

Fehlzeitenreport 2018

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Präsentismus und Absentismus

Thomas Leoni, René Böheim

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Fehlzeitenreport 2018

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Präsentismus und Absentismus

Thomas Leoni, René Böheim

Dezember 2018

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag von Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer Österreich und Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

EDV: Georg Böhs

Begutachtung: Ulrike Famira-Mühlberger • Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Inhalt

Der Fehlzeitenreport gibt eine Übersicht über Entwicklung und Verteilung der gesundheitsbedingten Fehlzeiten in Österreich. 2017 waren die Krankenstände gegenüber dem Vorjahr nahezu unverändert, die Beschäftigten verbrachten im Jahresverlauf durchschnittlich 12,5 Kalendertage im Krankenstand. Das entspricht einem Verlust an Jahresarbeitszeit von 3,4%. Der Fehlzeitenreport 2018 behandelt in einem Schwerpunktkapitel das Thema "Präsentismus und Absentismus". Den verfügbaren Daten zufolge ist etwa die Hälfte der österreichischen Beschäftigten im Jahresverlauf mindestens einmal trotz Krankheits-symptomen am Arbeitsplatz. Absentismus, d. h. das Vortäuschen eines Krankenstandes, betrifft einen kleineren Beschäftigtenkreis und ist weniger gut erforscht als Präsentismus, aber ebenfalls ein relevanter Bestandteil der Arbeitswelt. Sowohl Präsentismus als auch Absentismus verursachen Kosten und können kurz- und längerfristige Schäden für die Wirtschaft und die Gesellschaft zur Folge haben.

Rückfragen: thomas.leoni@wifo.ac.at

2018/316-1/S/WIFO-Projektnummer: 918

© 2018 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), Herausgeber und Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung,
1030 Wien, Arsenal, Objekt 20 • Tel. (+43 1) 798 26 01-0 • Fax (+43 1) 798 93 86 • <http://www.wifo.ac.at/> • Verlags- und Herstellungsort: Wien

Verkaufspreis: 70 € • Kostenloser Download: <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/61487>

Fehlzeitenreport 2018

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni, René Böheim

| Inhaltsverzeichnis | Seiten |
|--|---------------|
| Hauptergebnisse | 1 |
| 1 Entwicklung und Verteilung der Krankenstände | 1 |
| 1.1 Definitionen und Datenbeschreibung | 2 |
| 1.2 Entwicklung der Krankenstände | 5 |
| 1.3 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten | 9 |
| 1.4 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag | 15 |
| 1.5 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung | 19 |
| 1.5.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht | 19 |
| 1.5.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter | 21 |
| 1.5.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche | 29 |
| 1.5.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst | 36 |
| 1.5.5 Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse | 40 |
| 1.6 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung | 41 |
| 1.7 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen | 46 |
| 1.8 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle | 52 |
| 1.8.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle | 53 |
| 1.8.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche | 55 |
| 2 Präsentismus und Absentismus | 60 |
| 2.1 Erklärungsansätze und Bestimmungsfaktoren | 61 |
| 2.1.1 Individuelle Bestimmungsgründe von Präsentismus | 62 |
| 2.1.2 Tätigkeits- und organisationsbezogene Ursachen | 64 |
| 2.1.3 Die Rolle der Arbeitsplatzunsicherheit | 66 |
| 2.1.4 Absentismus als Ausdruck der individuellen Nutzenmaximierung | 67 |
| 2.1.5 Die organisationstheoretische Sicht auf Absentismus | 70 |
| 2.2 Die negativen Auswirkungen von Präsentismus und Absentismus | 72 |
| 2.3 Was wissen wir über Präsentismus in Österreich? | 74 |
| 2.3.1 Wie stark ist Präsentismus verbreitet? | 74 |
| 2.3.2 Was sind die Motive, krank zu arbeiten? | 81 |
| 2.4 Was wissen wir über Absentismus in Österreich? | 86 |
| 2.4.1 Wie stark ist Absentismus verbreitet? | 86 |
| 2.4.2 Nimmt Absentismus an Fenstertagen zu? | 90 |
| 2.5 Handlungsfelder zur Reduktion von Absentismus und Präsentismus | 93 |
| Literaturhinweise | 101 |
| Anhang | 106 |

Verzeichnis der Übersichten

| | | |
|----------------|--|-----|
| Übersicht 1.1: | Verwendete Begriffe und Indikatoren | 4 |
| Übersicht 1.2: | Entgeltfortzahlungsstatistik 1999 | 9 |
| Übersicht 1.3: | Bereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht | 31 |
| Übersicht 1.4: | Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht | 33 |
| Übersicht 1.5: | Krankenstände der Bundesbediensteten im Vergleich zu denen der Angestellten | 37 |
| Übersicht 1.6: | Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht | 44 |
| Übersicht 1.7: | Normierung der Krankenstandsquote | 44 |
| Übersicht 1.8: | Krankheitsgruppenstatistik | 47 |
| Übersicht 2.1: | Gründe, krank in die Arbeit zu gehen | 83 |
| | | |
| Übersicht A1: | Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten | 106 |
| Übersicht A2: | Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung | 107 |
| Übersicht A3: | Krankenstandsquote nach Altersgruppen | 108 |
| Übersicht A4: | Krankenstandsquote nach Geschlecht | 109 |
| Übersicht A5: | Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt | 110 |

Verzeichnis der Abbildungen

| | | |
|-----------------|---|----|
| 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 | 8 |
| Abbildung 1.4: | Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf | 11 |
| Abbildung 1.5: | Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen | 13 |
| Abbildung 1.6: | Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte | 13 |
| Abbildung 1.7: | Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte | 14 |
| Abbildung 1.8: | Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis | 15 |
| 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 | 24 |
| 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 Branchenobergruppen | 35 |
| Abbildung 1.21: Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse | 41 |
| Abbildung 1.22: Krankenstände nach Bundesländern | 42 |
| Abbildung 1.23: Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern | 42 |
| Abbildung 1.24: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen | 49 |
| Abbildung 1.25: Entwicklung der psychischen Krankheiten | 51 |
| Abbildung 1.26: Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten | 54 |
| Abbildung 1.27: Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht | 56 |
| Abbildung 1.28: Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen | 56 |
| Abbildung 1.29: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle) | 58 |
| Abbildung 1.30: Unfallquote nach Betriebsgröße | 58 |
| Abbildung 2.1: Krankenstand, Präsentismus und Absentismus – ein Modell | 62 |
| Abbildung 2.2: Präsentismus: In den letzten 6 Monaten krank zur Arbeit gegangen | 75 |
| Abbildung 2.3: Anzahl an Präsentismustagen im Halbjahr vor der Befragung | 77 |
| Abbildung 2.4: Präsentismus nach Alter und Geschlecht | 79 |
| Abbildung 2.5: Präsentismus nach Qualifikationsniveau | 80 |
| Abbildung 2.6: Präsentismus nach Branchen | 80 |
| Abbildung 2.7: Präsentismus und Befindensbeeinträchtigungen | 82 |
| Abbildung 2.8: Verbreitung von Absentismus in Österreich | 86 |
| Abbildung 2.9: Krankenstand während der Kündigungsphase | 87 |
| Abbildung 2.10: Krankenstandswahrscheinlichkeit an Fenstertagen, Teil I | 92 |
| Abbildung 2.11: Krankenstandswahrscheinlichkeit an Fenstertagen, Teil II | 92 |

Verzeichnis der Textkästen

| | |
|--|----|
| Textkasten 2.1: Wie definieren wir Absentismus und Präsentismus? | 60 |
| Textkasten 2.2: Das neoklassische Arbeit-Freizeit-Modell | 68 |
| Textkasten 2.3: Präsentismus in Österreich – die Datengrundlage | 75 |
| Textkasten 2.4: Wie werden Krankenstände in Österreich kontrolliert? | 97 |

Hauptergebnisse

Das Krankenstandsgeschehen in Österreich

Im Vergleich zum Vorjahr blieben die gesundheitsbedingten Fehlzeiten in der österreichischen Wirtschaft 2017 nahezu unverändert. Die unselbständig Beschäftigten waren im Jahresverlauf durchschnittlich 12,5 Tage im Krankenstand, um 0,3% mehr als 2016 (ebenfalls 12,5 Tage). Dieser Wert entspricht einer **Krankenstandsquote**, d. h. einem Verlust an Jahresarbeitsdagen, von 3,4%. Auch die Atemwegserkrankungen, die aufgrund der unterschiedlichen Häufung und Stärke von Grippewellen stark schwanken und die jährlichen Veränderungen der Krankenstandsquote prägen, verzeichneten 2017 in etwa das gleiche Niveau wie 2016.

Aufgrund der Untererfassung von **kurzen Krankenstandsepisoden** (ein bis drei Tage) liegt die tatsächliche Krankenstandsquote etwas höher, als aus der Statistik hervorgeht. Auch ohne eine vollständige Erfassung sind Kurzkrankenstände sehr häufig: 2017 dauerten gut 40% aller erfassten Krankenstandsfälle weniger als vier Tage. Gemessen an der Summe der Krankenstandstage ist ihr Gewicht aber gering (8,6% aller krankheitsbedingten Fehlzeiten), weshalb ihre Untererfassung eine Unschärfe darstellt, die Statistik aber nicht stark verzerrt. Längere Krankenstandsepisoden sind selten – nur 12,4% aller Fälle dauern länger als zwei Wochen. Dennoch verursacht diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten (knapp 60%).

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

Auch das Bild der wichtigsten **Krankenstandsursachen** wandelt sich im Zeitverlauf. Der Krankenstand wird heute vor allem von den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und jenen des Atemsystems geprägt. Zusammen verursachen diese Erkrankungen rund 50% der Krankenstandsfälle und 42% aller Krankenstandstage. Der Anteil der Verletzungen an den Krankenstandsdiagnosen nahm dagegen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich ab. Er betrug 2017 fast 17%, 2004 waren es noch 21% und 1994 fast 23%. Nach einem geringfügigen Rückgang 2016 stagnierte 2017 die Zahl der psychischen Erkrankungen, die sich im vorangegangenen Zeitraum stark erhöht hatte. Weiter fortgesetzt hat sich dagegen der langfristig rück-

läufige Trend in der Zahl der **Arbeitsunfälle**. 2017 lag die Unfallquote bei 319 je 10.000 Versicherte und erreichte somit den tiefsten Stand seit 1974. Damals waren statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2017 waren es weniger als die Hälfte. Der Rückgang der Unfallquote fiel bei männlichen Arbeitern besonders stark aus, wodurch sich die Unterschiede zwischen ArbeiterInnen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte verringerten.

Der Unterschied in der Krankenstandsquote nach **sozialrechtlicher Stellung** bleibt ausgeprägt, er hat sich in den letzten Jahren aber ebenfalls deutlich verkleinert. 2017 verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik mit 15,5 Tagen um 48% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten, die durchschnittlich 10,5 Tage krankgeschrieben waren. Zu Beginn der 1990er-Jahre verzeichneten ArbeiterInnen noch doppelt so viele Krankenstandstage wie Angestellte. Seit Beginn der 1990er-Jahre ist allgemein eine tendenzielle Angleichung der Fehlzeiten in den einzelnen **Wirtschaftssektoren** beobachtbar: Während die Krankenstandsquote im Dienstleistungsbereich nahezu konstant blieb, kam es in der Herstellung von Waren und – in stärkerem Ausmaß – im Bauwesen zu einem deutlichen Rückgang der Krankenstände.

Die hohe Männerkonzentration in Branchen und Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen körperlichen Belastungen und Unfallrisiken stellt einen wichtigen geschlechtsspezifischen Unterschied dar. In der Vergangenheit verbrachten Männer vor allem aus diesem Grund im Durchschnitt mehr Tage im Krankenstand als Frauen. Die größte Abweichung zwischen **Frauen und Männern** wurde zu Beginn der 1980er-Jahre, also zum Zeitpunkt der höchsten Krankenstände, verzeichnet. Damals lag die Krankenstandsquote der Männer um 25% höher als jene der Frauen. Dieser Abstand verringerte sich in den folgenden Jahren kontinuierlich, was zuerst zu einer Angleichung und in den letzten Jahren zu einer Umkehrung im Verhältnis der geschlechtsspezifischen Krankenstandsquoten führte. 2017 verbrachten Frauen im Durchschnitt 7% mehr Tage im Krankenstand als Männer (Frauen: 13,0 Tage, Männer: 12,2 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 das Gesundheits- und Sozialwesen) beschäftigt sind, während gleichzeitig die Krankenstände in männerdominierten Branchen wie Bauwesen und Warenherstellung rückläufig sind.

Die Krankenstandsdaten belegen erwartungsgemäß, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen steigt. Allerdings besteht zwischen Krankenstand und Alter kein einfacher, linearer Zusammenhang. Die **Krankenstandsquoten nach Alter** folgen trotz einiger Abweichungen einem leicht U-förmigen Muster: Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, ab dem 20. Lebensjahr gehen die altersspezifischen Krankenstandsquoten leicht zurück. Ab 40 Jahren steigt die durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen wieder an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert. Ältere Arbeitskräfte treten seltener als junge einen Krankenstand an, sie sind jedoch überproportional oft von langen Krankenstandsfällen betroffen. Nicht anders als in den anderen Altersgruppen verzeichnet auch bei den Über-50-Jährigen die Mehrheit der Versicherten keine oder nur sehr wenige Krankenstandstage. Nur ein Drittel der Personen ist im Jahresverlauf eine Woche oder länger krankgeschrieben.

Im **öffentlichen Sektor** liegen nur für die Bediensteten des Bundes Krankenstandsdaten vor, die jüngsten verfügbaren Werte beziehen sich auf 2016. Schließt man die Kurzkrankenstände von der Betrachtung aus, dann lag die Krankenstandsquote der BeamtInnen und Vertragsbediensteten des Bundes im Jahr 2016 um 8,6% über jener der ArbeiterInnen und Angestellten. Zieht man nur die Angestellten als Vergleichsbasis heran und führt man eine Standardisierung der Altersstruktur aufgrund der Verteilung der BeamtInnen und Vertragsbediensteten durch, dann lagen die Krankenstände im Bundesdienst etwa 18% höher als im ASVG-Bereich. Beim Bundespersonal fällt zudem pro Kopf eine deutlich höhere Anzahl an Kurzkrankenständen als bei den ArbeiterInnen und Angestellten an. Es lässt sich aber nicht sagen, welcher Anteil dieser Differenz auf die vollständige Erfassung der kurzen Fehlzeiten im öffentlichen Sektor zurückzuführen ist.

Wie bereits in den vorangegangenen Fehlzeitenreporten aufgezeigt wurde, unterscheiden sich die Krankenstandsquoten auf **regionaler Ebene** zum Teil erheblich. Salzburg ist seit Jahren das Bundesland mit den geringsten Fehlzeiten, 2017 waren dort die Beschäftigten im Schnitt nur 10,6 Tage im Jahr krank. Die niederösterreichische Gebietskrankenkasse verzeichneten mit 13,7 Tagen die höchsten Krankenstände, gefolgt von der oberösterreichischen und steirischen Gebietskrankenkasse mit 13,3 bzw. 12,8 Tagen. Die Wirtschaftsstruktur kann einen Teil dieser Unterschiede erklären, erwartungsgemäß haben Bundesländer mit einem industriellen Schwerpunkt (wie z. B. Oberösterreich) höhere, solche mit einem großen Dienstleistungssektor tendenziell niedrigere Krankenstandsquoten. Es ist aber davon auszugehen, dass neben der Wirtschaftsstruktur auch zahlreiche andere Bestimmungsgründe (z. B. Altersstruktur der Beschäftigten, Anteil an Teilzeitbeschäftigung, gesundheitlicher Zustand der Bevölkerung, Arbeitsmarktlage, Verhalten der niedergelassenen ÄrztInnen usw.) die regionalen Krankenstandsunterschiede verursachen.

Krankenstände stellen nicht nur für die Beschäftigten, die neben dem damit verbundenen Leid auch um negative Folgen für ihre Erwerbskarriere fürchten müssen, eine Belastung dar. Sie sind für die Betriebe und für die Volkswirtschaft insgesamt ein hoher **Kostenfaktor**. Die gesamtwirtschaftlichen Kosten für Krankenstand und Unfall setzen sich aus mehreren Komponenten zusammen, die unterschiedlich genau erfassbar sind. Während die direkten Zahlungen der Betriebe und Sozialversicherungsträger in Form von Entgeltfortzahlung und Krankengeld relativ genau abgeschätzt werden können, gibt es kaum Anhaltspunkte zu den indirekten volkswirtschaftlichen Kosten sowie zu den im Gesundheitssystem anfallenden medizinischen Behandlungskosten für Krankheiten und Unfälle der unselbständig Beschäftigten. Eine grobe Abschätzung anhand von vereinfachenden Annahmen, die im Fehlzeitenreport 2007 in größerem Detail beschrieben und diskutiert wurden, gibt dennoch einen Hinweis darauf, welche ökonomischen Folgen Reduktionen bzw. Steigerungen der Fehlzeiten haben können (siehe Übersicht).

Im Jahr 2016, dem jüngsten Jahr mit verfügbarem Datenmaterial, zahlten die ArbeitgeberInnen laut Angaben des Sozialministeriums 2,9 Mrd. € an **Entgeltfortzahlungen**. Weitere 704 Mio. € wurden von den Sozialversicherern in Form von **Krankengeld** ausbezahlt. Damit beliefen sich die direkt zuordenbaren Krankenstandskosten in Summe auf 3,6 Mrd. € oder 1% des BIP. Die krankheitsbedingten Abwesenheiten vom Arbeitsplatz führen zudem zu Wert-

schöpfungsverlusten und gegebenenfalls zu anderen betrieblichen Kosten (Produktivitätsrückgänge, Kosten für Ersatzarbeitskräfte, Folgekosten von Arbeitsunfällen usw.), die über die direkten Entgeltfortzahlungskosten hinausgehen. Diese Kosten sind schwer quantifizierbar, sie schwanken stark in Abhängigkeit vom Konjunkturzyklus (d. h. dem Auslastungsgrad der Produktionskapazitäten) und von der betrachteten Branche und Betriebsgröße. Unter stark vereinfachenden Annahmen kann geschätzt werden, dass infolge der krankheitsbedingten Fehlzeiten zusätzlich zu den Lohnersatzkosten indirekte betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von 0,8% bis 1,7% des BIP entstehen.

