



Fehlzeitenreport 2026

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten
in Österreich

Struktur der Krankenstände des Muskel-Skelett-
Systems und des Bindegewebes

Christine Mayrhuber, Benjamin Bittschi

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Juni 2026

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Fehlzeitenreport 2026

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Struktur der Krankenstände des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Christine Mayrhuber, Benjamin Bittschi

Juni 2026

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

Data Science: Georg Böhs

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Von krankheitsbedingten Fehlzeiten waren im Jahr 2025 69,1% der unselbständig Beschäftigten in Österreich betroffen. Die Versicherten verbrachten durchschnittlich 14,7 Kalendertage im Krankenstand, woraus sich ein Verlust an Jahresarbeitszeit von 4,0% ergab. Das stellt einen Rückgang von 2,7% gegenüber dem Vorjahr dar. Im Schnitt dauerte ein Krankenstand 9,1 Tage, wobei es große Heterogenität bei den Krankheitsdauern nach Krankheitsgruppen gibt. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes zählen seit Jahren zu den bedeutendsten Ursachen von Krankenständen in Österreich. Die Analysen zeigen, dass rund ein Fünftel der Beschäftigten an Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes leidet. Betroffene weisen im Jahresverlauf 33,4 Krankenstandstage auf gegenüber 19,3 Tagen bei den übrigen Erkrankten. Therapeutische Angebote erreichen nur einen kleinen Personenkreis.

2026/3/S/WIFO-Projektnummer: 25136

© 2026 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/70527382>

Fehlzeitenreport 2026

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Struktur der Krankenstände des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

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	7
1.4 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten	9
1.5 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag	15
1.6 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung	19
1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht	19
1.6.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter	21
1.6.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche	28
1.6.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst	35
1.7 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung	38
1.8 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen	43
1.9 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle	50
1.9.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle	51
1.9.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche	53
1.10 Kostenschätzung der betrieblichen Fehlzeiten	57
1.10.1 Kostenkomponenten des Krankenstands	58
1.10.2 Kosten der krankheitsbedingten Fehlzeiten	61
2. Struktur der Krankenstände des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	63
2.1 Grundlagen der Analysen	64
2.2 Krankenstandsgeschehen der Muskel-Skelett-Erkrankungen	65
2.3 Analyse der Hauptdiagnosen	67
2.3.1 Diagnosen nach Häufigkeit	67
2.3.2 Krankenstandsgeschehen nach Krankheitsgruppen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	69
2.3.3 Wiederkehrende Episoden bei Muskel-Skelett-Erkrankungen	79
2.3.4 Zusammentreffen von Muskel-Skelett-Erkrankungen mit weiteren Krankenständen	80
2.4 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Fehlzeiten aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	82

2.4.1	Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Leistungsgruppen bei Personen mit und ohne MSB-Erkrankungen	82
2.4.2	Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen von MSB-Personen nach einzelnen Fachgruppen	84
2.4.3	Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen vor, während und nach Muskel-Skelett-Krankenzuständen	91
2.5	Gesundheits- und Re-Integrationsmaßnahmen	94
2.5.1	Medizinische Perspektiven zur Rehabilitation von Muskel-Skelett-Erkrankungen	95
2.5.2	Befunde über Rehabilitations-Settings	96
2.5.3	Schlussfolgerungen für Österreich	102
3.	Literatur	106
	Anhang A: Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenzustände	112
	Anhang B: ICD-10-Klassifikation	122
	Anhang C: Bezeichnungen der Wirtschaftsklassen nach ÖNACE 2025	124
	Anhang D: Ergänzende Übersichten zu Kapitel 2	126

VERZEICHNIS DER ÜBERSICHTEN	SEITE
Übersicht 1.1: Verwendete Begriffe und Indikatoren	4
Übersicht 1.2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999	10
Übersicht 1.3: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht	31
Übersicht 1.4: Krankenstandskennzahlen der Bundesbediensteten	36
Übersicht 1.5: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	40
Übersicht 1.6: Normierung der Krankenstandsquote	41
Übersicht 1.7: Krankheitsgruppenstatistik	44
Übersicht 1.8: Kostenkomponenten des Krankenstandes nach Kostenstelle	57
Übersicht 1.9: Schätzung der Aufwendungen und Kosten im Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbstständig Beschäftigter, 2024	61
Übersicht 2.1: Tage und Fälle – Überblick zu Krankenstandstagen und -fällen von Personen mit und ohne Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Geschlecht	66
Übersicht 2.2: Zehn häufigste Diagnosen von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Geschlecht	68
Übersicht 2.3: Gruppen von Kapitel XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	69
Übersicht 2.4: Wiederkehrende Episoden von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes innerhalb des Jahres 2025	79
Übersicht 2.5: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage von Personen mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Krankheitsgruppen	80
Übersicht A1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten	112
Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung	114
Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen	116
Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht	118
Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt	120
Übersicht A6: ICD-10-Klassifikation der Krankheiten	122
Übersicht A7: Abkürzungen und Bezeichnungen der Wirtschaftsklassen nach ÖNACE 2025	124
Übersicht A8: Fälle und Tage – Krankenstandsfälle und -tage insgesamt und deren Verteilung nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	126
Übersicht A9: Fälle und Tage – Krankenstandsfälle und -tage der Frauen und Männer für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	126
Übersicht A10: Tage je Fall – Durchschnittliche Krankenstandsdauer der Frauen und Männer für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	127
Übersicht A11: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage der Frauen und Männer nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	127
Übersicht A12: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage zwischen Frauen und Männer für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	128
Übersicht A13: Fälle und Tage – Krankenstandsfälle und -tage der Altersgruppen für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	128
Übersicht A14: Tage je Fall – Durchschnittliche Krankenstandsdauer der Altersgruppen für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	129

Übersicht A15: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage der Altersgruppen nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	129
Übersicht A16: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage zwischen den Altersgruppen für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	130
Übersicht A17: Fälle und Tage – Krankenstandsfälle und -tage der Wirtschaftsbereiche für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	130
Übersicht A18: Tage je Fall – Durchschnittliche Krankenstandsdauer der Wirtschaftsbereiche für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	131
Übersicht A19: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage der Wirtschaftsbereiche nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	131
Übersicht A20: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage zwischen Wirtschaftsbereichen für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	132
Übersicht A21: Bedeutung der Fachgruppen der von Personen mit bzw. ohne Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes in Anspruch genommenen Gesundheitsdienstleistungen	133

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN	SEITE
Abbildung 1.1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte:n	6
Abbildung 1.2: Anteil der Erkrankten an den Versicherten	8
Abbildung 1.3: Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte:n 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	13
Abbildung 1.6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte	14
Abbildung 1.7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbstständig Beschäftigte	14
Abbildung 1.8: Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis	16
Abbildung 1.9: Krankenstandsbestand auf Monatsbasis	16
Abbildung 1.10: Beginn des Krankenstands nach Wochentag	17
Abbildung 1.11: Ende des Krankenstands nach Wochentag	18
Abbildung 1.12: Krankenstandsquote nach Geschlecht	20
Abbildung 1.13: Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter	22
Abbildung 1.14: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht	23
Abbildung 1.15: Krankenstandsfälle je Versicherte:n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht	23
Abbildung 1.16: Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen	25
Abbildung 1.17: Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen	25
Abbildung 1.18: Versichertenstruktur nach Altersgruppe	27
Abbildung 1.19: Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht	30
Abbildung 1.20: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppe	34
Abbildung 1.21: Krankenstände nach Bundesländern	39
Abbildung 1.22: Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern	39
Abbildung 1.23: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen	47
Abbildung 1.24: Entwicklung der Krankenstandstage von psychischen Krankheiten als Anteil an allen Krankenstandstagen	48
Abbildung 1.25: Unfallquoten der unselbstständig Beschäftigten	52
Abbildung 1.26: Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht	53
Abbildung 1.27: Unfallquote der unselbstständig Beschäftigten nach Altersgruppen	54
Abbildung 1.28: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle) nach Wirtschaftsbereichen	55
Abbildung 1.29: Unfallquote nach Betriebsgröße	56
Abbildung 1.30: Entwicklung der Entgeltfortzahlung in Relation zu den Arbeitnehmer:innen-entgelten, Krankengeld und Krankenstandsquote im Zeitverlauf	60
Abbildung 2.1: Verteilung der unselbstständig aktiv Beschäftigten nach Geschlecht, Altersgruppen und Wirtschaftsbereichen	64
Abbildung 2.2: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage insgesamt sowie für Frauen und Männer nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	70
Abbildung 2.3: Fälle – Verteilung der Krankenstandsfälle der Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Geschlecht	71
Abbildung 2.4: Tage – Verteilung der Krankenstandstage der Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Geschlecht	72
Abbildung 2.5: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage der Altersgruppen nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	73

Abbildung 2.6: Fälle – Verteilung der Krankenstandsfälle der Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Altersgruppen	74
Abbildung 2.7: Tage – Verteilung der Krankenstandstage der Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Altersgruppen	75
Abbildung 2.8: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage der Wirtschaftsbereiche nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	76
Abbildung 2.9: Fälle – Verteilung der Krankenstandsfälle der Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Wirtschaftsbereichen	77
Abbildung 2.10: Tage – Verteilung der Krankenstandstage der Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Wirtschaftsbereichen	78
Abbildung 2.11: Fälle – Verteilung der Krankenstandsfälle von Personen mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Krankheitsgruppen	81
Abbildung 2.12: Tage – Verteilung der Krankenstandstage von Personen mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Krankheitsgruppen	81
Abbildung 2.13: In Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen nach Leistungsgruppen von Personen mit bzw. ohne Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	83
Abbildung 2.14: In Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	85
Abbildung 2.15: In Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Geschlecht	86
Abbildung 2.16: In Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Altersgruppen	87
Abbildung 2.17: In Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Wirtschaftsbereichen	89
Abbildung 2.18: In Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach der Dauer der MSB-Krankenstände	90
Abbildung 2.19: Verteilung der Besuche bei Gesundheitsdienstleistungen nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes von bis zu 30 Krankenstandstagen nach der zeitlichen Lage zum Krankenstand	92
Abbildung 2.20: Verteilung der Besuche bei Gesundheitsdienstleistenden nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes von mehr als 30 Krankenstandstagen nach der zeitlichen Lage zum Krankenstand	93

Hauptergebnisse

Das Krankenstandsgeschehen in Österreich

Die *Krankenstandsstatistik* verzeichnete 2025 gegenüber dem Vorjahr einen leichten Rückgang der Krankmeldungen. Die unselbständig Beschäftigten verbrachten im Jahresverlauf durchschnittlich 14,7 Kalendertage im Krankenstand, um 2,7% weniger als 2024 (15,1 Tage). Die **Krankenstandsquote**, die Relation der Krankenstandstage zum gesamten Arbeitsvolumen als Indikator für den Verlust an Arbeitszeit, reduzierte sich damit ebenfalls von 4,1% auf 4,0%. Auch der Anteil der Versicherten, die 2025 mindestens einmal im Krankenstand waren, ging um einen Prozentpunkt auf 69,1%, die Krankenstandstage je Krankheitsfall auf 9,1 zurück.

Unterschiedliche Dynamiken wirkten auf das Krankenstandsgeschehen: In vielen Krankheitsgruppen zeigte sich ein Rückgang der Krankenstandstage, im Besonderen bei den übrigen Ursachen, zu denen u. a. die COVID-19-Erkrankungen zählen. Ein Anstieg wurde bei den Krankenstandstagen der psychischen und Verhaltensstörungen verzeichnet, Atemwegserkrankungen treten weiterhin häufig auf und halten die Erkrankungsquote hoch.

Von den durchschnittlich 14,7 Krankenstandstagen je unselbständig Beschäftigte:n entfielen die meisten auf Atemwegserkrankungen (3,6 Tage), gefolgt von Muskel-Skelett-Erkrankungen (2,8 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (2,1 Tage) sowie psychischen und Verhaltensstörungen (1,7 Tage). Hinzu kamen jeweils 0,5 Tage aufgrund von Erkrankungen des Kreislaufsystems sowie des Verdauungssystems und 3,5 Tage aufgrund der zusammengefassten übrigen Krankheitsgruppen.

Da nicht alle Betriebe eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung ab dem ersten Fehltag verlangen, gibt es eine meldetechnische Untererfassung von **kurzen Krankenstandsepisoden** (ein bis drei Tage). Die tatsächliche Krankenstandsquote sollte etwas höher liegen, als aus der Statistik hervorgeht. Auch ohne eine vollständige Erfassung sind Kurzkrankenstände sehr häufig: 2025 dauerten 44,7% aller erfassten Krankenstandsfälle weniger als vier Tage. Gemessen an der Summe der Krankenstandstage war ihr Gewicht mit 10,0% aller krankheitsbedingten Fehlzeiten aber gering. Ihre Untererfassung verzerrt die Statistik der gesamten Fehlzeiten nicht stark. Längere Krankenstandsepisoden waren selten – nur 10,0% aller Fälle dauerten 2025 länger als zwei Wochen und 2,9% dauerten länger als sechs Wochen. Dennoch verursachte diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten von 58,3% bzw. von 40,2%.

Derzeit liegt das Krankenstandsniveau auf dem Niveau von Ende der 1990er-Jahre. Der Fehlzeitenreport dokumentiert die Fehlzeiten seit 1970. In dieser **langfristigen Sicht** erreichten die Fehlzeiten 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. 2025 lagen die Krankenstandstage pro Kopf bei 14,7. Da jedoch die durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen je Fall zurückging und den niedrigsten Wert der Beobachtungsperiode erreichte, ist davon auszugehen, dass die Versicherten häufiger als in den Jahren davor krank waren. Dies steht in Verbindung mit der beobachteten Zunahme bei den Atemwegserkrankungen sowie der Abnahme der Arbeitsunfälle, die meist mit langen Ausfallszeiten verbunden sind.

Die am weitesten verbreiteten Krankheitsdiagnosen sind Erkrankungen der Atemwege und des Muskel-Skelett-Systems, sie verursachen mehr als die Hälfte der Krankenstandsfälle. Einen geringen Anteil, aber eine hohe Zunahme seit 2018 zeigen psychische Erkrankungen.

Im Zeitverlauf änderten sich die wichtigsten **Krankenstandsursachen**. Gegenwärtig werden Krankenstände vor allem von den Krankheiten des Atemsystems und jenen des Muskel-Skelett-Systems ausgelöst. Zusammen verursachen diese Erkrankungen mehr als die Hälfte der Krankenstandsfälle (54,6%) und 43,3% aller Krankenstandstage, gegenüber 2024 war das eine Erhöhung um 1,4 Prozentpunkte (53,2%) bei den Fällen und um 0,4 Prozentpunkte (42,9%) bei den Tagen. Der Anteil der Verletzungen und Vergiftungen an den Krankenstandsdiagnosen nahm dagegen in den vergangenen Jahrzehnten ab. Er betrug 2025 14,5% (2024: 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**. 2025 lag die Unfallquote bei 256 je 10.000 Versicherte und setzte damit den seit 1974 beobachteten rückläufigen Trend fort, kurzfristig zeigt sich hier eine deutlich schwächere Dynamik, 2024 lag die Unfallquote bei 269 je 10.000 Versicherte. 1974 waren statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2025 waren es nur 2,6%. Der Rückgang der Unfallquote setzte sich sowohl bei Arbeiterinnen als auch bei Arbeitern fort, wodurch sich die Differenz zwischen Arbeiter:innen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte verringerte.

Langfristig gesehen haben die **psychisch bedingten Krankenstände** kontinuierlich zugenommen. Nach einem Anstieg des Anteils der Krankenstandstage blieb dieser zwischen 2012 und 2018 annähernd konstant. Seither zeigt sich wieder ein ansteigender Trend. Psychische Erkrankungen waren 2025 für 2,9% aller Krankenstandsfälle verantwortlich, machten allerdings 11,8% aller Krankenstandstage aus, gegenüber 2024 ist das eine Veränderung von +0,1 Prozentpunkten (2,8%) bei den Fällen und +0,8 Prozentpunkten (11,0%) bei den Tagen. Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen für das gesundheitliche Wohlbefinden der Erwerbsbevölkerung lässt sich allerdings nur schwer aus den Krankenstandszahlen ablesen. Einerseits dürfte das verstärkte Auftreten von psychischen Krankheitsursachen in der Statistik in erheblichem Ausmaß auf eine wachsende Sensibilisierung für psychische Krankheiten aber auch adäquateres Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten zurückzuführen sein. Ob diese Zunahme durch die veränderte Diagnostik und Behandlung oder durch die gestiegene Verbreitung von psychischen Erkrankungen verursacht ist, lässt sich derzeit nicht abschließend beantworten.

Es zeigt sich eine Annäherung der Fehlzeiten zwischen Arbeiter:innen und Angestellten, aber sie variieren weiterhin in Abhängigkeit von der sozialrechtlichen Stellung.

Die Krankenstandsquote unterscheidet sich zwischen Arbeiter:innen und Angestellten deutlich, wenngleich sich der Unterschied nach **sozialrechtlicher Stellung** in den letzten Jahren eindeutig verkleinert hat. 2025 verbrachten die Arbeiter:innen laut Statistik mit 18,4 Tagen um 47% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten, die durchschnittlich 12,6 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 **Wirtschaftsbereichen** 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 Rückgang in der Krankenstandsquoten im Jahr 2025 war besonders im Bauwesen, aber auch in der Sachgütererzeugung beobachtbar.

Für die Bediensteten des Bundes, als Teilgruppe der Beschäftigten im **öffentlichen Sektor**, liegen die Krankenstandsdaten für das Jahr 2024, als jüngster Wert, vor. Unter Ausschluss der Kurzkrankenstände war die Krankenstandsquote der Beamtinnen, Beamten und Vertragsbediensteten des Bundes (3,6%) im Jahr 2024 etwas geringer als jene der Arbeiter:innen und Angestellten in der Höhe von 3,7%. Im Vergleich zu den Angestellten und in einer altersstandardisierten Betrachtung lag die Krankenstandsquote im Bundesdienst 8,9% höher als bei den Beschäftigten in der Privatwirtschaft.

Ältere sind nicht häufiger krank als Jüngere, weisen jedoch längere Krankenstände auf. Zudem nehmen geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Krankenstandstagen zu, wobei Frauen im Durchschnitt mehr Fehltage aufweisen als Männer.

Ein wesentlicher geschlechtsspezifischer Unterschied in der Vergangenheit bestand in der starken Konzentration von Männern in Branchen und Berufsgruppen, die mit erhöhten körperlichen Belastungen und Unfallrisiken verbunden sind. 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. 2025 verbrachten Frauen im Durchschnitt 9,9% mehr Tage im Krankenstand als Männer (Frauen: 15,5 Tage, Männer: 14,1 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 auch durch den Einsatz neuer technischer Hilfsmittel langfristig rückläufig sind.

Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen, wobei hier allerdings kein linearer Zusammenhang zwischen Krankenstand und Alter besteht. Die **Krankenstandsquoten nach Alter** folgen trotz einiger Abweichungen einem leicht U-förmigen Muster: Jugendliche unter 20 Jahren waren vergleichsweise häufig krank, ab dem 20. Lebensjahr gingen die altersspezifischen Krankenstandsquoten zurück. Ab 50 Jahren

stieg die durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen wieder an und erreichte bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert.

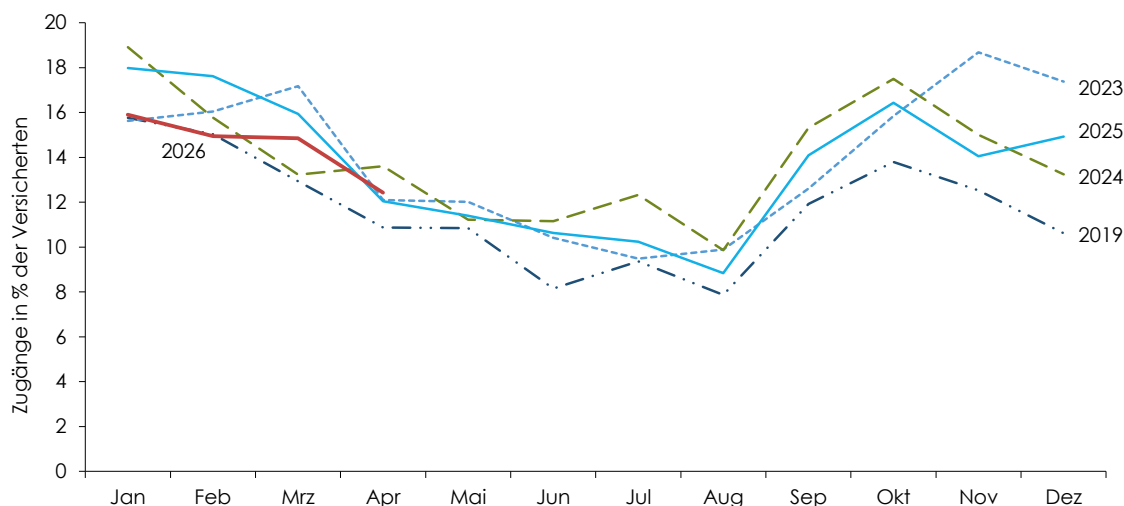
Ein weiterer Einflussfaktor auf das Erkrankungsgeschehen ist die Wirtschafts- und Altersstruktur in der jeweiligen Region. Die Krankenstandsquoten der Bundesländer unterschieden sich zum Teil erheblich. Salzburg ist seit Jahren das Bundesland mit den geringsten Fehlzeiten, 2025 waren dort die Beschäftigten im Schnitt 12,4 Tage im Jahr krank. Die Gesundheitskasse verzeichnete in Niederösterreich mit 17,0 Tagen die höchsten Krankenstände, gefolgt von der Steiermark und Oberösterreich mit 15,6 Tagen bzw. 15,0 Tagen. Die Wirtschaftsstruktur kann einen Teil dieser Unterschiede erklären, erwartungsgemäß haben Bundesländer mit einem industriellen Schwerpunkt (wie z. B. Oberösterreich) höhere, solche mit einem großen Dienstleistungssektor tendenziell niedrigere Krankenstandsquoten. Daneben üben weitere Faktoren wie der Gesundheitszustand der Bevölkerung, die Altersstruktur der Beschäftigten, der Anteil an Teilzeitbeschäftigung, die Arbeitsmarktlage, das Verhalten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte usw. Einfluss auf das regionale Krankenstandsgeschehen.

Das Krankenstandsgeschehen im ersten Quartal 2026

Zum Jahreswechsel, oftmals der Höhepunkt der Grippezeit, steigen die Krankenstandszugänge tendenziell an. 2026 zeigt für das I. Quartal gegenüber dem Vorjahr eine Verringerung der Zugänge je Versicherte:n in den Krankenstand (-11,3%). Der Wert für April 2026 liegt etwa auf dem Niveau des Vorjahres.

Abbildung: **Monatliche Krankenstandsentwicklung der unselbständig Beschäftigten, 2019 und 2023 bis 2026**

Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Direkte und indirekte Kosten der Krankenstände 2024

Krankenstandsphasen sind nicht nur aus individueller Perspektive relevant, sondern gehen auch mit Belastungen für unterschiedliche Kostenbereiche einher. Vor dem Hintergrund eines im Jahr 2024 weiterhin hohen Niveaus von 15,1 Krankenstandstagen je unselbständig Beschäftigte:n nahmen sowohl die unmittelbar anfallenden als auch die mittelbaren volks- und betriebswirtschaftlichen Kosten zu.

Die Entgeltfortzahlung und das Krankengeld übernehmen die finanzielle Absicherung der Arbeitnehmer:innen im Krankheitsfall, diese wird von den Betrieben sowie der Krankenversicherung geleistet. Die jüngsten verfügbaren Daten von Statistik Austria (ESSOSS) zeigen, dass die Betriebe 2024 Entgeltfortzahlungen in Höhe von 4,8 Mrd. € leisteten und die Unfallversicherung die Zuschüsse zur Entgeltfortzahlung für Klein- und Mittelbetriebe in Höhe von 148 Mio. € übernahm. Weitere 1,2 Mrd. € wurden von der Krankenversicherung in Form von Krankengeld ausbezahlt. Insgesamt beliefen sich die **direkt** zurechenbaren **Krankenstandskosten** im Jahr 2024 auf 6,2 Mrd. € bzw. 1,3% der Wirtschaftsleistung. Gegenüber 2023 erhöhten sich die direkten Kosten zwar um 5,5% (2023: 5,9 Mrd. €), in Relation zur Wirtschaftsleistung stellte das aber eine Erhöhung um 0,1 Prozentpunkt dar.

Neben diesen direkten Kosten (ohne Behandlungskosten), entstehen auch indirekte Kosten in unterschiedlichen Bereichen: Auf betrieblicher Ebene sind das Wertschöpfungsverluste, wenn krankheitsbedingte Arbeitsausfälle nicht kompensiert werden können. In Aufschwungphasen mit knappen Personalressourcen bei steigender Nachfrage – wie 2022 – führt dies zu höheren Wertschöpfungsverlusten als in Rezessionsphasen wie 2023 und 2024. Diese indirekten Kosten kommen zu den direkten Kosten hinzu, wobei diese auf betrieblicher Ebene sehr unterschiedlich hoch ausfallen können. Die Berechnungen der Wertschöpfungsverluste insgesamt zeigen für das Jahr 2024 eine Höhe zwischen 5,3 Mrd. € und 8,8 Mrd. € (2023: 5,2 Mrd. € bis 8,6 Mrd. €). Die Wertschöpfungsverluste liegen zwischen 1,1% und 1,8% der Wirtschaftsleistung, das entspricht den Werten aus 2023. Die indirekten Kosten können damit die direkten Kosten übersteigen. Darüber hinaus erfordert die Wiederherstellung der Gesundheit bzw. die Behandlung von Krankheiten der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter Mittel und Ressourcen des öffentlichen Gesundheitswesens.

Die Gegenüberstellung der Krankenstandsquote, also der Verlust an Arbeitsvolumens der unselbständig Beschäftigten durch krankheitsbedingte Fehlzeiten, und den Kosten zeigt folgendes Bild: Im Jahr 2024 gingen 4,1% des Arbeitsvolumens verloren und die direkten Kosten der krankheitsbedingten Fehlzeiten betragen 1,3% sowie die indirekten Kosten (einschließlich der entgangenen Sozialversicherungsbeiträge) bis zu 1,9% der Wirtschaftsleistung. Unter Einbezug der Behandlungskosten und der mit dem Krankheitsgeschehen verbundenen Belastungen für die Betroffenen verweist der Befund sowohl auf die ökonomische Notwendigkeit als auch auf die gesundheitspolitische Relevanz eines verstärkten präventiven Vorgehens.

Struktur der Krankenstände des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Der vorliegende Bericht zeigt auf Basis der Krankenstandsdaten der Österreichischen Gesundheitskasse, dass Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (MSB, Kapitel XIII der ICD-10) zu den bedeutendsten Ursachen von Krankenständen in Österreich zählen. Die Analyse wie stark die unselbständig aktiv Beschäftigten bis zum Alter von 64 Jahren von Krankenständen dieser Krankheitsgruppe betroffen sind und welche medizinischen Leistungen sie in Anspruch nehmen, zeigt folgende Ergebnisse:

Im Berichtsjahr 2025 waren 445.618 Beschäftigte von zumindest einem MSB-Krankenstand betroffen, das entspricht rund **einem Fünftel aller erkrankten Beschäftigten**. Ihre gesamte durchschnittliche Krankenstandsbelastung, also einschließlich aller Krankenstände unabhängig von der Diagnose, übersteigt jene der Vergleichsgruppe, Beschäftigte mit zumindest einem Tag Krankenstand aufgrund anderer ICD10-Diagnosen, deutlich. Im Durchschnitt entfallen auf eine MSB-Person 33,4 Krankenstandstage gegenüber 19,3 Tagen in der Vergleichsgruppe, beim Median sind es 21,0 gegenüber 8,0 Tagen, mehr als das 2½-Fache. Dass sich der Median zwischen den beiden Gruppen so deutlich unterscheidet, zeigt, dass die Mehrbelastung nicht auf wenige schwere Fälle zurückgeht, sondern die gesamte Verteilung betrifft. MSB-Personen werden nicht nur länger, sondern mit durchschnittlich 3,2 gegenüber 2,2 Fällen auch häufiger krankgeschrieben.

Rund ein Fünftel aller erkrankten Beschäftigten ist von einer MSB-Erkrankung betroffen. Diese Personen sind mit durchschnittlich 33,4 Krankenstandstagen im Jahr 2025 um das 1,7-Fache länger krankgeschrieben als Beschäftigte mit anderen Erkrankungen.

Das Krankheitsbild ist von wenigen, überwiegend schmerzbezogenen Diagnosen geprägt. Die zehn häufigsten Diagnosen decken 85% der MSB-Fälle und 79% der MSB-Tage ab. **Allein Kreuz- und Lendenschmerzen verursachen 47,3% aller MSB-Fälle**. Rund 71% aller Fälle beruhen auf Diagnosen, die in erster Linie den Schmerz benennen, ohne eine spezifische körperliche Ursache wie einen Bandscheibenvorfall oder einen Gelenkverschleiß anzuführen. Diese schmerzbezogenen Krankenstände verlaufen meist kurz (Median 5 Tage). Strukturelle und degenerative Diagnosen wie Gonarthrose ("Kniegelenkverschleiß") oder Meniskusschäden sind seltener, dauern mit mittleren Verläufen von rund vier bis sechs Wochen aber deutlich länger und fallen bei den Krankenstandstagen überproportional ins Gewicht.

Die **MSB-Belastung ist ungleich verteilt**. Männer sind unter den MSB-Personen mit 58,3% überrepräsentiert, bei den einzelnen MSB-Krankheitsgruppen entfallen 59% bis 60% der Fälle auf sie. Frauen sind zwar seltener betroffen, weisen aber im Mittel längere Krankenstände auf als Männer (35,7 gegenüber 31,8 Tage), und dieser Abstand wächst mit der Zahl wiederkehrender Episoden. Mit zunehmendem Alter verschiebt sich das Geschehen von schmerzbezogenen Rückendiagnosen hin zu degenerativen Gelenkerkrankungen: Bei den 55- bis 64-Jährigen entfällt nahezu ein Drittel aller MSB-Krankenstandstage auf Arthropathien ("Gelenkerkrankungen"). Über die Wirtschaftsbereiche hinweg ist die Verteilung der MSB-Erkrankungen dagegen bemerkenswert ähnlich; Unterschiede liegen weniger in der Struktur der Diagnosen als in der Gesamthäufigkeit, wobei Industrie und Bau gegenüber ihrem Beschäftigtenanteil überrepräsentiert sind.

MSB-Krankenstände sind überwiegend schmerzbezogen und kurz: Rund 71% aller Fälle benennen den Schmerz, ohne eine spezifische körperliche Ursache anzuführen. Die längeren Ausfallzeiten gehen auf eine kleinere Zahl struktureller und degenerativer Erkrankungen zurück, die mit dem Alter an Bedeutung gewinnen.

Im Versorgungsgeschehen nimmt die Allgemeinmedizin die zentrale Rolle ein. Sie wird von nahezu allen MSB-Personen aufgesucht, und zwar mit durchschnittlich 8,1 Besuchen je nutzende Person im Jahr 2025 spürbar häufiger als in der Vergleichsgruppe. Bei den fachärztlichen, bildgebenden und therapeutischen Leistungen unterscheiden sich MSB-Personen vor allem in der Reichweite, also dem Anteil der Personen mit zumindest einem Besuch, am stärksten bei der bildgebenden Diagnostik. Therapeutische Angebote wie **Physiotherapie und physikalische Medizin** erreichen nur einen **kleineren Personenkreis**, werden von diesem aber intensiv genutzt. Frauen weisen in allen MSB-relevanten Fachgruppen höhere Reichweiten auf als Männer, am deutlichsten bei der Radiologie. In der Besuchshäufigkeit ist der Geschlechterunterschied dagegen gering. Mit steigendem Alter und mit der Dauer der Krankenstände nimmt die Inanspruchnahme über fast alle Fachgruppen hinweg zu.

Die Allgemeinmedizin ist die zentrale Anlaufstelle bei MSB-Erkrankungen. Bildgebende und therapeutische Leistungen werden mit steigendem Alter und längerer Krankheitsdauer breiter genutzt, wobei Therapie erst bei längeren Episoden bereits während des Krankenstands einsetzt.

Eine zeitliche Betrachtung der Leistungskontakte relativ zur Krankenstandsepisode macht zwei Versorgungslogiken sichtbar. Diagnostisch und kurativ orientierte Fachgruppen wie Radiologie, Allgemeinmedizin und Orthopädie konzentrieren sich auf die akute Phase des Krankenstands. Therapeutische Angebote setzen bei kurzen Episoden überwiegend erst nach dem Krankenstandsende ein, bei längeren Episoden hingegen bereits während des laufenden Krankenstands.

Muskel-Skelett-Erkrankungen entstehen in der Regel aus einem komplexen Zusammenspiel biologischer, psychischer, sozialer und arbeitsbezogener Einflussfaktoren. Erfolgreiche **Rehabilitationsansätze** sollten diesem Umstand stärker Rechnung tragen und ihn gezielt adressieren.

Die internationale Evidenz zeigt deutlich, dass interdisziplinäre, berufsorientierte Rehabilitationsprogramme bei Muskel-Skelett-Erkrankungen singulären Interventionen überlegen sind. Für Rückenschmerzen (rund 47% aller Muskel-Skelett-Krankenstandsfälle) gilt Bewegungstherapie dennoch als wirksamer als reine Aufklärung oder Elektrotherapie.

Aus den in dieser Arbeit für Österreich festgestellten Befunden – dem geringen Anteil an Rehabilitationsmaßnahmen in der Gruppe der Rehabilitations- oder Umschulungsgeldbeziehenden sowie dem vergleichsweise niedrigen Anteil von Personen mit Krankenständen aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen, die physiotherapeutische, ambulante physikalische oder orthopädische Rehabilitationsleistungen in Anspruch nehmen – lassen sich zumindest vier Handlungsfelder ableiten.

- **Gesundheits- und Therapiebereich:** Einzelne Therapiemaßnahmen reichen bei Muskel-Skelett-Erkrankungen nicht aus. Wirksam sind multimodale Ansätze, die Bewegungstherapie, verhaltensorientierte Elemente (z. B. kognitive Verhaltenstherapie) und – bei Bedarf – digitale Unterstützung koordiniert verbinden. Ein multidisziplinäres Team aus mindestens zwei Fachrichtungen, das sich regelmäßig abstimmt, erhöht die Heilungschancen deutlich. Da Frauen, Arbeitslose und Personen mit psychischen Komorbiditäten geringere Ansprechraten aufweisen, ist ein individuell abgestimmter Therapieplan unabdingbar. Der Schwerpunkt der Rehabilitation sollte dabei die Funktions- und Teilhabefähigkeit sein – nicht zwingend vollständige Symptommfreiheit.
- **Betriebe und Arbeitgeber:innen:** Betriebe tragen Kosten durch Fehlzeiten und Präsentismus, sind aber auch ein zentraler Player der Rehabilitation. Internationale Studien zeigen, dass betriebliche Unterstützung, Wiedereingliederungspläne und ergonomische Anpassungen die Erfolgsaussichten nachweislich erhöhen. Ergänzend trägt ein unterstützendes Arbeitsklima, das Stigmatisierung reduziert und die Rückkehrbereitschaft stärkt, wesentlich zum Rehabilitationserfolg bei. Die Erwartung der Betroffenen, an den Arbeitsplatz zurückkehren zu können, gilt dabei selbst als zentraler Prädiktor des Erfolgs. Mit der Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) steht in Österreich dafür bereits ein geeigneter Rahmen zur Verfügung.
- **Institutionelle Rahmenbedingungen:** Eine verbesserte Versorgung von MSB-Patient:innen setzt neben einem adäquaten Angebot auch verbindlichere Versorgungsstrukturen voraus. Die positiven Effekte der Early-Intervention der ÖGK auf die Erwerbsfähigkeit bestätigen den Bedarf einer konsequenten Ausweitung dieses Angebots. Um Schnittstellenverluste zu vermeiden, ist eine systemische Koordination zwischen ÖGK, Pensionsversicherungsträgern und AMS zur Gewährleistung nahtloser Übergänge zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation unabdingbar. Zudem sind die regulatorische Implementierung digitaler Therapeutika sowie ein verbesserter Zugang zu medizinischer und beruflicher Rehabilitation angesichts der hohen Prävalenz von Muskel-Skelett-Erkrankungen im Erwerbsleben sicherzustellen.
- **Ökonomische Forschung und Evaluierung:** Die empirische Basis zu Rehabilitationsprozessen und -inhalten in Österreich ist schmal. Es fehlen sowohl fundierte Schätzungen der volkswirtschaftlichen Kosten von Muskel-Skelett-Erkrankungen – wie sie etwa für die Niederlande mit rund 1,6% des BIP vorliegen – als auch kausal interpretierbare Evaluierungen österreichischer Instrumente wie fit2work und Early Intervention. Quasi-experimentelle Designs könnten hier robustere Evidenz liefern. Zusätzlich sind Health-Technology-Assessments für digitale und KI-gestützte Rehabilitationsformen notwendig, um deren Kosteneffektivität auf Systemebene beurteilen zu können. Langfristige Wirkungen auf Erwerbsteilnahme, Einkommensverläufe und Pensionsantritt sind bislang kaum erforscht.

Fehlzeitenreport 2026

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Struktur der Krankenstände des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

1. Entwicklung und Verteilung der Krankenstände

Der inzwischen etablierte Fehlzeitenreport bietet einen systematischen Überblick über die langfristige Entwicklung krankheits- und unfallbedingter Abwesenheiten in der österreichischen Wirtschaft. Auf Grundlage publizierter Daten sind vollständige Zeitreihen unterschiedlicher Indikatoren zusammengestellt, um die Entwicklung der Krankenstände aus verschiedenen Perspektiven möglichst differenziert abzubilden. Die Krankenstandsentwicklung kann als eine wichtige gesundheits- und arbeitsmarktpolitische Zielgröße verstanden werden, deren Rückgang positiv und wünschenswert ist. Arbeitsbezogene Belastungen sowie individuelles Risikoverhalten innerhalb und außerhalb der Arbeitswelt wirken sich mittel- bis langfristig negativ auf das Krankenstandsgeschehen aus.

Die Krankenstandsentwicklung spiegelt nicht immer unmittelbar das gesundheitliche Befinden der (erwerbstätigen) Bevölkerung wider. Die Krankenstände werden von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und institutionellen Faktoren wie dem Zeitpunkt der Arbeitsunfähigkeitsmeldung, Teilkrankenstand (Grabka, 2026) bzw. Wiedereingliederungsteilzeit (Pohler & Zehetgruber, 2025) usw. mitbestimmt. Zum einen wirken sich Veränderungen in der Zusammensetzung der unselbstständigen 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 Rückzug von Personen mit gesundheitlichen Problemen aus dem Erwerbsarbeitsmarkt die Krankenstandstage reduzieren. Angesichts der demografischen Verschiebungen sowie des steigenden Frauenpensionsantrittsalters bis 2033 ist es notwendig, die Erwerbsbeteiligung der Älteren zu steigern. Durch die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit bereits in jungen Jahren können die Fehlzeiten gegen Ende der Erwerbsphase wie auch ein frühzeitiger Erwerbsaustritt reduziert werden (Alsamiri et al., 2024; Mühlenbrock, 2016). Um langfristige Kosten im Gesundheits-, Sozialversicherungs- und Pensionssystem zu reduzieren und betriebliche und damit volkswirtschaftliche Wertschöpfung zu optimieren, braucht es zur Verlängerung der Lebensarbeitszeit auch eine begleitende Gesundheitsförderung und Prävention.¹⁾

Die statistisch erfassten Krankenstände sind zum anderen 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.

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 etwas mehr als ein halbes Jahrhundert und reicht von 2025 bis zum Jahr 1970 zurück³⁾.

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 (Biffi, 2002). Die Daten des Dachverbands eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2025

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.

waren 3,67 Mio. (2024 3,66 Mio.) unselbstständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 94% der unselbstständig aktiv Beschäftigten in Österreich⁴). Dazu zählen nach dem ASVG neben den Arbeiterinnen, Arbeitern und Angestellten auch die Vertragsbediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau. Aus der *Krankenstandsstatistik* sind allerdings die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der öffentlich Bediensteten, Eisenbahnen und Bergbau 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 2025 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,2% höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei Männern lag diese Differenz bei 1,0% und bei Frauen bei 1,6%. 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 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.

⁴) Im Jahresdurchschnitt 2025 gab es laut DVSV 3,90 Mio. unselbstständig 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 et al., 2026).

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 Fehlzeitenerfassungen.
Krankenstandsfälle	Anzahl der durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsabsenz.	Jede Arbeitsunfähigkeitsmeldung, die nicht die Verlängerung einer vorangegangenen Meldung ist, wird als ein Fall gezählt.
Krankenstandsfälle je Versicherte:n bzw. je Erkrankte:n	Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsunfähigkeit je versicherte bzw. erkrankte Person.	Indikator für die Inzidenz von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten in der Erwerbsbevölkerung.
Krankenstandsdauer	Durchschnittliche Dauer eines Krankenstandsfalles. Einheit: Kalendertage	Indikator für die Schwere einer Erkrankung.
Krankenstandsquote	Summe der Krankenstandstage im Jahr, dividiert durch das Arbeitsvolumen der Versicherten (Anzahl der Versicherten multipliziert mit 365 Kalendertagen). Einheit: in %	Indikator für den Verlust an Jahresarbeitsdagen aufgrund von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten.
Erkrankungsquote	Anteil der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einmal im Krankenstand waren. Einheit: in %	Indikator für die Größe des Personenkreises, der im Laufe eines Jahres von Arbeitsunfähigkeit betroffen ist.

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

Die *Krankenstandsstatistik* basiert seit 2010 auf einer Abgrenzung der Versicherten, in der Präsenzdienler 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 Präsenzdienler. Jährliche Schwankungen in

der Zahl dieser beiden Gruppen konnten daher die Berechnung von durchschnittlichen Krankenstandsindikatoren leicht verzerren⁷⁾). Durch diese Bereinigung ergeben sich geringere Versichertenzahlen und in der Folge höhere durchschnittliche Pro-Kopf-Krankenstandswerte als nach der alten Methodik. Die Auswirkungen dieser Bereinigung sind zwar für die statistische Erfassung des Krankenstandsgeschehens insgesamt von geringfügiger Bedeutung, sie führen allerdings zu einem statistischen Bruch in der Zeitreihenbetrachtung. Dieser statistische Bruch betrifft alle Auswertungen, in denen die Krankenstandsdaten mit Beschäftigungszahlen verknüpft werden, um Quoten zu errechnen. Für bestimmte Untergruppen von Beschäftigten – vor allem Frauen in der Reproduktionsphase – nehmen die Abweichungen gegenüber der früheren Methodik ein signifikantes Ausmaß an. In diesen Fällen wird bei der Dateninterpretation ausdrücklich auf die Auswirkungen der Umstellung eingegangen. Auch in Zeitreihen, wo die Umstellung der Beschäftigtenzahlen keine größeren Veränderungen nach sich gezogen hat, wird der statistische Bruch in den graphischen Darstellungen entsprechend gekennzeichnet.

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 Steigerung um etwa 4,5% entspricht. Für einzelne Personengruppen fällt die Anpassung jedoch viel stärker aus. Die Pro-Kopf-Zahl der Krankenstandstage von Frauen zwischen 25 und 29 Jahren (eine Altersgruppe, wo die Konzentration von Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen sehr hoch ist) hat sich durch die Revision für 2008 von 7,9 auf 10,2 erhöht, 2009 von 8,2 auf 10,4. Das entspricht einer Erhöhung um mehr als 25%.

1.2 Entwicklung der Krankenstände

Die Zahl der Krankenstände, die durch die Ausweitung der Beschäftigung in den Jahren 2022 und 2023 nach Abklingen der COVID-19-Pandemie 2021 mitgeprägt wurde, verharrte auch 2025 auf hohem Niveau. Gegenüber dem Höchstwert von 2023 zeigte sich ein Rückgang.

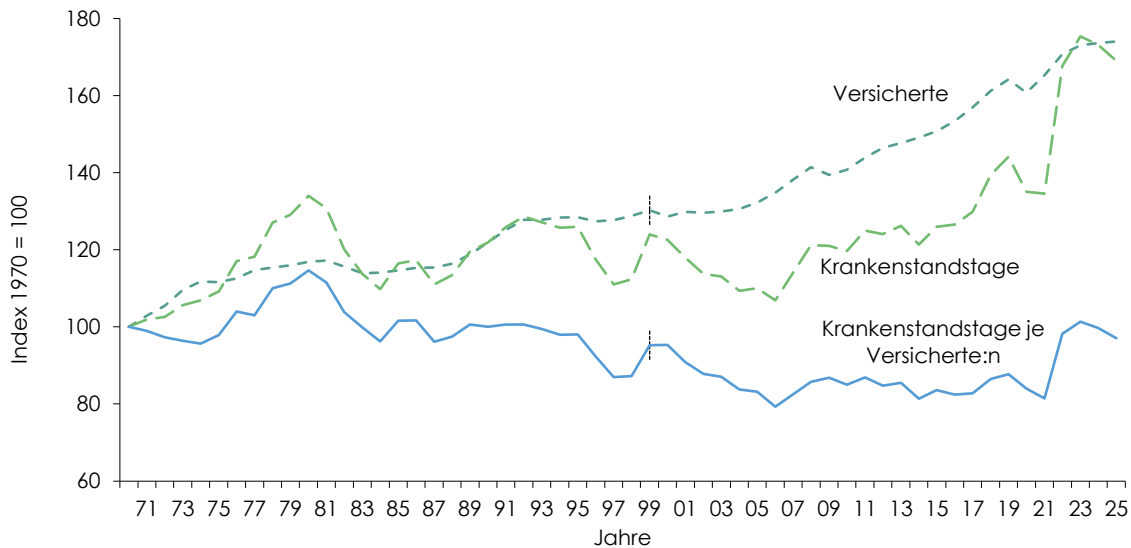
Im Zeitraum 1970 bis 2025 unterlag die jährliche Anzahl an Krankenstandstagen, absolut und relativ zum Versichertenstand, beträchtlichen Schwankungen (Abbildung 1.1). Absolut betrachtet war die Entwicklung der Krankenstände während der 1970er-Jahre steigend, der Höhepunkt wurde mit dem Jahr 1980 erreicht. 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 – aufgrund der COVID-19-Maßnahmen – auf etwa das Niveau von 1980 kam es 2022 zu einem kräftigen und auch 2023 zu einem weiteren Anstieg der

⁷⁾ Zieht man die Gesamtheit der Versicherten heran, dann sind die jährlichen Schwankungen im Anteil der Kinderbetreuungsgeldbeziehenden und Präsenzdienere 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.

Krankenstandstage auf 53,6 Mio. (+24,6%) bzw. 56,1 Mio. (+4,6%), begleitet von einem Anstieg der Versichertenzahl (+3,3% bzw. +1,4%). 2025 verzeichnete einen Rückgang bei den Krankenstandstagen (-2,4% bzw. 54,0 Mio. Tage) bei einem geringen Anstieg der Versichertenzahl (+0,3%).

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

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:n verdeutlicht. In den frühen 1970er-Jahren entfielen auf jede versicherte Person knapp 15 Krankenstandstage. Nach der Erreichung eines Spitzenwertes im Jahr 1980 (17,4 Tage) verringerte sich die Häufigkeit der Krankenstandstage wiederum und erreichte 2006 ihren bisher niedrigsten Wert. Im Jahr 2006 betrug der Quotient aus Krankenstandstagen und Versicherten 12,0 und lag somit ein Drittel unter dem Wert im Jahr 1980 (17,4) bzw. ein Sechstel unter dem Wert im Jahr 2000 (14,4). 2007 und in den Folgejahren kam es erneut zu einem leichten Anstieg der Fehlzeiten, seither sind jährlich kleinere Schwankungen beobachtbar. Nach Anstiegen in 2018 und 2019 auf gut 13 Tage wurde diese Zahl 2023 (15,4 Tage) noch übertroffen und sank 2025 mit 14,7 Tagen auf das Niveau von 2022 (14,9 Tage).

Ein Vergleich mit Deutschland weist insgesamt eine ähnliche zeitliche Entwicklung auf (Grabka & Breer, 2026; IGES Institut, 2025). Im Zeitraum bis 2008 gingen die krankheitsbedingten Fehlzeiten je Versicherte:n zunächst kontinuierlich zurück, bevor sich der Trend umkehrte und bis 2020 ein fortgesetzter Anstieg verzeichnet wurde. Betrachtet man den längeren Zeitraum von 2000 bis 2024, so lag die durchschnittliche Zahl der krankheitsbedingten Fehlzeiten im Jahr 2000 bei rund 11 Tagen je Beschäftigte:n. Der niedrigste Wert wurde 2007 mit weniger als 9 Tagen er-

reicht. In den Folgejahren stiegen die Fehlzeiten in Deutschland deutlich an. Besonders ausgeprägt war der Anstieg im Jahr 2022, als die Zahl der Fehltagel nach Angaben des SOEP gegenüber dem Vorjahr um 2,4 Tage bzw. 19% auf 15,9 Tage zunahm. Im Jahr 2024 ging dieser Wert auf 14,5 Tage je GKV-Versicherte:n zurück.

