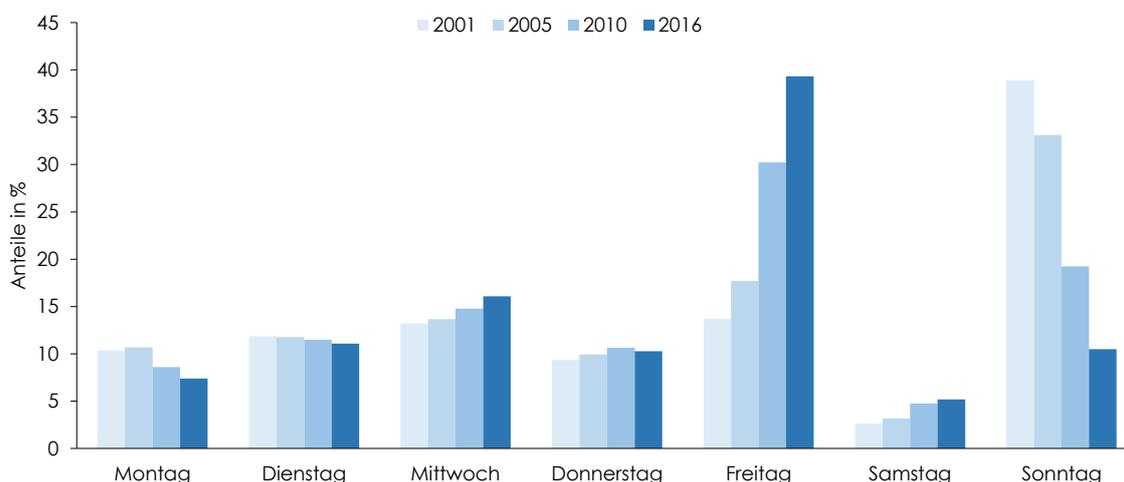
zehnten Fall ein Freitag. Der unterproportionale Anteil an Krankmeldungen am Freitag signalisiert, dass viele Arbeitnehmer:innen im Fall eines Krankheitsbeginns kurz vor dem Wochenende dazu tendieren, mit dem Arztbesuch bis Montag abzuwarten.

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



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.11: **Ende 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⁾.

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: 2022 endeten in Deutschland 46,3% der Krankenstandsepisoden an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Sonntag zu Ende gingen, lag bei 9,0% (Badura et al., 2023). Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt 12,8% der Fälle zu Ende gingen, entfielen auf die restlichen Tage jeweils etwa 7% bis 9½% der Krankenstandsbeendigungen.

1.6 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung

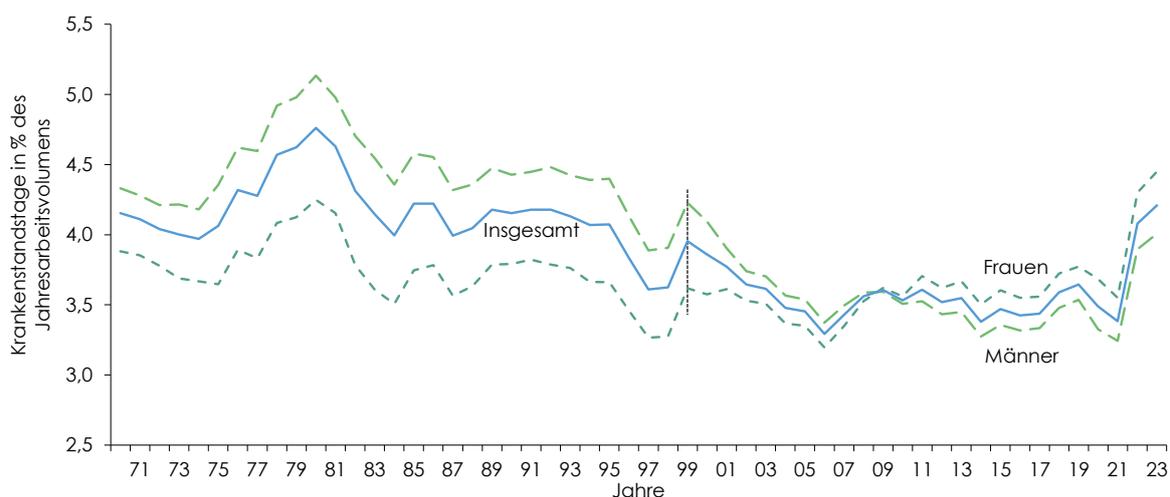
1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht

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

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.

Frauen häufiger an den Folgen schwerer organischer Erkrankungen wie Herzinfarkt, Lungen- oder Leberkrebs (Macintyre et al., 1996). Die unterschiedliche Prävalenz einzelner Krankheitsercheinungen 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.

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.

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 Versicherungszahlen 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. Seit 2009 erhöhte sich die Krankenstandsquote der Frauen deutlicher als jene der Männer und erreichte 2023 4,4%, jene der Männer 4%.

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: 2023 fielen 27,3% der Frauen in diese Altersgruppe, gegenüber 22,0% 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, die nach Østby et al. (2018) zum Teil durch Unterschiede in den Stressoren am Arbeitsplatz, aber

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

auch in der Familie erklärt werden können (siehe auch Ichino & Moretti, 2006; Martín-Román et al., 2024; Timp et al., 2024).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 Arbeiter:innenberufe 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 Krankenstandstage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert (8,0%). Auch in der Gruppe der über 65-Jährigen stieg sowohl bei Frauen als auch Männern die Quote 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 Arbeitnehmer:innen ist die Folge eines Selektionsprozesses ("healthy-worker"-Effekt), da in höherem Alter vorwiegend Personen mit überdurchschnittlicher Gesundheit und/oder einer besonders starken Motivation für Erwerbstätigkeit in Beschäftigung bleiben. Horvath et al. (2022) zeigen anhand der Gesundheitsdienstleistungen (Arztbesuche, Zahl der verschriebenen Heilmittel, Krankenhausaufenthalte) und der Krankenstände, dass Arbeitslose einen schlechteren Gesundheitszustand haben als unselbständig Beschäftigte. Im Allgemeinen müssen die Krankenstandsquoten der höheren Altersgruppen vor dem Hintergrund der Beschäftigungszahlen dieser Kohorten betrachtet werden: 2023 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 212.100 Männer und 220.500 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 11,9% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 96.600 Männer und 29.100 Frauen (insgesamt 3,4% der Versicherten). Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren 11.700 Männer und 7.200 Frauen beschäftigt; die über 65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,5% an der gesamten Beschäftigung dar.

Die Erwerbsquote (d. h. der Anteil der Beschäftigten und Arbeitslosen an der Bevölkerung) erreicht in den Altersgruppen der 45- bis 49-Jährigen den Höchststand und beginnt ab der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen leicht und ab 55 Jahren deutlich zu sinken. In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen sind nur noch 34,3% erwerbstätig (Abbildung 1.13). Die Arbeitslosigkeit steigt dagegen im Alter an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen lag 2023 bei 7,3% und jene der 60- bis 64-Jährigen bei 9,8%. Ein weiterer Hinweis dafür, dass bei älteren Beschäftigten starke

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 2023 betrug der Anteil der Arbeiter:innen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 38%, bei den bis 19-Jährigen allerdings 63%.

Selektionsmechanismen am Werk sind, kann an den Zugängen in die Invaliditätspension¹⁷⁾ abgelesen werden, die bei den vormals unselbständige beschäftigten Männern rund 14% aller neuzuerkannten Direkt Pensionen stellen¹⁸⁾ Diese Zahlen weisen zusammen mit der hohen Altersarbeitslosigkeit darauf hin, dass ein bedeutender Teil der älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen den Arbeitsmarkt krankheitsbedingt verlässt 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.

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 5,3 Tage, bei 60- bis 64-Jährigen 4-mal so lang (19,1 Tage). Insgesamt ergibt sich daraus eine mit dem Alter steigende Krankenstandsquote.

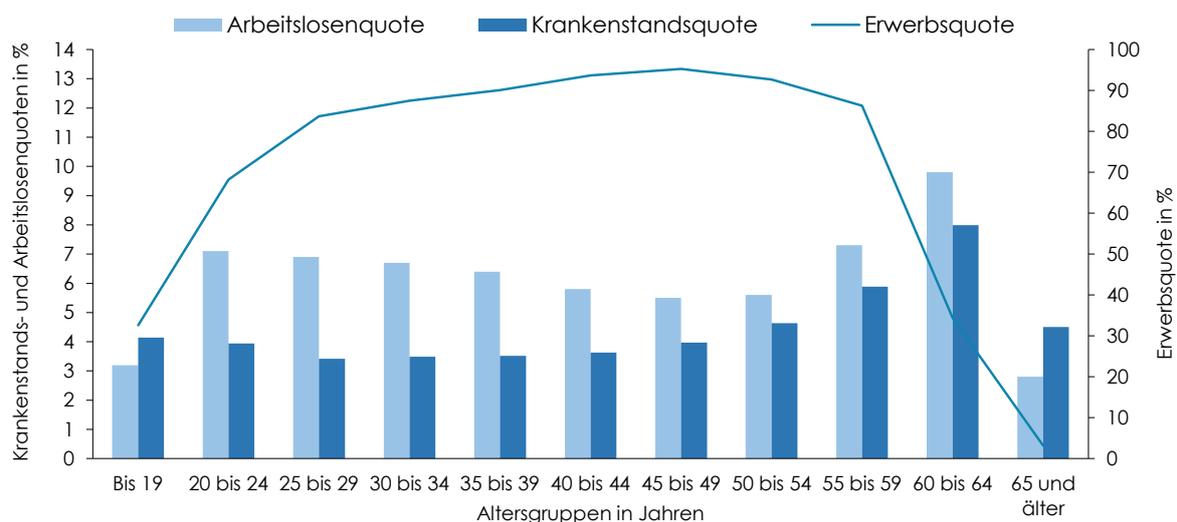
Wie Sonderauswertungen von oberösterreichischen Krankenstandsdaten zeigen konnten, verzeichnet auch bei den über 50-Jährigen – nicht anders als in den anderen Altersgruppen – die Mehrheit der Versicherten keine oder nur sehr wenige Krankenstandstage. Nur ein Drittel der Personen ist im Jahresverlauf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

¹⁷⁾ Zur Bezeichnung des Versicherungsfalles der geminderten Arbeitsfähigkeit werden in Österreich – in Abhängigkeit von der Berufsgruppe und sozialrechtlichen Stellung – unterschiedliche Begriffe verwendet. An dieser Stelle wird "Invaliditätspension" ungeachtet dieser Unterschiede als Sammelbegriff für den gesundheitsbedingten frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben verwendet.

¹⁸⁾ Dachverband der Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2023*, Tabelle 3.31.

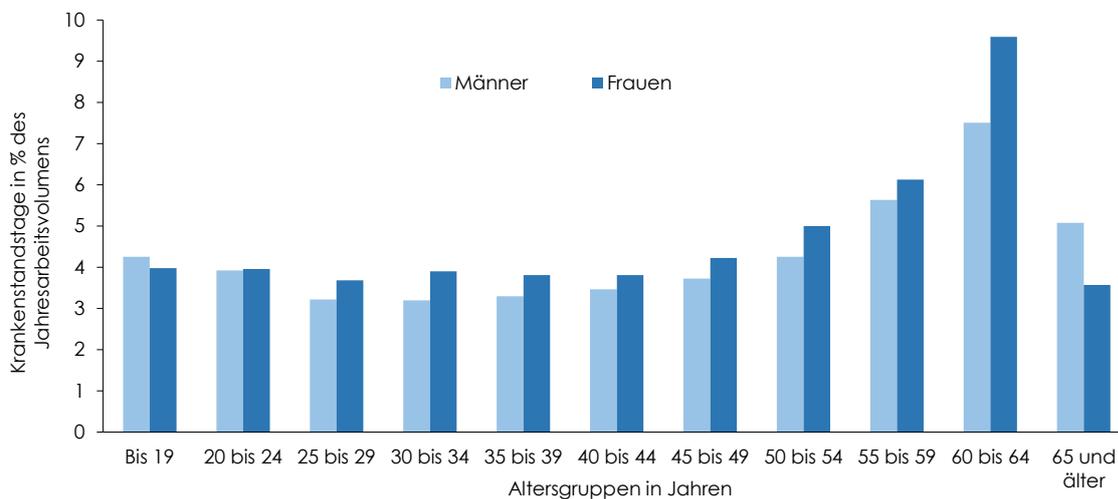
bei den Älteren mit einer geringeren Zahl an langen bzw. sehr langen Krankenständen (Leoni & Schwinger, 2017).

Abbildung 1.13: **Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter**
Österreich, 2023



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

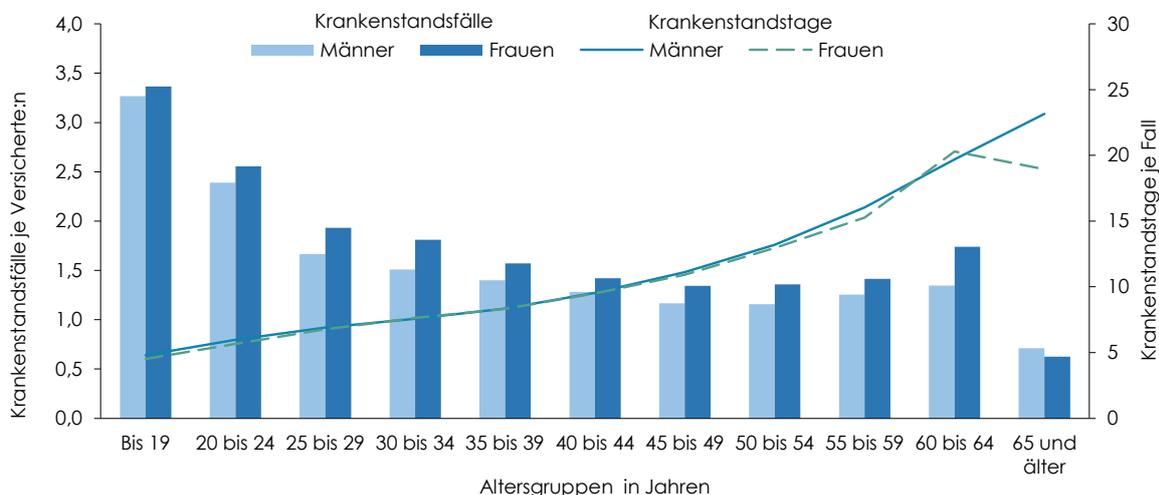
Abbildung 1.14: **Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht**
Österreich, 2023



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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

Österreich, 2023

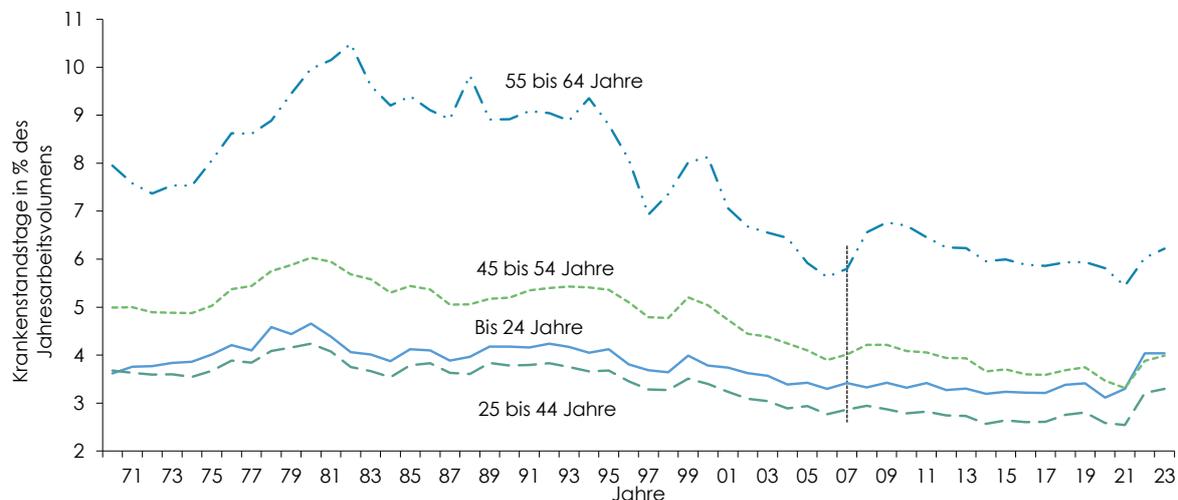


Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten der einzelnen Alterskohorten weist im langfristigen Beobachtungszeitraum sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf (Abbildung 1.16 und Abbildung 1.17). Man kann davon ausgehen, dass eine Reihe von Faktoren die Krankenstände über alle Altersgruppen hinweg in ähnlichem Ausmaß beeinflusst. Das gilt beispielsweise für den Effekt des Konjunkturzyklus und für die Auswirkungen von Grippewellen auf die Krankenstände. Tatsächlich weisen die Zeitreihen der altersspezifischen Krankenstandsquoten 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 Variationskoeffizienten¹⁹⁾ 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.

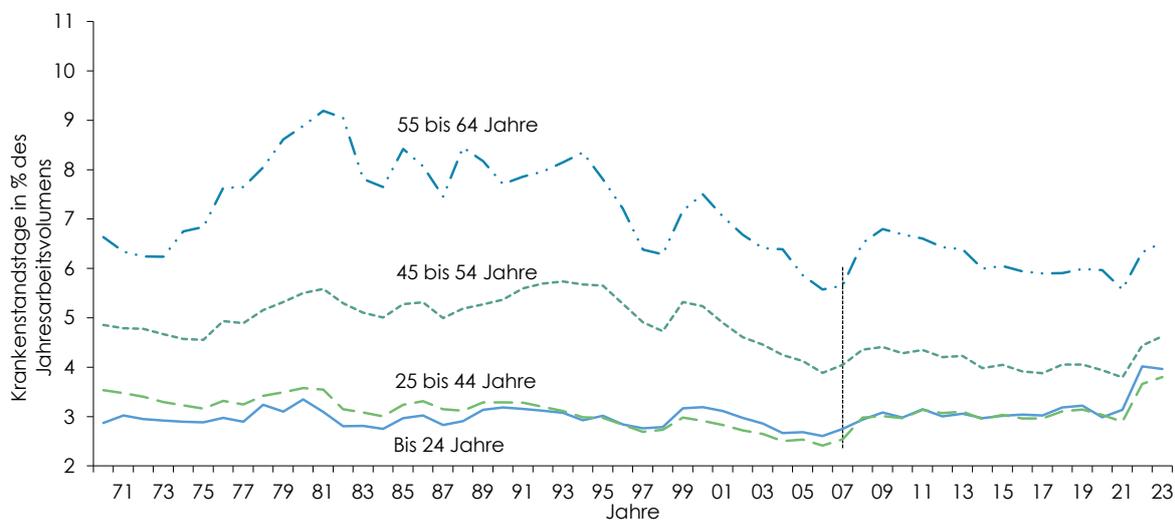
¹⁹⁾ Die Varianz wird durch das Niveau des Mittelwerts, um den die Werte einer Menge schwanken, beeinflusst. Der Variationskoeffizient gleicht diesen Niveaueffekt aus, er ist definiert als die relative Standardabweichung, d. h. die Standardabweichung dividiert durch den Mittelwert.

Abbildung 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.

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 Arbeitnehmer:innen 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, die Reform der Invaliditätspension im Jahr 2012, die Einführung der Wiedereingliederungsteilzeit 2017, die Kombilohnbeihilfe, Eingliederungsbeihilfe, Aktion 20.000 und weitere Maßnahmen der Beschäftigungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik (Horvath et al., 2022) 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 auseinandergehalten werden. Zerlegt man die Entwicklung der Krankenstandsquote in Komponenten, ist es möglich den Beitrag zu isolieren, den Veränderungen in der Zusammensetzung der Beschäftigung nach Altersgruppen an dieser Entwicklung hatten²⁰⁾. Die Altersstruktur der Beschäftigung wird dabei nicht nur vom demographischen Wandel beeinflusst, sondern auch von Veränderungen im Arbeitsangebotsverhalten der Personen im erwerbsfähigen Alter. Als wichtigstes Beispiel kann diesbezüglich der breite gesellschaftliche Trend erwähnt werden, aufgrund von Bildungsentscheidungen den Eintritt in den Arbeitsmarkt im Lebenszyklus nach hinten zu verschieben.

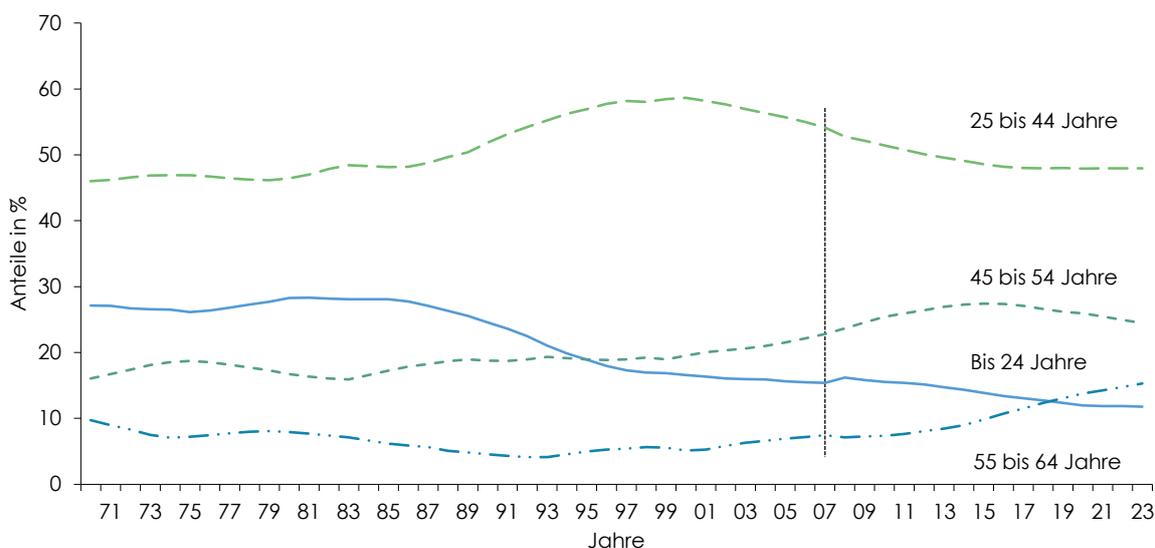
Eine Betrachtung der Krankenstandsentwicklung in Fünf-Jahres-Perioden verdeutlicht, dass sich Verschiebungen in der Altersstruktur der Beschäftigung nur langsam und mit einem untergeordneten Effekt auf das Krankenstandsniveau auswirken (Leoni & Mahringer, 2008, 34ff). Die Berechnungen ergeben beispielsweise,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

Eine Betrachtung des gesamten Zeitraums von den 1970er-Jahren bis heute zeigt bis zu den 1990er-Jahren eine dämpfende Wirkung der Altersstruktur auf die Krankenstandsquote, während in den letzten Jahrzehnten Veränderungen in der demographischen Zusammensetzung der Beschäftigten für sich allein genommen eine Erhöhung der Krankenstandsquote bewirkt

²⁰⁾ Eine Beschreibung der entsprechenden Berechnungsmethodik anhand einer Shift-Share-Analyse findet sich im Anhang A zum Fehlzeitenreport 2008 (Leoni & Mahringer, 2008).

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 2023 bei 15,3%. 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 11,8% (2023).

Abbildung 1.18: **Versichertenstruktur nach Altersgruppe**
Österreich



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

Seit Beginn der 1990er-Jahre hat die demographische Verschiebung, also das steigende Durchschnittsalter der Erwerbsbevölkerung, die Krankenstandsquote um fast ein Drittel Prozentpunkt erhöht, das entspricht einem Anstieg um gut 1 Krankenstandstag (2023 gab es durchschnittlich 15,4 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, steigende 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. 2022 und 2023 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. Die tatsächliche Erhöhung im Jahr 2023 (2022) um 0,13 (0,7) Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr ergab sich dadurch, dass die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen in Summe um 0,11 (0,68) Prozentpunkte anstiegen.

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-Jahre²¹⁾ 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 Kombilohn- oder Eingliederungsbeihilfe), werden sich ebenfalls dahingehend auswirken, die Altersstruktur der Beschäftigung und somit die durchschnittliche Krankenstandsquote nach oben zu verschieben. Die Größenordnung dieses demographischen Effekts bleibt aber auch in einer längerfristigen Perspektive überschaubar: Wenn wir die Entwicklung der vergangenen drei Jahre (2021 bis 2023)²²⁾ linear für die nächsten 10 Jahre, resultiert daraus kumuliert eine Steigerung der Krankenstandsquote um 0,1 Prozentpunkt, d. h. 0,5 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

²¹⁾ 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.

²²⁾ Durchschnittlich +0,018 Prozentpunkte pro Jahr in der Krankenstandsquote aufgrund von Verschiebungen in der Altersstruktur.

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

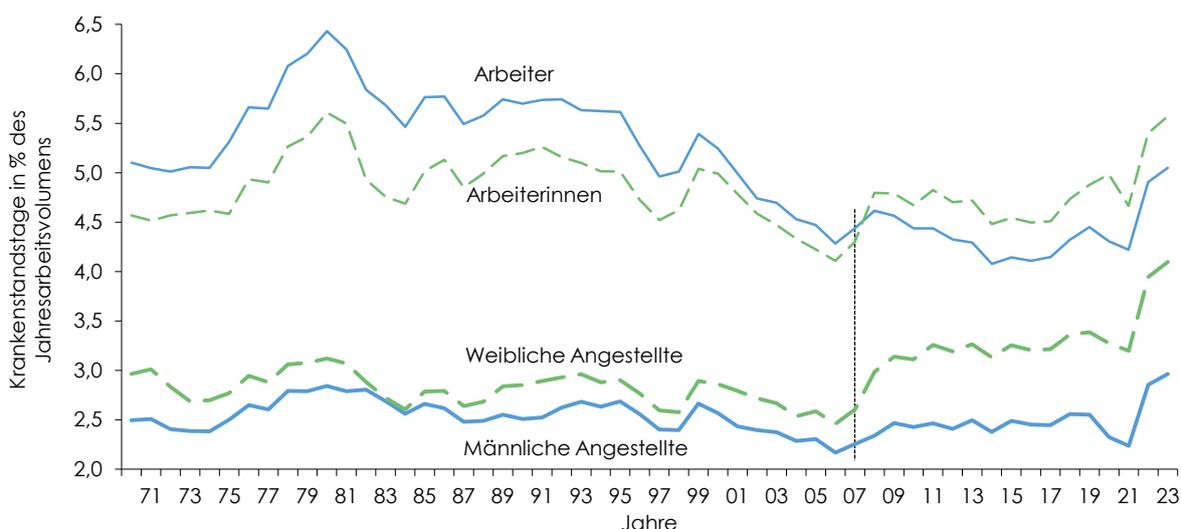
Der Krankenstand variiert erheblich im Zusammenhang mit der beruflichen Stellung der Beschäftigten. Die Daten der administrativen Statistik beinhalten keine Ausprägung, die einen detaillierten Einblick in die Tätigkeit der Arbeitnehmer:innen ermöglicht. Auf der Basis einer Einteilung nach Arbeiter:innen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

- Es gibt zwischen Krankheitsbild und Arbeitsunfähigkeit je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Zusammenhänge. Das gleiche Krankheitsbild kann je nach beruflichen Anforderungen in einem Fall zur Arbeitsunfähigkeit führen, in einem anderen aber nicht. Bei (schweren) körperlichen Tätigkeiten können Erkrankungen, aber auch Freizeitunfälle viel eher Arbeitsunfähigkeit verursachen als etwa im Falle von Bürotätigkeiten (Badura et al., 2008).
- Es besteht ein Konnex zwischen dem Beruf und der gesundheitlichen Belastung am Arbeitsplatz. Der Tätigkeitsbereich von Arbeiter:innen 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 Arbeiter:innen zusammen mit größerer Verantwortung auch stärkere Motivation mit ihrer beruflichen Tätigkeit.

- Hinter den Differenzen in den Krankenständen der Arbeiter:innen und Angestellten kann sich auch die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Einkommen verbergen. Arbeiter:innen 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)²³).

Aus statistischer Sicht tragen in Österreich auch die Kurzkrankenstände, die bei den Arbeiter:innen 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 Arbeiter:innen gegeben war, eine größere Rolle gespielt haben als heute (siehe Abbildung 1.4).

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



Q: 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 langfristige Entwicklung zeigt, dass über die gesamte Betrachtungsperiode die Krankenstandsquote der Arbeiter:innen 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 Arbeiter:innen und Angestellten

²³) 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.

gekommen. Während Anfang der 1990er-Jahre die Krankenstandsquote der Arbeiter:innen 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 leicht auf 51% an. Im letzten verfügbaren Jahr (2023) verbrachten die Arbeiter:innen laut Statistik um 44% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten: Im Schnitt waren die Arbeiter:innen 19 Tage, die Angestellten rund 13 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 Arbeiter:innen 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 Sektor²⁴⁾ spürbar waren.

Die Bedeutung der ausgeübten Tätigkeit und der berufsspezifischen Risiken für die Krankenstände wird durch einen Vergleich der beiden Gruppen nach Geschlecht deutlich. Zwar sind nach der Umstellung der *Krankenstandsstatistik* Frauen sowohl in Arbeiter:innen- als auch in Angestelltenberufen öfter im Krankenstand als Männer. Dennoch ist der Unterschied zwischen Arbeitern und Arbeiterinnen viel schwächer ausgeprägt (10,3%) als zwischen weiblichen und männlichen Angestellten (38,3%)²⁵⁾. Im Jahr 2022 verteilte sich der Anstieg in der Krankenstandsquote um 20,6% sehr unterschiedlich: Den höchsten Anstieg vermerkten die männlichen Angestellten mit 27,8%, aber auch die weiblichen Angestellten (23,3%), während die Arbeiter und Arbeiterinnen je rund 16% verzeichneten. 2023 zeigte sich ein ähnliches Bild, aber mit moderateren Zuwächsen: Die Krankenstandsquote der weiblichen Angestellten erhöhte sich um 3,9%, gefolgt von den männlichen Angestellten (3,7%), jene der Arbeiter und Arbeiterinnen stieg um je rund 3%. Daraus ergaben sich Krankenstandsquoten für 2023 von 5,6% für Arbeiterinnen, 5,0% für Arbeiter, 4,1% für weibliche Angestellte und 3,0% für männliche Angestellte. Dieses unterschiedliche Muster ist Ausdruck der ungleichen Verteilung der Arbeiter und Arbeiterinnen bzw. der männlichen und weiblichen Angestellten auf Branchen und Berufen und kann anhand der Krankenstandsquoten nach Wirtschaftsbereichen weiter verdeutlicht werden. Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 stehen seit 2009 Krankenstandsquoten für diese neue Einteilung nach Wirtschaftsklassen zur Verfügung (Übersicht 1.3)²⁶⁾.

²⁴⁾ Industrie und Bauwesen, wo der Anteil der Arbeiter:innen 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.

²⁵⁾ Der insgesamt geringere Unterschied in der Krankenstandsquote der Frauen und Männer (10%, 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).

²⁶⁾ Diese neue ÖNACE-Nomenklatur legt ein größeres Augenmerk auf die Einteilung und Differenzierung der unterschiedlichen Dienstleistungsbereiche als bisher, während die Sachgüter erzeugenden Bereiche in stärker aggregierter Form erfasst werden.

Übersicht 1.3: **Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht**
Österreich, 2023

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

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 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 Arbeitnehmer:innen 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 17,6% bzw. 15,7% 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 und der Krankenstandstage in der Branche Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie in der Pandemiephase einen Rückgang verzeichnete, der 2023 beinahe aufgeholt werden konnte, kam es im Gesundheits- und Sozialwesen zu einem leichten Anstieg, der bis 2023 geringfügig ausgeweitet wurde.

Die wichtigsten Ergebnisse zu den branchenspezifischen Krankenstandsquoten für 2023 können wie folgt zusammengefasst werden:

- 18,3% aller Krankenstandstage fielen im Bereich Verarbeitendes Gewerbe und Herstellung von Waren an, der im Wesentlichen die Sachgüter erzeugenden Unternehmen zusammenfasst. Hier lag die Krankenstandsquote insgesamt bei 4,4%, sie betrug für Männer 4,3% und für Frauen 4,5%.
- Im Baugewerbe betrug die Krankenstandsquote 4,1%. Dieser Wert wurde allerdings von der Krankenstandsquote der Männer geprägt (5,0%), der Wert bei den Frauen lag dagegen weit unter dem Durchschnitt (3,0%).
- Die höchsten Krankenstandsquoten wurden im Bereich der Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen verzeichnet (5,3%), der einen hohen Anteil an niedrig qualifizierten Berufen umfasste. Die zweithöchste Quote fand sich im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen (5,1%). Auch Verkehr und Lagerei lagen mit einer Krankenstandsquote von 4,6% deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.
- Der Handel war die größte Wirtschaftsklasse im Dienstleistungsbereich, jeder sechste Krankenstandstag in der Wirtschaft entfiel auf diesen Bereich. Bei den Frauen (4,8%) lag die Krankenstandsquote über dem Durchschnitt (4,4%), bei den Männern war sie unterdurchschnittlich hoch (4,1%).
- Der Bereich der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (4,7%) und jener der Wasserwirtschaft (4,6%) verzeichneten ebenfalls hohe Krankenstandsquoten. Die – wie auch in den Vorjahren – niedrige Quote im Bereich Erziehung und Unterricht (3,1%) lässt die Vermutung zu, dass beim Lehrpersonal durch die unterrichtsfreie Ferienzeit eine Untererfassung des Krankheitsgeschehens vorhanden ist.
- Die Krankenstandsquoten sind 2023 im Vergleich zum Vorjahr mit der Ausnahme einer Branche (Energieversorgung) gestiegen. Bereits 2022 verzeichneten alle Branchen einen Anstieg, der in einer gesamtwirtschaftlichen Krankenstandsquote von 4,1% und 2023 von 4,2% resultierte.

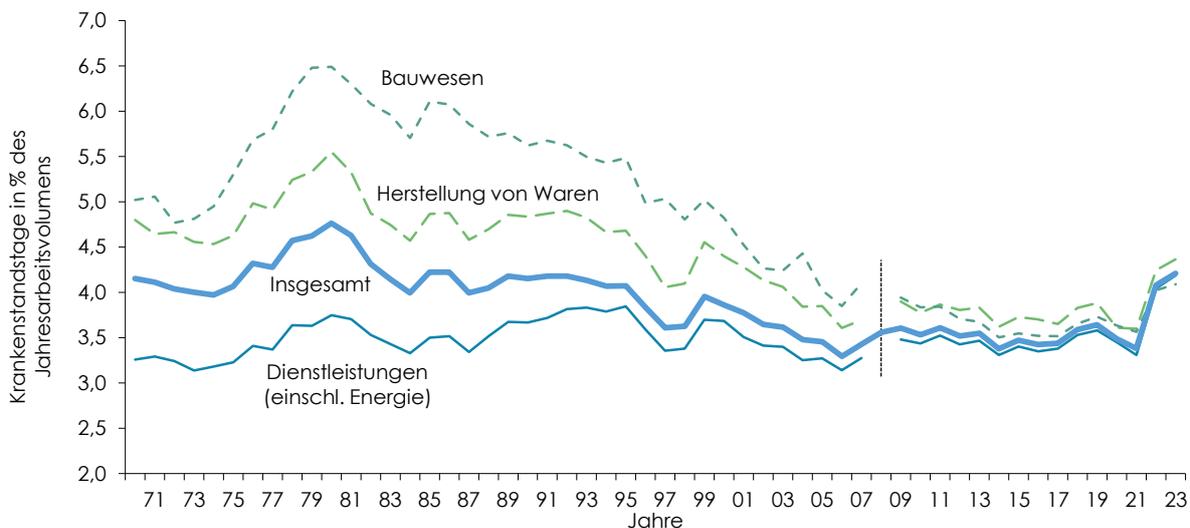
Die Auswertungen der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) von (Badura et al., 2023) zeigen für Deutschland ein ähnliches Bild entlang der Wirtschaftsklassen. Banken und Versicherungen haben die geringsten Krankenstandsquoten, während öffentliche Verwaltung/Sozialversicherung, Energie- und Wasserwirtschaft sowie verarbeitendes Gewerbe die höchsten Fehlzeiten aufweisen. Im Jahr 2022 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 2005²⁷⁾ zeigen beispielsweise, dass im österreichischen Bauwesen rund 11% aller Krankenstandstage auf Unfälle am Arbeitsplatz zurückgingen (Leoni et al., 2008b). Auch in den anderen Branchen der Warenherstellung verursachten Arbeitsunfälle einen signifikanten Teil der Fehlzeiten, wenn auch der entsprechende Anteil deutlich unter 10% lag. Unter den Dienstleistungen hatte nur der Bereich Verkehr- und Nachrichtenübermittlung einen nennenswerten Anteil an unfallbedingten Fehlzeiten (5,1%).

Unterschiede hinsichtlich der Fehlzeiten von Frauen und Männern innerhalb der gleichen Branche gehen zu einem großen Teil auf die Tatsache zurück, dass die geschlechtsspezifische Segmentierung am Arbeitsmarkt nicht nur nach Branchen, sondern auch nach Berufen verläuft. Zudem können Frauen und Männer auch in unterschiedlichen Unterbranchen, die in der Statistik zu größeren Kategorien zusammengefasst werden, konzentriert sein. Ein gutes Beispiel für den ersten Aspekt bietet das Bauwesen, wo sich die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall sehr stark zwischen den Geschlechtern unterscheidet. Im Jahr 2023 lag die Krankenstandsquote der Männer um 41% höher als jene der Frauen, die im Bausektor vorwiegend in Angestelltenberufen tätig sind. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch im Bereich Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, der einen hohen Anteil von männlichen Arbeitskräften aufweist. In anderen Branchen wie Erziehung und Unterricht, 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 (16,5% aller Krankenstandstage der Frauen gehen auf das Gesundheits- und Sozialwesen zurück, bei den Männern sind es 4,2%).

²⁷⁾ Es sind keine jüngeren Auswertungen des Krankenstandsgeschehens nach Branche und Krankenstandsursache verfügbar.

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. 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. 2023 lag die Krankenstandsquote im Bauwesen (4,1%) knapp unter dem Durchschnitt (4,2%) und jene der Industrie mit 4,4% darüber.