Übersicht: Schätzung der Kosten im Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbständig Beschäftigter, 2016

| | Mio. € | In % des BIP |
|---|--------------|--------------|
| Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten | bis zu 9.589 | bis zu 2,7 |
| Direkte Kosten (direkte Zahlungen) ¹⁾ | 3.589 | 1,0 |
| Indirekte Kosten (Wertschöpfungsverluste) ²⁾ | bis zu 6.000 | bis zu 1,7 |
| Gesundheitsausgaben ³⁾ | bis zu 9.200 | bis zu 2,6 |
| Direkte öffentliche Kosten | 6.800 | 1,9 |
| Direkte private Kosten | 2.400 | 0,7 |

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

Die bereits genannten Kostenfaktoren stehen im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Krankenstand, ein Rückgang der krankheitsbedingten Fehlzeiten würde sich entsprechend positiv auf diese Faktoren auswirken. Eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten würde sich aber nicht nur über die Reduktion von direkten und indirekten wirtschaftlichen Krankenstandskosten, sondern auch durch Kostensenkungen im **Gesundheitssystem** auswirken. Der Ausgabenrahmen, der mit den Gesundheitsausgaben der unselbständig Beschäftigten in Verbindung gebracht werden kann, belief sich im Jahr 2016 auf rund 2,6% des BIP. Der größte Teil dieser Kosten entfällt auf das öffentliche Gesundheitssystem für ärztliche Betreuung, BetriebsärztInnen, Spitäler, Medikamente usw., ein Viertel der Kosten wurde über private Gesundheitsausgaben erbracht.

Wie bedeutsam der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Erwerbstätigen für die Volkswirtschaft ist, zeigt sich auch daran, dass in Österreich im Jahr 2016 rund 117.000 Männer unter 65 Jahren und 48.000 Frauen unter 60 Jahren eine Pension der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit bezogen¹⁾. Daraus resultierten insgesamt Zahlungen in Höhe von 2.775 Mio. € an **Invaliditätspensionen**. Für die Auszahlung einer Versehrtenrente an

¹⁾ Siehe *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018*, Tabelle 3.11.

Männer und Frauen, die noch nicht das gesetzliche Pensionsalter erreicht haben, wurden weitere 302 Mio. € aufgewendet²⁾).

Präsentismus und Absentismus

Das Schwerpunktkapitel des diesjährigen Fehlzeitenreports ist dem Thema "**Präsentismus und Absentismus**" gewidmet. Wir sprechen von Präsentismus, wenn Beschäftigte arbeiten, obwohl Krankheitssymptome oder gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, die einen Krankenstand rechtfertigen würden. Mit Absentismus sind dagegen jene Fälle gemeint, in denen ArbeitnehmerInnen eine Erkrankung bzw. Arbeitsunfähigkeit vortäuschen, um dem Arbeitsplatz fern zu bleiben. In Abgrenzung zu den gesundheitlich bedingten Fehlzeiten wird diesbezüglich auch von "motivational bedingten" Fehlzeiten gesprochen.

Sowohl Absentismus als auch Präsentismus verursachen **Kosten** und können **kurz- und längerfristige Schäden** für die Wirtschaft und die Gesellschaft zur Folge haben. Präsentismus hat negative Auswirkungen auf die weitere gesundheitliche Entwicklung und die längerfristige Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen. Personen, die mit Krankheitssymptomen am Arbeitsplatz erscheinen, können auch für ihre Mitmenschen einen gesundheitlichen Risikofaktor darstellen. Einige Studien geben zumindest indirekte Hinweise dafür, dass Präsentismus die Verbreitung von ansteckenden Krankheiten fördert. Auch im Fall von Absentismus können verschiedene Wirkungszusammenhänge und Folgekosten unterschieden werden. Ungerechtfertigte Fehlzeiten schädigen unmittelbar die betroffenen Unternehmen und Organisationen, aber unter Umständen auch das Sozialsystem. Auch die Beschäftigten selbst müssen mit der Gefahr von langfristig negativen Folgen auf ihre Karriere- und Erwerbchancen rechnen, vor allem wenn ihr Fehlverhalten entdeckt wird, aber auch über die unerwünschte Signalwirkung von Fehlzeiten. Darüber hinaus können beide Phänomene als Indikatoren für strukturelle Probleme (z. B. niedrige Arbeitszufriedenheit oder schlechte Arbeitsteilung) in einer Organisation gewertet werden. Eine Reduktion von Absentismus und Präsentismus ist somit nicht nur deshalb wünschenswert, weil dadurch unmittelbar Kosten und Gesundheitsrisiken beseitigt werden, sondern auch weil durch ihre Ursachenbekämpfung längerfristig günstige Rahmenbedingungen für die Entwicklung von Arbeit und Wirtschaft geschaffen werden.

Eine Gemeinsamkeit besteht dahingehend, dass Absentismus und Präsentismus durch **persönliche Eigenschaften** begünstigt werden können, aber auch durch **arbeits- und organisationsbezogene Faktoren** (z. B. Unternehmenskultur) sowie durch **strukturelle Faktoren** (z. B. Arbeitsplatzsicherheit).

Präsentismus ist grundsätzlich ein gesundheitsbezogenes Verhalten und weist in seiner Ursachenstruktur eine starke Überschneidung mit dem Krankenstand auf: Beide hängen vom Gesundheitszustand der Beschäftigten ab, was sich auch darin niederschlägt, dass Personen, die oft im Krankenstand sind, auch überdurchschnittlich oft krank in die Arbeit gehen. Ist ein Krankheitsfall eingetreten, bestimmt aber die **Präsentismusneigung**, inwiefern trotz der gesundheitlichen Einschränkung der Weg in die Arbeit angetreten wird. Menschen, denen es schwerfällt, angesichts beruflicher Anforderungen nein zu sagen und sich bzw. der eigenen

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

Verausgabungsbereitschaft Grenzen zu setzen, tendieren nachweislich zu Präsentismus. Darüber hinaus wird in der Psychologie mit dem "approach"-Ansatz die unter einigen Beschäftigten verbreitete persönliche Einstellung beschrieben, gesundheitliche Beeinträchtigungen durch Festhalten an berufliche Verpflichtungen überwinden zu wollen. Loyalität und Pflichtgefühl gegenüber den Vorgesetzten, den KollegInnen oder den KundInnen bzw. PatientInnen können dabei eine zentrale Rolle spielen.

Neben Persönlichkeitsmerkmalen sind tätigkeits- und organisationsbezogene Faktoren weitere zentrale Bestimmungsgründe des Verhaltens der Beschäftigten bei gesundheitlichen Problemen. Auf Ebene der **Arbeitsorganisation** ist von Bedeutung, inwiefern die betroffene Arbeitskraft im Abwesenheitsfall ersetzt werden kann und ihre Aufgaben von anderen weitergeführt werden können. Beschäftigte neigen eher zu Präsentismus, wenn ihre Arbeit im Abwesenheitsfall unerledigt bleibt. Das kann sowohl bei Personalknappheit als auch bei hoher Arbeitsspezialisierung oder fehlender Einschulung von KollegInnen der Fall sein. Bei personenbezogenen Tätigkeiten, wie beispielsweise im Unterrichtswesen, kann aufgrund der Bindung zu den betreuten Personen eine besonders starke Motivation zur Anwesenheit vorherrschen. Aber auch eine Arbeitsorganisation in Teams kann, vor allem wenn es sich um selbstverwaltete Einheiten handelt, aufgrund des stärkeren Pflichtgefühls gegenüber den KollegInnen zu erhöhtem Präsentismus führen.

Darüber hinaus wirken sich die **Unternehmenskultur** und insbesondere die **Qualität der Führung** mit unterschiedlichem Vorzeichen auf Präsentismus aus. Eine reduzierte Präsentismusneigung ergibt sich, wenn die Beziehung zwischen Führungskraft und MitarbeiterIn durch Respekt, Vertrauen und Unterstützung gekennzeichnet ist. In diesen Fällen besteht im Arbeitsverhältnis ein hohes Sicherheitsgefühl und ein Fokus auf Ergebnisse, weshalb die reine Anwesenheit am Arbeitsplatz als Gradmesser von Einsatz an Bedeutung verliert und der Rechtfertigungsdruck für Fehlzeiten sinkt. Führungskräfte und die Unternehmenskultur können aber auch den Präsentismus fördern und eine entsprechende "Präsentismuskultur" ("presenteeism climate") schaffen, beispielsweise durch starke Fokussierung auf die geleisteten Arbeitsstunden als Leistungsparameter, durch Misstrauen gegenüber den Fehlzeiten der MitarbeiterInnen oder durch hohe Arbeitsanforderungen gekoppelt mit mangelnder Unterstützung.

Auch **Absentismus** kann vor dem Hintergrund des Zusammenspiels von persönlichen Eigenschaften und arbeits- sowie organisationsbedingten Faktoren verstanden werden – als Funktion von "**Person und Situation**". Zahlreiche arbeitspsychologische Studien stellen einen Zusammenhang zwischen bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und Fehlzeiten bzw. allgemein schädigendem Verhalten in der Arbeit fest. Demnach neigen unter anderem Personen mit geringer Gewissenhaftigkeit, mit einer negativen Affektivität bzw. mit Neurotizismus (als Ausdruck für Gefühle der Ablehnung, Gereiztheit und Angst) oder mit einer niedrigen zwischenmenschlichen Verträglichkeit (im Sinne von Altruismus und Kooperationswillen) zu schädigendem Verhalten. Das trifft besonders dann zu, wenn am Arbeitsplatz Konflikte oder andere Belastungen auftreten. Zu diesen Belastungen zählen längerfristige "Gratifikationskrisen", d. h. Ungleichgewichte zwischen gefühlter Verausgabung und Wertschätzung in der Arbeit. Diese können zu einer Verminderung des Arbeitseinsatzes in Form von Leistungszurückhaltung oder "Flucht aus dem Feld" durch Fehlzeiten führen.

In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff der "**inneren Kündigung**" relevant, der in der Arbeits- und Organisationspsychologie im Unterschied zum rechtlichen Akt der formalen Kündigung einen Zustand der Verweigerung von Einsatz- und Leistungsbereitschaft beschreibt. Hohe Fehlzeiten zählen zusammen mit anderen Verhaltenssymptomen wie mangelndem Engagement am Arbeitsplatz ("Dienst nach Vorschrift") zu den kennzeichnenden Merkmalen einer inneren Kündigung. Dieser Zustand wird allgemein auf Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen zurückgeführt. Nachlassende Loyalität gegenüber dem Dienstgeber und ein Rückzugsverhalten können Ausdruck dafür sein, dass aus Sicht der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters der "**psychologische Arbeitsvertrag**" mit dem Arbeitgeber nicht oder über längere Zeit nicht mehr erfüllt wird.

Aus der internationalen Forschung liegen auch eindeutige Befunde dafür vor, dass **gruppen-dynamische Faktoren** innerhalb von Organisationen und Unternehmen für das Krankheitsverhalten von Bedeutung sein können. Am Arbeitsplatz herrschen – in manchen Fällen explizit, viel öfter implizit – Erwartungen und soziale Normen, die Fehlzeiten betreffen. Je nach Arbeitsumfeld können demnach teils ausgeprägte Unterschiede in Bezug auf das "sozial akzeptierte" Krankheitsniveau vorherrschen. Unterschiedliche Studien konnten nachweisen, dass sogar innerhalb einer Organisation, beispielsweise zwischen Filialen des gleichen Handelsunternehmens, Gruppennormen einen Einfluss auf die individuellen Krankheitsstände haben. Genauso wie in einer Organisation eine "**Präsentismuskultur**" vorherrschen kann, besteht die Möglichkeit, dass sich eine "**Absentismuskultur**" etabliert.

Die **Messung von Präsentismus und Absentismus** ist mit großen Schwierigkeiten konfrontiert. Unser Wissen über die Verbreitung dieser Verhaltensweisen geht auf **Selbsteinschätzungen** zurück, die mittels Befragungen erhoben werden. Die genaue Wortwahl der Fragestellung kann dabei ebenso einen Einfluss auf das Antwortverhalten haben wie subjektiv unterschiedliche Einstellungen zu Fehlzeiten und die Tatsache, dass die Befragten – insbesondere in Bezug auf Absentismus – ihre Antworten an sozial erwünschtes Verhalten anpassen. Die verfügbaren Daten belegen dennoch eindeutig, dass Absentismus und Präsentismus relevante Phänomene der österreichischen Arbeitswelt sind.

Auswertungen des Arbeitsklima Index und des Arbeitsgesundheitsmonitors der Arbeiterkammer Oberösterreich für den Zeitraum 2008 bis 2017 und der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 zeigen, dass im Jahresverlauf Präsentismus bei etwa **der Hälfte der österreichischen Beschäftigten** vorkommt. Sowohl der Anteil der Beschäftigten mit Präsentismus als auch, in geringerem Ausmaß, die Zahl der Präsentismustage dieser Personen gingen in den letzten Jahren zurück. Diese beiden Effekte (weniger Betroffene, weniger Tage je betroffene Person) führten in Summe zu einem deutlichen **Rückgang der durchschnittlichen Präsentismustage** in der Wirtschaft insgesamt. Der Rückgang konzentrierte sich auf die Jahre 2008 bis 2013, zwischen 2014 und 2017 war die Pro-Kopf-Zahl der Präsentismustage weitgehend konstant. Der Anteil der Präsentismustage an der Summe aus Präsentismus und Krankheitsstand (ein Maß für die Präsentismusneigung) zeigt über den gesamten Zeitraum einen rückläufigen Trend, ein Beleg dafür, dass der Rückgang des Präsentismus nicht darauf zurückzuführen ist, dass die Beschäftigten seltener krank wurden. Dieser rückläufige Präsentismustrend kann im Lichte der verfügbaren Informationen nicht eindeutig erklärt werden. Ein plausibler Erklärungs-

ansatz, der aber weiterer Überprüfung bedarf, betrifft die starke Übereinstimmung in der Entwicklung des Präsentismus und der durchschnittlichen Arbeitszeit sowie der geleisteten Mehr- und Überstunden.

Präsentismus ist nicht in allen **Beschäftigtengruppen** gleich stark verbreitet, wobei die Rahmenbedingungen der Beschäftigung und somit die Verhältnisse eine entscheidende Rolle für diese Unterschiede spielen. Frauen verzeichnen öfter als Männer Präsentismus, das zeigt sich auch in Studien für andere Länder. Jüngere tendieren stärker als Ältere zu Präsentismus, da sie im Schnitt aber weniger gesundheitliche Probleme haben, verzeichnen sie in Summe weniger Präsentismustage. Aus den Analysen von österreichischen Befragungsdaten geht auch eine positive Korrelation zwischen Qualifikation und Präsentismus hervor. Die Unterschiede zwischen Beschäftigtengruppen – insbesondere jene nach Qualifikationsniveau – dürften aber zu einem guten Teil auf die unterschiedliche Verteilung dieser Gruppen auf Branchen und Berufe zurückgehen und mit der ausgeübten Tätigkeit, den Arbeitsinhalten und den vorherrschenden Organisationsmodellen im Zusammenhang stehen. Das zeigt sich auch an Unterschieden in der Verteilung der **Motive für Präsentismus** zwischen den Beschäftigtengruppen.

Über alle Branchen hinweg sowie unabhängig von Geschlecht, Alter und Qualifikation ist das **Pflichtgefühl** gegenüber den KollegInnen mit Abstand die von den Befragten am häufigsten genannte Begründung für Präsentismusverhalten (im Durchschnitt 60% aller Beschäftigten). Sorge um die **Arbeit, die sonst unerledigt bleibt**, wird von mehr als einem Drittel der Beschäftigten als Bestimmungsgrund der Präsentismusentscheidung erwähnt, noch etwas größer ist der Anteil der Personen, für die **das Fehlen einer Vertretung** eine Rolle spielt. Die **Angst vor negativen Konsequenzen** wird von etwa einem Sechstel der Personen als Präsentismusgrund genannt. Etwa gleich groß ist jene Beschäftigtengruppe, die angab, entweder selbst wegen Krankenstände ein Problem im Arbeitsverhältnis gehabt zu haben oder zu wissen, dass andere im Betrieb bzw. in der Organisation solche Probleme hatten. Zwischen den Branchen und vor allem den Qualifikationsgruppen bestehen allerdings im Hinblick auf die Motivationsstruktur zum Teil erhebliche Unterschiede.

In **Branchen mit einer hohen Arbeitskräftefluktuation**, wie Bauwesen und Tourismus, ist Präsentismus verstärkt durch die Angst vor Konsequenzen infolge von Krankenständen geprägt. In Bereichen mit einem hohen Anteil an mittel- und hochqualifizierten Bürotätigkeiten, wie im Geld- und Versicherungswesen, spielt dagegen die Sorge vor sich aufstauender Arbeitslast eine prominentere Rolle. Auffallend ist auch, dass 12% der älteren Befragten aber rund 20% der Jüngeren befürchten, dass ein Krankenstand negative berufliche Auswirkungen haben könnte. Ebenso stark ist die Angst vor den Konsequenzen unter den Personen mit Pflichtschul- oder Lehrabschluss verbreitet. Unter den Beschäftigten, die eine Fachschule oder berufsbildende mittlere Schule besucht haben, ist dieser Anteil mit 8,2% nicht einmal halb so hoch. Überraschenderweise steigt die Angst vor negativen Folgen bei Krankenstand mit dem Qualifikationsniveau wieder an (fast 16% bei den HochschulabsolventInnen). Aus den Daten geht aber auch hervor, dass es sich zwischen Qualifikationsgruppen zum Teil um **unterschiedlich gelagerte Befürchtungen** handelt: Niedrigqualifizierte erwähnen die Angst vor Kündigung als negative Konsequenz öfter (66%) als die Hochqualifizierten (51%), während letztere mit 33%

öfter als die Niedrigqualifizierten (11%) negative Konsequenzen in Form einer Benachteiligung bei den Aufstiegschancen befürchten.

Anders als für den Präsentismus gibt es für Absentismus in Österreich, aber auch im internationalen Umfeld, nur **sehr vereinzelt Befragungsdaten**. Diese gehen auf punktuell durchgeführte Umfragen zurück, die keine Vergleiche über die Zeit und nur sehr begrenzt Aussagen über Unterschiede zwischen Personengruppen ermöglichen. In einer Umfrage aus dem Jahr 2015 gab etwas mehr als die Hälfte (54%) der befragten ÖsterreicherInnen an, niemanden zu kennen, der sich im vorangegangenen Jahr krankgemeldet hatte, ohne es zu sein. Die restlichen Personen hatten dagegen im eigenen Umfeld Absentismusfälle beobachtet: 27% aller Befragten führten an, "wenige" Personen mit Absentismus zu kennen; 14% der Befragten kannten "einige", 3% "viele" und 2% sogar "sehr viele" Personen, die "blau gemacht hatten". Aufgrund der indirekten Befragungsform lässt sich aus diesen Umfragewerten nur sehr bedingt und auf der Basis von Annahmen der tatsächliche Anteil an "Absentisten" unter den Beschäftigten abschätzen. Diesen Schätzungen zufolge weisen die Umfrageergebnisse auf eine Bandbreite von 7% bis 13% der Beschäftigten hin, die im Jahresverlauf mindestens einmal einen Krankenstand vortäuschten. Diese prozentuellen Werte liefern jedoch nur einen Anhaltspunkt und müssen mit großer Vorsicht interpretiert werden.