Die Entwicklung der Fehlzeiten kann zusätzlich anhand der Krankenstandsquote, die ein Maß für den Verlust an Arbeitstagen im Jahresverlauf darstellt, veranschaulicht werden. Die Krankenstandsquote entspricht dem Quotienten aus der Summe der Krankenstandstage im Jahr und dem Arbeitsvolumen der Versicherten im Jahresdurchschnitt, die Berechnung des Arbeitsvolumens erfolgt auf der Basis eines 365-Tage-Arbeitsjahres. Dadurch, dass sowohl für das Arbeitsvolumen der Versicherten als auch für die Krankenstandstage Kalendertage verwendet werden, erfasst die Krankenstandsquote die durch Krankheit und Unfälle verlorenen Arbeitstage relativ genau (Biffli, 2002). Unschärfen, die sich aus Unterschieden zwischen ganzjähriger und nicht ganzjähriger Beschäftigung ergeben könnten, wird dadurch Rechnung getragen, dass der Versichertenstand über einen Jahresdurchschnitt ermittelt wird. Die Krankenstandsquote betrug in der österreichischen Wirtschaft 1970 4,2% und 2025 4,0% (2024 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 mit 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. In den frühen 1980er-Jahren wurde 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 auch der Anstieg der Teilzeitbeschäftigung und die Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse diese Entwicklung beeinflussen. Auch gehen bei älteren Arbeitskräften und Langzeitarbeitslosen 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, 2024). 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.

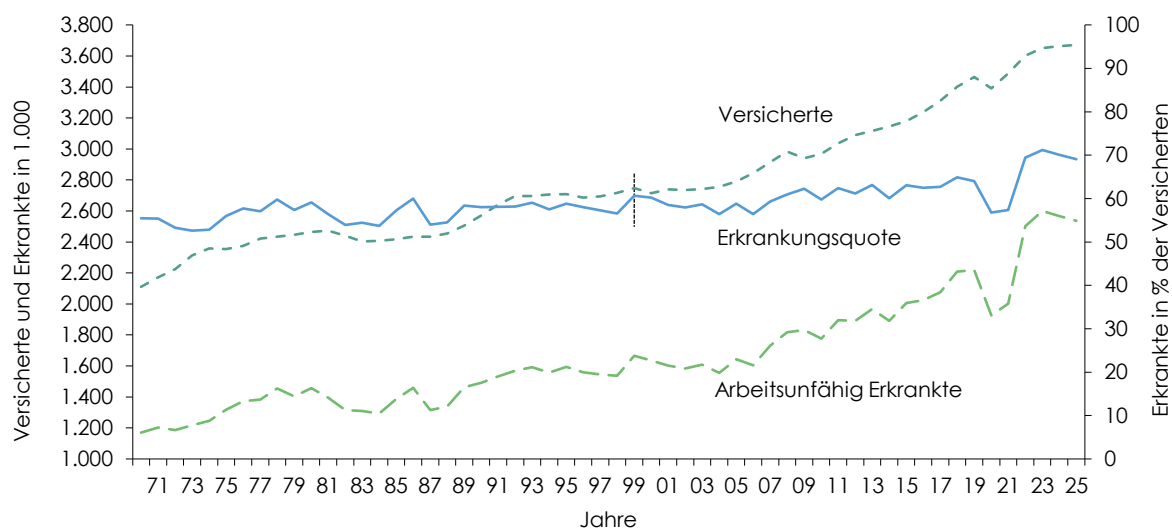
1.3 Erkrankungsquote sowie Zahl und Dauer der Krankenstandsfälle

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 (Biffli, 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 2025 einen Anstieg um 0,3% und ergab damit einen neuen Höchstwert. Die Zahl der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einen Krankenstand meldeten, sank um 1,3% und repräsentiert nach dem Jahr 2023 den dritthöchsten gemessenen Wert. Die Relation der beiden Größen ermöglicht die Berechnung einer Erkrankungsquote. Diese Erkrankungsquote schwankte von 2010 bis 2021 zwischen 57% und 65% (Abbildung 1.2). Somit waren 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 2025 wurde eine Erkrankungsquote von 69,1% registriert, womit die Jahre ab 2022 die höchsten Werte seit 1970 ausweisen. 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 2025 2,3-mal (Abbildung 1.3). Damit weisen auch hier die letzten vier Jahre die höchsten Werte seit 1970 aus. 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, 2025 waren es 1,6 Fälle (dritthöchster Wert nach 2023; Übersicht A2 im Anhang A).

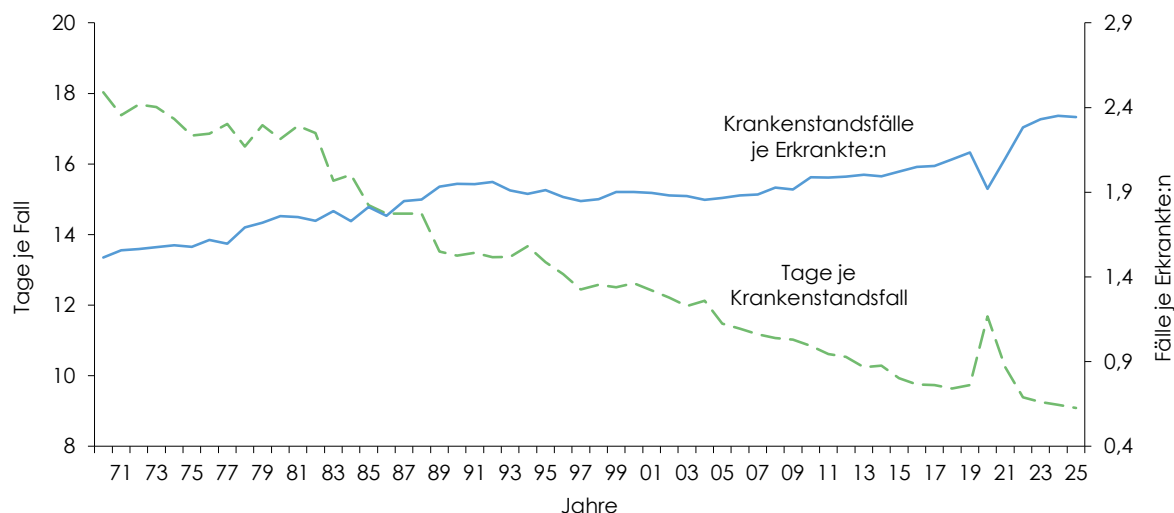
Abbildung 1.2: **Anteil der Erkrankten an den Versicherten**
Österreich



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.

Abbildung 1.3: **Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte:n sowie der Tage je Krankenstandsfall**

Österreich



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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, halbierte sich dieser Wert beinahe auf 9,1 Tage im Jahr 2025, dem niedrigsten Wert in der Beobachtungsperiode.

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. Für Österreich liegen bislang keine flächendeckenden empirischen Daten oder wissenschaftlichen Studien zum Verhalten von Unternehmen hinsichtlich der Dauer vor, ab der sie eine ärztliche Krankmeldung einfordern. 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 Entgeltfortzahlungsstatistik 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.

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.

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 durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte möglich

sind⁸⁾, sprechen Erfahrungswerte dafür, dass sie heute seltener vorgenommen werden als früher.

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%. Nach einem Rückgang in den Jahren 2020 und 2021 aufgrund der COVID-19-Pandemie stieg der Quotient 2025 auf 72,4%. In anderen Worten gab es 2008 358 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2025 erreichte der Wert mit 724 Fällen den höchsten in der Beobachtungsperiode.

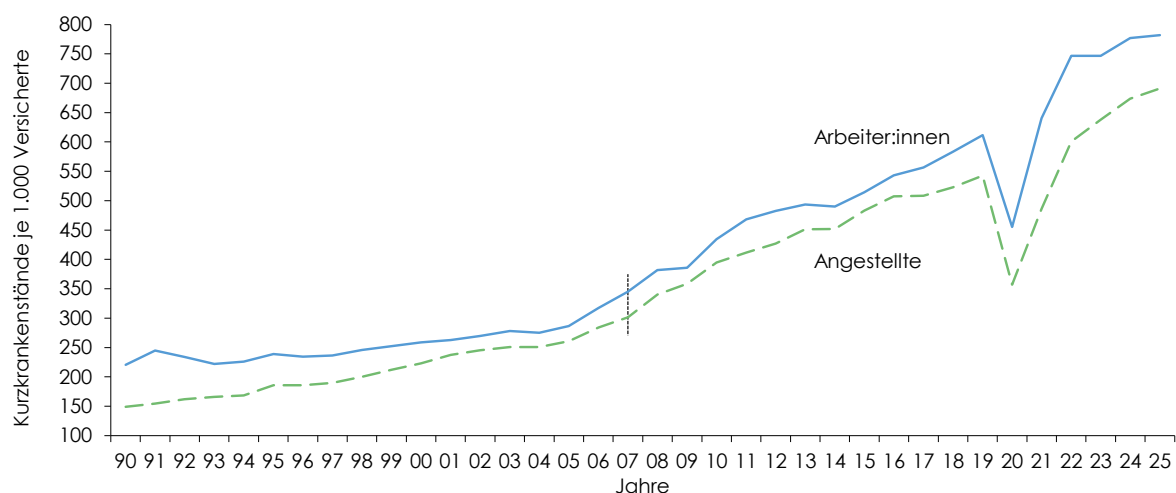
Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei Arbeiter:innen und Angestellten an. Während der 1970er-Jahre waren Kurzkrankenstände bei Arbeiter:innen deutlich häufiger als bei Angestellten. 1975, ein Jahr nach Einführung des Entgeltfortzahlungsfonds, gab es im Schnitt 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: 220 gegenüber 149 Kurzkrankenstände). Bei den jüngsten Daten kann in der Verteilung der Krankenstandsfälle zwischen Arbeiter:innen und Angestellten nur ein vergleichsweise geringer Unterschied beobachtet werden: Bei den Angestellten entfielen 2025 auf 1.000 Versicherte 691 Kurzkrankenstände, bei den Arbeiter:innen waren es 782 (Abbildung 1.4). Damit waren die Kurzkrankenstände der Arbeiter:innen um nur 13% höher (1990 48%).

Die Zunahme der Kurzkrankenstände bei den Angestellten folgt einem kontinuierlichen Trend, der sich auch nach dem Jahr 2000 (mit der Ausnahme von 2020 und 2021) 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) beobachtet 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).

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%).

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.

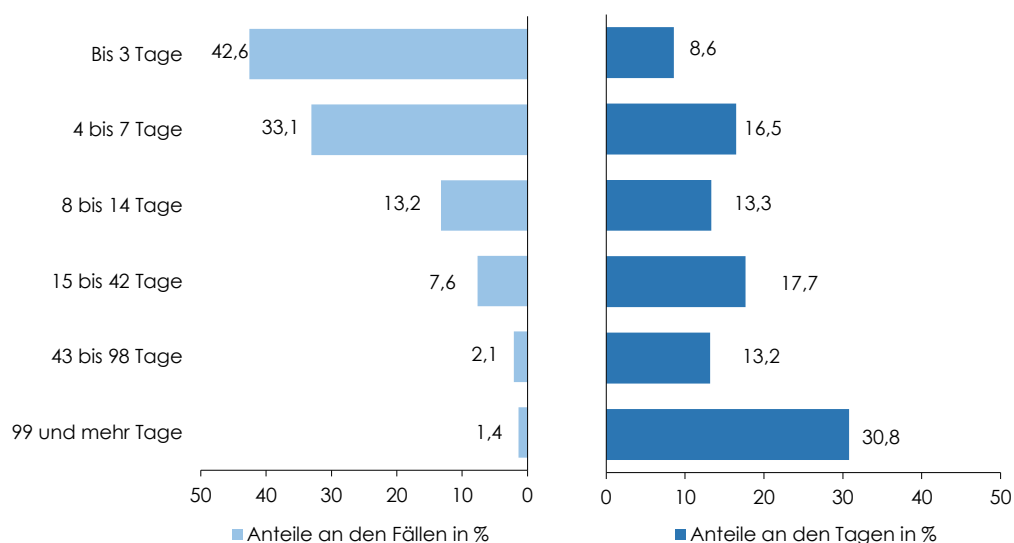
Zum einen legen Auswertungen des Anfangs bzw. Endes der Krankschreibung nach Wochentag den Schluss nahe, dass in der Vergangenheit in höherem Ausmaß als heute die Beschäftigten von Ärztinnen und Ärzten bis einschließlich Sonntag krankgeschrieben wurden (siehe Abschnitt 1.5, Abbildung 1.11). Eine Vorverlegung 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 und 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. Auch Veränderungen beim Präsentismus im Zusammenhang mit den jeweiligen Arbeitsplatzbedingungen könnten einen Einfluss auf die Häufigkeit und Dauer von Kurzkrankenständen haben (Kandi, 2024).

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 Krankheitsdauer waren 2025 bei den Angestellten 11,2%

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.

der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (1990: 3,3%; Abbildung 1.6), die Quote bei Männern lag bei 11,3% (1990: 3%), jene der Frauen bei 11,1% (1990: 3,6%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei Arbeiter:innen war, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: Er entwickelte sich von 2,2% in 1990 auf 8,6% in 2025 (Abbildung 1.5). Hier ist zwischen den Geschlechtern ein etwas größerer Unterschied beobachtbar. Arbeiterinnen hatten einen geringeren Anteil an Kurzkrankenstandstagen als Arbeiter (2025: 7,9% gegenüber 8,9%).

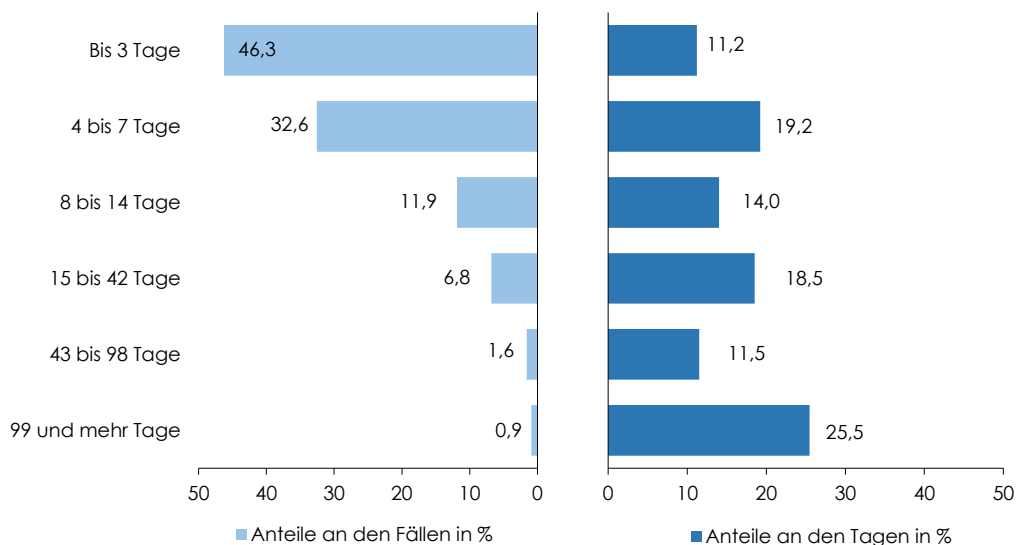
Abbildung 1.5: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Arbeiterinnen und Arbeiter**
Österreich, 2025



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

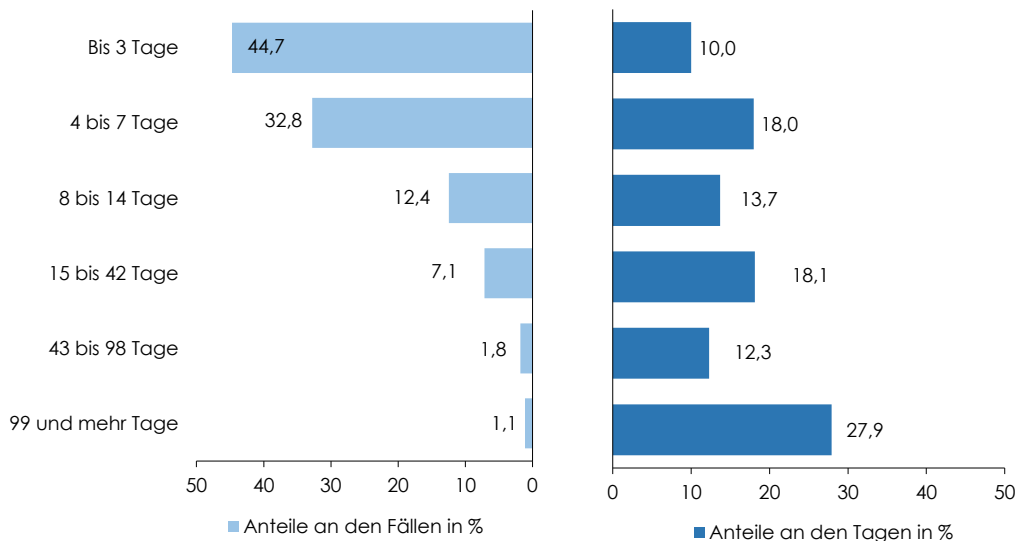
Die langfristige, steigende Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Gesamtheit der Beschäftigten kann sowohl an der Entwicklung der Krankenstandstage als auch der Krankenstandsfälle abgelesen werden. 1990 stellten Fälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen 16,4% der Krankenstandsfälle, aber nur 2,6% der Krankenstandstage dar. Im Jahr 2025 waren 44,7% der gemeldeten Krankenstände ein bis drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten hatten Kurzkrankenstände einen Anteil von 10,0%. Trotz der deutlichen Zunahme gehen somit nach wie vor nicht mehr 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, stellten 2,9% der Gesamtsumme dar, verursachten aber 40,2% 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 entfielen 44,0% der Krankenstandstage auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten waren es 37,0%.

Abbildung 1.6: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte Österreich, 2025**



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.7: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbstständig Beschäftigte Österreich, 2025**



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Im deutschen Fehlzeitenreport (Badura et al., 2025) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2024 7,1% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage auf Krankenstandsfälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 37,2%

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 deren Gesamtbild: Eine Verdoppelung der Kurzkrankenstände entspricht einem durchschnittlichen Anstieg von etwa einem Krankenstandstag pro Jahr (+7%). 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

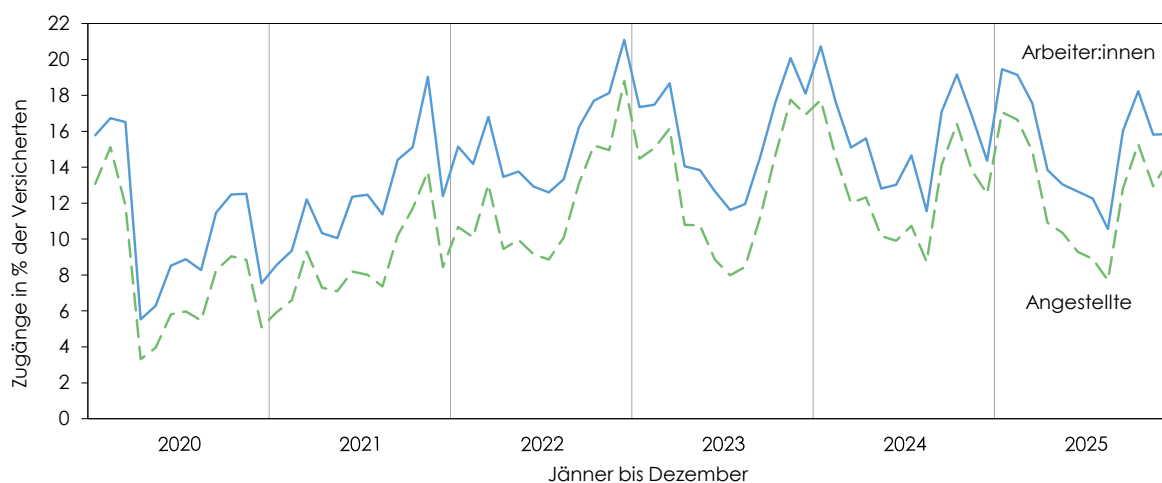
Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind nicht gleichmäßig auf das Jahr verteilt. Die Wintermonate zu Beginn des Jahres sind jene mit den höchsten Krankenstandszugängen und -beständen. Abbildung 1.8 und Abbildung 1.9 zeigen den Jahresverlauf der Zugänge in den Krankenstand und des Krankenstandsbestands zum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

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 2018 Österreich getroffen und insbesondere im Jänner und Februar 2018 zu einem sprunghaften Anstieg der Zugänge in den Krankenstand geführt. In diesen Monaten verzeichnete die Statistik je rund 500.000 Neuzugänge in den Krankenstand, statistisch betrachtet wurden somit je rund 17% aller Arbeiter:innen und rund 15,5% aller Angestellten krankgeschrieben.

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).

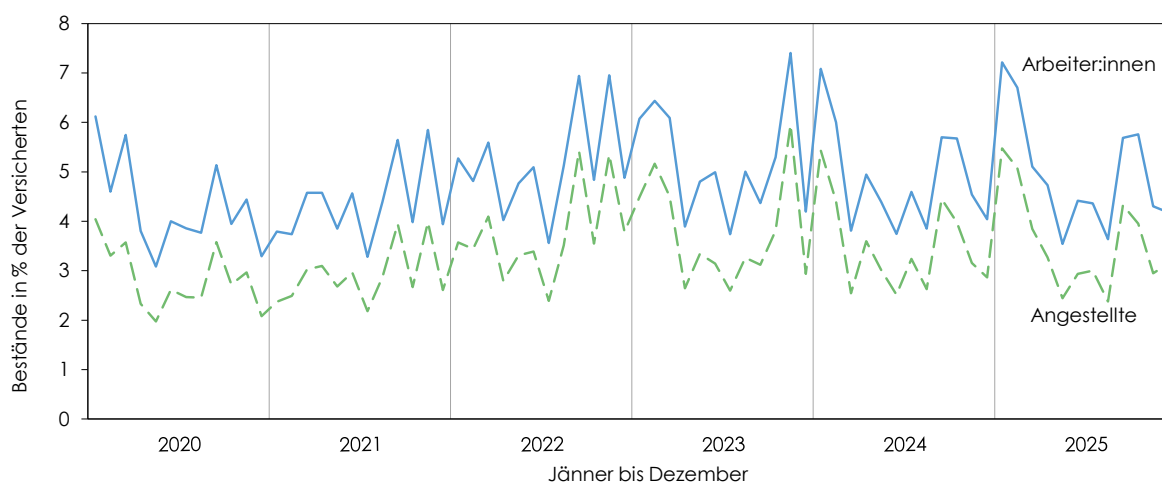
Zu Jahresanfang 2017 gab es ebenfalls eine besonders starke Grippewelle, rein statistisch betrachtet verzeichneten damals im Jänner über 18% der Arbeiter:innen und fast 17% der Angestellten einen Krankenstand. Auch in den Wintermonaten der Jahre 2019, 2023 und 2024 kam es zu Spitzenwerten im Krankenstandszugang. In 2010, 2012, 2014 und 2016 ist dagegen keine solche Erkrankungswelle erkennbar, was mit ein Grund für die etwas geringere Krankenstandsquote in diesen Jahren ist. 2025 waren die Neuzugänge sowohl zu Jahresbeginn als auch Jahresende auf hohem Niveau. Sie beliefen sich in den ersten beiden Monaten des Jahres auf gut 580.000 Neuzugänge, im Oktober auf 520.000 Neuzugänge. Damit verzeichneten gut 19% der Arbeiter:innen und rund 17% der Angestellten im Jänner und Februar 2025 einen Krankenstand; im Oktober 18,2% Arbeiter:innen und 15,3% Angestellte.

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



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

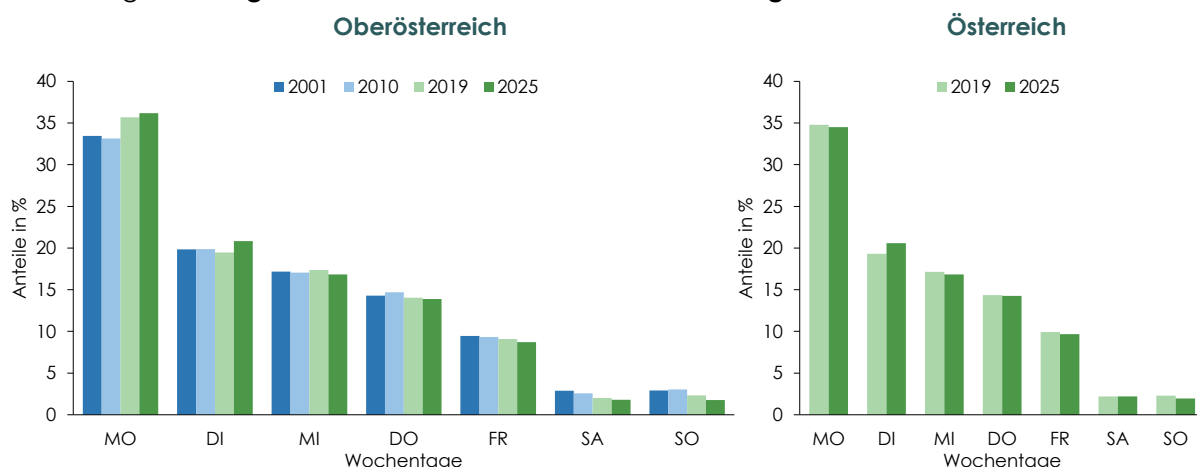
Abbildung 1.9: **Krankenstandsbestand auf Monatsbasis**
Österreich



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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 rund 13% der Krankenstandsmeldungen. Abgesehen von diesem "Montags-Effekt", der im Wesentlichen auf die Öffnungszeiten der Arztpraxen zurückzuführen ist, nimmt die Zahl der Krankenstandsmeldungen im Wochenverlauf ab: Während im Durchschnitt jeder fünfte Krankenstand an einem Dienstag beginnt, ist es nur bei jedem zehnten Fall ein Freitag. Der unterproportionale Anteil an Krankmeldungen am Freitag signalisiert, dass viele 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**



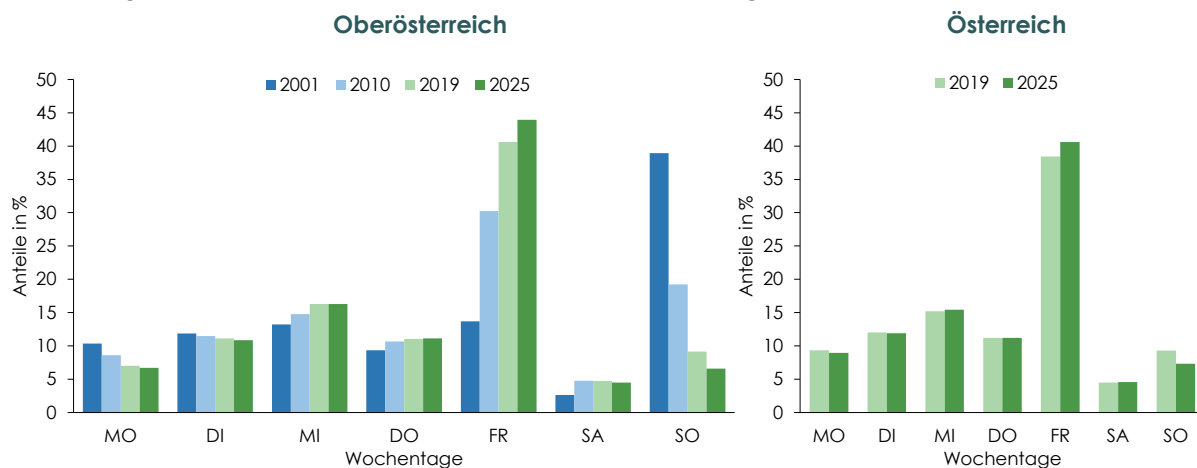
Q: OÖGKK; ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

In der Vergangenheit wurden die meisten Krankenstandsepisoden an einem Sonntag beendet (Abbildung 1.11). In den letzten zwanzig Jahren 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

¹²⁾ Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf Auswertungen von Individualdaten der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (OÖGKK), die ab dem Jahr 2001 bzw. 2010 bislang verwendet wurden (für eine Datenbeschreibung siehe Leoni, 2011, 66). Für die Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) liegen die Daten für die Jahre 2019 und 2025 vor und wurden verknüpft mit Informationen von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich.

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).

Abbildung 1.11: **Ende des Krankenstands nach Wochentag**



Q: OÖGKK; ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Für Österreich konnte in der Vergangenheit pauschal angenommen werden, dass die Zahl der Kalendertage, die in die *Krankenstandsstatistik* eingingen, mit dem tatsächlichen Krankheitsverlauf annähernd konsistent waren: Bei Krankheitsepisoden, die am Wochenende begannen, wurde die Zeit bis zur Krankenstandsmeldung am Montag nicht in die Statistik inkludiert. Umgekehrt flossen die Wochenendtage, die am Ende einer Krankheitsepisode anfielen, in die *Krankenstandsstatistik* ein, obwohl die betroffene Person tatsächlich vielleicht schon am Samstag genesen war. Eine systematische Verschiebung des Endes der Krankschreibungen von Sonntag auf Freitag 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 (siehe Fußnote 12), 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: 2024 endeten in Deutschland 46,5% der Krankenstandsepisoden

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.

an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Sonntag zu Ende gingen, lag bei 8,1% (Badura et al., 2025). Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt 13,4% der Fälle zu Ende gingen, entfielen auf die restlichen Tage jeweils etwa 7% bis 10½% der Krankenstandsbeendigungen.

1.6 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung

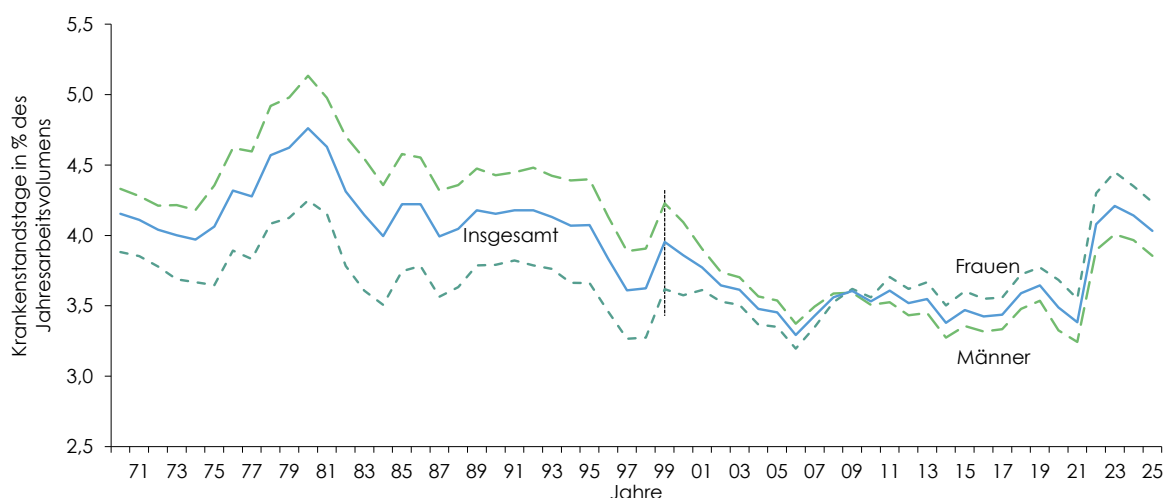
1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht

Trotz empirischer Befunde zur unzureichenden Berücksichtigung des Geschlechts in der primären Erfassung von Diagnosen (Bastian-Pétrel et al., 2024) zeigen sich geschlechtstypische Differenzen im Hinblick auf Erkrankungs- und Mortalitätsrisiken. Frauen erkranken beispielsweise im Vergleich zu Männern häufiger an psychischen Störungen wie Ängsten und Depressionen. Verletzungen und Vergiftungen ist bei Männern eine häufigere Todesursache als bei Frauen, ebenso Neubildungen (Statistik Austria, 2025). Die unterschiedliche Prävalenz einzelner Krankheitserscheinungen bei Frauen und Männern ergibt sich sowohl aus Unterschieden in biologischen Risiken als auch auf der Basis unterschiedlicher Belastung durch Risikofaktoren und unterschiedlicher Gesundheitsrisiken im Lebenszyklus. Zusätzlich zeigen Frauen und Männer ein unterschiedliches Körper- und Krankheitsbewusstsein und haben deshalb auch spezifische Anforderungen an das Gesundheitssystem. Dies kann sich in einer unterschiedlichen Nutzung der Gesundheitseinrichtungen niederschlagen und letztlich zu Verzerrungen in der statistischen Erfassung führen (Granton et al., 2024; Peters & Woodward, 2023).

In Österreich waren – genauso wie in Deutschland – in der Vergangenheit die Krankenstandsquoten der Männer deutlich höher als jene der Frauen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hat sich im Beobachtungszeitraum zuerst ausgeweitet, dann verringert und zuletzt umgekehrt. Die größte Abweichung zwischen Frauen und Männern wurde zu Beginn der 1980er-Jahre, also zum Zeitpunkt der höchsten Krankenstände, verzeichnet. Damals lag die Krankenstandsquote der Männer etwa 25% über jener der Frauen, dieser Abstand hat sich in den folgenden Jahren deutlich reduziert. Wie aus Abbildung 1.12 hervorgeht, näherten sich die beiden Quoten vor allem in den jüngsten Jahren weiter an. 2009 waren erstmals die Fehlzeiten von Männern und Frauen gleich hoch (3,6%)¹⁴⁾, seit 2010 liegt die Krankenstandsquote der Männer unter jener der Frauen. Diese Entwicklung geht zum Teil auf die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* auf *Versichertenzahlen* ohne *Präsenzdiener* und *Kinderbetreuungsgeld* beziehende 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 2025 4,2%, jene der Männer 3,9%.

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

Abbildung 1.12: **Krankenstandsquote nach Geschlecht**
Österreich



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

Ein differenzierteres Bild der Zusammenhänge zwischen Fehlzeiten und Geschlecht ergibt sich bei gleichzeitiger Betrachtung von Alter bzw. beruflichen Merkmalen und wird in den folgenden Abschnitten untersucht. Die langfristige Angleichung der Fehlzeiten von Männern und Frauen muss jedenfalls vor dem Hintergrund der demografischen und gesellschaftlichen Veränderungsprozesse sowie des Strukturwandels am Arbeitsmarkt und in der Wirtschaft insgesamt betrachtet werden. Im Jahr 2025 gab es mehr Frauen als Männer in der Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen. Dazu hat die starke Ausweitung der Erwerbsbeteiligung von Frauen auch die Zusammensetzung der Beschäftigung nach Geschlecht wie auch nach Alter stark verändert. Die Erhöhung der Beschäftigungsquoten der Frauen passierte vor allem in jenen Altersgruppen, in denen überdurchschnittlich hohe Krankenstandsquoten vorhanden sind: 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: 2025 fielen 26,6% der Frauen in diese Altersgruppe, gegenüber 21,7% der Männer; im Jahr 2000 lagen die entsprechenden Anteile noch bei 11,9% bei den Frauen und 14,7% bei den Männern. Darüber hinaus führte die Abschaffung der vorzeitigen Pensionsübertrittsmöglichkeiten bei Frauen sowie die laufende Anhebung des gesetzlichen Pensionsantrittsalters zu einer deutlichen Zunahme der Beschäftigung. Allein zwischen 2023 und 2025 stieg die Beschäftigungsquote der 60- bis 64-jährigen Frauen um 9,2 Prozentpunkte auf 28,2%, die Quote der 60-jährigen Frauen erreichte 2025 mit 58% knapp die Quote der 60-jährigen Männer von 58,4%. 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 und 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⁾ (siehe auch Kapitel 2 in Mayrhuber & Bittschi, 2024). Ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten, sie erreichen im Alter von 25 bis 49 Jahren die niedrigsten Werte. Ab dem Alter von 50 Jahren steigt die Quote wieder an und liegt über dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Ab 55 Jahren steigt die Summe der Krankenstandstage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert (7,4%). In der Gruppe der über 65-Jährigen entspricht die Quote mit 4,4% jener der 50- bis 54-Jährigen. Die rückläufige Entwicklung der Krankenstandsquote der älteren Arbeitnehmer:innen ist allerdings 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. Im Allgemeinen müssen die Krankenstandsquoten der höheren Altersgruppen vor dem Hintergrund der Beschäftigungszahlen dieser Kohorten betrachtet werden: 2025 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 213.200 Männer und 227.200 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 12,0% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 109.000 Männer und 60.900 Frauen (insgesamt 4,6% der Versicherten). Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren 14.000 Männer und 9.100 Frauen beschäftigt; die über 65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,6% an der gesamten Beschäftigung dar.

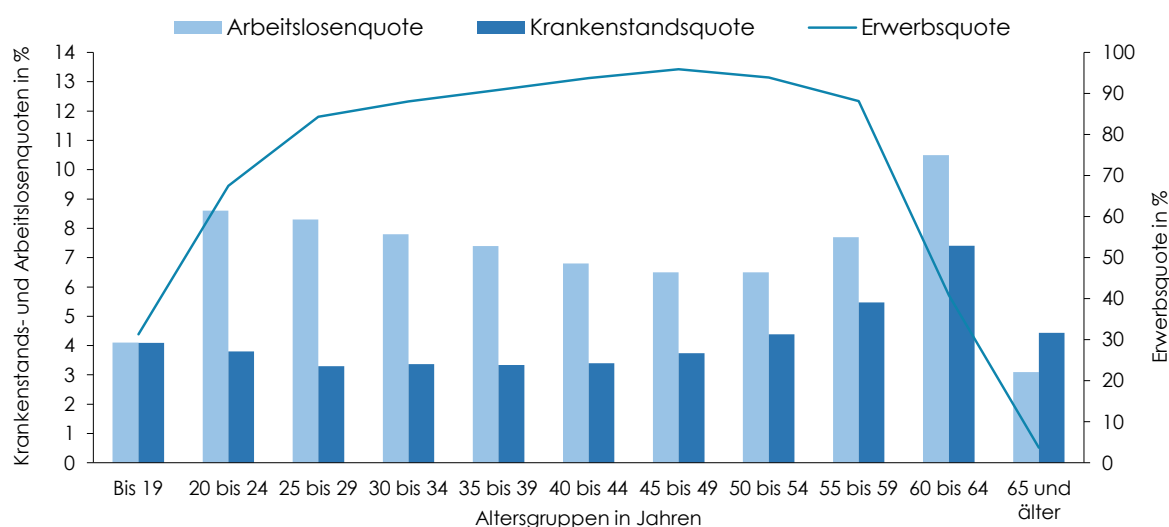
Die Erwerbsquote (d. h. der Anteil der Beschäftigten und Arbeitslosen an der Bevölkerung) erreicht in den Altersgruppen der 45- bis 49-Jährigen den Höchststand und beginnt ab der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen leicht und ab 55 Jahren deutlich zu sinken. In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen sind nur noch 40,8% erwerbstätig (Abbildung 1.13). Die Arbeitslosigkeit steigt

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 2025 betrug der Anteil der Arbeiter:innen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 37%, bei den bis 19-Jährigen allerdings 63%.

dagegen im Alter an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen lag 2025 bei 7,7% und jene der 60- bis 64-Jährigen bei 10,5%. Ein weiterer Hinweis dafür, dass bei älteren Beschäftigten starke Selektionsmechanismen am Werk sind, kann an den Zugängen in die Invaliditätspension¹⁷⁾ abgelesen werden, die 2025 bei den vormals unselbstständig beschäftigten Männern rund 14% aller neuzuerkannten Direktrenten stellten.¹⁸⁾ 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.

Abbildung 1.13: **Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter**
Österreich, 2025



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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,

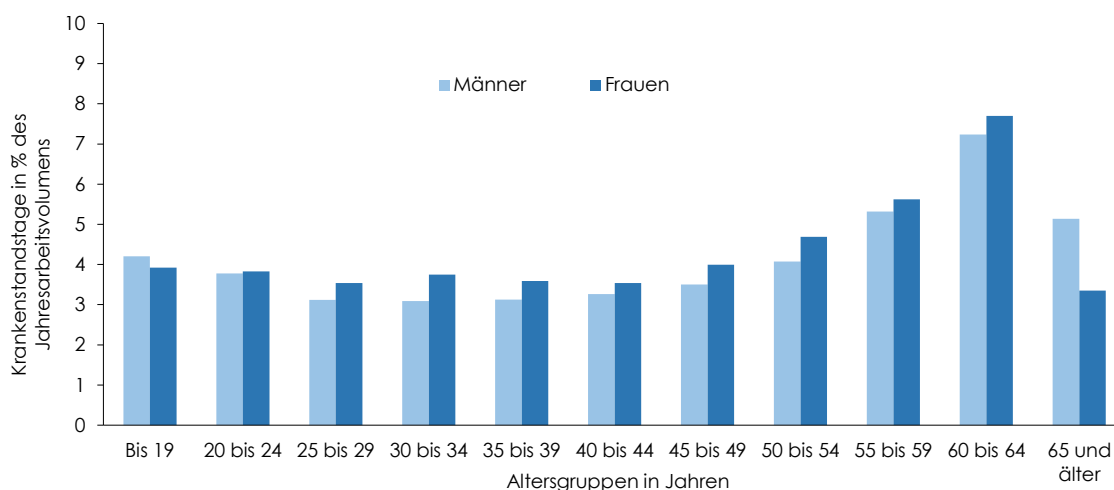
¹⁷⁾ Zur Bezeichnung des Versicherungsfalles der geminderten Arbeitsfähigkeit werden in Österreich – in Abhängigkeit von der Berufsgruppe und sozialrechtlichen Stellung – unterschiedliche Begriffe verwendet. An dieser Stelle wird "Invaliditätspension" ungeachtet dieser Unterschiede als Sammelbegriff für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

¹⁸⁾ Dachverband der Sozialversicherungsträger. Versicherte, Pensionen, Renten. Berichtsjahr 2025, Tabelle 28.

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.

Abbildung 1.14: **Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht**

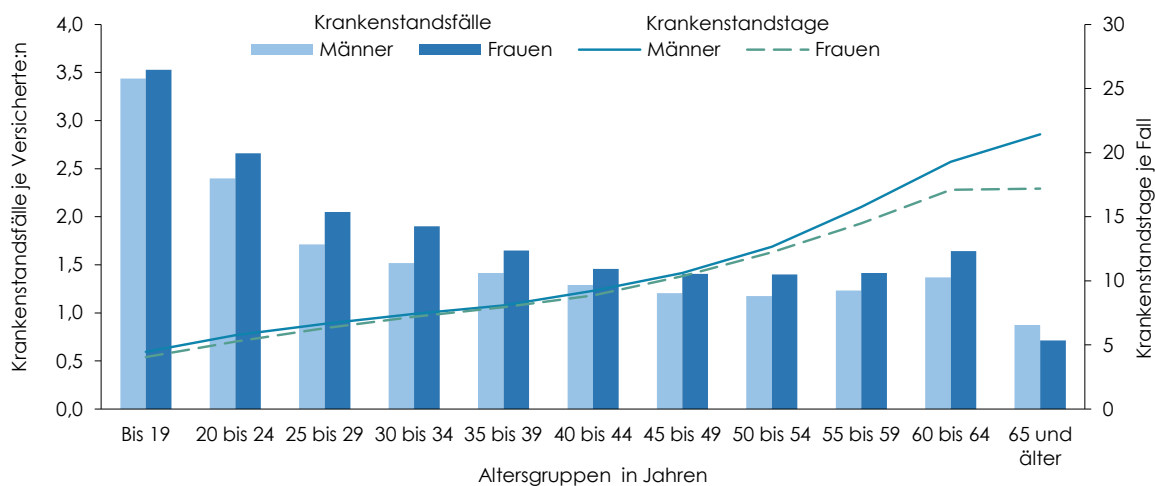
Österreich, 2025



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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

Österreich, 2025



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandsfällen nimmt im Haupterbsalter ab, bleibt bis zur Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen weitgehend konstant und sinkt in der höchsten Altersgruppe (ab 65 Jahre) merklich. Die Dauer der Krankenstände verlängert sich hingegen im

Alter. Der durchschnittliche Krankenstandsfall dauert bei unter 25-Jährigen 5,0 Tage, bei 60- bis 64-Jährigen 3½-mal so lang (18,4 Tage). Insgesamt ergibt sich daraus eine mit dem Alter steigende Krankenstandsquote.

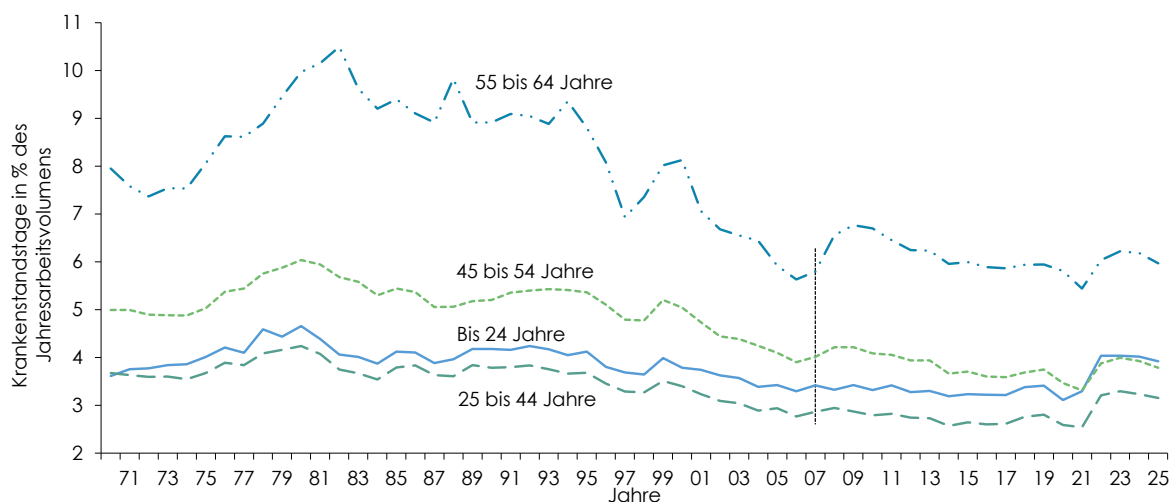
Wie Sonderauswertungen von oberösterreichischen Krankenstandsdaten zeigen konnten, verzeichnet auch bei den über 50-Jährigen – nicht anders als in den anderen Altersgruppen – die Mehrheit der Versicherten keine oder nur sehr wenige Krankenstandstage. Nur ein Drittel der Personen ist im Jahresverlauf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

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten der einzelnen Alterskohorten weist im langfristigen Beobachtungszeitraum sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf (Abbildung 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 zunahm. Die jährlichen Schwankungen der Krankenstandsquoten von älteren Beschäftigten fallen auch über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich stärker aus als die Schwankungen der restlichen Altersgruppen. Gemessen am 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.

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.

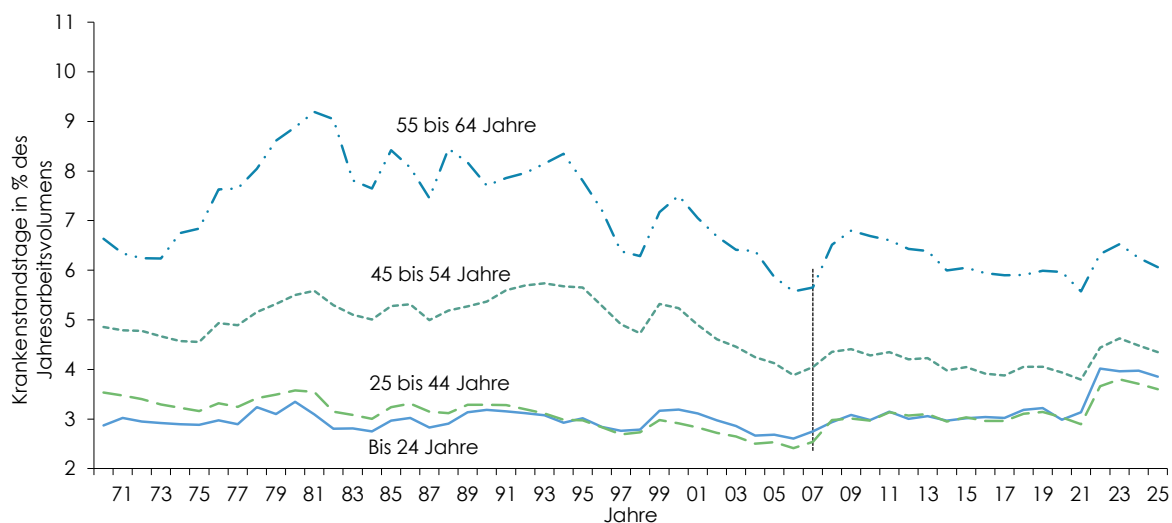
¹⁹⁾ Die Varianz wird durch das Niveau des Mittelwerts, um den die Werte einer Menge schwanken, beeinflusst. Der Variationskoeffizient gleicht diesen Niveaueffekt aus, er ist definiert als die relative Standardabweichung, d. h. die Standardabweichung dividiert durch den Mittelwert.