1.6.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst

Die *Krankenstandsstatistik* des Dachverbands der Sozialversicherungsträger erfasst das Krankenstandsgeschehen der Arbeiter:innen 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, 2023a) veröffentlichten Statistik zum "Personal des Bundes" ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der Beamtinnen und Beamten des Bundes (135.357 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten) bis zum Jahr 2022 zu ergänzen. Zudem wurde auch eine detaillierte Auswertung der Fehlzeiten im Bundesdienst für 2022 veröffentlicht (Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport, 2023b). 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 2022 die Krankenstandsquote der Beamtinnen und Beamten 5,0% und jene der Vertragsbediensteten 3,5% betrug (Übersicht 1.4). Die Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (Beamtinnen, Beamte und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 4,2%. 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 3,7% (2022). 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 Arbeiter:innen sind. Die überdurchschnittliche Krankenstandsquote der Arbeiter:innen 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 2022 um 0,1 Prozentpunkte (das entspricht einem Viertel) niedriger als jene im Bundesdienst war (3,1% gegenüber 4,2%, Übersicht 1.4).

Übersicht 1.4: **Krankenstandskennzahlen der Bundesbediensteten**

Vergleich mit Arbeiter:innen und Angestellten; ohne Kurzkrankenstand (einschließlich Kuren)

		Auf 1.000 Beschäftigte entfallen	Durchschnittliche	Krankenstands-	
		Krankenstands-	Dauer eines Falles	quote in %	
		fälle	in Tagen		
		Krankenstands-			
		tage			
Beamtinnen und Beamte	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
	2021	983	15.243	15,5	4,2
	2022	1.415	18.431	13,0	5,0
Vertragsbedienstete des Bundes	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
	2021	553	8.975	16,2	2,5
	2022	1.045	12.860	12,3	3,5
Beamtinnen, Beamte und Vertragsbedienstete des Bundes ¹⁾	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
	2021	764	11.959	15,6	3,3
	2022	1.225	15.447	12,6	4,2
ASVG-versicherte Arbeiter:innen und Angestellte ²⁾	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
	2021	658	11.289	17,1	3,1
	2022	929	13.572	14,6	3,7
ASVG-versicherte Angestellte ²⁾	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
	2021	543	9.192	16,9	2,5
	2022	818	11.446	14,0	3,1

Q: Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport (2023a). – ¹⁾ Einschließlich Ausbildungsverhältnisse (Lehrlinge, Praktikant:innen). – ²⁾ WIFO-Berechnungen.

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 ein Viertel des Personals im Bundesdienst bilden, bzw. jene im militärischen Dienst, die knapp ein Zehntel ausmachen, hatten 2022 eine Krankenstandsquote von 7,0% bzw. 4,3%. Noch höher lag die Krankenstandsquote im Krankenpflegedienst (8,7%), der allerdings gemessen an der Zahl der Beschäftigten eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Demgegenüber waren Richterinnen bzw. Richter und Staatsanwältinnen bzw. Staatsanwälte (2,6%), Lehrpersonen (3,6%), Hochschullehrpersonen (2,6%) und die Beschäftigten in der Schulaufsicht (3,3%) deutlich seltener im Krankenstand. Die zahlenmäßig größte Berufsgruppe, der Verwaltungsdienst (über ein Drittel aller Beschäftigten), wies eine vergleichsweise hohe Krankenstandsquote von 5,7% auf (Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport, 2023a, 2023b).

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 Fehlzeiteauswertungen des Bundesministeriums für öffentlichen Dienst und Sport wissen wir, dass im Jahr 2022 im Bundesdienst auf 1.000 Beschäftigte 741 Arbeitstage²⁸⁾ 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

²⁸⁾ Die Auswertungen beziehen sich auf tatsächlich entfallene Arbeitstage und nicht auf die Gesamtzahl der Kalendertage (einschließlich Wochenenden und Feiertage), in denen der Kuraufenthalt stattfand.

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 Arbeitnehmer:innen 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 Arbeitgeber:innen²⁹⁾.

Die detaillierten Auswertungen (Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport, 2023b) zeigen, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundesdienst in ihrer Struktur und Verteilung auf die einzelnen Beschäftigtengruppen große Ähnlichkeit mit dem privatwirtschaftlichen Bereich aufweisen. Diese Auswertungen beziehen sich – wie es bei einer Betrachtung aus Sicht der Arbeitgeber:innen üblich ist – auf die tatsächlich entfallenen Arbeitstage und nicht auf die im Krankenstand verbrachten Kalendertage. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sinken mit dem Qualifikationsniveau der Beschäftigten: 2022 entfielen auf Beschäftigte mit akademischer Bildung pro Kopf 10,0 Arbeitstage, auf Bedienstete des Hilfsdienstes 15,1 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 Frauen verglichen mit den Jahren 2014 und 2018 erstmals um 2,9% über jenen der Männer. Frauen sind gleich oft, aber etwas länger 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 Kunst, Kultur, 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. 2022 entfielen zwei Drittel aller Krankenstandsepisoden und ein Viertel der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jede bzw. jeder Beschäftigte im Laufe des Jahres 3,6 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich:

²⁹⁾ 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 Dienstgeber:innen erfüllen diese Vorgabe (Daten für 2014). Von den 106.883 Pflichtstellen waren 2014 knapp zwei Drittel (64,42%) besetzt.

laut *Krankenstandsstatistik* war es bei den ASVG-Beschäftigten nur 1,4 Tage³⁰). Allerdings lässt sich anhand der verfügbaren Information nicht sagen, ob die hohe Frequenz von Kurzkrankständen 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 Kurzkrankstände 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 Arbeiter:innen und Angestellten bei der Gesundheitskasse des entsprechenden Bundeslandes versichert sind, ergibt die Summe der Krankenstandstage der Österreichischen Gesundheitskasse gegenüber der Gesamtheit aller in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Krankenstände eine Abdeckungsquote von 91,0% (2023)³¹). Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten der Gesundheitskasse für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen³²).

Die Werte aus dem Jahr 2023 zeigen, dass die von der Gesundheitskasse erfassten Krankenstandstage mit durchschnittlich 15,5 Tagen je Erwerbstätige bzw. Erwerbstätigen nur marginal über dem Wert aller Krankenstandstage (15,4) liegen. In Niederösterreich (17,6), der Steiermark (16,6) und Oberösterreich (15,8) wurden überdurchschnittliche Krankenstände in diesem Jahr verzeichnet (Abbildung 1.21). Die Versicherten in Wien (15,1), Burgenland (15,0), Kärnten (14,6), Vorarlberg (13,9) und Tirol (13,5) 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 12,9 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 3,5% um 16,6% unter dem österreichischen (4,2%) und um gut ein Viertel unter dem niederösterreichischen (4,8%) Wert.

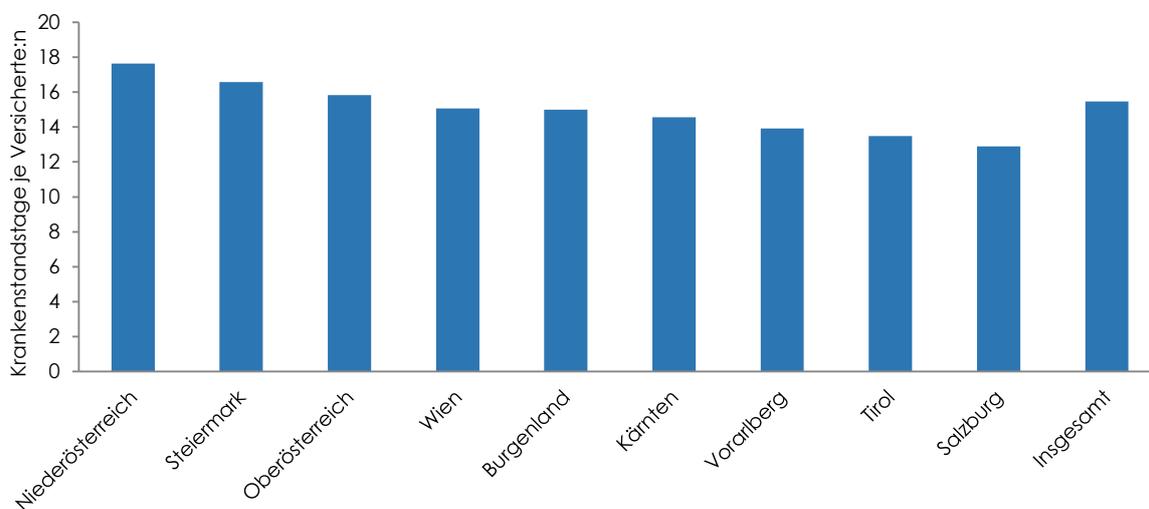
³⁰) Da es sich bei den Kurzkrankständen um Krankenstände von ein bis drei Tagen handelt, wird angenommen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeitstag und Kalendertag hier unberücksichtigt bleiben kann.

³¹) 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.

³²) 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.

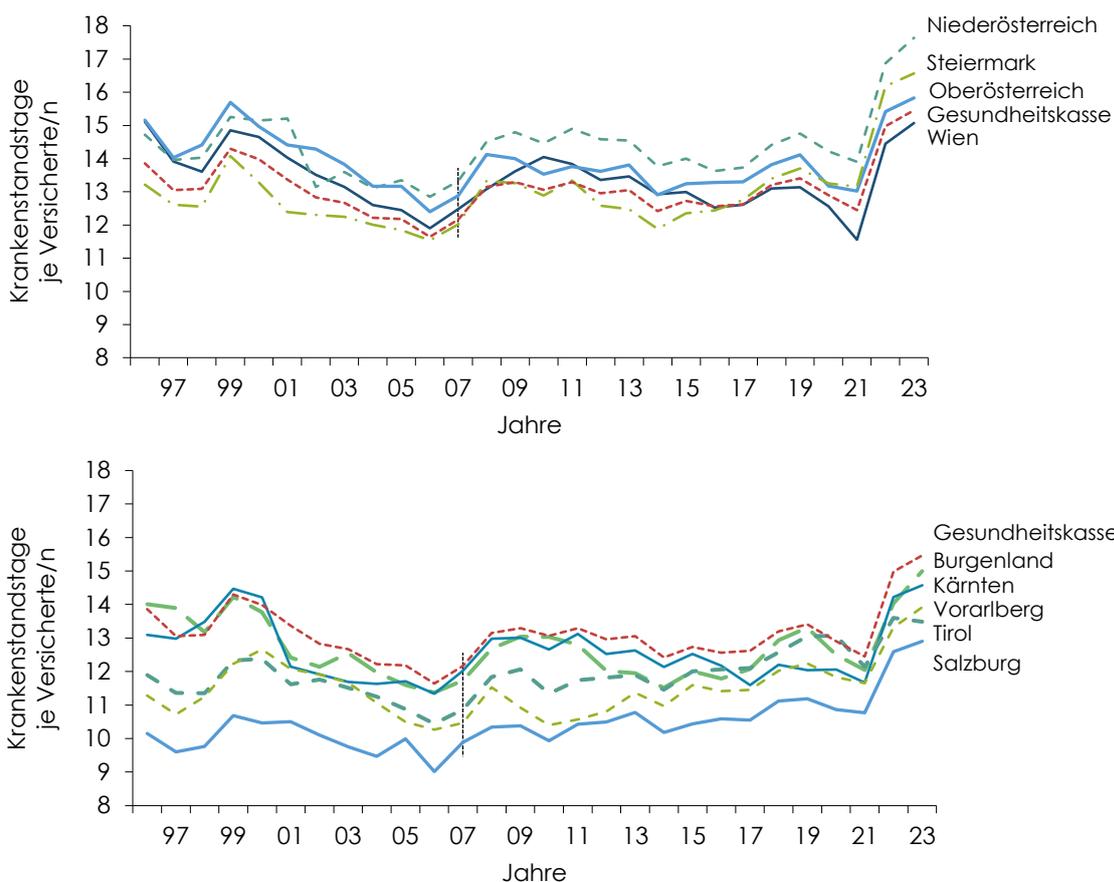
Abbildung 1.21: **Krankenstände nach Bundesländern**

Gesundheitskasse, 2023



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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 Betrachtung einer längeren Periode (1996/2023) verdeutlicht, dass auch in der Vergangenheit die Krankenstandsquote in Salzburg deutlich niedriger als in den restlichen Bundesländern 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, Oberösterreich und in den letzten Jahren auch die Steiermark verzeichneten deutlich überdurchschnittliche Werte. Wien lag bis Mitte der 2010er-Jahre über dem Durchschnitt und verläuft nun am oder unter dem Durchschnitt. Burgenland, Kärnten, Vorarlberg und Tirol liegen nahe am Durchschnitt bzw. unter dem Durchschnittswert.

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 (Arbeiter:innen und Angestellte) und Geschlecht leistet dennoch einen Beitrag zur Erklärung der regionalen Differenzen.

Übersicht 1.5: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht

2023

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

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. Niederösterreich weist für alle Beschäftigtengruppen und demnach für gesamt (4,8%) die höchsten krankheitsbedingten Fehlzeiten aus.

Die Steiermark liegt mit einer gesamten Krankenstandquote (4,5%) an zweiter Stelle, mit Ausnahme der männlichen Angestellten liegen alle Werte über dem jeweiligen Durchschnitt. In Oberösterreich verzeichneten im Wesentlichen nur die Arbeiterinnen (5,6%) und Arbeiter (5,3%) 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 6,0% und die weiblichen Angestellten mit 4,3% über dem bundesweiten Durchschnitt. Die Quoten der Männer lagen leicht unter dem oder am Durchschnitt. Der hohe Angestelltenanteil an der Beschäftigung, eine Folge der dienstleistungsorientierten Wirtschaftsstruktur in der Bundeshauptstadt, erklärt, weshalb Wien trotz der hohen Krankenstandsquoten der Frauen mit 4,1% leicht unter dem Durchschnitt aller Bundesländer liegt. Die niedrige Krankenstandsquote in Salzburg (3,5%) ergibt sich aus sehr niedrigen Werten aller Teilgruppen.

Übersicht 1.6: Normierung der Krankenstandsquote

Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2023

Österreichische Gesundheitskasse	Tatsächliche Krankenstandsquote	Normierte Krankenstandsquote	
	In %	In %	Abweichung zur tatsächlichen Quote in %
Insgesamt	4,2	4,2	
Wien	4,1	4,3	+ 4,9
Niederösterreich	4,8	4,8	– 1,5
Burgenland	4,1	4,0	– 2,4
Oberösterreich	4,3	4,3	– 1,7
Steiermark	4,5	4,5	– 1,5
Kärnten	4,0	3,9	– 1,4
Salzburg	3,5	3,5	– 0,6
Tirol	3,7	3,6	– 1,8
Vorarlberg	3,8	3,8	+ 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 2023. In der zweiten Datenspalte wird dagegen angeführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Versicherten in allen Bundesländern

dem Durchschnitt entsprochen hätte³³). Erwartungsgemäß weisen nach der Bereinigung Bundesländer mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit überdurchschnittlichen Krankenständen (besonders Arbeiter:innen, weibliche Angestellte) eine geringere Krankenstandsquote auf. Insgesamt sind die Effekte der Bereinigung allerdings geringfügig. Einzig in Wien, wo die Beschäftigungsstruktur am stärksten vom Durchschnitt abweicht, macht sich eine Strukturbereinigung in der Krankenstandsquote deutlich bemerkbar: Bei durchschnittlicher Zusammensetzung der Beschäftigung (und gleichbleibenden gruppenspezifischen Krankenstandsquoten) würde sich die Krankenstandsquote in Wien auf 4,3% belaufen, was einem Plus von 4,9% 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 Tirol.

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 Arbeiter:innen und Angestellten zu einer Erhöhung der Krankenstandsquote um 4,9% führt. Nach wie vor liegen Niederösterreich, die Steiermark und Oberösterreich, nun aber auch Wien über dem Durchschnitt der Bundesländer. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung Salzburg (3,5%). Insgesamt bestätigen die Berechnungen somit, dass sich die Wirtschaftsstruktur günstig (wie im Falle Wiens) oder ungünstig (wie beispielsweise im Burgenland, Kärnten und Tirol) 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 Arbeiter:innen- und Angestelltenberufen die Komplexität der Wirtschaftsstruktur nur unzureichend wiedergibt. Innerhalb der Berufsgruppen bestehen zum Teil ausgeprägte branchenspezifische Unterschiede³⁴), 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

³³) Die Krankenstandsquoten der einzelnen Beschäftigtengruppen je Bundesland werden dabei konstant gehalten (Übersicht 1.5).

³⁴) So waren beispielsweise Arbeiter:innen in der Metallherstellung 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).

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.

1.8 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Die Darstellung der Krankheitsgruppen wurde für das Jahr 2012 vom DVSV auf die Klassifizierung nach ICD-10³⁵⁾ 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 auch 2023 unverändert. In der ersten Pandemiephase gab es allerdings Absonderungen von krankheits- oder ansteckungsverdächtigen Personen gemäß Epidemiegesetz 1950 (EpiG), die keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung bei der Krankenkasse darstellte. Im Jahr 2020 gab 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, 2019, 2020). Kapitel XXII – also alle Erkrankungen im Zusammenhang mit COVID-19 – findet sich in Übersicht 1.7 in der Gruppe "Übrige Ursachen".

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 drei Viertel (76,7%) aller Krankenstandsfälle und zwei Drittel (67,7%) der Krankenstandstage. Reiht man die Krankheitsgruppen nach der Zahl der verursachten Krankenstandstage sind die fünf dominierenden Gruppen für 72,6% 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 Ausnahme³⁶⁾ handelt es sich aber um die gleichen fünf Diagnosegruppen. Die Reihenfolge der Krankheitsgruppen variiert nur geringfügig. Die Gruppe "Übrige Ursachen", die das Geschehen der COVID-19-Erkrankungen umfasst, gewann an Bedeutung. In den Jahren vor der COVID-19-Pandemie lag ihr Anteil bei den

³⁵⁾ Die ICD-Kodierung (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme.

³⁶⁾ "Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten" 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.

Fällen bei rund 0,5%, bei den Tagen bei weniger als 1%. Diese Anteile erhöhten sich ab 2020 stetig und belaufen sich 2023 auf 7,2% der Fälle und 6,4% der Tage.

Übersicht 1.7: Krankheitsgruppenstatistik

Österreich, 2023

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle	Krankenstandstage	Dauer der Fälle
	Anteile in %		Ø Anzahl Tage
Krankheiten des Atmungssystems	39,4	22,8	5,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	11,1	18,5	15,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	7,1	14,6	19,0
Psychische und Verhaltensstörungen	2,6	10,3	37,2
Übrige Ursachen	7,2	6,4	8,3
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten*	11,8	5,4	4,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind*	6,5	4,2	6,0
Neubildungen*	0,7	3,4	44,3
Krankheiten des Verdauungssystems	3,9	3,2	7,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,3	3,2	21,8
Krankheiten des Urogenitalsystems*	2,0	1,9	8,9
Krankheiten des Nervensystems*	2,2	1,9	8,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut*	0,8	1,0	10,5
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*	0,8	0,9	10,9
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde*	1,0	0,8	7,5
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes*	0,8	0,7	7,5
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*	0,3	0,6	17,9
Diagnose nicht feststellbar*	0,4	0,2	4,3
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien*	0,1	0,1	20,7
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems*	0,1	0,1	14,6
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben*	0,0	0,0	14,5

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – *... In Abbildung 1.23 und in Abschnitt 2.4 zusammengefasste Gruppen zu "Sonstige Krankheiten".

Zwei Gruppen von Krankheiten prägen das Bild des Krankenstandsgeschehens: Die Krankheiten des Atmungssystems und jenes des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Zusammen verursachen diese Erkrankungen 50,5% der Krankenstandsfälle und 41,3% der Fehlzeiten. Verletzungen und Vergiftungen³⁷⁾ sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten;

³⁷⁾ 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).

14,6% der Krankenstandstage gingen auf diese Formen von Krankheit zurück. Weitere besonders häufige bzw. viele Krankenstandstage verursachende Diagnosegruppen sind psychische und Verhaltensstörungen sowie die übrigen Ursachen (u. a. COVID-19-Erkrankungen).

Es kann angemerkt werden, dass die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen, wie z. B. Neubildungen³⁸⁾ 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 Österreich³⁹⁾. Allerdings sind vor allem Personen in höherem Alter davon betroffen, bei Personen im Erwerbsalter sind sie als Morbiditäts- und Todesursache weniger stark verbreitet.

Die unterschiedlichen Diagnosegruppen streuen sehr stark hinsichtlich der Länge von Krankenstandsepisoden; die durchschnittliche Krankenstandsdauer von 9,3 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Unter den stärker verbreiteten Krankheitsgruppen fallen infektiöse und parasitäre Krankheiten (4,2 Tage) und Krankheiten des Atmungssystems (5,4 Tage) besonders kurz aus. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (15,4 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (19,0 Tage) und vor allem die psychischen und Verhaltensstörungen (37,2 Tage) über dem Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß verursachen schwere Erkrankungen (z. B. Neubildungen) ebenfalls lange Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle liegt bei 44,3 Tagen.

Die durchschnittliche Dauer war in den letzten Jahren bis 2019 tendenziell rückläufig (Abbildung 1.3). Ein deutlicher Anstieg in den Jahren 2020 und 2021 konnte in fast allen Krankheitsgruppen beobachtet werden. Seit 2022 setzt sich der rückläufige Trend wieder fort, und 2023 erreichten die durchschnittlichen Dauern in den meisten Krankheitsgruppen wieder entsprechenden Werte von 2019. Die Gruppe "Übrige Ursachen" verblieb jedoch auf dem niedrigeren Niveau von rund 8 Tagen (2019: 13,8 Tage).

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 (38%) und Fehlzeiten (56%) bei Männern häufiger als bei Frauen⁴⁰⁾. Konzentriert man sich weiterhin auf die

³⁸⁾ Das Kapitel Neubildungen der ICD-Kodierung enthält Schlüssel für bösartige und gutartige Neubildungen (Tumoren) sowie Zwischenstufen.

³⁹⁾ In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die mit Abstand häufigste Gruppe von Todesursachen dar; 2022 wurden fast vier von zehn Sterbefällen (34,3% bzw. 32.000 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (Statistik Austria, Statistik der Todesursachen im Überblick).

⁴⁰⁾ Für die Analyse der Geschlechtsspezifika wird das Verhältnis aus Krankenstandsfällen bzw. -tagen und Versicherten der beiden Gruppen miteinander verglichen.

häufigsten Ursachen für Fehlzeiten ergeben sich weitere Differenzen zwischen Männern und Frauen: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes sind bei Männern um ein Viertel häufiger als bei Frauen. Allerdings dauern die Krankheitsepisoden dieser Diagnosegruppe bei Frauen im Schnitt 2,5 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 3% häufiger als Frauen betroffen, die Anzahl an Krankenstandstagen ist jedoch um 62% höher. Psychische und Verhaltensstörungen treten bei Frauen deutlich häufiger auf: Während es im Jahr 2023 auf 100 Männer im Schnitt 3,1 Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich 5,6 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.

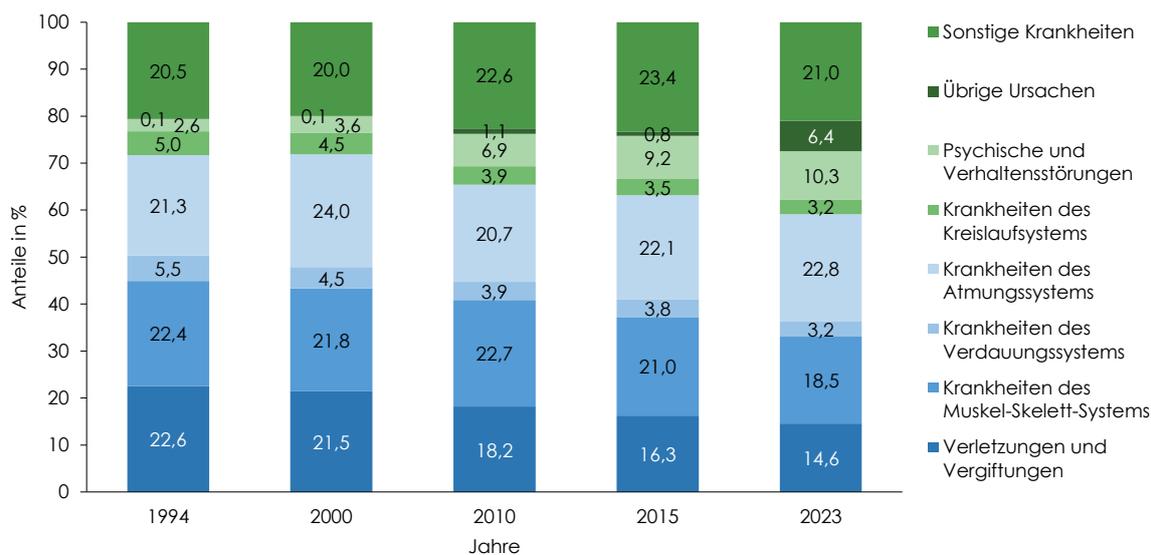
Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht keine gesonderte Auswertung der Krankenstandsdiagnosen nach Altersgruppen. Eine solche Auswertung konnte aber anhand von oberösterreichischen Krankenstandsdaten durchgeführt werden (siehe auch Kapitel 2 im Fehlzeitenreport 2017, Leoni & Schwinger, 2017). Erwartungsgemäß 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 durch hinzukommende neue Krankheiten (COVID-19-Erkrankungen) oder auch von Veränderungen der Diagnoseerfassung durch die Ärztinnen und Ärzte, besonders wenn neue Krankheiten dazukommen, 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 2023 waren es nur noch 2,2 Tage. Damit reduzierte sich der Anteil der Verletzungen und Vergiftungen von gut einem Fünftel auf ein Siebtel aller krankheitsbe-

dingten Fehlzeiten. 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 Gruppe "Übrige Ursachen" umfasst die ICD-10-Kapitel XXII, worunter COVID-19 fällt, XXa und XXI. In der Gruppe "sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier dargestellten ausgewiesen sind.

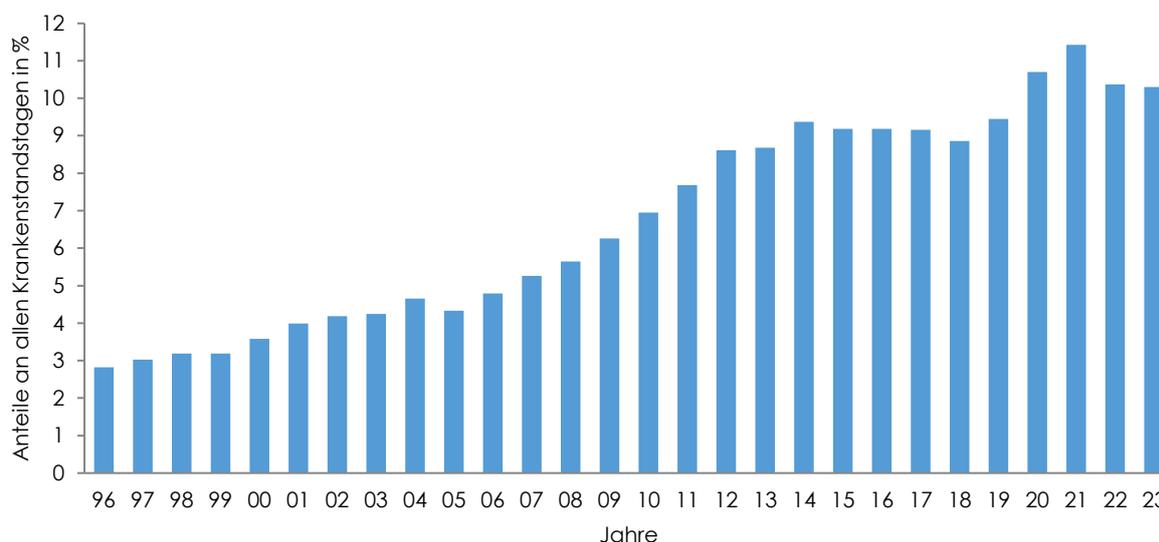
Die Krankenstandstage der Muskel-Skelett-Erkrankungen (rund 20%), der Krankheiten des Kreislauf- und jene des Verdauungssystems blieben im hier untersuchten Zeitraum anteilmäßig stabil, wobei die beiden letztgenannten einen sehr geringen Anteil am Krankenstandsvolumen haben (je 3,2%). Alle drei Krankheitsgruppen verzeichneten 2022 und 2023 einen leichten Bedeutungsverlust.

Der Anteil der Krankheiten des Atmungssystems schwankt im Vergleich der letzten 20 Jahre etwas. So variierte der Anteil mit einem Höchstwert von 25,4% (2005) bis 15% (2021). 2022 stieg der Anteil auf 20,7% und war mit dem Wert von 2019 (20,3%) vergleichbar. Ein weiterer Anstieg war 2023 auf 22,8% zu beobachten. Die durchschnittliche Anzahl an Krankheitstagen pro Kopf dieser Diagnosegruppe schwankte ebenfalls (2000: 3,5 Tage, 2020: 1,9 Tage, 2023: 3,5 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 mit geringen Werten, die Jahre 2022 und 2023

mit stark ansteigenden Werten 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. 2022 – nach Beendigung der COVID-19-Maßnahmen – kam es zu einem starken Anstieg um 4.632.900 Tage und 2023 um weitere 1.691.400 Tage.

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 COVID-19-Erkrankungen werden der Gruppe übrige Ursachen zugeordnet, deren Bedeutung seit Beginn der Pandemie im Jahr 2020 zugenommen hat. 2020 verdoppelte sich die Zahl der Tage auf rund 630.000 und stieg bis 2022 auf rund 430.000 Tage an, während nach einem Rückgang im Jahr 2023 rund 361.000 Tage verzeichnet wurden. Vor Beginn der Pandemie verursachte diese Gruppe weniger als 1% der Krankenstandstage, 2022 waren es 8% und 2023 6,4%. Der Bedeutungszuwachs dieser Krankheitsgruppe verdeutlicht sich durch eine hypothetische Berechnung, in der für die gesamten Krankenstandstage je Versicherte:n die durchschnittlichen Tage der übrigen Ursachen der Jahre 2017 bis 2019 anstelle der tatsächlichen Werte einfließen. Dadurch würde sich für 2022 ein Wert von 13,8 Tagen statt 14,9 Tagen und für 2023

von 14,5 Tagen statt 15,4 Tagen ergeben – somit um rund einen Tag weniger. 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, vervierfacht, und verharrte zwischen 2012 und 2018 in etwa auf dem gleichen Niveau. 2019 und 2020 (je rund 8,5%) bzw. 2022 (9,5%) kam es zu höheren Zuwächsen, zuletzt stiegen die durchschnittlichen Krankenstandstage je Beschäftigte:n um 2,4%. 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 2023 10,3%.

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 2022)⁴¹.

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, zunehmen⁴², 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

⁴¹) Dachverband der Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2023*, Tabelle 3.34.

⁴²) 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).

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 Krankentagen mit psychischer Krankheitsdiagnose 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 et al., 2021), aber 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, 2022).

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 DVS 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 Krankenstandsfälle ergeben, beispielsweise wenn die betroffene Person für die medizinische Behandlung mehrmals vom Arbeitsplatz fernbleiben muss. Aus diesen Gründen lag die Zahl der anerkannten Arbeitsunfälle, die für die Beschreibung des Unfallgeschehens in der Wirtschaft relevant ist, niedriger als der in der Statistik nach Krankheitsgruppen erfasste Wert.

Die vorliegende Zusammenstellung bezieht sich deshalb ausschließlich auf die Arbeitsunfälle, ohne auf die damit zusammenhängenden Fehlzeiten eingehen zu können. Die hier angeführten Daten zum Unfallgeschehen in der österreichischen Wirtschaft wurden von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zur Verfügung gestellt. Die AUVA ist der größte, aber nicht der einzige Unfallversicherungsträger in Österreich. Die 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 2023 waren 3,3 Mio. unselbständig Beschäftigte bei der AUVA versichert, das entspricht einer Quote von rund 85% aller unfallversicherten unselbständig Beschäftigten. Die von der AUVA im Jahr 2023 erfassten Arbeitsunfälle (76.581) und Wegunfälle (11.111) der unselbständig Beschäftigten machen rund 80% der jeweiligen anerkannten Unfälle aller Unfallversicherungsträger (unselbständig Beschäftigte, Selbständige, sonstige geschützte Personen) bzw. rund 85% der jeweiligen anerkannten Unfälle der Unselbständigen aller Unfallversicherungsträger aus⁴³). 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.

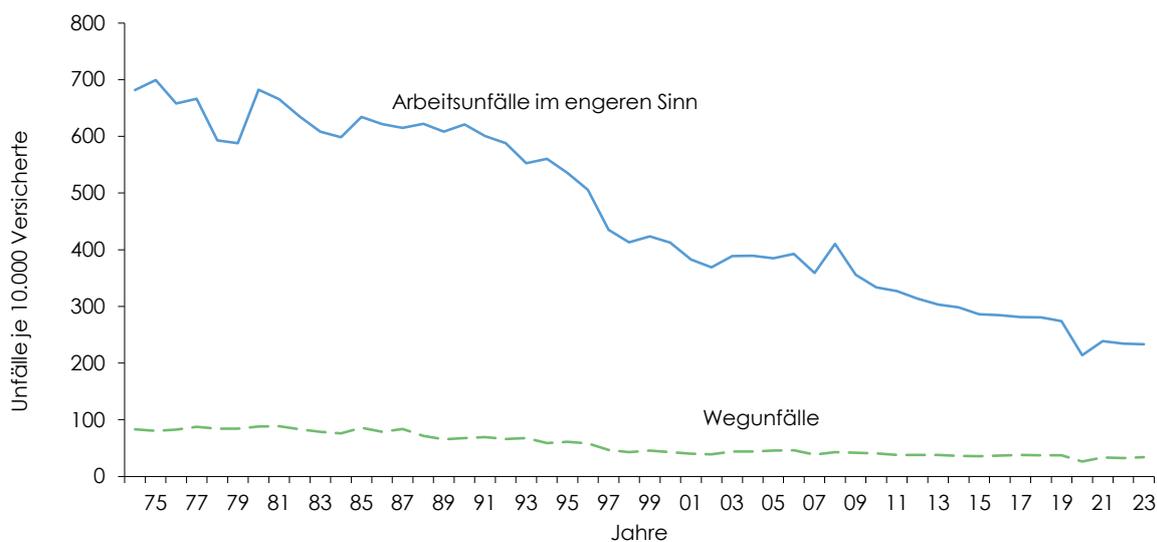
1.9.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle

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

⁴³) Anteil wurde für das Vorjahr berechnet (Dachverband der Sozialversicherungsträger, *Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen*, Abschnitt "Arbeitsunfälle", März 2024).

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 2023 die Unfallquote mit 267 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 2023 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 2023 2,3%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2023 um 66% gesunken. Der Anteil der Wegunfälle am gesamten Unfallgeschehen ist über die Beobachtungsperiode weitgehend konstant geblieben, zuletzt waren etwa 13% 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 34 Unfälle je 10.000 Versicherte (0,3%) im Jahr 2023, was einer Verringerung um 59% entspricht. Diese Entwicklungen setzten damit den langfristigen, rückläufigen Trend mit Ausnahme der Pandemiephase fort.

Abbildung 1.25: **Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten**



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Zusammen mit den Arbeitsunfällen ist auch die Anzahl an Unglücksfällen mit tödlichen Folgen im langfristigen Betrachtungszeitraum rückläufig⁴⁴⁾. Unter den Versicherten der AUVA gab es 1975 noch 553 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz, 1980 waren es 434, 1990 317. Auch die tödli-

⁴⁴⁾ 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.

chen 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. 2023 wurden 114 tödlichen Unfällen am Arbeitsplatz in der AUVA-Statistik verzeichnet, was in etwa im Durchschnitt der letzten 13 Jahre liegt.

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.

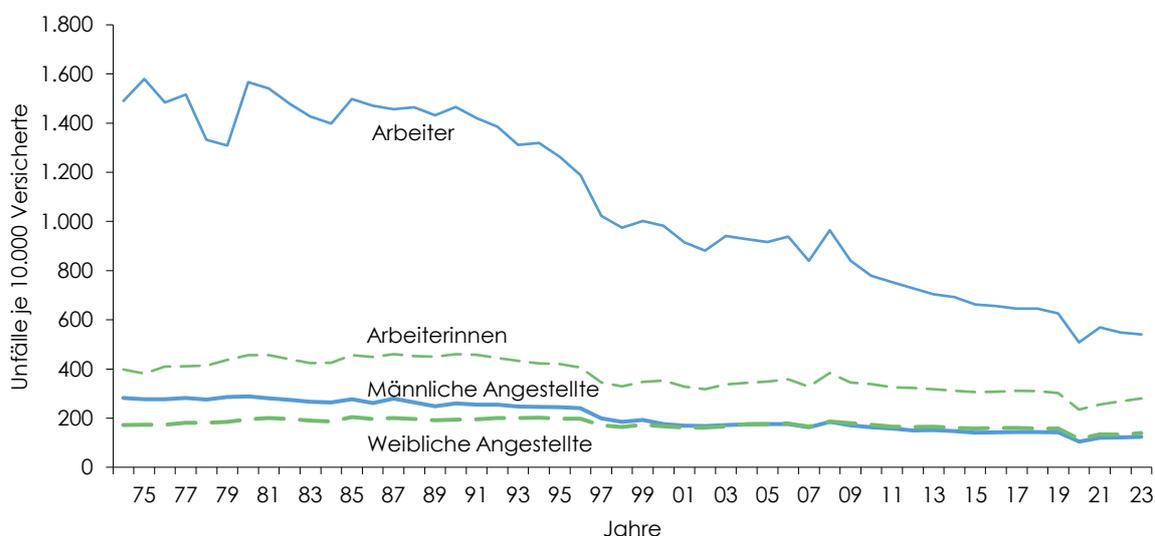
Die Reduktion der Arbeitsunfälle wurde überdies durch gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz gefördert. Das Inkrafttreten des Arbeitnehmer:innenschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen im Zuge des EU-Beitritts Österreichs hat in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle gespielt. Verbesserte Arbeitnehmer:innenschutzbestimmungen, 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.

1.9.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche

Während sich die Wegunfallraten von Frauen und Männern kaum unterscheiden, sind Männer um 2,2-mal 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 2023 für Männer 3,4%, für Frauen lag sie bei 1,8%. 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 2023 eine Unfallrate, die die Hälfte bzw. ein Fünftel der Unfallrate der Arbeiterinnen und der Arbeiter betrug.