Absentismus kann unterschiedliche Begründungen haben und dementsprechend unterschiedliche Formen einnehmen. Eine Befragung von steirischen Unternehmen aus dem Jahr 2011 legt beispielsweise nahe, dass gekündigte MitarbeiterInnen **während der Kündigungsphase** einen erhöhten Krankenstand haben. In einer ökonomischen Perspektive kann sich grundsätzlich die Wahrscheinlichkeit von unrechtmäßigen Fehlzeiten immer dann erhöhen, wenn sich das individuelle **"Kosten-Nutzen-Kalkül"** in Bezug auf die Abwesenheit vom Arbeitsplatz verschiebt. Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn – alles andere gleichbleibend – auf der Nutzenseite der Wert von zusätzlicher "Freizeit" steigt. Bezeichnenderweise wurden im Arbeitsrecht und in den Arbeitsbeziehungen für bestimmte Ereignisse, die eine starke Anhebung des "Freizeitwerts" nach sich ziehen (wie z. B. religiöse Feiertage oder familiäre Ereignisse wie Geburten und Trauungen) institutionelle Regelungen getroffen.

Internationale Studien liefern einige Erkenntnisse zur Häufung von Fehlzeiten anlässlich von Ereignissen mit einem **erhöhten Freizeitwert**. Zwei schwedische Untersuchungen finden beispielsweise eine erhöhte Krankenstandswahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit der Austragung bzw. Übertragung von sportlichen Großereignissen sowie rund um den Geburtstag der Beschäftigten. Diese Effekte, die als Hinweis für erhöhten Absentismus interpretiert werden können, waren ausschließlich auf einen Anstieg der Fehlzeiten von jüngeren Männern zurückzuführen. Eine kanadische Studie widmete sich dagegen dem Zusammenhang zwischen Krankenstand und Wetter. Dabei zeigte sich ein geringfügiger Anstieg der kurzen Krankenstände bei Schönwetter. Da gutes Wetter den "Wert" von Freizeit erhöht, kann auch dieses Ergebnis als Indiz für Absentismus gewertet werden.

Fenstertage stellen die Möglichkeit eines Kurzurlaubs bzw. einer mehrtägigen, zusammenhängenden Abwesenheit vom Arbeitsplatz in Aussicht und könnten demnach ebenfalls einen erhöhten Anreiz für Absentismus bieten. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde unter-

sucht, ob **Krankenstände an Fenstertagen** häufiger als an vergleichbaren Montagen oder Freitagen vorkommen. Die Analyse stützt sich auf die Auswertung von oberösterreichischen Sozialversicherungsdaten. Die Ergebnisse belegen eindeutig, dass die Krankenstandsquoten an Fenstertagen, entgegen den Erwartungen, nicht höher, sondern **niedriger ausfallen als an anderen vergleichbaren Tagen**. Das könnte einerseits damit zu tun haben, dass Beschäftigte an diesen Tagen eher einen Urlaubstag in Anspruch nehmen, da sie dann nicht ortsgebunden und durch mögliche Kontrollen eingeschränkt sind. Die niedrige Krankenstandsquote an Fenstertagen könnte auch damit zusammenhängen, dass an diesen Tagen die Zahl der offenen Arztpraxen niedriger ist und dementsprechend Beschäftigte veranlasst sein könnten, soweit möglich eine Krankmeldung bzw. den Arztbesuch zu vermeiden. Auch strategisches Verhalten vonseiten der Beschäftigten ist als Erklärungsgrund nicht auszuschließen. Gerade der offensichtliche Vorteil eines Fehltags unmittelbar vor oder nach dem Wochenende könnte dazu führen, dass die Beschäftigten bei Krankmeldungen an solchen Tagen besonders vorsichtig sind.

Absentismus und Präsentismus sind multidimensionale Phänomene, die über unterschiedliche **Handlungsfelder** angesprochen werden können. Ein gemeinsamer Nenner besteht darin, dass die Unternehmenskultur und die betriebliche Ebene wichtige Hebel für die Reduktion von Absentismus und Präsentismus darstellen. Neben der betrieblichen Ebene gibt es zahlreiche weitere Handlungsfelder und Ansatzpunkte, um das Fehlzeitenverhalten positiv zu steuern, wie die Gestaltung der Kontrollsysteme bei Krankenstand und im Allgemeinen die Rahmenbedingungen für Arbeit und Beschäftigung.

Fehlzeitenreport 2018

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

1 Entwicklung und Verteilung der Krankenstände

Dieses Kapitel dient einem Überblick über die langfristige Entwicklung von krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten in der österreichischen Wirtschaft. Dazu wurden aus bereits publiziertem Datenmaterial vollständige, langfristige Zeitreihen zusammengestellt, die anhand von unterschiedlichen Indikatoren ein möglichst detailliertes Bild der Krankenstände geben. Die Krankenstandsentwicklung kann als eine wichtige gesundheitspolitische Zielgröße betrachtet werden, prinzipiell ist eine Senkung der Krankenstände als positiv und wünschenswert zu beurteilen. Belastungen am Arbeitsplatz und individuelles Risikoverhalten in und außerhalb der Arbeitswelt wirken sich über kurz oder lang zwangsläufig negativ auf die Krankenstände aus.

Dennoch muss bedacht werden, dass die Krankenstandsentwicklung nicht immer unmittelbar das gesundheitliche Befinden der (erwerbstätigen) Bevölkerung widerspiegelt. Die Krankenstände werden von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und institutionellen Faktoren beeinflusst. Zum einen wirken sich Veränderungen in der Zusammensetzung der unselbständigen Beschäftigung stark auf die von der Statistik erfassten Krankenstände aus und können mitunter Effekte verursachen, die in einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive differenziert betrachtet werden müssen. So schlägt sich beispielsweise der frühzeitige Erwerbsaustritt von Personen mit gesundheitlichen Problemen günstig in der *Krankenstandsstatistik* nieder. Angesichts der Zielsetzung, die Erwerbsbeteiligung der Älteren zu steigern, und der Notwendigkeit, den demographischen Alterungsprozess der Gesellschaft durch die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit zu bewältigen, ist ein frühzeitiger Erwerbsaustritt allerdings weder wünschenswert noch nachhaltig. Dem betriebs- und volkswirtschaftlichen Nutzen, der sich kurzfristig durch die Reduktion von Fehlzeiten ergibt, stehen in so einem Fall langfristige, hohe Kosten im Gesundheits-, Sozialversicherungs- und Pensionssystem gegenüber³⁾.

Zum anderen sind die statistisch erfassten Krankenstände auch ein Produkt des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt. Leistungsdruck und Arbeitsplatzunsicherheit können diesbezüglich das Verhalten der Beschäftigten ebenso beeinflussen wie ihre Arbeitszufriedenheit und Motivation. Eine Steigerung der aus gesundheitlicher wie ökonomischer⁴⁾ Sicht problematischen Bereitschaft der ArbeitnehmerInnen krank arbeiten zu gehen (das Phänomen des Präsentismus, siehe dazu Kapitel 2), kann sich positiv auf die *Krankenstandsstatistik*

³⁾ Sieht man von einer rein ökonomischen Kosten-Nutzen-Analyse ab, muss auch bedacht werden, dass die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit im Alter durch den sinnstiftenden Charakter der Arbeit für das Individuum auch einen immateriellen Wert besitzt.

⁴⁾ Wenn ArbeitnehmerInnen trotz des Auftretens von Krankheitssymptomen am Arbeitsplatz erscheinen, kann dem Betrieb sowohl über die geminderte Produktivität der Betroffenen als auch über die Ansteckungsgefahr für die restliche Belegschaft ein Schaden entstehen.

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

1.1 Definitionen und Datenbeschreibung

Die Begriffe "Krankenstand" und "Fehlzeiten" sind in der Literatur nicht einheitlich definiert, es ist daher notwendig, der Untersuchung eine terminologische Festlegung vorzuschicken. In Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Personalführung können wir die Gesamtheit der Abwesenheiten der ArbeitnehmerInnen vom Arbeitsplatz im Laufe eines Kalenderjahres als "Ausfallzeiten" definieren (Schnabel, 1997). Dieser Oberbegriff beinhaltet auch die Abwesenheit an Urlaubs- und Feiertagen; also Tage, an denen das Unternehmen von vornherein nicht die Anwesenheit der MitarbeiterInnen erwarten kann. Fehlzeiten sind eine Untergruppe dieser Ausfallzeiten und beziehen sich auf jene Tage, an denen die ArbeitnehmerInnen aus persönlichen Gründen ihren Arbeitsverpflichtungen nicht nachkommen können. Die größte Teilmenge dieser Kategorie ist durch Krankheiten bzw. Unfälle gegeben, Kuraufenthalte gehören ebenfalls zu dieser Gruppe. Der Mutterschutz und andere mit einer normal verlaufenden Schwangerschaft in Verbindung stehende Abwesenheiten werden davon ausgeschlossen, 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 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) erhoben und wurden hauptsächlich der jährlich erscheinenden *Krankenstandsstatistik* bzw. dem *Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung* entnommen. In der Statistik werden alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Krankenstandsfälle erfasst. Als Krankenstandstage werden Kalendertage gezählt, die Statistik unterscheidet nicht zwischen Arbeits- bzw. Werktagen oder Sonn- und Feiertagen. Demnach ist die Summe der ausgewiesenen Krankenstandstage größer als die der effektiv verloren gegangenen Arbeitstage. Im Durchschnitt dürfte die Zahl der verlorenen Arbeits- bzw. Werkstage etwa fünf Siebtel der Gesamtsumme der verlorenen Kalendertage ausmachen (Biffi, 2002). Die Daten des Hauptverbands eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2017 waren 3,31 Mio. unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 93% der unselbständig aktiv Beschäftigten in Österreich⁵⁾. Dazu zählen nach dem ASVG neben den ArbeiterInnen und Angestellten auch die Vertragsbediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Aus der *Krankenstandsstatistik* sind allerdings die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie die

⁵⁾ Im Jahresdurchschnitt 2017 gab es laut HVB 3,57 Mio. unselbständig aktiv Beschäftigte.

Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten ausgenommen⁶⁾). Ebenso nicht erfasst werden Personen mit geringfügiger Beschäftigung sowie freien Dienstverträgen.

Die *Krankenstandsstatistik* basiert seit 2010 auf einer Abgrenzung der Versicherten, in der Präsenzdienster und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen nicht als Beschäftigte gezählt werden. Durch diese Bereinigung, die zum Teil rückwirkend bis zum Jahr 2000 durchgeführt wurde, ergeben sich geringere Versichertenzahlen und in der Folge höhere durchschnittliche Pro-Kopf-Krankenstandswerte als nach der alten Methodik. Die Auswirkungen dieser Bereinigung sind zwar für die statistische Erfassung des Krankenstandsgeschehens insgesamt von geringfügiger Bedeutung, sie führen allerdings zu einem statistischen Bruch in der Zeitreihenbetrachtung. Dieser statistische Bruch betrifft alle Auswertungen, in denen die Krankenstandsdaten mit Beschäftigungszahlen verknüpft werden, um Quoten zu errechnen. Für bestimmte Untergruppen von Beschäftigten – vor allem Frauen in der Reproduktionsphase – nehmen die Abweichungen gegenüber der früheren Methodik ein signifikantes Ausmaß an. In diesen Fällen wird bei der Dateninterpretation ausdrücklich auf die Auswirkungen der Umstellung eingegangen. Auch in Zeitreihen, wo die Umstellung der Beschäftigtenzahlen keine größeren Veränderungen nach sich gezogen hat, wird der statistische Bruch in den graphischen Darstellungen entsprechend gekennzeichnet. Der Beobachtungszeitraum des diesjährigen Fehlzeitenreports reicht von 2017 bis zum Jahr 1970 zurück⁷⁾).

Die Erfassung der Krankenstände in den administrativen Statistiken spiegelt institutionelle und zum Teil auch bürokratische Aspekte wider, die bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden müssen. Nicht anders als bei anderen Datenquellen sind deshalb auch im Falle der *Krankenstandsstatistik* einige Hinweise angebracht:

- Da die gesetzliche Krankenversicherung eine Mehrfachversicherung zulässt, werden in den Statistiken nicht die krankenversicherten Personen, sondern die Krankenversicherungsverhältnisse gezählt. Dies ist auch in den Beschäftigungsstatistiken des HVB der Fall. Spricht man von Beschäftigung, ist von Beschäftigungsverhältnissen und nicht von beschäftigten Personen die Rede. Die Differenz zwischen Beschäftigten und Beschäftigungsverhältnissen (und demnach zwischen Krankenversicherten und Krankenversicherungsverhältnissen) ist jedoch gering und über die Jahre stabil⁸⁾. Zum Stichtag 1. Juli 2017 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,2% höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei Männern lag diese Differenz bei 0,9% und bei Frauen bei 1,4%. Auch in einem längerfristigen Beobachtungszeitraum schwankt dieser Wert kaum: Zum Stichtag im Juli 1990 war die Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,5% höher als die Zahl der beschäftigten Personen. In diesem Kapitel wird diese geringfügige Differenz deshalb vernachlässigt und immer von Versicherten gesprochen.

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

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

⁸⁾ Durch eine jährliche Stichtagerhebung im Juli erteilt der HVB Auskunft zum Ausmaß der Differenz zwischen Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und von beschäftigten Personen (Korn – Schmotzer, 2018).

- Eine grundlegende Unschärfe ergibt sich bei der Statistik der Fehlzeiten aus der Tatsache, dass die Krankenkassen Krankenstandsfälle aufgrund einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfassen. Wenn ArbeitnehmerInnen sich ohne Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses (ein bis drei Tage) krankmelden dürfen, fließen die entsprechenden Krankenstandsfälle nicht in die Statistik ein. Aus dieser Tatsache resultiert eine Untererfassung der tatsächlich eingetretenen Kurzkrankenstandsfälle und damit auch der Gesamtzahl der Krankenstandstage. Auf diese Problematik wird im Abschnitt 1.3 noch im Detail eingegangen.
- Eine weitere Einschränkung im Datenbestand ergibt sich durch das Fehlen von Information zum Beschäftigungsausmaß der Versicherten bzw. der Erkrankten. Dadurch, dass Voll- und Teilzeitbeschäftigung bei den Krankenständen nicht abgegrenzt sind, ist es nicht möglich, bei den Auswertungen der Fehlzeiten auf die effektiv verloren gegangenen Arbeitsstunden einzugehen.

Übersicht 1.1: Verwendete Begriffe und Indikatoren

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

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

Die BezieherInnen von Kinderbetreuungsgeld, die von ihrem Arbeitsplatz karenziert sind und somit in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen, wurden von den Sozialversicherungsträgern in der Vergangenheit als Beschäftigte gezählt. Diese Personen erhöhten somit die Grundgesamtheit der Versicherten in der *Krankenstandsstatistik*, obwohl sie in der Praxis wohl kaum Krankenstände verzeichneten. Ähnliches galt auch für die Präsenzdienere. Jährliche Schwankungen in der Zahl dieser beiden Gruppen konnten daher die Berechnung von durchschnittlichen Krankenstandsindikatoren leicht verzerren^{?)}. Mit dem Jahr 2010 wurde die *Krankenstandsstatistik* wie bereits erwähnt auf eine neue Grundlage gestellt und um die beiden erwähnten Personengruppen bereinigt. Auswertungen für frühere Jahre können allerdings nur dort erstellt werden, wo die Daten auch rückwirkend angepasst wurden (das ist vereinzelt bis 2000, sonst bis 2008 der Fall). Auf die Gesamtzahlen der Statistik bezogen, fällt diese Bereinigung nicht stark ins Gewicht: Nach der alten Berechnungsmethode entfielen beispielsweise 2008 und 2009 12,5 bzw. 12,6 Krankenstandstage pro Person. Die revidierte Statistik weist für 2008 13,0 Tage und für 2009 13,2 Tage aus, was einer Steigung um etwa 4,5% entspricht. Für einzelne Personengruppen fällt die Anpassung jedoch viel stärker aus. Die Pro-Kopf-Zahl der Krankenstandstage von Frauen zwischen 25 und 29 Jahren (eine Altersgruppe, wo die Konzentration von 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

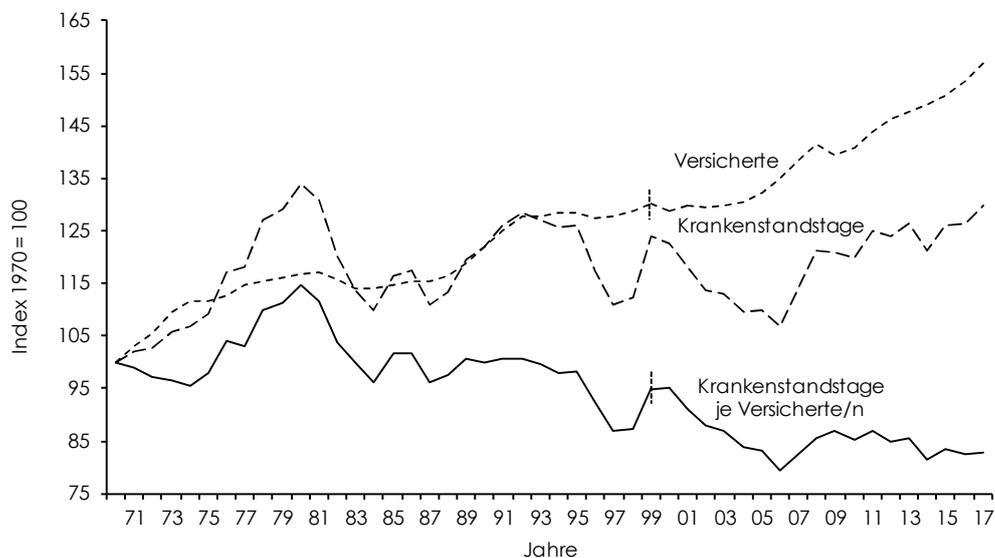
Im Zeitraum 1970 bis 2017 unterlag die jährliche Anzahl an Krankenstandstagen, absolut und relativ zum Versichertenstand, beträchtlichen Schwankungen (Abbildung 1.1). Absolut betrachtet war die Entwicklung der Krankenstände während der 1970er-Jahre steigend, der Höhepunkt wurde mit dem Jahr 1980 erreicht. Ab diesem Zeitpunkt setzte eine Trendwende ein. Besonders während der frühen 1980er-Jahre, Mitte der 1990er-Jahre und in der Periode 2000/06 verringerte sich die Summe der Krankenstandstage deutlich. Die Gesamtsumme der Krankenstandstage betrug 1970 knapp 32 Mio., 1980 waren es 42,8 Mio. und 2017 41,5 Mio. Während im Jahrzehnt 1970 bis 1980 die Zahl der Krankenstandstage viel schneller als die Zahl der Versicherten stieg, entwickelten sich Beschäftigungsstand und Fehlzeiten im folgenden Jahrzehnt in etwa im Gleichklang. Seit den 1990er-Jahren nahm der Versichertenstand weiterhin zu, während das Krankenstandsvolumen nach einigen Schwankungen 2010 etwa gleich groß war wie zu Ende der 1980er-Jahre, wodurch sich eine deutliche Reduktion der Pro-Kopf-Werte ergab.