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.

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 Zusammen-

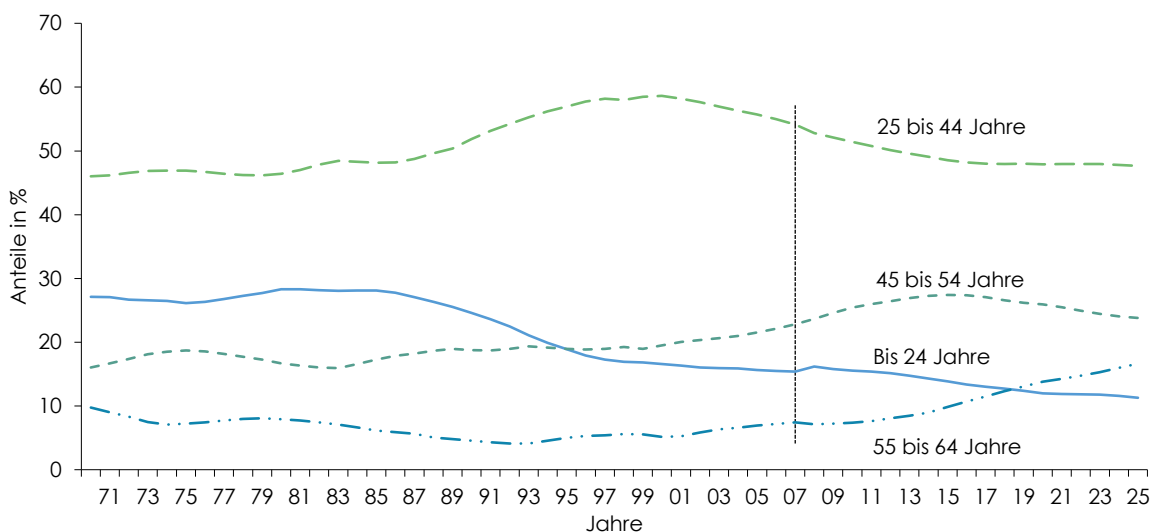
setzung der Beschäftigung nach Altersgruppen an dieser Entwicklung hatten²⁰⁾. Die Altersstruktur der Beschäftigung wird dabei nicht nur vom demographischen Wandel beeinflusst, sondern auch von Veränderungen im Arbeitsangebotsverhalten der Personen im erwerbsfähigen Alter. Als wichtigstes Beispiel kann 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 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 Haupterwerbssalter 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 Haupterwerbssalter 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 47,6%. Gleichzeitig ist der Anteil der 55- bis 64-Jährigen seit dem Tiefstand von 1993 (4,1%) kontinuierlich gestiegen, er lag 2025 bei 16,6%. 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 11,3% (2025).

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

Abbildung 1.18: **Versichertenstruktur nach Altersgruppe**
Österreich



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

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 (2025 gab es durchschnittlich 14,7 Krankenstandstage pro Kopf). Der demographische Wandel spielt somit für den langfristigen Trend der Krankenstandsentwicklung eine Rolle. Der kurzfristige Verlauf der Krankenstandsquote wird durch die demographische Komponente aber im Normalfall nur geringfügig beeinflusst, da die Verschiebung der Altersstruktur langsam fortschreitet. Zwischen 2013 und 2014, zum Beispiel, wurde der leichte, steigernde Effekt der demographischen Verschiebung auf die Krankenstandsquote durch eine Reduktion der durchschnittlichen Fehlzeiten der jüngeren Altersgruppen um ein Vielfaches kompensiert, wodurch die Krankenstandsquote 2014 insgesamt gegenüber dem Vorjahr rückläufig war. 2015 summierte sich ein ungünstiger Effekt durch die demographische Verschiebung mit einer Erhöhung der altersspezifischen Krankenstandsquoten, wodurch die Krankenstandsquote insgesamt höher ausfiel als im Vorjahr. 2025 hat die Veränderung in der demographischen Zusammensetzung bei gleichbleibenden altersspezifischen Krankenstandsquoten zu einer geringfügigen Erhöhung der Krankenstandsquote um 0,02 Prozentpunkte geführt. Die tatsächliche Reduktion im Jahr 2025 um 0,11 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr ergab sich dadurch, dass die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen in Summe um 0,13 Prozentpunkte sanken.

Die demographische Entwicklung hat in den vergangenen Jahren zur Erhöhung der Krankenstandsquote beigetragen, da der Anteil älterer Beschäftigter kontinuierlich gestiegen ist. Die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er-Jahre²¹⁾ haben eine hohe Erwerbsbeteiligung, darüber

²¹⁾ Die Bevölkerungskohorte der 55- bis 59-Jährigen ist 2025 mit 702.500 deutlich größer als die Kohorte der Älteren (60- bis 64-Jährige: 679.000) und der Jüngeren (50- bis 54-Jährige: 622.200), bei den Versicherten waren die 55- bis 59-Jährigen die größte Gruppe.

hinaus verbleiben Frauen durch die Anhebung des Frauenpensionsantrittsalters auch nach dem 60. Lebensjahr am Arbeitsmarkt, was zu steigenden Erkrankungsquoten beitragen kann. Auch durch Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik wie beispielsweise Kombilohn- oder Eingliederungsbeihilfe werden Arbeitskräfte länger am Arbeitsmarkt bleiben (Albert & Mahringer, 2026; Eppel et al., 2022; Horvath et al., 2025) und die durchschnittliche Krankenstandsquote tendenziell nach oben verschoben. Die Größenordnung dieses demographischen Effekts bleibt aber auch in einer längerfristigen Perspektive überschaubar: Wenn wir die Entwicklung der letzten drei Jahre (2023 bis 2025) linear für die nächsten 10 Jahre fortschreiben, resultiert daraus kumuliert eine Steigerung der Krankenstandsquote um 0,20 Prozentpunkte, d. h. 0,7 Krankenstandstage pro Kopf.

Von entscheidender Bedeutung ist die Frage, wie sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten entwickeln werden und inwiefern Verbesserungen im gesundheitlichen Zustand der älteren Beschäftigten die negativen Auswirkungen des demographischen Trends entschärfen können. Eine Anpassung der Arbeitsplatzgestaltung, 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

Unterschiede nach sozialrechtlicher Stellung zwischen Arbeiter:innen und Angestellten zeigen sich auch im Krankenstand. Der Krankenstand variiert erheblich in Abhängigkeit von der beruflichen Stellung der Beschäftigten. Da die administrative Statistik keine Informationen zu beruflichen Tätigkeitsprofilen oder berufsbedingten Arbeitsplatzbelastungen enthält, sind differenziertere Aussagen auf dieser Grundlage nur eingeschränkt möglich. Dennoch lassen sich auf Basis der Unterscheidung zwischen Arbeiter:innen und Angestellten sowie unter Berücksichtigung der Branchenzugehörigkeit aussagekräftige Auswertungen vornehmen. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sind bei Arbeiter:innen deutlich höher als bei Angestellten, was im Zusammenhang mit folgenden Faktoren steht:

- Krankheitsbild und Arbeitsunfähigkeit hängen vom Tätigkeitsbereich ab: Gleiche Krankheitsbilder können 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).
- Konnex zwischen Beruf und gesundheitlicher 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.

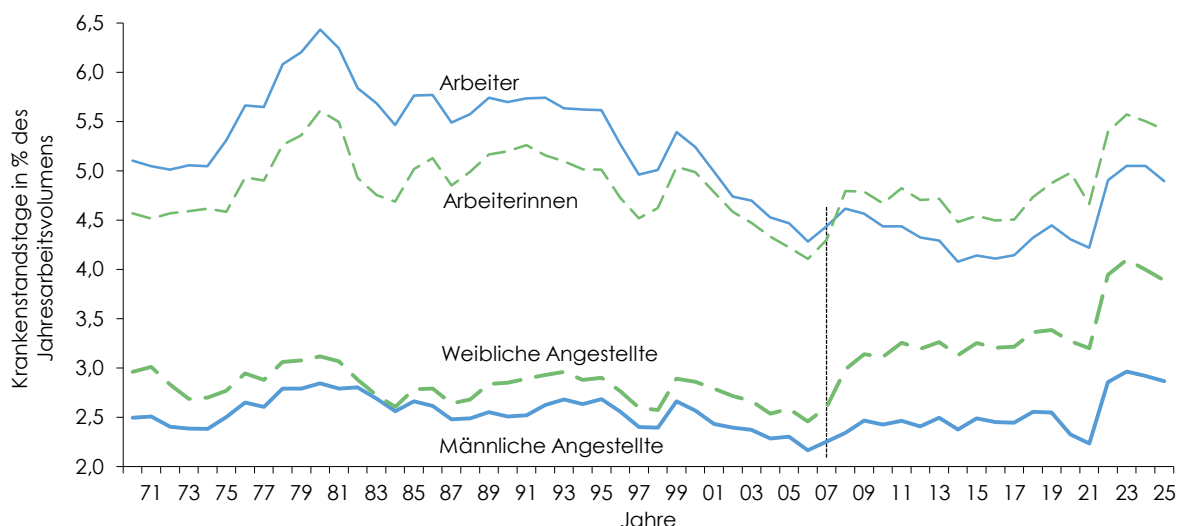
- Da sich sowohl die arbeitsbezogenen Belastungen als auch das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten in Abhängigkeit von Tätigkeit, Bildung, Beruf und Branche unterscheiden, lässt sich eine klare Abgrenzung zwischen Arbeitsbelastungen und lebensstilbezogenen Einflüssen aufgrund bestehender Interdependenzen und Selektionsprozesse nur begrenzt vornehmen. Auch fehlen statistische Informationen sowohl zur Struktur der Arbeitsplatzbelastungen wie auch zur Dauer, wie lang Beschäftigte diesen Belastungen ausgesetzt sind (Eurofound, 2026).
- 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. Hier unterscheiden sich allerdings auch die Handlungs- und Gestaltungsspielräume (Clinton & Conway, 2025).
- 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 (Miller et al., 2024; Reed et al., 2025).

Aus statistischer Sicht tragen in Österreich auch die Kurzkrankenstände, die bei den Arbeiter:innen vollständiger erfasst werden dürften 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).

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 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 (2025) verbrachten die Arbeiter:innen laut Statistik um 47% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten: Im Schnitt waren die Arbeiter:innen 18,4 Tage, die Angestellten 12,6 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 wirt-

schaftlichen und technologischen Rahmenbedingungen ausgingen und auch beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit sich zogen, besonders im produzierenden Sektor²²⁾ spürbar waren.

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



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

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 (10,6%) als zwischen weiblichen und männlichen Angestellten (35,6%)²³⁾. Im Jahr 2025 verteilte sich der Rückgang in der Krankenstandsquote um 2,7% sehr unterschiedlich: Den stärksten Rückgang vermerkten die Arbeiter mit 3,0%, aber auch die weiblichen Angestellten (-2,8%). Moderatere Rückgänge zeigten sich bei männlichen Angestellten (-1,8%) und Arbeiterinnen (-1,6%). Daraus ergaben sich Krankenstandsquoten für 2025 von 5,4% für Arbeiterinnen, 4,9% für Arbeiter, 3,9% für weibliche Angestellte und 2,9% für männliche Angestellte. Dieses unterschiedliche Muster ist Ausdruck der ungleichen Verteilung der Arbeiter und Arbeiterinnen bzw. der männlichen und weiblichen An-

²²⁾ 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.

²³⁾ Der insgesamt geringere Unterschied in der Krankenstandsquote der Frauen und Männer (9,9%, siehe Abschnitt 1.6.1) resultiert daraus, dass Frauen einen viel höheren Anteil an Angestellten (bei denen die Krankenstandsquote niedriger als im Durchschnitt aller Beschäftigten ist), Männer hingegen einen vergleichsweise hohen Arbeiteranteil (mit überdurchschnittlich hoher Quote) haben.

gestellten auf Branchen und Berufe und kann anhand der Krankenstandsquoten nach Wirtschaftsbereichen weiter verdeutlicht werden. Nach der Umstellung auf ÖNACE 2008²⁴⁾ im Jahr 2009 standen Krankenstandsquoten für diese neue Einteilung nach Wirtschaftsklassen zur Verfügung (Übersicht 1.3). Mit dem Jahr 2025 wurde auf ÖNACE 2025²⁵⁾ umgestellt, womit technologischen und wirtschaftlichen Entwicklungen Rechnung getragen und die internationale Vergleichbarkeit gesichert wird (Zeller et al., 2023).

Übersicht 1.3: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht
Österreich, 2025

Wirtschaftsklassen der ÖNACE 2025		Insgesamt	Männer In %	Frauen
A	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei	2,9	2,8	3,0
B	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden	4,1	4,2	2,9
C	Herstellung von Waren	4,2	4,1	4,4
D	Energieversorgung	3,6	3,5	3,8
E	Wasserversorgung und Abfallentsorgung	4,6	4,6	4,3
F	Bau	4,0	4,2	2,9
G	Handel	4,4	4,1	4,7
H	Verkehr und Lagerei	4,5	4,4	4,6
I	Beherbergung und Gastronomie	3,3	2,8	3,8
J	Verlagswesen und Rundfunk	2,2	2,0	2,4
K	Telekommunikation und Informationstechnologie	2,6	2,3	3,3
L	Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen	3,3	3,1	3,5
M	Grundstücks- und Wohnungswesen	3,7	3,7	3,7
N	Erbringung von wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen	2,5	2,4	2,6
O	Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen	5,1	5,1	5,2
P	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung	4,3	4,0	4,5
Q	Erziehung und Unterricht	3,1	2,5	3,5
R	Gesundheits- und Sozialwesen	4,6	4,1	4,8
S	Kunst, Sport und Erholung	3,3	3,3	3,4
T	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen	4,1	3,7	4,4
U	Private Haushalte sowie Eigenbedarf	3,7	3,0	3,9
Insgesamt		4,0	3,9	4,2

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – Die Branche "Exterritoriale Organisationen und Körperschaften" sowie die Krankenstände, die keiner Wirtschaftsklasse zugeordnet werden konnten, werden nicht angeführt. – Zu den Details der ÖNACE-2025-Wirtschaftsklassen siehe Übersicht A7 im Anhang C.

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

²⁴⁾ Diese 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.

²⁵⁾ Eine grundlegende Änderungen von ÖNACE 2025 ist die Trennung des bisherigen Abschnitts J "Information und Kommunikation" in zwei Abschnitte J "Verlagswesen, Rundfunk sowie Erstellung und Verarbeitung von Medieninhalten" und K "Telekommunikation, Softwareentwicklung, IT-Beratung und Erbringung sonstiger Dienstleistungen der Informationstechnologie und der Computerinfrastruktur" (Zeller et al., 2023), siehe auch Übersicht A7 im Anhang C.

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 Herstellung von Waren bzw. Handel decken beispielsweise 17,0% bzw. 14,6% der Versicherungsverhältnisse ab, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst sind. Weitere 11,1% 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 wichtigsten Ergebnisse zu den branchenspezifischen Krankenstandsquoten für 2025 können wie folgt zusammengefasst werden:

- 17,7% aller Krankenstandstage fielen im Bereich Herstellung von Waren an, der im Wesentlichen die Sachgüter erzeugenden Unternehmen zusammenfasst. Hier lag die Krankenstandsquote insgesamt bei 4,2%, sie betrug für Männer 4,1% und für Frauen 4,4%.
- Im Baugewerbe lag die Krankenstandsquote mit 4,0% nur knapp über dem Gesamtdurchschnitt. Dieser Wert wurde allerdings von der Krankenstandsquote der Männer geprägt (4,2%), der Wert bei den Frauen lag dagegen weit unter dem Durchschnitt (2,9%).
- Die höchsten Krankenstandsquoten wurden im Bereich der Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen²⁶⁾ verzeichnet (5,1%), der einen hohen Anteil an niedrig qualifizierten Berufen umfasste. Die zweithöchste Quote fand sich im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen (4,6%). Auch Verkehr und Lagerei sowie die Wasserwirtschaft lagen mit einer Krankenstandsquote von 4,5% bzw. 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 (4,7%) 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 (4,3%) verzeichnete 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 niedrigere Krankenstandsquote im Jahr 2025 (4,0%) im Vergleich zum Vorjahr (–2,7%) resultierte aus einer Stagnation oder einem Rückgang in fast allen Bereichen.

²⁶⁾ Im Abschnitt O der ÖNACE-2025 sind 2025 5,8% der Versicherten. Er umfasst Vermietung und Leasing; Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften; Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen; Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien; Gebäudebetreuung, Garten- und Landschaftsbau; Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen (siehe auch Übersicht A7 im Anhang C).

Die Auswertungen der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) von Badura et al. (2025) zeigen für Deutschland ein ähnliches Bild entlang der Wirtschaftsklassen. Banken und Versicherungen haben die geringsten Krankenstandsquoten, während das Gesundheits- und Sozialwesen, die öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung, die Energie- und Wasserwirtschaft sowie das verarbeitende Gewerbe die höchsten Fehlzeiten aufweisen. Ein Teil dieser Unterschiede kann durch die Arbeitsunfälle erklärt werden. Das Unfallgeschehen wirkt sich in den einzelnen Branchen mit unterschiedlicher Stärke auf die Fehlzeiten aus. Auswertungen auf Branchenebene für das Jahr 2005²⁷⁾ zeigen beispielsweise, dass im österreichischen Bauwesen rund 11% aller Krankenstandstage auf Unfälle am Arbeitsplatz zurückgingen (Leoni et al., 2008). 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%).

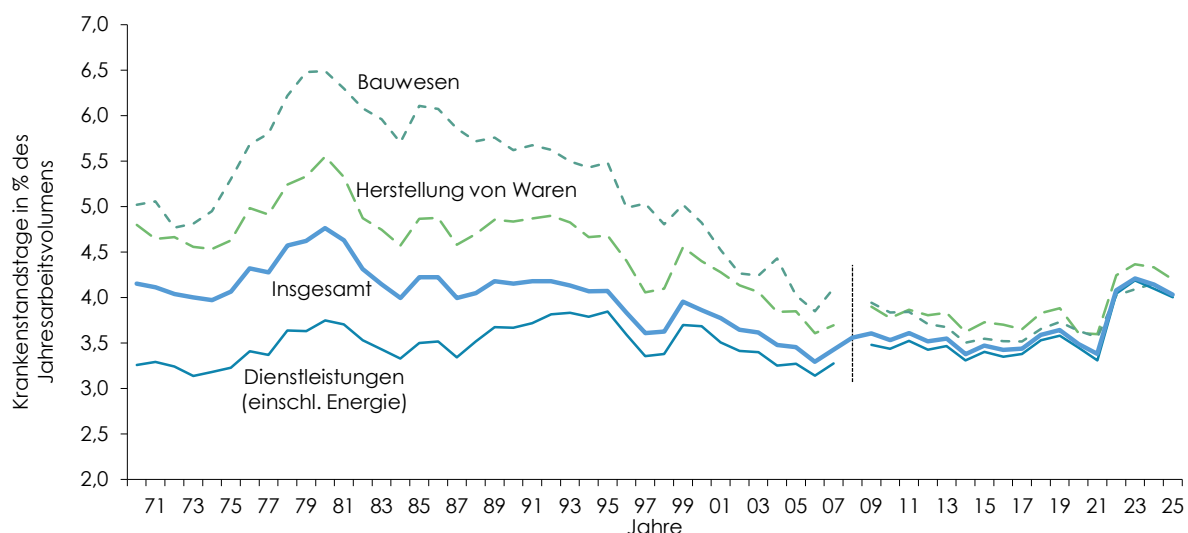
Unterschiede hinsichtlich der Fehlzeiten von Frauen und Männern innerhalb der gleichen Branche gehen zu einem großen Teil auf die Tatsache zurück, dass die geschlechtsspezifische Segmentierung am Arbeitsmarkt nicht nur nach Branchen, sondern auch nach Berufen verläuft. Zudem können Frauen und Männer 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 2025 lag die Krankenstandsquote der Männer um 46% höher als jene der Frauen, die im Bausektor vorwiegend in Angestelltenberufen tätig sind. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch im Bereich Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, der einen hohen Anteil von männlichen Arbeitskräften aufweist. In anderen Branchen wie Telekommunikation und Informationstechnologie, Erziehung und Unterricht sowie Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie weisen Frauen deutlich höhere Krankenstände als Männer auf. Für die Erklärung der geschlechtsspezifischen Unterschiede insgesamt bzw. nach sozialrechtlicher Stellung sind neben den Krankenstandsquoten der Frauen und Männer auch die Besetzungszahlen in den einzelnen Branchen entscheidend. Ein gutes Beispiel dafür ist das Gesundheits- und Sozialwesen, wo der geschlechtsspezifische Unterschied in der Krankenstandsquote in einer relativen Betrachtung weniger stark ausgeprägt ist als in anderen Branchen. Aufgrund der hohen Beschäftigtenzahl und des hohen Frauenanteils wirkt sich die überdurchschnittliche Quote in diesem Sektor viel stärker auf die Gesamt-Krankenstandsquote der Frauen als auf jene der Männer aus (17,0% aller Krankenstandstage der Frauen gingen auf das Gesundheits- und Sozialwesen zurück, bei den Männern waren es 4,3%).

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, 2008 und 2025 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

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

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. Die im Jahr 2025 erfolgte Umstellung auf ÖNACE 2025 ermöglicht weiterhin die Fortführung der dargestellten Gliederung.

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:n anfallen als in der Herstellung von Waren. 2025 lag die Krankenstandsquote in der Herstellung von Waren (4,2%) etwas über dem Durchschnitt (4,0%). Das Bauwesen (4,0%) und die Branchen im Dienstleistungsbereich lagen am Durchschnitt (4,0%).

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 (Bundeskanzleramt, 2025) veröffentlichten Statistik zum "Personal des Bundes" ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der Beamt:innen des Bundes (137.687 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten) bis zum Jahr 2024 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. Veränderungen bei den Pragmatisierungen wirken sich auf die Altersstruktur im Beamtenbereich aus, wo im Vergleich zu den unselbstständig Beschäftigten ein deutlich größerer Anteil in höheren Altersgruppen vertreten ist, die tendenziell längere Krankenstände aufweisen.

Aus den statistischen Auswertungen geht hervor, dass 2024 die Krankenstandsquote der Beamtinnen und Beamten 4,7% und jene der Vertragsbediensteten 2,8% betrug (Übersicht 1.4). Die Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (Beamtinnen, Beamte und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 3,6%. In diesen Quoten wurden jedoch die Kurzkrankenstände nicht berücksichtigt. Bei einer Einschätzung hinsichtlich der Höhe der Fehlzeiten der Bundesbeschäftigten ist es wichtig, eine passende Vergleichsbasis mit anderen 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% (2024). 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 2024 um 0,5 Prozentpunkte (das entspricht 13%) niedriger als jene im Bundesdienst war (3,1% gegenüber 3,6%, Übersicht 1.4).

Für den durchgeführten Vergleich zwischen Angestellten und Beamtinnen und Beamten spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass quantitativ signifikante Gruppen im Bundesdienst (z. B. die Beamtinnen und Beamten im Exekutivdienst) mit überdurchschnittlichen Belastungen am Arbeitsplatz konfrontiert sind. Die Betrachtung der Krankenstände nach Berufsgruppen zeigt eine sehr große Schwankungsbreite im Krankenstandsmuster auf. Die Beschäftigten im Exekutivdienst, die 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).

Übersicht 1.4: **Krankenstandskennzahlen der Bundesbediensteten**

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

		Auf 1.000 Beschäftigte entfallen	Durchschnittliche	Krankenstands-
		Krankenstands- fälle	Dauer eines Falles in Tagen	quote in %
		Krankenstands- tage		
Beamtinnen und Beamte	2017	1.031	15,1	4,3
	2018	1.153	14,2	4,5
	2019	1.116	14,6	4,5
	2020	1.053	15,1	4,3
	2021	983	15,5	4,2
	2022	1.415	13,0	5,0
	2023	1.305	13,5	4,8
	2024	1.544	11,1	4,7
Vertragsbedienstete des Bundes	2017	672	14,0	2,6
	2018	720	13,6	2,7
	2019	689	14,0	2,7
	2020	660	14,2	2,6
	2021	553	16,2	2,5
	2022	1.045	12,3	3,5
	2023	872	12,4	3,0
	2024	1.162	8,7	2,8
Beamtinnen, Beamte und Vertragsbedienstete des Bundes ¹⁾	2017	852	14,6	3,4
	2018	933	13,8	3,5
	2019	900	14,3	3,5
	2020	854	14,6	3,4
	2021	764	15,6	3,3
	2022	1.225	12,6	4,2
	2023	1.077	12,9	3,8
	2024	1.018	12,9	3,6
ASVG-versicherte Arbeiter:innen und Angestellte ²⁾	2017	761	15,1	3,1
	2018	813	14,7	3,3
	2019	796	15,2	3,3
	2020	695	17,2	3,3
	2021	658	17,1	3,1
	2022	929	14,6	3,7
	2023	980	14,3	3,8
	2024	936	14,6	3,7
ASVG-versicherte Angestellte ²⁾	2017	664	14,3	2,6
	2018	710	14,0	2,7
	2019	690	14,4	2,7
	2020	592	16,4	2,7
	2021	543	16,9	2,5
	2022	818	14,0	3,1
	2023	886	13,4	3,2
	2024	839	13,7	3,1

Q: (Bundeskanzleramt, 2025). - ¹⁾ Einschließlich Ausbildungsverhältnisse (Lehrlinge, Praktikant:innen). - ²⁾ WIFO-Berechnungen.

Ein weiterer Faktor, der beim Vergleich berücksichtigt werden müsste, betrifft die Inanspruchnahme von Kuraufenthalten. Da Kuren einen positiven Beitrag zur Gesundheit und somit zur langfristigen Erwerbsfähigkeit leisten, wäre es sinnvoll, sie von den restlichen krankheitsbeding-

ten 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 Fehlzeitemauswertungen 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 nicht nur durch individuelle Merkmale wie das Alter, sondern auch durch institutionelle Rahmenbedingungen und die spezifischen Bedingungen am Arbeitsplatz beeinflusst. Für den öffentlichen Dienst wird in der Literatur zwar ein Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzsicherheit und höheren Fehlzeiten gezeigt; dieser Effekt ist statistisch zwar nachweisbar, erklärt die Krankenstandsniveaus im öffentlichen Sektor aber nicht alleine.

Badura et al. (2006) weisen auf die Tatsache hin, dass die öffentlichen Verwaltungsinstitutionen ihrer Verpflichtung zur Beschäftigung Behinderter stärker nachkommen als andere Branchen. Auch in Österreich kommt der Bund als Arbeitgeber seiner Beschäftigungspflicht von behinderten Personen in höherem Maße nach 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

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.

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.

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: 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 Kurzkrankenständen ein kennzeichnendes Merkmal des öffentlichen Dienstes ist oder ob der Unterschied zwischen dem ASVG-Bereich und dem öffentlichen Sektor lediglich auf die vollständigere Erfassung dieser Form von Fehlzeiten im öffentlichen Bereich zurückzuführen ist. Man kann vermuten, dass beide Effekte eine Rolle spielen. Nachweislich sind die Kurzkrankenstände im ASVG-Bereich deutlich untererfasst. Andererseits dürfte der vielerorts dokumentierte, positive Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Fehlzeiten vor allem bei kürzeren Fehlzeiten zum Tragen kommen.

1.7 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung

Obwohl nicht alle 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 90,0% (2024)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 2025 zeigen, dass die von der Gesundheitskasse erfassten Krankenstandstage mit durchschnittlich 14,8 Tagen je Erwerbstätige bzw. Erwerbstätigen nur marginal über dem Wert aller Krankenstandstage (14,7) liegen. In Niederösterreich (17,0), der Steiermark (15,6) und Oberösterreich (15,0) wurden überdurchschnittliche Krankenstände in diesem Jahr verzeichnet (Abbildung 1.21). Wien lag mit 14,8 Tagen am Durchschnitt. Die Versicherten in Burgenland (14,4), Vorarlberg (13,8), Kärnten (13,7) und Tirol (12,9) 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 12,4 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 3,4% um 17,0% unter dem österreichischen (4,1%) und um gut ein Viertel unter dem niederösterreichischen (4,6%) Wert.

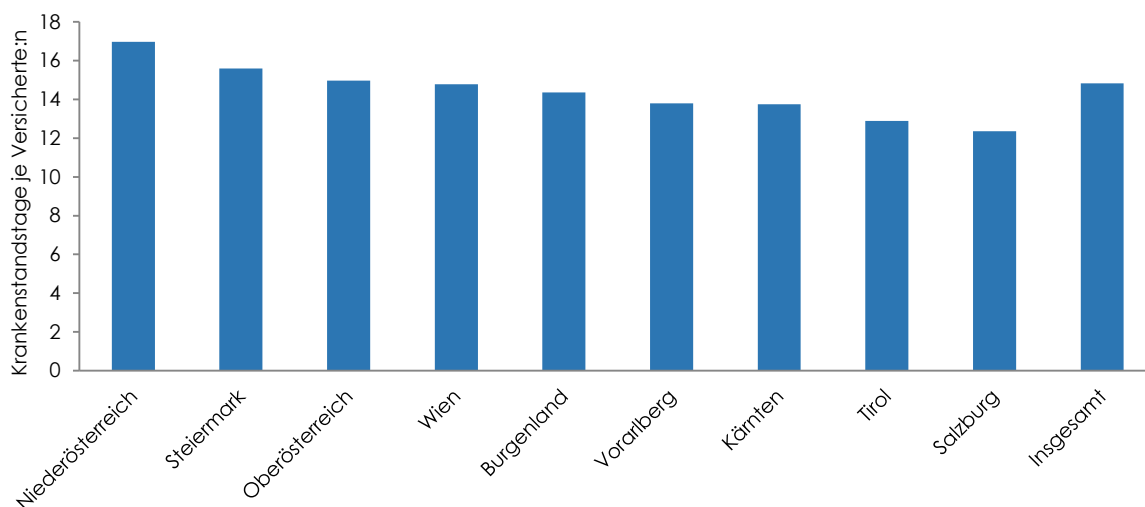
³⁰⁾ Da es sich bei den Kurzkrankenständen um Krankenstände von ein bis drei Tagen handelt, wird angenommen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeitstag und Kalendertag hier unberücksichtigt bleiben kann.

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.

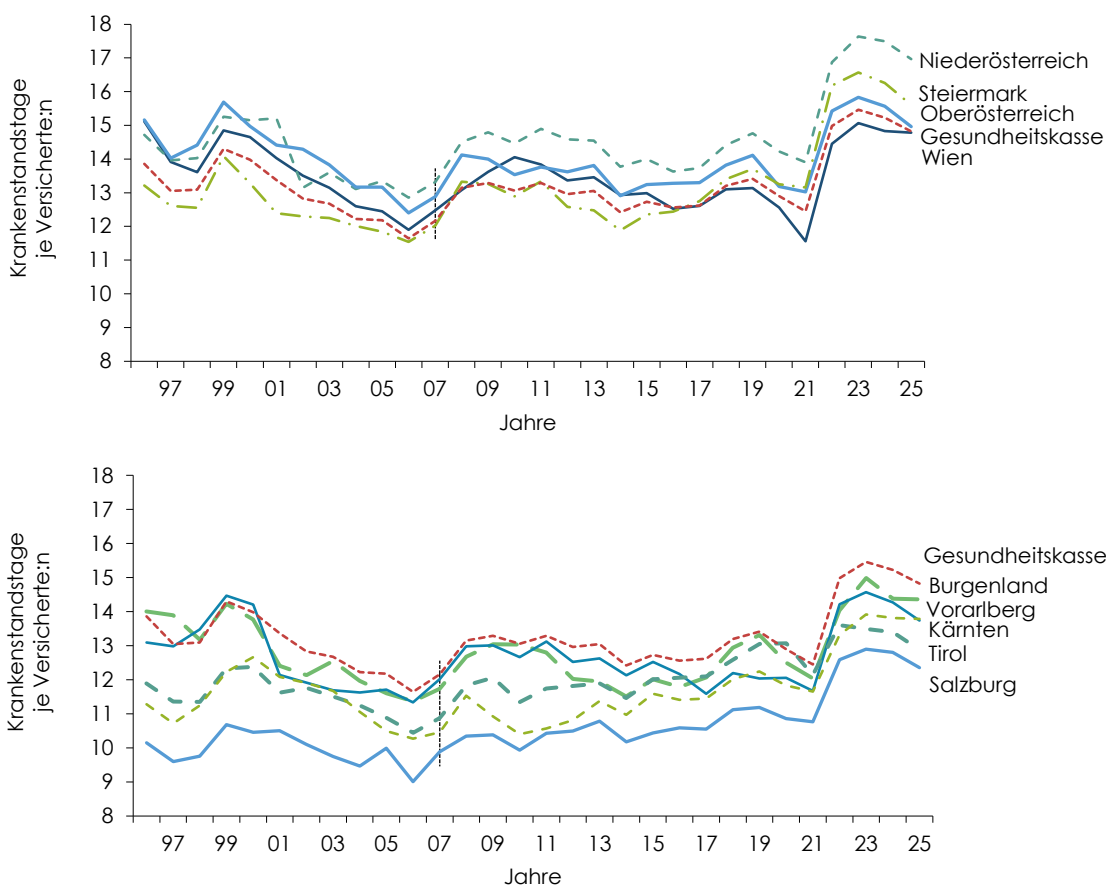
Abbildung 1.21: **Krankenstände nach Bundesländern**

Gesundheitskasse, 2025



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 (1996/2025) 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, Steiermark und Oberösterreich verzeichneten deutlich überdurchschnittliche Werte. Wien lag bis Mitte der 2010er-Jahre über dem Durchschnitt und verlief in den letzten Jahren am oder unter dem Durchschnitt. Burgenland, Vorarlberg, Kärnten und Tirol lagen 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

2025

	Arbeiter:innen, Angestellte			Arbeiterinnen und Arbeiter			Angestellte		
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
Österreichische Gesundheitskasse	In %								
Insgesamt	4,1	3,9	4,3	5,0	4,9	5,3	3,5	2,9	3,9
Wien	4,0	3,6	4,5	5,3	4,9	6,0	3,6	2,9	4,2
Niederösterreich	4,6	4,5	4,9	5,6	5,4	6,3	3,9	3,3	4,4
Burgenland	3,9	3,7	4,2	4,1	4,0	4,3	3,8	3,1	4,1
Oberösterreich	4,1	4,0	4,2	5,1	5,0	5,3	3,4	2,9	3,8
Steiermark	4,3	4,1	4,5	5,2	5,1	5,4	3,6	2,9	4,2
Kärnten	3,8	3,6	3,9	4,4	4,3	4,5	3,3	2,7	3,7
Salzburg	3,4	3,3	3,5	4,1	4,1	4,2	2,9	2,5	3,2
Tirol	3,5	3,5	3,6	4,2	4,2	4,2	3,0	2,5	3,3
Vorarlberg	3,8	3,7	3,8	4,9	4,8	5,3	3,1	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 wies für alle Beschäftigtengruppen und demnach für gesamt (4,6%) die höchsten krankheitsbedingten Fehlzeiten aus. Die Steiermark lag mit einer gesamten Krankenstandquote von 4,3% an zweiter Stelle, alle Quoten der Beschäftigtengruppen lagen über der jeweils durchschnittlichen Krankenstandsquote,

mit Ausnahme der männlichen Angestellten, die mit 2,9% am Durchschnitt lagen. In Oberösterreich verzeichneten im Wesentlichen nur die Arbeiterinnen (5,3%) und Arbeiter (5,0%) hohe Krankenstandsquoten, die angestellten Männer lagen mit ihren Krankenständen am, die angestellten Frauen unter dem 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 4,2% über dem bundesweiten Durchschnitt. Die Quoten der Männer lagen 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 4,5% leicht unter dem Durchschnitt aller Bundesländer lag. Die niedrige Krankenstandsquote in Salzburg (3,4%) ergab sich aus sehr niedrigen Werten aller Teilgruppen.

Übersicht 1.6: Normierung der Krankenstandsquote

Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2025

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

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 2025. 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 5,1% 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 5,1% führt. Nach wie vor liegen Niederösterreich und die Steiermark, 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 (3,4%). Insgesamt bestätigen die Berechnungen somit, dass sich die Wirtschaftsstruktur günstig (wie im Falle Wiens) oder ungünstig (wie beispielsweise im Burgenland 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 Zusammenhang mit den Krankenständen aufweist. Die Unterschiede zwischen den Landesstellen der Österreichischen Gesundheitskasse ergeben sich somit aus dem Zusammenspiel einer

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

³⁴) So waren beispielsweise Arbeiter:innen in der Metallerzeugung und -bearbeitung (Wirtschaftsklasse ÖNACE 27) durchschnittlich 20,3 Tage, im Maschinenbau (28) 16,7 Tage und im Einzelhandel (52) nur 14,3 Tage krankgeschrieben (Daten aus der *Krankenstandsstatistik* für das Jahr 2007).

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 Jahre 1994 und 2000 bis 2011 vom WIFO ebenfalls nach den neuen Krankheitsgruppen zugeordnet.

Die im Jahr 2020 eingeführten Schlüsselnummern im Rahmen der Entwicklungen durch COVID-19 sind auch 2025 unverändert. 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 "Multi-systemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet") (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019, 2021). In der ersten Pandemiephase gab es allerdings Absonderungen von krankheits- oder ansteckungsverdächtigen Personen gemäß Epidemiegesetz 1950 (EpiG), die keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung bei der Krankenkasse darstellte. 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 vier Fünftel (80,4%) aller Krankenstandsfälle und zwei Drittel (67,6%) der Krankenstandstage. Reiht man die Krankheitsgruppen nach der Zahl der verursachten Krankenstandstage sind die fünf dominierenden Gruppen für 75,3% aller gemeldeten Krankenstandstage und drei Viertel (76,5%) 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 ab 2020 an Bedeutung und erreichte im Jahr 2022 den bisher höchsten Anteil (Krankenstandstage: 7,9%, Krankenstandsfälle: 9,4%). 2025 gingen die Anteile auf 1,6% (Fälle) bzw. 1,8% (Tage) zurück, sie lagen aber noch etwas über den Werten vor Beginn der COVID-19-Pandemie (Fälle: 0,5%, Tage: 0,7%).

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

³⁶) "Symptome und abnorme klinische Laborbefunde" gehören zu den fünf häufigsten Krankheitsgruppen, ihr Anteil an den Krankenstandstagen ist allerdings vergleichsweise gering. "Psychische und Verhaltensstörungen" sind bei den Krankenstandsfällen nur an siebter Stelle, gemessen an der Anzahl von Krankenstandstagen jedoch an vierter Stelle.

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 54,6% der Krankenstandsfälle und 43,3% der Fehlzeiten. Verletzungen und Vergiftungen³⁷⁾ sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten; 14,5% der Krankenstandstage gingen auf diese Formen von Krankheit zurück. Weitere besonders häufige bzw. viele Krankenstandstage verursachende Diagnosegruppen sind psychische und Verhaltensstörungen sowie bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten.

Übersicht 1.7: Krankheitsgruppenstatistik

Österreich, 2025

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle	Krankenstandstage	Dauer der Fälle
	Anteile in %		Ø Anzahl Tage
Krankheiten des Atmungssystems	43,3	24,3	5,1
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	11,3	19,1	15,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	6,3	14,5	21,0
Psychische und Verhaltensstörungen	2,9	11,8	36,7
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten*	12,7	5,6	4,0
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind*	6,8	4,1	5,5
Neubildungen*	0,8	3,8	41,7
Krankheiten des Verdauungssystems	4,2	3,5	7,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,4	3,2	21,6
Krankheiten des Nervensystems*	2,4	2,1	7,8
Krankheiten des Urogenitalsystems*	2,1	2,0	8,5
Übrige Ursachen	1,6	1,8	10,6
Krankheiten der Haut und der Unterhaut*	0,8	0,9	10,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*	0,8	0,9	10,1
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde*	1,0	0,8	7,6
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes*	0,8	0,6	7,2
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*	0,3	0,6	17,8
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien*	0,1	0,1	21,1
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems*	0,1	0,1	15,5
Diagnose nicht feststellbar*	0,3	0,1	1,7
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben*	0,0	0,0	11,8

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

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).

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 9,1 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Unter den stärker verbreiteten Krankheitsgruppen fielen infektiöse und parasitäre Krankheiten (4,0 Tage) und Krankheiten des Atmungssystems (5,1 Tage) besonders kurz aus. Von den häufigeren Krankheitstypen lagen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (15,4 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (21,0 Tage) und vor allem die psychischen und Verhaltensstörungen (36,7 Tage) über dem Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß verursachten schwere Erkrankungen (z. B. Neubildungen) ebenfalls lange Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle lag bei 41,7 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 2025 lagen die durchschnittlichen Dauern in den meisten Krankheitsgruppen unter jenen von 2019. Psychische und Verhaltensstörungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten des Kreislaufsystems wiesen um rund 5% höhere bzw. gut einen Tag längere durchschnittliche Dauern aus.

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 waren auf Verletzungen und Vergiftungen zurückgehende Krankenstandsfälle um 56% und Fehlzeiten um 60% bei Männern häufiger als bei Frauen⁴⁰⁾. Konzentriert man sich weiterhin auf die häufigsten Ursachen für Fehlzeiten ergeben sich weitere Differenzen zwischen Männern und Frauen: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes waren bei Männern um gut ein Fünftel häufiger als bei Frauen. Allerdings dauerten die Krankheitsepisoden dieser Diagnosegruppe bei Frauen im Schnitt 2 Tage länger, wodurch die Anzahl von Fehltagen, die auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen war, bei Männern pro Kopf etwa gleich hoch war

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; 2024 wurden 34,3% der Sterbefälle (30.400 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (Statistik Austria, 2025).

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

wie bei Frauen. Ein weiterer ausgeprägter geschlechtsspezifischer Unterschied betrifft die Krankheiten des Kreislaufsystems (die u. a. koronare Herzkrankheiten und Herzinfarkte umfassen): Männer waren um 6% häufiger als Frauen betroffen, die Anzahl an Krankenstandstagen war jedoch um 68% höher. Psychische und Verhaltensstörungen treten bei Frauen deutlich häufiger auf: Während es im Jahr 2025 auf 100 Männer im Schnitt 3,4 Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich 6 Fälle. Als Folge war 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; auch bei den weit verbreiteten Erkrankungen wie die des Atmungssystems sind die Unterschiede zwischen den Krankenstandstagen von Männern und Frauen geringer.

Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht keine gesonderte Auswertung der Krankenstandsdiagnosen nach Altersgruppen. Eine solche Auswertung konnte aber anhand von oberösterreichischen Krankenstandsdaten durchgeführt werden (siehe auch Kapitel 2 im Fehlzeitenreport 2017, Leoni & Schwinger, 2017). Erwartungsgemäß zeigen sich je nach Altersgruppe bei den Ursachen für die Fehlzeiten unterschiedliche Muster. Verletzungen spielen bei jungen Arbeitskräften eine besonders wichtige Rolle, fast 25% aller Krankenstandstage dieser Gruppe gingen 2014 auf Unfälle zurück. Die relative Bedeutung von Verletzungen nimmt mit steigendem Alter konstant ab, bei älteren Arbeitskräften gingen nur noch 15% der Fehlzeiten auf Unfälle zurück. Auch infektiöse und parasitäre Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane sind für junge Beschäftigte von größerer Bedeutung als für ältere Arbeitskräfte. Umgekehrt nimmt das Gewicht von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes mit steigendem Alter stark zu: 2014 wurde in Oberösterreich etwa ein Zehntel der Krankenstandstage junger Arbeitskräfte durch diese Diagnosegruppe verursacht, in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen war es rund ein Drittel aller Tage.

Abbildung 1.23 gibt einen Einblick in die Entwicklung der Fehlzeiten nach Krankheitsgruppen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Statistik im Zeitverlauf auch von Veränderungen der Diagnoseerfassung durch die Ärztinnen und Ärzte, besonders wenn neue Krankheiten (z. B. COVID-19-Erkrankungen) dazukommen, beeinflusst wird.

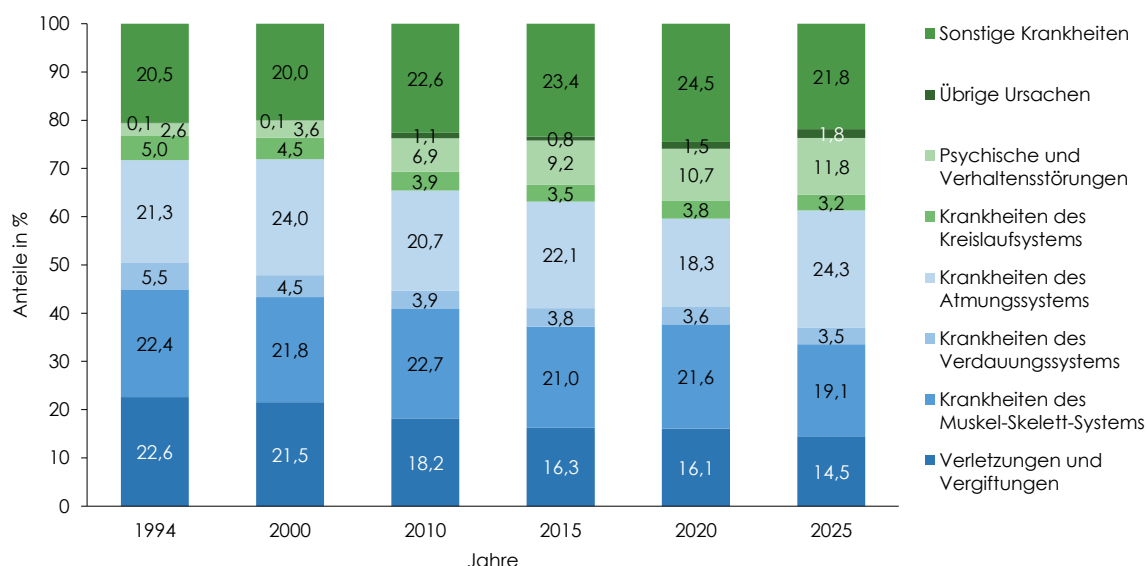
Verletzungen und Vergiftungen sind als Krankenstandsursache in einer längerfristigen Betrachtung rückläufig. 1994 fielen im Schnitt pro beschäftigte Person 3,4 Krankenstandstage in dieser Diagnosegruppe an, im Jahr 2025 waren es nur noch 2,1 Tage. Damit reduzierte sich der Anteil der Verletzungen und Vergiftungen von gut einem Fünftel auf ein Siebtel aller krankheitsbedingten Fehlzeiten. Diese Entwicklungen trugen wegen der großen Bedeutung dieser Diagnosegruppe und der überdurchschnittlichen Dauer der damit einhergehenden Krankheitsepisoden zur Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer bei.

Die Krankenstandstage der Muskel-Skelett-Erkrankungen (19,1%), der Krankheiten des Verdauungs- und Kreislaufsystems verzeichneten im hier untersuchten Zeitraum anteilmäßig leichte Rückgänge, wobei die beiden letztgenannten einen sehr geringen Anteil am Krankenstandsvolumen haben (3,5% bzw. 3,2%).

Der Anteil der Krankheiten des Atmungssystems schwankt im Vergleich der letzten 30 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 2025 auf 24,3% zu beobachten. Die durchschnittliche Anzahl an Krankheitstagen pro Kopf dieser Diagnosegruppe schwankte ebenfalls (2000: 3,5 Tage, 2021: 1,9 Tage, 2025: 3,6 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, das Jahr 2022 mit stark ansteigenden Tagen eine Besonderheit dar. Die durch die COVID-19-Maßnahmen (wie etwa Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht, räumliche Distanzierung, Empfehlungen zu Homeoffice, arbeitsmarktpolitische Maßnahme der Kurzarbeit) gesunkene Zahl der Atemwegserkrankungen im Jahr 2020 und 2021 erhöhte sich nach Beendigung dieser Maßnahmen 2022 stark und war auch 2025 hoch.

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.

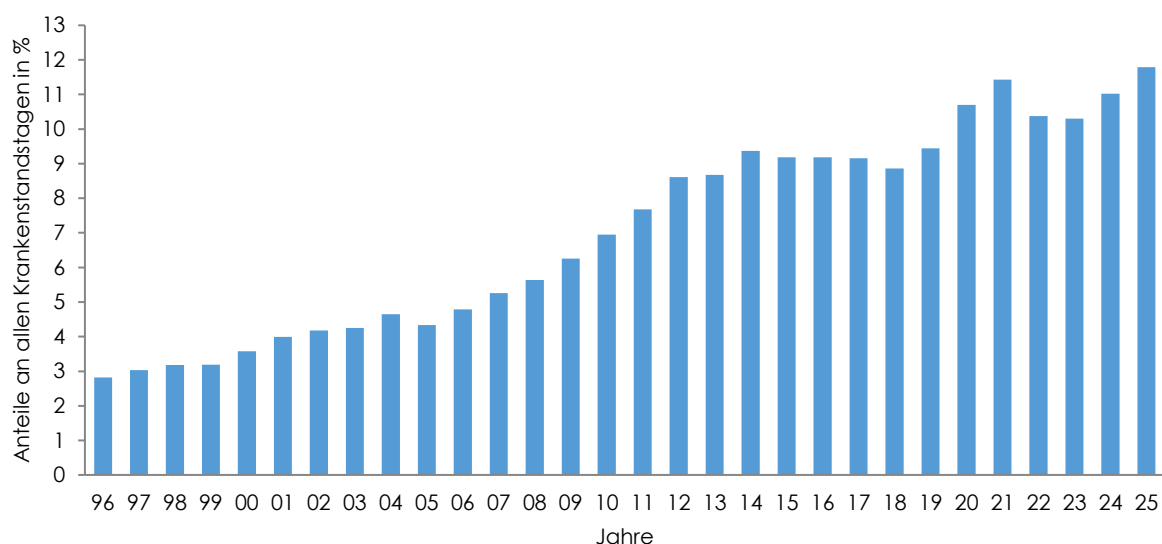
Die Gruppe "Übrige Ursachen", die die COVID-19-Erkrankungen umfasst, gewann im Jahr 2020 mit Beginn der Pandemie an Bedeutung. Vor Beginn der Pandemie verursachte diese Gruppe weniger als 1% der Krankenstandstage, 2022 waren es 7,9%, 2023 6,4% und 2025 sank dieser Anteil auf 1,8%.