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



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

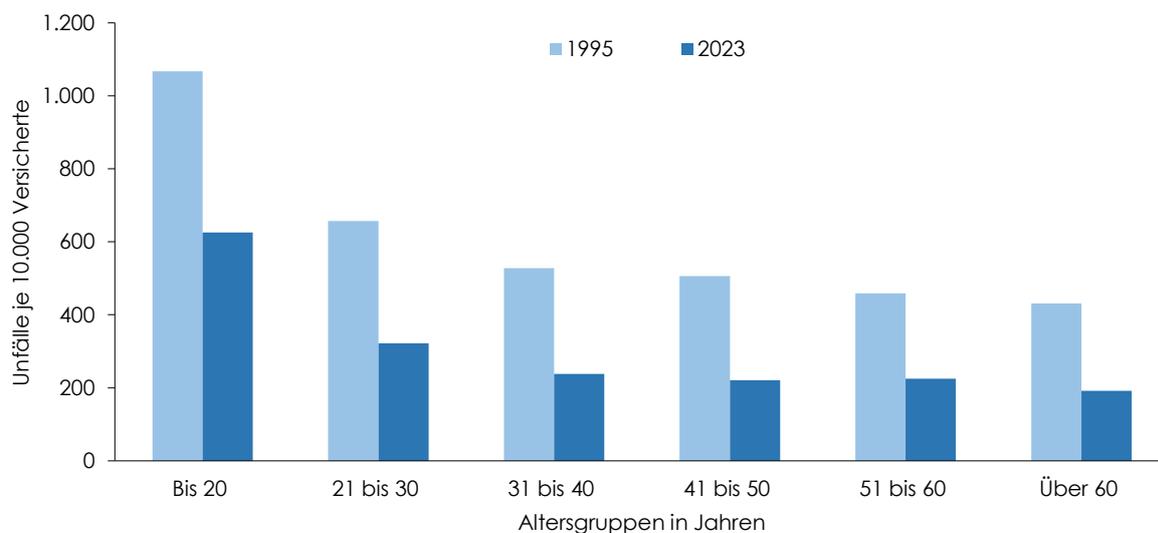
Aus der langfristigen Entwicklung des Unfallgeschehens in der österreichischen Arbeitswelt lassen sich vor allem zwei Trends ablesen. Besonders hervorstechend ist der überproportional starke Rückgang von Unfällen bei männlichen Arbeitern. Durch diese Entwicklung hat sich hinsichtlich der Unfallrate der Abstand zwischen Arbeiter:innen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte stark verringert. Im Zeitraum 1974 bis 2023 ging die Unfallrate der Arbeiter:innen von 1.119 auf 467 (–58%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 133 (–41%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen Angestellten von 282 auf 124 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückging, registrierten Frauen in Angestelltenberufen 2021 nur einen geringen Rückgang im Vergleich zum Anfang der Beobachtungsperiode (140 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 (–69%), bei den Frauen 38%.

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 Arbeitnehmer:innen auswirken. Dieser Abschnitt der Analyse ist auf den Zeitraum 1995 bis 2023 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.

Abbildung 1.27: **Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen**

Anerkannte Arbeitsunfälle mit Wegunfällen



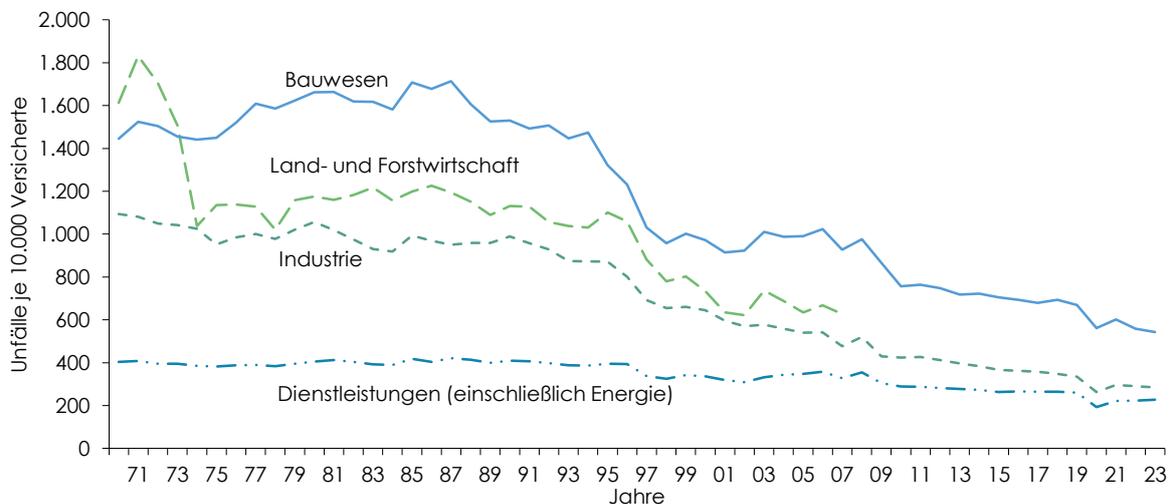
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Die einzelnen Branchen⁴⁵⁾ 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 beschäftigungstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2023 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch wie im Durchschnitt, ein Fünftel aller Unfälle ereignete sich im Bauwesen. Überdurchschnittlich hohe Unfallquoten verzeichnete auch der Bereich der Warenherstellung, während im Dienstleistungsbereich die Unfallhäufigkeit im Allgemeinen wesentlich geringer ist. Nur die "Wasserversorgung", "Kunst, Unterhaltung und Erholung", "Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" sowie "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 Viertel des Durchschnitts und ein Zehntel der Unfallquote im Bauwesen betrug.

⁴⁵⁾ Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2008 verwendet.

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 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)



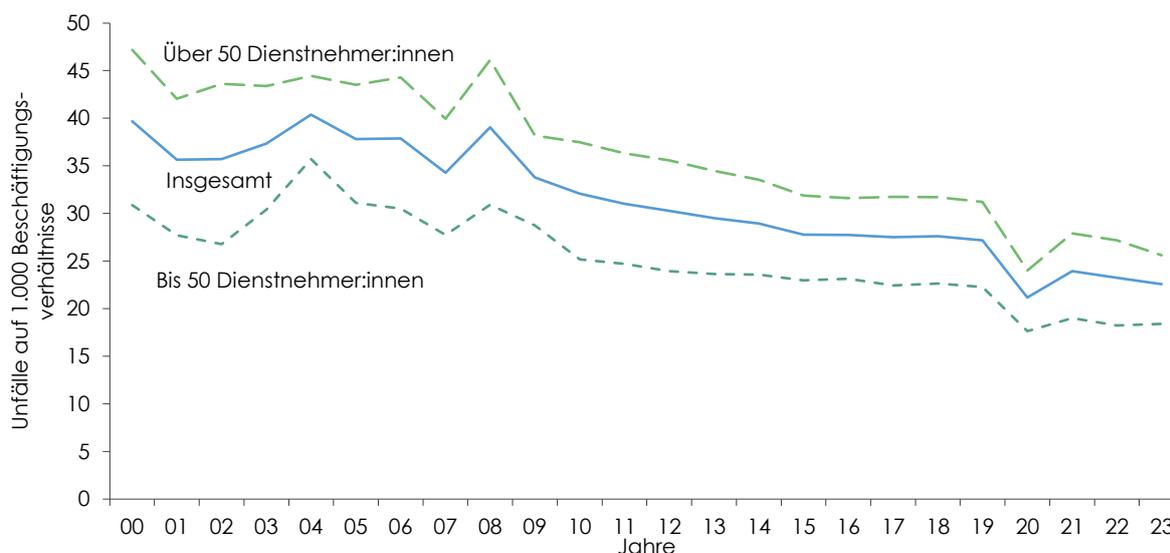
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Berechnung erfolgte auf Basis der anerkannten Unfälle aller Erwerbstätigen. Für Land- und Forstwirtschaft wird ab 2008 kein Wert ausgewiesen, da die Umstellung auf ÖNACE 2008 einen deutlichen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

tors 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 2023 betrug die Unfallrate in der Warenherstellung das 1,3-Fache, im Bauwesen das fast 2,4Fache 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 2023 im Durchschnitt 39% mehr Arbeitsunfälle pro Kopf als Kleinbetriebe mit weniger als fünfzig Mitarbeiter:innen. Dieser Abstand ist im letzten Jahrzehnt leicht zurückgegangen. Wie bereits im Zusammenhang mit den Krankenstandsquoten erwähnt wurde, müssen Unterschiede nach Betriebsgröße vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung der Betriebe nach Branchen betrachtet werden. Der Anteil an Klein- und Kleinstbetrieben ist im Dienstleistungsbereich höher als im sekundären Sektor, der neben der Warenherstellung auch das Bauwesen und den Bergbau umfasst. Die vergleichsweise hohe Inzidenz von Arbeitsunfällen in den Betrieben mit fünfzig und mehr Beschäftigten spiegelt also auch branchenspezifische Unterschiede in der Unfallquote wider.

Abbildung 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.

1.10 Kostenschätzung der betrieblichen Fehlzeiten

Die volkswirtschaftlichen und betrieblichen Kosten im Zusammenhang mit Krankheitsausfällen und Unfällen setzen sich aus verschiedenen Faktoren zusammen. Nicht alle Bereiche sind gleichermaßen erfassbar und genau quantifizierbar. Direkte Zahlungen von Betrieben und der Krankenversicherung in Form von Lohnfortzahlung und Krankengeld können vergleichsweise

genau geschätzt werden. Es gibt jedoch nur begrenzte Anhaltspunkte für die indirekten volkswirtschaftlichen, aber auch betriebswirtschaftlichen Kosten sowie für die medizinischen Behandlungskosten von Krankheiten und Unfällen bei unselbstständig Beschäftigten im Gesundheitssystem. Eine Abschätzung auf der Grundlage von getroffenen Annahmen, die im Fehlzeitenreport 2022 (Mayrhuber & Bittschi, 2022) ausführlich beschrieben und diskutiert sind, liefert Hinweise auf das Kostenvolumen bzw. das Potential darauf, welche wirtschaftlichen Auswirkungen Reduzierungen oder Zunahmen von Krankheitsausfällen haben können (Übersicht 1.8).

Übersicht 1.8: **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 • Verringeretes 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.

Psychische wie physische Gesundheit ist sowohl eine zentrale Voraussetzung für ein gutes Leben als auch die Grundlage für die Möglichkeit produktiv im Erwerbsarbeitskontext zu sein und damit die betriebliche wie gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung zu stärken (beispielsweise Commission on Macroeconomics and Health (CMH), 2001; Frijters et al., 2005; Jakovljevic et al., 2020; Wu et al., 2021). Gesundheitsvorsorge und Präventionsmaßnahmen bestimmen sowohl individuelles Wohlbefinden, verringern aber auch Krankenstände und damit betriebliche Kosten. Ein geringeres Erkrankungsgeschehen bedeutet auch Ersparnisse im Gesundheitssystem.

Krankheitskosten zeigen sich an unterschiedlichen Stellen: Direkte Kosten in Formen von Entgeltfortzahlung, Krankengeld und Behandlungskosten, die für die betroffenen Personen, das öffentliche und private Gesundheitssystem sowie für Betriebe entstehen. 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. In einigen Fällen führt dies langfristig zu einer Einschränkung der Lebensqualität oder sogar zu einer verkürzten Lebenserwartung, was als immaterielle Kosten geschätzt und berücksichtigt werden sollte (Dalal & Svanström, 2015; Ryen & Svensson, 2015).

Darüber hinaus bestimmt auch der betrachtete Zeitraum die Höhe von Krankheitskosten. Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (European Occupational safety and health agency, kurz EU-OSHA) berücksichtigt die mit Unfall oder Erkrankung anfallenden Kosten über den gesamten Lebenszyklus bis hin zur verkürzten Lebenserwartung durch Krankheiten und Unfälle (EU-OSHA, 2019). 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 et al., 2020a).

1.10.1 Kostenkomponenten des Krankenstands

Krankheitsbedingte Fehlzeiten bedeuten direkte Kosten wie die Entgeltfortzahlung, das Krankengeld, aber auch Behandlungs- und Rehabilitationskosten sowie andere regelmäßige Transferleistungen wie Unfallrenten oder krankheitsbedingte Pensionen. Je nach Art der Erkrankung variieren die Behandlungskosten, die Dauer der Ausfallzeiten und somit das Ausmaß der Lohnfortzahlung sowie das Krankengeld.

Auf betrieblicher Ebene entstehen durch Krankheitsausfälle auch indirekte Kosten wie administrativer Aufwand, Überstunden für die übrige Belegschaft zur Kompensation der Ausfälle, Produktionsverluste oder -verschiebungen, Neueinstellungen usw. Für die Sozialversicherung umfassen die indirekten Kosten mögliche langfristige Leistungen an Personen mit Erwerbsunfähigkeit sowie entgangene Sozialversicherungseinnahmen aufgrund von Krankheitsausfällen.

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 Entgeltfortzahlung

Im Falle von Krankheit oder bei einem Arbeitsunfall haben unselbständig Beschäftigte Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Die Anspruchsdauer hängt von dem Arbeitsverhältnis⁴⁶⁾, von der Krankenstandsursache und weiteren Faktoren (Wiedererkrankung usw.) ab. Sie gebührt grundsätzlich für sechs Wochen bzw. bei einem Arbeitsunfall für acht Wochen und verlängert sich bei einer Betriebszugehörigkeit von über 15 Jahren auf zehn Wochen.

⁴⁶⁾ Angestellten-, Entgeltfortzahlungs-, Gutsangestellten-, Landarbeits-, Schauspieler-, Vertragsbedienstetengesetz usw.

Auch die Höhe der Entgeltfortzahlung variiert, es beruht auf dem Ausfallsprinzip, wobei die ausgefallenen Bezüge neben dem Grundgehalt beispielsweise auch Sonderzahlungen oder Überstundenvergütungen enthalten. Gemäß dem Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) haben Arbeiter:innen und Angestellte zwischen sechs und zwölf Wochen Anspruch⁴⁷⁾ auf das volle und jeweils vier Wochen auf das halbe Entgelt.

Für das Jahr 2022, dem letzten Jahr mit verfügbaren Daten, zeigen die ESSOSS-Daten von Statistik Austria, dass die Betriebe 4,2 Mrd. € an Entgeltfortzahlungen leisteten. Klein- und Mittelbetriebe (weniger als 50 Beschäftigte im Jahresdurchschnitt) haben die Möglichkeit einen Zuschuss zur Entgeltfortzahlung zu beantragen⁴⁸⁾. Im Jahr 2022 bezuschusste die AUVA über diesen Titel die Klein- und Mittelbetriebe in der Höhe von 127 Mio. €.

Das 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 die Krankenversicherung 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. Die Höhe des Krankengeldes variiert entlang der Bezugsdauer⁴⁹⁾.

Im Jahresdurchschnitt bezogen laut Statistik Austria (ESSOSS) 2022 59.449 Personen Krankengeld. Insgesamt entstanden den Krankenversicherungsträgern 2022 direkte Kosten für die Entgeltersatzleistung durch das Krankengeld und für das mit 1. Juli 2017 eingeführte Wiedereingliederungsgeld in der Höhe von 1.012 Mio. € (Abbildung 1.30).

Weitere Kosten der Fehlzeiten

Neben den skizzierten direkten Kosten der Ersatzleistungen bedeutet die Krankheitsbehandlung Kosten für öffentliche und private Gesundheitseinrichtungen wie auch für die Betroffenen selbst durch Rezeptgebühren, Selbstbehalte usw. Die Gesundheitsausgaben einschließlich Investitionen 2022 betragen 52,6 Mrd. €, das waren 11,8% der Wirtschaftsleistung, wovon rund 78% auf den öffentlichen Sektor entfielen und 22% auf private Ausgaben. Der Anteil der privaten Gesundheitskosten liegt damit etwas über den Schnitt der OECD-Länder von 20% (OECD, 2021a). Darüber hinaus verursachen Produktivitätsverluste durch Fehlzeiten sowohl betriebliche als auch gesamtwirtschaftliche Kosten durch ein gedämpftes Produktionspotenzial, wobei das Ausmaß der Effekte sowohl vom konkreten Arbeitsplatz als auch vom gesamtwirtschaftlichen

⁴⁷⁾ 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.

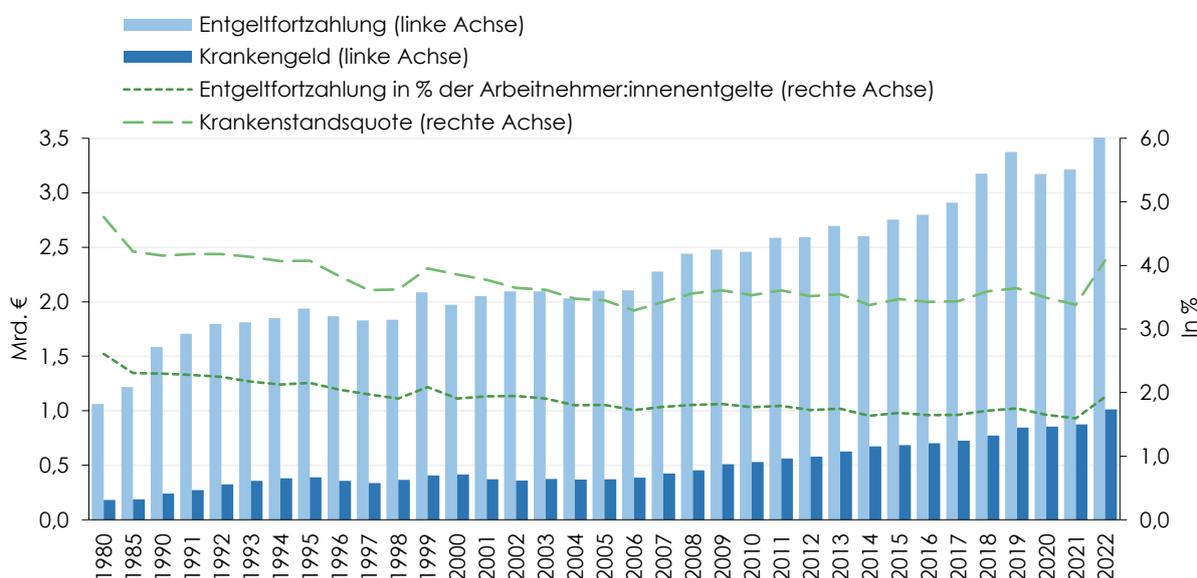
⁴⁸⁾ Entgeltfortzahlungs-Zuschuss- und Differenzvergütungs-Verordnung – EFZ-DV-VO, [BGBl. II Nr. 146/2018](#), §2 (1-4).

⁴⁹⁾ Das Krankengeld beträgt ab dem 4. bis zum 42. Tag 50% der Bemessungsgrundlage (beitragspflichtiger Bruttoarbeitsverdienst bis zur Höchstbeitragsgrundlage, einschließlich anteiliger Sonderzahlungen), erhöht sich ab dem 43. Tag auf 60% der Bemessungsgrundlage.

Umfeld abhängt (Brunner & Schwarz, 2006; Glocker, 2021). In konjunkturellen Hochphasen führen Fehlzeiten auf betrieblicher Ebene zu höheren Wertschöpfungsverlusten als in Phasen der Unterauslastung.

Die im Jahr 2022 aufgewendeten 4,2 Mrd. € für Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall entsprachen 1,9% der Arbeitnehmer:innenentgelte, also der Summe aus Löhnen und Gehältern einschließlich Arbeitgeber:innenbeiträge zur Sozialversicherung. Parallel zur steigenden Krankenstandsquote sank in den vergangenen Jahrzehnten auch der relative Aufwand für die Entgeltfortzahlung (Abbildung 1.30). Die gestiegene Krankenstandsquote im Jahr 2023 wird auch höhere Kosten bei der Entgeltfortzahlung wie auch beim Krankengeld nach sich ziehen.

Abbildung 1.30: **Entwicklung der Entgeltfortzahlung in Relation zu den Arbeitnehmer:innenentgelten, Krankengeld und Krankenstandsquote, 1980 bis 2022**



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.

1.10.2 Kosten der krankheitsbedingten Fehlzeiten

Die im vorigen Abschnitt beschriebenen direkt zurechenbaren Krankenstandskosten im Jahr 2022 für Entgeltfortzahlungen (einschließlich dem Zuschuss der AUVA) der Betriebe mit 4,3 Mrd. € und das von der Krankenversicherung ausbezahlte Krankengeld mit 1,0 Mrd. € beliefen sich insgesamt auf 5,3 Mrd. € oder 1,2% des BIP. Darüber hinaus führen krankheitsbedingte Fehlzeiten zu Wertschöpfungsverlusten und gegebenenfalls zu weiteren betrieblichen Kosten (Produktivitätsverluste, Kosten für Ersatzarbeitskräfte, Folgekosten von Arbeitsunfällen usw.), die über die direkten Entgeltfortzahlungskosten hinausgehen. Diese Kosten können nur mit Annahmen quantifiziert werden und schwanken mit dem Konjunkturzyklus. Die Kosten schwanken im Konjunkturverlauf auch zwischen Branchen und Betrieben. Unter vereinfachenden Annahmen

zeigt sich, dass durch krankheitsbedingte Fehlzeiten zusätzlich zu den Lohnersatzkosten indirekte betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von 1,1% bis 1,8% des BIP entstehen (Übersicht 1.9).

Übersicht 1.9: Schätzung der Kosten im Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbständig Beschäftigter, 2022

	Mio. €	In % des BIP
Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten	bis zu 13.200	bis zu 3,0
Direkte Kosten (direkte Zahlungen) ¹⁾	5.300	1,2
Indirekte Kosten (Wertschöpfungsverluste) ²⁾	bis zu 7.900	bis zu 1,8
Gesundheitsausgaben ³⁾	bis zu 13.300	bis zu 3,0
Direkte öffentliche Kosten	10.400	2,3
Direkte private Kosten	2.900	0,7

Q: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Statistik Austria, ESSOSS-Datenbank; Dachverband der Sozialversicherungsträger; WIFO-Berechnungen, für eine detaillierte Erläuterung siehe *Leoni et al. (2008A)*. – ¹⁾ Entgeltfortzahlungen und Krankengeldzahlungen. – ²⁾ Auf Basis der Annahme, dass sich etwa ein Viertel bis zur Hälfte des krankstandsbedingten Verlusts an Jahresarbeitszeit in Form von Wertschöpfungsverlusten und anderen Nicht-Lohn-Kosten niederschlägt. – ³⁾ Auf Basis einer Zuordnung der Kosten im Gesundheitssystem auf die unselbständig Beschäftigten anhand von Altersprofilen der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die allgemeine Bevölkerung. Aufgrund der Tatsache, dass Beschäftigte im Schnitt einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als gleichaltrige Nicht-Beschäftigte, sind die hier zugeordneten Kosten leicht überschätzt und bilden eine Obergrenze ab.

Den Aufwendungen für die Entgeltfortzahlung und das Krankengeld stehen weiters Mindereinnahmen gegenüber, da für die Zeiten des Krankengeldbezugs die Sozialversicherungsbeiträge seitens der Betriebe und damit die Sozialversicherungsbeitragseinnahmen entfallen (siehe Fehlzeitenreport 2022, Abschnitt 3.2, Mayrhuber & Bittschi, 2022).

Eine Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten durch eine Reduktion der Fehlzeiten würde sich jedoch nicht nur durch eine Verringerung der krankheitsbedingten Fehlzeiten positiv auswirken, sondern auch zu Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem führen. Im Jahr 2022 betragen die Gesundheitsausgaben der unselbständig Erwerbstätigen rund 3,0% des BIP. Mit 2,3% des BIP entfällt der Großteil dieser Ausgaben auf das öffentliche Gesundheitssystem für ärztliche Versorgung, Betriebsärzte, Krankenhäuser, Medikamente usw., während ein Fünftel der Kosten bzw. 0,7% des BIP durch private Gesundheitsausgaben gedeckt werden (Übersicht 1.9).

Durch das endgültige Ausscheiden dieser Personengruppe aus dem Erwerbsleben durch krankheitsbedingten Pensionsbezug entstehen der gesetzlichen Pensionsversicherung jährliche Kosten in Höhe von rund 2,4 Mrd. €, was rund 0,5% der Wirtschaftsleistung entspricht. Zusätzlich wurden im Jahr 2022 1,9 Mrd. € an Invaliditätspensionen an Personen im erwerbsfähigen Alter ausbezahlt⁵⁰⁾. Zusätzlich wurden 363 Mio. € an Rehabilitationsgeld ausbezahlt, das bei vorübergehender Invalidität von mindestens sechs Monaten zusammen mit Maßnahmen der medizini-

⁵⁰⁾ Dachverband der Sozialversicherungsträger, Finanzstatistik 2022, Tabelle 30.

schen Rehabilitation gewährt wird. Das dauerhafte Ausscheiden von rund 126.000 Invaliditätspensionsbeziehenden⁵¹⁾ aus dem Arbeitsmarkt dämpft auch das gesamtwirtschaftliche Produktionspotenzial.

⁵¹⁾ Siehe *Statistisches Handbuch der Sozialversicherung 2023*, Tabelle 3.11.

2. Gesundheitszustand von Lehrlingen und jungen Erwerbstätigen

2.1 Einleitung

Die Krankenstandsquote ist in jungen Jahren höher, sinkt im Haupterwerbalter und steigt ab dem 45. Lebensjahr wieder an (Abschnitt 1.6.2). Die Krankenstandsquoten über den Lebenszyklus der Erwerbstätigen folgen damit einem leichten U-Muster. Bei den unter 20-Jährigen zeigt sich eine Konzentration auf Arbeiter:innenberufe, in denen der Berufseinstieg mit hohen körperlichen Arbeitsanforderungen einhergeht⁵²⁾ und auch das Unfallrisiko höher ist (Abschnitt 1.9.2). Ab dem Alter von 20 Jahren, wo der Anteil der Angestellten zunimmt, sinken die altersspezifischen Krankenstandsquoten. Die vergleichsweise höheren Krankenstandsfälle je Versicherte:n bei jungen Erwerbstätigen gehen einher mit einer kürzeren Dauer der Krankenstände. Während im Schnitt ein Krankenstand im Jahr 2023 15,4 Tage dauerte, betragen die Krankenstandstage je Fall in der Altersgruppe der 15- bis 19- bzw. der 20- bis 24-Jährigen 4,7 Tage bzw. 5,8 Tage. In den beiden Altersgruppen fallen 7,6% bzw. 12,0% der Krankenstandsfälle aber nur 3,7% bzw. 7,5% aller Krankenstandstage an.

Übersicht 2.1: Versicherte, Krankenstandstage und Krankenstandsfälle der 15- bis 19-Jährigen und 20- bis 24-Jährigen, 2023

	Versicherte			Krankenstandstage			Krankenstandsfälle		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
	Anteile an der Summe der jeweiligen Gruppe in %								
15- bis 19-Jährige	3,8	3,2	4,2	3,7	2,9	4,5	7,6	6,1	8,9
20- bis 24-Jährige	8,0	7,8	8,2	7,5	6,9	8,1	12,0	11,5	12,4

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Im vorliegenden Sondermodul steht die Analyse der Fehlzeiten, Art der Erkrankungen wie auch die Dauer der Fehlzeiten der Lehrlinge und der jungen Erwerbstätigen im Mittelpunkt. Im ersten Schritt wird der Frage nachgegangen, in welchen Branchen Mädchen und Burschen tätig sind, die eine Lehrausbildung absolvieren. Im zweiten Schritt werden auf Basis der Administrativdaten aus dem ÖGK-Data-Warehouse die ICD-10-Krankenstandsdiagnosen⁵³⁾ getrennt nach Altersgruppen, nach Geschlecht sowie nach Erwerbsstatus näher analysiert. Dadurch können Unterschiede oder Gemeinsamkeiten im Erkrankungsgeschehen von Jugendlichen in Lehrausbildung und jungen Erwerbstätigen gezeigt werden. Abschließend werden die ermittelten Befunde zum Erkrankungsgeschehen der jungen Erwerbstätigen um die Ergebnisse aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung ergänzt.

Eine Lehre beginnt nach Abschluss der Pflichtschule, das Lebensalter zu diesem Zeitpunkt hängt einerseits vom Schuleintrittszeitpunkt und andererseits von der individuellen Schuldauer ab.

⁵²⁾ Im Jahr 2023 betrug der Anteil der Arbeiter:innen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 38%, bei den bis 19-Jährigen allerdings 63%.

⁵³⁾ Die ICD-Kodierung (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme.

Weiters können Doppellehren bis zu vier Jahre dauern, weshalb Lehrlinge auch älter als 19 Jahre sein können. Auf der anderen Seite bedeutet die Ausbildungspflicht bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, dass die Gruppe der 15- bis 19-jährigen unselbständig Erwerbstätigen, die nachfolgend im Mittelpunkt steht, überwiegend, zu rund 80%, aus Lehrlingen besteht (zum Stichtag 31.12.2023 gab es 108.266 Lehrlinge und rund 137.000 unselbständig Beschäftigte).

2.2 Empirische Befunde zu den Fehlzeiten junger Erwerbstätiger

Ein U-förmiger Verlauf der Erkrankungsraten entlang der Altersgruppen ist in vielen Ländern zu beobachten (Meyer et al., 2023). Empirische Befunde und Analysen zu krankheitsbedingten Fehlzeiten junger Erwerbstätiger liegen vor allem für die nordeuropäischen Länder vor. Krankheitsbedingte Fehlzeiten hängen auch mit institutionellen Regelungen zusammen, und in diesen Ländern sind sowohl die Systeme als auch die Datengrundlagen für Analysen gut entwickelt. Insgesamt wird in der Literatur der Frage nach den Ursachen und Folgen von Fehlzeiten junger Erwerbstätiger in der besonderen Phase des Übergangs vom Bildungssystem in den Arbeitsmarkt mehr Aufmerksamkeit geschenkt als den Unterschieden gegenüber den älteren Erwerbstätigen.

Beginnend mit der Analyse der Fehlzeiten von Schüler:innen und Student:innen zeigen die Befunde, dass sich schulische Fehlzeiten einerseits negativ auf das Bildungsniveau auswirken und andererseits über ein geringeres Bildungsniveau und die damit verbundenen Berufschancen auch die zukünftige Gesundheit der Betroffenen negativ beeinflussen und die Fehlzeiten erhöhen (van den Toren et al., 2020; Vanneste et al., 2016).

Ein großer Schwerpunkt der empirischen Arbeiten liegt auf psychischen Erkrankungen junger Erwerbstätiger. Torvik et al. (2016) zeigen beispielsweise, dass Depressionen in jungen Jahren des Erwerbslebens zu Krankschreibungen aufgrund psychischer Störungen führen, während Angststörungen bei Krankschreibungen eher mit somatischen Diagnosen verbunden sind. Auch Narusyte et al. (2022) zeigen in ihrer Analyse in der Gruppe der 19- bis 29-Jährigen den Zusammenhang zwischen früheren Depressionen/Angstzuständen und späteren häufigeren Krankschreibungen, die im privaten Sektor häufiger auftreten als im öffentlichen Sektor. Für junge Arbeitnehmer:innen in Schweden analysiert eine Studie von Olsson et al. (2023) den Zusammenhang zwischen der höheren Prävalenz psychischer Erkrankungen bei jungen Frauen im Vergleich zu Männern. Der größere Druck, dem junge Frauen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind, in Verbindung mit ihrer größeren sozialen Verantwortung am Arbeitsplatz, aber auch im Privatleben, führt dazu, dass sie häufiger erkranken.

Neuere Arbeiten von Blanchflower et al. (2024) und Blanchflower, Bryson, & Xu (2024) zeigen weiters, dass ein Zusammenhang zwischen der Verschlechterung der psychischen Gesundheit und der Verbreitung von Smartphones ab 2011 hergestellt werden kann. Bei Jugendlichen mit einer schlechteren psychischen Gesundheit kann ein statistischer Zusammenhang mit der täglich vor Bildschirmen im Internet oder am Smartphone verbrachten Zeit festgestellt werden. Da in dieser Arbeit Paneldaten verwendet werden, ist dieser Zusammenhang "intrapersonell", d. h.

bei denselben Personen verschlechtert sich die psychische Gesundheit im Durchschnitt mit zunehmender Bildschirmzeit. Diese Forschungsergebnisse sind daher glaubwürdiger als frühere Vergleiche, bei denen die Bildschirmzeiten zwischen verschiedenen Personen anhand von Querschnittsdaten verglichen wurden.

Sumanen et al. (2016) stellen für finnische Frauen und Männer im Alter von 25 bis 34 Jahren fest, dass höher Qualifizierte deutlich geringere Fehlzeiten aufweisen. Die Fehlzeiten sind in den Qualifikationsgruppen in den letzten Jahren gesunken, was die Autoren mit der wirtschaftlichen Entwicklung des Landes in Verbindung bringen. Auch Helgesson et al. (2015) stellen einen Bildungsgradienten fest. In der Gruppe der 21- bis 25-jährigen Erwerbstätigen in Schweden, die in einem Jahr eine Lohnfortzahlung wegen Krankheit durch den Arbeitgeber (zwischen 14 und 21 Tagen) erhalten haben, steigen die Fehlzeiten auch in den Folgejahren an. Auch hier zeigt sich, dass Personen mit niedrigerem Bildungsniveau und Immigrant:innen häufiger krankheitsbedingt fehlen, wobei der Zusammenhang der Fehlzeiten mit der Beschäftigungsstruktur nicht berücksichtigt wurde. Für die Gruppe der 15- bis 30-jährigen Dän:innen, die zwischen 2010 und 2018 in den Arbeitsmarkt eingetreten sind, bestätigen Sørensen et al. (2023) den Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Häufigkeit und auch die Dauer von Krankenständen.

Sørensen et al. (2023) konzentrieren sich in ihrer Analyse auf den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und krankheitsbedingten Fehlzeiten. In der Gruppe der 15- bis 30-Jährigen weisen Frauen dann höhere Fehlzeiten auf, wenn sie in Berufen mit engen Zeitvorgaben bzw. hohem Zeitdruck, geringer Entscheidungsbefugnis und hohen Arbeitsbelastungen wie z. B. hohen emotionalen Anforderungen tätig sind. Bei jungen Männern wirken sich nur fehlende oder geringe Entscheidungsbefugnisse im Beruf erhöhend auf die krankheitsbedingten Fehlzeiten aus. Umgekehrt sind Berufe mit hohen quantitativen Anforderungen und Arbeitsbelastungen, aber hoher Autonomie mit unterdurchschnittlichen Fehlzeiten verbunden. Im Gegensatz zu anderen Befunden findet sich in der Studie kein Zusammenhang zwischen dem Krankheitsgeschehen zu Beginn der Erwerbstätigkeit und den späteren Fehlzeiten, vielmehr beeinflussen die oben genannten Faktoren (u. a. Entscheidungsbefugnis, zeitliche Autonomie) das Krankheitsgeschehen.

Im Hinblick auf die langfristigen Arbeitsmarktfolgen einzelner Krankheitsdiagnosen stehen vor allem psychische Erkrankungen im Fokus der Forschung. Für die Gruppe der 19- bis 30-jährigen Schwed:innen zeigen Helgesson et al. (2018), dass Personen mit psychischen Erkrankungen ein deutlich erhöhtes Arbeitslosigkeitsrisiko haben, wobei hier ein niedriges Bildungsniveau sowie das Leben in einer ländlichen Region das Risiko zusätzlich erhöhen.

2.3 Art und Ausmaß der Erwerbstätigkeit in jungen Jahren in Österreich

Das Erwachsenwerden ist sowohl von speziellen Entwicklungsphasen in physischer und psychischer Hinsicht als auch von spezifischen Bedürfnissen nach entwicklungsgerechten Erfahrungen und Unterstützungen geprägt. Das chronologische Alter stellt lediglich eine Annäherung an diese Phasen dar (C. Currie, 2019; Komitee für Kinder- und Jugendgesundheit, 2019). Daher

gelten für Lehrlinge und beschäftigte Jugendliche unter 18 Jahren neben dem Arbeitnehmerschutzgesetz besondere Schutzbestimmungen des Kinder- und Jugendbeschäftigungsgesetzes (KJBG) und die Verordnung über Beschäftigungsverbote und -beschränkungen für Jugendliche (KJBG-VO).

Jugendliche sind mit besonderen Anforderungen im Zusammenhang mit Bildungs- und Berufsentscheidungen konfrontiert, die sich in der Vergangenheit stark verändert haben. Die Bildungsphase hat sich deutlich verlängert und die Beschäftigungsquoten sanken in den vergangenen Jahren deutlich. Waren zur Jahrtausendwende noch 48,2% der Männer im Alter von 15 bis 19 Jahre beschäftigt, sank dieser Anteil bis 2023 auf 37,8% ab, die entsprechenden Anteile der Frauen bewegten sich von 33,9% auf 25,0%. Die seit 2017 geltende Ausbildungspflicht für alle Jugendlichen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres umfasst neben dem Besuch einer weiterführenden Schule auch eine Lehrausbildung nach dem Berufsausbildungsgesetz bzw. dem Land- und forstwirtschaftlichen Berufsausbildungsgesetz.⁵⁴⁾

Von den im Jahr 2023 (2022) rund 95.400 (70.500) aktiv Beschäftigten in der Altersgruppe der unter 19-Jährigen sollte ein Großteil in einem Lehrverhältnis stehen. Im Jahr 2023 (2022) gab es zum Stichtag 31.12. insgesamt 34.082 (35.233) Lehrlinge im ersten Lehrjahr (Wirtschaftskammer Österreich, 2024), was 39% (41%) bezogen auf alle 15-Jährigen entspricht. Allerdings weist die Beschäftigtenstatistik für die 15- und 16-Jährigen nur rund 30.000 unselbständig Beschäftigte in 2022 und 2023 aus, was darauf hindeutet, dass die Lehrjahre nicht parallel zu den Jahrgangskohorten verlaufen. Insgesamt verteilen sich die rund 108.266 Lehrlinge (35.347 junge Frauen, 72.913 junge Männer) zum Stichtag 31.12.2023 nicht nur auf die Altersgruppe der bis 18-Jährigen, sondern auch auf die über 18-Jährigen. Dies ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, wie z. B. das Ende der Schulpflicht in Abhängigkeit vom Zeitpunkt des Schuleintritts oder eine nicht unmittelbar an die Schulpflicht anschließende Lehrausbildung. Darüber hinaus gibt es duale Lehrberufe mit einer Ausbildungsdauer von vier Jahren sowie die Möglichkeit der Verlängerung der Lehrzeit um bis zu zwei Jahre nach dem Berufsausbildungsgesetz (§8b 1 BAG).