Die soeben beschriebene Entwicklung, mit dem Jahr 1980 als Wendepunkt, wird durch die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen je Versicherte/n verdeutlicht. In den frühen 1970er-Jahren entfielen auf jede versicherte Person knapp 15 Krankenstandstage. Nach der Erreichung eines Spitzenwertes im Jahr 1980 (17,4 Tage) verringerte sich die Häufigkeit der Krankenstandstage wiederum und erreichte 2006 ihren bisher niedrigsten Wert. Im Jahr 2006

^{?)} Zieht man die Gesamtheit der Versicherten heran, dann sind die jährlichen Schwankungen im Anteil der KinderbetreuungsgeldbezieherInnen 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.

betrug der Quotient aus Krankenstandstagen und Versicherten 12,0 und lag somit ein Drittel unter dem Wert im Jahr 1980 (17,4) bzw. ein Sechstel unter dem Wert im Jahr 2000 (14,4). Seit 2007 (12,5 Tage) kam es erneut zu einem leichten Anstieg der Fehlzeiten, zwischen 2008 und 2013 schwankte die Zahl der Krankenstandstage nur geringfügig. Nach einem stärkeren Rückgang auf durchschnittlich 12,3 Tage pro Kopf in 2014 erhöhte sich die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage pro Kopf auf 12,7 Tage 2015, reduzierte sich 2016 auf 12,5 und stagnierte 2017 auf diesem Wert.

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



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

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

sowohl gesundheitliche Probleme die Wahrscheinlichkeit von Arbeitslosigkeit erhöhen, als auch Arbeitslosigkeit die Gesundheit negativ beeinflussen kann. Die Krankenstandsquote der Arbeitslosen verzeichnete längerfristig einen spürbaren Anstieg, was als Hinweis auf eine negative Selektion von Personen mit gesundheitlichen Problemen aus Beschäftigung in Arbeitslosigkeit gewertet werden kann (Eppel et al., 2016).

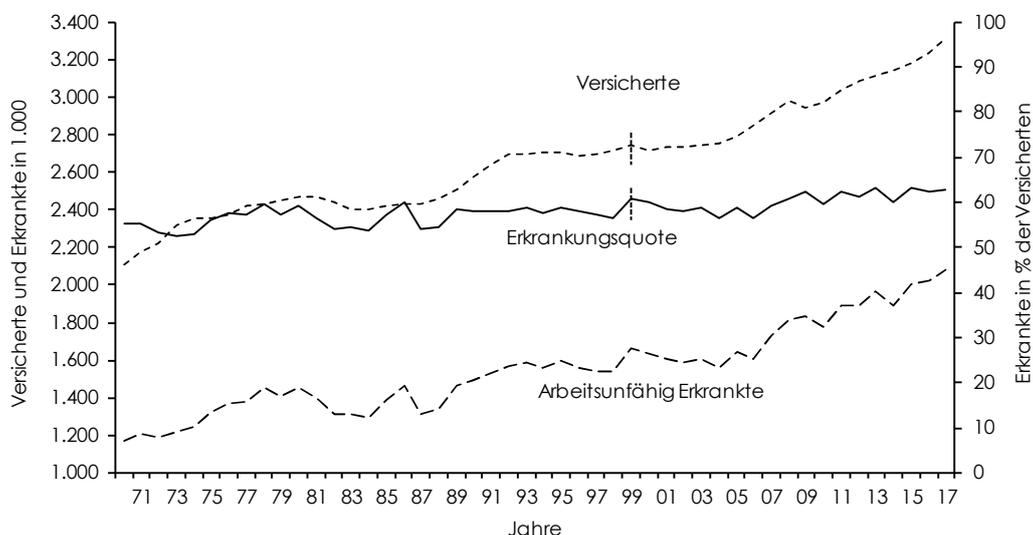
Die Entwicklung der Fehlzeiten kann zusätzlich anhand der Krankenstandsquote, die ein Maß für den Verlust an Arbeitstagen im Jahresverlauf darstellt, veranschaulicht werden. Die Krankenstandsquote entspricht dem Quotienten aus der Summe der Krankenstandstage im Jahr und dem Arbeitsvolumen der Versicherten im Jahresdurchschnitt, die Berechnung des Arbeitsvolumens erfolgt auf der Basis eines 365-Tage-Arbeitsjahres. Dadurch, dass sowohl für das Arbeitsvolumen der Versicherten als auch für die Krankenstandstage Kalendertage verwendet werden, erfasst die Krankenstandsquote die durch Krankheit und Unfälle verlorenen Arbeitstage relativ genau (Biffi, 2002). Unschärfen, die sich aus Unterschieden zwischen ganzzähriger und nicht ganzzähriger 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 2017 3,4%. Der höchste Wert wurde 1980 mit 4,8% erreicht, der niedrigste 2006 mit 3,3%.

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

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

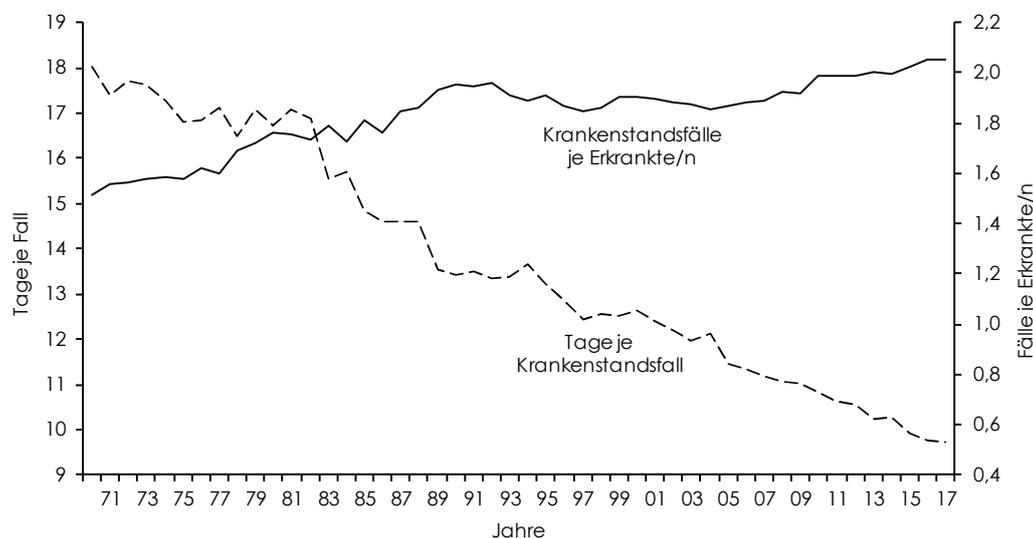
Die Anzahl der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einen Krankenstand meldeten, ist in der *Krankenstandsstatistik* enthalten und ermöglicht die Berechnung einer Erkrankungsquote. Trotz jährlicher Schwankungen lag diese Erkrankungsquote im vergangenen Jahrzehnt immer nahe bei 60% (Abbildung 1.2). Somit sind jährlich etwa sechs von zehn Versicherten mindestens einmal wegen Krankheit oder Unfall als arbeitsunfähig gemeldet. Den absolut niedrigsten Wert verzeichnete die Statistik in den Jahren 1973 und 1974, wo weniger als 53% der Versicherten einen Krankenstand hatten. Im Jahr 2017 wurde eine Erkrankungsquote von 62,7% registriert – wobei zu beachten ist, dass die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* die Vergleichbarkeit mit Werten aus der Vergangenheit etwas einschränkt. Nicht nur die Erkrankungsquote, auch die Häufigkeit und die Dauer der Krankheitsepisoden haben sich über die Zeit verändert. Die Anzahl von Krankenstandsfällen je Person hat sich im Beobachtungszeitraum kontinuierlich erhöht: Im Jahr 1970 waren jene Beschäftigten, die erkrankten, durchschnittlich 1,5-mal im Jahr krank, im Jahr 2017 zweimal (Abbildung 1.3). Das gleiche Bild ergibt sich bei einer Betrachtung, bei der die verzeichneten Krankenstandsfälle durch die Gesamtzahl der Versicherten dividiert werden: 1970 entfielen rein statistisch auf jeden Beschäftigten 0,84 Krankenstandsfälle, 2017 waren es 1,29 Fälle (Übersicht A2).

Abbildung 1.2: Anteil der Erkrankten an den Versicherten Österreich



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

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



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Diese Erhöhung der Frequenz von Krankenstandsepisoden geht im Wesentlichen auf eine Zunahme der statistisch erfassten Kurzkrankenstände zurück (siehe auch Abschnitt 1.3). Die Kombination aus steigender Krankenstandsfrequenz und fallender Krankenstandszeit spiegelt sich in einer starken Verkürzung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer wider. Während

1970 ein Krankenstandsfall im Durchschnitt 18 Tage dauerte, reduzierte sich dieser Wert auf 9,7 Tage im Jahr 2017.

1.3 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten

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

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

Übersicht 1.2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999
Österreich

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

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Eine genaue Abschätzung der Untererfassung von Kurzkrankenständen ist auf Basis der bestehenden Daten nicht möglich, eine entsprechende Stichprobenerhebung wäre dazu erforderlich. Im Allgemeinen ist davon auszugehen, dass die Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen besser erfasst sind als jene der Angestellten. Ab Einführung des Entgeltfortzahlungsgesetzes (1974) und bis zum Jahr 2000 erstatteten die Krankenversicherungen den Unternehmen die (für ArbeiterInnen) geleisteten Entgeltfortzahlungen zurück. Diese Regelung stellte einen Anreiz zur Erfassung der ArbeiterInnenkrankenstände dar, der bei den Angestellten in dieser Form nicht gegeben war. Laut Auskunft des HVB bestand im Rahmen des Entgeltfortzahlungsgesetzes auch die Möglichkeit, dass Unternehmen Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen beim Sozialversicherungsträger meldeten, ohne notwendigerweise eine ärztliche Bestätigung eingeholt zu haben. In diesen Fällen wurden die Krankenstände auch bei der Gruppe der ArbeiterInnen von der Statistik nicht erfasst. Anhand einer Sonderauswertung der Entgeltfortzahlungsstatistik aus dem Jahr 1999 konnte ermittelt werden, dass etwa 111.000 Krankenstandsfälle von ArbeiterInnen nicht ärztlich bestätigt worden waren (Übersicht 1.2). Das entspricht

einem Drittel der im selben Jahr gemeldeten Kurzkrankenstände von ArbeiterInnen laut *Krankenstandsstatistik*. Gemessen an der Gesamtheit der Fälle (6,8%) und vor allem der Krankenstandstage (1,3%) spielte diese Untererfassung eine geringe Rolle. Diese Werte liefern Anhaltspunkte für die Untererfassung von Kurzkrankenständen der ArbeiterInnen in der offiziellen Statistik.

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

Aus der Entwicklung der Statistik der 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 Versicherungszahlen vor, wodurch ein kleiner Niveausprung in der Zeitreihe entstanden ist¹⁰⁾. 2017 kam es zu einem Höchststand der absoluten Zahl an Kurzkrankenständen: Zwischen 2008 und 2016 entwickelte sich die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände von 35,8% auf 52,2%. 2017 lag der Quotient sogar bei 52,8%. In anderen Worten gab es 2008 358 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2016 waren es 522 und 2017 528 Fälle. Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei den ArbeiterInnen und Angestellten stark an. Während der 1970er-Jahre waren Kurzkrankenstände bei ArbeiterInnen deutlich häufiger als bei Angestellten. 1975, ein Jahr nach Einführung des Entgeltfortzahlungsfonds, gab es im Schnitt etwa 120 Kurzkrankenstände je 1.000 ArbeiterInnen, aber weniger als 75 Kurzkranken-

¹⁰⁾ 2008 betrug die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände anhand der alten Datenbasis 34,4% und war somit 1,5 Prozentpunkte niedriger als anhand der revidierten Krankenstandsdaten (2008 35,8%).

stände je 1.000 Angestellte. 1990 gab es bei den ArbeiterInnen durchschnittlich noch deutlich häufiger Kurzkrankenstände als bei den Angestellten (Kurzkrankenstände je Versicherte: 22% gegenüber 14,9%). Bei den jüngsten Daten kann in der Verteilung der Krankenstandsfälle zwischen ArbeiterInnen und Angestellten nur ein vergleichsweise geringer Unterschied beobachtet werden: Bei den Angestellten entfielen 2017 auf 1.000 Versicherte 509 Kurzkrankenstände, bei den ArbeiterInnen waren es 557 (Abbildung 1.4).

Die Zunahme der Kurzkrankenstände folgt einem kontinuierlichen Trend, der sich auch nach dem Jahr 2000 fortsetzte, obwohl man in Folge der Abschaffung des Entgeltfortzahlungsfonds (und des damit zusammenhängenden Anreizes zur Erfassung von Kurzkrankenständen) zumindest bei den ArbeiterInnen eine gegenteilige Entwicklung hätte erwarten können. Wie aus Abbildung 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 beobachtet werden kann. Während 2003 je Bundesbeschäftigten durchschnittlich ein Kurzkrankenstand verzeichnet wurde, waren es in der letzten Erhebung aus dem Jahr 2014 1,5 Fälle pro Kopf (Bundeskanzleramt, 2015A, 2015B)¹¹⁾.

Abbildung 1.4: Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf Österreich



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

¹¹⁾ Die nächste Publikation mit detaillierten Auswertungen zu den Fehlzeiten der Bundesbediensteten wird voraussichtlich Ende 2019 erscheinen.

Zum einen legen Auswertungen des Anfangs bzw. Endes der Krankschreibung nach Wochentag – die allerdings nur für Oberösterreich verfügbar sind – den Schluss nahe, dass in der Vergangenheit in höherem Ausmaß als heute die Beschäftigten von ÄrztInnen bis einschließlich Sonntag krankgeschrieben wurden (siehe Abschnitt 1.4, 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 erklären¹²⁾. Auch Änderungen am Arbeitsmarkt, wie die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung, und Verbesserungen im Gesundheitswesen (z. B. durch die Verkürzung der medizinischen Behandlungen) dürften die zunehmende Verbreitung von kurzfristigen Krankschreibungen gefördert haben. Zudem ist nicht auszuschließen, dass hinter der seit langem beobachtbaren Verkürzung der Krankenstandsepisoden auch Veränderungen der Krankheitsmuster bzw. des Umgangs mit Krankheit stehen.

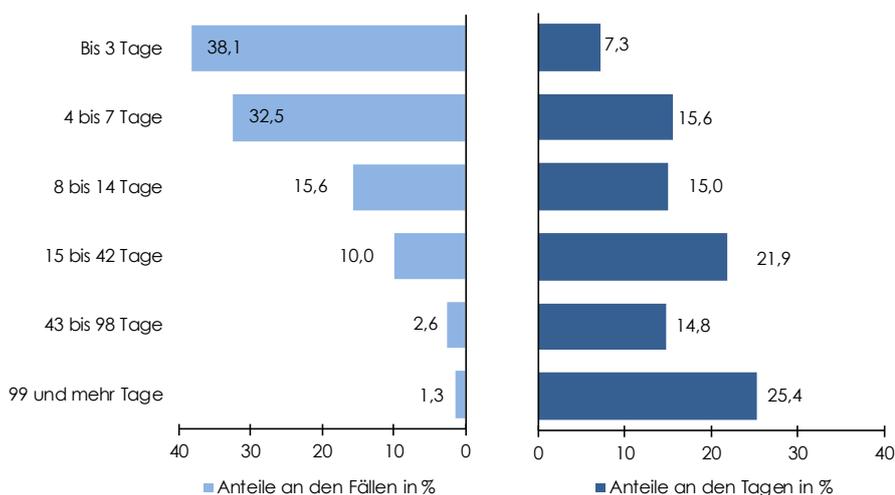
Angesichts der insgesamt deutlich höheren Krankenstandsquoten bei den ArbeiterInnen fallen die Kurzkrankenstände bei den Angestellten (gemessen an den Krankenstandstagen) stärker ins Gewicht. Gemessen an der Verteilung der Fehlzeiten nach Krankenstandsdauer sind 2017 bei den Angestellten 9,9% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (1990 3,3%; Abbildung 1.6), die Quote bei Männern liegt nahe am Durchschnitt (2017 10%, 1990 3%), jene der Frauen am Durchschnitt (2017 9,9% bzw. 1990 3,6%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei ArbeiterInnen ist, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: er entwickelte sich von 2,2% in 1990 auf 7,3% in 2017 (Abbildung 1.5). Hier ist zwischen den Geschlechtern ein etwas größerer Unterschied beobachtbar. Arbeiterinnen haben einen geringeren Anteil an Kurzkrankenstandstagen als Männer (2017 6,6% gegenüber 7,6%).

Die steigende Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Gesamtheit der Beschäftigten kann sowohl an der Entwicklung der Krankenstandstage als auch der Krankenstandsfälle abgelesen werden. 1990 stellten Fälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen 16,4% der Krankenstandsfälle, aber nur 2,6% der Krankenstandstage dar. Im Jahr 2017 waren 41,0% der gemeldeten Krankenstände ein bis drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten hatten Kurzkrankenstände einen Anteil von 8,6%. Trotz der deutlichen Zunahme gehen somit nach wie vor weniger als 10% der Krankenstandstage in der Statistik auf kurze Krankenstandsepisoden zurück. Umgekehrt zeigt Abbildung 1.7, dass ein großer Teil der anfallenden Krankenstandstage in der Wirtschaft durch eine vergleichsweise geringe Anzahl von Krankenstandsfällen generiert wird. Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, stellen 3,3% der Gesamtsumme dar, verursachen aber 37,9% der Krankenstandstage. Ein Vergleich zwischen Beschäftigtengruppen zeigt, dass bei den ArbeiterInnen Langzeitkrankenfälle noch stärker als bei Angestellten ins Gewicht fallen: Bei den ArbeiterInnen entfal-

¹²⁾ 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.