Bei den psychischen und Verhaltensstörungen ist in einer längerfristigen Sicht ein klarer Aufwärtstrend 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 4,1%. Entsprechend mit dieser Entwicklung erhöhten sich auch die Fehlzeiten durch psychische und Verhaltensstörungen (Abbildung 1.24): Machten diese Mitte der 1990er-Jahren rund 3% aller Fehlzeiten aus, waren es 2025 11,8%.

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

Österreich



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

Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Problemen für das gesundheitliche Wohlbefinden der Erwerbsbevölkerung lässt sich jedoch nur schwer aus diesen Zahlen ablesen. Einerseits sind im Zeitverlauf das Bewusstsein und das medizinische Wissen rund um psychische Störungen gewachsen, was auch das ärztliche Diagnose- und Verschreibungsverhalten verändert haben dürfte (Jacobi, 2009). Andererseits werden vermutlich nach wie vor zahlreiche Krankenstände, die mitunter auch eine psychische Ursache haben, aufgrund ihrer Symptomatik bei der Diagnoseerfassung anderen Krankheitsgruppen zugeschrieben. So können beispielsweise Allergien, Magenschmerzen, Kreislaufprobleme usw. eine Folge von Stress und psychischen Belastungen sein, ohne dass die daraus resultierenden Krankenstände Problemen der Psyche zugeschrieben werden. Zudem kommen die Folgen von psychischen Problemen mit besonderer Stärke im

langfristigen Horizont zum Tragen. So sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache von Neuzugängen in die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension (Daten für 2024)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 von über 40 epidemiologischen Untersuchungen zu dem Schluss, dass die Hypothese einer Zunahme psychischer Störungen nicht von den Daten gestützt wird. Zwei neuere Versionen dieser Untersuchung, die auch die Erkenntnisse aus weiteren Studien berücksichtigen, bestätigen dieses Ergebnis (Richter & Berger, 2013) bzw. finden für die vergangenen Jahrzehnte nur einen geringen Anstieg in der Prävalenz psychischer Erkrankungen, der vorwiegend durch demographische Verschiebungen erklärt werden kann (Richter et al., 2019).

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

In der jüngeren Vergangenheit sind neue Belastungsfaktoren im Rahmen der COVID-19-Maßnahmen hinzugekommen. Potenzielle Stressfaktoren sind hier sowohl der gestiegene Arbeitsdruck in den systemrelevanten Bereichen (Bock-Schappelwein et al., 2021), aber auch der Arbeitsplatzverlust bzw. die Angst davor. Die Wechselwirkung zwischen (subjektive wahrgenommenen) prekären Einkommens- und Lebenslagen (Hense, 2018) könnte sich im Jahr 2020

⁴¹⁾ Dachverband der Sozialversicherungsträger. *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2025*. 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).

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, 2021, 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 DVSV alle Krankheitsfälle und -tage aus, die zum Zeitpunkt der Ersterfassung (also typischerweise im Krankenhaus) als Arbeitsunfälle festgehalten wurden. Die Anerkennung der Unfälle als Versicherungsfälle erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, nur ein Teil der ursprünglich als Arbeitsunfälle definierten Ereignisse wird effektiv auch als Arbeitsunfall anerkannt. Hierfür spielt das Prinzip der doppelten Kausalität eine wesentliche Rolle. Der Unfall muss sich sowohl am Arbeitsplatz ereignet haben als auch durch die Arbeitstätigkeit verursacht worden sein. Zudem können sich aus einem anerkannten Arbeitsunfall mehrfache Krankheitsfälle ergeben, beispielsweise wenn die betroffene Person für die medizinische Behandlung mehrmals vom Arbeitsplatz fernbleiben muss. Aus diesen Gründen lag die Zahl der anerkannten Arbeitsunfälle, die für die Beschreibung des Unfallgeschehens in der Wirtschaft relevant ist, niedriger als der in der Statistik nach Krankheitsgruppen erfasste Wert.

Die vorliegende Zusammenstellung bezieht sich deshalb ausschließlich auf die Arbeitsunfälle, ohne auf die damit zusammenhängenden Fehlzeiten eingehen zu können. Die hier angeführten Daten zum Unfallgeschehen in der österreichischen Wirtschaft wurden von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zur Verfügung gestellt. Die AUVA ist der größte, aber nicht der einzige Unfallversicherungsträger in Österreich. Die Sozialversicherung der Selbständigen und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau sind ebenfalls für die Unfallversicherung zuständig. Die Daten der AUVA eignen sich aber sehr gut für die Beschreibung des Unfallgeschehens unselbstständig Beschäftigter. Von allen unselbstständig Beschäftigten des Jahres 2025 waren 3,2 Mio. bei der AUVA versichert, das entspricht einer Quote von rund 85% aller unfallversicherten unselbstständig Beschäftigten. Die von der AUVA im Jahr 2024 erfassten Arbeitsunfälle (72.200) und Wegunfälle (10.876) machten rund 80% der jeweiligen anerkannten Unfälle aller Unfallversicherungsträger einschließlich Selbständige, sonstige geschützte Personen bzw. rund 85% der jeweiligen anerkannten Unfälle der Unselbstständigen aller Unfallversicherungsträger aus⁴³).

⁴³) Anteile wurden für das Vorjahr berechnet (Dachverband der Sozialversicherungsträger. *Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen*. Abschnitt "Arbeitsunfälle", März 2026).

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

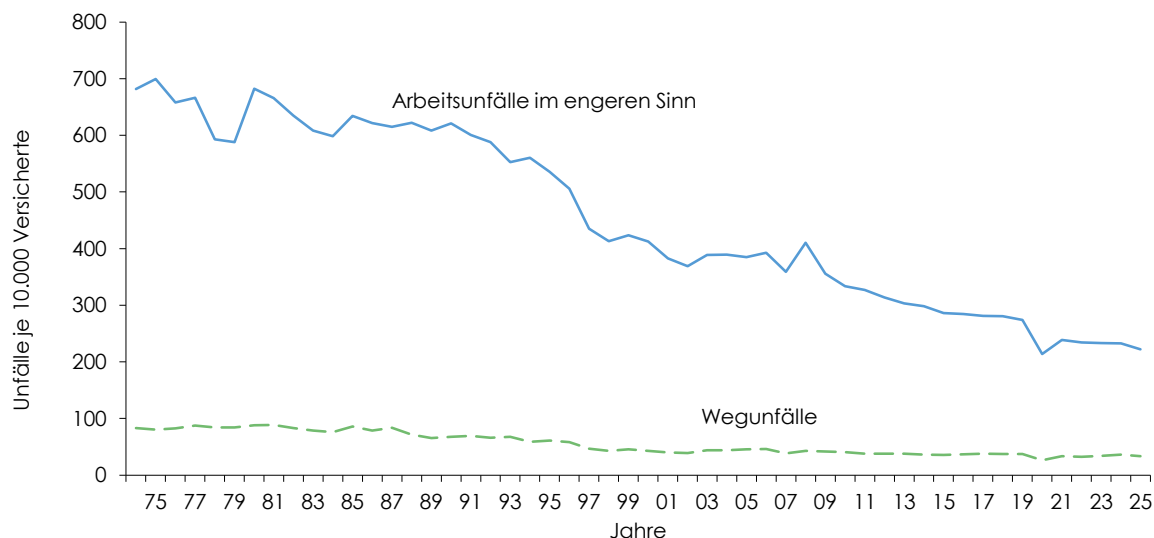
1.9.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle

Im Jahr 1974 gab es in Österreich je 10.000 Versicherte 765 Unfälle, dieser Wert reduzierte sich bis 1995 auf etwa 600 Unfälle (Abbildung 1.25). In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre kam es zu einem weiteren, deutlichen Rückgang der Unfälle, sodass im Jahr 2000 statistisch gesehen auf 10.000 Versicherte 455 Unfälle entfielen. Zwischen 2000 und 2008 unterlag die Unfallquote in ihrer Entwicklung einigen Schwankungen, ohne dass sich dabei ein klarer Trend herausbildete. Seit 2008 gingen die Unfälle weiter zurück, sodass 2025 die Unfallquote mit 256 Unfällen auf 10.000 Versicherte im Vergleich zu 1974 ein um 67% niedrigeres Niveau aufwies. Anders gesagt waren im ersten Jahr des erfassten Zeitraums statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2025 waren es 2,6%. 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 2025 2,2%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2025 um 67% 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 33 Unfälle je 10.000 Versicherte (0,3%) im Jahr 2025, was einer Verringerung um 60% entspricht. Diese Entwicklungen setzten damit den langfristigen, rückläufigen Trend fort.

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 tödlichen Unfälle verzeichneten in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre einen sehr starken Rückgang, von 304 im Jahr 1995 auf 220 im Jahr 2000. In den jüngsten Jahren hat sich dieser positive Trend, wenn auch nicht gleichmäßig, fortgesetzt. 2025 wurden 95 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz in der AUVA-Statistik verzeichnet, was einem der niedrigsten Werte seit 1975 entsprach.

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.

Abbildung 1.25: Unfallquoten der unselbstständig Beschäftigten



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

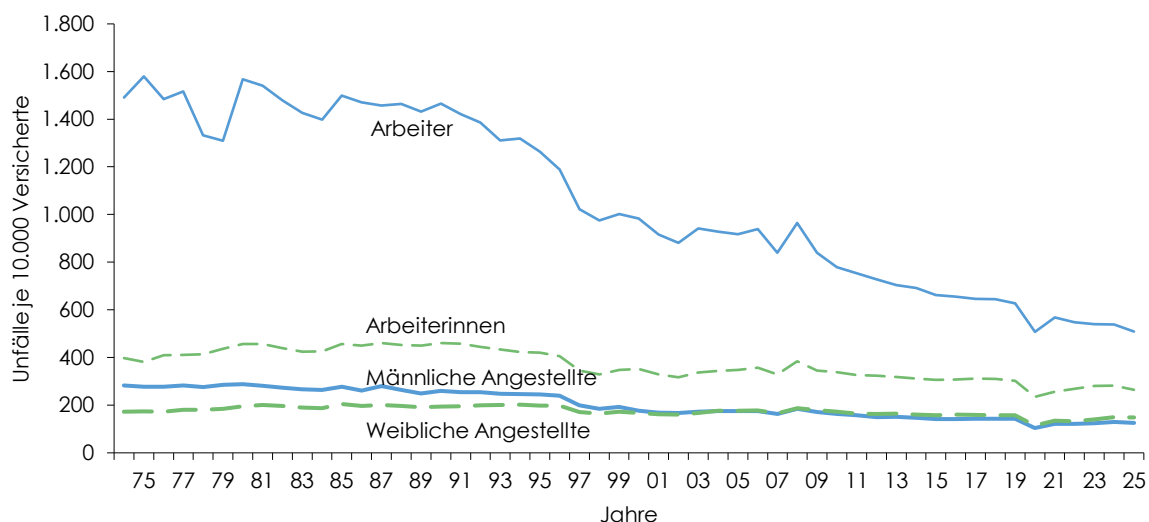
Die Entwicklung im Arbeitsunfallgeschehen kann auf das Zusammenspiel mehrerer unterschiedlicher Faktoren zurückgeführt werden. Einerseits lässt sich der Unfallrückgang durch den strukturellen Wandel in der Wirtschaft, der den Anteil an Arbeitsplätzen mit hohem Unfallrisiko reduziert hat, erklären. Wie in der Folge noch gezeigt wird, geht ein Großteil der Entwicklung auf einen starken Rückgang der Unfälle bei den männlichen Arbeitern zurück. Nicht nur der allgemein beobachtbare Trend in Richtung einer Tertiärisierung der Wirtschaft hat zu einer Verminderung des durchschnittlichen Unfallrisikos der Erwerbsbevölkerung beigetragen. Auch innerhalb des Sachgüter erzeugenden Bereichs haben sich aufgrund des Strukturwandels große Veränderungen in den Tätigkeitsbereichen ergeben. Die allgemeine Berufsstruktur verschob sich kontinuierlich in Richtung Angestelltenberufe mit höheren Qualifikationsanforderungen und hohem Technologieeinsatz, während arbeitsintensive und somit gefährlichere Produktionsprozesse in Drittländer verlagert wurden. Die Arbeitsplatzbedingungen wurden durch die Veränderung der Arbeitsabläufe und vor allem durch technologische Neuerungen in vielerlei Hinsicht gebessert, wodurch in weiterer Folge die Unfallbelastung von bestehenden Arbeitsplätzen verringert werden konnte.

Die Reduktion der Arbeitsunfälle wurde überdies durch gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz gefördert. Das Inkrafttreten des 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 2,1-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 2025 für Männer 3,2%, 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 2025 eine Unfallrate, die die Hälfte bzw. ein Viertel 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.

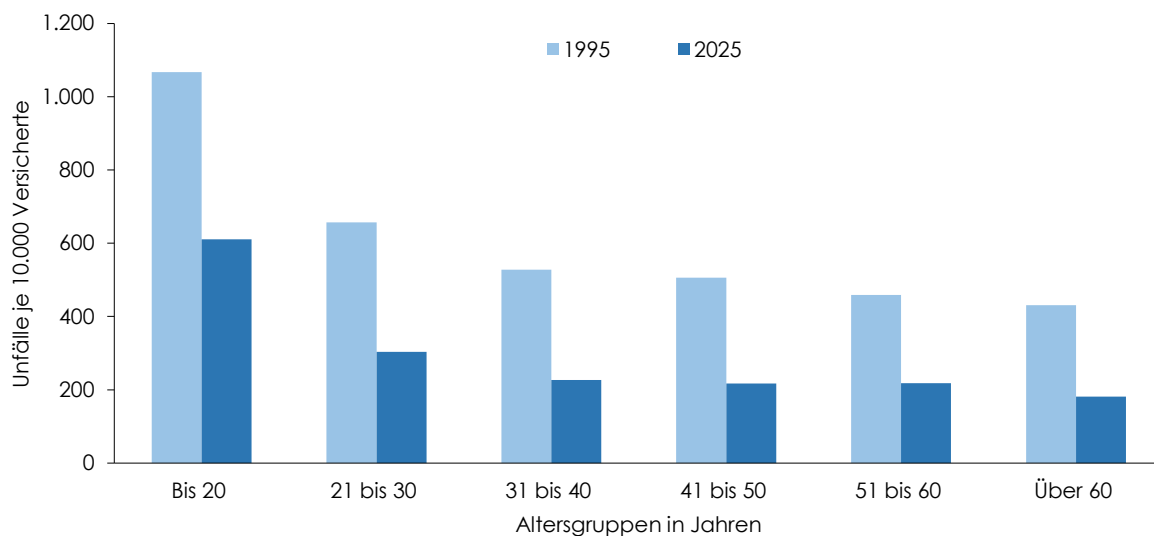
Aus der langfristigen Entwicklung des Unfallgeschehens in der österreichischen Arbeitswelt lassen sich vor allem zwei Trends ablesen. Besonders hervorstechend ist der überproportional starke Rückgang von Unfällen bei männlichen Arbeitern. Durch diese Entwicklung hat sich hinsichtlich der Unfallrate der Abstand zwischen Arbeiter:innen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte stark verringert. Im Zeitraum 1974 bis 2025 ging die Unfallrate der Arbeiter:innen von 1.119 auf 440 (–61%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 138 (–39%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen Angestellten von 282 auf 126 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückging, registrierten Frauen in Angestelltenberufen 2025

nur einen geringen Rückgang im Vergleich zum Anfang der Beobachtungsperiode (148 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 gut zwei Drittel (–71%), 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 2025 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 unselbstständig Beschäftigten nach Altersgruppen**

Anerkannte Arbeitsunfälle mit Wegunfällen



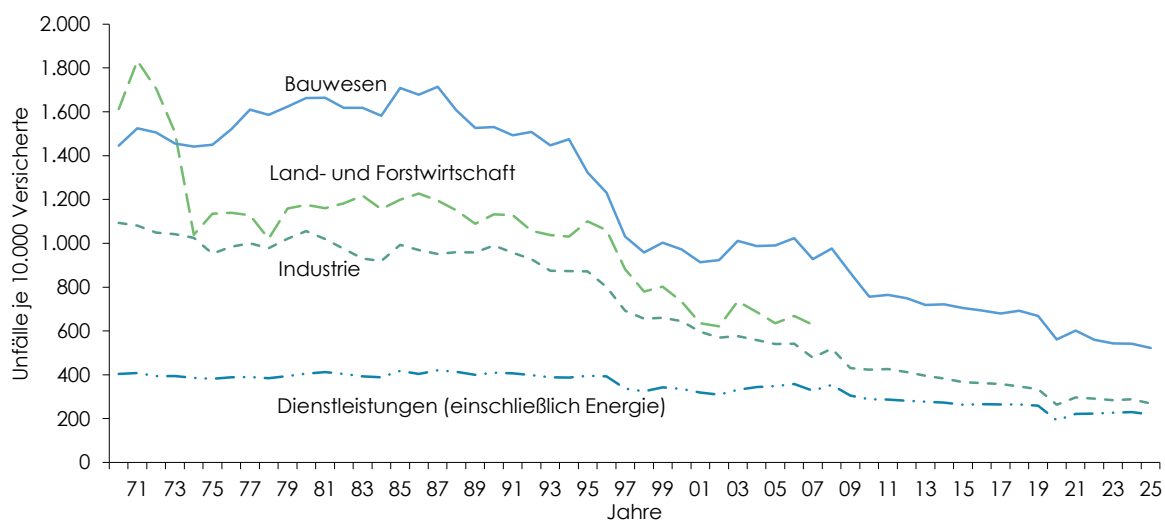
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

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

⁴⁵⁾ Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2025 verwendet. Zu den Details der ÖNACE-2025-Wirtschaftsklassen siehe Übersicht A7 im Anhang C.

den beschäftigungsstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2025 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch wie im Durchschnitt, ein Sechstel aller Unfälle ereignete sich im Bauwesen. Überdurchschnittlich hohe Unfallquoten verzeichnete auch der Bereich der Warenherstellung, während im Dienstleistungsbereich die Unfallhäufigkeit im Allgemeinen wesentlich geringer ist. Die Wirtschaftsbereiche "Wasserversorgung", "Kunst, Sport und Erholung", "Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" sowie "Verkehr und Lagerei" waren ebenfalls mit einem Unfallrisiko verbunden, das deutlich über dem Gesamtdurchschnitt lag. Die Bereiche mit dem geringsten Unfallrisiko sind das "Finanz- und Versicherungswesen" sowie "Telekommunikation und Informationstechnologie", wo die Unfallquote unter 1% lag und somit nur etwa ein Viertel des Durchschnitts und ein Zehntel der Unfallquote im Bauwesen betrug.

Abbildung 1.28: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle) nach Wirtschaftsbereichen



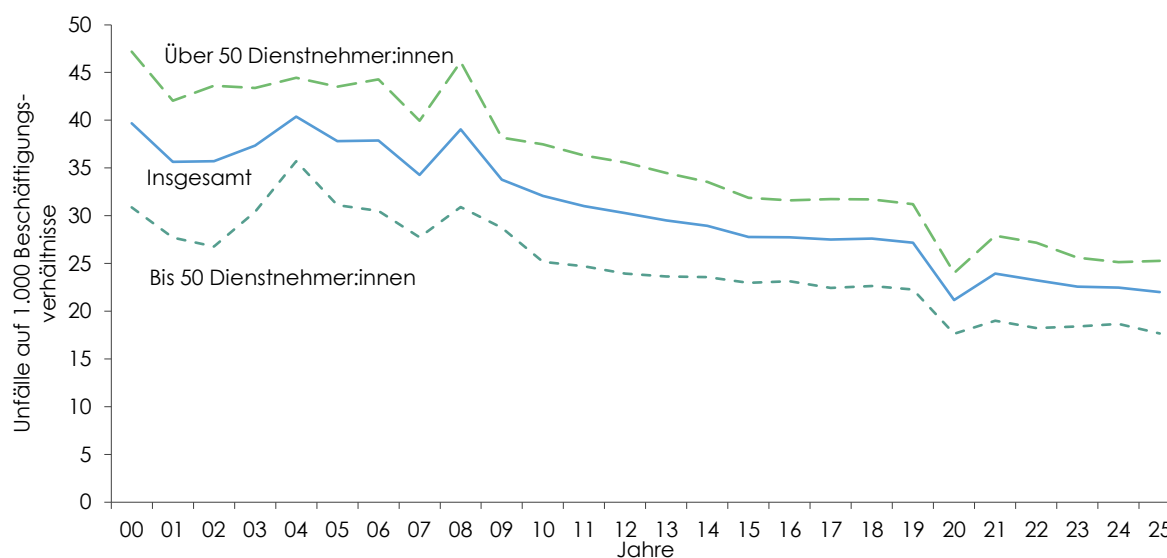
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Berechnung erfolgte auf Basis der anerkannten Unfälle aller Erwerbstätigen. Für Land- und Forstwirtschaft wird ab 2008 kein Wert ausgewiesen, da die Umstellung auf ÖNACE 2008 einen deutlichen Bruch in der Zeitreihe verursacht. Die im Jahr 2025 erfolgte Umstellung auf ÖNACE 2025 ermöglicht weiterhin die Fortführung der dargestellten Gliederung.

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%).

Langfristig ist es zu einer Annäherung der Unfallwahrscheinlichkeit in den einzelnen Bereichen der Wirtschaft gekommen. Sowohl der Abstand zwischen dem Dienstleistungssektor und den anderen Branchen als auch zwischen dem Bauwesen und dem Rest des produzierenden Sektors hat sich im Beobachtungszeitraum stark verringert. Zu Beginn der 1970er-Jahre lag die Unfallwahrscheinlichkeit in der Herstellung von Waren 2,5-mal so hoch und im Bauwesen mehr als 3,5-mal so hoch wie im Dienstleistungssektor. Im Jahr 2025 betrug die Unfallrate in der Warenherstellung das 1,2-Fache, im Bauwesen das 2,4-Fache der Dienstleistungsbereiche.

Abbildung 1.29: **Unfallquote nach Betriebsgröße**



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Darstellung. Die Unfallquoten in dieser Abbildung wurden anhand von Beschäftigungsverhältnissen, nicht von Versichertenzahlen (eine versicherte Person kann mehrere Beschäftigungsverhältnisse haben), berechnet und sind daher nicht mit den restlichen Unfallquoten in diesem Abschnitt ident.

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 2025 im Durchschnitt 43% mehr Arbeitsunfälle pro Kopf als Kleinbetriebe mit weniger als fünfzig Mitarbeiter:innen. Dieser Abstand ging im letzten Jahrzehnt zwar leicht zurück (2024 35%), erreichte jedoch 2025 ein ähnliches Niveau wie im Jahr 2014. Die

Erhöhung des Abstands ist auf einen geringfügigen Anstieg der Unfallquote bei größeren Betrieben und einem deutlichen Rückgang bei Kleinbetrieben zurückzuführen. 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.

1.10 Kostenschätzung der betrieblichen Fehlzeiten

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.

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 • Verringertes Einkommen (Konsummöglichkeit) • Kosten informeller Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Dauerleistungen (Renten, Pensionen) • Reduzierte Sozialversicherungseinnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Wertschöpfung • Gesamtwirtschaftliche Opportunitätskosten • Sinkende Nachfrage durch sinkende Kaufkraft • Entgangene Haushaltsproduktion

Q: WIFO-Darstellung.

Die volkswirtschaftlichen 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 berechnet 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 Gesund-

heitssystem. 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).

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 (Biffi & Leoni, 2008; EU-OSHA, 2019a). 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, 2019a). 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., 2020).

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 unselbstständig 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.

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.

Gemäß den ESSOSS-Daten von Statistik Austria, die für das Jahr 2024 vorliegen, leisteten die Betriebe 4,8 Mrd. € an Entgeltfortzahlungen. Klein- und Mittelbetriebe (weniger als 50 Beschäftigte im Jahresdurchschnitt) haben die Möglichkeit einen Zuschuss zur Entgeltfortzahlung zu beantragen⁴⁸⁾. Im Jahr 2024 bezuschusste die AUVA über diesen Titel die Klein- und Mittelbetriebe in der Höhe von 148 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 2024 bezogen laut Statistik Austria (ESSOSS) 63.479 Personen Krankengeld. Insgesamt entstanden den Krankenversicherungsträgern 2024 direkte Kosten für die Entgeltersatzleistung durch das Krankengeld und für das mit 1. Juli 2017 eingeführte Wiedereingliederungsgeld in der Höhe von 1.224 Mio. € (Abbildung 1.30).

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

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).

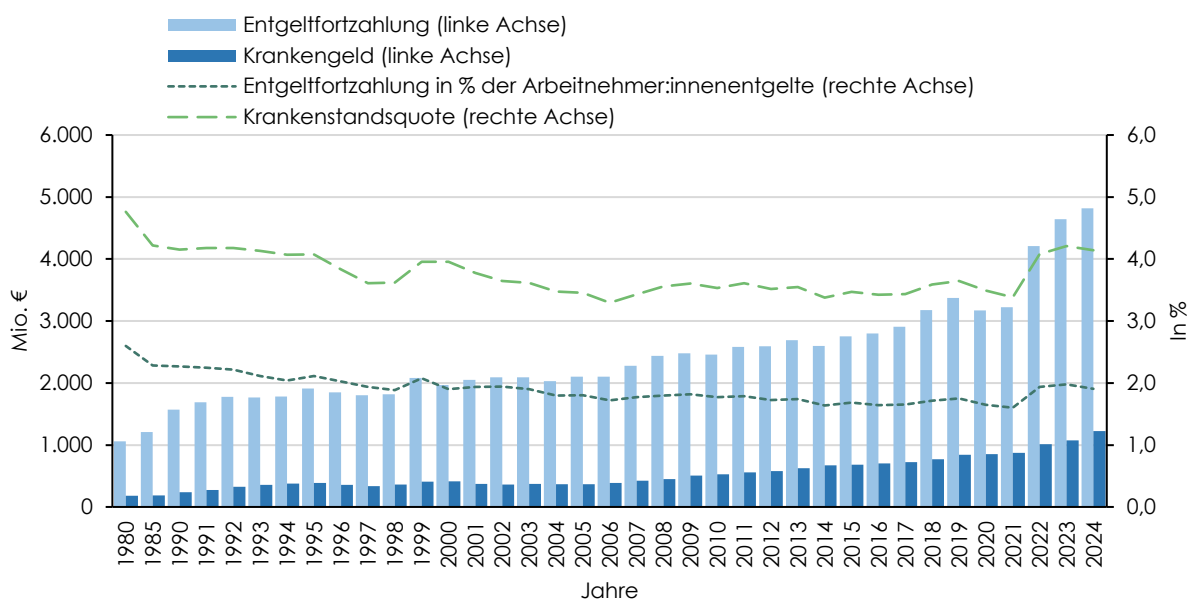
⁴⁹⁾ Das Krankengeld beträgt ab dem 4. bis zum 42. Tag 50% der Bemessungsgrundlage (beitragspflichtiger Bruttoarbeitsverdienst bis zur Höchstbeitragsgrundlage, einschließlich anteiliger Sonderzahlungen), erhöht sich ab dem 43. Tag auf 60% der Bemessungsgrundlage.

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 laut Statistik Austria einschließlich Investitionen 2024 betragen 60,5 Mrd. €, das waren 12,2% der Wirtschaftsleistung, wovon 76% auf den öffentlichen Sektor entfielen und 24% auf private Ausgaben. Der Anteil der Gesundheitsausgaben (ohne Investitionen) lag in Österreich mit 11,8% über den Schnitt der OECD-Länder von 9,3% (OECD, 2025).

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

Abbildung 1.30: **Entwicklung der Entgeltfortzahlung in Relation zu den Arbeitnehmer:innenentgelten, Krankengeld und Krankenstandsquote im Zeitverlauf**



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.

Parallel zur angestiegenen Krankenstandsquote seit 2022 erhöhte sich der Aufwand für die Entgeltfortzahlung (Abbildung 1.30) gegenüber 2021 deutlich. Die im Jahr 2024 aufgewendeten 4,8 Mrd. € für Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall entsprachen 1,9% der Arbeitnehmer:innenentgelte, also der Summe aus Löhnen und Gehältern einschließlich Arbeitgeber:innenbeiträge zur Sozialversicherung bzw. 1% der Wirtschaftsleistung. Trotz deutlichem Anstieg 2024 sank in den

vergangenen vier Jahrzehnten die Entgeltfortzahlung in Relation zu den Arbeitnehmer:innentgelten. Die im Vergleich zum Vorjahr etwas geringere Krankenstandsquote im Jahr 2025 sollte auch die Aufwendungen für die Entgeltfortzahlung und für das Krankengeld 2025 gegenüber dem Jahr 2024 etwas dämpfen.

1.10.2 Kosten der krankheitsbedingten Fehlzeiten

Die im vorigen Abschnitt beschriebenen direkt zurechenbaren Krankenstandskosten im Jahr 2024 für Entgeltfortzahlungen (einschließlich dem Zuschuss der AUVA) der Betriebe mit 5,0 Mrd. € und das von der Krankenversicherung ausbezahlte Krankengeld mit 1,2 Mrd. € beliefen sich insgesamt auf 6,2 Mrd. € oder 1,3% des BIP (direkte Kosten). Darüber hinaus konnten indirekte Kosten quantifiziert werden: So führten 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. Den Aufwendungen für die Entgeltfortzahlung und das Krankengeld stehen weiters Mindereinnahmen gegenüber, da für die Zeiten des Krankengeldbezugs die Sozialversicherungsbeiträge und damit die Sozialversicherungsbeitragseinnahmen entfallen (siehe Fehlzeitenreport 2022, Abschnitt 3.2, Mayrhuber & Bittschi, 2022). Somit zeigt sich unter vereinfachenden Annahmen, dass durch krankheitsbedingte Fehlzeiten zusätzlich zu den Lohnersatzkosten indirekte betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von 1,2% bis 1,9% des BIP entstanden (Übersicht 1.9).

Übersicht 1.9: Schätzung der Aufwendungen und Kosten im Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbstständig Beschäftigter, 2024

	Mio. €	In % des BIP
Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten	bis zu 15.500	bis zu 3,1
Direkte Kosten (direkte Zahlungen) ¹⁾	6.200	1,3
Indirekte Kosten	bis zu 9.300	bis zu 1,9
Wertschöpfungsverluste ²⁾	bis zu 8.800	bis zu 1,8
Entgangene SV-Beiträge	500	0,1
Gesundheitskosten ³⁾	14.700	3,0
Direkte öffentliche Ausgaben	11.100	2,3
Direkte private Ausgaben	3.600	0,7

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, Statistik Austria, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), WIFO-Berechnungen. – Für eine detaillierte Erläuterung siehe Mayrhuber & Bittschi (2022). – ¹⁾ Entgeltfortzahlungen und Krankengeldzahlungen. – ²⁾ Auf Basis der Annahme, dass sich maximal die Hälfte des krankheitsbedingten Verlusts an Jahresarbeitszeit in Form von Wertschöpfungsverlusten und anderen Nicht-Lohn-Kosten niederschlägt. – ³⁾ Auf Basis einer Zuordnung der Kosten im Gesundheitssystem auf die unselbstständig 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.

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 2024

betragen die Gesundheitsausgaben der unselbstständig Erwerbstätigen rund 3,0% des BIP. Mit 2,3% des BIP entfiel der Großteil dieser Ausgaben auf das öffentliche Gesundheitssystem für ärztliche Versorgung, Betriebsärzte, Krankenhäuser, Medikamente usw., während knapp ein Viertel der Kosten bzw. 0,7% des BIP durch private Gesundheitsausgaben gedeckt werden (Übersicht 1.9).

Durch das endgültige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben durch krankheitsbedingten Pensionsbezug entstehen der gesetzlichen Pensionsversicherung jährliche Kosten in Höhe von rund 2,5 Mrd. €, was rund 0,5% der Wirtschaftsleistung entspricht. Dies setzt sich aus 2,3 Mrd. € Invaliditätspensionen, die an Personen im erwerbsfähigen Alter ausbezahlt werden, sowie 190 Mio. € Ausgleichszulage zusammen.⁵⁰⁾ Zusätzlich wurden 467 Mio. € an Rehabilitationsgeld⁵¹⁾ ausbezahlt, das bei vorübergehender Invalidität von mindestens sechs Monaten zusammen mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gewährt wird. Das dauerhafte Ausscheiden von rund 116.000 Invaliditätspensionsbeziehenden⁵²⁾ aus dem Arbeitsmarkt dämpft auch das gesamtwirtschaftliche Produktionspotenzial.

⁵⁰⁾ Siehe ESSOSS-Tabelle "Gesetzliche Pensionsversicherung".

⁵¹⁾ Siehe ESSOSS-Tabelle "Gesetzliche Krankenversicherung".

⁵²⁾ Siehe *Statistisches Handbuch der Sozialversicherung 2025*, Tabelle 3.11.

2. Struktur der Krankenstände des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Auf Basis der Global Burden of Disease-Datenbank der WHO schätzen Cieza et al. (2020), dass im Jahr 2019 weltweit rund 1,6 Mrd. und in Europa rund drei von fünf Beschäftigten an einer Erkrankung des Bewegungsapparats litten. Muskel-Skelett-Erkrankungen zählen damit zu den häufigsten und folgenreichsten Gesundheitsproblemen weltweit. Schätzungen der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz (EU-OSHA, 2019b) zeigen, dass rund drei von fünf Arbeitnehmer:innen in der EU 28 unter muskuloskelettalen Beschwerden leiden. Besonders häufig genannt werden Rückenbeschwerden und Schmerzen in den oberen Extremitäten.

Auch in Österreich gehören Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Kapitel XIII der ICD-10, im Folgenden kurz MSB-Erkrankungen) seit Jahren zu den bedeutendsten Ursachen von Krankenständen. Das vorliegende Kapitel rückt diese Krankheitsgruppe in den analytischen Mittelpunkt und betrachtet sowohl ihre quantitative Bedeutung im Erwerbskontext als auch das daraus folgende Versorgungsgeschehen.

Dieses Kapitel gliedert sich in zwei aufeinander aufbauende Analysestränge, die im Jahr 2025 endende Krankenstände beleuchten. Im ersten Teil wird das MSB-Krankenstandsgeschehen demographisch und sektoral beschrieben. Ausgangspunkt ist das Krankenstandsgeschehen der MSB-erkrankten Aktivbeschäftigten im Vergleich zu jenen erkrankten Personen, die keine MSB-Krankenstände aufweisen (Abschnitt 2.2). Anschließend werden die häufigsten MSB-Einzeldiagnosen ausgewiesen und die Verteilung der MSB-Krankenstände auf die Krankheitsgruppen des ICD-10-Kapitels XIII sowohl insgesamt als auch differenziert nach Geschlecht, Altersgruppen und Wirtschaftsbereichen dargestellt. Ergänzend wird das Rezidivgeschehen untersucht, also die Frage, wie viele Personen im Jahresverlauf mehrere MSB-Episoden aufweisen und des Zusammentreffens von MSB-Erkrankungen mit weiteren Krankenständen (Abschnitt 2.3).

Im zweiten Teil verschiebt sich der Fokus von der Krankheits- auf die Versorgungsperspektive (Abschnitt 2.4). Es wird untersucht, welche Gesundheitsdienstleistungen MSB-Personen in welchem Umfang in Anspruch nehmen. Die Auswertungen erfolgen sowohl auf der Reichweitebene, das heißt dem Anteil der Personen mit mindestens einem Besuch je Fachgruppe, als auch auf der Häufigkeitsebene, das heißt der durchschnittlichen Anzahl an Besuchen je nutzende Person. Die Inanspruchnahme wird darüber hinaus nach Geschlecht, Altersgruppen, Wirtschaftsbereichen und Krankheitsdauer differenziert. Den Abschluss dieses Teils bildet eine zeitliche Analyse, in der verschiedene Gesundheitsdienstleistungen zur jeweiligen MSB-Episode in Beziehung gesetzt und damit Hinweise auf die zeitliche Abfolge der MSB-Versorgung im Erwerbskontext geliefert werden.

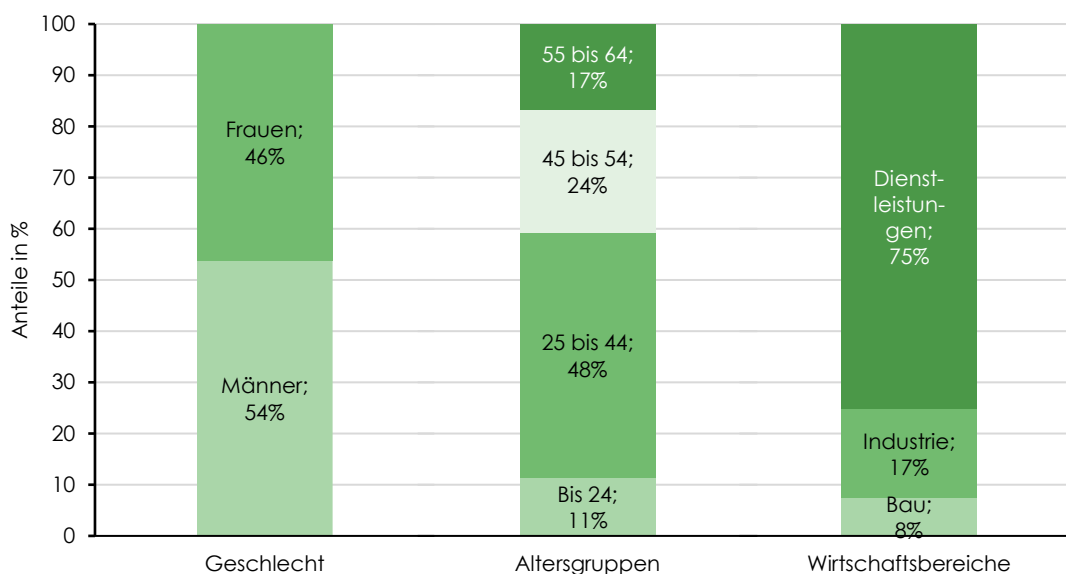
Im Abschnitt 2.5 sind schließlich Gesundheits- und Re-Integrationsmaßnahmen dargestellt. Anders als die ersten beiden Teile, die auf den eigenen empirischen Auswertungen beruhen, stützt sich dieser Teil auf die internationale Forschungsliteratur sowie auf die institutionellen Rahmenbedingungen in Österreich. Den Ausgangspunkt bildet die medizinische Evidenz zur Rehabilitation von Muskel-Skelett-Erkrankungen, von konservativer Therapie bis zu multidisziplinären Ansätzen. Weiters werden Befunde zu unterschiedlichen Rehabilitations-Settings ausgeführt, von

technologischen Entwicklungen wie digitalen und KI-gestützten Anwendungen bis zu organisatorischen Prozessen. Ergänzt werden zudem die in Österreich verfügbaren Instrumente der Wiedereingliederung wie Rehabilitationsgeld, Wiedereingliederungsteilzeit und Early Intervention. Den Abschluss bilden Schlussfolgerungen für den österreichischen Kontext.

2.1 Grundlagen der Analysen

Für die folgende detaillierte Analyse werden Daten der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) herangezogen, die mit einem Krankenstandsende im Jahr 2025 vorliegen. Für die Gliederung nach Geschlecht, Alter und Wirtschaftsbereich wird dieser Datensatz mit Individualdaten des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie mit den Arbeitsmarktdaten des Arbeitsmarktservice Österreich verknüpft. Untersucht werden die unselbstständig aktiv Beschäftigten⁵³⁾ im Alter bis zu 64 Jahren ohne die Wirtschaftsbereiche Land- und Forstwirtschaft und Bergbau.

Abbildung 2.1: **Verteilung der unselbstständig aktiv Beschäftigten nach Geschlecht, Altersgruppen und Wirtschaftsbereichen**
2025, bis 64-Jährige



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger (Krankenstandsstatistik), WIFO-Berechnungen.

⁵³⁾ Unselbstständig aktiv Beschäftigte sind Arbeitskräfte, die aktiv im Erwerbsleben stehen. Davon ausgenommen sind Präsenzdienler und Kinderbetreuungsgeldbeziehende mit aufrehtem Beschäftigungsverhältnis, welche zu den Gesamtbeschäftigten zählen. Auch geringfügig Beschäftigte fallen nicht unter unselbstständig aktiv Beschäftigte.

Abbildung 2.1 stellt die Zusammensetzung der versicherten Erwerbsbevölkerung im Alter bis 64 Jahre im Jahr 2025 nach Geschlecht, Altersgruppen und Wirtschaftsbereichen dar. Sie umfasst alle unselbstständig aktiv Beschäftigten dieser Altersgruppe, unabhängig davon, ob im Bezugsjahr ein Krankenstand vorlag, und dient als Referenzverteilung für die anschließenden Auswertungen.

Männer stellen mit 54% einen leichten Überhang gegenüber Frauen (46%). Altersmäßig bildet die Gruppe der 25- bis 44-Jährigen mit 48% nahezu die Hälfte aller Beschäftigten, auf die 45- bis 54-Jährigen entfallen 24%, auf die 55- bis 64-Jährigen 17% und auf die unter 25-Jährigen 11%. Die Branchen gemäß ÖNACE-Klassifikation wurden zu drei Gruppen zusammengefasst, die sich strukturell unter anderem durch ihre jeweiligen Arbeitsanforderungen unterscheiden. Drei Viertel (75%) sind nach Wirtschaftsbereichen im Dienstleistungssektor tätig, 17% in der Industrie und 8% im Bauwesen.

Diese Strukturverteilung ist für die Einordnung der nachfolgenden Auswertungen wesentlich. Subgruppen, die in der Erwerbsbevölkerung quantitativ vergleichsweise klein sind, wie das Bauwesen oder die ältesten unselbstständig aktiv Beschäftigten, können in den MSB-Belastungskennzahlen anteilig dennoch sichtbar in Erscheinung treten. Anteilsangaben in einzelnen Subgruppen sollten daher vor dem Hintergrund ihres Anteils an den unselbstständig aktiv Beschäftigten interpretiert werden.

2.2 Krankenstandsgeschehen der Muskel-Skelett-Erkrankungen

Eine **Person mit MSB-Erkrankung** im Sinne dieser Auswertungen ist eine Person, die im Jahr 2025 mindestens einen Tag krankheitsbedingt mit einer Diagnose aus dem Kapitel XIII der ICD-10 am Arbeitsplatz fehlt. Als **Vergleichsgruppe** dienen jene Personen, die 2025 ebenfalls mindestens einen Krankenstand aufweisen, jedoch keinen mit einer Diagnose aus dem Muskel-Skelett-Bereich. Der Vergleich erfolgt damit nicht gegenüber gesunden Beschäftigten, sondern gegenüber einer Gruppe mit jeweils anderen Erkrankungsanlässen.

Im Jahr 2025 waren 445.618 unselbstständig aktiv Beschäftigte von zumindest einem Krankenstand betroffen, dessen Ende in das Jahr 2025 fiel und dessen Diagnose dem Kapitel XIII "Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes" (MSB-Erkrankungen) der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) zuzuordnen ist (Übersicht 2.1). Das entspricht rund einem Fünftel aller erkrankten Beschäftigten. Als Vergleichsgruppe dienen 1.731.807 Personen mit zumindest einem Krankenstand, der ebenfalls 2025 endet, jedoch ohne eine derartige Diagnose.

Männer sind in der Gruppe mit MSB-Erkrankungen mit einem Anteil von 58,3% überrepräsentiert. In der Vergleichsgruppe ist die Geschlechterverteilung mit 51,9% Männern und 48,1% Frauen ausgeglichener. Männer mit mindestens einem MSB-bedingten Krankenstand weisen damit einen um rund 6 Prozentpunkte höheren Anteil auf als jene ohne diese Erkrankungen.

Die gesamte Krankenstandsbelastung der MSB-Erkrankten, also einschließlich aller ihrer Krankenstände unabhängig von der Diagnose, übersteigt jene der Vergleichsgruppe deutlich. Im

Mittel⁵⁴⁾ entfallen auf eine **MSB-Person 33,4 Krankenstandstage** im Jahr, gegenüber 19,3 Tagen in der Vergleichsgruppe (1,7-mal mehr). Der Medianabstand ist noch ausgeprägter: 21,0 gegenüber 8,0 Tagen, also mehr als das 2½-Fache. Da der Median weniger von einzelnen Langzeitkrankenständen beeinflusst wird als der Mittelwert, weist dieses Verhältnis darauf hin, dass die Mehrbelastung nicht nur einige wenige schwere Fälle betrifft, sondern eine breite Verschiebung der gesamten Verteilung darstellt. Auch die Zahl der Krankenstandsfälle liegt mit durchschnittlich 3,2 (Median 3,0) gegenüber 2,2 (Median 2,0) klar höher. Personen mit MSB-Erkrankungen werden also nicht nur länger, sondern auch häufiger krankgeschrieben.

Übersicht 2.1: Tage und Fälle – Überblick zu Krankenstandstagen und -fällen von Personen mit und ohne Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Geschlecht

2025, bis 64-Jährige

Bezeichnung	Einheit	Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes			Personen ohne Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes		
		Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer
Erkrankte	Anzahl	445.618	185.713	259.905	1.731.807	833.594	898.213
	Anteile in %	100,0	41,7	58,3	100,0	48,1	51,9
Krankenstandstage je Erkrankte:n	Mittelwert	33,4	35,7	31,8	19,3	19,5	19,1
	Median	21,0	22,0	19,0	8,0	8,0	8,0
Krankenstandsfälle je Erkrankte:n	Mittelwert	3,2	3,3	3,2	2,2	2,2	2,1
	Median	3,0	3,0	3,0	2,0	2,0	2,0
Tage je Fall	Ø Anzahl	10,4	10,8	10,1	8,9	8,7	9,0

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Innerhalb der MSB-Erkrankten zeigt sich ein **bemerkenswerter Geschlechtsunterschied**: Obwohl Frauen seltener von MSB-Erkrankungen betroffen sind, weisen sie im Schnitt mehr Krankenstandstage (aller Erkrankungen) auf als Männer (35,7 gegenüber 31,8 Tagen; Median 22 gegenüber 19 Tage). In der Vergleichsgruppe besteht dieser Unterschied nicht (19,5 gegenüber 19,1 Tage). Die Krankenstandsdauer der MSB-betroffenen Frauen liegt damit erkennbar über jener der MSB-betroffenen Männer, während sich die Zahl der Krankenstandsfälle zwischen den Geschlechtern kaum unterscheidet.

⁵⁴⁾ Der Mittelwert (bzw. Mittel bzw. arithmetisches Mittel bzw. Durchschnitt) ist die Summe aller Krankenstandstage geteilt durch die Zahl der Personen. Wenige sehr lange Krankenstände können das Mittel nach oben ziehen. Der Median ist der mittlere Wert, die eine Hälfte der Personen hat weniger, die andere mehr Krankenstandstage, und gibt damit die Belastung für eine "typische" Person wieder. Ein Mittelwert deutlich über dem Median weist daher auf Langzeitfälle hin.

2.3 Analyse der Hauptdiagnosen

2.3.1 Diagnosen nach Häufigkeit

Die **zehn häufigsten Diagnosen** auf 2-Steller-Ebene des ICD-10-Kapitels XIII decken zusammen 85% aller MSB-Krankenstandsfälle und 79% der MSB-Krankenstandstage des Jahres 2025 ab. Die Belastungsstruktur konzentriert sich somit auf wenige Diagnosegruppen (Übersicht 2.2).

Dominiert wird das Bild von Diagnosen des **Rückens und der Wirbelsäule**. Allein der Code M54 (Kreuzschmerz, Lendenschmerz) ist für 47,3% aller MSB-Fälle und 37,2% der Tage verantwortlich. Zusammen mit M53 (Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, 11,1%) gehen rund drei von fünf MSB-Krankenstandsfällen auf diesen Bereich zurück. Schließt man die ebenfalls überwiegend schmerzbezogenen Diagnosen M25 (Gelenkschmerz) und M79 (Schmerzen in den Extremitäten) mit ein, beruhen rund 71% aller MSB-Fälle auf Diagnosen, die in erster Linie den Schmerz oder das Beschwerdebild benennen und keine spezifische körperliche Ursache wie etwa einen Bandscheibenvorfall oder einen Gelenkverschleiß anführen.