Der überwiegende Teil der Beschäftigten im Alter zwischen 15- und 19 Jahren ist unselbständig beschäftigt, weniger als 1% geht einer selbständigen Tätigkeit nach. In der gesamten Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen waren im Jahr 2023 bei den Mädchen 25% und bei den Burschen 38% unselbständig erwerbstätig. Die Arbeitslosenquote lag in dieser Altersgruppe mit 3,7% bei Mädchen und 2,9% bei Burschen deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt, denn hier sollten Arbeitslosigkeitsmeldungen zu Ausbildungsangeboten seitens des AMS führen. Der überwiegende Teil dieser Kohorte befand sich damit in schulischer Ausbildung. Bei den 20- bis 24-Jährigen (bzw. 25- bis 29-Jährigen) lag die Quote der unselbständig Beschäftigten bei den Frauen bei 58% (71%) und bei den Männern bei 66% (78%).

⁵⁴⁾ Siehe Ausbildungspflichtgesetz, <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009604&Artikel=&Paragraf=0&Anlage=&Uebergangsrecht=>

2.3.1 Struktur der Lehrlingsbeschäftigung

Der zunehmende strukturelle wirtschaftliche Wandel, die anhaltende Globalisierung, Digitalisierung und Ökologisierung der Wirtschaft und Gesellschaft stellt das österreichische System der dualen beruflichen Ausbildung vor neue Herausforderungen. Einerseits gingen die Beschäftigungsanteile in ausbildungsstarken Wirtschaftsbereichen wie der produzierende Sektor etwas zurück, andererseits braucht die zunehmende Spezialisierung neue Berufsanforderungen und dem entsprechend neue Lehrberufe und Lehrinhalte. Hinzu kommt der Trend zur berufsorientierten Höherqualifizierung und damit verbunden die zunehmende Konkurrenz zwischen den vollzeitschulischen und dualen Ausbildungswegen um interessierte Jugendliche (Graf & Marques, 2023; Rubery, 2024). Seit den 1980er-Jahren sankt der Anteil der Lehrlinge bei Jugendlichen deutlich. Im Jahr 2023 waren 39% der 15-Jährigen Lehrlinge im 1. Lehrjahr, bei den Burschen waren es 49% und bei den Mädchen 28%. Da Frauen länger im Ausbildungssystem bleiben, unterscheiden sich die bereits erwähnten Beschäftigungsquoten von jungen Frauen und Männern.

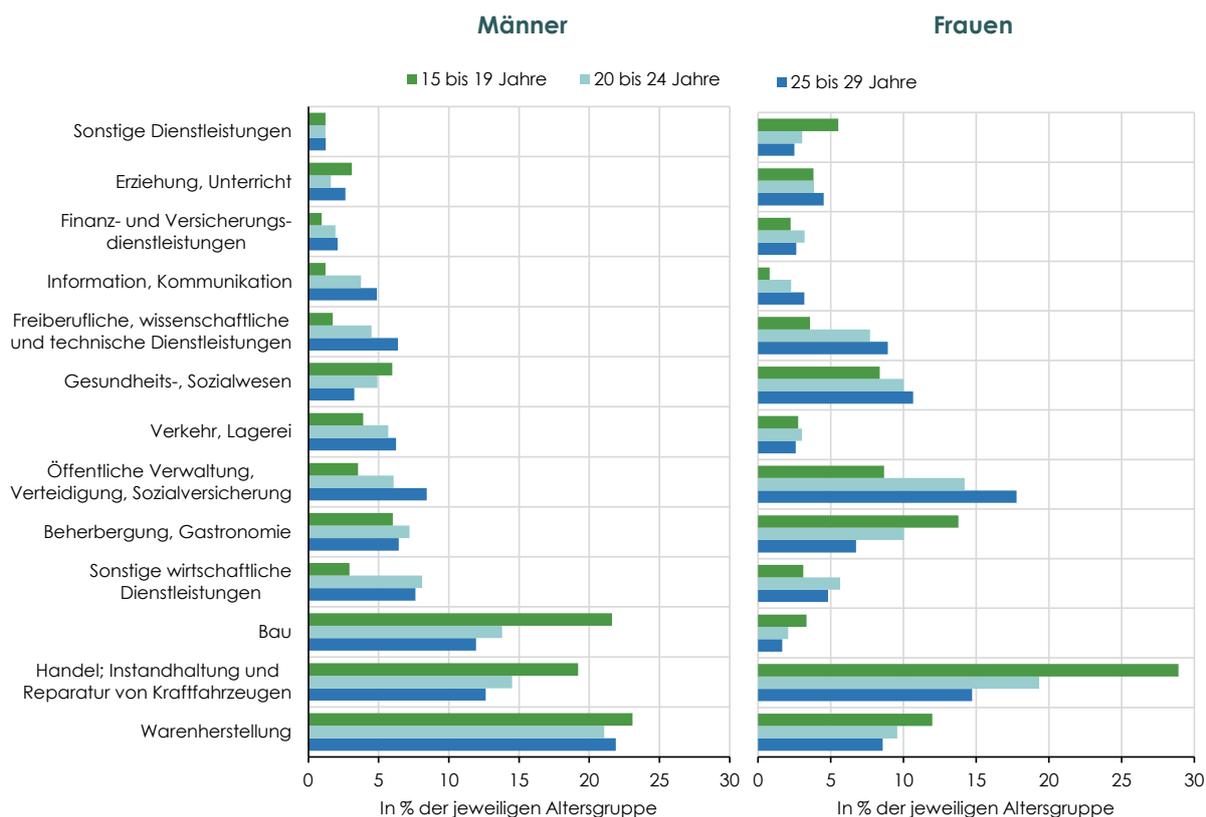
Auch innerhalb der Gruppe der Lehrlinge zeigt sich eine deutliche geschlechtsspezifische Segregation bei den gewählten Fachrichtungen: 19% der Mädchen absolvierten 2023 eine Lehre als Einzelhandelskauffrau, 10% als Bürokauffrau und 6% als Friseurin bzw. Stylistin. Diese drei Lehrberufe machten ein Drittel aller weiblichen Lehrlinge aus. In der Elektrotechnik waren 13% der Burschen zu finden, in der Metalltechnik 12% und in der Kraftfahrzeugtechnik 10%. Auch bei den Burschen konzentrierte sich rund ein Drittel auf diese drei Lehrberufe. Diese geschlechtstypischen Ausbildungswege sind sowohl mit unterschiedlichen zukünftigen Einkommenschancen (Dibiasi et al., 2021; Leitner et al., 2023) als auch mit unterschiedlichen Arbeitsbelastungen und arbeitsbedingten Unfallrisiken zwischen jungen Frauen und Männern verbunden (Wirtschaftskammer Österreich, 2024).

Nach Sparten in der Wirtschaftskammer betrachtet waren mit 43% etwas mehr als zwei Fünftel der Lehrlinge im Gewerbe und Handwerk, 16% in der Industrie und 14% im Handel tätig. Diese Verteilung ist in den letzten fünf Jahren stabil geblieben. Entsprechend der Wirtschaftsstruktur der Bundesländer (Mayerhofer et al., 2022; Piribauer et al., 2022) und der Lehrlingszahlen nach Wirtschaftsbereichen sind von den knapp 108.300 Lehrlingen 21% in Oberösterreich und jeweils rund ein Sechstel in Niederösterreich (16%) und Wien (17%) beschäftigt. Allerdings gewinnen überbetriebliche Ausbildungsplätze zunehmend an Bedeutung (Dornmayr & Löffler, 2022). Da nicht alle Ausbildungsinteressierten einen betrieblichen Ausbildungsplatz finden, bietet die öffentliche Hand Ausbildungsmöglichkeiten an. Überbetriebliche Lehrstellen können entweder für die gesamte Lehrzeit oder befristet mit dem Ziel eines regulären Lehrverhältnisses konzipiert sein. Im Jahr 2024 nahmen mit 5.300 Plätzen rund 5% aller Auszubildenden an einer überbetrieblichen Ausbildung teil (Schwingsmehl et al., 2024).

2.3.2 Wirtschaftsbereiche als Arbeitgeber für junge Erwerbstätige

Von allen unselbständig Beschäftigten – nicht nur den Lehrlingen – entlang der Wirtschaftsabschnitte (ÖNACE-Einsteller) waren 2023 29% der 15- bis 19-jährigen Mädchen dieser Altersgruppe im Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen beschäftigt, gefolgt vom Beherbergungs- und Gaststättenwesen (14%) und der Warenherstellung (12%). Bei den gleichaltrigen unselbständig beschäftigten Burschen war die Warenherstellung mit 23% die wichtigste Branche, gefolgt vom Baugewerbe (22%) und dem Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (19%). In der Gruppe der 20- bis 24-Jährigen erweitern sich die Wirtschaftsabschnitte, in denen junge Erwachsene tätig sind, da hier die Absolvent:innen mit Hochschul- bzw. Universitätsabschluss auf den Arbeitsmarkt treten. Allerdings zeigt sich hier, dass die Absolvent:innen von maturaführenden Schulen und Hochschulen nur zu einem Drittel Frauen sind, am anderen Ende des Spektrums sind es im Bereich der Wirtschafts- und Sozialberufe rund 80% (Bundeskanzleramt, 2024; Mayrhofer et al., 2024).

Abbildung 2.1: **Beschäftigung der jungen unselbständig Erwerbstätigen nach ÖNACE-Wirtschaftsklassen, 2023**



Q: amis-Datenbank; WIFO-Darstellung.

Die geschlechtsspezifischen Ausbildungsverläufe spiegeln sich in der Bedeutung der öffentlichen Verwaltung und der Sozialversicherung für junge Frauen wider: 14% der 20- bis 24-jährigen

und 18% der 25- bis 29-jährigen Frauen waren hier tätig. Im Gesundheits- und Sozialwesen waren es jeweils 10% der Frauen in diesen Altersgruppen. Unselbständig beschäftigte Männer im Alter von 20 bis 24 Jahren und 25 bis 29 Jahren waren zu 21% bzw. 22% in der Sachgütererzeugung tätig, gefolgt vom Wirtschaftsabschnitt Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (15% bzw. 13%) und dem Baugewerbe (14% bzw. 12%).

2.4 Das Krankheitsgeschehen von Lehrlingen und jungen Erwachsenen mit Daten der Österreichischen Gesundheitskasse

Die von der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) für den Fehlzeitenreport zur Verfügung gestellten anonymisierten Individualdaten über die Krankenstandsdiagnosen bilden die Grundlage der nachfolgenden empirischen Auswertungen in der Gruppe der jungen Erwerbstätigen. Es handelt sich dabei um Administrativdaten aus dem ÖGK-Data-Warehouse, die auf der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten ICD-10⁵⁵⁾ beruhen. Die bei der ÖGK erfassten Arbeitsunfähigkeitsmeldungen gemeinsam mit der Krankheitsdiagnose erfolgen durch Ärzt:innen im niedergelassenen Bereich und in anderen Einrichtungen im stationären, ambulanten Bereich sowie in Primärversorgungseinheiten. Durch die Verknüpfung dieser Daten mit sozio-ökonomischen Merkmalen aus den Daten des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger bzw. des Arbeitsmarktservice (AMS) können die Analysen entlang unterschiedlicher Altersgruppen, dem Geschlecht sowie nach Erwerbsstatus für Lehrlinge, Arbeiter:innen und Angestellte getrennt durchgeführt werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es im Vergleich zu den Fehlzeiten im ersten Teil des Berichts, der auch die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau umfasst, zu Abweichungen kommen kann.

2.4.1 Das Krankheitsgeschehen der 15- bis 29-Jährigen sowie der 15- bis 19-Jährigen

Im Folgenden wird das Krankheitsgeschehen von Personen unter 30 Jahren beleuchtet. Dabei gehen wir im Bereich der betrieblichen Fehlzeiten auf Krankenstandsfälle, Krankenstandstage sowie die Dauer der Krankenstände in Tagen ein. Zudem wird anhand von Arztbesuchs- und ECard-Steckungsdaten untersucht, welche Gesundheitsdienstleistungen von dieser Altersgruppe beansprucht werden. Abschließend werden auch noch die Aufenthaltsdauern in Krankenhäusern entlang der wichtigsten Krankheitsgruppen analysiert. Darüber hinaus finden sich im Anhang in Übersicht A9 bis Übersicht A16 auch die Verteilungen der Krankenstandsfälle, der Krankenstandstage, der durchschnittlichen Krankheitsdauer und Krankenhausaufenthaltsdauer nach Betriebsgröße und Branchen.

Ein besonderer Fokus wird dabei auf die Gruppe der 15- bis 19-Jährigen gerichtet. Dadurch kann zum einen das Krankenstandsgeschehen von jungen Personen untersucht werden, die in den Arbeitsmarkt eintreten und zum anderen kann so festgestellt werden, ob es auch schon bei jungen Menschen Heterogenitäten im Krankheitsgeschehen nach dem Alter gibt. Für einen

⁵⁵⁾ Die ICD-Kodierung (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme.

Vergleich und zur Kontextualisierung wird dabei das Krankenstandsgeschehen der 15- bis 19-Jährigen jenem der 15- bis 29-Jährigen gegenübergestellt. Dies ermöglicht es, die gesundheitlichen Probleme der 15- bis 19-Jährigen im Kontext der gesamten jungen Erwachsenenpopulation zu betrachten, um spezifische Risikofaktoren zu identifizieren, die in der breiteren Altersgruppe weniger oder mehr ausgeprägt sind. Abschließend wird ein Vergleich zur Gruppe der 30- bis 64-Jährigen gezogen.

Krankenstandsfälle

Die Analyse der Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen für die Altersgruppen der 15- bis 29-Jährigen und 15- bis 19-Jährigen von 2019 bis 2023 zeigt Trends und Unterschiede zwischen diesen Gruppen. Krankheiten des Atmungssystems bildeten in beiden Altersgruppen den größten Anteil der Krankenstandsfälle. Für die 15- bis 29-Jährigen sank dieser Anteil von 40,2% im Jahr 2019 auf 32,0% im Jahr 2021, um dann in den Jahren 2022 und 2023 sprunghaft auf gut 40% anzusteigen. Bei den 15- bis 19-Jährigen war eine ähnliche Tendenz zu beobachten, wobei der Anteil von 38,1% auf 33,9% nicht ganz so stark abnahm, dafür aber im Jahr 2022 noch deutlicher Anstieg und 2023 auf ähnlichem Niveau wie in der Gesamtgruppe verharrte. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten zeigten in beiden Altersgruppen einen deutlichen Rückgang über die Jahre. Bei den 15- bis 29-Jährigen fiel der Anteil von 20,4% im Jahr 2019 auf 13,8% im Jahr 2021, bei den 15- bis 19-Jährigen sogar noch etwas stärker von 22,0% auf 14,5%. In beiden Altersgruppen war ab dem Jahr 2023 wieder eine Trendwende mit steigenden Anteilen der Krankenstandsfälle zu verzeichnen.

Die Anteile der Verletzungen und Vergiftungen verzeichneten in beiden Altersgruppen bis 2021 einen Anstieg. Bei den 15- bis 29-Jährigen stieg der Anteil von 9,0% im Jahr 2019 auf 11,5% im Jahr 2021. Bei den 15- bis 19-Jährigen war durch den Anstieg von 10,1% auf 11,9% ein etwas höherer Anteil zu beobachten. In den Jahren 2022 und 2023 gab es allerdings einen kräftigen Rückgang auf Werte von 7,0% bzw. 7,7%.

Die sonstigen Krankheiten zeigten bis 2021 ebenfalls eine anteilige Erhöhung in beiden Gruppen. Bei den 15- bis 29-Jährigen stieg der Anteil von 16,7% im Jahr 2019 auf 22,1% im Jahr 2021, während bei den 15- bis 19-Jährigen der Anstieg von 18,9% auf 23,6% in einem höheren Anteil resultierte. In den Jahren 2022 bzw. 2023 gab es Rückgänge im Vergleich zu den Pandemie-jahren. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren bei den 15- bis 29-Jährigen mit 6,2% im Jahr 2019 relativ häufiger als bei den Jüngeren, der Anteil erhöhte sich während der Pandemiejahre und sank 2023 wieder auf 6,8%. Bei den 15- bis 19-Jährigen blieb der Anteil eher konstant, mit einem leichten Anstieg von 4,5% (2019) auf 5,0% (2023). Psychische und Verhaltensstörungen nahmen in beiden Altersgruppen anteilmäßig zu, mit einem Anstieg von 1,6% (2019) auf 2,6% (2023) bei den 15- bis 29-Jährigen und von 1,3% auf 2,2% bei den 15- bis 19-Jährigen.

Vergleicht man die Krankenstandsfälle der unter 30-Jährigen mit jenen der 30- bis 64-Jährigen zeigt sich, dass 2023 junge Menschen häufiger unter infektiösen und parasitären Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten des Atmungssystems litten. Auch COVID-19-

Erkrankungen waren 2023 bei den unter 30-Jährigen seltener der Grund für Krankenstände. Über 30-Jährige verzeichneten hingegen vor allem im Bereich der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes deutlich höhere Krankenstandsfälle.

Übersicht 2.2: Verteilung der Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen

	Alter in Jahren										
	15 bis 19					15 bis 29					30 bis 64
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2023
	Anteile in %										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	22,0	21,0	14,5	14,3	16,7	20,4	19,3	13,8	13,1	14,9	10,9
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	10,1	10,8	11,9	7,9	7,7	9,0	9,5	11,5	7,4	7,0	6,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	4,5	5,4	5,4	4,5	5,0	6,2	8,1	8,0	6,5	6,8	15,5
Krankheiten des Verdauungssystems	4,2	4,3	4,0	3,5	3,7	5,0	5,2	5,0	4,0	4,4	4,4
Krankheiten des Atmungssystems	38,1	33,2	33,9	42,4	40,8	40,2	33,6	32,0	41,7	41,5	36,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,9	0,9	0,9	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	0,7	0,7	1,9
Psychische und Verhaltensstörungen	1,3	1,8	2,1	1,8	2,2	1,6	2,3	2,6	2,2	2,6	2,9
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,3	3,8	4,3	1,9		1,4	4,1	6,5	3,6	6,0
Sonstige Krankheiten	18,9	21,2	23,6	20,6	21,3	16,7	19,8	22,1	17,9	18,5	15,9

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind.

Krankenstandstage

Auch bei den Krankenstandstagen stellten die Krankheiten des Atmungssystems in beiden Altersgruppen den größten Anteil dar, wobei bis 2021 ein Rückgang und für die Jahre 2022 und 2023 ein deutlicher Anstieg zu beobachten war. Bei den 15- bis 29-Jährigen sank dieser Anteil von 29,9% im Jahr 2019 auf 23,7% im Jahr 2021, um dann auf 31,3% (2022) bzw. 30,6% (2023) anzusteigen. Bei den 15- bis 19-Jährigen fiel der Rückgang zunächst geringer aus, von 31,8% auf 29,1%, aber der Anstieg auf 36,4% im Jahr 2022 bzw. 34,9% im Jahr 2023 war noch ausgeprägter. Verletzungen und Vergiftungen zeigten in beiden Altersgruppen in den Pandemie Jahren 2020 und 2021 einen ansteigenden Trend, um in den Jahren 2022 und 2023 auf niedrigere Anteile als vor der Pandemie zu fallen. Bei den 15- bis 29-Jährigen fiel der Anteil von 22,4% im Jahr 2019 auf 21,6% im Jahr 2021 und dann auf 17,4% (2022) bzw. 17,1% (2023). Bei den 15- bis 19-Jährigen gab es einen Rückgang von 24,9% auf 23,5% von 2019 auf 2021 und in den beiden folgenden Jahren ein weiteres Absinken auf 18,6% bzw. 19,8%. Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen verblieben demgegenüber in beiden Altersgruppen auf Werten, die höher waren als vor der Pandemie. Bei den 15- bis 29-Jährigen stieg der Anteil von 6,4% im Jahr 2019 auf 10,0% im Jahr 2021 und verharrte auf diesem Wert auch im Jahr 2023. Bei den 15- bis 19-

Jährigen erhöhte sich der Anteil von 3,7% (2019) auf 6,8% (2021), zeigte aber am aktuellen Datenrand einen leichten Rückgang (2023: 6,4%). Der Gesamtanstieg wird somit stärker von den Älteren getragen. Die sonstigen Krankheiten lagen leicht über den Werten von 2019, nach einem Anstieg vor allem im Jahr 2021. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes zeigen auch bei jungen Menschen bereits einen deutlichen Zusammenhang mit dem Alter, da diese bei den 15- bis 29-Jährigen deutlich häufiger sind. Auch bei diesen Krankheiten war bis 2021 ein Anstieg festzustellen, von 9,0% im Jahr 2019 auf 11,0% im Jahr 2021, und ab 2022 ein Rückgang, der 2023 jedoch etwas über dem Anteil von 2019 blieb. Bei den 15- bis 19-Jährigen blieb der Anteil über die Jahre eher konstant bei Werten zwischen 6,0% und 7,4%.

Bei den bestimmten infektiösen und parasitären Krankheiten sank der Anteil bei den 15- bis 29-Jährigen von 12,4% im Jahr 2019 auf 8,9% im Jahr 2023, während bei den 15- bis 19-Jährigen der Anteil von 14,9% auf 11,4% fiel. Für Krankheiten des Verdauungssystems blieben die Anteile stabil: bei den 15- bis 29-Jährigen schwankten sie zwischen 3,2% und 4,1%, bei den 15- bis 19-Jährigen zwischen 2,9% und 3,5%. Die Anteile für Krankheiten des Kreislaufsystems zeigten eine ähnlich geringe Variabilität. In der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen bewegten sich die Anteile bei 1,0%, und bei den 15- bis 19-Jährigen blieben sie konstant bei rund 0,8%.

Vergleichbar zu den Krankenstandsfällen konzentrierten sich 2023 die Krankenstandstage der Jungen gegenüber jenen der über 30-Jährigen deutlich stärker auf Atemwegserkrankungen sowie auf Verletzungen und Vergiftungen, während Fehltag bei Muskel-Skeletterkrankungen eine geringere Rolle spielten. Ein höherer Anteil an Krankenstandstagen der unter 30-Jährigen war bei infektiösen und parasitären Krankheiten festzustellen.

Übersicht 2.3: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen

	Alter in Jahren										
	15 bis 19					15 bis 29					30 bis 64
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2023
	Anteile in %										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	14,9	14,2	10,1	9,8	11,4	12,4	11,7	8,4	7,9	8,9	4,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	24,9	23,6	23,5	18,6	19,8	22,4	20,8	21,6	17,4	17,1	13,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	6,0	7,1	7,4	6,2	6,3	9,0	10,6	11,0	9,1	9,6	22,9
Krankheiten des Verdauungssystems	3,5	3,5	3,4	2,9	3,2	4,1	4,0	4,0	3,2	3,6	3,5
Krankheiten des Atmungssystems	31,8	28,9	29,1	36,4	34,9	29,9	25,8	23,7	31,3	30,6	18,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,9	0,8	0,9	0,7	0,8	1,1	1,1	1,1	1,0	1,0	3,9
Psychische und Verhaltensstörungen	3,7	5,3	6,8	5,9	6,4	6,4	8,2	10,0	8,6	9,9	10,7
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,2	2,1	4,9	2,6		1,1	2,1	6,7	4,0	4,5
Sonstige Krankheiten	14,3	15,4	16,8	14,7	14,7	14,8	16,8	18,2	14,8	15,4	17,6

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind.

Dauer in Tagen

Die Entwicklung der durchschnittlichen Krankheitsdauer nach Krankheitsgruppen zeigt in den Altersgruppen der 15- bis 29-Jährigen und 15- bis 19-Jährigen unterschiedliche Muster. Psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen verzeichnen die längsten Krankheitsdauern. Bei den 15- bis 29-Jährigen stieg die Dauer vor allem in den Pandemie Jahren und betrug 2023 durchschnittlich rund 24 Tage, wie im Jahr 2019. Auch bei den 15- bis 19-Jährigen ist dieses Muster zu erkennen, allerdings auf einem deutlich niedrigeren Niveau. So stieg die Dauer auf rund 16,0 Tage in den Jahren 2021 und 2022 und betrug 2023, so wie im Jahr 2019, rund 14 Tage. Insofern wird der hohe Wert der Gesamtgruppe stärker durch Personen ab 20 Jahren verursacht. Verletzungen und Vergiftungen zeigen ebenfalls eine hohe Krankenstandsdauer. In der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen gingen die Krankenstandstage von 14,4 im Jahr 2019 auf 11,9 Tage im Jahr 2021 zurück, stiegen dann jedoch auf 14,5 bzw. 15,0 Tage in den Jahren 2022 und 2023. Bei den 15- bis 19-Jährigen sank die Dauer von 11,4 Tagen im Jahr 2019 auf 9,6 Tage im Jahr 2021 und stieg auf 11,3 bzw. 12,0 Tage in den Jahren 2022 und 2023. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes wiesen bei den 15- bis 29-Jährigen eine relativ konstante Dauer zwischen 8,4 und 9,2 Tagen auf und zeigten keinen Trend. Bei den 15- bis 19-Jährigen bewegte sich die Dauer auf niedrigerem Niveau zwischen 5,9 und 7,2 Tagen, ebenfalls ohne ausgeprägten Trend.

Krankheiten des Kreislaufsystems zeigten bei den 15- bis 29-Jährigen eine Zunahme von 7,0 Tagen im Jahr 2019 auf 8,6 Tage im Jahr 2023. Bei den 15- bis 19-Jährigen blieb die Dauer hingegen über die Jahre eher stabil, mit Werten zwischen 4,5 und 5,3 Tagen. Krankheiten des Verdauungssystems und Krankheiten des Atmungssystems zeigten in beiden Altersgruppen kürzere Dauern. Bei den 15- bis 29-Jährigen waren diese für Krankheiten des Verdauungssystems zwischen 4,7 und 5,3 Tagen und für Krankheiten des Atmungssystems zwischen 4,3 und 5,4 Tagen. Bei den 15- bis 19-Jährigen waren die Dauern etwas kürzer, mit einem Bereich von 3,9 bis 4,5 Tagen für Krankheiten des Verdauungssystems und 3,9 bis 4,8 Tagen für Krankheiten des Atmungssystems. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten und sonstige Krankheiten wiesen die kürzesten Dauern auf.

In Summe zeigt sich, dass auch bei jungen Menschen unter 30 Jahren in einigen Krankheitsgruppen bereits ein Anstieg der durchschnittlichen Krankheitsdauer mit dem Alter festzustellen ist. Gegenüber den über 30-Jährigen lag 2023 die durchschnittliche Dauer eines Krankenstandes bei den 15- bis 29-Jährigen in allen betrachteten Krankheitsgruppen deutlich niedriger. Bei Kreislauferkrankungen war die Dauer etwa zwei Drittel kürzer, bei Muskel-Skeletterkrankungen, Krankheiten des Verdauungssystems und psychischen Erkrankungen etwa halb so lange. Bei Verletzungen und Vergiftungen waren die Fehlzeiten rund ein Drittel kürzer und bei Krankheiten des Atmungssystems ein Fünftel.

Übersicht 2.4: Krankheitsdauer nach Krankheitsgruppen

	Alter in Jahren										
	15 bis 19					15 bis 29					30 bis 64
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2023
	Durchschnittliche Tage je Fall										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,2	3,7	3,4	3,3	3,2	3,5	4,2	3,8	3,7	3,7	4,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	11,4	12,0	9,6	11,3	12,0	14,4	15,4	11,9	14,5	15,0	23,0
Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	6,2	7,2	6,7	6,6	5,9	8,4	9,2	8,6	8,7	8,7	16,2
Krankheiten des Verdauungssystems	3,9	4,5	4,2	4,0	4,1	4,7	5,3	5,1	5,0	5,0	8,6
Krankheiten des Atmungssystems	3,9	4,8	4,2	4,1	4,0	4,3	5,4	4,7	4,6	4,5	5,8
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,5	5,3	4,8	4,6	4,6	7,0	8,0	7,8	8,2	8,6	22,8
Psychische und Verhaltensstörungen	13,5	15,8	16,3	16,0	13,8	23,7	24,6	24,2	24,0	23,6	40,4
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		5,1	2,7	5,4	6,4		5,3	3,2	6,3	6,9	8,3
Sonstige Krankheiten	3,5	4,0	3,5	3,4	3,2	5,1	5,9	5,2	5,1	5,1	12,1

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind.

Arztbesuche

Eine Analyse der Arztbesuche nach den verschiedenen Fachgruppen und unterteilt nach den beiden Altersgruppen zeigt, dass Allgemeinmediziner:innen in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen häufiger besucht wurden als bei den 15- bis 29-Jährigen. Der Abstand betrug dabei in den betrachteten Jahren rund 11 bis 14 Prozentpunkte. Zahnärzt:innen werden in beiden Altersgruppen in etwa gleich beansprucht. In Bezug auf sonstige Facharztbesuche war eine Steigerung mit dem Alter feststellbar, welche zum Teil auf den Anstieg bei Fachärzt:innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zurückzuführen ist. Sonstige Gesundheitsdienstleister wurden bei der jüngeren Altersgruppe von rund 6,5% beansprucht und bei den Älteren zwischen 9% und 11%. In der Gruppe der über 30-Jährigen war 2023 der Anteil der Besuche bei Allgemeinmediziner:innen niedriger als bei den Jüngeren, bei Facharztbesuchen sowie bei sonstigen Gesundheitsdienstleistern höher.

Übersicht 2.5: Verteilung der Arztbesuche nach Fachgruppen

	Alter in Jahren										
	15 bis 19					15 bis 29					30 bis 64
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2023
Anteile in %											
Allgemeinmediziner:in	62,4	60,8	63,9	65,7	65,3	50,7	50,1	52,3	53,6	51,1	46,7
Facharzt, -ärztin für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	11,6	11,5	9,7	8,7	8,9	13,6	12,5	11,3	10,4	11,1	10,6
Sonstige Fachärzte und -ärztinnen	20,0	21,2	20,1	19,3	19,0	26,7	28,1	26,9	26,1	26,8	30,1
davon Frauenheilkunde und Geburtshilfe	3,1	3,6	3,1	3,2	3,2	5,3	6,5	5,6	5,4	5,7	3,4
Sonstige Gesundheitsdienstleister	6,0	6,5	6,3	6,3	6,8	9,1	9,3	9,5	9,9	10,9	12,6

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Sonstige Gesundheitsdienstleister" umfassen u. a. selbständige Ambulatorien, Physiotherapie, Psychotherapie.

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

Auch bei einem Vergleich der Krankenhausaufenthaltsdauern zwischen der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen und der jüngeren Altersgruppe, der 15- bis 19-Jährigen, zeigt sich, dass psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen die längsten Aufenthaltsdauern in Krankenhäusern verursachten. In der jüngeren Altersgruppe bewegte sich die Dauer zwischen 11,1 Tagen (2021) und 20,1 Tagen im Jahr 2023. Dieser starke Anstieg ging allerdings mit einem Rückgang der Fallzahlen⁵⁶⁾, z. B. in Wien und der Steiermark einher, bei gleichzeitig deutlich steigendem Mittelwert. Dies spricht dafür, dass z. B. durch verstärkte ambulante Angebote, nur mehr schwerere Fälle im Krankenhaus verbleiben und somit den Mittelwert nach oben treiben. In der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen, und somit getrieben durch die Älteren, waren diese Dauern länger, wobei sich vor allem in den Jahren 2022 und 2023 eine deutliche Zunahme abzeichnete. Bei der Interpretation dieser Zunahmen ist jedoch Vorsicht geboten, da dem viele Einflussfaktoren zugrunde liegen können, welche mit den vorliegenden Daten nicht beantwortet werden können. So können neben einer geänderten Versorgungslandschaft auch veränderte Krankheitsbilder sowie eine Ausweitung und Veränderung der Krankheitsbehandlung zu Änderungen der Aufenthaltsdauern führen.

Bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes waren Dauern zwischen 4,1 Tagen (2020, 15- bis 19-Jährige) und 10,2 Tagen (2023, 15- bis 29-Jährige) zu beobachten. Der durchschnittliche Krankenhausaufenthalt bei Infektionen sowie Verletzungen und Vergiftungen lag bei 4 bis 5 Tagen in beiden Gruppen, bei der Behandlung von Kreislauferkrankungen etwas höher. Wie bei der Dauer der Krankenstandstage ist somit auch bei bestimmten

⁵⁶⁾ In der Steiermark sank die Fallzahl für unter 20-Jährige mit einem Krankenhausaufenthalt aufgrund psychischer Krankheiten und Verhaltensstörungen von 111 im Jahr 2022 auf nur mehr 28 im Jahr 2023, für Wien von 65 (2022) auf 19 (2023). In beiden Fällen stieg der Mittelwert dadurch deutlich von rund 14 auf 38 Tage in der Steiermark und von rund 10 auf 21 Tage in Wien.

Krankheitsgruppen ein Anstieg der Aufenthaltsdauer mit dem Alter feststellbar. Ein durchgängiger Alterseffekt war 2023 auch bei den Krankenhausaufenthalten festzustellen. Für alle Krankheitsgruppen lagen die Aufenthaltsdauern der über 30-Jährigen über jenen der Jüngeren.

Übersicht 2.6: **Dauer der Krankenhausaufenthalte nach Krankheitsgruppen**

	Alter in Jahren										
	15 bis 19					15 bis 29					30 bis 64
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2023
	Durchschnittliche Tage je Aufenthalt										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,5	3,8	3,5	5,9	4,9 ¹⁾	4,0	4,1	4,5	5,1	4,6	8,3
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	4,2	3,8	4,0	4,9	4,1	5,0	4,4	4,3	4,6	4,6	7,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	7,0	4,1	4,3	4,9	5,9	8,3	5,5	5,7	8,1	10,2	31,3
Krankheiten des Verdauungssystems	4,0	5,1	4,9	4,6	3,9	4,0	4,4	4,6	4,7	3,9	4,7
Krankheiten des Atmungssystems	4,2	4,5	4,2	4,2	4,2	4,4	4,9	4,9	4,8	5,3	13,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,3	5,7	5,2	5,7	6,6 ¹⁾	5,3	6,6	5,6	8,0	8,8	16,4
Psychische und Verhaltensstörungen	11,3	10,8	11,1	11,2	20,1	14,2	16,5	16,2	19,4	24,4	41,9
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		5,6 ¹⁾	5,1 ¹⁾	5,2 ¹⁾	8,3 ¹⁾		5,3	7,2	9,6	24,2 ¹⁾	20,1
Sonstige Krankheiten	3,6	3,7	3,8	4,3	4,4	3,9	4,1	4,2	5,0	5,3	7,6

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind. – ¹⁾ Weniger als 100 Beobachtungen.

2.4.2 Unterscheidung nach Geschlecht

Da der Arbeitsmarkt immer noch deutliche geschlechtsspezifische Segmentierungen aufweist, überträgt sich dies auch auf betriebliche Fehlzeiten sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Daher werden im Folgenden Unterschiede im Bereich der Krankenstandsfälle, der Krankenstandstagen, der Dauer der Krankenstandstage sowie der Arztbesuche und der Krankenhausaufenthalte nach Geschlecht untersucht.

Krankenstandsfälle

Krankheiten des Atmungssystems dominieren sowohl bei Frauen und Männern die Krankenstandsfälle, und es sind keine großen Unterschiede über die Jahre zwischen den Geschlechtern festzustellen. Bei den 15- bis 29-jährigen Frauen war der Anteil 2019 und 2023 konstant, und bei den Männern wurde ein Anstieg von 39,4% auf 41,9% verzeichnet. Deutlichere Unterschiede in den Anteilen der Krankenstandsfälle gab es bei den infektiösen und parasitären Krankheiten. Hier wiesen Männer etwa 2 bis 3 Prozentpunkte höhere Anteile auf. Insgesamt war für beide Geschlechter bis 2022 eine stark fallende Tendenz zu erkennen, bei den Frauen von 19,2% auf 11,9% und bei den Männern von 21,4% auf 14,1%. Im Jahr 2023 ergaben sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern wieder höhere Anteile.

Auch die Verletzungen und Vergiftungen sowie die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes weisen geschlechtsspezifische Unterschiede beim Ausmaß der Krankenstandsfälle auf. In beiden Gruppen hatten Männer deutlich höhere Anteile zu verzeichnen. Verletzungen und Vergiftungen verzeichneten zudem für beide Geschlechter bis zum Jahr 2021 eine zunehmende Tendenz und sanken ab 2022 deutlich. Bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes war bei Frauen eine relativ stabile Entwicklung zu beobachten, bei Männern waren 2023 ein Wert über jenem von 2019 zu beobachten. Auch psychische Krankheiten und Verhaltensstörung differieren nach den Geschlechtern. Sie hatten bei Frauen eine um rund 1 bis 1,5 Prozentpunkte höhere Bedeutung.

Die größte Abweichung zwischen den Geschlechtern ergibt sich bei den sonstigen Krankheiten. Rund 3 Prozentpunkte der Differenz können dabei durch Krankenstandsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (nicht extra ausgewiesen) erklärt werden. Auch im Vergleich mit den 30- bis 64-jährigen Frauen und Männern zeigt sich, dass unabhängig vom Geschlecht mit zunehmendem Lebensalter ein deutlicher Anstieg bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes stattfand.

Übersicht 2.7: Verteilung der Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Geschlecht

	Alter in Jahren												
	Frauen					15 bis 29					30 bis 64		
						Männer					F	M	
2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2023			
Anteile in %													
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	19,2	17,5	12,5	11,9	13,6	21,4	20,7	14,9	14,1	16,1	10,7	11,1	
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	5,3	5,6	7,8	4,4	4,2	12,0	12,5	14,3	9,9	9,4	4,9	8,0	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	4,8	6,4	6,2	4,8	5,0	7,3	9,4	9,4	7,8	8,2	13,3	17,6	
Krankheiten des Verdauungssystems	5,4	5,4	5,2	4,0	4,4	4,7	5,0	4,8	4,0	4,4	4,0	4,8	
Krankheiten des Atmungssystems	41,1	34,0	32,0	41,7	41,1	39,4	33,3	32,0	41,7	41,9	36,4	35,6	
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,0	1,1	1,1	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8	0,6	0,6	1,7	2,1	
Psychische und Verhaltensstörungen	2,0	3,1	3,5	2,8	3,3	1,2	1,8	1,9	1,7	1,9	3,6	2,2	
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,4	3,9	7,0	4,0		1,5	4,3	6,1	3,2	6,8	5,2	
Sonstige Krankheiten	21,1	25,5	27,9	22,5	23,5	13,2	15,2	17,6	14,1	14,2	18,7	13,3	

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind.

Krankenstandstage

Bei den infektiösen und parasitären Krankheiten zeigen beide Geschlechter der 15- bis 29-Jährigen einen Rückgang der Anteile der Krankenstandstage über den Zeitraum 2019 bis 2023, wobei der Anteil bei Frauen von 12,5% auf 8,5% und bei Männern von 12,3% auf 9,2% sank. Die

Anteile für Verletzungen und Vergiftungen waren bei Männern erheblich höher im Vergleich zu Frauen. Während der Anteil bei Männern von 2019 bis 2021 von 29,5% auf 28,8% leicht fiel und 2023 auf 23,6% zurückging, blieb er bei Frauen stabiler und lag zwischen 9,2% (2022, 2023) und 12,3% (2021).