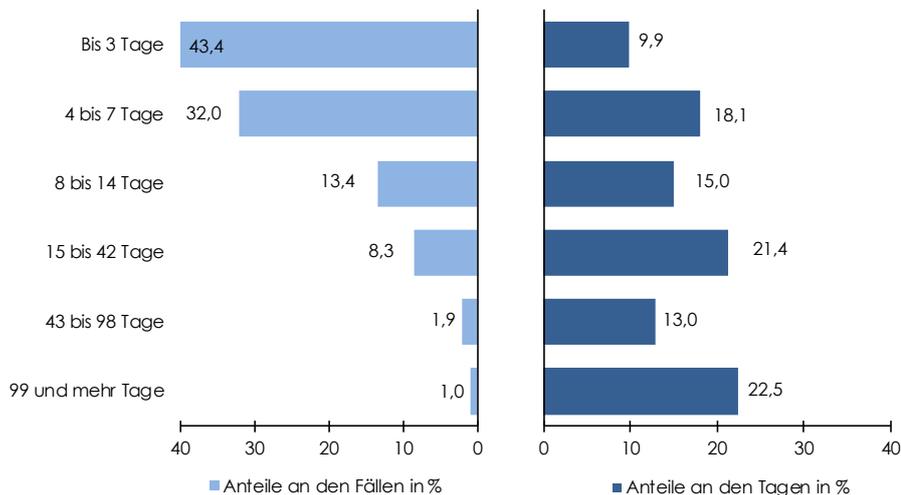
len 40,2% der Fehlzeiten auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten sind es 35,6%.

Abbildung 1.5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen Österreich, 2017



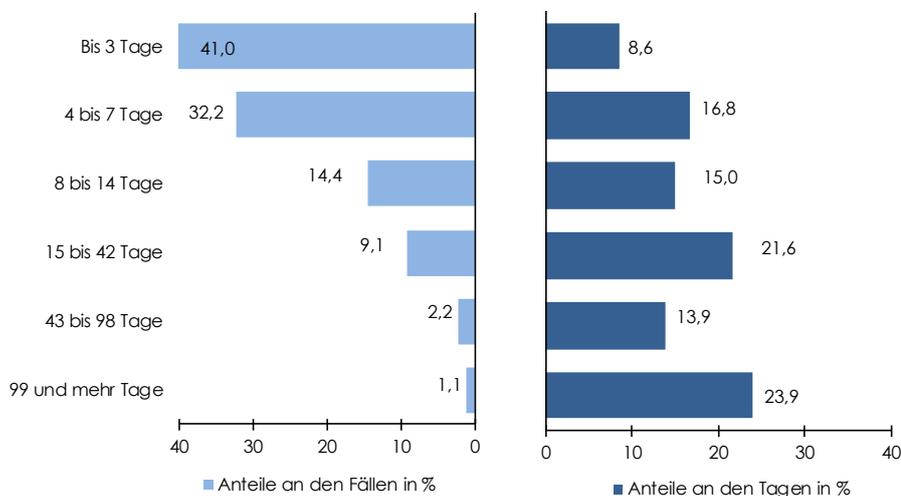
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte Österreich, 2017



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte Österreich, 2017



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Im deutschen Fehlzeitenreport (Badura et al., 2018) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2017 6% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage auf Krankenstandsfälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 35,5% betrug. Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da viele ArbeitgeberInnen in den ersten drei Tagen einer Erkrankung keine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verlangen. Ergebnisse aus einer früheren Befragung des Instituts der deutschen Wirtschaft (Marstedt – Müller, 1998) zeigten, dass der Anteil der Fälle von ein bis drei Tagen an den krankheitsbedingten Fehltagen fast doppelt so hoch lag wie in der offiziellen Statistik.

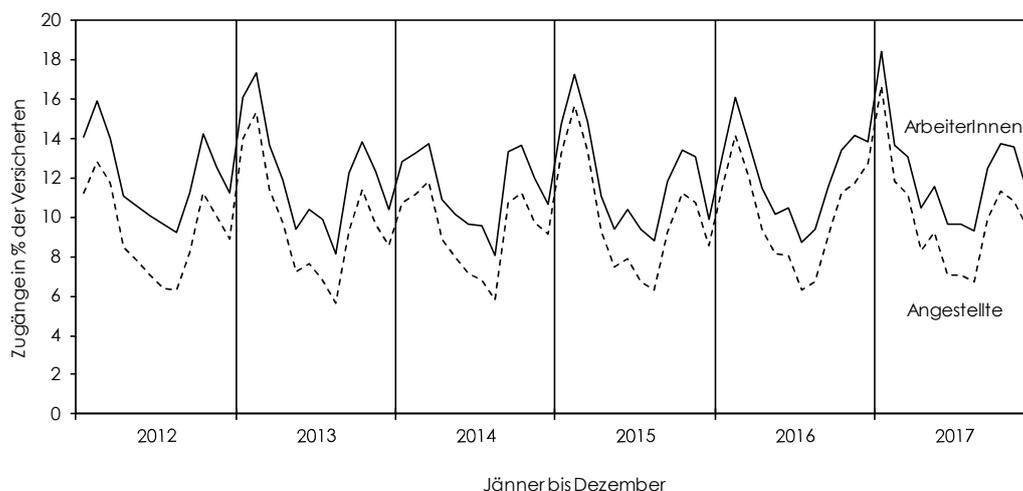
Wenn die tatsächlich anfallenden Kurzkrankenstände voll in der *Krankenstandsstatistik* erfasst wären, würde die Krankenstandsquote in Österreich naturgemäß höher liegen. Wie Berechnungen anhand von plausiblen Annahmen zeigen, wirkt sich die Untererfassung der Kurzkrankenstände spürbar auf die *Krankenstandsstatistik* aus, sie verzerrt aber nicht dessen Gesamtbild: Eine Verdoppelung der Kurzkrankenstände entspricht einem durchschnittlichen Anstieg von etwa einem Krankenstandstag pro Jahr. Unter der Annahme, dass kurze Krankenstandsfälle im privatwirtschaftlichen Bereich genauso häufig sind wie im öffentlichen Bereich, erhöht sich die Krankenstandsquote dagegen um etwa 12% (diese Schätzung basiert auf Werten für das Jahr 2014). 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.

1.4 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag

Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind nicht gleichmäßig auf das Jahr verteilt. Die Wintermonate zu Beginn des Jahres sind jene mit den höchsten Krankenstandszugängen und -beständen. Abbildung 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.

Abbildung 1.8: Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis Österreich

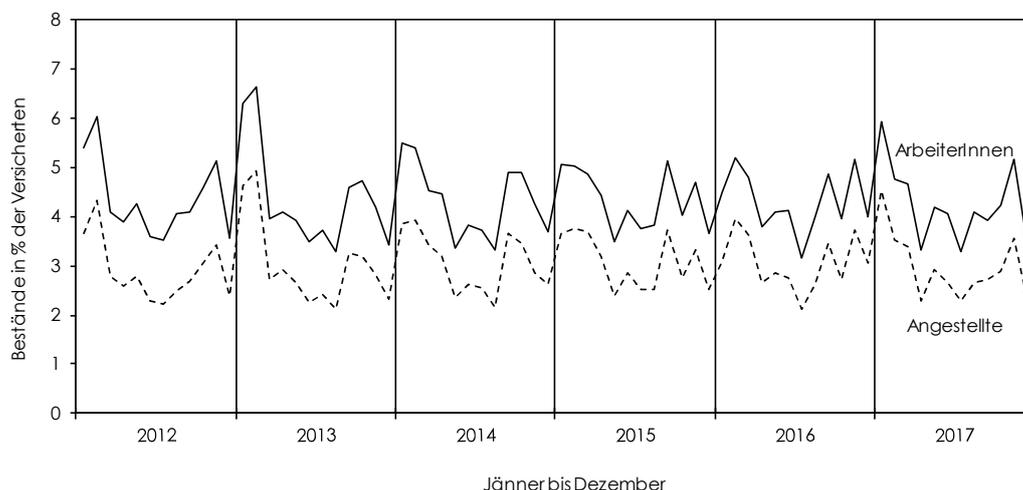


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Das jährliche Muster zeigt sich sowohl bei ArbeiterInnen als auch bei Angestellten. Die relative Differenz zwischen ArbeiterInnen und Angestellten ist bei den Zugängen kleiner als bei den Beständen, was durch die durchschnittlich kürzeren Krankenstandsfälle der Angestellten zu erklären ist. Anhand des Verlaufs der Zugänge in den Krankenstand über mehrere Jahre können auch besonders starke Grippewellen erkannt werden: Eine solche hat beispielsweise zu Jahresanfang 2008 Österreich getroffen und insbesondere im Jänner 2008 zu einem sprunghaften Anstieg der Zugänge in den Krankenstand geführt. In diesem Monat verzeichnete die Statistik rund 425.000 Neuzugänge in den Krankenstand, statistisch betrachtet wurden somit

fast 17% aller ArbeiterInnen und 13% aller Angestellten krankgeschrieben. Zuletzt kam es zu Jahresanfang 2013 und 2015 zu überdurchschnittlich starken Grippewellen. In beiden Jahren verzeichneten im Februar rein statistisch betrachtet über 17% der ArbeiterInnen und über 15% der Angestellten einen Krankenstand. Auch zu Beginn und gegen Ende der Jahre 2009, 2011 und 2015 kam es zu Spitzenwerten im Krankenstandszugang. In 2010, 2012 und 2014 ist dagegen keine solche Erkrankungswelle erkennbar, was mit ein Grund für die etwas geringere Krankenstandsquote in diesen Jahren ist. Im vergangenen Jahr (2017) schlug sich bereits im Jänner eine heftige Grippewelle nieder. In diesem Monat verzeichnete die Statistik Rekordwerte mit einem Krankenstand für 18% der ArbeiterInnen und 17% der Angestellten. Im Folge-monat kehrte der Krankenstand auf das Niveau der beiden vorangegangenen Jahre zurück.

Abbildung 1.9: Krankenstandsbestand auf Monatsbasis
Österreich



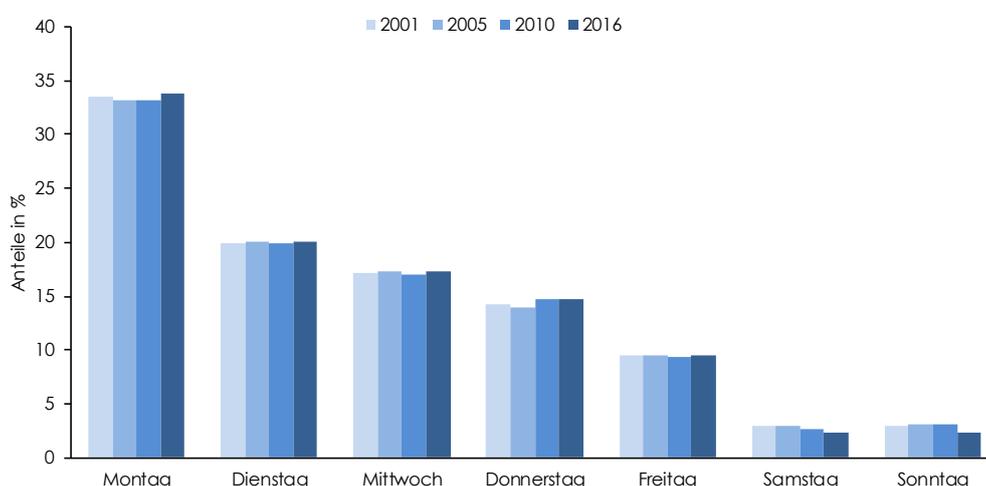
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Zugänge in den und die Abgänge aus dem Krankenstand sind sehr unregelmäßig auf die Wochentage verteilt¹³⁾. Anders als die Verteilung der Krankenstände im Jahresverlauf, die stark vom saisonalen Krankheitsmuster abhängt, wird die Häufigkeit von Krankschreibungen im Verlauf der Woche von den Öffnungszeiten der Arztpraxen und dem Verhalten von ÄrztInnen und PatientInnen geprägt. Geht man davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit zu erkranken an allen Wochentagen gleich hoch ist, müssten auf jeden Tag etwa 14% der Krankenstandsmeldungen entfallen. Wie Abbildung 1.10 zeigt, entfallen allerdings 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 aufsuchen bzw. aufsuchen können. Es ist davon auszugehen,

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

dass ÄrztInnen am Wochenende nur im Notfall aufgesucht werden und dementsprechend Krankheitsfälle, die sich samstags oder sonntags ereignen, erst am Montag gemeldet werden. Verteilt man die Krankschreibungen von Samstag, Sonntag und Montag gleichmäßig auf diese drei Tage, entfallen auf jeden Wochentag knapp 13% der Krankenstandsmeldungen. Abgesehen von diesem "Montags-Effekt", der im Wesentlichen auf die Öffnungszeiten der Arztpraxen zurückzuführen ist, nimmt die Zahl der Krankenstandsmeldungen im Wochenverlauf ab: Während im Durchschnitt jeder fünfte Krankenstand an einem Dienstag beginnt, ist es nur bei jedem zehnten Fall ein Freitag. Der unterproportionale Anteil an Krankmeldungen am Freitag signalisiert, dass viele ArbeitnehmerInnen im Fall eines Krankheitsbeginns kurz vor dem Wochenende dazu tendieren, mit dem Arztbesuch bis Montag abzuwarten.

Abbildung 1.10: Beginn des Krankenstands nach Wochentag
Oberösterreich

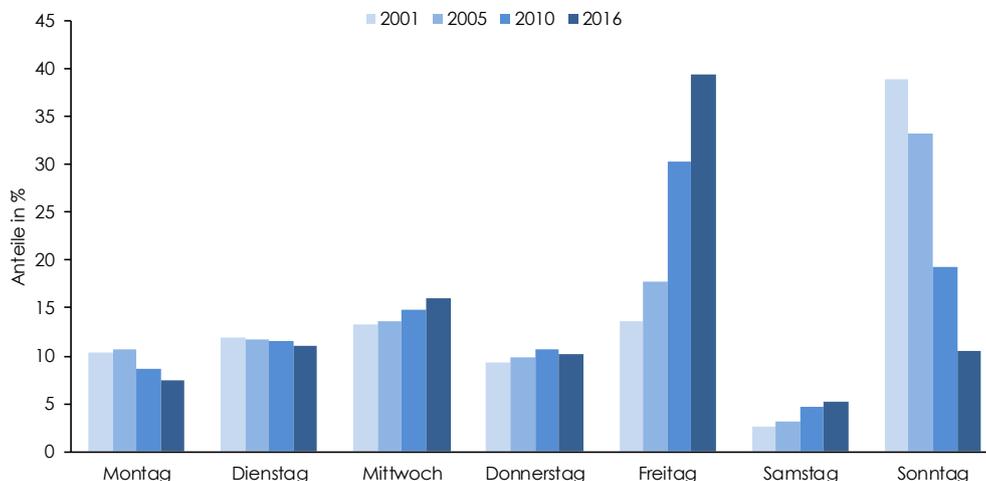


Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

In der Vergangenheit wurden die meisten Krankenstandsepisoden an einem Sonntag beendet (Abbildung 1.11). Im Laufe der letzten Jahre nahm allerdings der Anteil an Krankschreibungen, die an einem Freitag enden, deutlich zu, während der Anteil der Krankschreibungen am Sonntag ebenso stark zurückging. Vermutlich sehen sich ÄrztInnen heute stärker als in der Vergangenheit dazu veranlasst, die Krankschreibung schon vor dem Wochenende zu beenden bzw. weniger oft als früher einen Kontrolltermin am Montag zu vereinbaren. Zugleich bzw. zum Teil als Folge dieser Verschiebung im Krankschreibungsverhalten nahm der Anteil an Kurzkrankenständen zu (siehe Abschnitt 1.3)¹⁴.

¹⁴) Es ist naheliegend, dass die Zunahme der Kurzkrankenstände zum Teil auf eine Verkürzung von Krankenstandsepisoden zurückzuführen ist, die früher infolge der Krankschreibung über das Wochenende mit mehr als drei Kalendertagen in die Statistik eingingen.

Abbildung 1.11: Ende des Krankenstands nach Wochentag
Oberösterreich



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

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

Sofern die oberösterreichischen Daten als repräsentativ für die gesamtösterreichische Entwicklung gewertet werden können, kam es im Zuge dieser Verschiebung im Krankenschreibungsverhalten zu einer stärkeren Angleichung Österreichs an Deutschland. In Deutschland ging bereits in den frühen 2000er-Jahren fast die Hälfte der Krankenstände an einem Freitag zu Ende, weniger als 10% an einem Sonntag (Badura et al., 2005). Dieses Muster blieb in unserem Nachbarland weitgehend konstant: 2017 endeten in Deutschland rund 44,8% der Krankenstandsepisoden an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Sonntag zu Ende gingen, lag bei 11% (Badura et al., 2018). Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt

13,2% der Fälle zu Ende gingen, entfielen auf die restlichen Tage jeweils etwa 7% bis 8,5% der Krankenstandsbeendigungen.

1.5 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung

1.5.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht

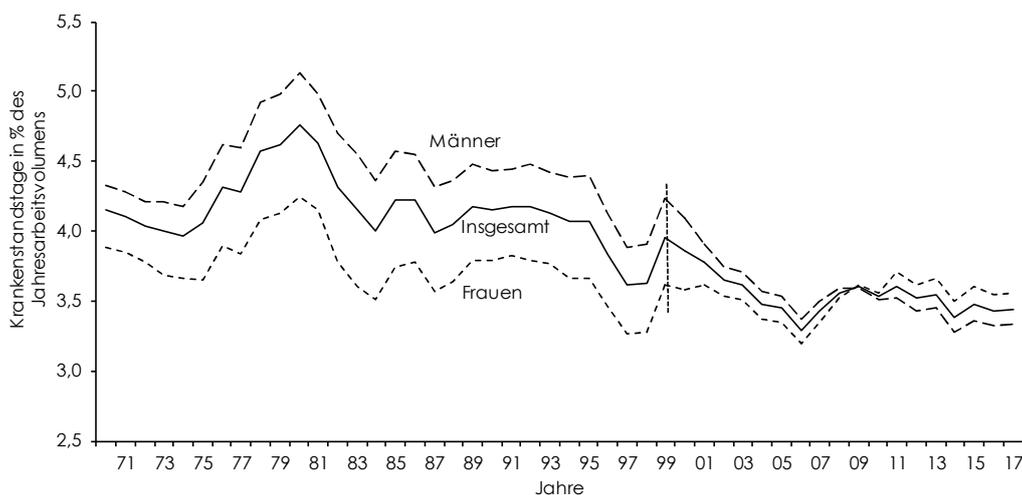
Im Allgemeinen wird festgestellt, dass in industrialisierten Ländern Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer haben, letztere aber eine geringere Inzidenz von Krankheit aufweisen. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Gesundheit können entlang aller Dimensionen beobachtet werden.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

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%)¹⁵⁾, seit 2010 liegt die Krankenstandsquote der Männer geringfügig unter jener der Frauen. 2017 betrug die Krankenstandsquote der Männer 3,3%, jene der Frauen 3,6%. Diese Entwicklung geht zum Teil auf die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* auf Versichertenzahlen ohne Präsenzdienster und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen zurück: Vor der Datenrevision lagen beispielsweise die Quoten der Männer und

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

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.