Diese **schmerzbezogenen Diagnosen** verlaufen typischerweise kurz: Bei M54, M53, M25 und M79 liegt der Median der Krankheitsdauer je Fall einheitlich bei 5 Tagen, der Mittelwert zwischen 12 und 14 Tagen. Der deutliche Abstand zwischen Median und Mittelwert weist auf eine rechtsschiefe Verteilung hin. Die überwiegende Mehrheit der Fälle wird innerhalb einer Woche abgeschlossen, eine kleinere Anzahl zieht sich jedoch über mehrere Wochen.

Anders verhält es sich bei strukturellen und **degenerativen Diagnosen**, die in der Liste seltener vorkommen, bei den Krankenstandstagen aber überproportional ins Gewicht fallen. Gonarthrose ("Kniegelenksverschleiß", M17) erreicht trotz eines Anteils an Krankheitsfällen von 2,0% einen Anteil von 4,8% der Tage und eine mittlere Krankheitsdauer von 38 Tagen (Median 18 Tage). Auch sonstige Bandscheibenschäden (M51; Mittelwert 26 Tage, Median 14 Tage), sonstige Meniskusschädigungen (M23; Mittelwert 29 Tage, Median 17 Tage) und das Impingement-Syndrom der Schulter (M75; Mittelwert 24 Tage, Median 9 Tage) führen zu deutlich längeren Ausfallzeiten. Strukturelle Diagnosen machen damit einen kleineren Anteil der Fälle, aber einen deutlich höheren Anteil der Krankenstandstage aus.

Im **Geschlechtervergleich** zeigen sich mehrere Unterschiede. Kreuz- und Lendenschmerz (M54) ist bei Männern (49,4%) häufiger als bei Frauen (44,3%), während der Anteil von sonstigen Wirbelsäulen- und Rückendiagnosen (M53) mit 13,5% gegenüber 9,4% häufiger bei Frauen vorkommt. Die Tendovaginitis stenosans ("Sehnenscheidenentzündungen", M65) erreicht bei Frauen mit 3,7% der Fälle Rang 5, bei Männern liegt sie mit 2,2% auf Rang 8. Umgekehrt rücken bei Männern sonstige Meniskusschädigungen (M23) auf Rang 9 vor, bei Frauen liegen sie auf Rang 10. Bei strukturellen Diagnosen mit längeren Verläufen weisen Frauen tendenziell höhere Mediandauern auf: bei Gonarthrose (M17) 22 gegenüber 15 Tagen, bei sonstigen Bandscheibenschäden (M51) 15 gegenüber 12 Tagen, bei Meniskusschädigungen 19 gegenüber 17 Tagen.

Übersicht 2.2: Zehn häufigste Diagnosen von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Geschlecht

2025, bis 64-Jährige

Insgesamt

2-Steller ICD-10	Diagnose	Kranken-	Kranken-	Dauer der Fälle in Tagen	
		standsfälle	standstage	Mittelwert	Median
		Anteile in %			
M54	Kreuzschmerz, Lendenschmerz	47,3	37,2	12	5
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	11,1	9,0	12	5
M25	Gelenkschmerz	6,5	6,1	14	5
M79	Schmerzen in den Extremitäten	6,1	4,9	12	5
M65	Tendovaginitis stenosans	2,8	2,6	15	8
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2,7	4,6	26	14
M75	Impingement-Syndrom der Schulter	2,5	4,0	24	9
M77	Epicondylitis radialis humeri, Tennisellenbogen	2,2	1,9	13	5
M23	Sonstige Meniskusschädigungen	2,0	3,7	29	17
M17	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	2,0	4,8	38	18

Frauen

2-Steller ICD-10	Diagnose	Kranken-	Kranken-	Dauer der Fälle in Tagen	
		standsfälle	standstage	Mittelwert	Median
		Anteile in %			
M54	Kreuzschmerz, Lendenschmerz	44,3	35,1	13	5
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	13,5	10,3	13	5
M25	Gelenkschmerz	6,1	5,7	16	5
M79	Schmerzen in den Extremitäten	6,0	4,8	13	5
M65	Tendovaginitis stenosans	3,7	3,5	16	8
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2,7	4,5	28	15
M75	Impingement-Syndrom der Schulter	2,6	3,7	24	10
M77	Epicondylitis radialis humeri, Tennisellenbogen	2,1	1,9	15	6
M17	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	1,9	4,7	40	22
M23	Sonstige Meniskusschädigungen	1,8	3,1	28	19

Männer

2-Steller ICD-10	Diagnose	Kranken-	Kranken-	Dauer der Fälle in Tagen	
		standsfälle	standstage	Mittelwert	Median
		Anteile in %			
M54	Kreuzschmerz, Lendenschmerz	49,4	38,8	11	5
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	9,4	8,0	12	5
M25	Gelenkschmerz	6,7	6,4	14	5
M79	Schmerzen in den Extremitäten	6,2	5,0	12	4
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	2,7	4,7	25	12
M75	Impingement-Syndrom der Schulter	2,5	4,2	24	9
M77	Epicondylitis radialis humeri, Tennisellenbogen	2,2	1,8	12	5
M65	Tendovaginitis stenosans	2,2	1,9	13	6
M23	Sonstige Meniskusschädigungen	2,1	4,2	29	17
M17	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet	2,0	4,9	36	15

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

2.3.2 Krankenstandsgeschehen nach Krankheitsgruppen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes werden in sechs Hauptgruppen gegliedert. Übersicht 2.3 stellt diese Gliederung in jener Form dar, in der sie für die folgenden Übersichten und Abbildungen dieses Kapitels verwendet wird.

Drei Gruppen werden gesondert ausgewiesen: Arthropathien ("Gelenkerkrankungen", M00-M25), Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M54) sowie Krankheiten der Weichteilgewebe (M60-M79). Wie Abbildung 2.2 zeigt, entfällt auf sie im Berichtsjahr 2025 nahezu das gesamte MSB-Krankenstandsgeschehen der hier betrachteten Erwerbsbevölkerung im Alter bis 64 Jahre. Die drei verbleibenden Gruppen, Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30-M36, darunter insbesondere entzündlich-rheumatische Erkrankungen wie rheumatoide Arthritis, systemischer Lupus erythematodes oder Spondylitis ankylosans), Osteopathien und Chondropathien (M80-M94, darunter insbesondere die altersassoziierte Osteoporose) sowie eine ICD-10-Restkategorie (M95-M99), treten in der Erwerbsbevölkerung dieser Altersgruppe nur in geringem Umfang in Erscheinung. Ein Teil dieser Erkrankungen entfaltet seinen Häufigkeitsschwerpunkt erst jenseits des Erwerbsalters. Sie werden im weiteren Verlauf zur Kategorie "Sonstige Krankheiten" zusammengefasst. Die Anordnung in Übersicht 2.3 folgt damit nicht der ICD-10-Nummerierung, sondern der quantitativen Bedeutung im Erwerbskontext.

In den nachfolgenden Abbildungen wird auf die Angabe der ICD-10-Codes verzichtet und ausschließlich die Bezeichnung der jeweiligen Gruppe verwendet. Die Zuordnung der Codes ist Übersicht 2.3 zu entnehmen.

Übersicht 2.3: Gruppen von Kapitel XIII Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Gliederung	Titel
M00-M25	Arthropathien
M40-M54	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens
M60-M79	Krankheiten der Weichteilgewebe
	Sonstige Krankheiten
M30-M36	Systemkrankheiten des Bindegewebes
M80-M94	Osteopathien und Chondropathien
M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Q: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2026).

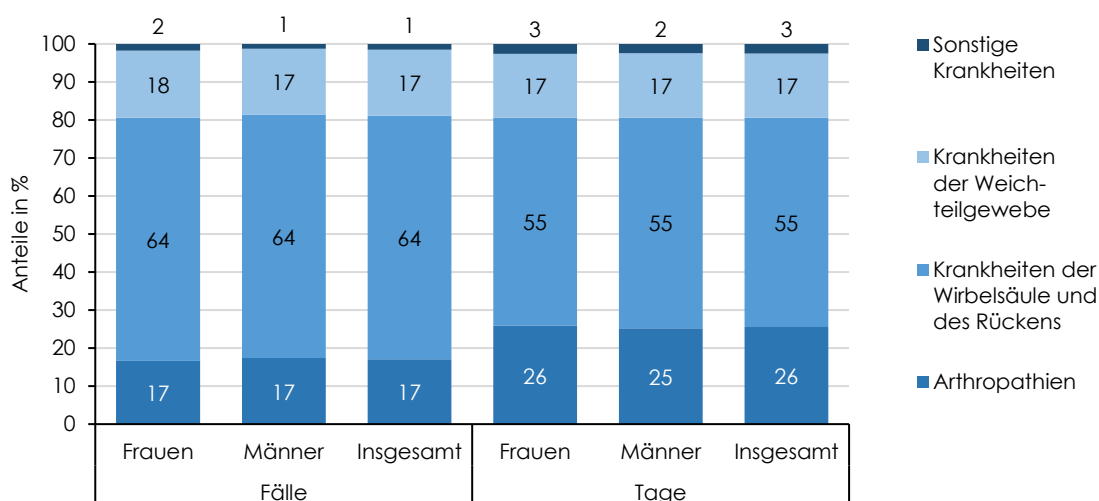
Geschlecht

Abbildung 2.2 zeigt, wie sich die Krankenstandsfälle und -tage mit MSB-Diagnose des Berichtsjahres 2025 auf die in Übersicht 2.3 abgegrenzten Krankheitsgruppen verteilen, getrennt nach Frauen und Männern sowie insgesamt. Auf Frauen entfielen 246.581 MSB-Krankenstandsfälle und rund 4,14 Mio. MSB-Krankenstandstage, auf Männer 359.774 MSB-Fälle und rund 5,21 Mio. MSB-Tage (Übersicht A9 im Anhang).

Dominiert wird das Bild in beiden Geschlechtern von Krankheiten der **Wirbelsäule und des Rückens**. Auf diese Gruppe entfallen 64% aller MSB-Krankenstandsfälle und 55% der MSB-Kranken-

standstage. Der gegenüber dem Anteil der Fälle niedrigere Anteil der Tage verweist auf vergleichsweise kurze Episoden (Übersicht A10 im Anhang), was der ausgeprägten Stellung der schmerzdominierten Rückendiagnosen M54 (Kreuz- und Lendenschmerz) und M53 (sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens) in Übersicht 2.2 entspricht.

Abbildung 2.2: **Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage insgesamt sowie für Frauen und Männer nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes**
2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Anders verläuft das Verhältnis bei den **Arthropathien**: Hier liegt der Anteil der Tage mit 26% (Frauen) bzw. 25% (Männer) deutlich über dem Anteil der Fälle von jeweils 17%. Arthropathien führen damit seltener zu Krankenständen, die einzelne Episode dauert im Mittel aber länger (Übersicht A10 im Anhang). Bei den **Krankheiten der Weichteilgewebe** liegen die Anteile der Fälle und Tage in beiden Geschlechtern bei Werten um 17% und stimmen damit weitgehend überein. Die mittlere Krankenstandsdauer je Fall entspricht somit dem MSB-Gesamtdurchschnitt.

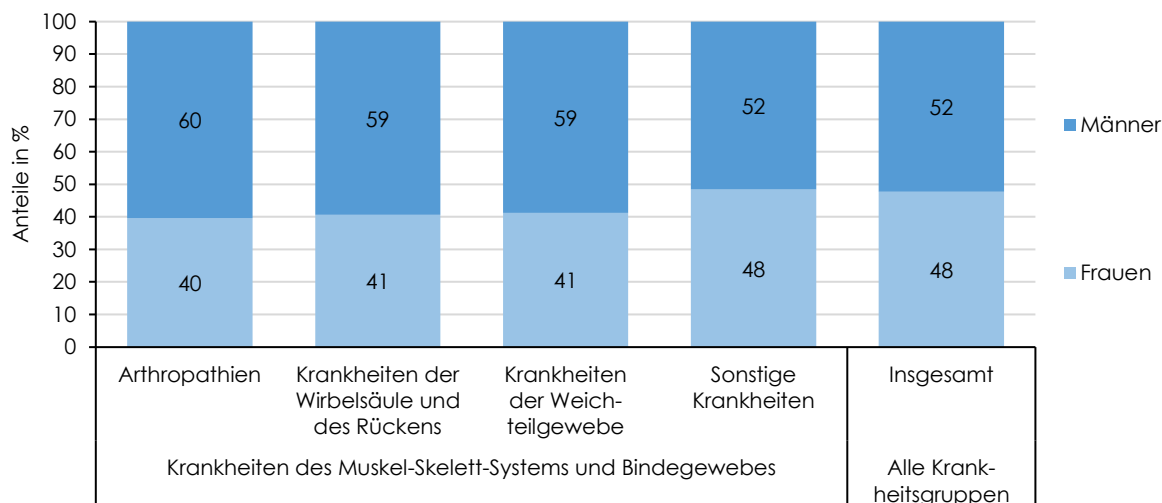
Auf die zur Kategorie "**Sonstige Krankheiten**" zusammengefassten Gruppen entfallen 1% bis 2% der Fälle und 2% bis 3% der Tage. Im Gesamtbild des MSB-Krankenstandsgeschehens treten sie damit kaum in Erscheinung. Im Vergleich der Anteilsstrukturen zwischen Frauen und Männern bleiben die Unterschiede in den drei großen Krankheitsgruppen gering. Eine merkliche, aber auf kleiner Fallzahlbasis beruhende, Frauen-Mehrbelastung zeigt sich bei den Systemkrankheiten des Bindegewebes innerhalb der "Sonstigen Krankheiten" (Übersicht A9 und Übersicht A11 im Anhang).

Abbildung 2.3 zeigt die **Geschlechterverteilung der MSB-Krankenstandsfälle** für die einzelnen MSB-Krankheitsgruppen sowie als Vergleichswert jene aller Krankheitsgruppen zusammengekommen. Während sich die Krankenstandsfälle über alle Krankheitsgruppen hinweg mit 48%

auf Frauen und 52% auf Männer relativ ausgeglichen verteilen, weisen die MSB-Hauptgruppen einen deutlich ausgeprägteren Männerüberhang auf.

Abbildung 2.3: Fälle – Verteilung der Krankenstandsfälle der Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Geschlecht

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Bei den drei großen MSB-Krankheitsgruppen entfallen jeweils 59% bis 60% der Krankenstandsfälle auf Männer und 40% bis 41% auf Frauen. Damit liegt der Männeranteil 7 bis 8 Prozentpunkte über jenem in der Gesamtheit aller Krankheitsgruppen. Auch im Vergleich zur Geschlechterverteilung der versicherten unselbstständig aktiv Beschäftigten (54% Männer und 46% Frauen, Abbildung 2.1) sind Männer bei MSB-Krankenstandsfällen um 5 bis 6 Prozentpunkte überrepräsentiert.

Eine Ausnahme bildet die Gruppe "Sonstige Krankheiten" innerhalb des MSB-Bereichs: Hier liegt das Geschlechterverhältnis mit 48% zu 52% auf dem Niveau aller Krankheitsgruppen. Dieser Annäherungseffekt geht maßgeblich auf die Systemkrankheiten des Bindegewebes zurück, in denen Frauen, als einzige MSB-Krankheitsgruppe, anteilig stärker vertreten sind als Männer (Übersicht A11 und Übersicht A12 im Anhang).

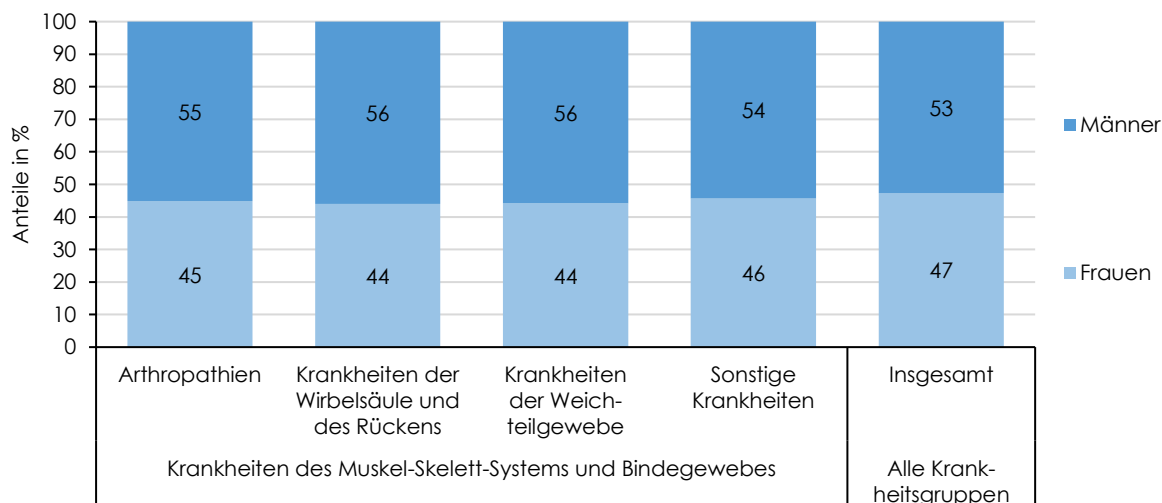
Abbildung 2.4 zeigt die **Geschlechterverteilung der MSB-Krankenstandstage** innerhalb der einzelnen Krankheitsgruppen sowie als Vergleichswert jene aller Krankheitsgruppen zusammengekommen. Verglichen mit der Verteilung der Krankenstandsfälle in Abbildung 2.3 fällt der Männerüberhang bei den Krankenstandstagen geringer aus.

Bei den drei großen MSB-Krankheitsgruppen entfallen 55% bis 56% der MSB-Krankenstandstage auf Männer und 44% bis 45% auf Frauen. Bezogen auf alle Krankheitsgruppen zusammen liegt das Verhältnis bei 53% zu 47%. Der höhere Anteil von Männern in den MSB-Krankheitsgruppen

reduziert sich gegenüber dem Vergleichswert der Tage damit auf rund 3 Prozentpunkte, während er bei den Fällen noch 7 bis 8 Prozentpunkte erreicht.

Abbildung 2.4: **Tage – Verteilung der Krankenstandstage der Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Geschlecht**

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Dieser Unterschied resultiert aus der längeren mittleren Dauer der Krankenstände bei Frauen mit MSB-Erkrankungen. Wie Übersicht 2.1 ausweist, waren Frauen mit zumindest einem MSB-Krankenstand 2025 im Mittel mit 35,7 Krankenstandstagen rund 4 Tage länger krankgeschrieben als Männer mit 31,8 Tagen, bei nahezu identischer Zahl an Krankenstandsfällen (3,3 versus 3,2 Fälle je erkrankte Person). Die einzelnen Krankenstandsepisoden der Frauen dauern damit im Mittel länger als bei den Männern. Bei Männern wird der quantitative Überhang an Fällen durch eine niedrigere Anzahl an Tagen relativiert. Die Gruppe "Sonstige Krankheiten" liegt mit einem Geschlechterverhältnis von 46% zu 54% zwischen den MSB-Hauptgruppen und dem Gesamtbild aller Krankheitsgruppen (Abbildung 2.4, für Details siehe Übersicht A12 im Anhang).

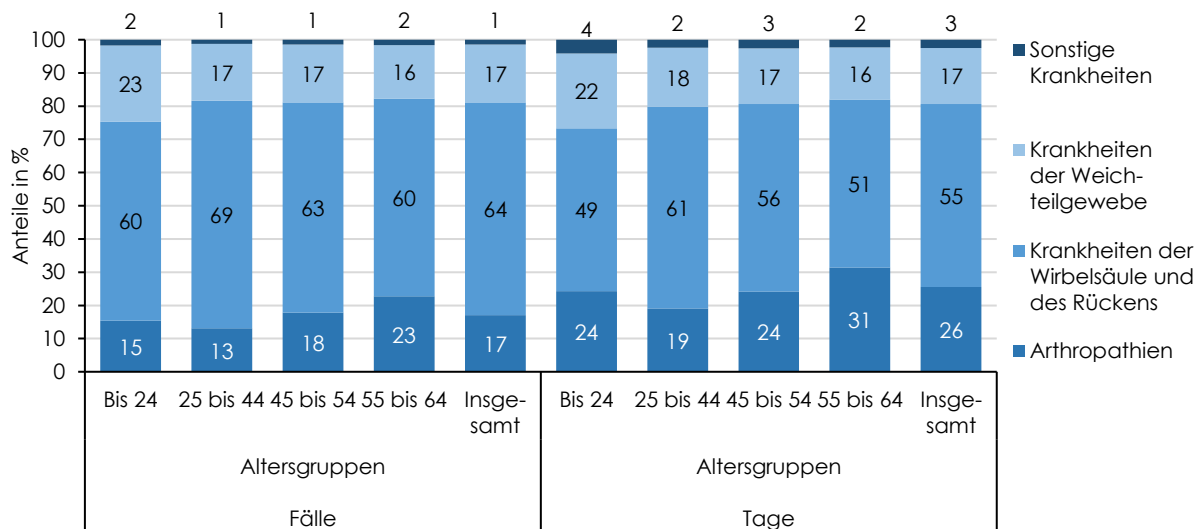
Altersgruppen

Abbildung 2.5 zeigt, wie sich die MSB-Krankenstandsfälle und -tage des Jahres 2025 innerhalb der Altersgruppen auf die vier Krankheitsgruppen verteilen.

In allen Altersgruppen entfällt der größte Anteil der MSB-Krankenstandsfälle auf Krankheiten der **Wirbelsäule und des Rückens**, mit dem höchsten Wert von 69% bei den 25- bis 44-Jährigen und Werten zwischen 60% und 63% in den übrigen Altersgruppen. Die Anteile der Tage bleiben mit Werten zwischen 49% und 61% durchgehend niedriger als die Anteile der Fälle, was die vergleichsweise kurze Dauer der Wirbelsäulen-Episoden widerspiegelt (Übersicht A14 im Anhang).

Abbildung 2.5: **Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage der Altersgruppen nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes**

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Die deutlichste altersspezifische Verschiebung betrifft die **Arthropathien**. Während sie bei den 25- bis 44-Jährigen 13% der MSB-Krankenstandsfälle und 19% der -tage ausmachen, steigt der Anteil mit zunehmendem Alter auf 23% der Fälle und 31% der Tage bei den 55- bis 64-Jährigen. In dieser ältesten Erwerbsgruppe entfällt damit nahezu ein Drittel aller MSB-Krankenstandstage auf Arthropathien. Der Anstieg passt zur zunehmenden Bedeutung degenerativer Gelenkerkrankungen, etwa der Gonarthrose, im höheren Lebensalter. Zugleich liegt der Anteil der Tage in jeder Altersgruppe deutlich über dem Anteil der Fälle, was die längere mittlere Dauer einer Arthropathie-Episode gegenüber einer Wirbelsäulen-Episode bestätigt (Übersicht A14 im Anhang).

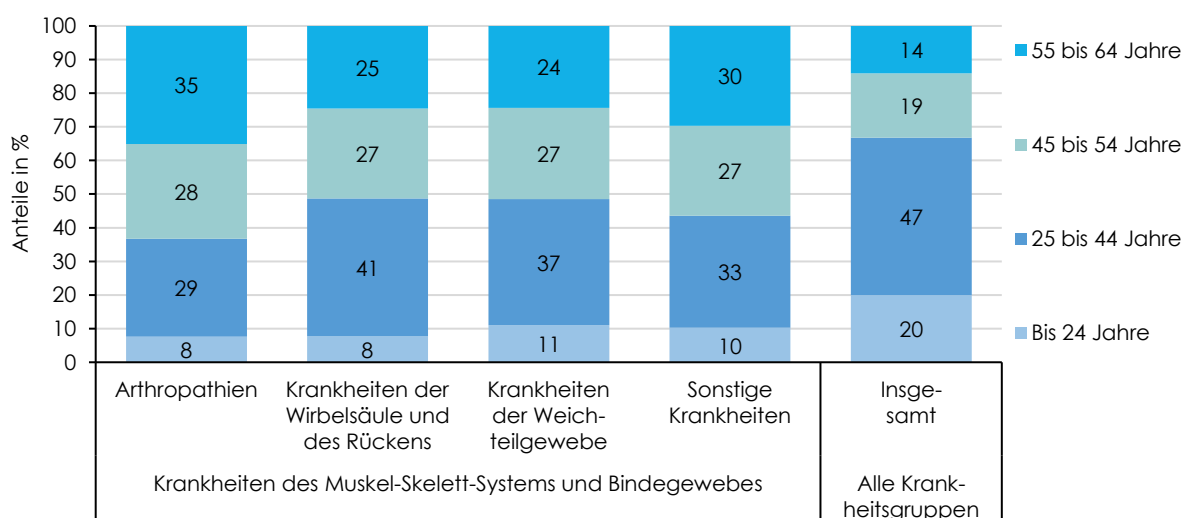
Bei den **Krankheiten der Weichteilgewebe** nimmt der Anteil mit zunehmendem Alter ab, sowohl bei den Fällen (von 23% bei den Jüngsten auf 16% bei den Ältesten) als auch bei den Tagen (von 22% auf 16%). Die Anteile der Fälle und Tage entsprechen sich in dieser Gruppe in allen Altersklassen näherungsweise. Auffällig ist schließlich die Gruppe "**Sonstige Krankheiten**" bei den bis 24-Jährigen: Mit einem Anteil von 4% der Tage und von 2% der Fälle liegt diese Altersgruppe über dem Wert der übrigen Altersgruppen (2% bis 3% der Tage). Wie Übersicht A15 im Anhang zeigt, geht dies maßgeblich auf den anteilig erhöhten Beitrag der Osteopathien und Chondropathien in dieser Altersgruppe zurück.

Abbildung 2.6 zeigt die Altersverteilung der **MSB-Krankenstandsfälle innerhalb jeder Krankheitsgruppe** sowie, als Vergleichswert, jene aller Krankheitsgruppen zusammengenommen. Während die Krankenstandsfälle aller Krankheitsgruppen zu 67% auf unselbstständig aktiv Beschäftigte unter 45 Jahre entfallen, sind die MSB-Krankheitsgruppen deutlich stärker auf die höheren Altersgruppen verlagert.

Am ausgeprägtesten ist dieser Altersschwerpunkt bei den Arthropathien: 35% der Krankheitsfälle in dieser Gruppe entfallen auf die 55- bis 64-Jährigen und weitere 28% auf die 45- bis 54-Jährigen, sodass 63% der Arthropathie-Fälle auf 45- bis 64-Jährige zurückgehen. Bei den Krankheitsfällen insgesamt liegt dieser Anteil bei nur 33%. Auch der Anteil der unter 25-Jährigen ist mit 8% der Arthropathie-Fälle gegenüber 20% bei allen Krankheitsgruppen deutlich niedriger. Diese Verteilung passt zur Bedeutung degenerativer Gelenkerkrankungen, deren Prävalenz mit dem Lebensalter steigt.

Abbildung 2.6: **Fälle – Verteilung der Krankheitsfälle der Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Altersgruppen**

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens weisen mit 41% der Fälle bei den 25- bis 44-Jährigen den höchsten Anteil dieser Altersgruppe unter den MSB-Hauptgruppen auf. Annähernd die Hälfte der Wirbelsäulen-Fälle (49%) entfällt auf Erwerbstätige unter 45 Jahren. Die Verteilung der Krankheiten der Weichteilgewebe über die Altersgruppen entspricht annähernd jener der gesamten MSB-Erkrankungen (Übersicht A16 im Anhang), mit einem Schwerpunkt bei den 25- bis 44-Jährigen (37%) und einem für die MSB-Gruppen vergleichsweise hohen Anteil der unter 25-Jährigen von 11%.

Die Gruppe "Sonstige Krankheiten" zeigt mit 30% bei den 55- bis 64-Jährigen ebenfalls eine Konzentration in den höheren Altersgruppen, getragen unter anderem durch altersassoziierte Diagnosen aus dem Bereich der Osteopathien (Übersicht A16 im Anhang).

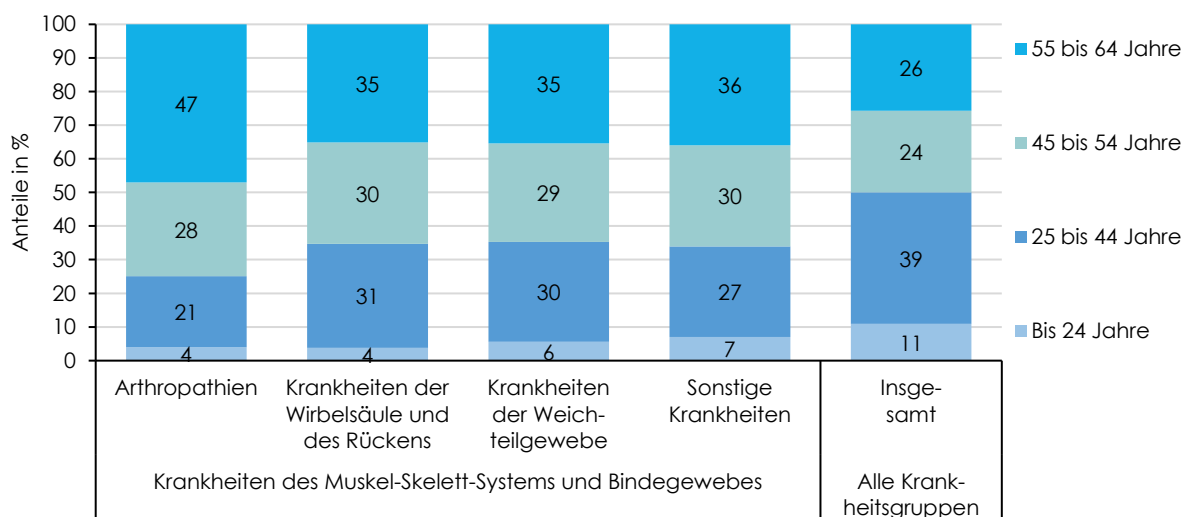
Abbildung 2.7 zeigt die Altersverteilung der **MSB-Krankenstandstage innerhalb jeder Krankheitsgruppe** sowie als Vergleichswert jene aller Krankheitsgruppen zusammengenommen. Wie

bei den Krankenstandsfällen in Abbildung 2.6 sind die MSB-Krankheitsgruppen stärker auf höhere Altersgruppen konzentriert als die Krankenstandstage aller Krankheitsgruppen. Bei den Krankenstandstagen fällt dieser Effekt zudem deutlicher aus als bei den Fällen.

Bei den Arthropathien entfallen 47% aller Krankenstandstage auf die 55- bis 64-Jährigen, weitere 28% auf die 45- bis 54-Jährigen, sodass drei Viertel aller Arthropathie-Krankenstandstage auf Personen ab 45 Jahren zurückgehen. Auf die unter 25-Jährigen entfallen lediglich 4% der Tage in dieser Gruppe. Verglichen mit Abbildung 2.6 liegt der Anteil der Tage der ältesten Erwerbsgruppe damit 12 Prozentpunkte über ihrem Anteil der Fälle von 35%. Arthropathie-Krankenstände der älteren Erwerbstätigen sind also nicht nur häufiger, sondern dauern im Mittel auch länger als jene der jüngeren (Übersicht A14 im Anhang).

Abbildung 2.7: **Tage – Verteilung der Krankenstandstage der Gruppen des Muskel-Skelettsystems und Bindegewebes nach Altersgruppen**

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Bei den Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens sowie bei den Krankheiten der Weichteilgewebe entfallen jeweils 35% der Krankenstandstage auf die 55- bis 64-Jährigen, rund 10 Prozentpunkte mehr als der Anteil der Fälle in den jeweiligen Gruppen. Auch in der Gruppe "Sonstige Krankheiten" konzentrieren sich die Krankenstandstage auf die älteren Altersgruppen (36% bei den 55- bis 64-Jährigen, 30% bei den 45- bis 54-Jährigen). Die Spreizung zwischen den Anteilen der Tage und Fälle fällt bei den 55- bis 64-Jährigen mit rund 6 Prozentpunkten allerdings geringer aus als in den beiden zuvor genannten Krankheitsgruppen.

Auch in der Verteilung aller Krankheitsgruppen ist die Verlagerung zu den höheren Altersgruppen sichtbar: Auf die 55- bis 64-Jährigen entfallen 26% der Tage bei 14% der Fälle. Das Niveau bleibt jedoch deutlich unter jenem der MSB-Krankheitsgruppen, in denen allein die Arthropathien fast die Hälfte ihrer Krankenstandstage in dieser ältesten Erwerbsgruppe verzeichnen. Die

MSB-bedingte Krankenstandsbelastung ist damit in den höheren Erwerbsaltersgruppen bei den Krankenstandstagen besonders konzentriert (Abbildung 2.7 und Übersicht A16 im Anhang).

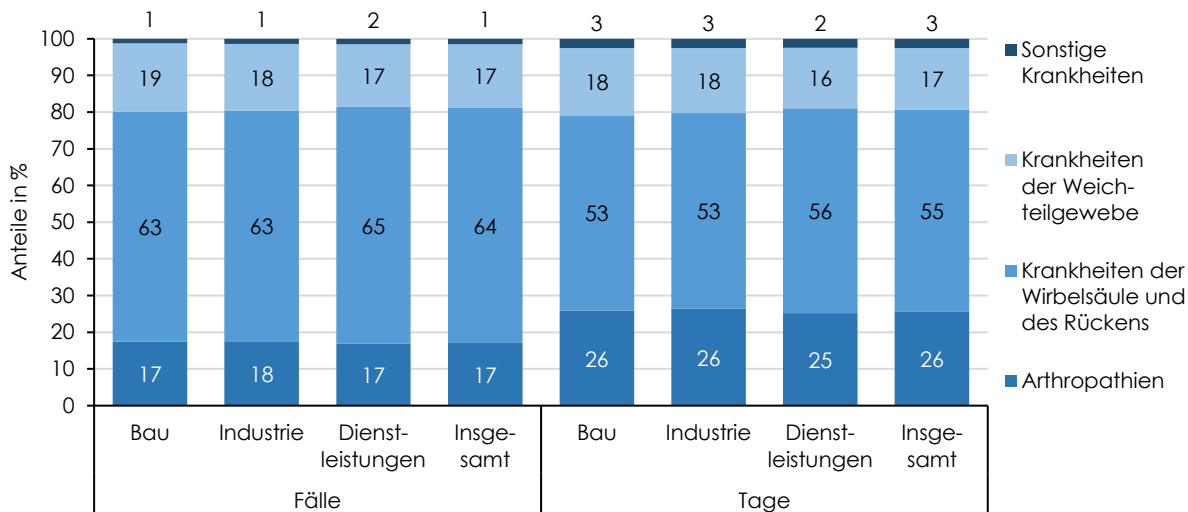
Wirtschaftsbereiche

Im Gesamtbild zeigt sich eine bemerkenswerte Ähnlichkeit der MSB-Belastungsstruktur zwischen den Wirtschaftsbereichen. Abbildung 2.8 zeigt die Verteilung der MSB-Krankenstandsfälle und -tage innerhalb der Wirtschaftsbereiche Bau, Industrie und Dienstleistungen auf die vier Krankheitsgruppen. In allen drei Sektoren entfallen 63% bis 65% der Krankenstandsfälle auf Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, 17% bis 18% auf Arthropathien und 17% bis 19% auf Krankheiten der Weichteilgewebe. Bei den Tagen liegen die jeweiligen Anteile bei 53% bis 56% für Wirbelsäulenerkrankungen, 25% bis 26% für Arthropathien und 16% bis 18% für Weichteilgewebe.

Die Unterschiede zwischen den Sektoren bewegen sich damit innerhalb weniger Prozentpunkte. Tendenziell weisen die Dienstleistungen einen geringfügig höheren Anteil an Wirbelsäulenerkrankungen auf (65% der Fälle, 56% der Tage), Bau und Industrie hingegen einen leicht höheren Anteil an Krankheiten der Weichteilgewebe (Fälle: 18% bis 19% gegenüber 17% bei den Dienstleistungen; Tage: je 18% gegenüber 16% bei den Dienstleistungen).

Abbildung 2.8: **Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage der Wirtschaftsbereiche nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes**

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Die Verteilung der MSB-Krankenstände auf die Diagnosegruppen ist innerhalb der Wirtschaftsbereiche somit weitgehend gleich. Unterschiede der MSB-Belastung zwischen den Wirtschaftsbereichen liegen demnach weniger in der Struktur der Diagnosen als darin, wie stark ein Bereich insgesamt von MSB-Krankenständen betroffen ist. Industrie und Bau sind gegenüber ihrem

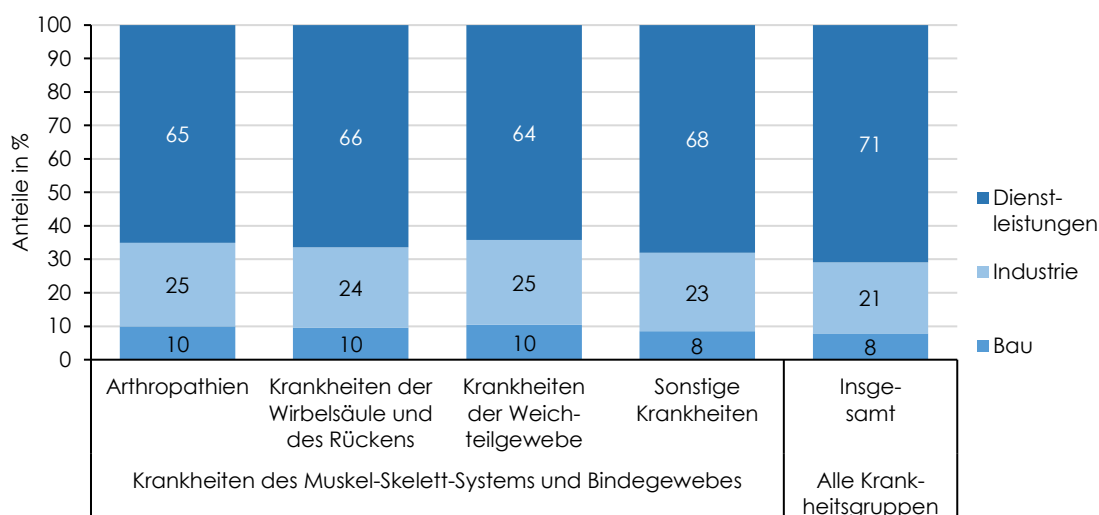
Beschäftigtenanteil überrepräsentiert (Abbildung 2.9 und Abbildung 2.10 sowie in den Übersicht A17 bis Übersicht A20 im Anhang).

Abbildung 2.9 zeigt die **Verteilung der MSB-Krankenstandsfälle** auf die Wirtschaftsbereiche Bau, Industrie und Dienstleistungen innerhalb jeder Krankheitsgruppe sowie, als Vergleichswert, jene aller Krankheitsgruppen zusammengenommen.

Die drei großen MSB-Krankheitsgruppen weisen eine weitgehend identische Verteilung über die Wirtschaftsbereiche auf: Auf den Bau entfallen jeweils 10%, auf die Industrie 24% bis 25% und auf die Dienstleistungen 64% bis 66% der Krankenstandsfälle. Verglichen mit der Verteilung aller Krankheitsgruppen (Bau 8%, Industrie 21%, Dienstleistungen 71%) zeigt sich bei den MSB-Krankheitsfällen eine erkennbare Überrepräsentation in Wirtschaftsbereichen mit mehr körperlicher Arbeit. Auf die Industrie entfallen 3 bis 4 Prozentpunkte mehr MSB-Fälle, als ihrem Anteil an allen Krankheitsfällen entspräche, auf den Bau 2 Prozentpunkte mehr.

Abbildung 2.9: **Fälle – Verteilung der Krankenstandsfälle der Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes nach Wirtschaftsbereichen**

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

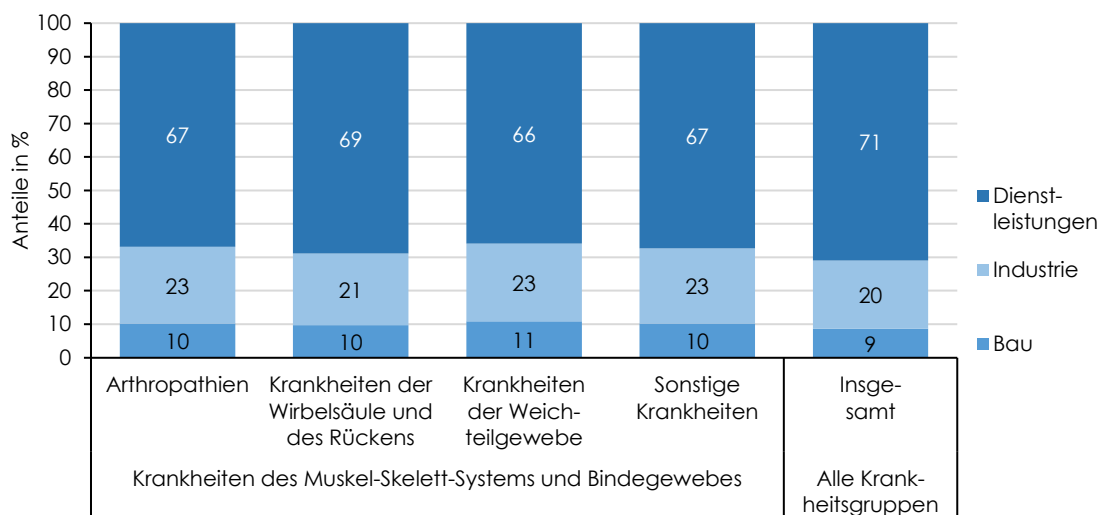
Vergleicht man die Verteilung der Krankenstandsfälle der MSB-Erkrankungen mit der Struktur der unselbstständig aktiv Beschäftigten nach Wirtschaftsbereichen (Bau 8%, Industrie 17%, Dienstleistungen 75%, Abbildung 2.1) fällt die Überrepräsentation der Industrie noch deutlicher aus: Ihre Anteile der MSB-Fälle von 24% bis 25% liegen rund 7 bis 8 Prozentpunkte über ihrem Beschäftigtenanteil. Auf den Bau entfällt mit 10% ein leicht höherer Anteil bei den MSB-Fällen als im Vergleich beim Beschäftigtenanteil mit 8%. Die Dienstleistungen sind mit einem Anteil von MSB-Fällen von 64% bis 66% gegenüber einem Beschäftigtenanteil von 75% entsprechend unterrepräsentiert.

Die Gruppe "Sonstige Krankheiten" weicht von diesem Muster ab. Mit 8% Bau, 23% Industrie und 68% Dienstleistungen liegt sie näher an der Verteilung aller Krankheitsgruppen. Dies passt zur Heterogenität der dort zusammengefassten Diagnosen, deren Auftreten weniger an arbeitsbedingte körperliche Belastung gebunden ist.

Abbildung 2.10 zeigt die **Verteilung der MSB-Krankenstandstage** auf die drei Wirtschaftsbereiche Bau, Industrie und Dienstleistungen innerhalb jeder Krankheitsgruppe sowie, als Vergleichswert, jene aller Krankheitsgruppen zusammengenommen. Die Verteilung der MSB-Krankenstandstage nach den drei Wirtschaftsbereichen folgt im Wesentlichen dem Muster der Krankenstandsfälle aus Abbildung 2.9, fällt im Detail jedoch etwas anders aus.

Bei den drei großen MSB-Krankheitsgruppen entfallen 10% bis 11% der Krankenstandstage auf den Bau, 21% bis 23% auf die Industrie und 66% bis 69% auf die Dienstleistungen. Verglichen mit allen Krankenstandstage (Bau 9%, Industrie 20%, Dienstleistungen 71%) bleibt die Überrepräsentation der Wirtschaftsbereiche mit mehr körperlicher Arbeit auch bei den MSB-Krankenstandstagen erhalten, ist jedoch geringer als bei den Fällen. Während die Industrie bei den MSB-Krankenstandsfällen einen um 3 bis 4 Prozentpunkte höheren Anteil als bei allen Krankenstandsfällen aufweist, beträgt der Unterschied bei den Tagen nur 1 bis 3 Prozentpunkte. Dieser Unterschied in der Verteilung der Fälle und Tage deutet darauf hin, dass MSB-Krankenstände in der Industrie im Mittel kürzer sind als im Bauwesen und in den Dienstleistungen (Übersicht A18 im Anhang).

Abbildung 2.10: **Tage – Verteilung der Krankenstandstage der Gruppen des Muskel-Skelettsystems und Bindegewebes nach Wirtschaftsbereichen**
2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Die Gruppe "Sonstige Krankheiten" weist mit 10% im Bau, 23% in der Industrie und 67% bei den Dienstleistungen eine zu den MSB-Hauptgruppen vergleichbare Verteilung über die Wirtschaftsbereiche auf, während sie bei den Fällen (Abbildung 2.9) noch näher an der Verteilung aller Krankheitsgruppen liegt. Diese Verschiebung dürfte mit den längeren mittleren Krankenstandsdauern der unter "Sonstige Krankheiten" subsumierten degenerativen oder chronischen Diagnosen zusammenhängen.

2.3.3 Wiederkehrende Episoden bei Muskel-Skelett-Erkrankungen

Die in Übersicht 2.4 dargestellten Ergebnisse zeigen, wie häufig Personen mit MSB-Erkrankungen im Jahr 2025 mehrere MSB-Krankenstandsepisoden aufweisen und wie lange die zugehörigen Krankenstände dauern. Bei 144.094 Frauen (77,6% der MSB-Frauen) und 193.445 Männern (74,4% der MSB-Männer) bleibt es 2025 bei einer einzigen MSB-Episode. Die übrigen rund 25% der MSB-Personen weisen zwei oder mehr Episoden auf, wobei Männer anteilig etwas häufiger mehrfach betroffen waren als Frauen. Auf vier oder mehr MSB-Episoden im Jahr kamen 3.894 Frauen (2,1%) und 7.126 Männer (2,7%).

Mit der Zahl der Episoden steigt die jährliche MSB-Krankenstandsdauer deutlich an. Bei Personen mit einer Episode liegt sie im Mittel bei 20 Tagen (Frauen) bzw. 18 Tagen (Männer), bei zwei Episoden bei 29 bzw. 25 Tagen, bei drei Episoden bei 36 bzw. 31 Tagen und bei vier oder mehr Episoden bei 43 bzw. 37 Tagen. Frauen verzeichnen in jeder Episodenklasse durchgängig längere mittlere Krankenstandsdauern als Männer, mit einem Abstand, der von 2 Tagen bei Einmal-Episoden auf 6 Tage bei vier oder mehr Episoden anwächst.

Übersicht 2.4: **Wiederkehrende Episoden von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes innerhalb des Jahres 2025**

Anzahl der Episoden	Frauen			Männer		
	Erkrankte Personen Anzahl	Krankenstandstage		Erkrankte Personen Anzahl	Krankenstandstage	
		Mittelwert	Median		Mittelwert	Median
1	144.094	20	7	193.445	18	5
2	29.877	29	16	46.123	25	13
3	7.848	36	23	13.211	31	19
4 und mehr	3.894	43	31	7.126	37	26

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Der durchgängige Abstand zwischen Mittelwert und Median weist auf eine rechtsschiefe Verteilung der MSB-Krankenstandsdauern hin. Bei Frauen mit einer Episode steht einem Mittelwert von 20 Tagen ein Median von 7 Tagen gegenüber, bei Männern einem Mittelwert von 18 Tagen ein Median von 5 Tagen. Eine Mehrheit der Erkrankten weist somit deutlich kürzere MSB-Krankenstände auf, als der Mittelwert nahelegt. Eine Minderheit erhöht den Mittelwert durch besonders lange Krankenstände.

2.3.4 Zusammentreffen von Muskel-Skelett-Erkrankungen mit weiteren Krankenständen

Charakteristisch für MSB-Erkrankungen ist, dass sie häufig zusammen mit anderen Erkrankungen zu Arbeitsausfällen führen. Übersicht 2.5, Abbildung 2.11 und Abbildung 2.12 zeigen, wie sich das gesamte Krankenstandsgeschehen der Personen mit MSB-Erkrankungen, also einschließlich aller nicht-MSB-bedingten Krankenstände dieser Personen, über die verschiedenen Krankheitsgruppen verteilt. Im Mittel verzeichnen MSB-Personen 2025 3,2 Krankenstandsfälle mit einer mittleren Falldauer von 10,4 Tagen (Übersicht 2.1).

Auf MSB-Diagnosen entfielen 42,2% aller Krankenstandsfälle dieser Personen, gleichzeitig jedoch 62,7% ihrer Krankenstandstage. MSB-Krankenstände tragen damit zu weniger als der Hälfte der Krankenstandsfälle, aber zu nahezu zwei Drittel der Krankenstandstage bei. MSB-Krankenstände dauerten mit durchschnittlich 15,4 Tagen pro Fall deutlich länger als die anderen Krankenstände dieser Personen, die im Mittel nur 6,7 Tage in Anspruch nahmen.

Unter den anderen Krankheitsgruppen prägen kurze, häufige Erkrankungen das Bild. Krankheiten des Atmungssystems machen mit 26,2% der Fälle den größten Anteil aus, tragen bei einer mittleren Falldauer von 5,2 Tagen jedoch nur 13,0% zu den Krankenstandstagen bei. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten zeigen mit 8,4% der Fälle bei 3,1% der Tage und einer mittleren Dauer von 3,8 Tagen ein ähnliches Muster.