Auch bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes war bei beiden Geschlechtern bis 2021 ein leichter Anstieg und anschließend ein Rückgang der Anteile zu beobachten. Bei Männern stieg der Anteil von 9,6% auf 12,2%, während er bei Frauen von 8,1% auf 9,4% zunahm. Im Jahr 2023 lagen die Anteile der Frauen bei 8,0% und die der Männer bei 10,9%. Die Anteile für Krankheiten des Verdauungssystems blieben bei beiden Geschlechtern über die Jahre eher konstant und niedrig. Ein kontinuierlicher Rückgang war bis 2021 auch bei den Krankheiten des Atmungssystems feststellbar, wobei die Anteile von 32,7% auf 24,2% bei Frauen und von 27,9% auf 23,3% bei Männern sanken. Im Jahr 2023 lagen die Anteile bei den Frauen wieder im Bereich von 2019 und bei Männern über dem Wert von 2019. Die Anteile für Krankheiten des Kreislaufsystems waren durchgehend niedrig und zeigten, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, kaum Veränderungen.

Bei psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen war ein Anstieg der Anteile der Krankenstandstage bei Frauen (von 9,0% auf 13,2%) und Männern (von 4,6% auf 7,2%) zu beobachten, womit die Werte deutlicher über jenen des Jahres 2019 lagen. Die sonstigen Krankheiten zeigten bis 2021 sowohl bei Frauen (von 19,9% auf 24,8%) als auch bei Männern (von 11,1% auf 13,0%) einen kontinuierlichen Anstieg, sanken aber in 2022 und blieben 2023 im Bereich des Vorjahres.

Übersicht 2.8: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht

	Alter in Jahren										30 bis 64	
	Frauen					Männer					F	M
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2023	
	Anteile in %											
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	12,5	11,1	7,9	7,5	8,5	12,3	12,1	8,8	8,2	9,2	4,2	4,5
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	12,2	11,3	12,3	9,2	9,2	29,5	28,2	28,8	24,0	23,6	10,5	16,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,1	9,5	9,4	7,7	8,0	9,6	11,5	12,2	10,3	10,9	21,6	24,1
Krankheiten des Verdauungssystems	4,4	4,0	4,1	3,2	3,5	3,9	3,9	3,9	3,2	3,6	2,7	4,1
Krankheiten des Atmungssystems	32,7	27,1	24,2	32,3	31,2	27,9	24,7	23,3	30,4	30,1	19,3	18,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,1	1,2	1,2	1,0	1,2	1,0	1,0	1,1	0,9	0,9	2,6	5,2
Psychische und Verhaltensstörungen	9,0	11,2	13,9	11,5	13,2	4,6	5,9	7,0	6,3	7,2	13,2	8,4
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,1	2,1	7,5	4,6		1,1	2,1	6,1	3,4	5,3	3,8
Sonstige Krankheiten	19,9	23,4	24,8	20,1	20,7	11,1	11,7	13,0	10,7	11,0	20,6	14,8

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind.

Im Vergleich mit den über 30-Jährigen waren die Krankenstandstage für Muskel-Skeletterkrankungen bei den Jungen deutlich und für Kreislauferkrankungen etwas geringer. Mehr anteilige Krankenstandstage fanden sich hingegen bei den Atemwegserkrankungen (ohne COVID-19-Erkrankungen) und bei Infektionskrankheiten. Geschlechtsspezifische Differenzen bleiben vor allem bei Verletzungen und Vergiftungen bestehen, auch wenn diese in absoluten Tagen mit dem Alter abnehmen. Bei infektiösen und parasitären Krankheiten verschwinden geschlechtsspezifische Unterschiede. Im Bereich der Krankheiten des Verdauungssystems sowie bei Krankheiten des Kreislaufsystems traten bei über 30-Jährigen hingegen geschlechtsspezifische Unterschiede auf.

Dauer in Tagen

Die mit Abstand längsten durchschnittlichen Krankheitsdauern der 15- bis 29-Jährigen waren bei beiden Geschlechtern für psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen zu verzeichnen. Im Gegensatz zu Krankenstandsfällen und dem Anteil der Krankenstandstage zeigten sich bei der Krankheitsdauer kaum Unterschiede zwischen Männern und Frauen und auch kein ausgeprägter Einfluss der Pandemiejahre. Frauen hatten am aktuellen Datenrand (2023) eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 23,8 Tagen und Männer von 23,3 Tagen.

Die Dauer von Verletzungen und Vergiftungen wies bei beiden Geschlechtern bis zum Jahr 2021 einen Rückgang auf und stieg dann wieder an. Bei Frauen betrug die Dauer im Jahr 2023 13,3 Tage und bei Männern 15,7 Tage. Somit zeigen sich in dieser Krankheitsgruppe auch bei der Krankheitsdauer höhere Werte für die Männer, wenn auch die Unterschiede weniger ausgeprägt sind als bei den Krankheitsfällen und der Verteilung der Krankenstandstage. Demgegenüber waren bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes die Krankheitsdauern bei den Frauen rund 1 bis 1,5 Tagen länger als bei den Männern. In der Tendenz blieb die Krankheitsdauer allerdings sowohl bei Frauen als auch bei den Männern stabil. Erkrankungen des Verdauungssystems zeigten keine ausgeprägten geschlechtsspezifischen Unterschiede und einen stabilen Verlauf der Krankheitsdauern bei Männern und Frauen. Ähnliche Muster waren bei Krankheiten des Atmungssystems und den infektiösen und parasitären Krankheiten zu beobachten.

Die durchschnittliche Krankheitsdauer der Jungen im Vergleich zu den über 30-jährigen Frauen und Männern zeigt hier das bekannte Bild: Junge Erwerbstätige hatten im Schnitt deutlich kürzere Krankenstände, sie gesunden also schneller als Ältere, selbst bei Atemwegs- oder Infektionskrankheiten, aber auch bei Verletzungen und Vergiftungen. Bei den psychischen Erkrankungen zeigten sich beinahe doppelt so lange Fehlzeiten bei den Älteren, ebenfalls bei Krankheiten des Kreislaufsystems und des Muskel-Skelettsystems. Auffällig ist, dass auch bei der Krankheitsdauer bei bestimmten Krankheitsgruppen erst im höheren Alter geschlechtsspezifische Unterschiede auftreten. So sind die Dauern im Fall von Krankheiten des Kreislaufsystems bei über 30-jährigen Männern im Durchschnitt 10 Tage höher als bei Frauen, während bei unter 30-Jährigen nur geringe Differenzen auftraten. Ähnliches gilt auch für Krankheiten des Verdauungssystems und psychische Krankheiten, die bei über 30-jährigen Männern mit etwas längeren

Krankenständen einhergehen, während bei unter 30-Jährigen keine Differenzen zu den Frauen bestanden.

Übersicht 2.9: Krankheitsdauer nach Krankheitsgruppen und Geschlecht

	Alter in Jahren										30 bis 64	
	Frauen					Männer					F	M
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2023	
	Durchschnittliche Tage je Fall											
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,5	4,3	4,0	3,8	3,8	3,5	4,2	3,8	3,7	3,6	4,3	4,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	12,5	13,8	9,9	12,5	13,3	15,0	16,0	12,7	15,3	15,7	23,3	22,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	9,1	10,2	9,6	9,6	9,5	8,1	8,7	8,2	8,3	8,3	17,7	15,2
Krankheiten des Verdauungssystems	4,5	5,1	5,0	4,9	4,8	5,0	5,5	5,1	5,0	5,2	7,5	9,5
Krankheiten des Atmungssystems	4,3	5,5	4,7	4,7	4,6	4,3	5,3	4,6	4,6	4,5	5,8	5,8
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,8	7,1	6,9	7,2	8,1	8,2	9,1	8,8	9,4	9,2	17,1	27,1
Psychische und Verhaltensstörungen	24,2	25,1	25,2	24,8	23,8	23,0	23,8	22,8	23,0	23,3	39,7	41,5
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		5,3	3,4	6,5	6,9		5,4	3,0	6,2	6,8	8,5	8,0
Sonstige Krankheiten	5,1	6,3	5,6	5,4	5,3	5,1	5,5	4,7	4,8	4,9	12,0	12,3

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind.

Arztbesuche

Bei der Verteilung der Arztbesuche der 15- bis 29-Jährigen nach Geschlecht ergeben sich deutliche Unterschiede in der Beanspruchung von Allgemeinmediziner:innen. Männer nahmen diese um rund 13 bis 14 Prozentpunkte häufiger in Anspruch als Frauen. Ein Blick auf die Inanspruchnahme der Fachärzt:innen zeigt dabei, dass sich diese Differenz nahezu vollständig durch Besuche bei Fachärzt:innen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erklären lässt. Es zeigt sich auch, dass Männer etwas häufiger zahnmedizinische Leistungen in Anspruch nahmen, sonstige Gesundheitsdienstleistungen wurden demgegenüber häufiger von Frauen beansprucht. Für das Jahr 2021 entstand diese Differenz z. B. durch die Inanspruchnahme von Dienstleistungen von Hebammen (0,5% bei Frauen) oder Psychotherapeut:innen (1,5% gegenüber 0,8%).

Mit zunehmenden Lebensalter wurden häufiger Fachärzt:innen konsolidiert und mehr sonstige Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen. Einzig der Anteil der zahnmedizinischen Leistungen unterschied sich zwischen den Altersgruppen wenig.

Übersicht 2.10: **Verteilung der Arztbesuche nach Fachgruppen und Geschlecht**

	Alter in Jahren										30 bis 64	
	Frauen					Männer					F	M
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2023	
	Anteile in %											
Allgemeinmediziner:in	45,0	44,0	46,0	47,6	45,6	57,7	58,2	60,3	61,3	58,4	43,6	50,6
Facharzt, -ärztin für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	12,5	11,2	10,3	9,3	9,9	14,9	14,2	12,6	11,7	12,8	9,7	11,8
Sonstige Fachärzte und -ärztinnen	32,3	34,1	32,6	31,6	32,0	19,8	20,2	19,6	19,1	19,9	32,9	26,6
davon Frauenheilkunde, Geburtshilfe	9,6	11,4	10,0	9,6	10,0						6,0	
Sonstige Gesundheitsdienstleister	10,3	10,7	11,1	11,4	12,4	7,6	7,4	7,5	7,8	8,9	13,8	11,0

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Sonstige Gesundheitsdienstleister" umfassen u. a. selbständige Ambulatorien, Physiotherapie, Psychotherapie.

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

Die längsten Aufenthaltsdauern der 15- bis 29-Jährigen wurden bei psychischen und Verhaltensstörungen verzeichnet, wobei Frauen im Jahr 2023 durchschnittlich 27,8 Tage und Männer 20,1 Tage im Krankenhaus verbrachten. Hier ist bei beiden Geschlechtern ein Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren zu beobachten, der vor allem bei den Frauen sehr ausgeprägt ist.

Bei den meisten anderen Aufenthaltsdauern in Krankenhäusern zeigen sich keine ausgeprägten Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Im Einzelnen war bei den infektiösen und parasitären Krankheiten eine leichte Zunahme der Aufenthaltsdauer sowohl bei Frauen als auch bei Männern zu beobachten. Frauen hatten im Jahr 2019 eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 3,7 Tagen, die sich bis 2023 auf 4,1 Tage erhöhte. Bei Männern stieg die Dauer von 4,2 Tagen im Jahr 2019 auf 5,0 Tage im Jahr 2023 zudem geringfügig stärker als bei Frauen. Die Dauer der Krankenhausaufenthalte aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen blieb bei Männern über die Jahre relativ konstant bei etwa 4,5 Tagen, während sie sich bei Frauen zwischen 3,8 Tagen (2020) und 5,3 Tagen (2019) bewegten. Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes zeigten bei Frauen einen deutlichen Anstieg der Aufenthaltsdauer von 8,3 Tagen im Jahr 2019 auf 11,1 Tage im Jahr 2023. Bei Männern war ebenfalls ein Anstieg von 8,3 Tagen auf 9,5 Tage im selben Zeitraum festzustellen. Bei den Krankheiten des Verdauungssystems war sowohl bei Frauen als auch bei Männern eine relativ konstante Aufenthaltsdauer zu beobachten. Die Aufenthaltsdauer bei Krankheiten des Atmungssystems stieg hingegen bei Frauen von 4,3 Tagen im Jahr 2019 auf 5,7 Tage im Jahr 2023, während sie bei den Männern stabil bei rund 5 Tagen lag. Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems zeigt sich sowohl bei Frauen als auch bei den Männern ein Anstieg der Aufenthaltsdauern. Bei den Frauen von 4,9 Tagen im Jahr 2019 auf 9,4 Tage im Jahr 2023 und bei Männern von 5,5 Tagen auf 8,4 Tage im gleichen Zeitraum.

Wenn von der Krankheitsdauer auf die Schwere der Erkrankung geschlossen werden könnte, zeigt sich auch bei den Krankenhausaufenthaltsdauern eine längere Behandlungsnotwendig-

keit mit zunehmendem Lebensalter. Junge Frauen und Männer blieben bei Infektionskrankheiten halb so lange im Krankenhaus wie die über 30-Jährigen, das waren im Schnitt um rund 4 Tage weniger. Bei Atemwegs- und Muskel-Skeletterkrankungen war es knapp ein Drittel der Zeit von Älteren. Bei der entlang der Krankheitsgruppen längsten Aufenthaltsdauer der psychischen Erkrankungen lag die Differenz gegenüber den über 30-Jährigen bei 18 Tagen bei den Frauen und 17 Tagen bei den Männern.

Übersicht 2.11: **Dauer der Krankenhausaufenthalte nach Krankheitsgruppen und Geschlecht**

	Alter in Jahren										30 bis 64		
	Frauen					Männer					F	M	
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2023		
	15 bis 29												
	Durchschnittliche Tage je Aufenthalt												
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,7	3,8	4,3	4,7	4,1	4,2	4,4	4,7	5,5	5,0	8,1	8,4	
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	5,3	3,8	3,9	4,2	4,6	4,8	4,6	4,4	4,8	4,6	7,7	7,3	
Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	8,3	5,1	5,9	8,5	11,1	8,2	5,7	5,6	7,8	9,5	33,3	29,2	
Krankheiten des Verdauungssystems	4,0	4,3	4,3	4,4	3,8	4,0	4,5	4,8	4,8	4,0	4,7	4,7	
Krankheiten des Atmungssystems	4,3	4,9	4,7	5,0	5,7	4,4	5,0	5,1	4,7	4,9	14,8	11,8	
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,9	7,4	6,3	9,0	9,4	5,5	6,1	5,1	7,3	8,4	14,1	17,4	
Psychische und Verhaltensstörungen	17,2	17,4	17,9	22,9	27,8	11,5	15,6	14,4	15,9	20,1	45,6	37,5	
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		4,6 ¹⁾	8,5	11,7	32,4 ¹⁾		6,0	6,2	6,4	12,1 ¹⁾	21,5	18,0	
Sonstige Krankheiten	3,6	3,9	3,9	4,7	4,7	4,1	4,3	4,6	5,6	6,3	7,0	8,3	

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind. – ¹⁾ Weniger als 100 Beobachtungen.

2.4.3 Ausmaß und Struktur der Fehlzeiten bei Lehrlingen im Vergleich zu Arbeiter:innen und Angestellten

Abschließend betrachten wir das Krankheitsgeschehen nach Erwerbsstatus. Dabei kann einerseits zwischen Lehrlingen, Arbeiter:innen und Angestellten unterschieden werden. Zudem machen wir auch noch einen Vergleich nach Altersgruppen. Da insbesondere die Lehrlinge sehr stark in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen vertreten sind, gehen wir in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen stärker auf die Unterschiede zwischen Arbeiter:innen und Angestellten ein.

Krankenstandsfälle

Über die Jahre 2019 bis 2023 entfielen bei einer Auswertung nach dem Erwerbsstatus die meisten Krankenstandsfälle auf Krankheiten des Atmungssystems. Auffällig bei den Lehrlingen ist dabei, dass dieser Wert relativ unbeeinflusst von der COVID-19-Pandemie war und bis 2021 annähernd stabil blieb. Ab 2022 kam es zu einem deutlichen Anstieg auf rund 40%. Demgegenüber waren die Anteile bei den 15- bis 29-jährigen Arbeiter:innen und Angestellten in den

Jahren 2019 bis 2021 deutlich höher. Der Verlauf über die Jahre 2019 bis 2021 war dabei von einem deutlichen Rückgang gekennzeichnet, bei Angestellten von 44,3% (2019) auf 34,6% (2021) und bei Arbeiter:innen von 37,0% (2019) auf 29,8% (2021). In den Jahren 2022 und 2023 kam es dann für beide Gruppen zu einem deutlichen Anstieg um rund 10 Prozentpunkte.

Die zweithäufigsten Krankenstandsfälle wurden bei den 15- bis 19-jährigen Lehrlingen von infektiösen und parasitären Krankheiten verursacht. Hier sank der Anteil der Krankenstandsfälle von 22,8% im Jahr 2019 auf 16,5% im Jahr 2023. Dieser Rückgang war in dieser Altersgruppe auch bei den Angestellten (von 21,9% auf 16,2%) und den Arbeiter:innen (von 21,5% auf 17,5%) zu beobachten. Auch bei einer Gesamtbetrachtung aller Beschäftigten unter 30 Jahren ergab sich ein Rückgang an Krankenstandsfällen von infektiösen und parasitären Krankheiten zwischen 5 und 6 Prozentpunkten.

Wohl auch durch den Rückgang bei den anderen Krankheitsgruppen hatte sich die relative Häufigkeit von Verletzungen und Vergiftungen in den Jahren 2019 bis 2021 erhöht. Die Zunahme der Fälle (von 8,3% auf 10,2% bei 15- bis 19-Jährigen bzw. 7,7% auf 9,5% bei 15- bis 29-Jährigen) war bei Lehrlingen in etwa gleich stark ausgeprägt wie bei Angestellten (von 5,9% auf 8,5% bei den 15- bis 29-Jährigen) und Arbeiter:innen (von 13,0% auf 15,1%), wobei letztere somit einen deutlich höheren Anteil an Verletzungen und Vergiftungen als die beiden anderen Gruppen verzeichneten. In den Jahren 2022 und 2023 kam es dann zu einem deutlichen Rückgang der Krankenstandsfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen auf einen Anteil unter jenem von 2019.

Bei psychischen und Verhaltensstörungen zeigten sich für 15- bis 19-Jährige zwischen 2019 und 2023 bei allen Gruppen Anstiege: bei Lehrlingen von 2,2% auf 2,7%, bei Arbeiter:innen von 1,3% auf 2,1% und am deutlichsten bei den Angestellten von 1,7% auf 2,9%. Die Entwicklung der Krankenstandsfälle im Bereich der Schlüsselnummern für besondere Zwecke ist auf die COVID-19-Pandemie zurückzuführen und insbesondere in den Jahren 2021 und 2022 stark ausgeprägt.

Um Abweichungen im Krankheitsgeschehen zwischen der Gruppe der Jugendlichen im Alter von 15 bis 19 Jahren und den jungen Erwachsenen insgesamt (Altersgruppe 15 bis 29 Jahre) beurteilen zu können, betrachten wir im Folgenden auffällige Abweichungen zwischen diesen beiden Gruppen. Bei den jüngeren Lehrlingen wird deutlich, dass es bei Krankheiten des Atmungssystems zwischen 2021 bis 2023 zu höheren Anteilen kommt (gut 1 Prozentpunkt). Es zeigt sich auch, dass die jüngeren Arbeiter:innen in dieser Krankheitsgruppe deutlich höhere Krankenstandsfälle aufwiesen, mit einer Differenz von bis zu 5 Prozentpunkten im Jahr 2021. Diese Abweichung nahm in den folgenden Jahren jedoch wieder ab.

Durchwegs höhere Krankenstandsfälle waren für Lehrlinge im Alter von 15 bis 19 Jahren bei Verletzungen und Vergiftungen zu beobachten und die Abweichungen zur Gruppe der 15- bis 29-Jährigen betragen zwischen 0,5 und 1 Prozentpunkt. Diese Abweichungen sind vergleichbar mit den Altersdifferenzen bei den Arbeiter:innen, während es bei Angestellten am aktuellen Datenrand (2022/2023) zu keinen Unterschieden kam. Im Gegensatz dazu zeigten die jüngeren Arbeiter:innen über alle Jahre niedrigere Krankenstandsfälle bei Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Im Jahr 2019 lag die Abweichung bei –3,5 Prozentpunkten

und im Jahr 2023 bei –3,9 Prozentpunkten. Schließlich lagen auch die Erkrankungen des Verdauungssystems bei jüngeren Arbeiter:innen konstant unter denen ihrer älteren Kolleg:innen: gut –1 Prozentpunkt.

Übersicht 2.12: **Verteilung der Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Erwerbsstatus**

	15- bis 19-Jährige					15- bis 29-Jährige				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Anteile in %										
Angestellte										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	21,9	20,7	14,2	13,8	16,2	20,3	18,9	13,5	12,4	14,3
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	6,3	6,9	8,9	4,8	4,7	5,9	6,0	8,5	4,7	4,6
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	3,3	4,1	3,9	3,2	3,5	4,5	5,8	5,7	4,2	4,5
Krankheiten des Verdauungssystems	4,5	4,7	4,4	3,7	3,8	5,1	5,5	5,3	3,9	4,4
Krankheiten des Atmungssystems	41,2	35,7	35,8	45,2	42,3	44,3	36,9	34,6	45,1	44,7
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,0	1,0	1,0	0,8	1,0	0,9	1,0	1,0	0,7	0,7
Psychische und Verhaltensstörungen	1,3	1,9	2,2	1,9	2,7	1,7	2,7	3,1	2,5	2,9
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,5	4,3	5,3	2,6		1,7	4,3	8,1	4,8
Sonstige Krankheiten	20,5	23,5	25,4	21,3	23,3	17,4	21,5	24,1	18,3	19,1
Arbeiter:innen										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	21,5	20,2	14,0	14,7	17,5	20,1	19,0	13,8	13,6	15,3
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	13,8	14,9	16,0	11,3	11,0	13,0	13,3	15,1	10,7	10,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	4,9	6,2	6,1	5,5	6,3	8,4	10,9	10,9	9,4	10,2
Krankheiten des Verdauungssystems	3,7	3,8	3,5	3,1	3,4	4,9	5,0	4,8	4,1	4,5
Krankheiten des Atmungssystems	39,0	34,8	35,2	42,6	40,9	37,0	31,2	29,8	38,4	38,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,8	0,7	0,8	0,6	0,6	0,9	0,9	0,9	0,7	0,8
Psychische und Verhaltensstörungen	0,9	1,1	1,3	1,3	1,7	1,3	1,8	2,0	1,8	2,1
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,3	4,0	4,4	1,8		1,3	4,2	5,4	2,5
Sonstige Krankheiten	15,4	17,0	19,1	16,6	16,7	14,4	16,8	18,6	15,7	16,0
Lehrlinge										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	22,8	22,1	15,2	14,3	16,5	22,4	21,8	15,2	14,1	16,2
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	8,3	9,0	10,2	7,2	7,4	7,7	8,3	9,5	6,6	6,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	5,0	5,6	5,6	4,5	4,9	5,5	6,1	6,1	5,0	5,4
Krankheiten des Verdauungssystems	4,6	4,6	4,1	3,6	3,8	4,8	4,8	4,5	3,9	4,0
Krankheiten des Atmungssystems	33,8	29,7	31,5	40,7	40,2	33,2	29,6	30,2	39,5	39,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,0	1,0	0,9	0,7	0,8	1,0	0,9	0,9	0,7	0,7
Psychische und Verhaltensstörungen	1,8	2,7	2,7	2,1	2,2	2,2	3,0	3,1	2,5	2,7
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,1	3,2	3,7	1,7		1,0	3,2	3,8	1,8
Sonstige Krankheiten	22,8	24,3	26,5	23,2	22,5	23,2	24,6	27,4	24,0	23,6

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind.

Krankenstandstage

Bei einem Vergleich der Krankenstandstage zwischen den Lehrlingen, Arbeiter:innen und Angestellten im Alter von 15 bis 29 Jahren zeigt sich, dass die meisten Krankenstandstage in der Gruppe der Krankheiten des Atmungssystems zu verzeichnen waren. Die Lehrlinge hatten dabei mit einer Entwicklung von 26,4% in 2019 auf 33,2% in 2023 den größten Anstieg zu verzeichnen. Prozentuell waren dies in allen Jahren weniger Krankenstandstage als bei den Angestellten (35,4% in 2019, 34,2% in 2023), aber mehr als bei den Arbeiter:innen (25,3% in 2019, 26,1% in 2023). Somit fällt im Vergleich insbesondere der deutlich erhöhte Anteil bei den Angestellten auf.

Die Krankenstandstage im Bereich der Verletzungen und Vergiftungen waren für Lehrlinge die zweitbedeutendste Krankheitsgruppe. Diese gingen in den Jahren 2022 und 2023 (15,2% bzw. 15,9%) gegenüber den Vorjahren deutlich zurück. Dieser Rückgang war auch bei Angestellten und Arbeiter:innen zu beobachten. Bei den Angestellten reduzierte sich der Anteil der Tage von 14,2% (2021) auf 11,1% (2023). Hingegen war der Rückgang bei den Arbeiter:innen zwar mit rund 4 Prozentpunkten ähnlich, aber auf wesentlich höherem Niveau, von 28,9% (2021) auf 24,0% (2023). Die sonstigen Krankheiten bildeten die drittgrößte Gruppe der Krankenstandstage bei Lehrlingen. In allen drei Erwerbskategorien zeigte sich dabei über die Jahre ein stabiler Verlauf, allerdings mit einem Hoch im Jahr 2021. Bei infektiösen und parasitären Krankheiten hatten Lehrlinge im Vergleich zu den Angestellten (13,3% auf 8,8%) und Arbeiter:innen (11,0% auf 8,4%) relativ mehr Krankenstandstage, auch wenn die Tage von 15,4% im Jahr 2019 auf 11,1% im Jahr 2023 sanken. Schließlich zeigte sich im Bereich der psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen bei den Lehrlingen als einziger Erwerbsgruppe ein Rückgang von 10,4% der Krankenstandstage in 2019 auf 9,4% in 2023. Allerdings waren dies auch durchgehend mehr Krankenstandstage als bei den Arbeiter:innen (4,5% bis 7,6%), aber am aktuellen Datenrand (2022/2023) weniger als bei den Angestellten (10,8% und 12,1%).

Betrachtet man die größten Abweichungen der 15- bis 19-jährigen zur Gruppe der unter 30-Jährigen zeigen sich auffällige Diskrepanzen vor allem bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und bei psychischen Erkrankungen. Bei den Arbeiter:innen waren die Anteile der Krankenstandstage bei Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems um 4,5 bis 6 Prozentpunkte niedriger und somit annähernd halb so hoch. Dies deutet darauf hin, dass präventive Ansätze zur Reduktion dieser Krankheiten tatsächlich bereits ab einem Alter von 20 Jahren ansetzen sollten. Auch der Anteil der Krankenstandstage bei psychischen Erkrankungen verdoppelt sich in etwa, wenn anstatt der 15- bis 19-Jährigen die Gesamtgruppe der jungen Erwachsenen betrachtet wird. Zudem ist bei psychischen Erkrankungen, mit Ausnahme der Lehrlinge, die stark zunehmende Dynamik für beide Gruppen festzustellen.

Übersicht 2.13: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Erwerbsstatus

	15- bis 19-Jährige					15- bis 29-Jährige				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Anteile in %										
Angestellte										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	16,6	15,5	10,7	10,1	12,1	13,3	12,1	8,5	7,8	8,8
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	15,4	15,4	15,6	10,6	11,4	14,7	13,2	14,2	10,4	11,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	5,1	5,9	5,9	5,3	5,0	7,1	8,5	8,5	6,5	7,0
Krankheiten des Verdauungssystems	4,3	4,1	4,2	3,4	3,9	4,4	4,3	4,4	3,2	3,6
Krankheiten des Atmungssystems	38,5	34,4	34,1	41,5	38,5	35,4	29,7	26,6	35,3	34,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,9	0,9	0,9	0,7	1,1	1,1	1,1	1,2	0,9	1,1
Psychische und Verhaltensstörungen	3,0	4,7	7,1	6,0	7,8	7,7	10,2	13,0	10,8	12,1
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,5	2,4	6,4	3,5		1,3	2,3	8,9	5,5
Sonstige Krankheiten	16,2	17,6	19,1	16,0	16,8	16,3	19,5	21,2	16,2	16,7
Arbeiter:innen										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	13,4	12,6	9,0	9,4	10,8	11,0	10,6	7,9	7,7	8,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	32,8	31,5	31,5	26,1	27,6	30,3	28,2	28,9	24,6	24,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	6,1	7,6	8,1	7,5	7,7	11,0	13,2	13,8	12,2	13,0
Krankheiten des Verdauungssystems	3,0	3,2	3,1	2,5	2,8	3,9	3,7	3,7	3,2	3,5
Krankheiten des Atmungssystems	30,4	28,3	28,4	34,2	31,0	25,3	22,3	20,7	26,9	26,1
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1
Psychische und Verhaltensstörungen	1,5	2,1	3,1	3,1	5,0	4,5	5,7	6,5	6,2	7,6
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,1	2,0	4,4	2,1		0,9	2,0	5,0	2,6
Sonstige Krankheiten	11,9	12,8	14,0	12,3	12,2	12,9	14,4	15,3	13,2	13,7
Lehrlinge										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	16,1	15,3	10,7	9,9	11,5	15,4	14,8	10,4	9,5	11,1
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	19,7	19,2	20,1	16,5	18,6	18,9	17,8	18,6	15,2	15,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	6,7	7,3	7,5	5,6	5,9	7,5	7,4	7,6	6,4	7,1
Krankheiten des Verdauungssystems	3,6	3,5	3,3	2,9	3,2	3,6	3,6	3,6	3,0	3,4
Krankheiten des Atmungssystems	28,5	26,2	27,0	35,6	35,6	26,4	25,5	25,1	33,8	33,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,9	0,9	1,0	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0	0,7	0,7
Psychische und Verhaltensstörungen	8,0	9,4	10,4	8,3	6,7	10,4	11,9	13,2	10,3	9,4
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,0	1,9	4,4	2,6		0,9	1,9	4,6	2,6
Sonstige Krankheiten	16,6	17,1	18,1	16,0	15,2	17,1	17,2	18,6	16,5	16,5

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind.

Dauer der Krankenstände in Tagen

Die Gegenüberstellung der oben beschriebenen Krankenstandstage und -fälle nach Krankheitsgruppen lässt auf die durchschnittliche Dauer eines Krankenstandfalls schließen. Dabei zeigt sich, dass die beiden häufigsten Krankheitsgruppen – Krankheiten des Atmungssystems sowie infektiöse und parasitäre Krankheiten – eine eher kürzere Dauer aufweisen. So dauerten

Krankheiten des Atmungssystems bei den 15- bis 29-jährigen Lehrlingen im Jahr 2019 durchschnittlich 3,9 Tage, stiegen 2020 um einen Tag auf 4,9 Tage an, gingen aber bis 2023 wieder auf 3,9 Tage zurück. Auch die zweithäufigste Gruppe der infektiösen und parasitären Krankheiten wiesen in diesem Zeitraum ein ähnliches Muster und eine ähnliche Dauer auf. Im Jahr 2019 dauerte ein Krankenstand bei den Lehrlingen im Mittel 3,3 Tage, stieg im Jahr 2020 auf 3,9 Tage an und ging bis 2023 wieder auf 3,2 Tage zurück. Auch die Krankheiten des Verdauungssystems, des Kreislaufsystems sowie die sonstigen Krankheiten verursachten bei den Lehrlingen durchschnittliche Fehlzeiten zwischen 3,2 und 5,7 Tagen. Demgegenüber hatten die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes bei den Lehrlingen bereits eine Dauer von rund 6,5 Tagen. Nochmals deutlich länger sind durchschnittliche Krankenstände bei Verletzungen und Vergiftungen: Im Jahr 2019 war die durchschnittliche Dauer 11,9 Tage, stieg 2020 auf 12,2 Tage an und ging in den Folgejahren wieder leicht auf 10 bis 11 Tage zurück. Am längsten dauerten bei den Lehrlingen Krankenstände aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen und der Verhaltensstörungen. Allerdings war seit dem Jahr 2019, als ein durchschnittlicher Krankenstand in dieser Gruppe 23,3 Tage dauerte, ein deutlicher Abwärtstrend feststellbar und 2023 dauerte ein Krankenstand nur noch 16,2 Tage im Durchschnitt.

Im Vergleich zu den Lehrlingen zeigten die Daten für Angestellte und Arbeiter:innen in vielen Krankheitsgruppen eine längere durchschnittliche Dauer der Krankenstände, was vor allem auf einen Alterseffekt zurückzuführen ist. Bei den infektiösen und parasitären Krankheiten dauerten die Krankenstände bei Angestellten im Jahr 2019 durchschnittlich 3,5 Tage und bei Arbeiter:innen 3,6 Tage, was beides leicht über den 3,3 Tagen der Lehrlinge liegt. Diese Größenordnung setzte sich auch in den Folgejahren fort, wobei die Dauer bei den Angestellten und Arbeiter:innen jeweils etwas länger war als bei den Lehrlingen. Betrachtet man jedoch nur die Personen unter 20 Jahren gleichen sich die Werte an.

Bei den Verletzungen und Vergiftungen ist dieser altersbedingte Unterschied deutlicher. Während 15- bis 29-jährige Lehrlinge im Jahr 2019 durchschnittlich 11,9 Tage ausfielen, waren es bei Angestellten 13,3 Tage und bei Arbeiter:innen sogar 15,3 Tage. Diese Tendenz zu längeren Ausfallzeiten bei Angestellten und Arbeiter:innen im Vergleich zu Lehrlingen blieb auch in den folgenden Jahren bestehen. Im Vergleich zu den Angestellten verschwindet die Differenz bei einer Betrachtung der 15- bis 19-Jährigen, im Vergleich zu den Arbeiter:innen wird sie deutlich reduziert. Dieses Muster wiederholt sich auch für Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes.

Bei den psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen, die bei Lehrlingen die längsten Ausfallzeiten verursachen, zeigen die Daten für Angestellte noch längere Krankenstände. Im Jahr 2019 dauerten diese bei Angestellten durchschnittlich 23,8 Tage, verglichen mit 23,3 Tagen bei Lehrlingen. Während sich jedoch die Krankheitsdauern bei Lehrlingen besonders im Jahr 2023 reduzierten, stiegen sie für Angestellte und Arbeiter:innen.

Übersicht 2.14: Krankheitsdauer nach Krankheitsgruppen und Erwerbsstatus

	15- bis 19-Jährige					15- bis 29-Jährige				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Durchschnittliche Tage je Fall										
Angestellte										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,1	3,7	3,3	3,3	3,4	3,5	4,3	3,8	3,7	3,7
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	10,1	11,0	7,7	9,9	11,0	13,3	14,6	10,1	13,1	14,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	6,3	7,1	6,6	7,4	6,7	8,5	9,8	9,1	9,2	9,3
Krankheiten des Verdauungssystems	3,9	4,3	4,2	4,1	4,7	4,5	5,2	5,0	4,8	4,9
Krankheiten des Atmungssystems	3,8	4,8	4,2	4,1	4,2	4,2	5,4	4,7	4,6	4,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	3,5	4,6	4,0	4,1	5,0	6,8	7,8	7,6	7,5	8,8
Psychische und Verhaltensstörungen	9,3	12,0	14,2	14,4	13,4	23,8	25,2	25,6	25,4	24,5
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		5,0	2,5	5,5	6,2		5,3	3,2	6,4	6,8
Sonstige Krankheiten	3,2	3,7	3,3	3,4	3,3	5,0	6,0	5,3	5,2	5,2
Arbeiter:innen										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,1	3,7	3,4	3,4	3,4	3,6	4,3	3,9	3,9	3,8
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	12,0	12,4	10,4	12,2	13,9	15,3	16,2	13,3	15,8	16,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	6,3	7,2	7,0	7,2	6,8	8,7	9,3	8,8	8,8	8,9
Krankheiten des Verdauungssystems	4,1	4,9	4,6	4,3	4,6	5,2	5,7	5,4	5,4	5,5
Krankheiten des Atmungssystems	3,9	4,8	4,2	4,2	4,2	4,5	5,5	4,8	4,8	4,8
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,6	6,0	5,1	5,5	6,6	8,0	8,9	8,5	9,8	9,7
Psychische und Verhaltensstörungen	8,7	11,5	12,9	12,6	16,1	23,6	24,4	22,8	23,4	25,2
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		5,1	2,6	5,2	6,5		5,4	3,2	6,3	7,2
Sonstige Krankheiten	3,9	4,4	3,9	3,9	4,1	5,9	6,5	5,7	5,7	6,0
Lehrlinge										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,2	3,8	3,4	3,2	3,1	3,3	3,9	3,5	3,2	3,2
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	10,9	11,8	9,6	10,7	11,1	11,9	12,2	10,0	11,0	11,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	6,1	7,2	6,5	5,8	5,3	6,7	6,9	6,3	6,1	6,0
Krankheiten des Verdauungssystems	3,6	4,3	3,9	3,7	3,7	3,6	4,3	4,0	3,7	3,9
Krankheiten des Atmungssystems	3,8	4,9	4,2	4,1	3,9	3,9	4,9	4,2	4,1	3,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,1	5,3	5,2	4,2	3,9	4,0	5,4	5,7	5,0	4,7
Psychische und Verhaltensstörungen	19,8	19,7	18,8	18,4	13,2	23,3	22,6	21,9	19,9	16,2
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		5,3	2,9	5,5	6,5		5,3	3,1	5,8	6,5
Sonstige Krankheiten	3,3	3,9	3,3	3,2	3,0	3,6	4,0	3,4	3,3	3,2

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind.