Abbildung 1.12: Krankenstandsquote nach Geschlecht
Österreich



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

Ein differenzierteres Bild der Zusammenhänge zwischen Fehlzeiten und Geschlecht ergibt sich bei gleichzeitiger Betrachtung von Alter bzw. beruflichen Merkmalen und wird in den folgenden Abschnitten untersucht. Die langfristige Angleichung der Fehlzeiten von Männern und Frauen muss jedenfalls vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Veränderungsprozesse sowie des Strukturwandels am Arbeitsmarkt und in der Wirtschaft insgesamt betrachtet werden. Die starke Ausweitung der Erwerbsbeteiligung von Frauen hat die Zusammensetzung der Beschäftigung nach Geschlecht aber auch nach Alter stark verändert. Die Zunahme an Frauen am Arbeitsmarkt macht sich nunmehr auch in jenen Altersgruppen bemerkbar, in denen überdurchschnittlich hohe Krankenstandsquoten verzeichnet werden: So ist das Segment der 50- bis 59-Jährigen bei den weiblichen Versicherten im letzten Jahrzehnt stärker gewachsen als es bei den Männern der Fall war. Gleichzeitig ist es in den letzten Jahrzehnten zu einer Verlagerung der Wirtschaftsaktivitäten auf den Dienstleistungsbereich und zu tiefgreifenden technologischen und organisatorischen Veränderungen in den Güter produzierenden Bereichen gekommen. Wie noch in Abschnitt 1.5.3 gezeigt werden wird, gingen die Krankenstandsquoten in den männerdominierten Branchen der Industrie und des Bauwesens in dieser Zeit überproportional stark zurück.

Tatsächlich ist die Verteilung von Männern und Frauen nach Branchen und Berufen ein wichtiger Bestimmungsgrund für die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Fehlzeiten. Die Ergebnisse der Untersuchungen im Fehlzeitenreport 2008 (Leoni – Mahringer, 2008, Ab-

schnitt 2.6), wo anhand von Individualdaten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse multivariate Schätzungen zu den Bestimmungsgründen der Fehlzeiten durchgeführt wurden, haben diesen Zusammenhang aufgezeigt: Unter Berücksichtigung persönlicher und betrieblicher Merkmale (wie z. B. Branche, sozialrechtliche Stellung und Betriebsgröße) waren Frauen bereits in der Vergangenheit nicht seltener, sondern öfter als Männer im Krankenstand. Auch im internationalen Umfeld sind die Krankenstandsquoten der Frauen typischerweise höher als jene der Männer (z. B. *Ichino – Moretti, 2006*)¹⁶).

1.5.2 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 ArbeiterInnenberufe in Verbindung gebracht werden kann¹⁷). Ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten, sie erreichen im Alter von 25 bis 44 Jahren die niedrigsten Werte. Ab dem Alter von 45 Jahren steigt die Quote wieder an, bleibt aber noch unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Ab 50 Jahren steigt die Summe der Krankenstandstage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert (7,1%). In der Gruppe der Über-65-Jährigen sinkt das Niveau auf jenes der Bis-19-Jährigen. Die rückläufige Entwicklung der Krankenstandsquote bei den älteren ArbeitnehmerInnen ist allerdings die Folge eines sehr starken Selektionsprozesses ("Healthy-Worker"-Effekt), da in höherem Alter vorwiegend Personen mit überdurchschnittlicher Gesundheit und/oder einer besonders starken Motivation für Erwerbstätigkeit in Beschäftigung bleiben. Im Allgemeinen müssen die Krankenstandsquoten der höheren Altersgruppen vor dem Hintergrund der Beschäftigungsquoten dieser Kohorten betrachtet werden: 2017 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 161.800 Männer und 147.500 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 9,3% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 57.000 Männer und 15.000 Frauen (insgesamt 2,2% der Versicherten). Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren 7.300 Männer und 4.200 Frauen beschäftigt; die Über-65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,3% an der gesamten Beschäftigung dar. Die Beschäftigungsquote der drei angesprochenen Altersgruppen lag bei respektive 69,5%, 24,8% und 2,2%, bei den 50- bis 54-Jährigen betrug sie 83%.

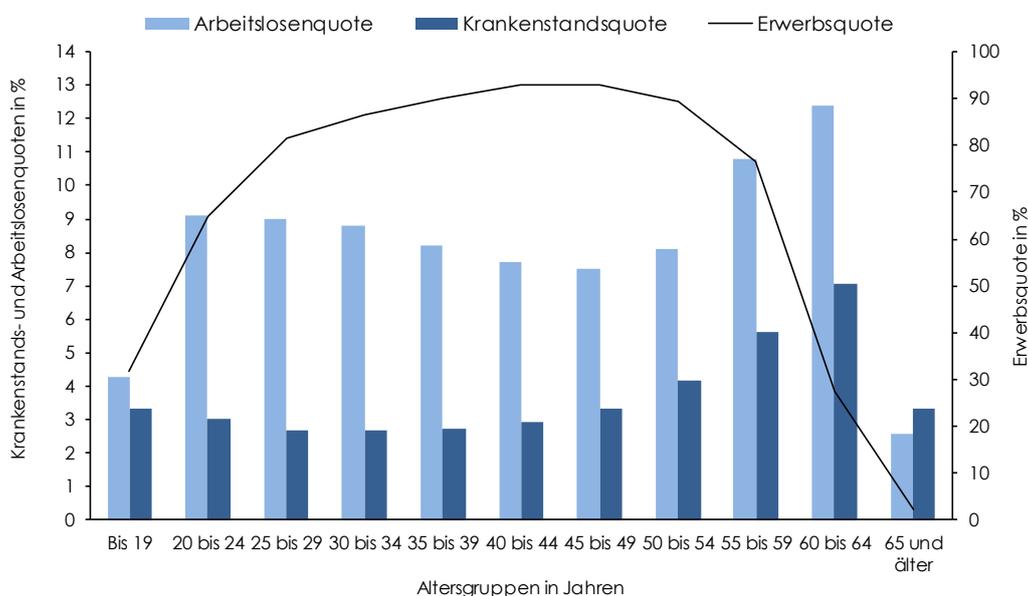
Die Erwerbsquote (d. h. der Anteil der Beschäftigten und Arbeitslosen an der Bevölkerung), die 2017 bei den 50- bis 54-Jährigen 89,2% betrug, fällt in der nächsten Altersgruppe auf 76,4% und bei den 60- bis 64-Jährigen auf 27,4% ab (Abbildung 1.13). Die Arbeitslosigkeit steigt dagegen im Alter an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen lag 2017 mit 10,8% und

¹⁶) Allerdings beziehen sich internationale Vergleiche oftmals auf Erhebungen wie die Arbeitskräfteerhebung und den *European Community Household Panel*, die auf Selbstauskunft basieren. Für Österreich (und Deutschland) liegen hingegen Auswertungen aus den administrativen Statistiken der Trägerinstitutionen vor.

¹⁷) Im Jahr 2017 betrug der Anteil der ArbeiterInnen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 41%, bei den Bis-19-Jährigen allerdings 65%.

jene der 60- bis 64-Jährigen mit 12,4% deutlich über dem Durchschnittswert von 8,5%. Ein weiterer Hinweis dafür, dass bei älteren Beschäftigten starke Selektionsmechanismen am Werk sind, kann an den Zugängen in die Invaliditätspension¹⁸⁾ abgelesen werden. Der stärkste Zugang in die Invaliditätspension kann für Männer mit 60 Jahren, für Frauen mit 58 Jahren beobachtet werden. Insgesamt gab es 2017 in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen 3.254, in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 5.974 und in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen 2.921 Neuzuerkennungen in die Invaliditätspension der Unselbständigen¹⁹⁾. Diese Zahlen weisen zusammen mit den Arbeitslosenquoten darauf hin, dass ein bedeutender Teil der Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen besonders ab dem 55. Lebensjahr den Arbeitsmarkt verlassen muss oder arbeitslos wird.

Abbildung 1.13: Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter Österreich, 2017



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

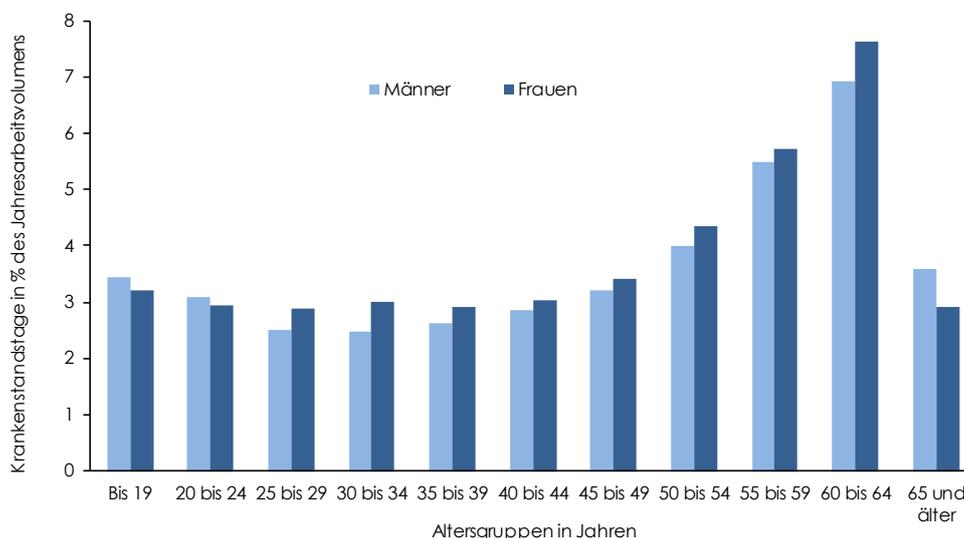
Wie man Abbildung 1.14 entnehmen kann, folgen die Krankenstandsquoten der Männer und Frauen nach Alter trotz einiger Abweichungen dem gleichen Muster. Die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen können wiederum in zwei unterschiedliche Komponenten zerlegt werden: Die Häufigkeit der Krankenstandsfälle und die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle. Diese beiden Komponenten treten in den Altersgruppen in umgekehrt proportionalem

¹⁸⁾ 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.

¹⁹⁾ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018*, Tabelle 3.31.

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 aber auch die Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen weisen eine deutlich überdurchschnittliche Krankheitsinzidenz auf. Das kann unter anderem damit zusammenhängen, dass bei jungen Menschen neben den beruflichen Belastungen auch andere gesundheitsschädigende Verhaltensformen (z. B. risikofreudiges (Fahr-)Verhalten, Extremsportarten) vergleichsweise stark ins Gewicht fallen. Internationale Statistiken belegen, dass Jugendliche in Österreich einen auffallend hohen Konsum von Tabak und Alkohol aufweisen (Eppel – Leoni, 2011). Zudem spielt vermutlich auch das Arbeitsangebotsverhalten zu Beginn des Erwerbslebens eine Rolle (Biffl, 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, 2017

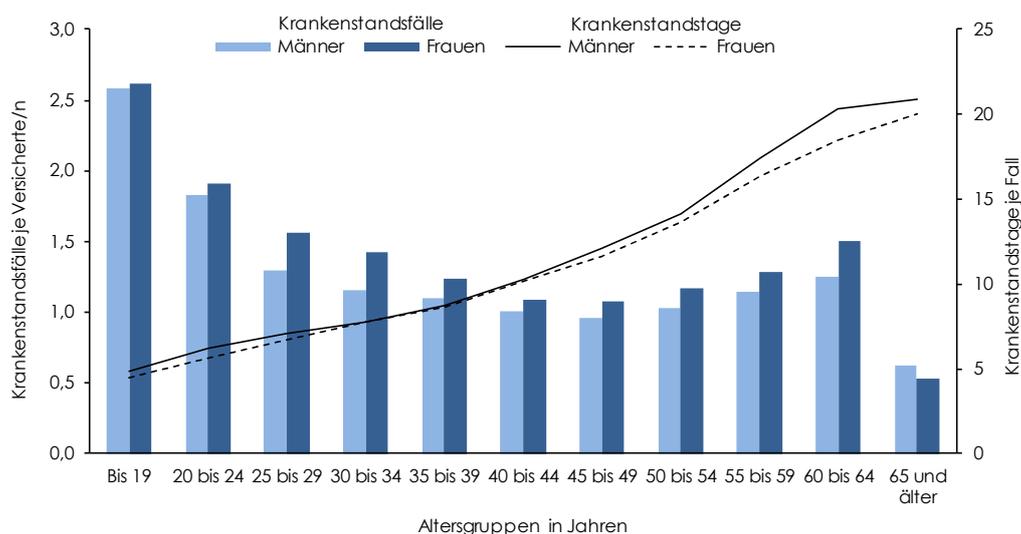


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandsfällen nimmt im Haupterwerbsalter ab, bleibt bis zur Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen weitgehend konstant und sinkt in der höchsten Altersgruppe merklich. Die Dauer der Krankenstände verlängert sich hingegen im Alter. Der durchschnittliche Krankenstandsfall dauert bei Unter-25-Jährigen 5,5 Tage, bei 60- bis 64-Jährigen mehr als 3,5-mal so lang (19,8 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 (Leoni – Schwinger, 2017). 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 Jün-

geren in Form einer höheren Zahl an kurzen Krankenständen, bei den Älteren mit einer geringeren Zahl an langen bzw. sehr langen Krankenständen.

Abbildung 1.15: Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht
Österreich, 2017

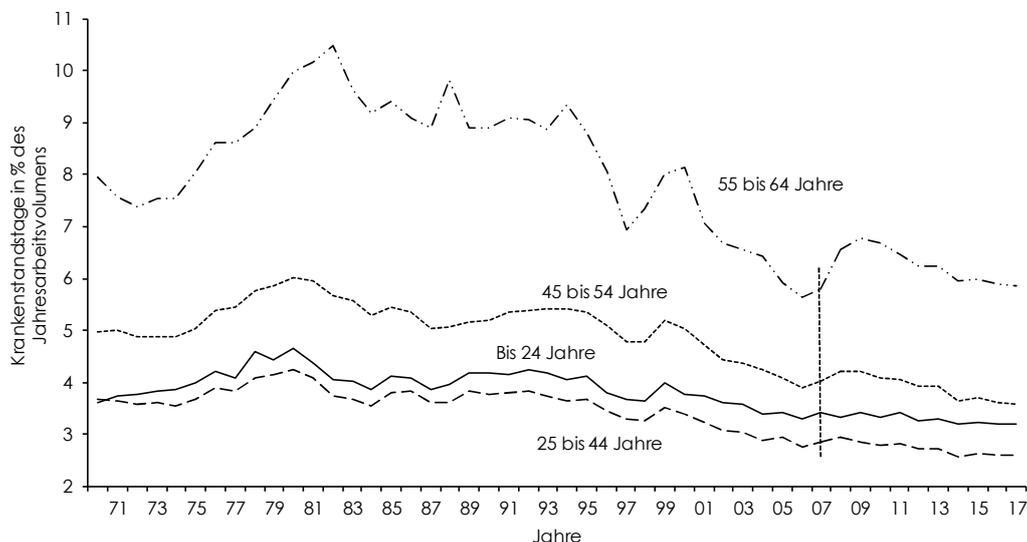


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten der einzelnen Alterskohorten weist im langfristigen Beobachtungszeitraum sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf (Abbildung 1.16 und Abbildung 1.17). Man kann davon ausgehen, dass eine Reihe von Faktoren die Krankenstände über alle Altersgruppen hinweg in ähnlichem Ausmaß beeinflusst. Das gilt beispielsweise für den Effekt des Konjunkturzyklus und für die Auswirkungen von Grippeperioden 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 Variationskoeffizienten²⁰⁾ schwankten die Krankenstandsquoten der 55- bis 59-Jährigen und noch mehr jene der 60- bis 64-Jährigen um ein Vielfaches stärker als die Quote über alle Altersgruppen.

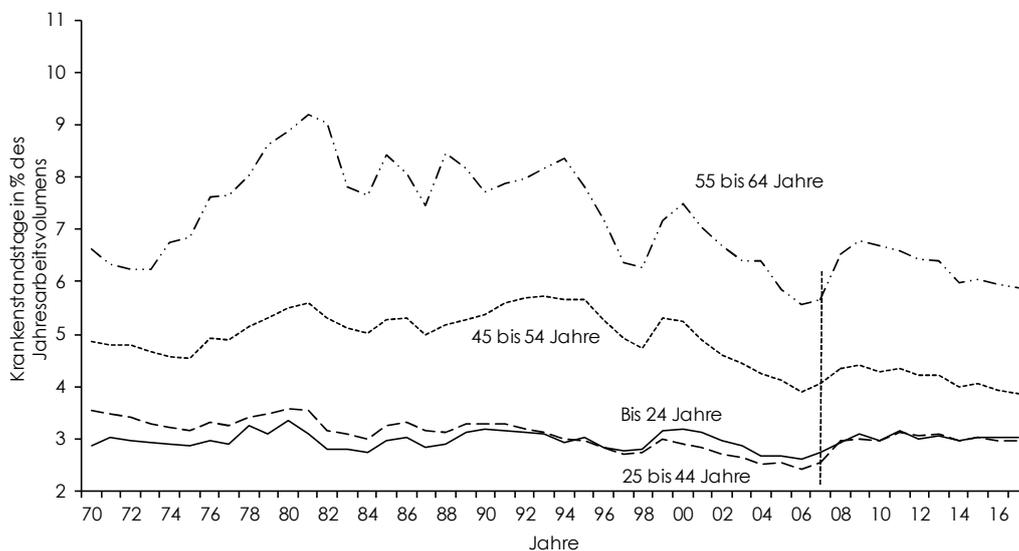
²⁰⁾ Die Varianz wird durch das Niveau des Mittelwerts, um den die Werte einer Menge schwanken, beeinflusst. Der Variationskoeffizient gleicht diesen Niveaueffekt aus, er ist definiert als die relative Standardabweichung, d. h. die Standardabweichung dividiert durch den Mittelwert.

Abbildung 1.16: Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen Österreich



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

Abbildung 1.17: Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen Österreich



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

Dieser Effekt kann vornehmlich auf Basis von wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Eingriffen erklärt werden, die sich stärker auf Ältere als auf die restlichen Beschäftigten auswir-

ken. Diesbezüglich spielt vor allem die Gestaltung des Übergangs zwischen Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Pensionsbezug eine große Rolle. Die betriebs-, arbeits- und sozialpolitischen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen setzen konkrete Anreize und entscheiden darüber, ob ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Problemen in Beschäftigung bleiben und somit Krankenstände verzeichnen oder in einen anderen Status wechseln. Häufig kranke oder chronisch kranke ArbeitnehmerInnen können aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt und in die Langzeitarbeitslosigkeit bzw. in die vorzeitige Pensionierung gedrängt werden (*Bergendorff, 2003*). In den letzten Jahren wurde der Frühausstieg aus dem Erwerbsleben erschwert; das schlug sich in einem stärkeren Anstieg der Arbeitslosigkeit nieder (*Biffli, 2007*). Diese Richtungsänderungen der Beschäftigungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik dürften dazu beigetragen haben, die Krankenstände der älteren Beschäftigten stärkeren Schwankungen auszusetzen.