Übersicht 2.5: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage von Personen mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Krankheitsgruppen

2025, bis 64-Jährige

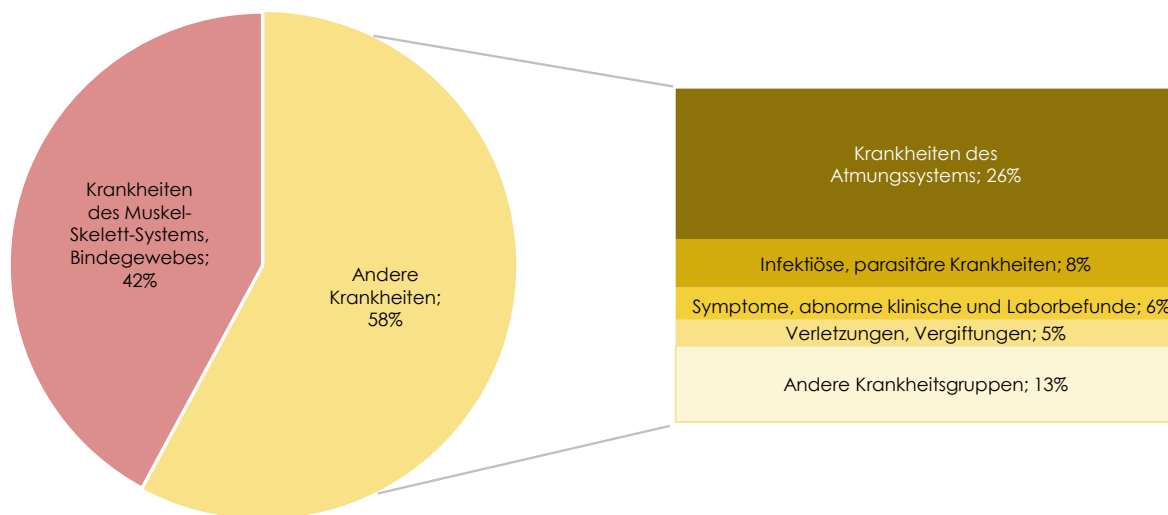
	Fälle	Tage	Dauer der Fälle
	Anteile in %		Ø Anzahl Tage
Alle Krankheitsgruppen	100,0	100,0	10,4
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	42,2	62,7	15,4
Andere Krankheiten	57,8	37,3	6,7
Krankheiten des Atmungssystems	26,2	13,0	5,2
Verletzungen, Vergiftungen	4,5	7,0	16,0
Psychische und Verhaltensstörungen	1,9	3,4	19,0
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	8,4	3,1	3,8
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	5,6	2,3	4,3
Krankheiten des Verdauungssystems	3,0	1,8	6,1
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,0	1,2	12,0
Krankheiten des Nervensystems	1,8	1,0	5,9
Restliche Krankheitsgruppen	5,3	4,4	8,7

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Bei einigen Krankheitsgruppen liegt der Anteil der Tage dagegen über jenem der Fälle, was auf längere mittlere Krankenstände hinweist. Verletzungen und Vergiftungen erreichen mit 16,0 Tagen pro Fall eine zu MSB-Diagnosen vergleichbare Größenordnung, psychische und Verhaltensstörungen mit 19,0 Tagen sogar eine höhere. Beide Krankheitsgruppen machen jedoch mit 4,5% bzw. 1,9% der Krankenstandsfälle einen vergleichsweise kleinen Anteil am Gesamtgeschehen aus.

Abbildung 2.11: **Fälle – Verteilung der Krankenstandsfälle von Personen mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Krankheitsgruppen**

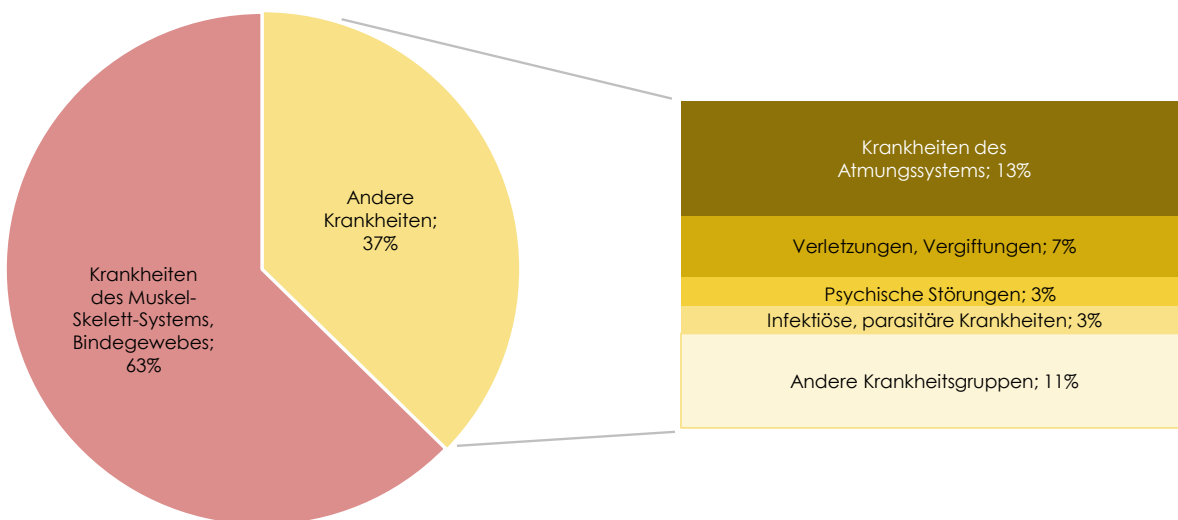
2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2.12: **Tage – Verteilung der Krankenstandstage von Personen mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Krankheitsgruppen**

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Im Gesamtbild zeigt sich, dass MSB-Krankenstände im Krankenstandsprofil dieser Personen eine strukturprägende Rolle einnehmen: Sie umfassen einerseits den klar überwiegenden Anteil der Krankenstandstage, sind andererseits jedoch nur eine von mehreren Krankheitsgruppen, die diese Personen im Jahresverlauf zu Krankenständen führen.

Abbildung 2.11 visualisiert die in Übersicht 2.5 dargestellte Verteilung der Krankenstandsfälle von Personen mit MSB-Erkrankungen auf die einzelnen Krankheitsgruppen; Abbildung 2.12 die entsprechende Verteilung der Krankenstandstage.

2.4 Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Fehlzeiten aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

Nach der bisherigen Darstellung von Umfang und Struktur der MSB-Erkrankungen rückt nun deren Behandlung in den Mittelpunkt. Untersucht wird, welche niedergelassenen und ambulanten Leistungen Personen mit MSB-Erkrankungen in welchem Ausmaß in Anspruch nehmen. Betrachtet werden dabei sowohl Reichweite und Häufigkeit der Nutzung als auch Unterschiede nach Geschlecht, Alter, Wirtschaftsbereich und Krankenstandsdauer. Abschließend wird die zeitliche Abfolge der Gesundheitsdienstleistungen im Zusammenhang mit der jeweiligen MSB-Episode analysiert.

2.4.1 Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen nach Leistungsgruppen bei Personen mit und ohne MSB-Erkrankungen

Abbildung 2.13 vergleicht die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen zwischen MSB-Personen und Personen mit Krankenständen ohne MSB-Diagnose im Jahr 2025. Die einzelnen ÖGK-Vertragsfachgruppen wurden dazu auf Basis ihres typischen Tätigkeitsspektrums zu insgesamt 15 Leistungsgruppen zusammengefasst. Die Abbildung besteht aus zwei Teilen: einer mit den 7 Leistungsgruppen, die strukturell mit MSB-Erkrankungen in Zusammenhang stehen (Orthopädie und Unfallchirurgie, physikalische Medizin, Therapieberufe, Bildgebung, sonstige Chirurgien, Neurologie und Psychiatrie sowie die Allgemeinmedizin als grundständiger Versorgungsanker), und einer Validierungsabbildung mit den acht übrigen Leistungsgruppen ohne erkennbaren MSB-Bezug.

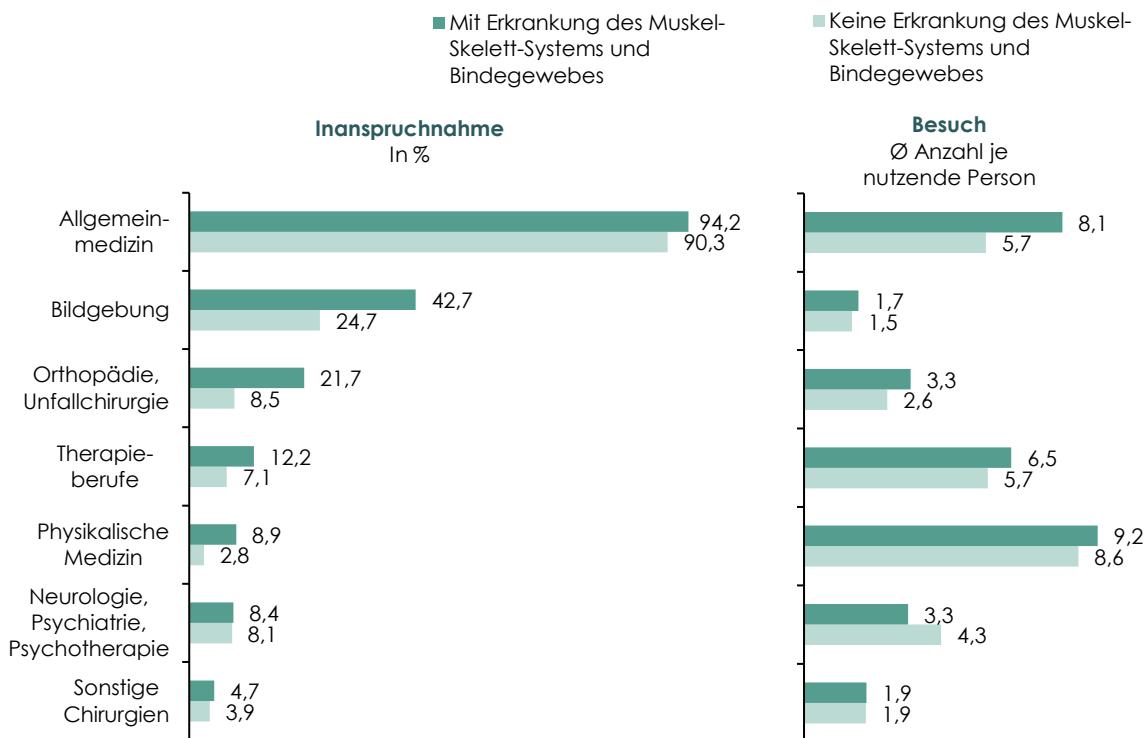
Für jede Leistungsgruppe werden zwei Dimensionen ausgewiesen. Zum einen der Anteil der MSB-Personen mit mindestens einem Besuch ("Inanspruchnahme, in %") und zum anderen die durchschnittliche Anzahl an Besuchen der nutzenden Personen ("Besuch, Ø Anzahl je nutzende Person").

Bei den MSB-relevanten Leistungsgruppen zeigen sich erhebliche Unterschiede in der Reichweite. Die größte Differenz weist die Bildgebung auf (42,7% gegenüber 24,7%, Differenz 18 Prozentpunkte), gefolgt von Orthopädie und Unfallchirurgie (21,7% gegenüber 8,5%, Differenz 13,2 Prozentpunkte). Auch physikalische Medizin (8,9% gegenüber 2,8%, Differenz 6,1 Prozentpunkte) und Therapieberufe (12,2% gegenüber 7,1%, Differenz 5,1 Prozentpunkte) werden von MSB-Personen deutlich häufiger genutzt. Bei der Allgemeinmedizin liegen die Reichweiten in beiden Gruppen mit 94,2% gegenüber 90,3% nahezu auf gleich hohem Niveau.

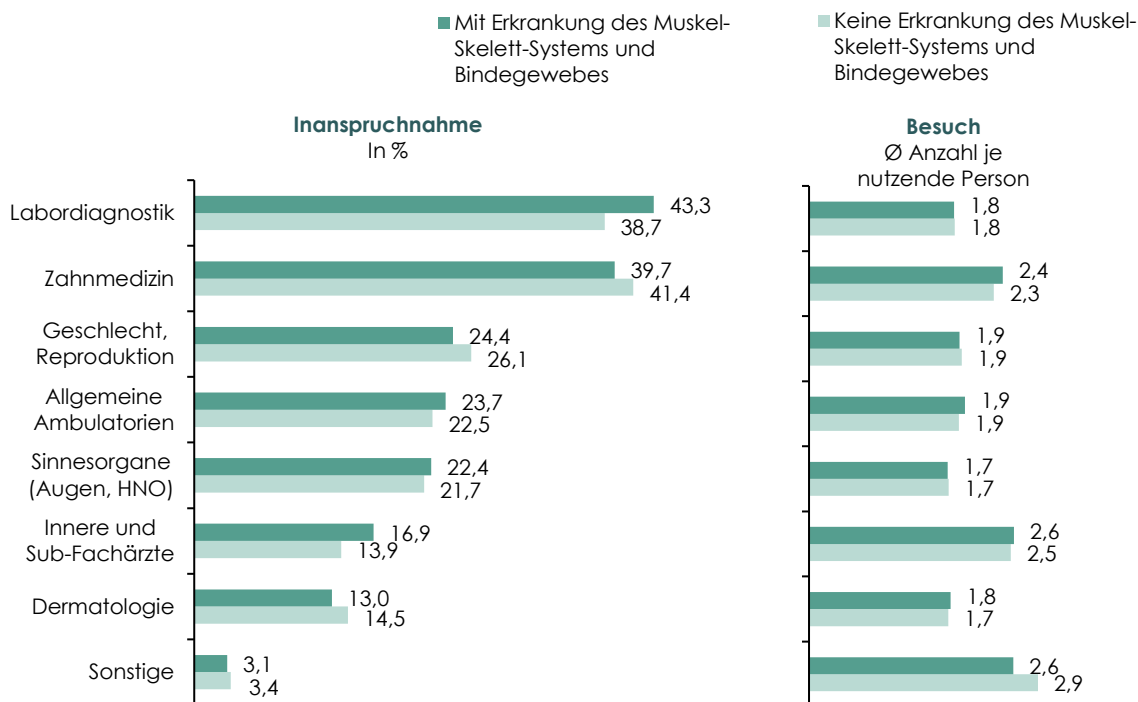
Abbildung 2.13: **In Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen nach Leistungsgruppen von Personen mit bzw. ohne Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes**

2025, bis 64-Jährige

Gesundheitsdienstleistungen nach Leistungsgruppen, die im Zusammenhang mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes stehen können



Gesundheitsdienstleistungen nach Leistungsgruppen, die keinen eindeutigen Zusammenhang mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes haben



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen. – Eine Zuordnung der Fachgruppen zu Leistungsgruppen findet sich in Übersicht A21 im Anhang.

In Bezug auf Häufigkeiten tritt die Allgemeinmedizin in den Vordergrund: MSB-Personen, die Leistungen von Allgemeinmediziner:innen in Anspruch nehmen, suchen diese durchschnittlich 8,1-mal im Jahr auf, nicht-MSB-Personen nur 5,7-mal. Die Allgemeinmedizin erweist sich damit als zentrale Anlaufstelle bei MSB-Erkrankungen, was in der reinen Reichweitenbetrachtung wenig sichtbar wird. Bei den übrigen MSB-relevanten Leistungsgruppen liegen die Unterschiede in der Häufigkeit meist unter einem zusätzlichen Besuch. Eine bemerkenswerte Ausnahme bildet die Gruppe Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie: Bei nahezu identischer Reichweite (8,4% gegenüber 8,1%) liegt die Besuchsfrequenz von MSB-Personen mit 3,3 unter jener der Vergleichsgruppe mit 4,3.

Die Leistungsgruppen ohne erkennbaren MSB-Bezug zeigen demgegenüber nur geringe Unterschiede zwischen den beiden Gruppen und stützen damit die oben dargestellten Befunde als tatsächlich MSB-spezifisch: Bei Zahnmedizin, Geschlecht und Reproduktion, Sinnesorganen, Dermatologie und allgemeinen Ambulatorien bewegen sich die Differenzen in beiden Dimensionen im einstelligen Prozentpunkt- (Reichweite) bzw. Zehntel-Bereich (Häufigkeit). Zwei kleinere Ausnahmen in Bezug auf die Reichweite sind die Labordiagnostik (43,3% gegenüber 38,7%, Differenz 4,6 Prozentpunkte) und die inneren und Sub-Fachärzte (16,9% gegenüber 13,9%, Differenz 3,0 Prozentpunkte), die plausibel auf eine etwas höhere allgemeine Morbidität der MSB-Personen zurückgehen, ohne die MSB-spezifischen Befunde zu relativieren.

Die nachfolgenden Darstellungen (Abbildung 2.14 bis Abbildung 2.18) lösen die aggregierten Leistungsgruppen in einzelne Vertragsfachgruppen auf, beispielsweise Fachärzt:innen für "Radiologie" und "Bildgebende Leistungen" statt der Sammelgruppe "Bildgebung".

2.4.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen von MSB-Personen nach einzelnen Fachgruppen

Abbildung 2.14 löst die in Abbildung 2.13 in Gruppen dargestellten MSB-relevanten Gesundheitsdienstleistungen in die zugrundeliegenden Fachgruppen auf. Für jede Fachgruppe ist der Anteil der MSB-Personen mit mindestens einem Besuch im Jahr 2025 sowie die durchschnittliche Anzahl an Besuchen je nutzende Person ausgewiesen.

Inanspruchnahme, MSB-Personen – insgesamt

Allgemeinmediziner:innen werden mit einer Reichweite von 94,2% von nahezu allen MSB-Personen aufgesucht, durchschnittlich 8,1-mal im Jahr. In der bildgebenden Diagnostik teilt sich das Geschehen auf Fachärzt:innen für Radiologie (33,0%) und "Bildgebende Leistungen"⁵⁵⁾ (20,9%), mit jeweils rund einem Besuch pro Person. Im orthopädischen Bereich trägt eine einzige Fachgruppe nahezu die gesamte Gruppe: die orthopädischen Leistungen mit 19,5% Reichweite und durchschnittlich 3,3 Besuchen. Unfallchirurg:innen (2,2%) sowie Orthopädie und Traumatologie (1,0%) erreichen demgegenüber nur kleine Anteile.

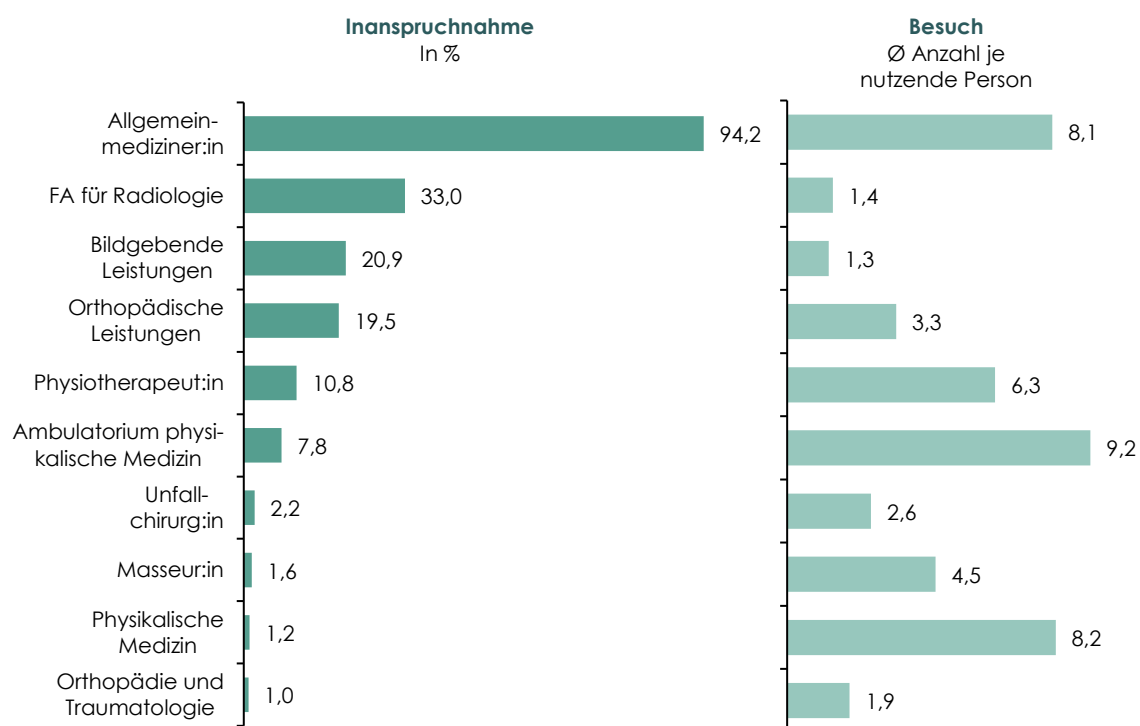
Die therapeutisch geprägten Fachgruppen zeigen das Muster "geringe Reichweite, hohe Häufigkeit". Physiotherapie wird von 10,8% der MSB-Personen genutzt, dann jedoch mit durchschnittlich 6,3 Besuchen je nutzende Person. Beim Ambulatorium für physikalische Medizin (7,8% Reichweite) liegt die durchschnittliche Besuchszahl mit 9,2 Besuchen je nutzende Person noch

⁵⁵⁾ Die Fachgruppe "Bildgebende Leistungen" umfasst Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MR) und sonstige bildgebende technische Leistungen.

höher. Auch die niedergelassene physikalische Medizin (1,2% Reichweite) und Masseur:innen (1,6% Reichweite) erreichen nur kleine Anteile, werden aber mit 8,2 bzw. 4,5 Besuchen je nutzende Person häufiger aufgesucht.

Abbildung 2.14: **In Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes**

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen. – FA ... Facharzt bzw. Fachärztin. – Eine vollständige Aufstellung aller Fachgruppen findet sich in Übersicht A21 im Anhang.

Die in Abbildung 2.14 sichtbaren Ergebnisse nach Fachgruppen gehen damit teils auf eine breite Nutzung zurück (Allgemeinmedizin, Radiologie, orthopädische Leistungen), teils auf eine schmalere, dafür häufigere Inanspruchnahme (Physiotherapie, physikalische Medizin).

Inanspruchnahme nach Geschlecht

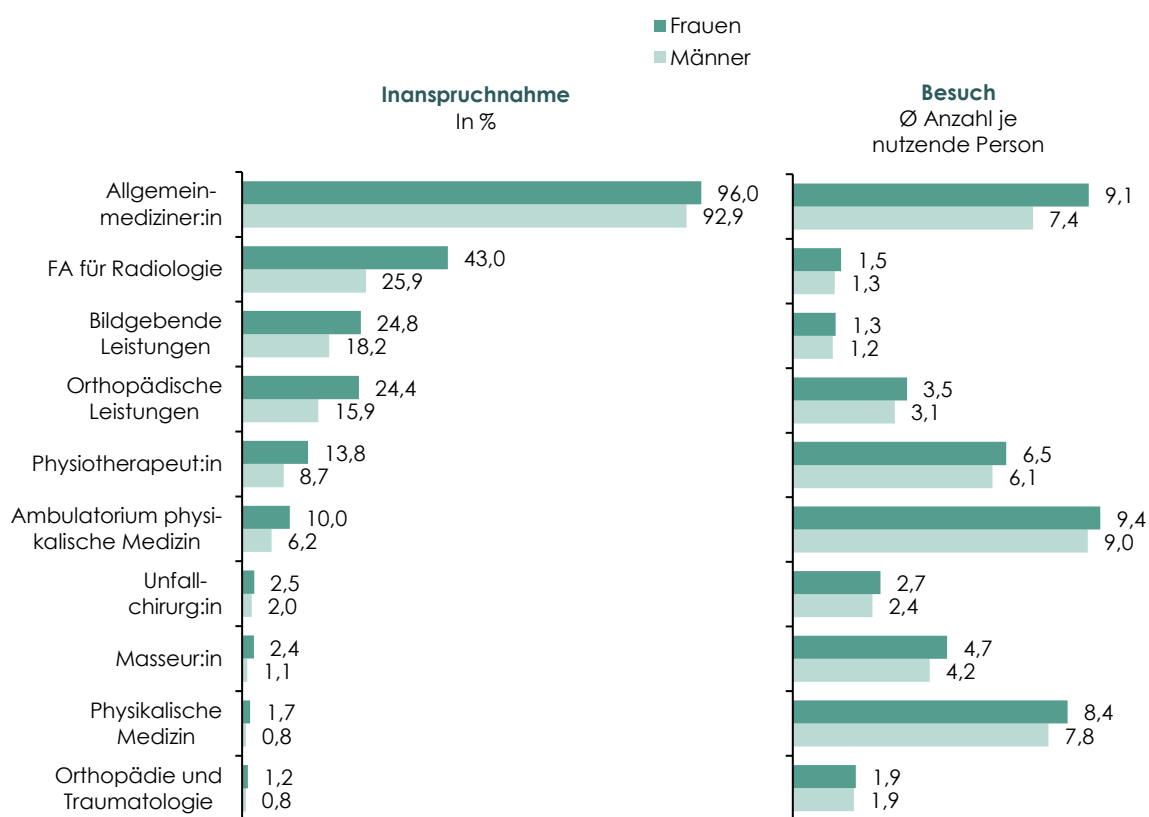
Abbildung 2.15 differenziert die in Abbildung 2.14 dargestellte Inanspruchnahme der MSB-relevanten Fachgruppen nach Geschlecht.

In jeder der zehn dargestellten Fachgruppen liegt die Inanspruchnahme von MSB-Frauen über jener der MSB-Männer. Die größte absolute Differenz weist die Fachärzt:innenschaft für Radiologie auf (43,0% gegenüber 25,9%, Differenz 17,1 Prozentpunkte). Deutlich höhere Reichweiten bei Frauen zeigen sich auch bei orthopädischen Leistungen (24,4% gegenüber 15,9%, Differenz 8,5 Prozentpunkte), bildgebenden Leistungen (24,8% gegenüber 18,2%, Differenz 6,6 Prozentpunkte) und Physiotherapie (13,8% gegenüber 8,7%, Differenz 5,1 Prozentpunkte). Bei einigen Fachgruppen ist die Reichweite bei Frauen mehr als doppelt so hoch wie bei Männern, etwa

bei Masseur:innen (2,4% gegenüber 1,1%) und bei der niedergelassenen physikalischen Medizin (1,7% gegenüber 0,8%), allerdings bei einem insgesamt niedrigen Niveau.

Abbildung 2.15: **In Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Geschlecht**

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen. – FA ... Facharzt bzw. Fachärztin.

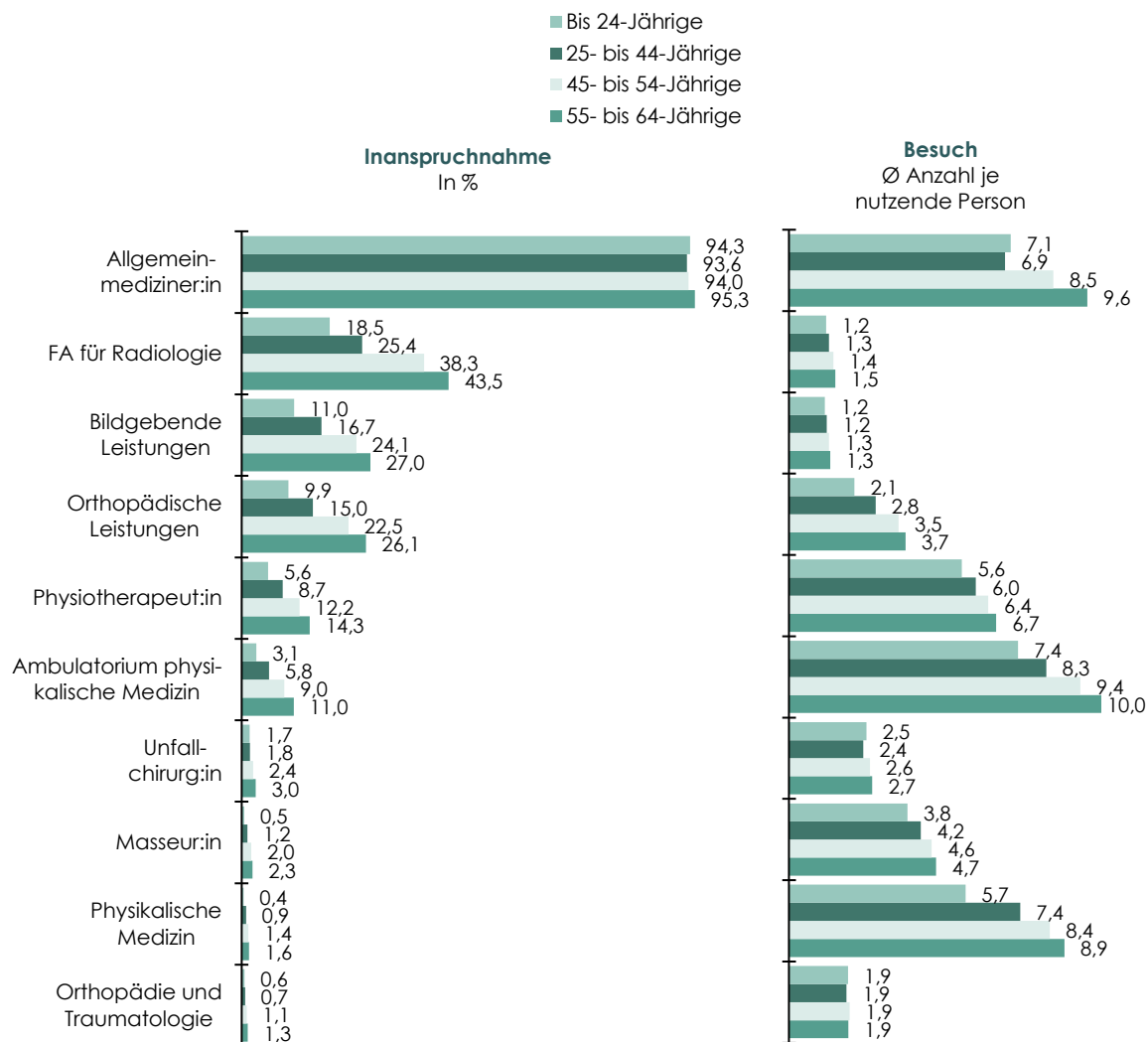
In Bezug auf die Häufigkeit der Besuche fallen die Geschlechterunterschiede deutlich geringer aus. Eine markante Ausnahme bildet die Allgemeinmedizin, da Frauen mit MSB-Erkrankungen Allgemeinmediziner:innen durchschnittlich 9,1-mal im Jahr 2025 besuchen, Männer hingegen nur 7,4-mal. Bei allen anderen Fachgruppen liegen die durchschnittlichen Besuchszahlen von Frauen und Männern eng beieinander.

Inanspruchnahme nach Altersgruppen

Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von MSB-Personen weist ein ausgeprägtes Altersgefälle auf: Sowohl die Reichweite als auch die Häufigkeit steigen in nahezu allen Fachgruppen mit zunehmendem Alter deutlich an. Abbildung 2.16 zeigt die Inanspruchnahme der MSB-relevanten Fachgruppen durch Personen mit MSB-Erkrankungen, getrennt nach den vier Altersgruppen: bis 24-Jährige, 25- bis 44-Jährige, 45- bis 54-Jährige und 55- bis 64-Jährige.

Abbildung 2.16: In Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Altersgruppen

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen. – FA ... Fachärztin. – Abweichungen der Reihenfolge der Gesundheitsdienstleistungen bei den bis 24-Jährigen: 8. Stelle Orthopädie und Traumatologie, 9. Stelle Masseur:in, 10. Stelle physikalische Medizin.

Die Allgemeinmedizin erreicht alle Altersgruppen nahezu vollständig (93,6% bis 95,3%). Die durchschnittliche Anzahl an Besuchen je nutzende Person steigt jedoch mit dem Alter spürbar an, von 7,1 Besuchen bei den unter 25-Jährigen auf 9,6 Besuche bei den 55- bis 64-Jährigen.

Bei nahezu allen weiteren MSB-relevanten Fachgruppen steigt mit dem Alter sowohl die Reichweite als auch die Häufigkeit der Besuche an. Besonders ausgeprägt fällt der Reichweitenanstieg bei Fachärzt:innen für Radiologie (18,5% auf 43,5%), den orthopädischen Leistungen (9,9% auf 26,1%) und der Physiotherapie (5,6% auf 14,3%) aus. Bei den kleinen, häufig besuchten

Fachgruppen erreicht die altersbezogene Erhöhung der Reichweite Faktoren von drei und mehr, etwa beim Ambulatorium für physikalische Medizin (3,1% auf 11,0%), bei Masseur:innen (0,5% auf 2,3%) und der niedergelassenen physikalischen Medizin (0,4% auf 1,6%).

Eine besondere Stellung nimmt die bildgebende Diagnostik ein. Während die Reichweite stark altersabhängig ist, bleibt die Zahl der durchschnittlichen Besuche je nutzende Person mit Werten von 1,2 und 1,3 weitgehend konstant. Bildgebende Leistungen werden altersübergreifend tendenziell einmalig in Anspruch genommen, lediglich der Anteil der Personen, die sie überhaupt benötigen, wächst mit dem Alter.

Wirtschaftsbereiche

Abbildung 2.17 zeigt die Inanspruchnahme der MSB-relevanten Fachgruppen durch Personen mit MSB-Erkrankungen, getrennt nach den Wirtschaftsbereichen Bauwesen, Industrie und Dienstleistungen.

Die Inanspruchnahme MSB-relevanter Leistungen variiert zwischen den drei Wirtschaftsbereichen deutlich, während die Unterschiede in der Besuchshäufigkeit je nutzende Person gering bleiben. Bei der Reichweite – also dem Anteil der Personen, die eine Fachgruppe überhaupt aufsuchen – zeigen sich teils erhebliche sektorspezifische Abstände, die sich über nahezu alle Fachgruppen hinweg zuungunsten des Bauwesens erstrecken.

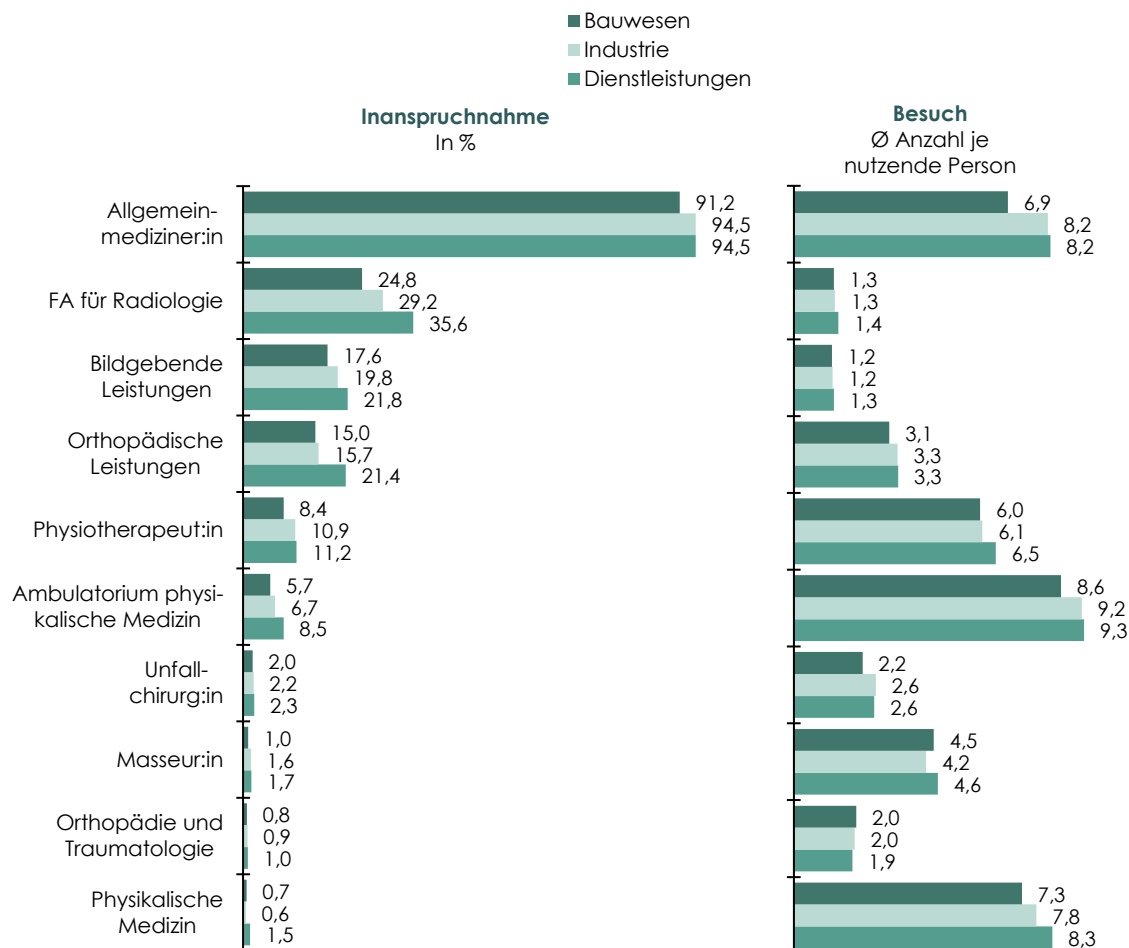
Die Allgemeinmedizin wird in Industrie und Dienstleistungen mit jeweils 94,5% nahezu von allen MSB-Personen aufgesucht, im Bauwesen mit 91,2% etwas seltener. Dieser Unterschied trifft auch auf die Besuche zu. MSB-Personen im Bauwesen verzeichnen mit 6,9 Besuchen im Jahr 2025 durchschnittlich 1,3 weniger Besuche bei Allgemeinmediziner:innen als jene in Industrie und Dienstleistungen (jeweils 8,2 Besuche). Die Bauwirtschaft fällt damit als einziger Bereich mit deutlich reduzierter hausärztlicher Inanspruchnahme bei MSB-Erkrankungen auf.

Bei den fachärztlichen, diagnostischen und therapeutischen Fachgruppen weist der Wirtschaftsbereich Dienstleistungen durchgängig die höchste Reichweite auf, gefolgt von Industrie und Bauwesen. Die größte Spannweite zeigt sich bei der bildgebenden Diagnostik: Fachärzt:innen für Radiologie werden von 35,6% der MSB-Personen im Dienstleistungsbereich aufgesucht, gegenüber 29,2% in der Industrie und 24,8% im Bauwesen. Ähnliche Abstände zwischen den Wirtschaftsbereichen finden sich bei den orthopädischen Leistungen (Bauwesen 15,0%, Industrie 15,7%, Dienstleistungen 21,4%) sowie beim Ambulatorium für physikalische Medizin (Bauwesen 5,7%, Industrie 6,7%, Dienstleistungen 8,5%). Die niedergelassene physikalische Medizin wird im Dienstleistungsbereich mehr als doppelt so häufig in Anspruch genommen wie im Bauwesen oder in der Industrie (1,5% gegenüber 0,7% und 0,6%).

In Bezug auf die Häufigkeiten unterscheiden sich die Wirtschaftsbereiche bei den fachärztlichen und therapeutischen Leistungen kaum. Die durchschnittlichen Besuche je nutzende Person liegen in allen drei Bereichen auf vergleichbarem Niveau. Die MSB-relevante Versorgung im Bauwesen wirkt damit insgesamt weniger breit, Besuche finden je nutzende Person aber nicht seltener statt.

Abbildung 2.17: **In Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach Wirtschaftsbereichen**

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen. – Abweichungen der Reihenfolge der Gesundheitsdienstleistungen bei den Dienstleistungen: 9. Stelle physikalische Medizin, 10. Stelle Orthopädie und Traumatologie. – FA ... Facharzt bzw. Fachärztin.

Dauer von Krankenständen

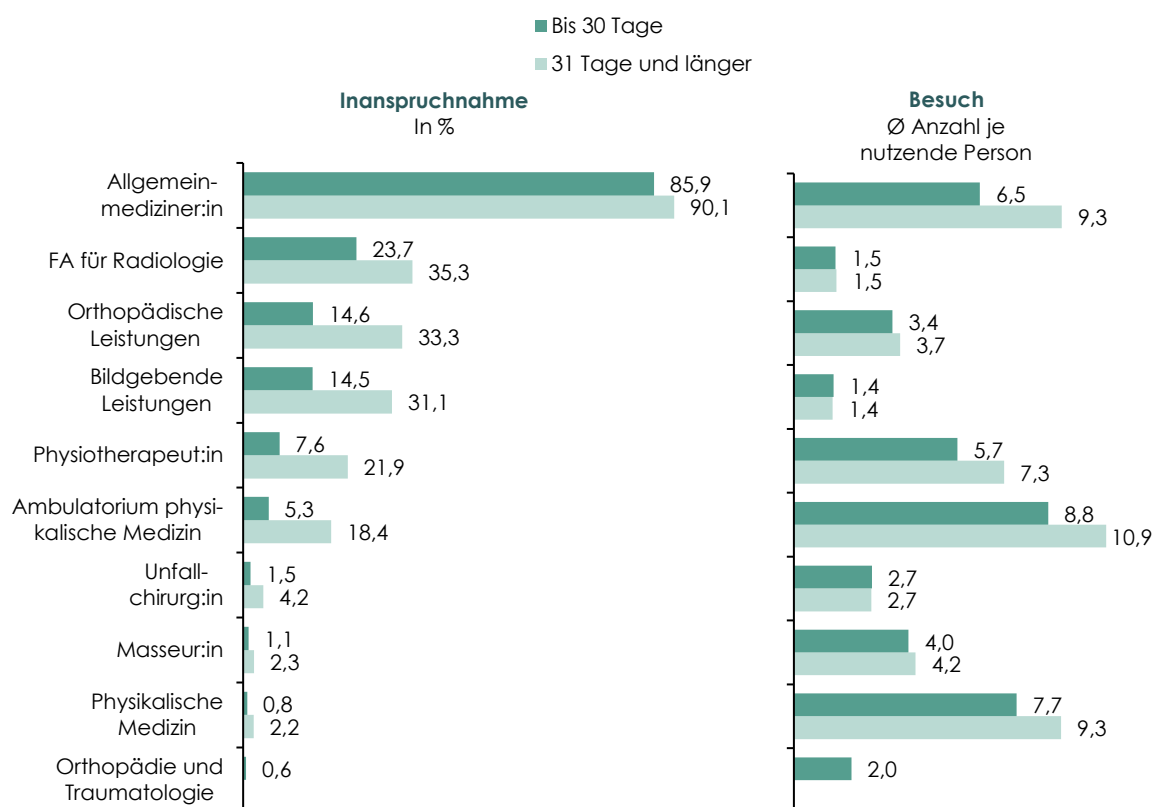
Abbildung 2.18 zeigt die Inanspruchnahme der MSB-relevanten Fachgruppen durch Personen mit MSB-Erkrankungen, getrennt nach der Dauer ihrer MSB-Krankenstände: Personen mit kurzen Episoden (bis 30 Tage) und Personen mit längeren Episoden (31 Tage und länger). Da 95% aller MSB-Episoden in die Kategorie bis 30 Tage fallen, repräsentiert die zweite Gruppe einen demgegenüber kleinen, aber gesundheitlich deutlich stärker belasteten Personenkreis.

Bei nahezu allen Fachgruppen liegt die Reichweite in der Gruppe mit längeren Episoden deutlich über jener bei kurzen Episoden. Besonders ausgeprägt fällt diese Spreizung bei den orthopädischen Leistungen (14,6% gegenüber 33,3%), den Fachärzt:innen für Radiologie (23,7% ge-

gegenüber 35,3%), den bildgebenden Leistungen (14,5% gegenüber 31,1%) sowie der Physiotherapie (7,6% gegenüber 21,9%) aus. Bei kleinen Fachgruppen wie Unfallchirurg:innen, der niedergelassenen physikalischen Medizin und Masseur:innen verdoppelt bis verdreifacht sich der Anteil der nutzenden Personen ebenfalls. Personen mit langen MSB-Krankenständen werden also breiter durch das Versorgungssystem geleitet als jene mit kurzen Episoden.

Abbildung 2.18: **In Anspruch genommene Gesundheitsdienstleistungen nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes nach der Dauer der MSB-Krankenstände**

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen. – Aufgrund geringer Fallzahlen werden in der Gruppe "31 Tage und länger" nur neun Fachgruppen ausgewiesen. – FA ... Facharzt bzw. Fachärztin.

Die Allgemeinmedizin zeigt ein abweichendes Muster, denn die Reichweite ist in beiden Gruppen hoch (85,9% gegenüber 90,1%)⁵⁶⁾. Die durchschnittliche Besuchszahl steigt jedoch deutlich von 6,5 auf 9,3 Besuche. Bei der bildgebenden Diagnostik zeigt sich der bereits bekannte Effekt

⁵⁶⁾ Anders als in den Abbildungen 2.13 bis 2.17 erfasst die Reichweite hier nur Kontakte im zeitlichen Umfeld der jeweiligen MSB-Episode (90 Tage vor Beginn bis 90 Tage nach Ende), da sich die Krankheitsdauer auf die Episode und nicht auf die Person bezieht. Die Werte sind daher nicht mit der jahresbezogenen Reichweite der übrigen Abbildungen vergleichbar.

von unterschiedlichen Reichweiten bei vergleichbaren Häufigkeiten. Die durchschnittliche Besuchszahl ist in beiden Gruppen mit 1,4 (bildgebende Leistung) und 1,5 (Radiologie) nach Krankenstandsdauer identisch, obwohl die Reichweite bei Personen mit langen Episoden zweimal bzw. 1½-mal so hoch ausfällt. Bildgebende Leistungen werden also auch bei langen Krankenständen tendenziell einmalig in Anspruch genommen, lediglich der Anteil der Personen, die sie überhaupt benötigen, wächst.

Bei den therapeutisch geprägten Fachgruppen fallen sowohl Reichweite als auch Häufigkeit bei langen Episoden klar höher aus: Physiotherapie 7,3 gegenüber 5,7 Besuchen, Ambulatorium für physikalische Medizin 10,9 gegenüber 8,8 Besuchen, niedergelassene physikalische Medizin 9,3 gegenüber 7,7 Besuchen. Damit weisen die therapeutischen Anbieter die deutlichsten Unterschiede in der Häufigkeit von Besuchen zwischen langen und kurzen MSB-Krankenständen auf, bei gleichzeitig hohen Unterschieden in der Inanspruchnahme.

2.4.3 Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen vor, während und nach Muskel-Skelett-Krankenständen

Um zu verstehen, wie medizinische Leistungen zeitlich mit MSB-Krankenständen zusammenhängen, wurde ein episodenzentrierter Analyseansatz gewählt, der Besuche nach ihrer zeitlichen Lage zur Krankenstandsepisode unterscheidet. Dies erlaubt eine differenzierte Betrachtung, welche Fachgruppen vorwiegend in der Akutphase, welche im Vorfeld und welche in der Nachsorge in Anspruch genommen werden. Damit werden Rückschlüsse auf die funktionale Rolle einzelner Versorgungsbausteine im Krankheitsverlauf ermöglicht. Die Analyse wurde für zwei Gruppen getrennt durchgeführt – für Personen mit kurzen Krankenständen von bis zu 30 Tagen und für jene mit längeren Episoden von mehr als 30 Tagen –, um allfällige Unterschiede im Versorgungsverlauf zwischen diesen gesundheitlich unterschiedlich stark belasteten Gruppen sichtbar zu machen.