Arzibesuche

Bei den Lehrlingen ist eine hohe und stabile Tendenz zu beobachten, Allgemeinmediziner:innen zu besuchen. Der Anteil war in beiden Altersgruppen ähnlich hoch, mit einem leichten Anstieg von 66,7% (2019) auf 68,7% (2023) bei den 15- bis 19-Jährigen und von 66,6% (2019) auf 67,3% (2023) bei den 15- bis 29-Jährigen. Der Anteil der Besuche bei Zahnärzt:innen war in beiden

Altersgruppen ähnlich und zeigte einen leichten Rückgang von 9,2% auf 8,2% bei den 15- bis 19-Jährigen und von 9,0% auf 8,1% bei den 15- bis 29-Jährigen. Die Inanspruchnahme sonstiger Fachärzt:innen war in beiden Altersgruppen vergleichbar, mit einem leichten Rückgang von 17,9% (2019) auf 17,1% (2023) bei den 15- bis 19-Jährigen und von 18,0% (2019) auf 17,7% (2023) bei den 15- bis 29-Jährigen.

Angestellte in der Altersgruppe 15- bis 29-Jährige besuchten ebenfalls am häufigsten Allgemeinmediziner:innen, wenn auch seltener als die Lehrlinge. Angestellte suchten, unabhängig von der Altersgruppe, wesentlich häufiger Fachärzt:innen auf als die Lehrlinge, wobei sich der Anteil in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen zwischen 30,3% und 32,5% bewegte und bei den 15- bis 19-Jährigen zwischen 23,6% und 25,4%.

Arbeiter:innen in beiden Altersgruppen besuchten auch überwiegend Allgemeinmediziner:innen. Der Anteil stieg dabei von 57,8% (2019) auf 58,7% (2023) bei den 15- bis 29-Jährigen und von 64,3% (2019) auf 65,6% (2023) bei den 15- bis 19-Jährigen. Der Anteil der Besuche bei Fachärzt:innen war bei den Arbeiter:innen vergleichbar mit den Lehrlingen.

Übersicht 2.15: **Verteilung der Arztbesuche nach Fachgruppen und Erwerbsstatus**

	15- bis 19-Jährige					15- bis 29-Jährige				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Anteile in %										
Angestellte										
Allgemeinmediziner:in	56,6	54,6	58,1	59,5	57,7	45,3	44,3	46,4	47,7	45,7
Facharzt, -ärztin für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	12,6	12,6	10,6	9,6	10,1	13,8	12,6	11,5	10,5	11,2
Sonstige Fachärzte und -ärztinnen	23,9	25,4	24,2	23,6	24,2	30,7	32,5	31,1	30,3	30,5
davon Frauenheilkunde und Geburtshilfe	5,1	5,7	5,0	5,2	6,0	6,8	8,3	7,2	6,9	7,1
Sonstige Gesundheitsdienstleister	7,0	7,3	7,0	7,3	8,0	10,3	10,6	11,0	11,6	12,5
Arbeiter:innen										
Allgemeinmediziner:in	64,3	62,4	65,7	66,7	65,6	57,8	57,3	59,8	61,3	58,7
Facharzt, -ärztin für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	12,1	12,3	10,0	9,1	9,4	13,9	13,0	11,6	10,7	11,7
Sonstige Fachärzte und -ärztinnen	18,2	19,5	18,7	18,2	17,8	20,9	22,2	21,2	20,5	21,1
davon Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1,9	2,5	2,2	2,4	2,5	3,0	4,0	3,4	3,4	3,6
Sonstige Gesundheitsdienstleister	5,3	5,7	5,6	6,0	7,1	7,3	7,5	7,4	7,5	8,5
Lehrlinge										
Allgemeinmediziner:in	66,7	65,2	67,5	69,7	68,7	66,6	65,3	67,1	69,2	67,3
Facharzt, -ärztin für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	9,2	9,0	8,4	7,6	8,2	9,0	8,7	8,2	7,4	8,1
Sonstige Fachärzte und -ärztinnen	17,9	18,9	17,7	16,8	17,1	18,0	19,1	18,0	17,0	17,7
davon Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2,5	2,9	2,5	2,2	2,3	2,6	3,0	2,6	2,3	2,5
Sonstige Gesundheitsdienstleister	6,1	6,9	6,4	5,9	6,0	6,3	6,9	6,6	6,3	6,9

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Sonstige Gesundheitsdienstleister" umfassen u. a. selbständige Ambulatorien, Physiotherapie, Psychotherapie.

Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

Bei der Analyse der Dauer der Krankenhausaufenthalte zeigt sich, ähnlich zur Dauer der Krankenstandstage, dass psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen die höchsten Aufenthaltstage über alle Erwerbsgruppen hinweg haben. Zudem waren in allen Erwerbsgruppen steigende Aufenthaltsdauern zu verzeichnen. Bei den Angestellten (15- bis 29-Jährige) stieg die

Aufenthaltsdauer von 14,4 Tagen (2019) auf 30,1 Tage (2023), bei den Arbeiter:innen von 13,3 Tagen auf 19,1 Tage und bei den Lehrlingen von 16,2 auf 19 Tage. Bei den Angestellten und Arbeiter:innen ergaben sich in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen deutlich niedrigere Aufenthaltsdauern, aber auch mit steigender Tendenz. Diese Entwicklung entlang des Erwerbsstatus in 2023 zeigte sich bereits nach Geschlecht (Übersicht 2.11).

Übersicht 2.16: **Dauer der Krankenhausaufenthalte nach Krankheitsgruppen und Erwerbsstatus**

	15- bis 19-Jährige					15- bis 29-Jährige				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Durchschnittliche Tage je Aufenthalt										
Angestellte										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,6	3,5 ¹⁾	3,4	11,3 ¹⁾	4,5 ¹⁾	3,9	4,0	4,4	5,1	4,6
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	3,6	3,6	3,6	5,0	3,9 ¹⁾	5,0	4,1	4,0	4,0	4,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	4,7	4,0	4,2	5,8	3,3 ¹⁾	6,2	5,0	5,8	8,4	9,8
Krankheiten des Verdauungssystems	4,1	3,8	7,4	3,5	4,0 ¹⁾	3,9	4,3	4,5	4,8	3,7
Krankheiten des Atmungssystems	4,2	4,1	4,2	4,0	3,8 ¹⁾	4,3	4,8	4,6	5,2	6,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,7 ¹⁾	7,0 ¹⁾	5,2 ¹⁾	5,3 ¹⁾	4,5 ¹⁾	5,0	7,1	6,3	8,8	8,1
Psychische und Verhaltensstörungen	8,7	12,0	11,2	12,6	18,9 ¹⁾	14,4	20,4	19,3	24,9	30,1
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		2,8 ¹⁾	3,3 ¹⁾	2,9 ¹⁾	3,0 ¹⁾		3,8	8,5	12,5	23,3 ¹⁾
Sonstige Krankheiten	3,5	3,6	3,3	3,8	5,1	3,9	3,9	4,1	5,0	5,0
Arbeiter:innen										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,4	4,3	3,8	3,4 ¹⁾	3,5 ¹⁾	4,0	4,3	4,7	5,4	4,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	4,2	4,0	3,9	4,2	3,7	4,9	4,6	4,4	5,0	4,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	9,8	4,2	4,5	4,5	5,3 ¹⁾	11,4	6,2	5,9	8,3	11,2
Krankheiten des Verdauungssystems	3,9	3,8	3,9	3,6	3,7 ¹⁾	4,0	4,1	4,8	4,0	4,2
Krankheiten des Atmungssystems	4,2	5,4	4,3	4,5	4,4 ¹⁾	4,4	5,3	5,6	4,4	4,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,4	5,1 ¹⁾	5,1	6,4 ¹⁾	8,6 ¹⁾	5,5	5,9	4,9	7,2	9,9
Psychische und Verhaltensstörungen	7,3	8,4	11,5	8,5	18,3 ¹⁾	13,3	13,4	14,9	16,1	19,1
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		3,2 ¹⁾	4,6 ¹⁾	6,2 ¹⁾			6,1 ¹⁾	5,7	5,8	30,8 ¹⁾
Sonstige Krankheiten	3,4	3,4	4,1	3,8	4,8	3,8	4,1	4,3	5,0	5,8
Lehrlinge										
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,8 ¹⁾	3,3	3,4 ¹⁾	3,7 ¹⁾	5,8 ¹⁾	4,4	3,3	3,7	3,8	5,2 ¹⁾
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	5,0	3,7	4,4	5,9	4,5	4,9	3,8	4,3	5,5	4,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	4,2	4,0	4,0	4,7	7,7 ¹⁾	4,7	4,3	3,9	4,4	6,8
Krankheiten des Verdauungssystems	4,1	8,6	3,8	6,4	3,8 ¹⁾	4,0	7,7	3,7	7,4	3,8
Krankheiten des Atmungssystems	4,0	3,8	3,9	4,1	4,2	4,0	3,8	3,9	4,0	4,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	41,6 ¹⁾	5,4 ¹⁾	5,4 ¹⁾	5,4 ¹⁾	6,5 ¹⁾	32,7 ¹⁾	6,9 ¹⁾	5,1	5,1 ¹⁾	6,2 ¹⁾
Psychische und Verhaltensstörungen	16,2	11,5	10,9	12,1	21,3	16,2	14,8	11,9	13,5	19,0
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		15,9 ¹⁾	6,7 ¹⁾	6,5 ¹⁾	10,0 ¹⁾		15,7 ¹⁾	5,8 ¹⁾	5,6 ¹⁾	11,4 ¹⁾
Sonstige Krankheiten	4,1	4,0	4,0	5,1	4,0	4,4	5,2	4,0	5,1	5,3

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind. – ¹⁾ Weniger als 100 Beobachtungen.

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes wiesen bei den 15- bis 29-jährigen Lehrlingen Krankenhausaufenthaltsdauern von 4 bis nahezu 7 Tagen auf. Bei den Arbeiter:innen lagen diese Werte bei rund 11 Tagen (2019 und 2023), allerdings waren in den Jahren 2020 bis 2022 deutlich niedrigere Werte zu beobachten. Bei den Angestellten waren die Aufenthaltsdauern in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen in den Jahren 2019 bis 2021 gut mit den Lehrlingen zu vergleichen, am aktuellen Datenrand allerdings, aufgrund sehr niedriger Fallzahlen, wesentlich volatiler. Inkludiert man die Älteren stiegen die Aufenthaltsdauern in dieser Krankheitsgruppe bei den Angestellten deutlich von 6,2 Tagen (2019) auf 9,8 Tage (2023). Verletzungen und Vergiftungen gingen in allen Erwerbsgruppen mit durchschnittlichen Krankenhausaufenthalten von 4 bis 6 Tagen ein.

2.5 Gesundheit und Gesundheitsverhalten der jungen Erwerbsbevölkerung gemäß der Österreichischen Gesundheitsbefragung

Die Analyse der ÖGK-Daten zu Krankenständen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen sind sehr umfassend, beschränken sich aber auf Vorgänge, die zu Verwaltungszecken dokumentiert werden. Diese Analysen können daher keine Auskunft über die subjektive Einschätzung der Gesundheit oder das Gesundheitsverhalten junger Menschen geben. Aus diesem Grund werden abschließend noch einige deskriptive Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung des Jahres 2019 diskutiert, welche das Bild zur gesundheitlichen Lage Jugendlicher und junger Erwachsener ergänzen und abrunden sollen. Dabei werden jeweils drei subjektive Gesundheitsindikatoren und drei wesentliche Variablen zum Gesundheitsverhalten dargestellt. Die deskriptiven Befunde dieser Indikatoren werden den Ergebnissen der 30- bis 39-Jährigen⁵⁷⁾ gegenübergestellt und damit einer Gruppe, die bei Männern eine deutlich unterdurchschnittliche und bei den Frauen eine durchschnittliche Krankenstandsquoten aufweist (siehe Abbildung 1.14). Anschließend wird mit linearen Regressionen untersucht, wieviel Erklärungskraft verschiedene sozio-ökonomische Einflussvariablen für diese Gesundheitsindikatoren haben.

Gesundheitserhebungen bei Schülerinnen und Schülern haben insgesamt eine längere Tradition als in der Gruppe der jungen Beschäftigten. Internationale Initiativen wie die HBSC-Studie⁵⁸⁾ und das institutionelle Setting der Schule tragen dazu bei. Erstmals wurde in Österreich 2018/19 eine Pilotstudie zur Lehrlingsgesundheit durchgeführt und 2021/22 in Berufsschulen wiederholt (Felder-Puig et al., 2020, 2023a). Dadurch wird ein Vergleich der beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Gesundheit, ihres Wohlbefindens und ihres Gesundheitsverhaltens ermöglicht. Es zeigt sich, dass Lehrlinge ihren Gesundheitszustand weniger häufig als ausgezeichnet bezeichnen als Schüler:innen und eine höhere Verletzungsrate aufweisen, jedoch beim emotionalen Wohlbefinden etwas besser abschneiden (Felder-Puig et al., 2023b, 2023a). Zudem zeigen empirische

⁵⁷⁾ Der Vergleich mit dieser Altersgruppe und nicht mit allen über 30-Jährigen hat den Vorteil, dass hier altersbedingte Krankheiten noch weniger verbreitet sind.

⁵⁸⁾ Die Health Behaviour in School-aged Children (kurz HBSC)-Studie wird seit den 1980er-Jahren mit Unterstützung der World Health Organisation (WHO) alle vier Jahre durchgeführt (Dür et al., 2000).

Befunde, dass die sozioökonomische Lage in dieser Lebensspanne deutliche Effekte auf das langfristige Wohlbefinden und die Gesundheit (Clarke & Thévenon, 2022) hat.

2.5.1 Deskriptive Befunde

Eine einfache Möglichkeit zur Beurteilung der Gesundheit ist das subjektive Gesundheitsempfinden abzufragen. Empirische Arbeiten zeigen dabei, dass die selbsteingeschätzte Gesundheit tatsächlich den zukünftigen Gesundheitszustand (z. B. gemessen an Krankenhausaufenthalten, ambulanten medizinischen Leistungen oder verschriebenen Medikamenten) vorhersagen kann (siehe z. B. Doiron et al., 2015). In der österreichischen Gesundheitsbefragung wird die selbsteingeschätzte Gesundheit in fünf Kategorien abgefragt (Sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht). Dabei zeigt sich, dass Personen im Alter von 15 bis 29 Jahren den besten Gesundheitszustand aller Vergleichsgruppen aufweisen und annähernd 92% der Befragten einen guten oder sehr guten subjektiven Gesundheitszustand angeben. Bei der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen reduziert sich hingegen die Zahl der Personen in sehr gutem oder gutem Gesundheitszustand um rund 3 Prozentpunkte auf annähernd 89% (Übersicht 2.17).

Übersicht 2.17: **Subjektive Gesundheitsindikatoren**

	15- bis 29-Jährige		30- bis 39-Jährige	
	Personen	Anteile in %	Personen	Anteile in %
Subjektive Gesundheit				
Sehr gut	1.667	60,1	1.007	48,0
Gut	879	31,7	854	40,7
Mittel	203	7,3	188	8,9
(Sehr) schlecht	25	0,9	49	2,4
Chronische Krankheit¹⁾				
Ja	486	17,5	508	24,2
Nein	2.287	82,5	1.590	75,8
Gesundheitliche Einschränkung im Alltag				
Stark eingeschränkt	57	2,0	79	3,8
Etwas eingeschränkt	288	10,4	310	14,8
Nicht eingeschränkt	2.428	87,6	1.709	81,5

Q: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS); WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die seit mindestens sechs Monaten andauern oder voraussichtlich weiterhin andauern werden.

Des Weiteren kann mit der Gesundheitsbefragung die Prävalenz chronischer Krankheiten beurteilt werden. Auch dies beruht auf einer subjektiven Einschätzung und wird mittels der Ja/Nein-Frage: "Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem?" abgefragt. Die Fragebogeninstruktionen halten fest, dass damit Krankheiten oder gesundheitliche Probleme gemeint sind, die seit mindestens sechs Monaten andauern oder voraussichtlich weiterhin andauern werden. Im Ergebnis zeigt sich, dass bei jungen Menschen im Alter von 15- bis 29 Jahren 17,5% der Befragten angeben an einer chronischen Krankheit zu leiden. In der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen hingegen liegt der Anteil der Personen, die von einer chronischen Krankheit berichten, bereits deutlich höher bei 24,2% (Übersicht 2.17).

Dies unterstreicht, dass chronische Krankheiten bereits in jungen Jahren deutlich vorhanden sind und mit zunehmendem Alter häufiger auftreten.

Auch das Ausmaß der gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag wird in der Gesundheitsbefragung abgefragt. Dabei gibt es drei Antwortkategorien: Stark eingeschränkt, etwas eingeschränkt, nicht eingeschränkt. Auch hier haben Personen im Alter von 15 bis 29 Jahren geringere Einschränkungen als Personen im Alter zwischen 30 und 39 Jahren. 87,6% der 15- bis 29-Jährigen geben an, im Alltag gesundheitlich nicht eingeschränkt zu sein, wohingegen in der Gruppe der 30- bis 39-Jährigen dieser Anteil nur mehr 81,5% beträgt (Übersicht 2.17). Wie zu erwarten, weisen auch körperliche Einschränkungen im Alltag einen deutlichen Zusammenhang mit dem Alter auf.

In Bezug auf die Lebensstilvariablen wird durch die Gesundheitsbefragung Gewicht und Körpergröße abgefragt. Daraus lässt sich der Body-Mass-Index (BMI) berechnen, welcher zur Beurteilung von Übergewicht und Adipositas dient. Ab einem BMI von 25 spricht man von Übergewicht, Werte über 30 werden als Adipositas klassifiziert. Bei Personen von 15 bis 29 Jahren liegt der Anteil derer mit einem BMI unter 25 bei 70,6%. Im Gegensatz dazu zeigt ein Blick auf die 30- bis 39-Jährigen bereits einen deutlich geringeren Anteil von Personen mit einem BMI kleiner 25, nämlich 56,9% (Übersicht 2.18). Somit sind auch Übergewicht und Adipositas mit zunehmendem Alter häufiger, wobei bereits die Differenz von rund 14 Prozentpunkten zwischen den 15- bis 29-Jährigen und den 30- bis 40-Jährigen deutlich macht, dass bereits im mittleren Alter ein starker Anstieg zu verzeichnen ist.

Übersicht 2.18: **Gesundheitsverhalten**

	15- bis 29-Jährige		30- bis 39-Jährige	
	Personen	Anteile in %	Personen	Anteile in %
Übergewicht, Adipositas				
Nein	1.957	70,6	1.194	56,9
Ja ¹⁾	816	29,4	904	43,1
Rauchstatus				
Raucher:in, täglich	602	21,7	597	28,5
Raucher:in, gelegentlich	247	8,9	181	8,6
Ex-Raucher:in, früher täglich	291	10,5	479	22,8
Nichtraucher:in	1.634	58,9	841	40,1
Gefährlicher Alkoholkonsum²⁾				
Weniger als täglich empfohlene maximale Alkoholmenge	2.487	91,0	1.933	92,9
Mehr als täglich empfohlene maximale Alkoholmenge	247	9,1	148	7,1

Q: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS); WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ BMI ab 25; Werte über 30 werden als Adipositas klassifiziert. – ²⁾ Überschreitung des täglichen Grenzwertes von 24g Alkohol für Männer und 16g Alkohol für Frauen.

Als wichtige Determinante eines gesunden Lebensstils wird in der Gesundheitsbefragung das Rauchverhalten abgefragt. Dabei zeigt sich, dass mit 21,7% der Anteil der täglichen Raucher:innen bei den 15- bis 29-Jährigen im Vergleich zu den 30- bis 39-Jährigen (28,5%) rund 7 Prozentpunkte niedriger liegt und gelegentliche Raucher:innen in beide Altersgruppen mit

8,9% bzw. 8,6% in etwas gleich häufig sind. Auch Ex-Raucher:innen sind unter den 30- bis 39-Jährigen mit 22,8% deutlich häufiger als bei den 15- bis 29-Jährigen (10,5%; Übersicht 2.18). Insofern zeigt sich bei den Jüngeren im Hinblick auf den Tabakkonsum ein verbessertes Gesundheitsverhalten gegenüber der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen.

Abschließen führen wir als Lebensstilindikator noch den Alkoholkonsum an, bei welchem aufgrund der in der Gesundheitsbefragung abgefragten Daten zwischen gesundheitsgefährdendem und nicht-gesundheitsgefährdendem Konsum unterschieden werden kann. Gemäß der nationalen Definition spricht man von gefährlichem Alkoholkonsum, wenn ein täglicher Grenzwert von 24g Alkohol für Männer und 16g Alkohol für Frauen überschritten wird. Dabei zeigt sich, dass in der Personengruppe der 15- bis 29-Jährigen ein riskanter Alkoholkonsum mit rund 9% um 2 Prozentpunkte stärker ausgeprägt ist als in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen (Übersicht 2.18).

Zusammenfassend zeigt der deskriptive Überblick somit, dass die jüngeren Personen in Österreich altersbedingt erwartungsgemäß gesünder sind als die Vergleichsgruppe der 30- bis 39-Jährigen. Ein Blick auf Lebensstilfaktoren, wie Übergewicht und Adipositas, Rauchen bzw. gefährlichem Alkoholkonsum, zeigt hingegen, dass Übergewicht im Alter von 30- bis 39 Jahren bereits deutlich ansteigt und insofern gerade im Bereich der Jüngeren mit entsprechenden Präventionsmaßnahmen angesetzt werden könnte. Der tägliche Tabakkonsum ist hingegen bei den 15- bis 29-Jährigen deutlich geringer als in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen, während ein gefährlicher Alkoholkonsum in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen verbreiteter ist.

2.5.2 Sozio-ökonomische Einflüsse auf Gesundheit (multivariate Regressionen)

Neben einer deskriptiven Darstellung ist zudem von Interesse, inwieweit sozio-ökonomische Faktoren einen Einfluss auf die Gesundheitsvariablen ausüben. Dazu berechnen wir multivariate Regressionen mit den Gesundheitsindikatoren bzw. dem Gesundheitsverhalten als abhängige Variablen. Die subjektiv eingeschätzte Gesundheit fassen wir dabei zu einem binären Indikator zusammen, welcher den Wert 1 annimmt, wenn die Befragten einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand angeben, die Vergleichsgruppe sind somit Personen mit mittelmäßiger, schlechter oder sehr schlechter Gesundheit. Die chronischen Krankheiten sind bereits als binäre Variable abgefragt; Personen mit einer chronischen Krankheit erhalten hier den Wert 1 und somit ist die Vergleichsgruppe diejenige mit Personen ohne chronische Krankheit. Auch die Selbsteinschätzung zu gesundheitlichen Einschränkungen im Alter fassen wir zu einer binären Variable zusammen, wobei die Variable den Wert 1 annimmt, wenn Personen angeben, stark oder etwas eingeschränkt zu sein. Diese Personen werden somit mit Personen verglichen, welche angeben, an keinen gesundheitlichen Einschränkungen im Alltag zu leiden.

Als unabhängige Erklärungsvariablen verwenden wir das Geschlecht (männlich, weiblich), das Alter in drei Gruppen (15 bis 19 Jahre, 20 bis 24 Jahre, 25 bis 29 Jahre), die neun Bundesländer, den Urbanisierungsgrad (hohe, mittlere, niedrige Bevölkerungsdichte), Migrationshintergrund (Österreich, EU 15, restliche Länder der EU 28, ehemaliges Jugoslawien (ohne die EU-Staaten Slowenien und Kroatien) sowie Türkei, sonstige Länder), die Hauptquelle des Lebensunterhalts

(Erwerbstätig, Arbeitslos, Schüler:in bzw. Student:in, Präsenz- bzw. Zivildienstler und anderes) und das monatliche Netto-Haushaltseinkommen, gemessen in Quintilen.

Abbildung 2.2 zeigt den sozio-ökonomischen Einfluss auf die drei Gesundheitsindikatoren. Die geschätzten Regressionsmodelle sind lineare Wahrscheinlichkeitsmodelle, die den Einfluss der dargestellten Kontrollvariablen auf der Y-Achse auf die jeweils oben genannten gesundheitsbezogenen Ergebnisse untersuchen. Grundsätzlich ist zu sagen, dass sozio-ökonomische Variablen bei jungen Menschen häufig nicht sehr ausgeprägt mit den gewählten Gesundheitsergebnissen korrelieren. Dies zeigt sich daran, dass die als vertikale Linien dargestellten Konfidenzintervalle in vielen Fällen den Wert Null mitbeinhalten und somit auf Basis eines 95%-igen Konfidenzintervalls kein statistisch signifikanter Zusammenhang bzw. kein Unterschied zur jeweiligen Vergleichsgruppe festgestellt werden kann. Allerdings gibt es auch einige Ausnahmen.

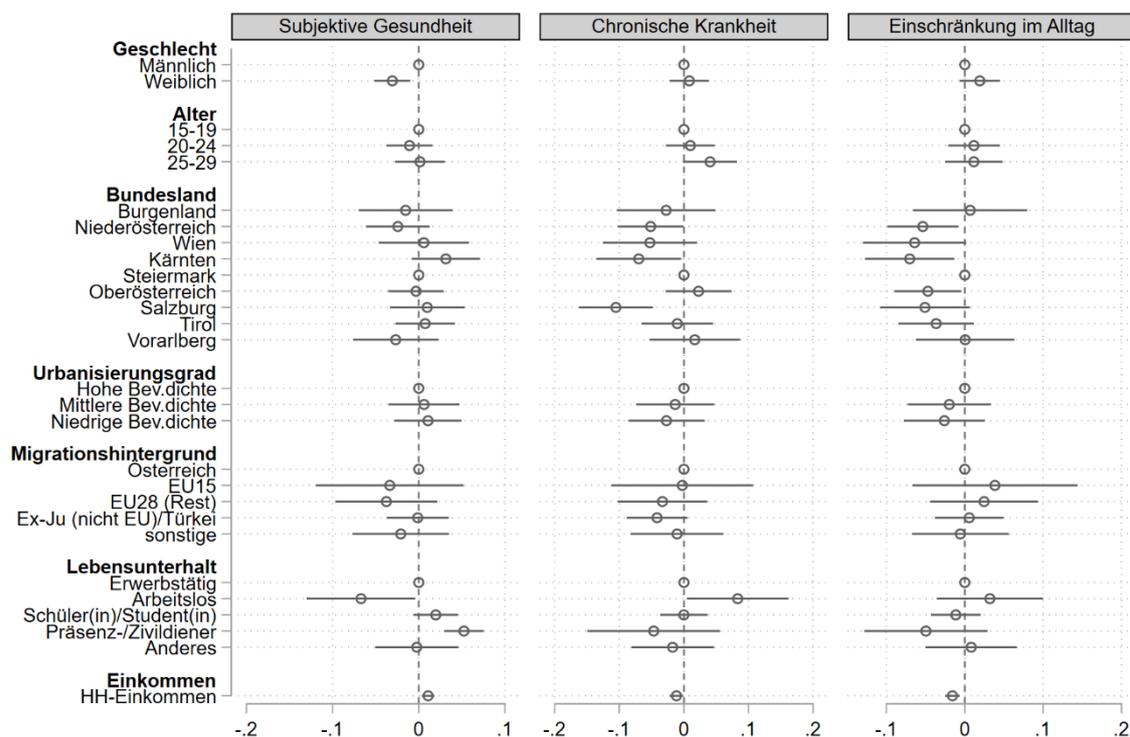
Das erste Modell schätzt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person ihre Gesundheit als "sehr gut" oder "gut" einschätzt. Die Ergebnisse zeigen⁵⁹⁾, dass Frauen im Vergleich zu den Männern eine um 3,1 Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit haben, ihre Gesundheit als "sehr gut" oder "gut" zu bewerten. Demgegenüber sind keine ausgeprägten Unterschiede in der subjektiven Gesundheitseinschätzung in Bezug auf Alter, Bundesland, Bevölkerungsdichte oder Migrationshintergrund feststellbar. Allerdings zeigen sich bei Lebensunterhalt bzw. Einkommen bereits bei jungen Menschen die in der Literatur gut dokumentierten Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit bzw. niedrigen Einkommen und einer schlechteren Gesundheit (für einen Überblick siehe z. B. J. Currie, 2009; Picchio & Ubaldi, 2023).

Das zweite Modell untersucht die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person angibt ein chronisches Gesundheitsproblem zu haben. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass es dabei keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede gibt, jedoch regionale Unterschiede bestehen. Beispielsweise haben Personen aus Niederösterreich, Kärnten und Salzburg eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit eine chronische Krankheit zu haben, verglichen mit der Referenzregion Steiermark. Urbanisierungsgrad und Migrationshintergrund haben demgegenüber keinen statistisch signifikanten Einfluss auf die subjektive Einschätzung chronischer Erkrankungen junger Menschen. Allerdings findet sich bei den chronischen Erkrankungen erneut ein statistisch signifikanter Zusammenhang mit Arbeitslosigkeit sowie Einkommen.

Im dritten Modell wird die Wahrscheinlichkeit geschätzt, dass eine Person durch gesundheitliche Probleme bei alltäglichen Aktivitäten eingeschränkt ist. Ähnlich wie bei den chronischen Krankheiten gibt es signifikante regionale Unterschiede und Personen aus Nieder- und Oberösterreich sowie Kärnten zeigen signifikant niedrigere Wahrscheinlichkeiten für Einschränkungen im Vergleich zur Referenzregion. Von den restlichen Variablen zeigt erneut das Haushaltseinkommen einen signifikanten Zusammenhang mit gesundheitlichen Einschränkungen und es wird deutlich, dass mit steigendem Einkommen die Wahrscheinlichkeit, gesundheitliche Einschränkungen im Alltag zu haben, abnimmt.

⁵⁹⁾ Die detaillierten Regressionsergebnisse finden sich im Anhang C.

Abbildung 2.2: **Sozio-ökonomischer Einfluss auf Gesundheitsindikatoren**



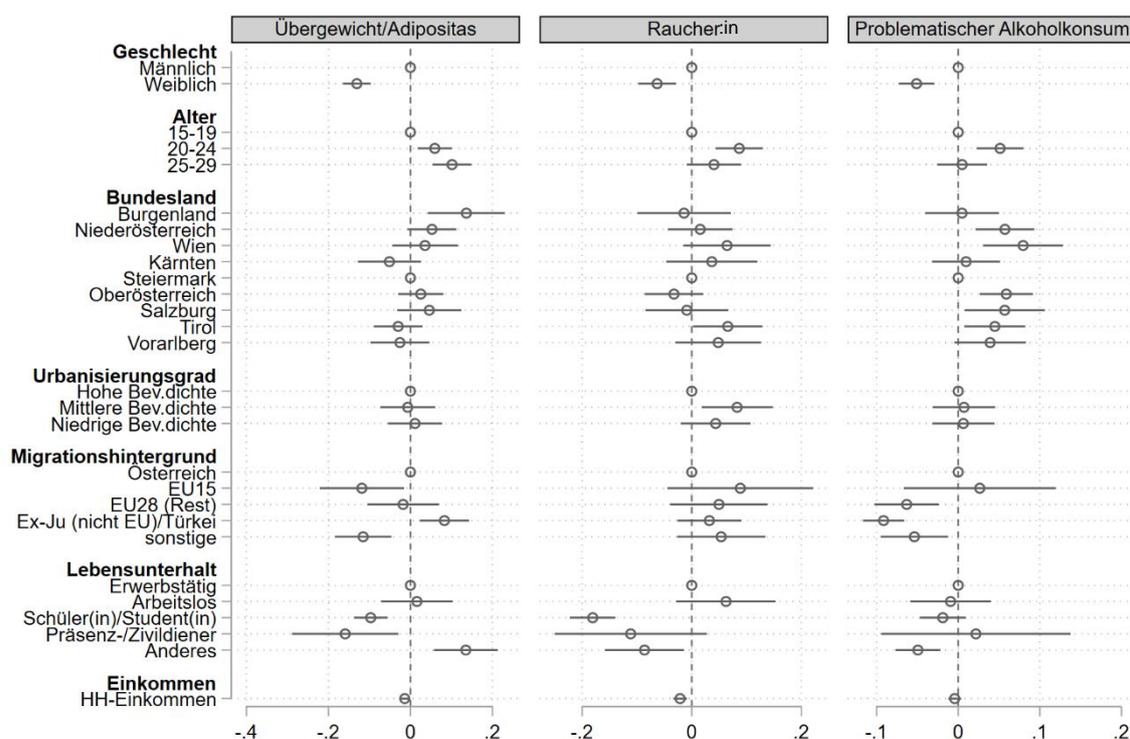
Q: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS); WIFO-Berechnungen. Lesebeispiel: Arbeitslose haben eine um 6,7 Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand zu haben als Männer.

Auch die Regressionsmodelle in Abbildung 2.3 sind lineare Wahrscheinlichkeitsmodelle, die verschiedene gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Zustände untersuchen. Jedes Modell verwendet wiederum eine binäre abhängige Variable, die spezifische gesundheitliche Aspekte abbildet. Übergewicht und Adipositas werden, wie bereits beschrieben, über einen BMI-Wert ab 25 erfasst. Als Raucher:innen gelten Personen, die in der Gesundheitsbefragung angeben, täglich oder gelegentlich zu rauchen, während Ex-Raucher:innen und Nichtraucher:innen gemeinsam als Nichtraucher:innen klassifiziert werden. Der Alkoholkonsum wird, wie in der deskriptiven Statistik, bei einer Überschreitung der empfohlenen täglichen Referenzmengen als gesundheitsgefährdend eingestuft.

Im linken Modell der Abbildung 2.3 werden dabei Schätzergebnisse präsentiert, welche die Wahrscheinlichkeit zeigen, dass eine Person einen Body-Mass-Index (BMI) von 25 und mehr hat, was auf Übergewicht bzw. Adipositas hinweist. Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen eine um 13,1 Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit haben, übergewichtig oder adipös zu sein, verglichen mit Männern. Wie bereits in den deskriptiven Ergebnissen festgehalten, steigt die Wahrscheinlichkeit für Adipositas und Übergewicht signifikant mit dem Alter an. Junge Erwach-

sene im Alter von 20 bis 24 Jahren haben eine um rund 6 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit für Übergewicht oder Adipositas gegenüber der Vergleichsgruppe (15 bis 19 Jahre) und bei den 25- bis 29-Jährigen ist die Wahrscheinlichkeit bereits um 10 Prozentpunkte höher. Regionale Unterschiede sind kaum erkennbar, wobei allerdings Personen aus dem Burgenland eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen, übergewichtig oder adipös zu sein. Bezüglich des Migrationshintergrundes zeigen die Ergebnisse, dass Personen aus Ex-Jugoslawien (nicht EU) und der Türkei eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit für Übergewicht oder Adipositas aufweisen, während Personen aus der EU 15 und den sonstigen Ländern eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit zur Vergleichsgruppe der Österreicher:innen zeigen. Das Haushaltseinkommen ist signifikant negativ mit der Wahrscheinlichkeit für Adipositas und Übergewicht korreliert.

Abbildung 2.3: **Sozio-ökonomischer Einfluss auf das Gesundheitsverhalten**



Q: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS); WIFO-Berechnungen.

Im mittleren Modell wird die Wahrscheinlichkeit analysiert, dass eine Person Raucher:in ist. Frauen haben eine signifikant geringere Wahrscheinlichkeit zu rauchen (-6,32 Prozentpunkte) im Vergleich zu Männern. Junge Erwachsene der Altersgruppe 20 bis 24 Jahre zeigen gegenüber der Referenzgruppe der 15- bis 19-Jährigen eine höhere Wahrscheinlichkeit zu rauchen. In Bezug auf die Bundesländer und Bevölkerungsdichte ergibt sich zum einen für Tirol eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit zu rauchen und zum anderen in Regionen mit einer mittleren

Bevölkerungsdichte. Schüler:innen und Student:innen haben eine deutlich niedrigere Wahrscheinlichkeit Raucher:in zu sein gegenüber den Erwerbstätigen, und zudem sinkt der Anteil der Raucher:innen mit steigendem Einkommen.

Das rechte Modell schätzt die Wahrscheinlichkeit, dass der Alkoholkonsum einer Person über der täglich empfohlenen Höchstmenge liegt. Es zeigt sich, dass Frauen eine um 5,11 Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit für problematischen Alkoholkonsum haben als Männer und, dass die Altersgruppe 20 bis 24 Jahre eine höhere Wahrscheinlichkeit für gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum hat. Mit Niederösterreich, Wien, Oberösterreich, Salzburg und Tirol zeigen fünf Bundesländer eine höhere Wahrscheinlichkeit für übermäßigen Alkoholkonsum im Vergleich zum Referenzbundesland Steiermark, die Bevölkerungsdichte hat hingegen keinen statistisch signifikanten Einfluss. Während sich der Alkoholkonsum von Österreicher:innen nicht von jenem junger Nicht-Österreicher:innen aus den EU 15 unterscheidet, haben Personen aus allen anderen Kategorien eine statistisch signifikant reduzierte Wahrscheinlichkeit für gesundheitsgefährdenden Alkoholkonsum.

2.5.3 Zusammenfassende Befunde zur Gesundheitsbefragung

Die Ergebnisse der multivariaten Modelle liefern Einblicke in gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Zustände der Bevölkerung. Dabei ist festzuhalten, dass die geschätzten Modelle keine kausalen Schlussfolgerungen zulassen, sondern bedingte Korrelationen wiedergeben. Dennoch ergeben sich dabei einige Auffälligkeiten. Junge Männer weisen ein signifikant negativeres Gesundheitsverhalten auf als junge Frauen und haben bei Übergewicht bzw. Adipositas, Rauchverhalten und Alkoholkonsum deutliche Abweichungen zu den Frauen. Dieses Verhalten wirkt sich in jungen Jahren noch nicht auf die subjektive Einschätzung zur Gesundheit aus, da hier Männer keine Unterschiede zu den Frauen aufweisen. Auffällig ist auch, dass Frauen ihre subjektive Gesundheit deutlich schlechter einschätzen als dies Männer tun, ohne dass es jedoch z. B. zu Abweichungen im Bereich chronischer Krankheiten oder alltäglicher Einschränkungen kommen würde. Dies legt den Verdacht nahe, dass die schlechtere Einschätzung der Gesundheit vor allem auf psychische Faktoren zurückzuführen ist. Dies legen auch die Analysen mit den Daten der ÖGK nahe. Aus gesundheitspolitischer Sicht könnte daher eine Schlussfolgerung sein, das Gesundheitsverhalten junger Männer (stärker) in den Fokus zu nehmen bzw. im Bereich psychischer Gesundheit gezielt Angebote für junge Frauen zu schaffen.

Des Weiteren zeigt sich, dass die Gesundheit junger Menschen vor allem auch im Zusammenhang mit Erwerbstätigkeit und Einkommen steht. Dies lässt mehrere gesundheitspolitische Rückschlüsse zu. Die Literatur zeigt zum einen die Wichtigkeit von Bildung und Gesundheit bereits in jungen Jahren, da Qualifikation den Zugang zum Arbeitsmarkt und die Einkommensverläufe mitbestimmt. Zum anderen hilft die Beschäftigungspolitik und Vermittlung junger Menschen in Arbeit auch der Gesundheitspolitik. Darüber hinaus sollten gerade jungen Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen im Fokus der Gesundheitspolitik stehen, um so gut wie möglich in den Arbeitsmarkt eingebunden zu werden.