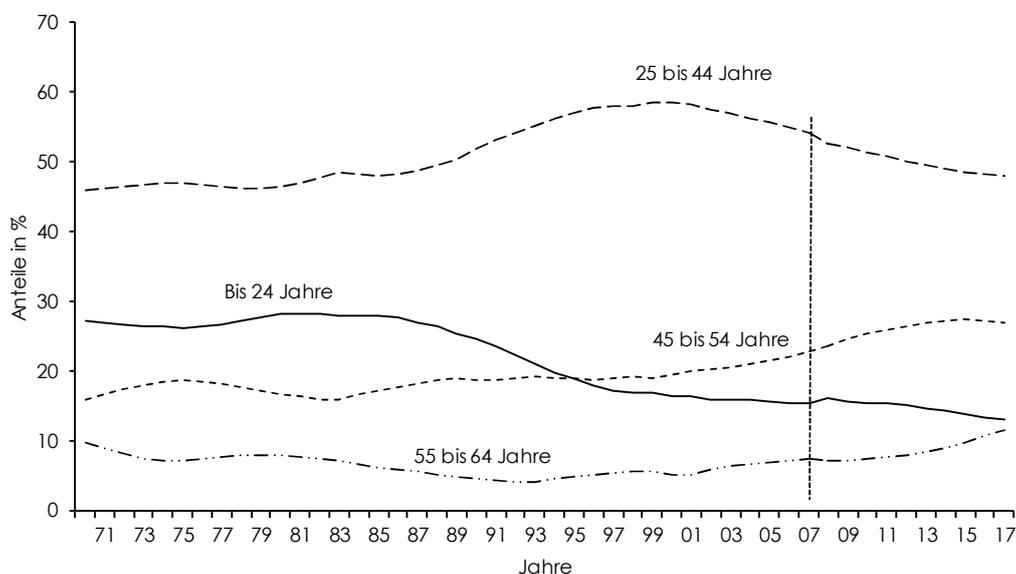
Die Krankenstandsquote in der Wirtschaft ergibt sich nicht nur aus den altersspezifischen Quoten, sondern auch aus der Besetzungsdichte der einzelnen Kohorten. Der demographische Wandel und die Entwicklung der Morbiditätsrate müssen deshalb bei einer Interpretation der Krankenstandsentwicklung auseinandergelassen werden. Zerlegt man die Entwicklung der Krankenstandsquote in Komponenten, ist es möglich den Beitrag zu isolieren, den Veränderungen in der Zusammensetzung der Beschäftigung nach Altersgruppen an dieser Entwicklung hatten²¹). Die Altersstruktur der Beschäftigung wird dabei nicht nur vom demographischen Wandel beeinflusst, sondern auch von Veränderungen im Arbeitsangebotsverhalten der Personen im erwerbsfähigen Alter. Als wichtigstes Beispiel kann diesbezüglich der breite gesellschaftliche Trend erwähnt werden, aufgrund von Bildungsentscheidungen den Eintritt in den Arbeitsmarkt im Lebenszyklus nach hinten zu verschieben.

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

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

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 besetzungsstarken Jahrgänge brachte eine Erhöhung des Anteils von Personen im Haupterwerbsalter mit sich, von 46,4% im Jahr 1980 auf 51,8% zehn Jahre später und 58,6% im Jahr 2000. Durch die niedrigen Krankenstandsquoten im Haupterwerbsalter wirkte sich diese demographische Verschiebung günstig auf die Entwicklung der Fehlzeiten aus. Seit dem Jahr 2000 nimmt das Gewicht der 25- bis 44-Jährigen an der Beschäftigung kontinuierlich ab, ihr Anteil betrug zuletzt 48,2%. Gleichzeitig ist der Anteil der 55- bis 64-Jährigen seit dem Tiefstand von 1993 (4,1%) kontinuierlich gestiegen, er lag 2017 bei 11,5%. 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 13,0% (2017).

Abbildung 1.18: Versichertenstruktur nach Altersgruppe Österreich



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

Seit Beginn der 1990er-Jahre hat die demographische Verschiebung die Krankenstandsquote um gut einen Viertel Prozentpunkt erhöht, das entspricht einem Anstieg um 1 Krankenstandstag (2017 gab es durchschnittlich 12,5 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. 2017 hätte die Veränderung in der demographischen Zusammensetzung bei gleichbleibenden altersspezifischen Krankenstandsquoten – ähnlich wie in den Vorjahren – zu einer geringfügigen Erhöhung der Krankenstandsquote um 0,02 Prozentpunkte geführt. Durch den leichten Rückgang der Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen, die in Summe die Krankenstandsquote um 0,01 Prozentpunkt senkten, ergab sich gemeinsam mit dem demographischen Effekt ein Anstieg um 0,01 Prozentpunkt.

Der Beitrag der demographischen Entwicklung auf die Krankenstandsquote war in den letzten Jahren eindeutig negativ, weil der Anteil der Älteren an den Beschäftigten im Steigen ist. Da die Babyboom-Generation²²⁾ in den kommenden Jahren vermehrt zur Kategorie der älteren Erwerbstätigen gehören wird, ist für die Zukunft eine Fortsetzung dieses für die Krankheitsentwicklung ungünstigen Effekts zu erwarten. Bestrebungen, die Erwerbsbeteiligung älterer Personen zu erhöhen, werden sich ebenfalls dahingehend auswirken, die Altersstruktur der Beschäftigung und somit die durchschnittliche Krankenstandsquote nach oben zu verschieben. Die Größenordnung dieses demographischen Effekts bleibt aber auch in einer längerfristigen Perspektive überschaubar: Wenn wir die Entwicklung der vergangenen drei Jahre (2015, 2016 und 2017)²³⁾ linear bis zum Jahr 2030 fortschreiben, resultiert daraus kumuliert eine Steigerung der Krankenstandsquote um 0,4 Prozentpunkte, d. h. etwas weniger als 1½ Krankenstandstage pro Kopf. Auch frühere Berechnungen auf Basis der Bevölkerungsprognose haben gezeigt, dass unter der Annahme gleichbleibender altersspezifischer Krankenstandsquoten durch den Eintritt der Babyboom-Generation in das höhere Erwerbsalter und einen Anstieg der Beschäftigungsquote älterer Personen in 2030 die Fehlzeiten höher als gegenwärtig, aber deutlich unter den Höchstwerten der 1980er- und 1990er-Jahre liegen werden (Leoni et al., 2008A).

Von entscheidender Bedeutung ist die Frage, wie sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten entwickeln werden und inwiefern Verbesserungen im gesundheitlichen Zustand der älteren Beschäftigten die negativen Auswirkungen des demographischen Trends entschärfen können. Eine Steigerung des Gesundheitsbewusstseins und eine stärkere Verbreitung von gesundheitlich förderlichen Verhaltensmustern können in diesem Hinblick eine positive Rolle

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

²³⁾ Durchschnittlich +0,027 Prozentpunkte pro Jahr in der Krankenstandsquote aufgrund von Verschiebungen in der Altersstruktur.

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.

1.5.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche

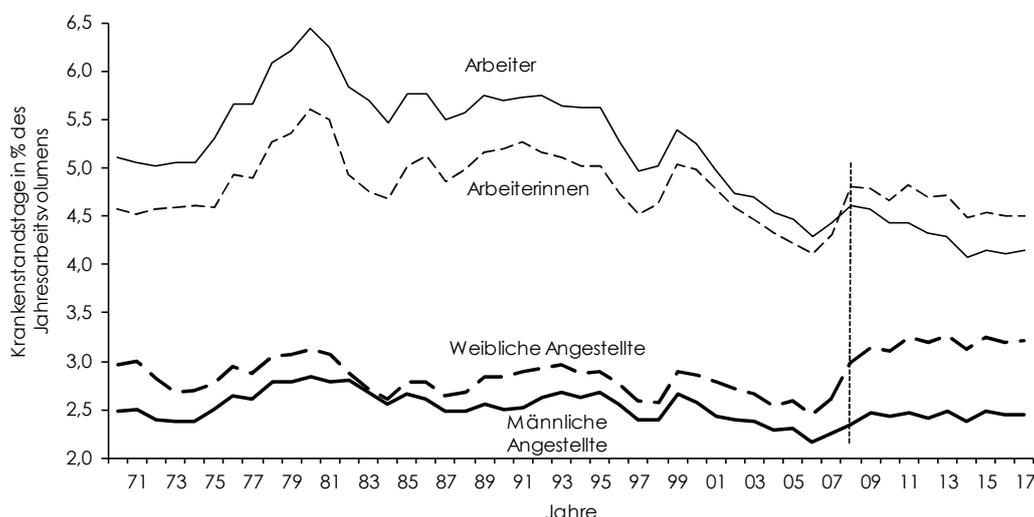
Der Krankenstand variiert erheblich im Zusammenhang mit der beruflichen Stellung der Beschäftigten. Die Daten der administrativen Statistik beinhalten keine Ausprägung, die einen detaillierten Einblick in die Tätigkeit der ArbeitnehmerInnen ermöglicht. Auf der Basis einer Einteilung nach ArbeiterInnen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

- Es gibt zwischen Krankheitsbild und Arbeitsunfähigkeit je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Zusammenhänge. Das gleiche Krankheitsbild kann je nach beruflichen Anforderungen in einem Fall zur Arbeitsunfähigkeit führen, in einem anderen aber nicht. Bei (schweren) körperlichen Tätigkeiten können Erkrankungen, aber auch Freizeitunfälle viel eher Arbeitsunfähigkeit verursachen als etwa im Falle von Bürotätigkeiten (*Badura et al., 2008*).
- Es besteht ein Konnex zwischen dem Beruf und der gesundheitlichen Belastung am Arbeitsplatz. Der Tätigkeitsbereich von ArbeiterInnen ist durchschnittlich durch eine höhere Unfallgefährdung und höhere Gesundheitsrisiken gekennzeichnet. Sowohl die Verteilung der Arbeitsunfälle als auch der (physischen) Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz (*Biffi – Leoni, 2008*) bestätigen dieses Bild.
- Allerdings unterscheiden sich nicht nur Form und Ausmaß der Arbeitsbelastungen, sondern in bestimmtem Ausmaß auch das Gesundheitsverhalten der Arbeitskräfte nach Tätigkeit, Bildung, Beruf und Branche. Eine klare Trennung zwischen Arbeitsbelastungen und Lebensstilen ist somit infolge von Interdependenzen und Selbstselektion schwierig.
- *Badura et al. (2008)* weisen darauf hin, dass in der Regel der Anteil von motivationsbedingten Fehlzeiten bei höherem beruflichen Status geringer ist. Angestellte verknüpfen häufiger als ArbeiterInnen zusammen mit größerer Verantwortung auch stärkere Motivation mit ihrer beruflichen Tätigkeit.
- Hinter den Differenzen in den Krankenständen der ArbeiterInnen und Angestellten kann sich auch die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Einkommen verbergen. Arbei-

terInnen haben im Durchschnitt ein niedrigeres Einkommensniveau als Angestellte, zahlreiche Studien belegen eine positive Korrelation zwischen Gesundheitszustand und Einkommen bzw. sozio-ökonomischer Stellung (siehe z. B. *Marmot et al., 1991, Deaton – Paxson, 1998*)²⁴).

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

Abbildung 1.19: Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht Österreich



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

Die langfristige Entwicklung zeigt, dass über die gesamte Betrachtungsperiode die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen etwa 2 bis 3 Prozentpunkte höher als jene der Angestellten war (Abbildung 1.19). Der Abstand hat sich seit Beginn der 1990er-Jahre sowohl absolut als auch relativ verringert, es ist zu einer Annäherung der Fehlzeiten von ArbeiterInnen und Angestellten gekommen. Während Anfang der 1990er-Jahre die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen um fast 3 Prozentpunkte höher und damit doppelt so hoch war wie jene der Angestellten, waren es im Jahr 2000 knapp 2½ Prozentpunkte und 90% Differenz. Im letzten verfügbaren Jahr (2017) verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik nur noch um knapp 50% mehr

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

Zeit im Krankenstand als die Angestellten: Im Schnitt waren die ArbeiterInnen rund 15½ Tage, die Angestellte 10½ Tage krankgeschrieben, das entspricht einer Differenz in der Krankenstandsquote von 1,4 Prozentpunkten. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass der starke Anstieg der Fehlzeiten in der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre bei den ArbeiterInnen deutlicher als bei den Angestellten war. Das hat damit zu tun, dass die strukturellen Anpassungsprobleme, die von Veränderungen in den wirtschaftlichen und technologischen Rahmenbedingungen ausgingen und auch beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit sich zogen, besonders im produzierenden Sektor²⁵⁾ spürbar waren.

Übersicht 1.3: Bereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht Österreich, 2011

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

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Aufgrund einer Umstellung der *Krankenstandsstatistik* ist eine Aktualisierung dieser Darstellung nicht möglich.

Die Bedeutung der ausgeübten Tätigkeit und der berufsspezifischen Risiken für die Krankenstände wird durch einen Vergleich der beiden Gruppen nach Geschlecht deutlich. Zwar sind nach der Umstellung der *Krankenstandsstatistik* Frauen sowohl in ArbeiterInnen- als auch in Angestelltenberufen öfter im Krankenstand als Männer. Dennoch ist der Unterschied zwischen Arbeitern und Arbeiterinnen viel schwächer ausgeprägt (9,4%) als zwischen weiblichen und männlichen Angestellten (30,8%)²⁶⁾. Von entscheidender Bedeutung für dieses Muster dürfte die Tatsache sein, dass Arbeiter häufiger als Arbeiterinnen Tätigkeiten ausüben, die mit einer großen physischen Belastung und einem hohen Unfallrisiko verbunden sind. Die unterschiedliche Häufigkeit von Arbeitsunfällen kann diesbezüglich als Indikator für die körperliche Gesundheitsbelastung am Arbeitsplatz dienen. Der Anteil an Krankenstandstagen, der auf-

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

²⁶⁾ Der insgesamt geringere Unterschied in der Krankenstandsquote der Frauen und Männer (6%, siehe Abschnitt 1.5.1) resultiert daraus, dass Frauen einen viel höheren Anteil an Angestellten haben (bei denen die Krankenstandsquote niedriger als im Durchschnitt aller Beschäftigten ist), Männer hingegen einen vergleichsweise hohen Arbeiteranteil (mit überdurchschnittlich hoher Quote).

grund von Arbeitsunfällen verloren geht, ist bei den männlichen Arbeitern am höchsten. Bereinigt man die Krankenstandsquote um diese Anzahl von Krankenstandstagen, dann sinkt die Krankenstandsquote der Arbeiter stärker als jene der Arbeiterinnen (Übersicht 1.3)²⁷⁾. Bei den Angestellten wirkt sich die Bereinigung um die Arbeitsunfälle bei den Männern nur geringfügig stärker als bei den Frauen aus.

Die Anerkennung der Unfälle als Schadensfälle seitens der Unfallversicherungsträger erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, nur ein Teil der ursprünglich als Arbeitsunfälle definierten Ereignisse wird effektiv auch als Arbeitsunfall anerkannt²⁸⁾. Die Zahl der Krankenstandsfälle und somit der Fehlzeiten, die von den Unfallversicherungsträgern als anerkannte Arbeitsunfälle definiert werden, liegt deutlich unter den Werten, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst werden²⁹⁾. Führt man die Bereinigung der Fehlzeiten anhand der Krankenstandszahlen durch, die auf anerkannte Unfälle zurückgehen, kommt es zu einer geringeren Veränderung in den Krankenstandsquoten. Das Ergebnis, wonach Männer in Arbeiterberufen die höchste Konzentration an unfallbedingten Fehlzeiten aufweisen, findet allerdings Bestätigung (Leoni et al., 2008A).

Die Bedeutung des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsplatzbelastungen kann anhand der Krankenstandsquoten nach Wirtschaftsbereichen weiter verdeutlicht werden. Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 stehen seit 2009 Krankenstandsquoten nur für diese neue Einteilung nach Wirtschaftsklassen zur Verfügung (Übersicht 1.4)³⁰⁾. Die Auswertung der *Krankenstandsstatistik* nach Branchen ist allerdings durch das Fehlen von Informationen über die Altersstruktur der Beschäftigten eingeschränkt. Es ist somit nicht möglich, gleichzeitig Alter und Branche der ArbeitnehmerInnen zu berücksichtigen. Ein hoher Anteil von älteren Beschäftigten in einer Branche wirkt sich negativ auf die Krankenstandsquote dieser aus und führt beim Vergleich der Fehlzeiten in unterschiedlichen Branchen zu Verzerrungen. Zudem basiert die Betrachtung nach Branchen auf einer Aggregation der Betriebe im Lichte ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit. Daraus ergeben sich Branchen von sehr unterschiedlicher Größe und auch Homogenität hinsichtlich der tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten und der Arbeitsplatzbedingungen. Die Wirtschaftsklassen Verarbeitendes Gewerbe, Herstellung von Waren bzw. Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen decken beispielsweise 18,1% bzw. 16,3% der Versicherungsverhältnisse ab, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst sind. Weitere 10,7% sind in der Wirtschaftsklasse Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung tätig. Die restlichen Wirtschaftsklassen sind wesentlich kleiner. Einige von ihnen wie die Land- und Forst-

²⁷⁾ Aufgrund einer Umstellung der Gliederung nach Krankenstandsursachen in der *Krankenstandsstatistik* 2012 kann diese Bereinigung nur noch bis zum Jahr 2011 durchgeführt werden.

²⁸⁾ 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.

²⁹⁾ So verzeichnete die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) im Jahr 2011 etwa 1,56 Mio. Krankenstandstage wegen anerkannter Arbeitsunfälle, laut *Krankenstandsstatistik* gingen rund 2,62 Mio. Krankenstandstage auf Weg- und Arbeitsunfälle zurück.

³⁰⁾ Diese neue ÖNACE-Nomenklatur legt ein größeres Augenmerk auf die Einteilung und Differenzierung der unterschiedlichen Dienstleistungsbereiche als bisher, während die Sachgüter erzeugenden Bereiche in stärker aggregierter Form erfasst werden.

wirtschaft, 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.

Übersicht 1.4: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht
Österreich, 2017

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

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

Die wichtigsten Ergebnisse zu den branchenspezifischen Krankenstandsquoten für 2017 können wie folgt zusammengefasst werden:

- Rund ein Fünftel aller Krankenstandstage fällt im Bereich Verarbeitendes Gewerbe und Herstellung von Waren an, der im Wesentlichen die Sachgüter erzeugenden Unternehmen zusammenfasst. Hier lag die Krankenstandsquote insgesamt bei 3,7%, sie betrug für Männer 3,6% und für Frauen 3,8%.
- Im Baugewerbe betrug die Krankenstandsquote 3,5%. Dieser Wert wurde allerdings von der Krankenstandsquote der Männer geprägt (3,7%), der Wert bei den Frauen lag dagegen weit unter dem Durchschnitt (2,3%).