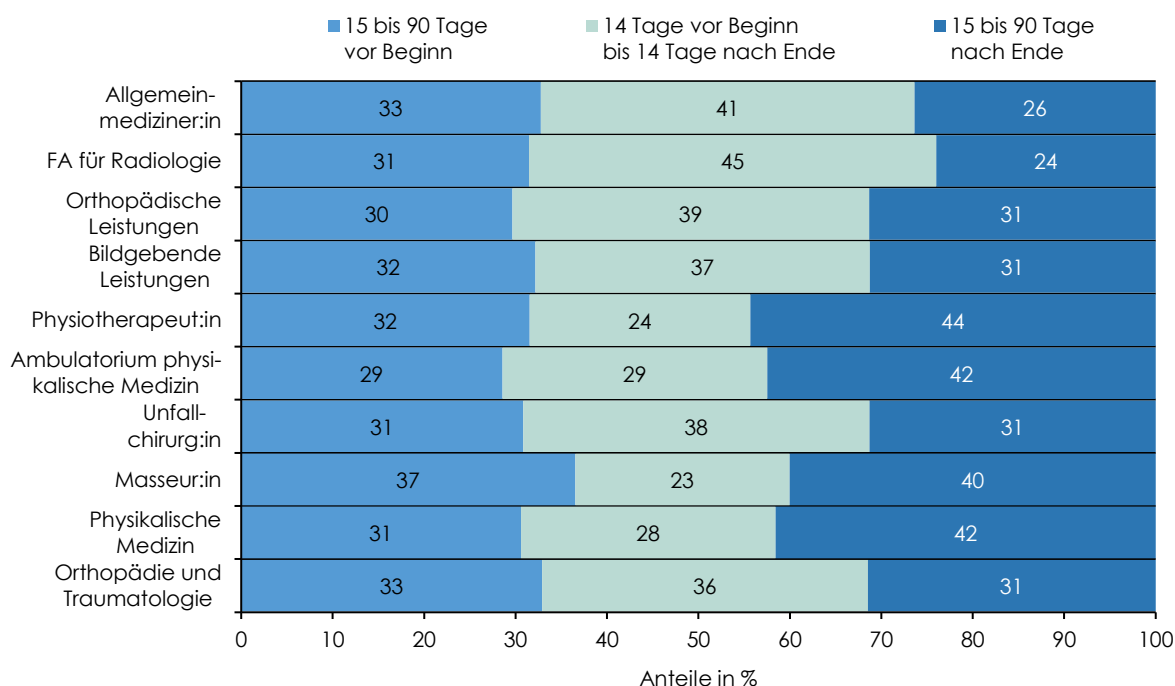
Abbildung 2.19 zeigt für Personen mit kurzen MSB-Krankenständen (bis 30 Tage), wie sich ihre Besuche bei verschiedenen Fachgruppen zeitlich zur Krankenstandsepisode verteilen. Drei Zeitfenster werden unterschieden: ein Vor-Fenster (15 bis 90 Tage vor Beginn der Episode), ein akutes Fenster rund um die Episode (14 Tage vor Beginn bis 14 Tage nach Ende) und ein Nach-Fenster (15 bis 90 Tage nach Ende der Episode). Über die drei Phasen zeichnet sich bei kurzen Episoden eine klare Abfolge ab, Diagnostik und Akutbehandlung bündeln sich um den Krankenstandsbeginn, therapeutische Leistungen folgen erst nach dessen Ende.

In allen Fachgruppen liegen 29% bis 37% der Besuche im Vor-Fenster. Diese Vorlaufrate ist über die Fachgruppen hinweg auffallend ähnlich. Da dieses Fenster vor Beginn der Episode liegt, handelt es sich überwiegend nicht um Besuche, die durch den Krankenstand ausgelöst werden, sondern um die ohnehin laufenden Arztkontakte dieser Personen, die unabhängig von der späteren MSB-Episode stattfinden. Die aussagekräftigen Unterschiede zwischen den Fachgruppen treten erst im Verhältnis von Akut- und Nach-Fenster zutage.

Bei den diagnostisch und kurativ orientierten Fachgruppen konzentrieren sich die Besuche stark auf das Akut-Fenster. Fachärzt:innen für Radiologie erreichen mit 45% der Besuche den höchsten Akut-Anteil, gefolgt von Allgemeinmediziner:innen (41%), den orthopädischen Leistungen (39%), Unfallchirurg:innen (38%), bildgebenden Leistungen (37%) und Orthopädie und Traumatologie (36%). Diese Fachgruppen werden also vorwiegend im engen zeitlichen Zusammenhang mit der MSB-Episode in Anspruch genommen.

Abbildung 2.19: **Verteilung der Besuche bei Gesundheitsdienstleistungen nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes von bis zu 30 Krankenstandstagen nach der zeitlichen Lage zum Krankenstand**

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen. – FA ... Facharzt bzw. Fachärztin.

Spiegelbildlich dazu verschieben sich die therapeutisch orientierten Fachgruppen klar in das Nach-Fenster. Physiotherapeut:innen weisen mit 44% den höchsten Anteil aller Fachgruppen im Nach-Fenster auf, gefolgt von der niedergelassenen physikalischen Medizin (42%), dem Ambulatorium für physikalische Medizin (42%) und Masseur:innen (40%). Bei diesen Fachgruppen wird das akute Zeitfenster mit Anteilen zwischen 23% und 29% spürbar weniger genutzt als das Nach-Fenster. Therapeutische Versorgung setzt bei kurzen MSB-Episoden also mehrheitlich erst nach Beendigung des Krankenstands ein. Dieses Muster ist durch Wartezeiten auf Kassentermine ebenso erklärbar wie durch eine planvolle Sekundärprävention nach Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

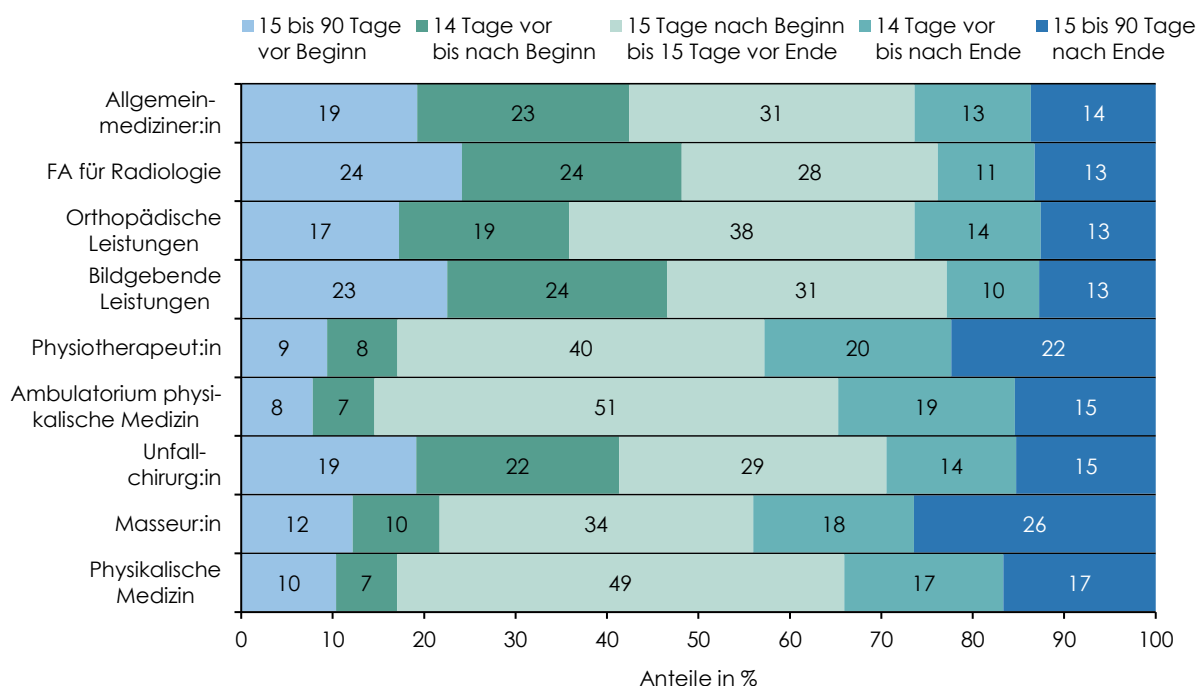
Abbildung 2.20 zeigt die Verteilung der Besuche bei Fachgruppen für Personen mit langen MSB-Krankenständen (über 30 Tage). Bei langen Episoden werden fünf Zeitfenster unterschieden: Vor (15 bis 90 Tage vor Beginn), Akut-Start (14 Tage vor bis nach Beginn), Verlauf (15 Tage nach Beginn bis 15 Tage vor Ende), Akut-Ende (14 Tage vor bis nach Ende) und Nach (15 bis 90 Tage nach Ende). Bei langen Episoden verschiebt sich das Gesamtbild. Die Diagnostik bleibt am Beginn konzentriert, die Therapie rückt jedoch in die laufende Krankenstandsphase (Verlauf) vor und ist damit Teil der akuten Versorgung, nicht erst Nachsorge.

Die Besuche bei diagnostischen und kurativen Fachgruppen verteilen sich vergleichsweise gleichmäßig über die Zeitfenster, mit einem Schwerpunkt zu Beginn der Krankenstandsepisode.

Bei Fachärzt:innen für Radiologie und bildgebenden Leistungen fällt knapp die Hälfte der Besuche auf das Vor- und Akut-Start-Fenster (Radiologie: je 24%, bildgebende Leistungen 23% bzw. 24%). Die orthopädischen Leistungen konzentrieren sich mit 38% stärker auf das Verlauf-Fenster, weisen jedoch im Vor- und Akut-Start-Fenster mit zusammen 36% ebenfalls einen substantiellen Anteil auf. Allgemeinmediziner:innen sind über alle Phasen hinweg präsent, mit steigendem Anteil von 19% im Vor-Fenster über 23% im Akut-Start bis zum Schwerpunkt von 31% im Verlauf-Fenster.

Abbildung 2.20: **Verteilung der Besuche bei Gesundheitsdienstleistenden nach Fachgruppen von Personen mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes von mehr als 30 Krankenstandstagen nach der zeitlichen Lage zum Krankenstand**

2025, bis 64-Jährige



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen. – FA ... Facharzt bzw. Fachärztin. – Die zehnte Fachgruppe wird aufgrund einer geringen Fallzahl nicht ausgewiesen.

Die therapeutisch orientierten Fachgruppen zeigen ein deutlich anderes Muster: Sie sind stark im Verlauf-Fenster konzentriert und werden vor Beginn des Krankenstands kaum in Anspruch genommen. Das Ambulatorium für physikalische Medizin verzeichnet 51% der Besuche im Verlauf-Fenster, die niedergelassene physikalische Medizin 49%, die Physiotherapie 40% und Masseur:innen 34%. Auf Vor- und Akut-Start zusammen entfallen bei diesen Fachgruppen jeweils nur 15% bis 22% der Besuche. Während bei kurzen MSB-Krankenständen (Abbildung 2.19) therapeutische Leistungen vorwiegend nach Krankenstandsende in Anspruch genommen werden, setzen sie bei langen Episoden bereits während des Krankenstands ein. Therapeutische Versorgung tritt damit bei mehrwöchigen Erkrankungen als integraler Teil des laufenden Krankenstands auf, nicht erst als Nachsorge.

Zusammengenommen zeigen beide Abbildungen, dass weniger die Art der Fachgruppe als die Dauer des Krankenstands bestimmt, wann die therapeutische Versorgung einsetzt. Diagnostik und Akutbehandlung, etwa Radiologie, bildgebende und orthopädische Leistungen sowie die Allgemeinmedizin, bündeln sich in beiden Gruppen früh, rund um den Beginn der Episode. Die therapeutischen Fachgruppen (Physiotherapie, physikalische Medizin, Massage) verteilen sich dagegen unterschiedlich. Bei kurzen Krankenständen beginnen sie überwiegend erst nach dem Krankenstandsende. Bei langen Episoden setzen sie während der laufenden Arbeitsunfähigkeit ein. Dass die Therapie bei kurzen Episoden erst später beginnt, lässt sich durch Wartezeiten auf Kassentermine ebenso erklären wie durch eine bewusst nachgelagerte Sekundärprävention.

2.5 Gesundheits- und Re-Integrationsmaßnahmen

Wie bereits einleitend festgehalten, zählen Muskel-Skelett-Erkrankungen zu den häufigsten und folgenreichsten Gesundheitsproblemen weltweit. Auch in Österreich verursachten 2025 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes 11,3% aller Krankenstandsfälle und 19,1% aller Krankenstandstage. Der Bedarf an Rehabilitationsleistungen ist damit enorm und verdeutlicht, dass Rehabilitation als integraler Bestandteil der Versorgung verstanden werden sollte.

Rehabilitation ist die gezielte Behandlung und Unterstützung nach einer Erkrankung zur Wiederherstellung der Selbstständigkeit der Betroffenen. Im Unterschied zur Kurativmedizin, die auf die Heilung organbezogener Krankheiten ausgerichtet ist, verfolgt die medizinische Rehabilitation einen umfassenderen Ansatz in Österreich: Ziel ist es, die Leistungsfähigkeit, Aktivität und Teilhabe nach Erkrankungen oder Operationen so weit wiederherzustellen, dass Betroffene möglichst selbstständig am beruflichen und sozialen Leben teilnehmen können (Gesundheit Österreich GmbH, 2026). Die Abgrenzung zur Kurativmedizin ist unscharf, da immer auch ein somatischer Behandlungsanteil vorhanden sein wird.

Eine medizinische Rehabilitation setzt voraus, dass eine Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, also über die kurative Versorgung hinaus ein Maßnahmenpaket erforderlich ist, um Beeinträchtigungen zu bessern oder einer Verschlechterung entgegenzuwirken. Weiters braucht es die Rehabilitationsfähigkeit der Person sowie eine positive Rehabilitationsprognose, damit ein Rehabilitationsziel innerhalb eines bestimmten Zeitraums erreichbar ist. Mit der Reform der Invaliditätspension (2014) wurde der Grundsatz "Rehabilitation vor Pension" verstärkt. Eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension wird nur mehr dann zuerkannt, wenn keine positive Rehabilitationsprognose bzw. keine Rehabilitationsfähigkeit mehr gegeben ist (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025).

Rehabilitation wird als Sachleistung (Behandlungen, Heilbehelfe, Hilfsmittel usw.) gewährt, die mit Zuzahlungen verbunden sein kann. Leistungserbringer kann die Unfallversicherung, die Pensionsversicherung oder die Krankenversicherung sein. In Österreich besteht nur bei bestimmten Voraussetzungen, wie z. B. Arbeitsunfall oder Berufskrankheit im Zusammenhang mit vorüber-

gehender Invalidität, ein Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation. Rehabilitation im sozialversicherungsrechtlichen Sinn schließt an die Akutversorgung an und kann stationär (in spezialisierten Einrichtungen⁵⁷⁾) oder ambulant erfolgen.

Die Behandlung von Muskel-Skelett-Erkrankungen beruht auf drei zentralen Ansatzpunkten: Prävention, konservative Therapie und Rehabilitation. Präventive Maßnahmen zielen darauf ab, durch ergonomische Anpassungen und Aufklärung das Auftreten oder die Verschlimmerung von Beschwerden zu verhindern. Die konservative Behandlung konzentriert sich vor allem auf die Schmerzlinderung und Symptomminderung, etwa durch medikamentöse Therapie sowie physiotherapeutische Verfahren. Rehabilitative Strategien wiederum verfolgen das Ziel, die körperliche Funktion und Belastbarkeit durch gezieltes Training und eine angepasste Aktivitätsgestaltung wiederherzustellen.

Die empirische Literatur zu Reintegrationsmaßnahmen im Kontext von Muskel-Skelett-Erkrankungen ist im Großen und Ganzen zweigeteilt. Einerseits gibt es einen umfangreichen Forschungsstrang mit medizinischem Fokus, der sich mit der Frage befasst, welche konkreten Behandlungen bei den jeweiligen Erkrankungen wirksam sind. Andererseits wird Rehabilitation als Prozess, also als ganzheitlicher Ansatz verstanden, bei dem nicht nur die Behandlung selbst, sondern auch der Kontext und der Verlauf der Intervention von zentraler Bedeutung sind. Diese beiden Zugänge werden nachfolgend dargestellt, wenngleich die Abgrenzung nicht immer eindeutig ist.

Einigkeit besteht in der Einschätzung, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen – abgesehen von Unfällen – multifaktoriell bedingt sind. Studien zeigen, dass etwa das Heben schwerer Lasten, ungünstige Körperhaltungen bei der Arbeit, ein erhöhtes Körpergewicht sowie Depressionen als Risikofaktoren für Beschwerden im Zusammenhang mit Muskel-Skelett-Erkrankungen gelten (Jurak et al., 2023). Darüber hinaus stehen Verhaltensweisen, funktionelle Einschränkungen während der Krankheitsphase sowie besonders körperlich belastende Arbeit in engem Zusammenhang mit dem Fortbestehen von Symptomen. Angesichts dieser Vielzahl von Risikofaktoren liegt es nahe, dass eine wirksame Bewältigung von Muskel-Skelett-Erkrankungen einen mehrdimensionalen Ansatz erfordert, wie auch zahlreiche Studien zeigen.

2.5.1 Medizinische Perspektiven zur Rehabilitation von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Einzelne medizinische Therapien, konservative Ansätze zur Schmerz- und Symptomminderung mittels Medikamente oder Physiotherapie, sind erforscht, doch die Evidenz zu ihrer Wirksamkeit in konkreten Rehabilitationsmodellen für Muskel-Skelett-Erkrankungen ist bislang begrenzt (Behringer et al., 2025); insgesamt ist die Wirksamkeit medizinischer Therapien nicht abschließend geklärt, da es sich auch um dynamische Prozesse mit neuen Verfahren und Medikamenten handelt.

Eine große Vergleichsstudie von Hayden et al. (2021) zeigte Evidenz, dass Bewegungstherapie bei chronischen Rückenschmerzen Schmerzen reduziert und funktionelle Einschränkungen leicht verbessert. Gegenüber reiner Beratung bzw. Aufklärung und Elektrotherapie scheint Bewegungstherapie wirksamer zu sein (Hayden et al., 2021).

⁵⁷⁾ <https://rehakompass.goeg.at/#/start>.

Eine Studie zu Behandlungen von Arthropathien (Lawford et al., 2024) mit unterschiedlichen medizinischen Behandlungen zeigt keine eindeutigen Erfolge in Bezug auf eine Gesundung. Auch hinsichtlich der Art der Rehabilitation, insbesondere im Vergleich zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation, ist die empirische Evidenz über alle Muskel-Skelett-Erkrankungen hinweg nicht eindeutig (Aasdahl et al., 2024).

Eine **britische Studie** (Shim et al., 2018) zur Wirkung ausgewählter Therapien, darunter spezielle Medikamente, die das Immunsystem beeinflussen, bei einer Form von Arthritis zeigte zwar keine signifikanten Effekte auf die Fehlzeiten, jedoch deutliche Verbesserungen der Arbeitsfähigkeit, insbesondere hinsichtlich des Präsentismus, also der eingeschränkten Produktivität trotz Anwesenheit am Arbeitsplatz. Eine Metastudie von Butink et al. (2023), die 64 Arbeiten zur Wirkung nicht-pharmakologischer Interventionen bei Menschen mit rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen im Hinblick auf die Förderung der Erwerbsbeteiligung auswertete, kam zu ähnlichen Ergebnissen: Die meisten Behandlungen fanden in klinischen oder medizinischen Einrichtungen statt, und die untersuchten Maßnahmen sind hilfreich, ihr Effekt auf Arbeitsstatus und Produktivität bei der Arbeit ist im Schnitt signifikant aber gering, für einzelne Patient:innen allerdings deutlich positiv.

Insgesamt verdeutlicht die Literatur jedoch, dass der medizinischen Behandlung im Rahmen des jeweiligen Rehabilitationsprozesses beziehungsweise in Abhängigkeit von der spezifischen Art des Rehabilitationsverfahrens eine zentrale Bedeutung zukommt.

So vergleicht eine umfassende Metastudie zur Behandlung von chronischen Rückenschmerzen von Jurak et al. (2023) die Wirkung unterschiedlicher Behandlungsansätze für chronische (länger als 12 Wochen) Rückenschmerzen anhand von 84 vergleichbaren empirischen Studien im Hinblick auf Genesung und Linderung von Behinderungen. Mit einer geschätzten weltweiten Prävalenz im Jahr 2020 von 619 Mio. Menschen mit chronischen Rückenschmerzen und Gesamtkosten pro Patient:in von rund 10.000 US\$ pro Jahr, vergleicht die Studie Befunde von minimalinvasiven (chirurgischen usw.) Behandlungen, Bewegungstherapien (allgemein als erste Behandlungslinie zur Verringerung von Schmerzen und Behinderungen) mit empirischen Befunden von Behandlungen im Rahmen multidisziplinärer Ansätze. Der multidisziplinäre Ansatz sind Programme, wo zumindest zwei unterschiedliche Fachrichtungen (beispielsweise Ärzt:innen, Psycholog:innen, Physiotherapeut:innen, Sozialarbeiter:innen und Ergotherapeut:innen usw.) in die Behandlung einbezogen sind. Ein weiteres Merkmal dabei ist, dass die einzelnen Teile der Unterstützung gut aufeinander abgestimmt sind und sich die beteiligten Fachpersonen regelmäßig austauschen, damit die Betreuung insgesamt zusammenpasst. Die Befunde von Jurak et al. (2023) zeigen deutlich höhere Heilungschancen bei chronischen Rückenschmerzen, wenn diese im Rahmen eines multidisziplinären Ansatzes behandelt werden. Eine dänische Studie zeigt jedoch auch, dass die multidisziplinäre Rehabilitation unterschiedliche Erfolgsraten aufweist; besonders bei Frauen und bei finanziell abgesicherten Personen sind die Erfolgsraten höher (Kjærgaard et al., 2024).

2.5.2 Befunde über Rehabilitations-Settings

Technologische Entwicklungen

Neue **technologische Entwicklungen** und die zunehmende Verbreitung digitaler Endgeräte verändern auch Rehabilitationsprozesse. Zum einen ermöglicht Telerehabilitation Behandlung

aus der Ferne, indem Therapeut:innen Patient:innen in Echtzeit anleiten und die korrekte Durchführung der Übungen beurteilen. Zum anderen ermöglicht bei der digitalen Rehabilitation eine zertifizierte Software eine konkrete Anleitung und Dokumentation des Fortschritts, die so dokumentierten Daten werden zur späteren Auswertung an das therapeutische Fachpersonal übermittelt. Ergänzend können Virtual-Reality-Anwendungen, Sensoren, tragbare Geräte, Video-Tracking-Systeme, Robotergeräte, Exoskelette und Telemonitoring-Plattformen die Rehabilitation personalisieren, unterstützen und durch Echtzeit-Feedback erweitern (Gupta et al., 2023).

Die Effekte einer digitalen Version einer standardisierten Rückenschule im Vergleich zu einer ambulanten Rehabilitation untersuchten Albers et al. (2023) in einer randomisierten Vergleichsstudie mit Rückenschmerzpatient:innen im Alter von 18 bis 65 Jahren in Deutschland. Die Interventionsgruppe erhielt eine Online-Rückenschule über ein privates Gerät, die Kontrollgruppe absolvierte die Rückenschule konventionell in Präsenzsitzungen innerhalb des ambulanten Rehabilitationszentrums über einen Zeitraum von jeweils drei Wochen. Zu Beginn, bei Beendigung sowie nach drei und zwölf Monaten wurden das Schmerzempfinden, die motivationale Selbstwirksamkeit, das kognitive und verhaltensorientierte Schmerzmanagement sowie das Wissen über die Erkrankung und die Behandlung in beiden Gruppen verglichen. Die Studie zeigte, dass die Online-Rückenschule die gleichen Effekte hatte wie die konventionell durchgeführte Rückenschule.

Neuerungen gibt es vor allem bei auf **künstlicher Intelligenz basierenden Apps** zur individuellen Therapieunterstützung als Ergänzung zur Standardversorgung. Diese wurde für Dänemark von Kongstad et al. (2024) einer Wirkungsanalyse unterzogen. Anhand einer randomisierten Interventions- und Kontrollgruppe von Erwachsenen mit chronischen Rückenleiden erhielt die Interventionsgruppe eine individuell zugeschnittene App (selfBACK-App) zusätzlich zur Standardtherapie, während die Kontrollgruppe nur die Standardtherapie erhielt. Der Vergleich beruhte auf den Behandlungskosten, dem verbesserten Gesundheitszustand sowie der Veränderung der Lebensqualität (QALY). Die Studie zeigt, dass die Behandlung mit der selfBACK-App zusätzliche Kosten von 230 € verursachte, aber bessere Werte bei der Schmerzbewältigung, geringere gesundheitliche Einschränkungen und eine höhere Lebensqualität zur Folge hatte. selfBACK wurde von den Autor:innen als kosteneffizient bewertet. Die zusätzliche Nutzung der selfBACK-App ist gemäß Kongstad et al. (2024) aus Sicht des Gesundheitssystems wirtschaftlich sinnvoll. Die Wirkung auf Arbeitsausfälle und Produktivitätsverluste ist jedoch nicht eindeutig.

Darüber hinaus werden **KI-basierte Technologien** zunehmend als potenzielle Diagnose- bzw. Behandlungsansätze im Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen eingesetzt. Hier stellt sich nicht nur die Frage nach der Wirksamkeit, sondern auch nach der Kosteneffizienz neuer Diagnosemethoden. Gebrye et al. (2026) zeigen beispielsweise anhand von sieben Studien, dass der Einsatz von KI die Erstellung von Diagnosen im Krankenhausbehandlungs-Setting beschleunigen und verbessern kann, wodurch knappe personelle Ressourcen effizienter eingesetzt werden können. Auch in der Behandlung von Muskel-Skelett-Erkrankungen, etwa durch KI-gestütztes Osteoporose-Screening zur Frakturprävention oder wiederaufladbare Rückenmarksstimulationssysteme, kann der Gesundheitszustand durch eine verkürzte Krankheits- und Beschwerdedauer deutlich verbessert werden.

Die Evaluierung (Luo et al., 2025) von 13 KI-unterstützten Rehabilitationsformen bei Muskel-Skelett-Erkrankungen im Hinblick auf Schmerzlinderung und Beweglichkeit zeigt, dass die folgenden vier Formen die besten Ergebnisse erzielen: therapeutisches Exergaming (therapeutische

Übungen werden über Videospiele gesteuert und durch Feedback unterstützt), Roboter-Exoskelette (tragbare Roboter zur Unterstützung von Arm-, Bein- oder Rumpfbewegungen), gamifiziertes Exergaming (Reha-Übungen werden mit Spielelementen wie Punkten oder Belohnungen ergänzt) sowie Ein-Gelenk-Reha-Roboter (gezieltes Training einzelner Gelenke).

"Digitale Therapeutika" – evidenzbasierte, softwaregesteuerte Interventionen – etablieren sich also zunehmend sowohl in der Diagnose als auch in der Behandlung von Muskel-Skelett-Erkrankungen. Die Integration von KI, Wearables, Cloud-Analysen und immersiven Schnittstellen (wie Virtual Augmented Reality) ermöglicht eine stärker personalisierte, skalierbare und barrierefreie Versorgung. Die empirischen Befunde zeigen eine Wirksamkeit, die der traditionellen Rehabilitation vergleichbar ist. Allerdings gibt es bislang kaum Befunde dazu, ob es sich tatsächlich um eine barrierefreie Versorgung handelt.

Bislang ist noch unzureichend geklärt, für welche Personengruppen digitale Therapeutika tatsächlich geeignet und barrierefrei sind, in welchem institutionellen Setting sie sinnvoll eingesetzt werden können und unter welchen Rahmenbedingungen eine effiziente Durchführung überhaupt realistisch ist. Darüber hinaus bleiben die Investitionskosten sowie die Kosten institutioneller Umstellungen und deren wirtschaftliche Tragfähigkeit weiterhin weitgehend offen.

Prozesse der Rehabilitation

Zur Reduktion der Krankenstandsquoten wurden in **Schweden** arbeitsbezogene Maßnahmen zunehmend in die Gesundheitsversorgung integriert. Eine schwedische Studie mit rund 3.800 Erwerbspersonen mit chronischen Schmerzen (86% beschäftigt, 62% im Krankenstand) untersuchte die Wirkung interdisziplinärer Schmerz-Rehabilitationsprogramme (Interdisciplinary Pain Rehabilitation Programs, IPRP) auf die selbst eingeschätzte Arbeitsfähigkeit (Svanholm et al., 2023). Die Programme bzw. Interventionen werden von multiprofessionellen Teams, etwa aus Physiotherapeut:innen, Psycholog:innen und Ärzt:innen, geplant und umgesetzt und umfassen neben Aufklärung und körperlichem Training auch Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie sowie soziale und berufliche Komponenten. In der Studie wurden vier Interventionsarten zwischen 2016 und 2018 hinsichtlich ihrer Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit analysiert. Wiedereingliederungspläne waren dabei die häufigste Maßnahme (85%) und zeigten den stärksten Zusammenhang mit einer Verbesserung der selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit. Ergänzend fanden sich ergonomische Maßnahmen (70%), Stakeholder-Treffen⁵⁸⁾ (32%) und Arbeitsplatzbesichtigungen (4%). Die Studie liefert jedoch keine Hinweise darauf, nach welchen Kriterien die Interventionen ausgewählt wurden. Svanholm et al. (2023) zeigen darüber hinaus, dass insbesondere Arbeitslose mit schlechterem Gesundheitszustand sowie Frauen eine relevante Zielgruppe für rehabilitative Maßnahmen darstellen, da letztere zwar häufiger an interdisziplinären Programmen teilnehmen, diese jedoch mit einer geringeren selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit abschließen.

In den **Niederlanden** werden die Kosten chronischer Muskel-Skelett-Schmerzen, einschließlich Fehlzeiten und Präsentismus, auf 1,6% der Wirtschaftsleistung geschätzt. Dem wird verstärkt mit interdisziplinären beruflichen Rehabilitationsprogrammen (IBR) begegnet (Beemster et al., 2021). Die Studie untersucht die Auswirkungen eines solchen Programms auf die Erwerbstätig-

⁵⁸⁾ Abweichend von jenen im IPRP.

keit von Personen im Krankenstand, die zwischen 2014 und 2017 an einer Rehabilitation teilnahmen⁵⁹⁾. Dabei wurde verglichen, wie sich die Teilnahme an einem Standard-IBR im Unterschied zu einem erweiterten IBR+ mit zusätzlichem Arbeitsmodul auf die Arbeitsbeteiligung auswirkt. Dieses Arbeitsmodul umfasste unter anderem Fallmanagement, Gespräche über arbeitsbezogene Probleme, die Erstellung eines Plans zur Arbeitsbeteiligung sowie Informationen zu arbeitsrechtlichen Bestimmungen im Umfang von zehn Stunden. Die Ergebnisse von Beemster et al. (2021) zeigen, dass die Erwerbsbeteiligung bei Personen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen im Krankenstand, die am IBR+ teilnahmen, um 10 Prozentpunkte höher war als in der Vergleichsgruppe (74% gegenüber 64%). Nach einer sechsmonatigen Nachbeobachtung lagen die Werte jedoch nahezu gleich: 86% der Teilnehmenden am IBR und 87% der Teilnehmenden am IBR+ waren erwerbstätig.

Eine ähnlich angelegte ältere Studie aus **Norwegen**, die zu Nacken- und Rückenschmerzen durchgeführt wurde, zeigte keinen signifikanten Unterschied zwischen zwei Gruppen; die arbeitsbezogene Rehabilitation führte nicht zu einer schnelleren oder häufigeren Rückkehr an den Arbeitsplatz als die Kontrollbehandlung (Myhre et al., 2014). Die mediane Zeit bis zur Rückkehr an den Arbeitsplatz betrug 161 Tage in der arbeitsorientierten Gruppe und 158 Tage in der Kontrollgruppe.

Gesundheitskosten und Produktivitätsverluste sind bei Krankenständen aufgrund muskuloskelettaler Erkrankungen hoch. Killingmo et al. (2024) zeigen auf Basis **norwegischer** Krankheitsstandsdaten mit Muskel-Skelett-Krankschreibungen von 40 Tagen und mehr, dass insbesondere Schmerzintensität, funktionelle Einschränkungen, selbst wahrgenommene Gesundheit, Schlafqualität sowie die Erwartung einer Rückkehr an den Arbeitsplatz oder eine länger anhaltende Erkrankung mit einer hohen Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen und Produktivitätsverlusten verbunden sind. Diese Faktoren sollten daher verstärkt als potenzielle Ansatzpunkte für Interventionen berücksichtigt werden.

Die empirische Forschung zeigt, dass Interventionen, die auf Einzelmaßnahmen beruhen, in der Rehabilitation von Muskel-Skelett-Erkrankungen weniger wirksam sind, kombinierte Ansätze, bei denen mehrere Risikofaktoren zugleich adressieren sind, effektiver (EU-OSHA, 2019b). Ganzheitliche Interventionen sind dann erfolgreich, wenn die konkrete Arbeitsplatzgestaltung bzw. die Betriebe in die Rehabilitation eingebunden sind.

Österreich

In Österreich wird das Ziel der Wiedereingliederung erkrankter bzw. gesundheitlich beeinträchtigter Personen in den Arbeitsmarkt durch unterschiedliche Instrumente unterstützt:

- Personen, die mindestens sechs Monate lang erkrankt sind, erhalten medizinische oder berufliche Rehabilitation bzw. **Rehabilitations- oder Umschulungsgeld**.

Das "Kompetenzzentrum Begutachtung" der Pensionsversicherungsträger erstellt für Antragsteller:innen auf eine Invaliditätspension medizinische, berufskundliche und arbeitsmarktbezogene Gutachten. Von den 42.350 Anträgen auf eine Invaliditätspension im Jahr 2024 wurden 81% abgelehnt; in 8.904 Fällen kam es zu einer Zuerkennung von Rehabilitationsgeld,

⁵⁹⁾ Bestehend aus 60 Stunden Bewegungstherapie, 15 Stunden Gruppenausbildung und 15 Stunden Entspannung über die Dauer von 15 Wochen, begleitet von einem Team aus Ärzt:innen, Physiotherapeut:innen und Psycholog:innen.

entsprechend 23% der Anträge (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025).

Bei den Zuerkennungen im Jahr 2024 entfielen bei Frauen bzw. Männern 14% bzw. 15% auf Muskel-Skelett-Erkrankungen und 16% bzw. 12% auf Krebserkrankungen; höhere Anteile hatten psychische Erkrankungen (50% bzw. 43%) (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025). Im Jahr 2024 erfolgten 2.613 stationäre und 611 ambulante medizinische Rehabilitationen. Demgegenüber befanden sich im Dezember 2024 67 Personen im Rahmen der "Invaliditätspension neu" in beruflicher Rehabilitation und erhielten Umschulungsgeld. Berufliche Rehabilitation nahm damit lediglich einen Anteil von 0,4% an allen Rehabilitationsgeldbeziehenden (17.694 Personen) ein. Im Jahr 2024 schieden 8.406 Personen aus dem Rehabilitationsgeldbezug aus (davon waren 47% Männer und 53% Frauen). Männer traten zu 46% und Frauen zu 41% in eine Pension über; bei 47% der Männer und 54% der Frauen wurde Arbeitsfähigkeit festgestellt.

- Ein weiteres Instrument zur Förderung des Verbleibs in Erwerbstätigkeit ist die **Wiedereingliederungsteilzeit** (WIETZ). Nach einem Krankenstand von mindestens sechs Wochen ermöglicht ein vereinbarter Wiedereingliederungsplan eine Rückkehr an den Arbeitsplatz mit reduzierter Arbeitszeit für sechs Monate, mit einmaliger Verlängerung um bis zu drei Monate. Häufige Anlässe sind Muskel-Skelett- und psychische Erkrankungen; seit 2017 wurden bis 2023 rund 28.340 Fälle verzeichnet, davon 16% aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen. Die vorhandene deskriptive Analyse zeigt (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025), dass 87% der rund 24.000 nachverfolgbaren Personen ein Jahr nach Ende der WIETZ weiterhin beschäftigt waren; nach fünf Jahren lag der Anteil bei rund 75%. Kausale Effekte lassen sich daraus jedoch nicht ableiten.
- Ein weiteres Instrument ist die **Early Intervention**, bei der die Früherfassung für die Rehabilitationsprüfung auf verschiedenen Wegen erfolgen kann. Ziel dieser frühzeitigen Erfassung ist es, Rehabilitationsbedarf rechtzeitig zu erkennen und gezielte Maßnahmen einzuleiten, bevor es zu einer Chronifizierung oder dauerhaften Erwerbsminderung kommt.

In der Wiedereingliederung nimmt die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) eine zentrale Rolle ein, indem sie den Kontakt zu Langzeiterkrankten aktiv initiiert. Gemäß dem RRK⁶⁰⁾ 2021 sind Versicherte, bei denen innerhalb der letzten 365 Tage mindestens 40 Tage Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheiten gemäß § 32 bzw. 33a Abs. 1 vorliegen⁶¹⁾, jedenfalls vom (chef)ärztlichen Dienst hinsichtlich einer Früherfassung zu beurteilen (§ 33 lit. 3 RRK). Auch bei Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten sind Meldungen an den Unfallversicherungsträger zu machen. Diese Versicherten werden vom Krankenversicherungsträger zu einem freiwilligen Beratungsgespräch bei der zuständigen Beratungs- und Case-Managementstelle eingeladen. In diesem Gespräch ist gemäß § 34a Abs. 2 RRK der weitere Krankheits- und Heilungsverlauf zu erörtern, auf bestehende Präventions-, Frühinterventions- und Rehabilitationsmaßnahmen hinzuweisen

⁶⁰⁾ Richtlinie über die Rehabilitation und Krankenbehandlung des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger, kundgemacht Amtliche Verlautbarungen der österreichischen Sozialversicherung (AVSV Nr. 63/2021).

⁶¹⁾ Erfasst sind dabei Erkrankungen und Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparats – Erkrankungen und Verletzungen, Herz- und Kreislaufkrankheiten, psychiatrische Krankheiten, Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems, Endokrinopathien und Stoffwechselerkrankungen, Erkrankungen der Lunge bzw. Atemwege, Lymphabflussstörungen.

sowie auf allfällige in Betracht kommende Maßnahmen unter Berücksichtigung der ausgeübten Tätigkeit und der konkreten Arbeitsplatzsituation aufmerksam zu machen. Auf Basis des Monitorings der ÖGK-Früherfassung geben Haas & Gleißner (2024) an, dass 2021 rund 128.300 Personen ein Einladungsschreiben für eine fit2work-Beratung erhielten, aber nur 10.700 tatsächlich mit fit2work in Kontakt kamen, das waren rund 8%. Das fit2work Beratungsangebot beginnt bei einer Erstberatung, gefolgt von der Möglichkeit eines Basischecks zur Abklärung der (gesundheitlichen) Situation. Daran anschließend gibt es die Möglichkeit einer kürzeren Intensivberatung oder eines Case Management für die Dauer von sechs bis zehn Monate.

Die Evaluierung der fit2work Personenberatung als eine Interventionsschiene zeigt (Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, 2024), dass von den beratenen Personen⁶²⁾ im Zeitraum 2020 bis 2023 rund 64% ein Einladungsschreiben bekamen. Von den Eingeladenen machten 37% einen Basischeck und 40% eine kürzere Intensivberatung oder ein Case Management. Die Ergebnisse zeigen positive Effekte auf die Erwerbstätigkeit: Mit Beratung verbesserten sich die Chancen, im Erwerbsleben zu bleiben oder dorthin zurückzukehren; deutlich bei Personen, die zu Beratungsbeginn im Krankenstand waren. Selbst von jenen, die zu Beginn arbeitslos waren, fand mehr als ein Viertel den Weg zurück in die Arbeit (Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, 2024).

Weiters wurden die Effekte der fit2work-Betriebsberatung für den Zeitraum Jänner 2020 bis März 2024 bei 444 Betrieben evaluiert (Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, 2024). Die beratenen Betriebe wiesen geringere Krankenstandstage pro beschäftigte Person auf als der Durchschnitt aller Betriebe; es zeigt sich hier ein deutlicher Selektionsbias: Betriebe, die für das Thema Krankenstände sensibilisiert sind, nehmen die Betriebsberatung in Anspruch. Die Evaluierung zeigt daher keine messbaren Effekte hinsichtlich einer Reduktion der Krankenstandstage oder von Abgängen in die Arbeitslosigkeit, zumal die teilnehmenden Betriebe bereits von vergleichsweise besseren Ausgangsbedingungen im Vergleich zu nicht teilnehmenden Betrieben ausgingen.

Trotz der beschriebenen Rahmenbedingungen und des Ausbaus der Rehabilitationsangebote in Österreich bleibt die empirische Grundlage insgesamt schmal. Sowohl die konkreten Prozessabläufe innerhalb der bestehenden Maßnahmen als auch deren inhaltliche Ausgestaltung sind bislang kaum systematisch untersucht. Es fehlen belastbare Daten dazu, wie Rehabilitationsverläufe bei unterschiedlichen Erkrankungsbildern tatsächlich gestaltet werden, welche institutionellen Synergien zwischen den beteiligten Akteuren genutzt werden und wo Schnittstellenprobleme den Rehabilitationserfolg beeinträchtigen. Gerade für den Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen, der – wie gezeigt – zu den häufigsten Ursachen für Langzeitkrankstände und Wiedereingliederungsbedarfe zählt, ist diese Forschungslücke besonders spürbar. Solange diese Grundlagen fehlen, ist es nicht möglich, evidenzbasierte Best-Practice-Beispiele für den österreichischen Kontext zu beschreiben oder systematisch auf andere Einrichtungen zu übertragen. Eine gezielte, methodisch fundierte Forschung zu Rehabilitationsprozessen und -inhalten stellt daher eine zentrale Voraussetzung für die Weiterentwicklung des bestehenden Systems dar.

⁶²⁾ Die Gruppe umfasste sowohl erwerbstätige als auch arbeitslose Personen mit langen Krankenständen.

2.5.3 Schlussfolgerungen für Österreich

Die internationale empirische Literatur zeigt insgesamt, dass interdisziplinäre, beruflich orientierte Rehabilitationsprogramme bei Muskel-Skelett-Erkrankungen positiv wirken und eine robuste Gesamteffektivität aufweisen. Gleichzeitig sind die Befunde zum konkreten Inhalt dieser Programme, zur optimalen Dosierung und zur Frage, welche Patient:innengruppen besonders profitieren, nach wie vor widersprüchlich. Für Österreich lassen sich aus dem internationalen Forschungsstand folgende Erkenntnisse und Schlussfolgerungen ableiten:

Gesundheitsbereich und Therapeut:innen

Angesichts der vielschichtigen Ursachen von Muskel-Skelett-Erkrankungen – biologische, psychologische, soziale und arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren wirken hier zusammen – reichen Einzelmaßnahmen zur Rehabilitation nicht aus. Die Evidenz spricht klar für Modelle die Körper, Psyche, das berufliche und soziale Umfeld berücksichtigen:

- **Bewegungstherapie als Basisintervention:** Bewegungstherapie ist bei chronischen Rückenschmerzen gegenüber Aufklärung allein und Elektrotherapie wirksamer (Hayden et al., 2021) und gilt als erste Behandlungslinie zur Reduktion von Schmerz und Behinderung. Sie sollte jedoch nicht isoliert eingesetzt werden.
- **Multidisziplinärer Ansatz** als Standard: Programme, in denen mindestens zwei Fachdisziplinen (z. B. Physiotherapie, Psychologie, Ärzt:innen, Arbeitsmediziner:innen, Ergotherapie, Sozialarbeit) koordiniert zusammenwirken, zeigen deutlich höhere Heilungschancen als Monotherapien. Dies gilt insbesondere für chronische Rückenschmerzen (Jurak et al., 2023). Zentrales Merkmal erfolgreicher Programme ist dabei die regelmäßige Abstimmung zwischen den beteiligten Fachpersonen und die Verzahnung mit beruflicher Rehabilitation soll von Anfang an mitgedacht werden.
- Patient:innenselektion und **Differenzierung:** Nicht alle Patient:innengruppen profitieren gleichermaßen von einem Behandlungsansatz (Butink et al., 2023; Lawford et al., 2024; Shim et al., 2018). Frauen, Personen mit schlechtem Gesundheitszustand sowie Arbeitslose weisen geringere Ansprechraten auf (Kjærgaard et al., 2024; Svanholm et al., 2023). Alter, Geschlecht, BMI, psychische Komorbiditäten und sozialer Status sollten bei der Indikationsstellung und Zuweisung systematisch berücksichtigt werden (Jurak et al., 2023). Ein individuell abgestimmter Therapieplan ist unerlässlich für eine Gesundung bzw. eine berufliche Reintegration.
- **Verhaltensorientierte Elemente** integrieren: Neben körperlichem Training sollte Bewegungstherapie durch Aufklärung über Schmerzauslöser, Vorbeugung und Bewältigungsstrategien ergänzt werden. Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) sind insbesondere bei chronischen Schmerzen wirksam. Systematische Wiedereingliederungspläne zwischen Betrieb, erkrankter Person und Medizinbereich zeigen dabei den stärksten Zusammenhang mit verbesserter Arbeitsfähigkeit (Svanholm et al., 2023).
- **Digitale Therapieunterstützung** einbeziehen: Telerehabilitation und zertifizierte digitale Anwendungen (z. B. KI-gestützte Apps) können als ergänzende Instrumente eingesetzt werden (Gupta et al., 2023). Empirische Befunde zeigen, dass ihre Effektivität mit konventioneller ambulanter Rehabilitation vergleichbar ist (Albers et al., 2023; Kongstad et al., 2024). Ungeklärt bleibt jedoch, für welche Personengruppen diese Angebote tatsächlich barrierefrei zugänglich sind.

- **Symptomreduktion als nachgeordnetes Ziel:** Rückkehr zur Arbeit erfordert nicht zwingend vollständige Symptombefreiheit. Funktions- und teilhabeorientierte Rehabilitationskonzepte sind daher gegenüber rein somatischen Behandlungszielen vorzuziehen (Aasdahl et al., 2024; Gesundheit Österreich GmbH, 2026).

Betriebe und Arbeitgeber:innen

Betriebe sind nicht nur von Muskel-Skelett-Erkrankungen betroffen – durch Fehlzeiten, Präsentismus und Produktivitätsverluste –, sondern können auch aktiv zur Rehabilitation und Wiedereingliederung beitragen. Die internationale Evidenz zeigt:

- **Betriebliche Einbindung** als Erfolgsfaktor: Ganzheitliche Rehabilitationsinterventionen sind dann besonders erfolgreich, wenn der konkrete Arbeitsplatz und der Betrieb aktiv eingebunden sind (EU-OSHA, 2019b). Dies umfasst ergonomische Anpassungen, Arbeitsplatzbeachtigungen und eine enge Abstimmung zwischen dem behandelnden Fachpersonal und den Betrieben.
- **Wiedereingliederungspläne** frühzeitig initiieren: Wiedereingliederungspläne sind die wirksamste Einzelmaßnahme zur Verbesserung der selbst eingeschätzten Arbeitsfähigkeit (Svanholm et al., 2023). Betriebe sollten diese frühzeitig – vor einer Chronifizierung – gemeinsam mit den Betroffenen erarbeiten. Das österreichische Instrument der Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ), die zu 16% aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen gewährt wird, und der verpflichtende Wiedereingliederungsplan stellen einen Schritt in diese Richtung dar.
- **Reduzierte Arbeitszeit** als Übergang nutzen: Die WIETZ ermöglicht eine schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz nach Langzeitkrankständen. Rund 87% der nachverfolgbaren Personen waren ein Jahr nach Ende der WIETZ weiterhin beschäftigt, nach fünf Jahren rund 75% (Pohler & Zehetgruber, 2025). Allerdings lassen sich daraus noch keine kausalen Effekte ableiten – hier braucht es vertiefte Evaluierungen.
- **Präventive Betriebsberatung** nutzen: Das Angebot der fit2work-Betriebsberatung kann Betriebe bei der Prävention und dem Management von Langzeitkrankständen unterstützen. Die Evaluierung zeigt jedoch, dass vor allem jene Betriebe partizipieren, die für das Thema ohnehin schon sensibilisiert sind (Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, 2024). Betriebe mit höherem Risikopotenzial müssen daher gezielter angesprochen werden.
- **Stigmatisierung** abbauen und Rückkehr erleichtern: Die Erwartung der Arbeitnehmer:innen, an den Arbeitsplatz zurückzukehren, ist ein zentraler Prädiktor für den Rehabilitationserfolg (Killingmo et al., 2024). Betriebe können durch ein unterstützendes Arbeitsklima, flache Hierarchien bei der Wiedereingliederung und aktive Kommunikation die Rückkehrbereitschaft fördern.