Insgesamt zeigen die durchgeführten Analysen auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung einen besseren Gesundheitszustand in der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen als bei den 30- bis 39-Jährigen, wobei die Jüngeren eine höhere Krankenstandsquote aufweisen. Die Krankenstandsquote hängt offensichtlich nicht allein vom Gesundheitszustand der Beschäftigten ab, sondern auch davon, wie gut die Arbeitsplätze zu den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen passen. Zudem spielt die Arbeitsumgebung eine Rolle: Eine unterstützende und gesundheitsfördernde Arbeitskultur kann die Krankenstandsquote senken, unabhängig vom allgemeinen Gesundheitszustand der Beschäftigten.

2.6 Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention junger Erwerbstätiger

Die Befunde zu den Fehlzeiten der Lehrlinge und jungen Erwerbstätigen sowie die durchgeführten Analysen zum Gesundheitszustand der Jungen auf der Grundlage der österreichischen Gesundheitsbefragung zeigen die Wichtigkeit von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen auch bei Jüngeren. Den primären Handlungsrahmen für zielgerichtete Maßnahmen bildet das Arbeitnehmer:innenschutzgesetz und die Gesundheitsförderungsstrategie (BMSGPK, 2023).

Rahmenbedingungen

Das Arbeitnehmer:innenschutzgesetz verpflichtet die Arbeitgeber:innen in Bezug auf alle Aspekte, die die Tätigkeit der Arbeitnehmer:innen betreffen, für deren Sicherheit und Gesundheitsschutz zu sorgen. Ziele sind der Schutz von Leben und Gesundheit sowie die Wahrung der Integrität und Würde durch die Verhütung arbeitsbedingter Gefahren und Belastungen und die menschengerechte Gestaltung der Arbeit.⁶⁰⁾

Darüber hinaus bildet die Gesundheitsförderungsstrategie einen Rahmen für die Stärkung einer zielgerichteten und koordinierten Gesundheitsförderung und Primärprävention in Österreich. Ein Schwerpunkt der Strategie liegt auf der Gestaltung gesunder Lebenswelten (z. B. Wohnort, Schule oder Arbeitsplatz) und der Förderung gesunder Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter. Darüber hinaus legt die Gesundheitsförderungsstrategie in Analogie zum Arbeitnehmer:innenschutz ein besonderes Augenmerk auf das Setting Betrieb und Arbeitswelt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Lebenswelten gegenseitig beeinflussen und nicht unabhängig voneinander sind. Maßnahmen müssen immer das gesamte Spektrum der Lebenswelten berücksichtigen.

Bezogen auf die Lebenswelt Arbeit findet sich Prävention im Setting Betrieb vor allem in den Bestrebungen des gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitnehmer:innenschutzes. Betriebliche Gesundheitsförderung ist nicht gesetzlich vorgeschrieben. Sie wird zusammen mit dem Arbeitnehmer:innenschutz und dem betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement als Teil eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements verstanden. Bezogen auf die Lebenswelt Arbeit findet man im betrieblichen Setting Prävention vorwiegend in den Bestrebungen des

⁶⁰⁾ Nationale Strategie "Gesundheit im Betrieb": <https://www.gesundheit-im-betrieb.at/>.

gesetzlich verordneten Arbeitnehmer:innenschutz. Sie wird zusammen mit dem Arbeitnehmer:innenschutz und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement als Teil eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements verstanden.⁶¹⁾

Grundsätze der Umsetzung

Grundsätzlich zielen Präventionsmaßnahmen immer auf Veränderungen ab. Zum einen auf der Ebene der Verhältnisse, zum anderen auf der Ebene des Verhaltens. Die Verhältnisprävention (strukturelle Prävention) will Gesundheit bzw. Krankheit beeinflussen, indem sie die Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit oder auch Umweltbedingungen) verändern will. Verhaltensprävention nimmt Einfluss auf das individuelle Gesundheitsverhalten. Durch Aufklärung, Information und Stärkung der Persönlichkeit soll der:die Einzelne motiviert werden, Risiken zu vermeiden und sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Wirksame und nachhaltige Maßnahmen setzen auf beiden Ebenen an.

Frühzeitig Maßnahmen setzen

Gerade in jungen Jahren werden wesentliche Grundlagen für die spätere Gesundheit gelegt. Körperliche Aktivität in der Kindheit wirkt sich nicht nur auf die Gesundheit der Kinder aus, sondern auch auf ihre Gesundheit und ihr Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter (Parnell & Krustup, 2018). Darüber hinaus zeigt eine neue Studie der OECD die langfristigen Auswirkungen von geringen sozioökonomischen Möglichkeiten in der Kindheit auf die Bildungsbeteiligung, das spätere Erwerbseinkommen und die Gesundheit im Erwachsenenalter (Clarke et al., 2022). Für Österreich errechnet die Studie, dass durch mangelnde Gesundheit im Erwachsenenalter aufgrund sozio-ökonomischer Benachteiligung in der Kindheit, ein jährlicher Verlust an Wertschöpfung in der Höhe von 2% der Wirtschaftsleistung entsteht (Clarke & Thévenon, 2024). Gesundheitsförderung und Präventionsprogramme erzielen die größten positiven individuellen und gesamtwirtschaftlichen Effekte, wenn sie so früh wie möglich ansetzen, kontinuierlich sind und sich über alle Lebensphasen erstrecken.

Die internationale Literatur zur Förderung der Gesundheit junger Arbeitnehmer:innen konzentriert sich auf Handlungsfelder und Ansatzpunkte und weniger auf konkrete erfolgreiche Beispiele (best practice). Zula (2014) betont die Bedeutung einer effektiven und kontinuierlichen Kommunikation von Gesundheitszielen in den Betrieben sowie von Ansätzen, die auf die spezifischen Bedürfnisse und Präferenzen junger Arbeitnehmer:innen zugeschnitten sind (Dunn et al., 2017). Erfolgsfaktoren für arbeitgeberfinanzierte Gesundheitsprogramme sind nach Kent et al. (2016) die Etablierung einer betrieblichen Gesundheitskultur, die durch das Engagement der Führungskräfte, die Unterstützung durch das Umfeld und die zielgruppenspezifische, nach Alter und Geschlecht differenzierte Einbindung der Belegschaft geprägt ist.

⁶¹⁾ Nationale Strategie "Gesundheit im Betrieb": <https://www.gesundheit-im-betrieb.at/>.

Das trifft vor allem auf junge Erwerbstätige zu: Je nach Geschlecht und Berufswahl unterscheiden sich Lehrlinge und junge Erwerbstätige in ihrem gesundheitlichen Risikoverhalten und benötigen daher speziell zugeschnittene Präventionsmaßnahmen. Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme als integrierte Einheit nicht nur im Schul-, sondern auch im Arbeitsalltag schärfen das Bewusstsein für gesundheitsrelevante Lebensstilfaktoren. Eine Schweizer Studie zeigt zudem, dass in den Arbeitsprozess integrierte Bewegung nicht nur berufliche Belastungen ausgleicht und damit Fehlzeiten reduziert, sondern auch die Produktivität steigert (Dratva et al., 2020).

Die Verletzungshäufigkeit von Lehrlingen und jungen Erwerbstätigen ist nach Turner et al. (2022) das Ergebnis von Arbeitsplatzmerkmalen, der biologischen und psychologischen Entwicklung der jungen Arbeitnehmer:innen, ihrer Wahrnehmung und Reaktion auf gefährliche Arbeit und von laufenden Sicherheitsmaßnahmen bzw. Schulungen. Die Handlungsebenen der Unfallprävention nach Turner et al. (2022) beginnen mit der Aufnahme von Sicherheitserziehung in die Lehrpläne der Schulen. Ein finnisches Experiment zeigte einen deutlichen Rückgang der Unfallzahlen in der Gruppe mit Sicherheitstraining (Nykänen et al., 2018). Darüber hinaus bedarf es eines Ausbaus der laufenden Arbeitsschutzmaßnahmen zur Sensibilisierung für Unfallgefahren am konkreten Arbeitsplatz, insbesondere für die Gruppe der jungen Erwerbstätigen, auch wenn es sich um befristete oder Teilzeitbeschäftigungen handelt. Darüber hinaus tragen auch zielgruppen- und altersspezifische Öffentlichkeitskampagnen der Betriebe in Kooperation mit dem öffentlichen Gesundheitssystem zur Unfallreduktion bei (Kaminski et al., 2008; Okun et al., 2016).

Ansätze im Setting Schule

Wie eingangs erwähnt, tragen frühzeitige Gesundheitsmaßnahmen wesentlich zur langfristigen Gesundheit bei. Im Setting Schule beginnen die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention beim regelmäßigen Schulsport und reichen bis zur Jugenduntersuchung⁶²⁾ für Lehrlinge. Die Jugendlichenuntersuchung zielt sowohl auf die Früherkennung von Krankheiten als auch auf die Aufklärung und Unterstützung bei der gesundheitsfördernden Veränderung des Lebensstils ab. Zentrale Themen sind Bewegung, Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum und risikantes Sexualverhalten. Um der Lebensrealität der Jugendlichen gerecht zu werden, wurde die Webseite www.feelok.at entwickelt, die eine Vielzahl gesundheitsrelevanter Themenbereiche in jugendgerechter Sprache aufbereitet. Im Rahmen der Jugendlichenuntersuchung werden alle Teilnehmer:innen auf diese Plattform verwiesen.

Das Setting Schule wird durch die Servicestellen Gesunde Schule⁶³⁾ adressiert, die regelmäßig Onlinebefragungen an Schulen durchführen. Diese Befragungen richten sich an Schüler:innen und Pädagog:innen und identifizieren zusätzliche Handlungsbedarfe für diese Zielgruppe. Die

⁶²⁾ Jugendlichenuntersuchung: https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit/medizinische_versorgung/Jugendlichenuntersuchung.html.

⁶³⁾ Gesundheitsförderung in der Schule: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.844051&portal=svportal>.

Servicestellen bieten umfangreiche Informations- und Unterstützungsangebote, Werkzeuge sowie Vernetzungs- und Austauschformate für Schüler:innen und Pädagog:innen an. Die behandelten Themen umfassen u. a. Ernährung, Bewegung, psychosoziale Gesundheit, Sucht und Sicherheit.

Ansätze im Setting Betrieb

Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Lehrlinge und junge Erwerbstätige sollten sowohl auf die Reduzierung von Arbeitsunfällen, die in der Phase des Berufseinstiegs häufiger auftreten, als auch auf die gesundheitsfördernde und krankheitsminimierende Gestaltung von Arbeitsplätzen abzielen.

Ein wesentliches Instrument im Arbeitnehmer:innenschutz ist die regelmäßige Unterweisung, bei der spezifische Anleitungen für eine sichere und gesunde Arbeitsweise gegeben werden. Die AUVVA unterstützt die Betriebe bei der Entwicklung von Unterweisungskonzepten und bietet kontinuierliche fachliche Weiterbildung für Lehrlingsausbilder:innen und Aufsichtspersonen an.⁶⁴⁾ Im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung erweisen sich Lehrlinge wie auch junge Erwerbstätige durch regelmäßige Befragungen und Gesundheitszirkel als wichtige Zielgruppe für zukünftige Maßnahmen. Ergänzend werden überbetriebliche, kostenlose Online-Angebote zu aktuellen Gesundheitsthemen bereitgestellt, um kontinuierlich aktuelle Informationen und Schulungen anzubieten. Die Regelmäßigkeit dieser Unterweisungen und Angebote ist entscheidend, um den nachhaltigen Schutz und die Gesundheit der Mitarbeitenden zu gewährleisten. Mit dem österreichischen Pilotprojekt Coachingprogramm für Lehrlinge und Lehrbetriebe (Berufsausbildungsgesetz § 19) zur Sicherung des Ausbildungserfolgs gibt es bereits Strukturen, die für eine gezielte Sensibilisierung für Unfallgefahren, aber auch darüber hinaus für einen gesunden Lebensstil angereichert werden könnten. Das Programm umfasst individuelle Beratung und Unterstützung durch professionelle Coaches, die von der Lehrlingsstelle oder anderen Bildungseinrichtungen, dem AMS usw. angeboten werden. Beratung und (Einzel-)Coaching werden sowohl für Lehrlingsverantwortliche als auch für Lehrlinge angeboten.

Gesundheitskompetenz

Ein weiterer zentraler Ansatzpunkt ist die Förderung der Gesundheitskompetenz. Menschen aller Altersgruppen benötigen sowohl die Motivation als auch die Fähigkeiten, um Gesundheitsinformationen zu suchen, zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden. Gesundheitskompetenz braucht es, um vorhandene Gesundheitsangebote und Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen zu können, und sie trägt zur Prävention von Krankheiten und zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands bei. Die Interaktion zwischen Anforderungen des Gesundheitssystems und den individuellen Fähigkeiten definiert die Gesundheitskompetenz.

⁶⁴⁾ <https://auva.at/blog/sichere-lehrlingsausbildung/>.

Im Rahmen des Gesundheitsziels 3⁶⁵⁾ implementieren die Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz⁶⁶⁾ und die Österreichische Sozialversicherung⁶⁷⁾ umfassende Maßnahmen in diesem Bereich. Im schulischen Setting stellt die Servicestelle Gesunde Schule im Rahmen des GET-Programms⁶⁸⁾ themenspezifische Unterrichts- und Begleitmaterialien zur Verfügung.

Fazit

Die Befunde aus anderen Ländern sowie für Österreich (u. a. Leoni et al., 2020) zeigen die Bedeutung der Gestaltung von Arbeitsplätzen⁶⁹⁾ und Arbeitsabläufen für das Krankheitsgeschehen, insbesondere bei jungen Erwerbstätigen. Eine Reduzierung der im Vergleich zu Älteren häufigeren Fehlzeiten von Lehrlingen und jungen Erwerbstätigen hätte neben dem gesundheitlichen Effekt für diese Gruppe auch positive betriebswirtschaftliche und gesamtgesellschaftliche Effekte, die mögliche Investitionskosten mittel- und langfristig kompensieren und übersteigen würden. Insgesamt sollten auch vor dem Hintergrund des demografisch bedingten Arbeitskräftemangels gesundheitsfördernde Programme und Initiativen auf betrieblicher, schulischer und gesamtgesellschaftlicher Ebene intensiviert werden.

2.7 Zusammenfassung

Zum Stichtag 31.12.2023 befanden sich 35.347 junge Frauen und 72.913 junge Männer in Österreich in einem Lehrverhältnis. Bei den jungen Männern dominieren mit einem Drittel die Lehrberufe Elektro-, Metall- und Kraftfahrzeugtechnik, bei den jungen Frauen die Einzelhandels- und Bürokauffrau. Damit verbunden sind unterschiedliche Risiken für Arbeitsunfälle, aber auch unterschiedliche Arbeitsbedingungen, die sich in einem höheren Anteil an Krankenstandsfällen von 8,9% der 15- bis 19-jährigen Burschen gegenüber 6,1% der Mädchen niederschlagen.

Analysen aus anderen Ländern bestätigen die höheren Krankenstandsquoten beim Berufseinstieg bzw. zu Beginn der Erwerbsphase sowie das höhere Risiko von Fehlzeiten in Abhängigkeit vom Qualifikationsniveau. Vorhandene Befunde belegen aber auch den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Fehlzeiten und den Arbeitsbedingungen und dem Qualifikationsniveau.

⁶⁵⁾ <https://gesundheitsziele-oesterreich.at/gesundheitsziele-und-arbeitsgruppen/gesundheitsziel-3/>.

⁶⁶⁾ oepgk.at.

⁶⁷⁾ <https://www.sozialversicherung.at/gesundheitskompetenz>.

⁶⁸⁾ GET! Gesunde Entscheidungen treffen: <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.864789&portal=svportal>.

⁶⁹⁾ Der European Survey on Working Conditions (Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen <https://www.eurofound.europa.eu/de/surveys/2021/european-working-conditions-telephone-survey-2021>) gibt einen Überblick über den Stand und die Entwicklung der Arbeitsbedingungen in Österreich und der EU. Hier fehlen Daten zur Dauer der jeweiligen Belastungsfaktoren, die zur Berechnung des Einflusses von Arbeitsplatzbedingungen auf das Erkrankungs geschehen notwendig sind. Auch ist die Stichprobengröße mit rund 1.500 Personen zu klein, um Lehrlinge isoliert behandeln zu können.

Mit 29% war ein Großteil der 15- bis 19-jährigen Mädchen im Jahr 2023 im Wirtschaftsabschnitt Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen beschäftigt, gefolgt von Beherbergung und Gastronomie mit 14%. Bei den Burschen spielte die Herstellung von Waren mit 23% aller unselbständig Beschäftigten dieser Altersgruppe die größte Rolle, gefolgt vom Baugewerbe mit 22%. Diese Wirtschaftsabschnitte (und die ausgeübten Berufe) bedeuten mit den unterschiedlichen Arbeitsbedingungen auch unterschiedliche Belastungen und Gefährdungen.

Krankheiten des Atmungssystems und Infektionskrankheiten verursachten 2023 rund 57,5% der Krankschreibungen bei den 15- bis 19-Jährigen, Verletzungen und Vergiftungen waren für 7,7% der Krankschreibungen in dieser Altersgruppe verantwortlich.

Die Krankenstandsfälle der Berufseinsteiger:innen im Alter von 15 bis 19 Jahren wurden von Krankheiten des Atmungssystems dominiert, rund 40% der Krankschreibungen gingen 2023 darauf zurück. Mit 16,7% aller Fälle waren Infektionskrankheiten die zweithäufigste Ursache der Fehlzeiten, und schon an dritter Stelle folgten mit 7,7% Krankenstandsfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen. Die jüngeren Erwerbstätigen hatten damit häufiger verletzungsbedingte Fehlzeiten als die Gruppe der 15- bis 29-Jährigen, aber auch als die Versicherten aller Altersgruppen.

Geringere Anteile an den Gesamtkrankenständen entfielen 2023 in der jüngeren Altersgruppe mit 5% auf Muskel-Skeletterkrankungen, bei den 15- bis 29-Jährigen waren es 6,8% und über alle Altersgruppen hinweg 11,1%.

Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen machten bei den jüngeren Erwerbstätigen einen Anteil an den Krankenstandsfällen von 2,2% aus. Dieser Anteil war in den vergangenen Jahren in beiden Altersgruppen angestiegen und lag bei den 15- bis 19-Jährigen etwas niedriger als bei den 15- bis 29-Jährigen (2,6%) und den über 30-Jährigen (2,9%).

Psychische Erkrankungen bedeuten lange Fehlzeiten, bei den 15- bis 19-Jährigen dauerte dieser Krankenstand 13,8 Tage, bei Verletzungen und Vergiftungen waren es 12,0 Tage.

Während 2023 eine Krankschreibung bei Infektionskrankheiten bei den 15- bis 19-Jährigen bzw. 15- bis 29-Jährigen im Schnitt 3,2 bzw. 3,7 Tage dauerte, waren es bei psychischen Erkrankungen 13,8 Tage bei den 15- bis 19-Jährigen und 23,6 Tage bei den 15- bis 29-Jährigen. Hier zeigten sich in diesen Altersgruppen die am längsten dauernden Fehlzeiten pro Erkrankungsfall. Die zweitlängsten Fehlzeiten entstanden bei Verletzungen und Vergiftungen, die bei den Jüngeren im Schnitt 12,0 Tage dauerten. Im Vergleich zur Gesamtheit der Versicherten waren verletzungsbedingte Krankenstände bei den unter 20-Jährigen zwar etwas häufiger, im Schnitt aber um 7 Tage kürzer. Psychische Erkrankungen bedeuten auch die längsten Krankenhausaufenthalte aller Krankheitsgruppen, sie lagen 2023 bei rund 20 Tagen.

Mit zunehmendem Alter nimmt die durchschnittliche Dauer der Krankenstände zu: Verletzungsbedingte Fehlzeiten der 15- bis 29-Jährigen dauerten 15,0 Tage und bei allen Versicherten waren es 2023 19 Tage. Das gleiche Bild zeigt sich bei den psychischen Erkrankungen: Bezogen auf alle Versicherten betrug 2023 die durchschnittliche Dauer der Krankschreibungen 37,2 Tage und war damit mehr als doppelt so lange wie in der Gruppe der jüngeren Erwerbstätigen.

Während die 15- bis 19-Jährigen häufiger Allgemeinmediziner:innen konsultierten, lag in der breiteren Altersgruppe der Anteil der Facharztbesuche etwas höher.

Bei den 15- bis 19-jährigen Lehrlingen waren 40,2% der Krankheitsfälle auf Atemwegserkrankungen, 16,5% auf Infektionskrankheiten und 7,4% auf Verletzungen und Vergiftungen zurückzuführen.

Eine weitere Differenzierung der Krankenstände junger Erwerbstätiger nach ihrem Erwerbsstatus – Lehrlinge, Arbeiter:innen und Angestellte – ergibt, dass Atemwegserkrankungen in den drei Gruppen bei den 15- bis 19-Jährigen die häufigste Krankenstandsursache war, gefolgt von Infektionskrankheiten. Hier zeigt sich entlang der drei Beschäftigtengruppen kaum ein Unterschied, nicht so bei den Verletzungen und Vergiftungen: Bei Lehrlingen waren 2023 7,4% und bei Arbeiter:innen 11,0% der Krankenstände durch Verletzungen und Vergiftungen verursacht, bei den Angestellten waren es 4,7%.

Muskel-Skeletterkrankungen machten 2023 bei den jüngeren Arbeiter:innen 6,3% der Krankenstandsfälle aus, bei den Lehrlingen 4,9% und bei den Angestellten 3,5%; in der Gruppe der 15- bis 29-jährigen Arbeiter:innen stieg der Anteil dieser Krankenstandsfälle auf 10,2%. Sie nahmen damit nicht nur einen gleich hohen Anteil ein wie Verletzungen und Vergiftungen, sondern auch einen doppelt so hohen Anteil im Vergleich zu den Angestellten. Bei den 15- bis 29-jährigen Lehrlingen waren psychische Erkrankungen für 2,7% der Krankenstandsfälle verantwortlich. Bei den 15- bis 29-jährigen Arbeiter:innen lag dieser Anteil mit 2,1% etwas darunter und bei den Angestellten mit 2,9% darüber.

Im Beobachtungszeitraum 2019 bis 2021 gingen die Krankenstände bei Atemwegserkrankungen zurück, auch Infektionskrankheiten gingen aufgrund der sozialen Distanzierungsmaßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie zurück, die Anteile erhöhten sich jedoch bis 2023 wieder. In der Gruppe der 15- bis 29-Jährigen stiegen zwischen 2019 und 2023 in allen drei Beschäftigungsgruppen Krankenstandsfälle bei psychischen Erkrankungen an, die Anteile der Verletzungen und Vergiftungen gingen hingegen leicht zurück.

Verletzungen und Vergiftungen sowie psychische Erkrankungen ziehen allerdings die längsten Krankenstände nach sich: Bei Angestellten und Arbeiter:innen im Alter von 15 bis 29 Jahren dauerte ein Krankenstand bei psychischen Erkrankungen 24,5 bzw. 25,2 Tage, die Dauer bei Verletzungen und Vergiftungen lag zuletzt bei Angestellten bei 14,2 Tagen und bei Arbeiter:innen bei 16,4 Tagen. Auch wenn eine Differenzierung nach Arbeits- und Freizeitunfällen nicht möglich ist, könnte eine Unfallverhütung in beiden Bereichen sowohl für die Betroffenen als auch für die Betriebe und das Gesundheitssystem deutliche Entlastungen bringen.

15- bis 29-jährige Männer haben einen höheren Anteil an Krankenstandsfällen wegen Verletzungen und Vergiftungen sowie Muskel-Skeletterkrankungen im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen.

Bei den 15- bis 19-jährigen Versicherten sind junge Männer häufiger krankgeschrieben als junge Frauen, in der folgenden Altersgruppe von 20 bis 24 Jahren ist eine Annäherung zu beobachten. Der frühere Berufseinstieg in Form einer Lehre und der höhere Anteil von Arbeitern gegenüber Arbeiterinnen sowie die geschlechtsspezifischen Berufe führen zu unterschiedlichen Anforderungen am Arbeitsplatz und damit zu unterschiedlichem Krankheitsgeschehen. Aber auch die analysierten und dargestellten Unterschiede in den Lebensformen und Risikofaktoren wirken sich auf die häufigeren unfallbedingten Fehlzeiten der Männer aus. Im Jahr 2023 waren bei den 15- bis 29-jährigen Männern 9,4% und bei den Frauen 4,2% der Krankenstandsfälle auf Verletzungen und Vergiftungen zurückzuführen. Muskel-Skeletterkrankungen machten 8,2% bei den Männern und 5,0% bei den Frauen aus. Zwischen 2019 und 2023 waren die Anteile der Krankenstandsfälle wegen Verletzungen und Vergiftungen rückläufig. Angestiegen waren die Krankenstandsfälle aufgrund von Muskel-Skeletterkrankungen aber auch aufgrund psychischer Erkrankungen sowohl bei Frauen als auch bei Männern.

Die Dauer der Krankenstände der 15- bis 29-Jährigen variierte 2023 je nach Krankheit und lag zwischen durchschnittlich 23,6 Tagen bei psychischen Erkrankungen und 3,7 Tagen bei Infektionskrankheiten. Im Durchschnitt lag sie bei 6,2 Tagen. Über alle Krankheitsgruppen hinweg zeigte sich abschließend folgendes Bild: Die längsten Krankenstände hatten Arbeiter:innen mit durchschnittlich 7 Tagen. Auch Männer dieser Altersgruppe lagen mit 6,3 Tagen über dem Gesamtdurchschnitt, während Frauen und Angestellte mit durchschnittlich 6 Tagen kürzer im Krankenstand waren. Im Alter von 15 bis 19 Jahren waren Lehrlinge mit 4,4 Tagen ebenso wie Angestellte mit 4,6 Tagen ebenfalls unterdurchschnittlich krankgeschrieben (4,7 Tage).

Übersicht 2.19: Krankheitsdauer nach sozio-ökonomischen Merkmalen

	Alter in Jahren										30 bis 64 2023
	15 bis 19					15 bis 29					
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2023
	Durchschnittliche Tage je Fall										
Frauen	4,3	5,2	4,6	4,6	4,5	5,4	6,9	6,3	6,0	6,0	10,9
Männer	4,9	5,7	5,0	5,0	4,8	6,1	7,1	6,4	6,3	6,3	11,1
Angestellte	4,1	4,9	4,4	4,5	4,6	5,3	6,7	6,1	5,9	6,0	10,2
Arbeiter:innen	5,0	5,9	5,3	5,3	5,6	6,6	7,6	6,9	6,9	7,0	12,1
Lehrlinge	4,6	5,5	4,9	4,6	4,4	4,9	5,7	5,1	4,8	4,6	
Insgesamt	4,7	5,5	4,9	4,8	4,7	5,8	7,0	6,3	6,2	6,2	11,0

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

In der Altersgruppe der über 30-Jährigen war die durchschnittliche Krankenstandsdauer mit 11,0 Tagen um durchschnittlich 5 Tage länger als bei den unter 30-Jährigen. Auch hier lagen

die Fehltagelast der Arbeiter:innen deutlich über und die der Angestellten unter dem Durchschnitt, der sich auch hier aus deutlichen Heterogenitäten zusammensetzte.

Die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch Frauen erfolgt zu einem höheren Anteil bei Fachärzt:innen (Gynäkologie und Geburtshilfe), die Verweildauer im Krankenhaus nach ICD-10-Krankheitsdiagnosen zeigte keine ausgeprägten geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Der bessere Gesundheitszustand der 15- bis 19-jährigen gegenüber der 20- bis 29-jährigen Bevölkerung ist begleitet von einer höheren Krankenstandsquote der jungen Erwerbstätigen.

Der höhere Anteil an Krankenstandsfällen in der frühen Erwerbsphase und in jungen Jahren spiegelt sich nicht im allgemeinen Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsgruppe wider. Auf Basis der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 und jeweils drei subjektiven Gesundheitsindikatoren und drei Variablen zum Gesundheitsverhalten konnte ökonometrisch ein deutlich besserer Gesundheitszustand in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen im Vergleich zu den 20- bis 24-Jährigen und den 25- bis 30-Jährigen festgestellt werden.

Die Krankenstandsquote hängt damit nicht allein vom Gesundheitszustand der jungen Beschäftigten ab, sondern auch davon, wie gut die Arbeitsplätze zu den individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen passen, und welcher Art die Tätigkeit ist. Dies unterstreicht die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz. Wirksame, nachhaltige und vor allem frühzeitige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention stellen nicht nur eine Investition in das Wohlbefinden der Belegschaft dar, sondern auch in die langfristige Produktivität und Effizienz des Unternehmens.

Da in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen neben Atemwegs- und Infektionskrankheiten auch Verletzungen und Vergiftungen bei den männlichen jugendlichen Erwerbstätigen einen hohen Anteil am Krankenstand haben, sollten zielgruppenspezifische Programme z. B. im Bereich der Arbeitssicherheit verstärkt werden. Wirksame und nachhaltige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sollten immer auf der Ebene der Verhältnisse und des Verhaltens und hier insbesondere auf Aspekte einer gesunden Lebensführung im Kontext der Erwerbsarbeit sowie in der Freizeit ansetzen. Die Implementierung solcher Programme kann nicht nur zur Reduktion des Krankenstandes beitragen, sondern auch die langfristige Gesundheit und Lebensqualität dieser jungen Altersgruppe nachhaltig verbessern.

3. Literatur

- Angel, S., Bock-Schappelwein, J., & Eppel, R. (2023). Aufschwung auf dem Arbeitsmarkt hielt 2022 an. *WIFO-Monatsberichte*, 96(5), 319–328.
- Badura, B., Ducki, A., Baumgardt, J., Meyer, M., & Schröder, H. (Hrsg.). (2023). *Fehlzeiten-Report 2023, Zeitenwende—Arbeit gesund gestalten*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-67514-4>
- 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>
- Blanchflower, D., Bryson, A., Lepinteur, A., & Piper, A. (2024). Further Evidence on the Global Decline in the Mental Health of the Young. *NBER Working Paper*, 32500. <https://doi.org/10.3386/w32500>
- Blanchflower, D., Bryson, A., & Xu, X. (2024). The Declining Mental Health of the Young and the Global Disappearance of the Hump Shape in Age in Unhappiness. *NBER Working Paper*, 32337. <https://doi.org/10.3386/w32337>
- BMSGPK. (2023). *Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Redaktionell überarbeitete Fassung 2023*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Gesundheitsf%C3%B4rderungsstrategie-im-Rahmen-des-Bundes-Zielsteuerungsvertrags.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Gesundheitsf%C3%B4rderungsstrategie-im-Rahmen-des-Bundes-Zielsteuerungsvertrags.html)
- 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.
- Bundeskanzleramt. (2024). *Gleichstellung in Österreich – Zahlen, Daten und Fakten*. <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/frauenserviceportal/aktuell/gleichstellung-in-oesterreich-neue-publikation-mit-zahlen-daten-und-fakten.html>
- Bundesministerium für Arbeit. (2021). *Homeoffice: Verbreitung, Gestaltung, Meinungsbild und Zukunft*. <https://www.bmaw.gv.at/Presse/News/Homeoffice-Studie.html>
- 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. (2023a). *Das Personal des Bundes 2023—Daten und Fakten*.
- Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport. (2023b). *Gesundheitsmanagement und Fehlzeiten 2023 im Bundesdienst. Daten und Fakten*.
- Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport. (2019). *Das Personal des Bundes 2019. Daten und Fakten*.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2019). *ICD-10 BMASGK 2020 – Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision*.

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2020). *ICD-10 BMSGPK 2021—Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision.*
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023). *ICD-10 BMSGPK 2024—Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision.*
- Case, A., & Paxson, C. H. (2004). Sex Differences in Morbidity and Mortality. *NBER Working Paper, 10653.*
- Clarke, C., Bonnet, J., Flores, M., & Thévenon, O. (2022). *The Economic Costs of Childhood Socio-Economic Disadvantage in European OECD Countries.* OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-economic-costs-of-childhood-socio-economic-disadvantage-in-european-oecd-countries_8c0c66b9-en
- Clarke, C., & Thévenon, O. (2022). Starting Unequal. How's Life for Disadvantaged Children? *OECD Papers on Well-Being and Inequalities, 6.* <https://doi.org/10.1787/a0ec330c-en>
- Clarke, C., & Thévenon, O. (2024). Sozioökonomische Benachteiligung in der Kindheit in Österreich. In *Sozialbericht 2024* (S. 347–423). Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Commission on Macroeconomics and Health (CMH). (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development.* World Health Organisation.
- Currie, C. (2019). Development Is Not the Same as Ageing: The Relevance of Puberty to Health of Adolescents. *International Journal of Public Health, 64,* 149–150. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01212-5>
- Currie, J. (2009). Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic Status, Poor Health in Childhood, and Human Capital Development. *Journal of Economic Literature, 47*(1), 87–122. <https://doi.org/10.1257/jel.47.1.87>
- 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.
- Dibiasi, A., Binder, D., Köpping, M., & Zaussinger, S. (2021). *MINT Fachzirkel Geschlechtersegregation MINT: Expertise I. Identifikation von Problemen und Handlungsfeldern auf Basis einer Daten- und Literaturanalyse.* IHS. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/6033/>
- Doiron, D., Fiebig, D. G., Johar, M., & Suziedelyte, A. (2015). Does Self-Assessed Health Measure Health? *Applied Economics, 47*(2), 180–194. <https://doi.org/10.1080/00036846.2014.967382>
- Dornmayr, H., & Löffler, R. (2022). *Bericht zur Situation der Jugendbeschäftigung und Lehrlingsausbildung in Österreich 2020-2021.* Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (BMDW). <https://www.bmaw.gv.at/The-men/Lehre-und-Berufsausbildung/Information-und-Bibliothek/Jugendbeschaeftigung-Lehrlingsausbildung.html>
- Drago, R., & Wooden, M. (1992). The Determinants of Labour Absence: Economic Factors and Work Group Norms. *Industrial and Labour Relations Review, 45,* 34–47.
- Dratva, J., Etzer-Hofer, I., Feer, S., & Sommer, B. (2020). *Auswirkungen von Sport und Bewegung während der Arbeitszeit auf die Gesundheit und die Produktivität am Arbeitsplatz. Recherche Schweiz und international.* Bundesamt für Gesundheit (BAG). <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-ernaehrung-bewegung.html>
- Dunn, P., Conard, S., & Kirschner, L. (2017). Playing the Game of Health: Best Practices for Health Optimization Program in a Worksite Setting, with Case Study of a Real World Example. *Research in Health Science, 2*(1), 41. <https://doi.org/10.22158/rhs.v2n1p41>
- Dür, W., Kembeiss, G., Mravlag, K., Stidl, T., & Schuß, I. (2000). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Bericht zur Gesundheit der 11-, 13- und 15-jährigen SchülerInnen in Österreich; Aufbereitung der Daten des 5. WHO-HBSC-Surveys 1998 und die Trends für die 90er Jahre.* Bundesministerium für Arbeit, Gesundes und Soziales.
- 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. (2016). *Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven.* WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/58794>

- 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*.
- Felder-Puig, R., Ramelow, D., Teutsch, F., Tropper, K., Maier, G., Vrtis, D., & Gugglberger, L. (2020). *Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsdeterminanten von österreichischen Lehrlingen. Ergebnisse der Lehrlingsbefragung 2018/19*. Institut für Gesundheitsförderung und Prävention.
- Felder-Puig, R., Teutsch, F., & Winkler, R. (2023a). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Lehrlingen – Ergebnisse der Lehrlingsgesundheitsbefragung 2021/22*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:eb787331-f630-4be4-962d-3268b976f791/%C3%96sterr._Lehrlingsgesundheitsbericht_2023_1-1.pdf
- Felder-Puig, R., Teutsch, F., & Winkler, R. (2023b). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2021/22*. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).
- 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>
- Graf, L., & Marques, M. (2023). Towards a European Model of Collective Skill Formation? Analysing the European Alliance for Apprenticeships. *Journal of Education Policy*, 38(4), 665–685. <https://doi.org/10.1080/02680939.2022.2097317>
- Greganova, Z., & Mötz, L. (2024). Personenbezogene Statistiken 2023. *Soziale Sicherheit - Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung*, 2.
- Helgesson, M., Johansson, B., Wernroth, L., & Vingård, E. (2015). Exposure to different lengths of sick leave and subsequent work absence among young adults. *BMC Public Health*, 16, 51. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2679-0>
- Helgesson, M., Tinghög, P., Wang, M., Rahman, S., Saboonchi, F., & Mittendorfer-Rutz, E. (2018). Trajectories of Work Disability and Unemployment Among Young Adults with Common Mental Disorders. *BMC Public Health*, 18, 1228. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6141-y>
- 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).
- Horvath, T., Hyll, W., Mahringer, H., Lutz, H., & Spielauer, M. (2022). *Ältere am Arbeitsmarkt: Eine Vorausschau bis 2040 als Grundlage für wirtschaftspolitische Maßnahmen*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/69701>
- 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>
- Kaminski, A., Nauerth, A., & Pfefferte, P. I. (2008). Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Auszubildenden im ersten Lehrjahr—Erste Ergebnisse einer Befragung in Bielefelder Berufskollegs. *Das Gesundheitswesen*, 70(1), 38–46. <https://doi.org/10.1055/s-2007-1022528>
- Kent, K., Goetzl, R. Z., Roemer, E. C., Prasad, A., & Freundlich, N. (2016). Promoting Healthy Workplaces by Building Cultures of Health and Applying Strategic Communications. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 58(2), 114–122. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000629>
- Komitee für Kinder- und Jugendgesundheit. (2019). *Altersgrenzen überdenken! Ausdehnung der Altersdefinitionen für Kinder und Jugendliche*. https://jasmin.goeg.at/1393/1/Factsheet%20Altersbegriff_final%20%28002%29.pdf

- Leitner, A., Kreimer, M., Heck, I., & Vakavlieva, Z. (2023). Gender Segregation in Vocational Education and Occupations in the Context of Digitalisation. *IHS Working Paper*, 46. <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/6525/>
- Leoni, T. (2011). *Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/42691>
- Leoni, T. (2019). *Entwicklung und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände in Oberösterreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/61534>
- Leoni, T., Biffl, G., & Guger, A. (2008a). *Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/wwa/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. (2018). *Fehlzeitenreport 2018. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Präsentismus und Absentismus*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/61487>
- Leoni, T., Brunner, A., & Mayrhuber, C. (2020a). *Die Kosten arbeitsbedingter Unfälle und Erkrankungen in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/66519>
- Leoni, T., Brunner, A., & Mayrhuber, C. (2020b). *Die Kosten arbeitsbedingter Unfälle und Erkrankungen in Österreich*. WIFO. <https://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/66519>
- Leoni, T., & Mahringer, H. (2008). *Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/wwa/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/wwa/pubid/60730>
- Lindbeck, A., Palme, M., & Persson, M. (2006). Job Security and Work Absence: Evidence from a Natural Experiment. *CESifo Working Paper*, 1697.
- 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.
- 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).
- Martín-Román, Á. L., Moral, A., & Pinillos-Franco, S. (2024). Are women breaking the glass ceiling? A gendered analysis of the duration of sick leave in Spain. *International Journal of Health Economics and Management*, 24(1), 107–134. <https://doi.org/10.1007/s10754-023-09351-2>
- Mayerhofer, P., Bachtrögler-Unger, J., Burton, A., Daminger, A., Ehn-Fragner, S., Fritz, O., Huber, P., Klien, M., Piribauer, P., & Streicher, G. (2022). *Bericht zur Wiener Wirtschaft. Konjunkturbericht Frühjahr 2022*. WIFO. <https://www.wifo.ac.at/publication/69508/>
- Mayrhuber, C., & Bittschi, B. (2022). *Fehlzeitenreport 2022. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/69809>
- Mayrhuber, C., Leitner, A., Hausegger, T., & Bergmann, N. (2024). Mind the Gaps – Zur Gleichstellung von Frauen und Männern in Österreich. *WIFO Research Briefs*, 8. <https://www.wifo.ac.at/publication/264378/>
- Meggeneder, O. (2005). *Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe*.

- Meyer, M., Meinicke, M., & Schenkel, A. (2023). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2022. In B. Badura, A. Ducki, J. Baumgardt, M. Meyer, & H. Schröder (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2023. Zeitenwende – Arbeit gesund gestalten* (S. 435–521). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-67514-4_29
- Narusyte, J., Ropponen, A., Wang, M., & Svedberg, P. (2022). Sickness absence among young employees in private and public sectors with a history of depression and anxiety. *Scientific Reports*, 12(1), 18695. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-21892-z>
- Nykänen, M., Sund, R., & Vuori, J. (2018). Enhancing Safety Competencies of Young Adults: A Randomized Field Trial (RCT). *Journal of Safety Research*, 67, 45–56. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2018.09.012>
- 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.
- OECD. (2022). *Promoting Health and Well-being at Work: Policy and Practices*. Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/promoting-health-and-well-being-at-work_e179b2a5-en
- Okun, A., Guerin, R., & Schulte, P. (2016). Foundational Workplace Safety and Health Competencies for the Emerging Workforce. *Journal of Safety Research*, 59, 43–51. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2016.09.004>
- Olsson, C., Tinnerholm Ljungberg, H., Björk Brämberg, E., Nybergh, L., & Jensen, I. (2023). A Gender Perspective on Perceived Causes of Sick Leave Due to Common Mental Disorders Among Young Swedish Employees: A Qualitative Interview Study. *PLoS ONE*, 18(9), e0291551. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291551>
- 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).
- Østby, K. A., Mykletun, A., & Nilsen, W. (2018). Explaining the Gender Gap in Sickness Absence. *Occupational Medicine*, 68(5), 320–326. <https://doi.org/10.1093/ocmed/kqy062>
- Parnell, D., & Krustup, P. (Hrsg.). (2018). *Sport and Health: Exploring the Current State of Play*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Picchio, M., & Ubaldi, M. (2023). Unemployment and health: A meta-analysis. *Journal of Economic Surveys*, n/a, 1–36. <https://doi.org/10.1111/joes.12588>
- Piribauer, P., Bachtrögler-Unger, J., Burton, A., Ehn-Fragner, S., Klien, M., & Streicher, G. (2022). *Die Wirtschaft in den Bundesländern. IV. Quartal 2021*. WIFO. <https://www.wifo.ac.at/publication/70102/>
- 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.
- Rubery, J. (2024). Labour Markets. In A. Hodder & S. Mustchin (Hrsg.), *The Value of Industrial Relations* (S. 89–102). Bristol University Press. <https://doi.org/10.51952/9781529236972.ch008>
- 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*.
- Schwingsmehl, M., Endel, F., & Gamper, J. (2024). *Lehrlingsausbildung: Vorschau auf Angebot und Nachfrage 2024*. Arbeitsmarktservice (AMS). https://ams-forschungsnetzwerk.at/downloadpub/AMS_Lehrling_2024.pdf

- Sørensen, J. K., Jensen, J., Rugulies, R., & Madsen, I. (2023). Psychosocial Work Factors and Sickness Absence Among Young Danish Workers with a Disease History. *European Journal of Public Health*, 33(Supplement_2), ckad160.1604. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad160.1604>
- Sørensen, J. K., Pedersen, J., Burr, H., Holm, A., Lallukka, T., Lund, T., Melchior, M., Rod, N. H., Rugulies, R., Sivertsen, B., Stansfeld, S., Christensen, K. B., & Madsen, I. E. H. (2023). Psychosocial Working Conditions and Sickness Absence Among Younger Employees in Denmark: A Register-Based Cohort Study Using Job Exposure Matrices. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 49(4), 249–258. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4083>
- Sumanen, H., Lahelma, E., Lahti, J., Pietiläinen, O., & Rahkonen, O. (2016). Educational Differences in Sickness Absence Trends Among Young Employees from 2002 to 2013 in Helsinki, Finland. *BMJ Open*, 6, e008550. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008550>
- Timp, S., Van Foreest, N., & Roelen, C. (2024). Gender differences in long term sickness absence. *BMC Public Health*, 24(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17679-8>
- Torvik, F. A., Reichborn-Kjennerud, T., Gjerde, L. C., Knudsen, G. P., Ystrom, E., Tambs, K., Røysamb, E., Østby, K., & Ørstavik, R. (2016). Mood, anxiety, and alcohol use disorders and later cause-specific sick leave in young adult employees. *BMC Public Health*, 16, 702. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3427-9>
- Turner, N., Deng, C., Granger, S., Wingate, T. G., Shafqat, R., & Dueck, P. M. (2022). Young Workers and Safety: A Critical Review and Future Research Agenda. *Journal of Safety Research*, 83, 79–95. <https://doi.org/10.1016/j.jsr.2022.08.006>
- van den Toren, S. J., Franse, C. B., Vanneste, Y. T. M., Bannink, R., Lugtenberg, M., Mulder, W. C., de Kroon, M. L. A., van Grieken, A., & Raat, H. (2020). Addressing Sickness Absence Among Adolescents and Young Adults: An Evaluation of the Medical Advice for Sick-Reported Students Intervention. *BMC Public Health*, 20, 1851. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09809-9>
- Vanneste, Y. T. M., Mathijssen, J. J. P., Van De Goor, I. A. M., Rots – De Vries, C. M. C., & Feron, F. J. M. (2016). Addressing Medical Absenteeism in Pre-Vocational Secondary Students: Effectiveness of a Public Health Intervention, Using a Quasi-Experimental Design. *BMC Public Health*, 16, 1107. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3718-1>
- WHO. (2020). *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: Results of a rapid assessment*.
- Wirtschaftskammer Österreich. (2024). *Lehrlingsstatistik* [dataset]. <https://www.wko.at/zahlen-daten-fakten/daten-lehrlingsstatistik>
- 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.
- 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.
- Zula, K. (2014). Workplace Wellness Programs: A Comparison Between Best Practice Guidelines And Implementation. *Journal of Applied Business Research (JABR)*, 30(3), 783. <https://doi.org/10.19030/jabr.v30i3.8564>

Anhang A: Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände

Übersicht A1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten

Arbeiter:innen 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
2022	53.635.012	3.602.329	14,9	4,1
2023	56.087.514	3.651.407	15,4	4,2

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

Arbeiter:innen 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
2022	69,5	1,6	2,3	9,4
2023	71,2	1,7	2,3	9,3

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

Arbeiter:innen und Angestellte

	Männer			Frauen			Insgesamt		
	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre
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
2022	3,6	3,3	5,2	3,8	3,8	5,6	3,7	3,5	5,4
2023	3,6	3,4	5,4	3,8	3,9	5,8	3,7	3,7	5,6

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

Arbeiter:innen 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
2022	4,9	2,9	3,9	5,4	3,9	4,3	4,1
2023	5,0	3,0	4,0	5,6	4,1	4,4	4,2

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

Arbeiter:innen 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
2022	2,6	4,2	4,0	4,0
2023	2,8	4,4	4,1	4,2

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: ICD-10-Klassifikation

Übersicht A6: ICD-10-Klassifikation der Krankheiten

Kapitel Nummer und Bezeichnung		Darunter fallen u. a. folgende Krankheiten
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	Infektiöse Darmkrankheiten; Tuberkulose; Bestimmte bakterielle Zoonosen; Sonstige bakterielle Krankheiten; Virushepatitis; HIV; Läuse-, Milbenbefall und sonstiger Parasitenbefall der Haut
II	Neubildungen	Gutartige und bösartige Neubildungen mit Bezeichnung der Lokalisation
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	Alimentäre Anämien; Hämolytische Anämien; Aplastische und sonstige Anämien; Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Krankheiten der Schilddrüse; Diabetes mellitus; Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas; Mangelernährung; Sonstige alimentäre Mangelzustände; Adipositas und sonstige Überernährung; Stoffwechselstörungen
V	Psychische und Verhaltensstörungen	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; Affektive Störungen; Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; Entwicklungsstörungen
VI	Krankheiten des Nervensystems	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems; Systematrophien; Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen; Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus; Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita; Affektionen der Konjunktiva, der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers; Affektionen der Linse, der Aderhaut und Netzhaut; Glaukom; Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	Krankheiten des äußeren Ohres; des Mittelohres und des Warzenfortsatzes; des Innenohres
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	Chronische rheumatische Herzkrankheiten; Hochdruckkrankheit; Ischämische Herzkrankheiten; Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes; Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren; Krankheiten der Venen, Lymphgefäße und Lymphknoten
X	Krankheiten des Atmungssystems	Krankheiten und akute Infektionen der oberen Atemwege; Grippe und Pneumonie; Chronische Krankheiten und sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege; Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen; Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüsen und Kiefer; des Ösophagus, des Magens und des Duodenums; der Appendix; Hernien; Sonstige Krankheiten des Darmes; Krankheiten der Leber; Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas;
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	Infektionen der Haut und Unterhaut; Bullöse Dermatosen; Dermatitis und Ekzem; Paposquamosöse Hautkrankheiten; Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung; Krankheiten der Hautanhangsgebilde
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Arthropathien; Entzündliche Polyarthropathien; Arthrose; Sonstige Gelenkrankheiten; Systemkrankheiten des Bindegewebes; Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens; Krankheiten der Weichteilgewebe; Krankheiten der Muskeln; Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	Glomeruläre Krankheiten; Nierenkrankheiten; Urolithiasis; Krankheiten der männlichen Genitalorgane; Entzündliche Krankheiten der weiblichen

Kapitel Nummer und Bezeichnung		Darunter fallen u. a. folgende Krankheiten
		Beckenorgane; Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	Schwangerschaft mit abortivem Ausgang; Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft; Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren bzw. Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung; Geburtstrauma; Hämorrhagische und hämatologische Krankheiten beim Fetus und Neugeborenen
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems; des Auges, des Ohres, des Gesichtes, des Halses; des Kreislaufsystems; des Atmungssystems; Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte; Chromosomenanomalien
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	Symptome des Kreislaufsystems, Atmungssystems; des Verdauungssystems; der Haut und des Unterhautgewebes; des Nervensystems, Muskel-Skelett-Systems; des Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögens
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	Verletzungen des Kopfes; Halses; Thorax; Abdomens, der Lendenwirbelsäule, des Beckens usw.; Verbrennungen oder Verätzungen; Erfrierungen; Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen; Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung
XXa	Exogene Noxen – Ätiologie	Exogene Noxen – Ätiologie
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen; die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen; die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen; Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten; mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
XXII	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	Vorläufige Zuordnungen für Krankheiten mit unklarer Ätiologie sowie belegte und nicht belegte Schlüsselnummern (darunter u. a.: schweres akutes respiratorisches Syndrom [SARS]; COVID-19, Virus nachgewiesen; COVID-19, Virus nicht nachgewiesen; COVID-19 in der Eigenanamnese; Post-COVID-19-Zustand; Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen); Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika und Chemotherapeutika

Q: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2023). – Die in Abschnitt 1.8 ausgewiesene Gruppe "Übrige Ursachen" der Krankenstandsstatistik umfasst Kapitel XXa, XXI und XXII.

Anhang C: Übersichten zu den multivariaten Regressionen

Übersicht A7: Sozio-ökonomischer Einfluss auf Gesundheitsindikatoren

	(1) (Sehr) guter Gesundheits- zustand	(2) Chronische Krankheit	(3) Gesundheitliche Einschränkung im Alltag
Geschlecht: Referenzgruppe Männlich			
Weiblich	–0,031** (0,011)	0,008 (0,015)	0,019 (0,013)
Alter: Referenzgruppe 15 bis 19 Jahre			
20 bis 24 Jahre	–0,011 (0,014)	0,010 (0,019)	0,012 (0,017)
25 bis 29 Jahre	0,001 (0,015)	0,041 (0,021)	0,012 (0,019)
Bundesland: Referenzgruppe Steiermark			
Burgenland	–0,015 (0,028)	–0,028 (0,039)	0,007 (0,037)
Niederösterreich	–0,024 (0,019)	–0,051* (0,026)	–0,054* (0,023)
Wien	0,006 (0,027)	–0,053 (0,037)	–0,064 (0,034)
Kärnten	0,031 (0,020)	–0,070* (0,033)	–0,070* (0,029)
Oberösterreich	–0,003 (0,016)	0,023 (0,026)	–0,047* (0,022)
Salzburg	0,010 (0,022)	–0,105*** (0,029)	–0,051 (0,029)
Tirol	0,007 (0,018)	–0,010 (0,028)	–0,037 (0,025)
Vorarlberg	–0,027 (0,025)	0,017 (0,036)	0,000 (0,032)
Urbanisierungsgrad: Referenzgruppe hohe Bevölkerungsdichte¹⁾			
Mittlere Bevölkerungsdichte	0,006 (0,021)	–0,014 (0,031)	–0,020 (0,027)
Niedrige Bevölkerungsdichte	0,011 (0,020)	–0,027 (0,030)	–0,026 (0,026)
Migrationshintergrund: Referenzgruppe Österreich			
EU 15	–0,034 (0,044)	–0,003 (0,056)	0,038 (0,054)
EU 28 (ausgenommen EU 15)	–0,038 (0,030)	–0,033 (0,035)	0,025 (0,035)
Ex-Jugoslawien (EU-Länder ausgenommen), Türkei	–0,001 (0,018)	–0,042 (0,024)	0,006 (0,022)
Sonstige Länder	–0,021 (0,029)	–0,011 (0,037)	–0,006 (0,032)
Lebensunterhalt: Referenzgruppe Erwerbstätig			
Arbeitslos	–0,067* (0,032)	0,083* (0,040)	0,032 (0,035)

	(1) (Sehr) guter Gesundheits- zustand	(2) Chronische Krankheit	(3) Gesundheitliche Einschränkung im Alltag
Schüler:in, Student:in	0,020 (0,013)	-0,000 (0,019)	-0,011 (0,016)
Präsenz-, Zivildienst	0,052*** (0,012)	-0,047 (0,052)	-0,050 (0,040)
Anderes	-0,002 (0,025)	-0,017 (0,033)	0,008 (0,030)
Netto-Haushaltseinkommen	0,011** (0,004)	-0,012* (0,005)	-0,016*** (0,005)
Konstante	0,905*** (0,028)	0,234*** (0,040)	0,210*** (0,036)
Adjustiertes R^2	0,009	0,009	0,006
Beobachtungen	2.748	2.748	2.748

Q: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS); WIFO-Berechnungen. – OLS-Schätzung mit binären abhängigen Variablen (lineares Wahrscheinlichkeitsmodell). – Standardfehler in Klammern: * ... $p < 0,05$, ** ... $p < 0,01$, *** ... $p < 0,001$. – ¹⁾ Urbanisierungsgrad gemäß aktueller Eurostat-Klassifizierung: <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/degree-of-urbanisation/methodology>.

Übersicht A8: **Sozio-ökonomischer Einfluss auf das Gesundheitsverhalten**

	(1) Übergewicht, Adipositas	(2) Rauchstatus	(3) Gefährlicher Alkoholkonsum
Geschlecht: Referenzgruppe Männlich			
Weiblich	-0,131*** (0,017)	-0,063*** (0,018)	-0,051*** (0,011)
Alter: Referenzgruppe 15 bis 19 Jahre			
20 bis 24 Jahre	0,059** (0,021)	0,087*** (0,022)	0,051*** (0,015)
25 bis 29 Jahre	0,101*** (0,024)	0,040 (0,025)	0,005 (0,016)
Bundesland: Referenzgruppe Steiermark			
Burgenland	0,136** (0,048)	-0,014 (0,043)	0,005 (0,023)
Niederösterreich	0,053 (0,030)	0,015 (0,030)	0,057** (0,018)
Wien	0,036 (0,041)	0,064 (0,041)	0,080** (0,025)
Kärnten	-0,051 (0,039)	0,037 (0,042)	0,010 (0,021)
Oberösterreich	0,025 (0,028)	-0,032 (0,027)	0,059*** (0,017)
Salzburg	0,046 (0,040)	-0,009 (0,038)	0,057* (0,025)
Tirol	-0,030 (0,030)	0,066* (0,032)	0,045* (0,019)
Vorarlberg	-0,026 (0,037)	0,048 (0,040)	0,039 (0,022)
Urbanisierungsgrad: Referenzgruppe hohe Bevölkerungsdichte¹			
Mittlere Bevölkerungsdichte	-0,007 (0,034)	0,083* (0,033)	0,007 (0,019)
Niedrige Bevölkerungsdichte	0,011 (0,034)	0,044 (0,032)	0,006 (0,019)
Migrationshintergrund: Referenzgruppe Österreich			
EU 15	-0,118* (0,052)	0,089 (0,068)	0,026 (0,047)
EU 28 (ausgenommen EU 15)	-0,018 (0,044)	0,050 (0,045)	-0,063** (0,020)
Ex-Jugoslawien (EU-Länder ausgenommen), Türkei	0,083** (0,031)	0,032 (0,030)	-0,091*** (0,013)
Sonstige Länder	-0,115** (0,035)	0,054 (0,041)	-0,054* (0,021)
Lebensunterhalt: Referenzgruppe Erwerbstätig			
Arbeitslos	0,016 (0,044)	0,062 (0,046)	-0,009 (0,025)
Schüler:in, Student:in	-0,097*** (0,021)	-0,181*** (0,021)	-0,019 (0,014)
Präsenz-, Zivildienst	-0,159* (0,066)	-0,111 (0,071)	0,022 (0,059)

	(1) Übergewicht, Adipositas	(2) Rauchstatus	(3) Gefährlicher Alkoholkonsum
Anderes	0,135*** (0,040)	-0,086* (0,037)	-0,049*** (0,014)
Netto-Haushaltseinkommen	-0,014* (0,006)	-0,021*** (0,006)	-0,004 (0,004)
Konstante	0,341*** (0,045)	0,337*** (0,045)	0,084** (0,028)
Adjustiertes R^2	0,073	0,065	0,031
Beobachtungen	2.748	2.748	2.709

Q: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS); WIFO-Berechnungen. – OLS-Schätzung mit binären abhängigen Variablen (lineares Wahrscheinlichkeitsmodell). – Standardfehler in Klammern: * ... $p < 0,05$, ** ... $p < 0,01$, *** ... $p < 0,001$. – ¹⁾ Urbanisierungsgrad gemäß aktueller Eurostat-Klassifizierung: <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/degree-of-urbanisation/methodology>.

Anhang D: Übersichten zu den Krankenständen nach Betriebsgröße und Branchen

Betriebsgröße

Übersicht A9: Verteilung der Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Betriebsgröße

	15- bis 29-Jährige									
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Anteile in %										
	Kleinstbetrieb					Kleinbetrieb				
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	19,8	18,4	13,2	12,4	14,2	20,4	19,0	13,8	12,9	14,9
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	9,8	10,8	12,6	8,4	7,7	10,4	11,1	12,7	8,4	7,9
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	5,2	6,8	6,9	5,3	5,3	5,9	7,6	7,6	6,1	6,3
Krankheiten des Verdauungssystems	4,9	5,0	4,9	3,7	4,2	4,8	5,0	4,8	3,8	4,2
Krankheiten des Atmungssystems	41,4	35,0	34,0	43,4	43,4	40,8	34,5	33,4	42,8	42,7
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,8	0,9	1,0	0,7	0,8	0,9	0,9	0,9	0,7	0,7
Psychische und Verhaltensstörungen	1,5	2,4	2,8	2,3	2,7	1,4	2,2	2,4	2,1	2,3
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,5	3,6	6,8	4,0		1,4	3,9	6,5	3,6
Sonstige Krankheiten	16,6	19,1	21,1	17,0	17,8	15,5	18,3	20,5	16,7	17,4
	Mittelbetrieb					Großbetrieb				
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	20,5	19,6	14,0	13,3	15,1	20,6	19,4	13,9	13,3	15,0
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	9,0	9,3	11,5	7,4	6,9	8,1	8,2	10,5	6,6	6,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	6,4	8,5	8,3	6,8	7,0	6,5	8,4	8,3	6,8	7,2
Krankheiten des Verdauungssystems	5,0	5,2	4,9	4,1	4,5	5,2	5,4	5,1	4,1	4,5
Krankheiten des Atmungssystems	40,0	33,1	31,7	41,2	41,2	39,6	32,9	30,8	40,9	40,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	1,0	0,9	0,7	0,8
Psychische und Verhaltensstörungen	1,6	2,3	2,6	2,2	2,6	1,7	2,5	2,7	2,3	2,7
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,4	4,3	6,5	3,4		1,4	4,3	6,5	3,5
Sonstige Krankheiten	16,6	19,8	21,7	17,9	18,5	17,4	20,9	23,5	18,8	19,4

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind. – Die Betriebsgröße wird anhand der Zahl der Beschäftigten im Jahresdurchschnitt definiert. Kleinstbetrieb ... weniger als 10 Beschäftigte. Kleinbetrieb ... 10 bis unter 50 Beschäftigte. Mittelbetrieb ... 50 bis unter 250 Beschäftigte. Großbetrieb ... 250 Beschäftigte und mehr.

Übersicht A10: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Betriebsgröße

	15- bis 29-Jährige									
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Anteile in %										
	Kleinstbetrieb					Kleinbetrieb				
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	10,7	10,3	7,2	7,0	7,6	11,7	11,1	7,9	7,3	8,6
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	26,2	24,3	25,0	21,1	20,1	26,4	24,9	25,6	20,4	20,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,0	9,9	9,7	8,1	8,3	8,6	9,8	10,6	8,8	9,1
Krankheiten des Verdauungssystems	3,9	3,8	3,8	3,0	3,6	3,9	3,7	3,8	3,1	3,2
Krankheiten des Atmungssystems	27,3	24,3	22,2	29,6	29,2	28,8	25,1	23,5	30,8	30,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,2	1,0	1,3	1,1	1,0	0,9	1,0	1,1	0,9	1,0
Psychische und Verhaltensstörungen	6,4	9,0	11,3	9,0	10,5	6,1	7,9	8,6	8,2	9,0
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,0	1,8	6,6	4,3		1,0	2,0	6,6	3,9
Sonstige Krankheiten	16,3	16,3	17,7	14,4	15,3	13,6	15,3	16,9	13,8	14,3
	Mittelbetrieb					Großbetrieb				
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	12,6	12,1	8,7	8,2	9,0	13,1	12,2	8,9	8,3	9,3
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	22,1	20,4	21,0	17,0	16,5	19,1	17,3	18,6	14,8	14,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	9,2	11,1	11,3	9,4	9,8	9,5	11,1	11,4	9,5	10,1
Krankheiten des Verdauungssystems	4,0	3,9	4,0	3,2	3,6	4,4	4,2	4,1	3,4	3,7
Krankheiten des Atmungssystems	30,4	26,2	24,2	31,5	30,9	31,0	26,4	23,8	31,9	30,8
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,0	1,0	1,2	1,0	1,0	1,1	1,2	1,1	0,9	1,1
Psychische und Verhaltensstörungen	6,3	7,6	9,7	8,6	9,8	6,6	8,5	10,5	8,7	10,3
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,1	2,2	6,7	3,9		1,1	2,2	6,8	4,0
Sonstige Krankheiten	14,4	16,6	17,7	14,5	15,6	15,2	18,0	19,4	15,8	16,0

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind. – Die Betriebsgröße wird anhand der Zahl der Beschäftigten im Jahresdurchschnitt definiert. Kleinstbetrieb ... weniger als 10 Beschäftigte. Kleinbetrieb ... 10 bis unter 50 Beschäftigte. Mittelbetrieb ... 50 bis unter 250 Beschäftigte. Großbetrieb ... 250 Beschäftigte und mehr.

Übersicht A11: Krankheitsdauer nach Krankheitsgruppen und Betriebsgröße

	15- bis 29-Jährige									
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
	Durchschnittliche Tage je Fall									
	Kleinstbetrieb					Kleinbetrieb				
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,4	4,3	3,9	3,8	3,6	3,4	4,2	3,8	3,6	3,6
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	16,8	17,4	14,4	17,1	17,5	15,2	16,1	13,2	15,5	15,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	9,8	11,3	10,2	10,3	10,6	8,7	9,2	9,1	9,1	9,0
Krankheiten des Verdauungssystems	5,1	5,9	5,7	5,5	5,8	4,8	5,3	5,2	5,1	4,8
Krankheiten des Atmungssystems	4,2	5,4	4,7	4,6	4,5	4,2	5,2	4,6	4,6	4,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	8,9	8,4	9,8	10,9	9,0	6,4	8,4	8,0	8,6	9,4
Psychische und Verhaltensstörungen	27,8	28,5	29,7	27,0	26,2	26,8	26,3	24,0	25,3	24,2
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		5,4	3,6	6,7	7,2		5,3	3,3	6,5	6,7
Sonstige Krankheiten	6,2	6,6	6,1	5,7	5,8	5,2	6,0	5,4	5,3	5,1
	Mittelbetrieb					Großbetrieb				
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,5	4,2	3,8	3,7	3,6	3,6	4,3	3,9	3,7	3,8
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	13,9	14,9	11,1	14,0	14,4	13,3	14,4	10,8	13,4	14,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,1	8,8	8,3	8,4	8,4	8,2	9,0	8,3	8,4	8,5
Krankheiten des Verdauungssystems	4,5	5,2	5,0	4,7	4,8	4,8	5,3	4,9	4,9	5,1
Krankheiten des Atmungssystems	4,3	5,4	4,7	4,6	4,5	4,4	5,5	4,7	4,7	4,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	6,3	7,2	7,8	8,0	8,1	7,3	8,2	7,1	7,4	8,5
Psychische und Verhaltensstörungen	23,0	22,7	22,8	23,4	22,7	21,7	23,7	23,6	23,0	23,3
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		5,4	3,2	6,3	6,8		5,3	3,1	6,2	7,0
Sonstige Krankheiten	4,9	5,7	5,0	4,9	5,1	4,9	5,9	5,0	5,0	5,0

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind. – Die Betriebsgröße wird anhand der Zahl der Beschäftigten im Jahresdurchschnitt definiert. Kleinstbetrieb ... weniger als 10 Beschäftigte. Kleinbetrieb ... 10 bis unter 50 Beschäftigte. Mittelbetrieb ... 50 bis unter 250 Beschäftigte. Großbetrieb ... 250 Beschäftigte und mehr.

Übersicht A12: Dauer der Krankenhausaufenthalte nach Krankheitsgruppen und Betriebsgröße

	15- bis 29-Jährige									
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
	Durchschnittliche Tage je Aufenthalt									
	Kleinstbetrieb					Kleinbetrieb				
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,9	3,8	4,2	4,0	4,6	3,8	4,4	4,9	5,7	4,7
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	5,1	4,4	3,9	4,3	4,3	5,1	4,3	4,4	4,2	4,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	7,3	4,9	6,0	7,2	5,6	6,8	5,2	5,8	7,3	11,0
Krankheiten des Verdauungssystems	3,9	3,9	4,8	5,1	4,1	4,0	4,9	5,3	4,1	3,7
Krankheiten des Atmungssystems	4,3	4,0	5,9	4,1	5,3	4,1	7,4	5,2	4,5	5,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,2	5,7	4,6	6,9	5,1	5,3	4,7	4,6	13,5	7,7
Psychische und Verhaltensstörungen	17,6	13,2	16,1	18,6	19,6	11,8	18,5	14,3	17,2	23,0
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		7,1 ¹⁾	6,1 ¹⁾	9,2 ¹⁾	13,5 ¹⁾		5,5 ¹⁾	8,4 ¹⁾	9,9	16,7 ¹⁾
Sonstige Krankheiten	3,8	4,1	4,4	4,5	5,0	3,7	4,2	4,0	4,9	5,1
	Mittelbetrieb					Großbetrieb				
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,5	3,8	4,2	6,0	4,2	4,4	4,1	4,5	4,6	4,8
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	5,5	4,3	4,2	4,9	4,4	4,4	4,4	4,4	4,9	5,0
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	10,2	6,5	5,2	8,0	10,9	8,2	5,2	5,9	9,2	11,3
Krankheiten des Verdauungssystems	3,9	4,0	3,9	4,3	3,6	4,0	4,6	4,5	5,1	4,3
Krankheiten des Atmungssystems	4,4	4,1	4,4	4,4	5,4	4,5	4,2	4,7	5,6	4,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,1	5,5	5,1	6,0	7,8	5,4	8,9	7,2	6,2	11,6
Psychische und Verhaltensstörungen	12,5	15,6	15,0	19,4	23,0	15,4	17,3	18,4	21,4	28,4
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		5,0 ¹⁾	6,1	7,0	49,8 ¹⁾		4,7 ¹⁾	7,7	11,0	18,1 ¹⁾
Sonstige Krankheiten	4,2	4,0	4,1	5,0	4,8	3,8	4,0	4,2	5,4	5,9

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind. – Die Betriebsgröße wird anhand der Zahl der Beschäftigten im Jahresdurchschnitt definiert. Kleinstbetrieb ... weniger als 10 Beschäftigte. Kleinbetrieb ... 10 bis unter 50 Beschäftigte. Mittelbetrieb ... 50 bis unter 250 Beschäftigte. Großbetrieb ... 250 Beschäftigte und mehr. – ¹⁾ Weniger als 100 Beobachtungen.

Branchen

Übersicht A13: Verteilung der Krankenstandsfälle nach Krankheitsgruppen und Branchen

	15- bis 29-Jährige									
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Anteile in %										
	Industrie					Bauwesen				
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	20,1	19,1	13,6	13,3	15,4	20,1	19,1	13,8	13,7	16,0
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	11,0	11,3	13,9	9,1	8,8	16,0	16,9	18,2	13,4	12,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	7,1	8,9	8,7	7,0	7,8	7,7	10,1	9,9	8,1	8,5
Krankheiten des Verdauungssystems	5,2	5,3	5,0	4,1	4,5	4,3	4,7	4,5	3,9	4,2
Krankheiten des Atmungssystems	39,7	33,5	31,8	41,8	40,7	37,2	31,3	32,0	40,5	40,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,9	0,9	0,9	0,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6
Psychische und Verhaltensstörungen	1,4	1,9	2,1	1,9	2,3	0,9	1,3	1,4	1,3	1,4
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,3	4,9	6,5	3,0		1,4	3,7	5,0	2,4
Sonstige Krankheiten	14,7	17,7	19,2	15,6	16,7	13,0	14,4	15,9	13,5	14,3
	Dienstleistungen									
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	20,6	19,3	13,9	13,0	14,6					
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	7,2	7,6	9,7	6,1	5,7					
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	5,6	7,4	7,5	6,1	6,2					
Krankheiten des Verdauungssystems	5,1	5,2	5,1	4,0	4,4					
Krankheiten des Atmungssystems	40,8	34,0	32,1	41,8	42,0					
Krankheiten des Kreislaufsystems	0,9	1,0	1,0	0,7	0,7					
Psychische und Verhaltensstörungen	1,7	2,6	3,0	2,4	2,9					
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,5	4,0	6,7	3,9					
Sonstige Krankheiten	18,0	21,3	24,0	19,1	19,7					

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind.

Übersicht A14: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Branchen

	15- bis 29-Jährige									
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Anteile in %										
	Industrie					Bauwesen				
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	11,9	11,3	8,4	8,0	9,1	9,8	10,1	7,1	7,0	8,2
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	26,1	24,6	25,4	21,0	20,6	38,6	36,8	37,7	33,3	30,8
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	9,9	11,0	11,5	9,3	10,2	10,5	12,3	12,5	10,5	11,9
Krankheiten des Verdauungssystems	4,3	4,0	4,0	3,3	3,7	3,1	3,5	3,5	2,9	3,4
Krankheiten des Atmungssystems	29,1	25,7	23,5	31,3	30,0	23,4	21,2	20,5	26,2	26,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,1	1,1	1,0	0,9	1,0	1,0	0,8	1,0	1,0	0,9
Psychische und Verhaltensstörungen	4,9	6,6	7,9	6,9	8,4	2,7	3,8	4,4	4,6	5,2
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		0,9	2,3	6,2	3,3		1,0	1,7	4,5	2,5
Sonstige Krankheiten	12,7	14,8	16,0	13,0	13,7	10,8	10,6	11,6	10,1	10,9
	Dienstleistungen									
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	13,0	12,0	8,6	8,0	8,9					
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	18,0	16,8	17,6	13,9	14,0					
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,4	10,2	10,5	8,9	9,0					
Krankheiten des Verdauungssystems	4,2	4,0	4,1	3,2	3,5					
Krankheiten des Atmungssystems	31,4	26,6	24,3	32,0	31,4					
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,1	1,1	1,2	1,0	1,1					
Psychische und Verhaltensstörungen	7,6	9,5	11,6	9,7	11,1					
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		1,1	2,1	7,2	4,4					
Sonstige Krankheiten	16,3	18,5	20,0	16,1	16,6					

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind.

Übersicht A15: Krankheitsdauer nach Krankheitsgruppen und Branchen

	15- bis 29-Jährige									
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Durchschnittliche Tage je Fall										
	Industrie					Bauwesen				
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,5	4,0	3,8	3,6	3,6	3,2	4,0	3,6	3,5	3,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	13,8	14,7	11,1	13,8	14,2	16,0	16,5	14,7	17,0	16,5
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,1	8,4	8,0	8,0	7,9	9,0	9,2	9,0	8,9	9,3
Krankheiten des Verdauungssystems	4,8	5,0	4,8	4,8	4,9	4,9	5,6	5,5	5,1	5,4
Krankheiten des Atmungssystems	4,3	5,2	4,5	4,5	4,5	4,2	5,1	4,6	4,4	4,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	7,1	8,0	7,2	7,3	7,7	9,0	7,7	9,8	11,7	8,8
Psychische und Verhaltensstörungen	20,9	23,0	22,9	22,3	22,5	20,6	22,6	23,2	24,7	24,1
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		5,0	2,8	5,6	6,6		5,3	3,3	6,1	6,7
Sonstige Krankheiten	5,1	5,7	5,1	5,0	5,0	5,5	5,6	5,2	5,1	5,1
	Dienstleistungen									
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,5	4,3	3,9	3,8	3,7					
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	14,1	15,3	11,4	14,1	15,1					
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,4	9,6	8,8	8,9	9,0					
Krankheiten des Verdauungssystems	4,7	5,4	5,1	5,0	5,0					
Krankheiten des Atmungssystems	4,3	5,5	4,7	4,7	4,6					
Krankheiten des Kreislaufsystems	6,7	8,0	7,7	8,1	8,9					
Psychische und Verhaltensstörungen	24,7	25,1	24,5	24,4	23,9					
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		5,4	3,3	6,6	7,0					
Sonstige Krankheiten	5,1	6,1	5,2	5,2	5,2					

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind.

Übersicht A16: **Dauer der Krankenhausaufenthalte nach Krankheitsgruppen und Branchen**

	15- bis 29-Jährige									
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
Durchschnittliche Tage je Aufenthalt										
	Industrie					Bauwesen				
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	4,1	4,0	4,2	6,9	4,3	3,7	3,9	4,3	3,5	4,8 ¹⁾
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	5,3	4,7	4,6	4,7	4,3	4,7	4,8	4,6	5,7	4,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,9	5,4	6,8	6,9	11,0	12,2	8,1	4,8	7,4	8,4
Krankheiten des Verdauungssystems	3,8	3,8	4,0	3,7	3,7	4,0	6,3	5,2	7,0	3,9
Krankheiten des Atmungssystems	4,3	4,5	4,3	4,9	4,5	5,5	4,3	4,0	4,2	4,1
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,6	5,5	5,6	6,4	11,2	6,5	5,2	4,9	10,7	5,4 ¹⁾
Psychische und Verhaltensstörungen	12,1	16,0	16,3	21,1	21,2	9,1	10,4	10,5	10,5	22,7
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		5,9 ¹⁾	7,2 ¹⁾	8,8 ¹⁾	17,8 ¹⁾		7,0 ¹⁾	5,0 ¹⁾	3,9 ¹⁾	4,0 ¹⁾
Sonstige Krankheiten	3,8	4,2	4,5	5,3	5,8	3,6	4,0	4,2	5,6	6,0
	Dienstleistungen									
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	4,0	4,1	4,6	4,8	4,6					
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	4,9	4,1	4,0	4,3	4,7					
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	7,2	5,0	5,5	8,6	10,2					
Krankheiten des Verdauungssystems	4,0	4,3	4,7	4,6	4,0					
Krankheiten des Atmungssystems	4,2	5,2	5,2	4,9	5,6					
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,9	7,1	5,7	8,1	8,4					
Psychische und Verhaltensstörungen	15,6	17,3	16,8	20,3	25,4					
Schlüsselnummern für besondere Zwecke		5,1	7,5	10,5	26,5 ¹⁾					
Sonstige Krankheiten	3,9	4,0	4,1	4,9	5,1					

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – "Schlüsselnummern für besondere Zwecke" ist Kapitel XXII der ICD-10-Klassifikation und umfasst COVID-19-Erkrankungen. – In der Gruppe "Sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier angeführten ausgewiesen sind. – ¹⁾ Weniger als 100 Beobachtungen.