Institutionelle Rahmenbedingungen und politische Entscheidungsträger:innen

Die Auswirkungen von Muskel-Skelett-Erkrankungen gehen über das individuelle Leiden hinaus und sind mit erheblichen sozioökonomischen Kosten verbunden. Zielgerichtete und umfassende Behandlungen unter Einbeziehung mehrerer Fachpersonen verursachen kurzfristig höhere Kosten. Folgende Schlüsse aus internationalen Befunden und Erfahrungen lassen sich für den österreichischen institutionellen Rahmen ziehen:

- Grundsätzliche Wirksamkeit **interdisziplinärer Rehabilitation** anerkennen und **ausbauen**: Die Evidenz zeigt, dass interdisziplinäre berufliche Rehabilitationsprogramme (IBR) bei Muskel-Skelett-Erkrankungen die Erwerbsbeteiligung signifikant verbessern können – in niederländischen Studien um bis zu 10 Prozentpunkte gegenüber Standardbehandlungen (Beemster et al., 2021). Der aktuell geringe Anteil beruflicher Rehabilitation in Österreich (0,4% aller Rehabilitationsgeldbezieher:innen im Jahr 2024) (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025) verdeutlicht den Ausbaubedarf.
- **Frühzeitige Intervention** institutionell verankern: Die österreichische Early-Intervention-Schiene (insbesondere über die ÖGK) zeigt positive Effekte auf die Erwerbstätigkeit (Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, 2024). Allerdings erhielten im Zeitraum 2020 bis 2023 nur rund 64% der potenziell in Frage kommenden Personen ein Einladungsschreiben, und nur ein Teil davon nahm das Beratungsangebot in Anspruch. Die Erreichbarkeit dieser Zielgruppen müsste systematisch verbessert werden.
- **Schnittstellen** zwischen Krankenversicherung, Pensionsversicherung und AMS optimieren: Sowohl Prozessabläufe als auch institutionelle Synergien zwischen den beteiligten Akteuren sind bislang kaum systematisch untersucht. Schnittstellenprobleme gefährden den Rehabilitationserfolg. Eine stärkere Koordinierung zwischen ÖGK, Pensionsversicherungsträgern und dem AMS wäre zielführend, insbesondere in Bezug auf die Nahtlosigkeit von medizinischer und beruflicher Rehabilitation und beruflicher Eingliederung.
- **Kosten-Nutzen-Analysen** als Entscheidungsgrundlage: Zielgerichtete Rehabilitationsprogramme unter Einbeziehung mehrerer Fachpersonen verursachen kurzfristig höhere Kosten. Eine sorgfältige Kosten-Nutzen-Analyse ist erforderlich, um die wirtschaftlich tragfähigsten und klinisch wirksamsten Behandlungsformen zu bestimmen. KI-gestützte Diagnose- und Therapieansätze können knappe personelle Ressourcen effizienter einsetzen (Gebrye et al., 2026), jedoch bleiben Investitionskosten und institutionelle Umstellungskosten weitgehend ungeklärt.
- **Zugang und Anspruch** auf Rehabilitation überprüfen: In Österreich besteht nur bei bestimmten Voraussetzungen ein Rechtsanspruch auf medizinische Rehabilitation (z. B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit). Angesichts der hohen Prävalenz von Muskel-Skelett-Erkrankungen im allgemeinen Erwerbsleben sollte geprüft werden, ob und wie der Zugang zu beruflicher und medizinischer Rehabilitation verbreitert werden könnte, ohne die fiskalischen Rahmenbedingungen zu überlasten.
- **Digitale Rehabilitationsangebote** einbetten: "Digitale Therapeutika"⁶³) etablieren sich zunehmend; ihre Wirksamkeit ist der traditionellen Rehabilitation vergleichbar (Gebrye et al., 2026; Luo et al., 2025). Bislang fehlen jedoch Regelungen zur Qualitätssicherung, Zulassung und Erstattungsfähigkeit dieser Angebote im österreichischen System. Eine regulatorische Einbettung wäre ein wichtiger Schritt, um das Versorgungsangebot zu erweitern und gleichzeitig Qualitätsstandards zu sichern.

⁶³) Therapeutisches Exergaming (therapeutische Übungen werden über Videospiele gesteuert und durch Feedback unterstützt), Roboter-Exoskelette (tragbare Roboter zur Unterstützung von Arm-, Bein- oder Rumpfbewegungen), gamifiziertes Exergaming (Reha-Übungen werden mit Spielelementen wie Punkten oder Belohnungen ergänzt) sowie Einzelgelenk-Reha-Roboter (gezieltes Training einzelner Gelenke) usw.

Ökonomische Forschung und Evaluierung

Trotz der beschriebenen Rahmenbedingungen und des Ausbaus der Rehabilitationsangebote in Österreich bleibt die empirische Grundlage insgesamt schmal. Folgender **Forschungsbedarf** lässt sich **identifizieren**:

- Rehabilitationsprozesse und -inhalte **systematisch erforschen**: Weder die konkreten Prozessabläufe innerhalb der bestehenden Maßnahmen noch deren inhaltliche Ausgestaltung sind bislang systematisch untersucht. Es fehlen Daten dazu, wie Rehabilitationsverläufe bei unterschiedlichen Erkrankungsbildern gestaltet werden und welche institutionellen Synergien genutzt werden. Für Muskel-Skelett-Erkrankungen als häufigste Ursache für Langzeitkrankstände ist diese Lücke besonders relevant.
- **Differenzielle Wirksamkeit** nach Patientenmerkmalen **untersuchen**: Forschung sollte verstärkt untersuchen, welche Behandlungsansätze in Abhängigkeit von Patientenmerkmalen wie Alter, Geschlecht, BMI, klinischem Umfeld, Interventionsdauer, Intensität und Bildungsstand besonders wirksam sind. Nicht alle Gruppen profitieren gleichermaßen: Bei Frauen und Arbeitslosen sind die Erfolgsraten multidisziplinärer Rehabilitation geringer (Kjærgaard et al., 2024; Svanholm et al., 2023).
- **Kausale Evaluierungsdesigns** für österreichische Instrumente etablieren: Die vorliegenden Evaluierungen österreichischer Maßnahmen (WIETZ, fit2work, Early Intervention) beruhen weitgehend auf deskriptiven Analysen. Kausal interpretierbare Effekte lassen sich daraus nicht ableiten – insbesondere wegen erheblicher Selektionseffekte (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2025). Quasi-experimentelle Designs (z. B. Differenz-in-Differenzen, Regression Discontinuity) wären ein Schritt in Richtung robustere Evidenz.
- **Volkswirtschaftliche Kosten** von Muskel-Skelett-Erkrankungen in Österreich **quantifizieren**: Während für die Niederlande die gesamtwirtschaftlichen Kosten chronischer Muskel-Skelett-bedingter Arbeitsausfälle auf rund 1,6% des BIP geschätzt werden (Beemster et al., 2021), fehlen vergleichbare Schätzungen für Österreich. Eine fundierte Quantifizierung direkter und indirekter Kosten – einschließlich Präsentismus, Frühpensionierungen und Pflegekosten – wäre Grundvoraussetzung für informierte politische Entscheidungen.
- **Kosteneffektivität** digitaler und KI-gestützter Interventionen **evaluieren**: Die wirtschaftliche Tragfähigkeit digitaler Therapeutika und KI-gestützter Rehabilitationsformen ist bislang weitgehend ungeklärt. Erste Befunde, etwa zur selfBACK-App (Kongstad et al., 2024) oder zu KI-gestützter Diagnostik (Gebrye et al., 2026), deuten auf Kosteneffizienz hin, aber Investitions- und Umstellungskosten auf Systemebene sind kaum erforscht. Health-Technology-Assessments wären hier ein wichtiges Instrument.
- **Langfristige Wirkungen von Rehabilitationsmaßnahmen** in den Fokus nehmen: Viele Studien zeigen kurzfristig positive Effekte, die sich im Zeitverlauf angleichen (Beemster et al., 2021) (10 Prozentpunkte Unterschied bei drei Monaten, kein Unterschied nach sechs Monaten). Forschung sollte langfristige Ergebnisse – Erwerbsteilnahme, Einkommensverläufe, Pensionsantritt – über mehrere Jahre systematisch verfolgen, um nachhaltige Wirkungen von vorübergehenden Effekten zu unterscheiden.

3. Literatur

- Aasdahl, L., Nilsen, T. I. L., Mork, P. J., Fimland, M. S., & Skarpsno, E. S. (2024). Inpatient multimodal rehabilitation and the role of pain intensity and mental distress on return-to-work: Causal mediation analyses of a randomized controlled trial. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 56, jrm18385. <https://doi.org/10.2340/jrm.v56.18385>
- Albers, R., Lemke, S., Knapp, S., Krischak, G., & Bethge, M. (2023). Non-inferiority of a hybrid outpatient rehabilitation: A randomized controlled trial (HIRE, DRKS00028770). *BMC Digital Health*, 1(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s44247-023-00013-4>
- Albert, A., & Mahringer, H. (2026). *Arbeitsmarktmonitor 2025. Update des jährlichen, EU-weiten Arbeitsmarktbeobachtungssystems*. WIFO. <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/68108536>
- Alsamiri, Y. A., Hussain, M. A., Alsamani, O. A., & Al Bulayhi, A. A. (2024). Promoting mental health and wellbeing as means to prevent disability: A review. *Frontiers in Public Health*, 12, 1425535. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1425535>
- Badura, B., Ducki, A., Meyer, M., Baumgardt, J., & Schröder, H. (Hrsg.). (2025). *Fehlzeiten-Report 2025, KI und Gesundheit—Möglichkeiten nutzen, Risiken bewältigen, Orientierung geben*. Springer.
- 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*.
- Bastian-Pétrél, K., Rohmann, J. L., Oertelt-Prigione, S., Piccininni, M., Gayraud, K., Kelly-Irving, M., & Bajos, N. (2024). Sex and gender bias in chronic coronary syndromes research: Analysis of studies used to inform the 2019 European Society of Cardiology guidelines. *The Lancet Regional Health - Europe*, 45, 101041. <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2024.101041>
- Beemster, T. T., Van Bennekom, C. A. M., Van Velzen, J. M., Frings-Dresen, M. H. W., & Reneman, M. F. (2021). Vocational Rehabilitation with or without Work Module for Patients with Chronic Musculoskeletal Pain and Sick Leave from Work: Longitudinal Impact on Work Participation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(1), 72–83. <https://doi.org/10.1007/s10926-020-09893-z>
- Behringer, C., Nagib, N., & Nagib, N. (2025). Introduction to multimodal musculoskeletal treatment models: A viewpoint. *Discover Applied Sciences*, 7(8), 820. <https://doi.org/10.1007/s42452-025-07480-6>
- 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>
- 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 (2025). *Das Personal des Bundes 2025—Daten und Fakten*.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2025). *Rehabilitationsgeld und medizinische Rehabilitation. Bericht über den Zeitraum 2014 bis 2024*. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. <https://broschuerenservice.sozialministerium.gv.at/Home/Download?publicationId=715>
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2026). *ICD-10 BMASGPK 2026—Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*.

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2017). *Bericht der Bundesregierung über die Lage der Menschen mit Behinderungen in Österreich 2016*.
- Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (2024). *Evaluierung von fit2work 2023/2024, Personen- und Betriebsberatung*.
- 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 BMSGK 2020 – Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021). *ICD-10 BMSGK 2022—Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – BMSGK-Version 2022+*.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2022). *Rehabilitationsgeld und medizinische Rehabilitation. Bericht über die Jahre 2014 bis 2021 mit Schwerpunkt auf das Jahr 2021*.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2023). *ICD-10 BMSGK 2024—Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*.
- Butink, M. H. P., Webers, C., Verstappen, S. M. M., Falzon, L., Betteridge, N., Wiek, D., Woolf, A. D., Stamm, T. A., Burmester, G. R., Bijlsma, J. W. J., Christensen, R., & Boonen, A. (2023). Non-pharmacological interventions to promote work participation in people with rheumatic and musculoskeletal diseases: A systematic review and meta-analysis from the EULAR taskforce on healthy and sustainable work participation. *RMD Open*, 9(1), e002903. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2022-002903>
- Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10267), 2006–2017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)
- Clinton, M. E., & Conway, N. (2025). Within-person increases in job autonomy linked to greater employee strain. *Work & Stress*, 39(1), 44–65. <https://doi.org/10.1080/02678373.2024.2364593>
- Commission on Macroeconomics and Health (CMH). (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development*. World Health Organisation.
- Dalal, K., & Svanström, L. (2015). Economic burden of disability adjusted life years (DALYs) of injuries. *Health*, 7(4), 487–494. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4236/health.2015.74058>
- Eppel, R., Fink, M., Horvath, T., & Mahringer, H. (2024). *Erwerbskarriereverläufe nach Episoden von Arbeitslosigkeit in Niederösterreich*. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/55510812>
- Eppel, R., Huemer, U., Mahringer, H., & Schmoigl, L. (2022). *Evaluierung der Effekte arbeitsmarktpolitischer Interventionen des Arbeitsmarktservice Niederösterreich für langzeitbeschäftigungslose Personen*. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/24086494>
- 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 (2019a). *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>
- EU-OSHA (2019b). *Work-Related Musculoskeletal Disorders: Prevalence, Costs and Demographics in the EU*. European Agency for Safety and Health at Work. <https://osha.europa.eu/en/publications/msds-facts-and-figures-overview-prevalence-costs-and-demographics-msds-europe>

- Eurofound (2026). *European Working Conditions Survey 2024: Overview report*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2806/8618665>
- European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*.
- 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>
- Gebrye, T., Mbada, C., Niyi-Odumosu, F., Fatoye, C., Odetunde, M., Hakimi, Z., Useh, U., & Fatoye, F. (2026). Cost-effectiveness of artificial intelligence interventions for musculoskeletal disorders of the spine: A systematic review. *Rheumatology International*, 46(6), 107. <https://doi.org/10.1007/s00296-026-06122-3>
- Gesundheit Österreich GmbH. (2026, Mai 20). *Grundsätze der Rehabilitation*. Österreichischer Rehabilitationskompass.
- 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>
- Grabka, M. M. (2026). Teilkrankenschreibung könnte krankheitsbedingte Fehlzeiten reduzieren: Interview. *DIW Wochenbericht*, (20). https://doi.org/10.18723/diw_wb:2026-20-2
- Grabka, M. M., & Breer, O. (2026). Anstieg der Fehlzeiten im Jahr 2022 liegt nur bedingt an elektronischer Krankenschreibung. *DIW Wochenbericht*, 93(20), 299–308. https://doi.org/https://doi.org/10.18723/diw_wb:2026-20-1
- Granton, D., Rodrigues, M., Raparelli, V., Honarmand, K., Agarwal, A., Friedrich, J. O., Perna, B., Spaggiari, R., Fortunato, V., Risdonne, G., Kho, M., VanderKaay, S., Chaudhuri, D., Gomez-Builes, C., D’Aragon, F., Wiseman, D., Lau, V. I., Lin, C., Reid, J., ... Burns, K. E. A. (2024). Sex and gender-based analysis and diversity metric reporting in acute care trials published in high-impact journals: A systematic review. *BMJ Open*, 14(5), e081118. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-081118>
- Greganova, Z., Mötz, L., & Rott, G. (2026). Personenbezogene Statistiken 2025. *Soziale Sicherheit - Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung*, (2), 88–102.
- Gupta, L., Najm, A., Kabir, K., & De Cock, D. (2023). Digital health in musculoskeletal care: Where are we heading? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24(1), 192, s12891-023-06309-w. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06309-w>
- Haas, N., & Gleißner, R. (2024). Rehabilitation statt Pension. In S. Auer-Mayer, E. Felten, D. Niksova, W. J. Pfeil, B. Schratlbauer, & J. Warter (Hrsg.), *Festschrift Rudolf Mosler* (S. 385–397). MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.
- Hayden, J. A., Ellis, J., Ogilvie, R., Malmivaara, A., & Van Tulder, M. W. (2021). Exercise therapy for chronic low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009790.pub2>
- 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. <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/19098022>
- Horvath, T., Mahringer, H., & Mayrhuber, C. (2025). *Älterenbeschäftigungsquoten bis 2030*. *WIFO Research Briefs*, (11). <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/60174119>
- Ichino, A., & Moretti, E. (2006). Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap. *NBER Working Paper*, (12369).
- IGES Institut (2025). *Der Rekordkrankenstand: Fakten und Mythen*. <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/88048/data/df2f10115fcc5a7872373c18c48504dc/250107-download-bericht-rekordkrankenstand.pdf>
- 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>
- Jurak, I., Delaš, K., Erjavec, L., Stare, J., & Locatelli, I. (2023). Effects of Multidisciplinary Biopsychosocial Rehabilitation on Short-Term Pain and Disability in Chronic Low Back Pain: A Systematic Review with Network Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 12(23), 7489. <https://doi.org/10.3390/jcm12237489>

- Kandi, S. (2024). Understanding Presenteeism in the Workplace. In *Reference Module in Social Sciences*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-13701-3.00522-3>
- Killingmo, R. M., Tveter, A. T., Pripp, A. H., Tingulstad, A., Maas, E., Rysstad, T., & Grotle, M. (2024). Modifiable prognostic factors of high societal costs among people on sick leave due to musculoskeletal disorders: Findings from an occupational cohort study. *BMJ Open*, *14*(3), e080567. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080567>
- Kjærgaard, C., Schmidt, A. M., Larsen, J. B., Laurberg, T. B., & Mechlenburg, I. (2024). Which patients with chronic low back pain respond favorably to multidisciplinary rehabilitation? A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Pain*, *24*(1), 20230139. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2023-0139>
- Kongstad, L. P., Øverås, C. K., Skovsgaard, C. V., Sandal, L. F., Hartvigsen, J., Sjøgaard, K., Mork, P. J., & Stochkendahl, M. J. (2024). Cost-effectiveness analysis of app-delivered self-management support (selfBACK) in addition to usual care for people with low back pain in Denmark. *BMJ Open*, *14*(9), e086800. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086800>
- Lawford, B. J., Bennell, K. L., Haber, T., Hall, M., Hinman, R. S., Recenti, F., & Dell'isola, A. (2024). Osteoarthritis Year In Review 2024: Rehabilitation and outcomes. *Osteoarthritis and Cartilage*, *32*(11), 1405–1412. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2024.08.001>
- 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. (2008). 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. (2020). *Die Kosten arbeitsbedingter Unfälle und Erkrankungen in Österreich*. WIFO. <http://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>
- Luo, Z., Wang, Y., Zhang, T., & Wang, J. (2025). Effectiveness of AI-assisted rehabilitation for musculoskeletal disorders: A network meta-analysis of pain, range of motion, and functional outcomes. *Frontiers in Bioengineering and Biotechnology*, *13*, 1660524. <https://doi.org/10.3389/fbioe.2025.1660524>
- 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? Re-sults of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *23*(3), 289–303.
- 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.
- 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>
- Mayrhuber, C., & Bittschi, B. (2022). *Fehlzeitenreport 2022. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/69809>
- Mayrhuber, C., & Bittschi, B. (2024). *Fehlzeitenreport 2024. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Gesundheitszustand von Lehrlingen und jungen Erwerbstätigen*. WIFO. <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/51695855>
- Meggeneder, O. (2005). *Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe*.
- Miller, S., Rhodes, E., Bartik, A., Broockman, D., Krause, P., & Vivalt, E. (2024). *Does Income Affect Health? Evidence from a Randomized Controlled Trial of a Guaranteed Income* (Nr. W32711; S. w32711). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w32711>

- Mühlenbrock, I. (2016). *Alters- und altersgerechte Arbeitsgestaltung: Grundlagen und Handlungsfelder für die Praxis*. <https://doi.org/10.21934/BAUA:PRAXIS20161116>
- Myhre, K., Marchand, G. H., Leivseth, G., Keller, A., Bautz-Holter, E., Sandvik, L., Lau, B., & Røe, C. (2014). The Effect of Work-Focused Rehabilitation Among Patients With Neck and Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Spine*, 39(24), 1999–2006. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000000610>
- OECD (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. OECD Publishing.
- OECD (2021). *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
- OECD (2025). *Health at a Glance 2025: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
- 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/occmed/kqy062>
- Peters, S. A. E., & Woodward, M. (2023). A roadmap for sex- and gender-disaggregated health research. *BMC Medicine*, 21(1), 354. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03060-w>
- Pohler, N., & Zehetgruber, J. (2025). *Evaluierung der Wiedereingliederungsteilzeit für die Jahre 2017-2023*. Statistik Austria.
- Reed, H. R., Nettle, D., Parra-Mujica, F., Stark, G., Wilkinson, R., Johnson, M. T., & Johnson, E. A. (2025). Examining the relationship between income and both mental and physical health among adults in the UK: Analysis of 12 waves (2009–2022) of Understanding Society. *PLOS ONE*, 20(3), e0316792. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0316792>
- Richter, D., & Berger, K. (2013). Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatrische Praxis*, 40, 176–182.
- Richter, D., Berger, K., & Reker, T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 35(7), 321–330.
- Richter, D., Wall, A., Bruen, A., & Whittington, R. (2019). Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 393–407.
- Ryen, L., & Svensson, M. (2015). The Willingness to Pay for a Quality Adjusted Life Year: A Review of the Empirical Literature. *Health Economics*, 24(10), 1289–1301. <https://doi.org/10.1002/hec.3085>
- Schiestl, D. W., Kalleitner, F., & Kittel, B. (2021). *Austrian Corona Panel Project (ACPP), Wen die Krise bis in den Schlaf verfolgt: Ein Einblick in die Schlafqualität in Österreich*. <https://viecer.univie.ac.at/en/projects-and-cooperations/austrian-corona-panel-project/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog44/>
- Schiestl, D. W., & Pinkert, F. (2021). *Austrian Corona Panel Project (ACPP), Einsamkeit in der Corona-Krise*. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog58/>
- Schnabel, C. (1997). *Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsgründe und Reduzierungsmöglichkeiten*.
- Shim, J., Jones, G. T., Pathan, E. M. I., & Macfarlane, G. J. (2018). Impact of biological therapy on work outcomes in patients with axial spondyloarthritis: Results from the British Society for Rheumatology Biologics Register (BSRBR-AS) and meta-analysis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 77(11), 1578–1584. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-213590>
- Statistik Austria (2025). *Todesursachenstatistik—Gestorbene in Österreich ab 1970 nach Todesursachen und Geschlecht [Datensatz]*.
- Svanholm, F., Björk, M., Löfgren, M., Gerdle, B., Hedevik, H., & Molander, P. (2023). Work Interventions Within Interdisciplinary Pain Rehabilitation Programs (IPRP) – Frequency, Patient Characteristics, and Association with Self-Rated Work Ability. *Journal of Pain Research*, 16, 421–436. <https://doi.org/10.2147/JPR.S390747>
- 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>
- WHO (2020). *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: Results of a rapid assessment*.
- 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.
- Zeller, M., Bruder, A., & Pock, M. (2023). Die NACE-Rev.-2-Überarbeitung. *Statistische Nachrichten*, (07).

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
2024	55.373.540	3.663.028	15,1	4,1
2025	54.034.325	3.672.495	14,7	4,0

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
2024	70,1	1,6	2,4	9,2
2025	69,1	1,6	2,3	9,1

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
	In %								
1970	3,5	4,0	7,1	2,9	4,0	6,1	3,3	4,0	6,7
1971	3,6	4,0	6,7	3,0	3,9	5,8	3,3	3,9	6,3
1972	3,6	3,9	6,5	3,0	3,8	5,7	3,3	3,9	6,2
1973	3,7	3,8	6,4	2,9	3,7	5,5	3,4	3,8	6,0
1974	3,7	3,8	6,4	2,9	3,6	5,7	3,4	3,7	6,1
1975	3,8	3,9	6,7	2,9	3,5	5,7	3,4	3,8	6,2
1976	4,0	4,2	7,2	3,0	3,7	6,3	3,6	4,0	6,8
1977	4,0	4,1	7,2	2,9	3,6	6,3	3,5	3,9	6,8
1978	4,4	4,4	7,5	3,2	3,8	6,8	3,9	4,1	7,2
1979	4,3	4,4	7,9	3,1	3,9	7,2	3,8	4,2	7,6
1980	4,5	4,5	8,2	3,3	3,9	7,5	4,0	4,3	7,9
1981	4,2	4,4	8,3	3,1	3,9	7,7	3,7	4,2	8,0
1982	3,9	4,0	8,3	2,8	3,5	7,4	3,4	3,8	8,0
1983	3,8	4,0	7,9	2,8	3,5	6,7	3,3	3,7	7,5
1984	3,7	3,8	7,6	2,7	3,4	6,7	3,2	3,6	7,3
1985	3,9	4,0	7,9	2,9	3,7	7,2	3,5	3,9	7,7
1986	3,9	4,1	7,8	3,0	3,8	7,2	3,5	4,0	7,6
1987	3,7	3,9	7,5	2,8	3,6	6,7	3,3	3,7	7,2
1988	3,8	3,8	7,9	2,8	3,6	7,3	3,3	3,7	7,7
1989	4,0	4,1	7,3	3,1	3,8	6,9	3,6	3,9	7,1
1990	4,0	4,0	7,1	3,1	3,7	6,7	3,6	3,9	6,9
1991	4,0	4,0	7,1	3,1	3,7	6,9	3,5	3,9	7,0
1992	4,0	4,1	7,0	3,0	3,7	6,9	3,5	3,9	7,0
1993	3,9	4,0	7,0	2,9	3,7	7,0	3,4	3,9	7,0
1994	3,8	3,9	7,3	2,7	3,5	7,1	3,3	3,8	7,2
1995	3,9	3,9	7,2	2,8	3,5	7,0	3,4	3,7	7,1
1996	3,6	3,7	6,8	2,7	3,3	6,6	3,1	3,5	6,7
1997	3,5	3,5	6,1	2,6	3,1	6,0	3,0	3,3	6,0
1998	3,4	3,5	6,3	2,7	3,0	5,8	3,1	3,3	6,1
1999	3,7	3,7	6,9	2,9	3,4	6,6	3,4	3,6	6,8
2000	3,6	3,6	6,8	2,9	3,3	6,6	3,2	3,5	6,7
2001	3,5	3,4	6,1	2,8	3,2	6,1	3,2	3,3	6,1
2002	3,4	3,3	5,8	2,7	3,1	5,8	3,0	3,2	5,8
2003	3,3	3,2	5,7	2,6	3,0	5,6	2,9	3,1	5,7
2004	3,1	3,1	5,6	2,4	2,9	5,5	2,8	3,0	5,6
2005	3,2	3,1	5,2	2,4	2,9	5,1	2,8	3,0	5,2
2006	3,0	3,0	5,0	2,3	2,8	4,9	2,7	2,9	4,9
2007	3,1	3,1	5,1	2,4	2,9	5,0	2,8	3,0	5,1
2008	3,2	3,1	5,3	2,5	3,1	5,1	2,9	3,1	5,2
2009	3,1	3,1	5,7	3,0	3,3	5,7	3,1	3,2	5,7
2010	3,0	3,0	5,6	2,9	3,2	5,5	3,0	3,1	5,6
2011	3,1	3,1	5,4	3,1	3,4	5,5	3,1	3,2	5,5
2012	3,0	3,0	5,3	3,0	3,3	5,4	3,0	3,1	5,3
2013	3,0	3,0	5,3	3,0	3,3	5,3	3,0	3,1	5,3
2014	2,9	2,8	5,0	2,9	3,1	5,1	2,9	2,9	5,0

	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
2024	3,6	3,3	5,4	3,8	3,8	5,6	3,7	3,6	5,5
2025	3,5	3,2	5,2	3,7	3,7	5,5	3,6	3,5	5,3

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
2024	5,1	2,9	4,0	5,5	4,0	4,3	4,1
2025	4,9	2,9	3,9	5,4	3,9	4,2	4,0

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
2024	2,9	4,3	4,2	4,1
2025 ¹⁾	2,9	4,2	4,0	4,0

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. – ¹⁾ Umstellung auf ÖNACE 2025. Die dargestellte Gliederung kann trotz der Umstellung fortgeführt werden.

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; Extrapiramidale 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; Papulosquamöse 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 Beckenorgane; Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

Kapitel Nummer und Bezeichnung	Darunter fallen u. a. folgende Krankheiten
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: Bezeichnungen der Wirtschaftsklassen nach ÖNACE 2025

Übersicht A7: Abkürzungen und Bezeichnungen der Wirtschaftsklassen nach ÖNACE 2025

Abschnitt	Bezeichnung
Abteilung	
A	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
A01	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten
A02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag
A03	Fischerei und Aquakultur
B	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
B05	Kohlenbergbau
B06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas
B07	Erzbergbau
B08	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau
B09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden
C	Herstellung von Waren
C10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln
C11	Getränkeherstellung
C12	Tabakverarbeitung
C13	Herstellung von Textilien
C14	Herstellung von Bekleidung
C15	Herstellung von Leder, Lederwaren und ähnlichen Produkten aus anderen Materialien
C16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)
C17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus
C18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern
C19	Kokerei und Mineralölverarbeitung
C20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen
C21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
C22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren
C23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden
C24	Metallerzeugung und -bearbeitung
C25	Herstellung von Metallerzeugnissen
C26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen
C27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen
C28	Maschinenbau
C29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen
C30	Sonstiger Fahrzeugbau
C31	Herstellung von Möbeln
C32	Herstellung von sonstigen Waren
C33	Reparatur, Instandhaltung und Installation von Maschinen und Ausrüstungen
D	Energieversorgung
E	Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
E36	Wasserversorgung
E37	Abwasserentsorgung
E38	Sammlung, Verwertung und Beseitigung von Abfällen
E39	Beseitigung von Umweltverschmutzungen und sonstige Tätigkeiten in der Abfallbewirtschaftung
F	Bau
F41	Hochbau
F42	Tiefbau
F43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe
G	Handel
G46	Großhandel
G47	Einzelhandel
H	Verkehr und Lagerei
H49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen
H50	Schifffahrt
H51	Luffahrt

Abschnitt Abteilung	Bezeichnung
H52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr
H53	Post-, Kurier- und Expressdienste
I	Beherbergung und Gastronomie
I55	Beherbergung
I56	Gastronomie
J	Verlagswesen, Rundfunk sowie Erstellung und Verbreitung von Medieninhalten
J58	Verlagswesen
J59	Herstellung, Verleih, Vertrieb von Filmen, Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios, Verlegen von Musik
J60	Rundfunkveranstalter, Nachrichtenagenturen und sonstige Verbreitung von Medieninhalten
K	Telekommunikation, Softwareentwicklung, IT-Beratung und Erbringung sonstiger Dienstleistungen der Informationstechnologie und der Computerinfrastruktur
K61	Telekommunikation
K62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie
K63	Datenverarbeitung, Hosting und Erbringung sonstiger Informationsdienstleistungen
L	Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen
L64	Erbringung von Finanzdienstleistungen
L65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)
L66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten
M	Grundstücks- und Wohnungswesen
N	Erbringung von wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen
N69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung
N70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung
N71	Tätigkeiten von Architektur-, Ingenieurbüros; technische, physikalische, chemische Untersuchung
N72	Forschung und Entwicklung
N73	Werbung und Marktforschung sowie Public-Relations-Beratung
N74	Sonstige wissenschaftliche und technische Tätigkeiten
N75	Veterinärwesen
O	Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen
O77	Vermietung und Leasing
O78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften
O79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen
O80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien
O81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau
O82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen
P	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
Q	Erziehung und Unterricht
R	Gesundheits- und Sozialwesen
R86	Gesundheitswesen
R87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
R88	Sozialwesen (ohne Heime)
S	Kunst, Sport und Erholung
S90	Kunstschaffende Tätigkeiten und Tätigkeiten in der darstellenden Kunst
S91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten
S92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen
S93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung
T	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
T94	Interessenvertretungen, kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen, Sport)
T95	Reparatur, Instandhaltung von Datenverarbeitungsgeräten, Gebrauchsgütern, Kraftwagen, -rädern
T96	Erbringung von überwiegend persönlichen Dienstleistungen
U	Private Haushalte mit Hauspersonal sowie Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
U97	Private Haushalte mit Hauspersonal
U98	Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
V	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften

Q: Klassifikationsdatenbank von Statistik Austria.

Anhang D: Ergänzende Übersichten zu Kapitel 2

Übersicht A8: Fälle und Tage – Krankenstandsfälle und -tage insgesamt und deren Verteilung nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

2025, bis 64-Jährige

Ergänzung zu Abbildung 2.2

	Fälle		Tage		Tage je Fall
	Anzahl	Anteile in %	Anzahl	Anteile in %	Ø Anzahl
MSB-Erkrankungen gesamt	606.355	100,0	9.342.680	100,0	15,4
Arthropathien	103.739	17,1	2.384.625	25,5	23,0
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	388.093	64,0	5.145.602	55,1	13,3
Krankheiten der Weichteilgewebe	105.665	17,4	1.578.746	16,9	14,9
Sonstige Krankheiten	8.858	1,5	233.707	2,5	26,4
Systemkrankheiten des Bindegewebes	1.883	0,3	34.965	0,4	18,6
Osteopathien und Chondropathien	4.107	0,7	134.036	1,4	32,6
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	2.868	0,5	64.706	0,7	22,6

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A9: Fälle und Tage – Krankenstandsfälle und -tage der Frauen und Männer für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

2025, bis 64-Jährige

Ergänzung zu Abbildung 2.2 und Abbildung 2.3 und Abbildung 2.4

	Frauen		Männer	
	Fälle	Tage	Fälle	Tage
	Anzahl			
MSB-Erkrankungen gesamt	246.581	4.136.612	359.774	5.206.068
Arthropathien	41.100	1.069.715	62.639	1.314.910
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	157.597	2.262.812	230.496	2.882.790
Krankheiten der Weichteilgewebe	43.593	697.319	62.072	881.427
Sonstige Krankheiten	4.291	106.766	4.567	126.941
Systemkrankheiten des Bindegewebes	1.108	21.917	775	13.048
Osteopathien und Chondropathien	1.863	55.070	2.244	78.966
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	1.320	29.779	1.548	34.927
Alle Krankheitsgruppen	2.491.096	22.921.335	2.726.825	25.457.363

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A10: Tage je Fall – Durchschnittliche Krankenstandsdauer der Frauen und Männer für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

2025, bis 64-Jährige

Ergänzung zu Abbildung 2.2

	Frauen	Männer
	Tage je Fall Ø Anzahl	
MSB-Erkrankungen gesamt	16,8	14,5
Arthropathien	26,0	21,0
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	14,4	12,5
Krankheiten der Weichteilgewebe	16,0	14,2
Sonstige Krankheiten	24,9	27,8
Systemkrankheiten des Bindegewebes	19,8	16,8
Osteopathien und Chondropathien	29,6	35,2
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	22,6	22,6

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A11: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage der Frauen und Männer nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

2025, bis 64-Jährige

Ergänzung zu Abbildung 2.2

	Frauen		Männer	
	Fälle	Tage	Fälle	Tage
Anteile in %				
MSB-Erkrankungen gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
Arthropathien	16,7	25,9	17,4	25,3
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	63,9	54,7	64,1	55,4
Krankheiten der Weichteilgewebe	17,7	16,9	17,3	16,9
Sonstige Krankheiten	1,7	2,6	1,3	2,4
Systemkrankheiten des Bindegewebes	0,4	0,5	0,2	0,3
Osteopathien und Chondropathien	0,8	1,3	0,6	1,5
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	0,5	0,7	0,4	0,7

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A12: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage zwischen Frauen und Männer für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

2025, bis 64-Jährige

Ergänzung zu Abbildung 2.3 und Abbildung 2.4

	Fälle		Tage	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
	Anteile in %			
MSB-Erkrankungen gesamt	40,7	59,3	44,3	55,7
Arthropathien	39,6	60,4	44,9	55,1
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	40,6	59,4	44,0	56,0
Krankheiten der Weichteilgewebe	41,3	58,7	44,2	55,8
Sonstige Krankheiten	48,4	51,6	45,7	54,3
Systemkrankheiten des Bindegewebes	58,8	41,2	62,7	37,3
Osteopathien und Chondropathien	45,4	54,6	41,1	58,9
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	46,0	54,0	46,0	54,0
Alle Krankheitsgruppen	47,7	52,3	47,4	52,6

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A13: Fälle und Tage – Krankenstandsfälle und -tage der Altersgruppen für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

2025

Ergänzung zu Abbildung 2.5 und Abbildung 2.6 und Abbildung 2.7

	Bis 24 Jahre		25 bis 44 Jahre		45 bis 54 Jahre		55 bis 64 Jahre	
	Fälle	Tage	Fälle	Tage	Fälle	Tage	Fälle	Tage
	Anzahl							
MSB-Erkrankungen gesamt	50.925	394.054	231.269	2.628.208	164.178	2.747.722	159.983	3.572.696
Arthropathien	7.875	95.798	30.254	502.355	29.222	665.395	36.388	1.121.077
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	30.485	193.134	158.488	1.594.547	103.894	1.549.031	95.226	1.808.890
Krankheiten der Weichteilgewebe	11.657	88.627	39.573	468.534	28.699	462.984	25.736	558.601
Sonstige Krankheiten	908	16.495	2.954	62.772	2.363	70.312	2.633	84.128
Systemkrankheiten des Bindegewebes	179	1.545	715	8.213	511	12.946	478	12.261
Osteopathien und Chondropathien	560	12.439	1.468	43.454	1.047	38.302	1.032	39.841
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	169	2.511	771	11.105	805	19.064	1.123	32.026
Alle Krankheitsgruppen	1.043.864	5.303.912	2.440.005	18.878.487	997.279	11.753.497	736.773	12.442.802

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A14: Tage je Fall – Durchschnittliche Krankenstandsdauer der Altersgruppen für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

2025

Ergänzung zu Abbildung 2.5

	Bis 24 Jahre	25 bis 44 Jahre	45 bis 54 Jahre	55 bis 64 Jahre
	Tage je Fall Ø Anzahl			
MSB-Erkrankungen gesamt	7,7	11,4	16,7	22,3
Arthropathien	12,2	16,6	22,8	30,8
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	6,3	10,1	14,9	19,0
Krankheiten der Weichteilgewebe	7,6	11,8	16,1	21,7
Sonstige Krankheiten	18,2	21,2	29,8	32,0
Systemkrankheiten des Bindegewebes	8,6	11,5	25,3	25,7
Osteopathien und Chondropathien	22,2	29,6	36,6	38,6
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	14,9	14,4	23,7	28,5
Alle Krankheitsgruppen	5,1	7,7	11,8	16,9

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A15: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage der Altersgruppen nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

2025

Ergänzung zu Abbildung 2.5

	Bis 24 Jahre		25 bis 44 Jahre		45 bis 54 Jahre		55 bis 64 Jahre	
	Fälle	Tage	Fälle	Tage	Fälle	Tage	Fälle	Tage
Anteile in %								
MSB-Erkrankungen gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Arthropathien	15,5	24,3	13,1	19,1	17,8	24,2	22,7	31,4
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	59,9	49,0	68,5	60,7	63,3	56,4	59,5	50,6
Krankheiten der Weichteilgewebe	22,9	22,5	17,1	17,8	17,5	16,8	16,1	15,6
Sonstige Krankheiten	1,8	4,2	1,3	2,4	1,4	2,6	1,6	2,4
Systemkrankheiten des Bindegewebes	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	0,3	0,3
Osteopathien und Chondropathien	1,1	3,2	0,6	1,7	0,6	1,4	0,6	1,1
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	0,3	0,6	0,3	0,4	0,5	0,7	0,7	0,9

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A16: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage zwischen den Altersgruppen für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

2025

Ergänzung zu Abbildung 2.6 und Abbildung 2.7

	Fälle				Tage			
	Bis 24 Jahre	25 bis 44 Jahre	45 bis 54 Jahre	55 bis 64 Jahre	Bis 24 Jahre	25 bis 44 Jahre	45 bis 54 Jahre	55 bis 64 Jahre
	Anteile in %							
MSB-Erkrankungen gesamt	8,4	38,1	27,1	26,4	4,2	28,1	29,4	38,2
Arthropathien	7,6	29,2	28,2	35,1	4,0	21,1	27,9	47,0
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	7,9	40,8	26,8	24,5	3,8	31,0	30,1	35,2
Krankheiten der Weichteilgewebe	11,0	37,5	27,2	24,4	5,6	29,7	29,3	35,4
Sonstige Krankheiten	10,3	33,3	26,7	29,7	7,1	26,9	30,1	36,0
Systemkrankheiten des Bindegewebes	9,5	38,0	27,1	25,4	4,4	23,5	37,0	35,1
Osteopathien und Chondropathien	13,6	35,7	25,5	25,1	9,3	32,4	28,6	29,7
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	5,9	26,9	28,1	39,2	3,9	17,2	29,5	49,5
Alle Krankheitsgruppen	20,0	46,8	19,1	14,1	11,0	39,0	24,3	25,7

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A17: Fälle und Tage – Krankenstandsfälle und -tage der Wirtschaftsbereiche für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

2025, bis 64-Jährige

Ergänzung zu Abbildung 2.8 und Abbildung 2.9 und Abbildung 2.10

	Bau		Industrie		Dienstleistungen	
	Fälle	Tage	Fälle	Tage	Fälle	Tage
	Anzahl					
MSB-Erkrankungen gesamt	59.249	936.591	147.791	2.072.982	399.315	6.333.107
Arthropathien	10.310	242.815	25.939	547.411	67.490	1.594.399
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	37.162	498.617	93.008	1.105.755	257.923	3.541.230
Krankheiten der Weichteilgewebe	11.026	171.293	26.768	367.230	67.871	1.040.223
Sonstige Krankheiten	751	23.866	2.076	52.586	6.031	157.255
Systemkrankheiten des Bindegewebes	111	1.930	430	7.273	1.342	25.762
Osteopathien und Chondropathien	378	15.143	1.003	30.834	2.726	88.059
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	262	6.793	643	14.479	1.963	43.434
Alle Krankheitsgruppen	409.793	4.189.742	1.107.078	9.856.794	3.701.050	34.332.162

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A18: Tage je Fall – Durchschnittliche Krankenstandsdauer der Wirtschaftsbereiche für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

2025, bis 64-Jährige

Ergänzung zu Abbildung 2.8

	Bau	Industrie	Dienstleistungen
	Tage je Fall Ø Anzahl		
MSB-Erkrankungen gesamt	15,8	14,0	15,9
Arthropathien	23,6	21,1	23,6
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	13,4	11,9	13,7
Krankheiten der Weichteilgewebe	15,5	13,7	15,3
Sonstige Krankheiten	31,8	25,3	26,1
Systemkrankheiten des Bindegewebes	17,4	16,9	19,2
Osteopathien und Chondropathien	40,1	30,7	32,3
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	25,9	22,5	22,1
Alle Krankheitsgruppen	10,2	8,9	9,3

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A19: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage der Wirtschaftsbereiche nach den Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

2025, bis 64-Jährige

Ergänzung zu Abbildung 2.8

	Bau		Industrie		Dienstleistungen	
	Fälle	Tage	Fälle	Tage	Fälle	Tage
Anteile in %						
MSB-Erkrankungen gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Arthropathien	17,4	25,9	17,6	26,4	16,9	25,2
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	62,7	53,2	62,9	53,3	64,6	55,9
Krankheiten der Weichteilgewebe	18,6	18,3	18,1	17,7	17,0	16,4
Sonstige Krankheiten	1,3	2,5	1,4	2,5	1,5	2,5
Systemkrankheiten des Bindegewebes	0,2	0,2	0,3	0,4	0,3	0,4
Osteopathien und Chondropathien	0,6	1,6	0,7	1,5	0,7	1,4
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	0,4	0,7	0,4	0,7	0,5	0,7

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A20: Fälle und Tage – Verteilung der Krankenstandsfälle und -tage zwischen Wirtschaftsbereichen für die Gruppen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes

2025, bis 64-Jährige

Ergänzung zu Abbildung 2.9 und Abbildung 2.10

	Fälle			Tage		
	Bau	Industrie	Dienstleistungen	Bau	Industrie	Dienstleistungen
	Anteile in %					
MSB-Erkrankungen gesamt	9,8	24,4	65,9	10,0	22,2	67,8
Arthropathien	9,9	25,0	65,1	10,2	23,0	66,9
Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	9,6	24,0	66,5	9,7	21,5	68,8
Krankheiten der Weichteilgewebe	10,4	25,3	64,2	10,8	23,3	65,9
Sonstige Krankheiten	8,5	23,4	68,1	10,2	22,5	67,3
Systemkrankheiten des Bindegewebes	5,9	22,8	71,3	5,5	20,8	73,7
Osteopathien und Chondropathien	9,2	24,4	66,4	11,3	23,0	65,7
Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes	9,1	22,4	68,4	10,5	22,4	67,1
Alle Krankheitsgruppen	7,9	21,2	70,9	8,7	20,4	71,0

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A21: Bedeutung der Fachgruppen der von Personen mit bzw. ohne Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes in Anspruch genommenen Gesundheitsdienstleistungen

2025

Fachgruppen	Leistungsgruppen	Personen mit Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes			Personen ohne Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes		
Bezeichnung	Bezeichnung	Fachgruppen Rang	Inanspruchnahme In %	Besuch Ø Anzahl je nutzende Person	Fachgruppen Rang	Inanspruchnahme In %	Besuch Ø Anzahl je nutzende Person
Arzt bzw. Ärztin für Allgemeinmedizin	Allgemeinmedizin	1	94,2	8,1	1	90,3	5,7
FA für medizinische und chemische Labordiagnostik	Labordiagnostik	2	40,4	1,7	2	34,8	1,7
FA für Radiologie	Bildgebung	3	33,0	1,4	6	19,0	1,3
Zahnarzt	Zahnmedizin	4	24,9	2,3	3	26,6	2,2
Selbständige Ambulatorien (soweit nicht Fachgebieten 84, 86, 89, 91 und 96 zugeordnet)	Allgemeine Ambulatorien	5	23,7	1,9	4	22,5	1,9
CT, MR und sonstige bildgebende technische Leistungen	Bildgebung	6	20,9	1,3	11	10,3	1,2
FA für Orthopädie und orthopädische Chirurgie	Orthopädie, Unfallchirurgie	7	19,5	3,3	14	7,4	2,6
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Geschlecht, Reproduktion	8	17,9	1,9	5	21,5	1,9
FA für Augenheilkunde und Optometrie	Sinnesorgane (Augen, HNO)	9	15,4	1,4	8	14,2	1,4
FA für Innere Medizin	Innere und Sub-Fachärzte	10	13,7	2,5	10	10,9	2,5
FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Dermatologie	11	13,0	1,8	7	14,5	1,7
FA für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	Zahnmedizin	12	12,9	2,1	9	13,8	2,0
Physiotherapeut:in	Therapieberufe	13	10,8	6,3	15	6,0	5,6
FA für Hals-, Nasen- und Ohrenerkrankungen	Sinnesorgane (Augen, HNO)	14	9,6	1,7	12	9,8	1,8
FA für Pathologie und Histologie	Labordiagnostik	15	7,8	1,2	13	8,9	1,2
Selbständiges Ambulatorium für physikalische Medizin	Physikalische Medizin	16	7,8	9,2	22	2,4	8,7
FA für Urologie	Geschlecht, Reproduktion	17	7,2	1,7	16	5,3	1,8
FA für Lungenkrankheiten	Innere und Sub-Fachärzte	18	4,8	1,8	17	4,1	1,9
Selbständiges Ambulatorium für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	Zahnmedizin	19	4,6	2,2	18	3,7	2,2
FA für Neurologie	Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie	20	4,4	1,9	21	3,0	2,0
FA für Chirurgie	Sonstige Chirurgen	21	3,9	2,0	19	3,5	1,9
FA für Psychiatrie	Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie	22	2,9	3,2	20	3,4	3,6
FA für Unfallchirurgie	Orthopädie, Unfallchirurgie	23	2,2	2,6	26	1,1	2,3

Fachgruppen	Leistungsgruppen	Personen mit Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes			Personen ohne Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes		
Bezeichnung	Bezeichnung	Fachgruppen Rang	Inanspruchnahme In %	Besuch Ø Anzahl je nutzende Person	Fachgruppen Rang	Inanspruchnahme In %	Besuch Ø Anzahl je nutzende Person
Masseur:in	Therapieberufe	24	1,6	4,5	25	1,1	4,3
Andere Vertragspartner	Sonstige	25	1,2	3,9	24	1,5	4,3
FA für physikalische Medizin	Physikalische Medizin	26	1,2	8,2	31	0,4	7,3
Psychotherapeut:in	Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie	27	1,2	6,2	23	2,0	6,8
Orthopädie und Traumatologie	Orthopädie, Unfallchirurgie	28	1,0	1,9	33	0,4	1,8
Labor, zytodignostisch	Labordiagnostik	29	0,7	1,1	27	0,9	1,1
FA für Neurochirurgie	Sonstige Chirurgen	30	0,6	1,7	42	0,1	1,6
Ambulanzen bettenführender Krankenanstalten	Sonstige	31	0,5	1,3	37	0,3	1,2
FA für Hygiene und Mikrobiologie bzw. FA für mikrobiologisch-serologische Labordiagnostik	Labordiagnostik	32	0,5	1,3	28	0,6	1,3
FA für Nuklearmedizin	Sonstige	33	0,5	1,3	30	0,5	1,4
Ergotherapeut:in	Therapieberufe	34	0,5	6,4	36	0,3	6,2
Klinischer Psychologe	Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie	35	0,4	3,0	29	0,6	3,2
FA für Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie	Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie	36	0,4	2,1	34	0,3	2,4
FA für Immunologie	Sonstige	37	0,3	1,1	35	0,3	1,1
Hebamme	Sonstige	38	0,2	1,2	32	0,4	1,1
FA für Plastische Chirurgie	Sonstige Chirurgen	39	0,2	1,7	41	0,2	1,6
FA für Kinder- und Jugendheilkunde	Sonstige	40	0,1	2,3	38	0,3	2,1
FA für Anästhesiologie und Intensivmedizin	Sonstige	41	0,1	3,4	47	0,1	2,4
FA für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	Sonstige Chirurgen	42	0,1	1,5	40	0,2	1,7
Kieferorthopädie	Zahnmedizin	43	0,1	1,1	39	0,2	1,1
Innere Medizin und Kardiologie	Innere und Sub-Fachärzte	44	0,1	1,3	45	0,1	1,3
Bettenführende Krankenanstalten (ausgenommen stationäre Rehabilitation)	Sonstige	45	0,1	1,3	46	0,1	1,5
Logopäde:in	Sonstige	46	0,1	4,9	43	0,1	5,0
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie	47	0,0	2,6	44	0,1	2,5
Selbständiges Ambulatorium für Kieferorthopädie	Zahnmedizin	48	0,0	1,0	48	0,0	1,0

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktdatenbank des Arbeitsmarktservice Österreich und des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft; WIFO-Berechnungen. – FA ... Facharzt bzw. Fachärztin.