- Die höchsten Krankenstandsquoten werden im Bereich der Wasserwirtschaft verzeichnet (4,2%), der allerdings eine geringe Zahl an Beschäftigten hat (0,5% aller Versicherten). Die zweithöchste Quote findet sich im Bereich der Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen (4,1%), der einen hohen Teil an niedrig qualifizierten Berufen umfasst. Auch Verkehr und Lagerei sowie das Gesundheits- und Sozialwesen liegen mit einer Krankenstandsquote von 4,0% deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.
- Der Handel ist die größte Wirtschaftsklasse im Dienstleistungsbereich, fast jeder sechste Krankenstand in der Wirtschaft entfällt auf diesen Bereich. Bei den Frauen (3,6%) lag die Krankenstandsquote über dem Durchschnitt (3,4%), bei den Männern war sie unterdurchschnittlich hoch (3,1%).
- Der Bereich der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung verzeichnete ebenfalls eine hohe Krankenstandsquote (3,9%). Die niedrige Quote im Bereich Erziehung und Unterricht (2,5%) lässt die Vermutung zu, dass es beim Lehrpersonal durch die Ferien in vielen Fällen zu einer Untererfassung des Krankheitsgeschehens kommt.

Die Auswertungen der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) von *Badura et al.* (2018) zeigen für Deutschland ein ähnliches Bild. Banken und Versicherungen haben die geringsten Krankenstandsquoten, während Energie- und Wasserwirtschaft, öffentliche Verwaltung sowie verarbeitendes Gewerbe und der Verkehrssektor 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 2005³¹⁾ zeigen beispielsweise, dass im österreichischen Bauwesen rund 11% aller Krankenstandstage auf Unfälle am Arbeitsplatz zurückgingen (*Leoni et al.*, 2008B). Auch in den anderen Branchen der Warenherstellung verursachten Arbeitsunfälle einen signifikanten Teil der Fehlzeiten, wenn auch der entsprechende Anteil deutlich unter 10% lag. Unter den Dienstleistungen hatte nur der Bereich Verkehr und Nachrichtenübermittlung einen nennenswerten Anteil an unfallbedingten Fehlzeiten (5,1%).

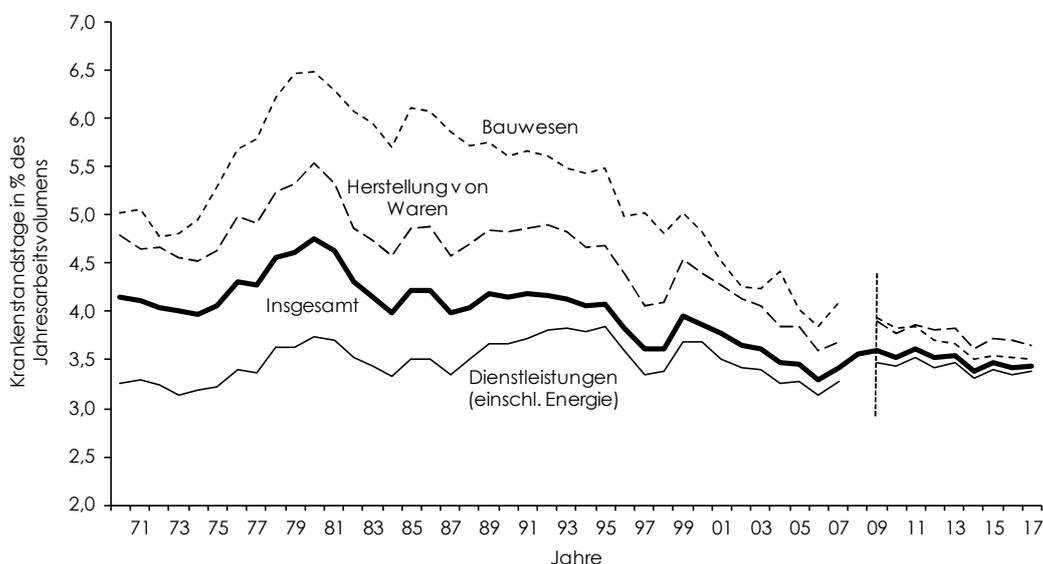
Unterschiede hinsichtlich der Fehlzeiten von Frauen und Männern innerhalb der gleichen Branche gehen zu einem großen Teil auf die Tatsache zurück, dass die geschlechtsspezifische Segmentierung am Arbeitsmarkt nicht nur nach Branchen, sondern auch nach Berufen verläuft. Zudem können Frauen und Männer auch in unterschiedlichen Unterbranchen, die in der Statistik zu größeren Kategorien zusammengefasst werden, konzentriert sein. Ein gutes Beispiel für den ersten Aspekt bietet das Bauwesen, wo sich die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall sehr stark zwischen den Geschlechtern unterscheidet. Im Jahr 2017 lag die Krankenstandsquote der Männer um 57% 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

³¹⁾ Es sind keine jüngeren Auswertungen des Krankenstandsgeschehens nach Branche und Krankenstandsursache verfügbar.

männlichen Arbeitskräften aufweist. In anderen Branchen wie Grundstücks- und Wohnungswesen, Gastgewerbe, Beherbergung sowie Information und Kommunikation weisen Frauen höhere Krankenstände als Männer auf.

Die Daten aus der *Krankenstandsstatistik* liegen in einer Auswertung nach Branchen auch für eine längere Zeitperiode (ab 1970) vor. Allerdings entstanden mit der Einführung bzw. Umstellung der ÖNACE-Nomenklatur in den Jahren 1995 und 2008 Brüche in der Zeitreihe, eine detaillierte graphische Darstellung der Krankenstandsentwicklung in den einzelnen Wirtschaftsklassen ist nicht möglich. Abbildung 1.20 gibt einen Überblick der Krankenstandsentwicklung anhand einer Zusammenfassung in breiten Wirtschaftszweigen. Im Allgemeinen bestätigt ein Blick in die Vergangenheit das heutige Muster. Die Industriebranchen, allen voran die Bereiche der Metallverarbeitung, der Glas- und Steinwaren und der Chemie, wiesen in den 1970er- und 1980er-Jahren zusammen mit dem Bauwesen die höchsten Krankenstandsquoten auf. Im Dienstleistungsbereich, der allerdings in der alten ÖNACE-Systematik nur sehr grob zusammengefasst wurde, waren Krankenstände – mit Ausnahme der Branche Verkehr und Nachrichtenübermittlung – deutlich seltener. Im Zeitraum 1970 bis 1994 folgte das Krankenstandsgeschehen in den meisten Branchen einem ähnlichen Muster; in den 1970er-Jahren stiegen die Krankenstandsquoten, während seit 1980 eine abnehmende Tendenz beobachtet werden kann. In diesen Jahrzehnten kam es auch zu einer Annäherung der Krankenstandsquoten zwischen Industrie und Dienstleistungssektor, die Krankenstandsquote im Bauwesen verharrte dagegen deutlich oberhalb des gesamtwirtschaftlichen Durchschnitts.

Abbildung 1.20: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen



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

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. 2017 betrug die Differenz nur noch 2%. Der überproportional starke Rückgang der Fehlzeiten im Bausektor führte auch dazu, dass seit einigen Jahren in diesem Bereich durchschnittlich weniger Krankenstandstage je Versicherte/n anfallen als in der Herstellung von Waren.

1.5.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst

Die *Krankenstandsstatistik* des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger erfasst das Krankenstandsgeschehen der ArbeiterInnen und Angestellten. Während in dieser Statistik Vertragsbedienstete des Bundes inkludiert sind, fehlen Informationen zu den pragmatisierten Bediensteten im öffentlichen Dienst. Mit Hilfe der vom Bundeskanzleramt veröffentlichten Statistik zum "Personal des Bundes" (*Bundeskanzleramt, 2017*) ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der BeamtInnen des Bundes (132.741 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten) bis zum Jahr 2016 zu ergänzen. Zudem hat das Bundeskanzleramt auch eine detaillierte Auswertung der Fehlzeiten im Bundesdienst für 2014 veröffentlicht (*Bundeskanzleramt, 2015A*)³². Informationen zu den öffentlich Bediensteten der Länder und Gemeinden sind allerdings weder in dieser noch in anderen verfügbaren Datenquellen enthalten.

Aus den statistischen Auswertungen des Bundeskanzleramts geht hervor, dass 2016 die Krankenstandsquote der BeamtInnen 4,1% und jene der Vertragsbediensteten 2,6% betrug (Übersicht 1.5). Die Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (BeamtInnen und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 3,4%. In diesen Quoten wurden jedoch die Kurzkrankenstände nicht berücksichtigt. Bei einer Einschätzung hinsichtlich der Höhe der Fehlzeiten der Bundesbeschäftigten ist es wichtig, eine passende Vergleichsbasis mit anderen Beschäftigungssektoren zu schaffen. Zieht man den gesamten ASVG-Bereich (die Grundmenge der *Krankenstandsstatistik*) heran und bereinigt diese Krankenstandsquote um die erfassten Kurzkrankenstände, so erreicht man einen Wert von 3,1% (2016). Im Vergleich zwischen Bund und den restlichen Wirtschaftssektoren soll jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Tätigkeitsbereiche der BeamtInnen denen der Angestellten ähnlicher als denen der ArbeiterInnen sind. Die überdurchschnittliche Krankenstandsquote der ArbeiterInnen legt es nahe, die Fehlzeiten der BeamtInnen mit dem Krankenstandsgeschehen der ASVG-Angestellten zu vergleichen. Eine entsprechende Gegenüberstellung zeigt, dass die (um die Kurzkrankenstände bereinig-

³²) Die nächste Publikation mit detaillierten Auswertungen zu den Fehlzeiten der Bundesbediensteten wird voraussichtlich Ende 2019 erscheinen.

te) Krankenstandsquote der Angestellten im Jahr 2016 um 0,8 Prozentpunkte (das entspricht einem Viertel) niedriger als jene im Bundesdienst war (2,6% gegenüber 3,4%, Übersicht 1.5).

Übersicht 1.5: Krankenstände der Bundesbediensteten im Vergleich zu denen der Angestellten

Ohne Kurzkrankenstand (einschließlich Kuren)

| | | Auf 1.000 Beschäftigte entfallen Krankenstands- fälle | Krankenstands- tage | Durchschnittliche Dauer eines Falles in Tagen | Krankenstands- quote in % |
|--|------|---|------------------------|---|------------------------------|
| BeamtInnen | 2010 | 962 | 14.905 | 15,5 | 4,1 |
| | 2011 | 978 | 15.471 | 15,8 | 4,2 |
| | 2012 | 970 | 15.473 | 16,0 | 4,2 |
| | 2013 | 1.029 | 15.899 | 15,4 | 4,4 |
| | 2014 | 947 | 15.104 | 16,0 | 4,1 |
| | 2015 | 1.070 | 15.277 | 14,3 | 4,2 |
| | 2016 | 1.063 | 15.139 | 14,2 | 4,1 |
| Vertragsbedienstete des Bundes | 2010 | 696 | 10.263 | 14,7 | 2,8 |
| | 2011 | 703 | 10.585 | 15,1 | 2,9 |
| | 2012 | 661 | 9.937 | 15,0 | 2,7 |
| | 2013 | 702 | 10.095 | 14,4 | 2,8 |
| | 2014 | 652 | 9.671 | 14,8 | 2,6 |
| | 2015 | 703 | 9.763 | 13,9 | 2,7 |
| | 2016 | 677 | 9.466 | 14,0 | 2,6 |
| BeamtInnen und Vertrags- bedienstete des Bundes ¹⁾ | 2010 | 850 | 12.892 | 15,2 | 3,5 |
| | 2011 | 860 | 13.298 | 15,5 | 3,6 |
| | 2012 | 833 | 12.941 | 15,5 | 3,5 |
| | 2013 | 880 | 13.178 | 15,0 | 3,6 |
| | 2014 | 808 | 12.488 | 15,4 | 3,4 |
| | 2015 | 896 | 12.579 | 14,0 | 3,4 |
| | 2016 | 878 | 12.320 | 14,0 | 3,4 |
| ASVG-versicherte ArbeiterInnen und Angestellte ²⁾ | 2010 | 777 | 12.043 | 15,5 | 3,3 |
| | 2011 | 805 | 12.269 | 15,2 | 3,4 |
| | 2012 | 768 | 11.916 | 15,5 | 3,3 |
| | 2013 | 796 | 11.985 | 15,1 | 3,3 |
| | 2014 | 731 | 11.374 | 15,6 | 3,1 |
| | 2015 | 780 | 11.642 | 14,9 | 3,2 |
| | 2016 | 759 | 11.430 | 15,1 | 3,1 |
| ASVG-versicherte Angestellte ²⁾ | 2010 | 647 | 9.453 | 14,6 | 2,6 |
| | 2011 | 673 | 9.774 | 14,5 | 2,7 |
| | 2012 | 644 | 9.525 | 14,8 | 2,6 |
| | 2013 | 686 | 9.756 | 14,2 | 2,7 |
| | 2014 | 630 | 9.302 | 14,8 | 2,5 |
| | 2015 | 686 | 9.663 | 14,1 | 2,6 |
| | 2016 | 666 | 9.456 | 14,2 | 2,6 |

Q: Bundeskanzleramt (2017). Die Werte in dieser Übersicht decken sich nur zum Teil mit jenen aus den entsprechenden Übersichten früherer Fehlzeitenreports (vor 2012). Die Zahlen für den ASVG-Bereich wurden rückwirkend angepasst, um die Änderung in der Erfassung der Versicherten (d. h. die Bereinigung um Präsenzdiener und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen) zu berücksichtigen. Die Auswertungen des Personalinformationssystems des Bundes beinhalteten diese Personengruppen auch in Vergangenheit nicht, wodurch keine Anpassung der Krankenstandsquoten von BeamtInnen und ASVG-Versicherte des Bundes notwendig war. – ¹⁾ Einschließlich Ausbildungsverhältnisse (Lehrlinge, PraktikantInnen). – ²⁾ WIFO-Berechnungen.

Für den durchgeführten Vergleich zwischen Angestellten und BeamtInnen spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass quantitativ signifikante Gruppen im Bundesdienst (z. B. die BeamtInnen im Exekutivdienst) mit überdurchschnittlichen Belastungen am Arbeitsplatz konfrontiert sind. Die Betrachtung der Krankenstände nach Berufsgruppen zeigt eine sehr große Schwankungsbreite im Krankenstandsmuster auf. Die Beschäftigten im Exekutivdienst, die fast ein Viertel des Personals im Bundesdienst bilden, bzw. jene im militärischen Dienst, die ein Zehntel ausmachen, hatten 2014 eine Krankenstandsquote von 5,1% bzw. 4,3%. Noch höher lag die Krankenstandsquote im Krankenpflagedienst (8,4%), der allerdings gemessen an der Zahl der Beschäftigten eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Demgegenüber waren RichterInnen und StaatsanwältInnen (1,9%), LehrerInnen (2,1%) und die Beschäftigten in der Schulaufsicht (1,9%) deutlich seltener im Krankenstand. Die zahlenmäßig größte Berufsgruppe, der Verwaltungsdienst (über ein Drittel aller Beschäftigten), wies eine vergleichsweise hohe Krankenstandsquote von 4,9% auf (*Bundeskanzleramt, 2015A, 2015B*).

Ein weiterer Faktor, der beim Vergleich berücksichtigt werden müsste, betrifft die Inanspruchnahme von Kuraufenthalten. Da Kuren einen positiven Beitrag zur Gesundheit und somit zur langfristigen Erwerbsfähigkeit leisten, wäre es sinnvoll, sie von den restlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten zu isolieren. Sowohl bei den BeamtInnen als auch in der *Krankenstandsstatistik* werden Kuraufenthalte aber als Fehlzeiten angerechnet, Unterschiede zwischen den Wirtschaftssektoren können nicht herausgearbeitet werden. Aus den Fehlzeiteauswertungen des Bundeskanzleramts wissen wir, dass im Jahr 2014 im Bundesdienst auf 1.000 Beschäftigte 744 Arbeitstage³³⁾ wegen Kuraufenthalte entfielen, das entspricht einer Krankenstandsquote von etwa 0,3%. Für den ASVG-Bereich ist allerdings keine vergleichbare Information verfügbar.

Die Höhe der Krankenstände wird neben individuellen Faktoren wie dem Alter der Beschäftigten auch von spezifischen institutionellen Rahmenbedingungen sowie den Arbeitsplatzbedingungen geprägt. Im Vergleich zwischen öffentlichem Dienst und Privatwirtschaft wird oft vermutet, dass die besondere Sicherheit des Arbeitsplatzes zu einer geringeren Symptomtoleranz veranlasse und somit zu höheren Fehlzeiten führe. Tatsächlich sind aus der einschlägigen Literatur Untersuchungen bekannt, die die positive Korrelation zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Krankenstandsquote untermauern (*Drago – Wooden, 1992, Lindbeck et al., 2006*). Der dokumentierte Effekt der Arbeitsplatzsicherheit ist in diesen Studien statistisch signifikant, allerdings quantitativ nicht ausreichend, um alleine die Krankenstandsdynamik im öffentlichen Sektor zu erklären. Der Arbeitsplatzsicherheits-Effekt stellt demnach eine Komponente für das Verständnis des Krankenstandsgeschehens im öffentlichen Dienst dar, ist aber nicht als einzige Ursache für die Höhe der Krankenstände verantwortlich. *Badura et al. (2006)* weisen darauf hin, dass neben der Altersstruktur auch die Tatsache berücksichtigt werden muss, dass die öffentlichen Verwaltungsinstitutionen ihrer Verpflichtung zur Beschäftigung Behinderter stärker nachkommen als andere Branchen. Auch wird vermutet, dass im privaten Sektor auf-

³³⁾ Die Auswertungen des Bundeskanzleramts beziehen sich auf tatsächlich entfallene Arbeitstage und nicht auf die Gesamtzahl der Kalendertage (einschließlich Wochenenden und Feiertage), in denen der Kuraufenthalt stattfand.

grund der starken Konkurrenz um niedrige Kosten eine stärkere "Sozialisierung" der Kosten von vorzeitigem Gesundheitsverschleiß und Krankheit (z. B. im Rahmen des Personalabbaus) als im öffentlichen Bereich stattfindet (Oppolzer, 2000). In Deutschland ist laut Studienergebnissen die höhere Anzahl von krankheitsbedingten Fehlzeiten im öffentlichen Dienst knapp zur Hälfte auf den erhöhten Anteil an schwerbehinderten ArbeitnehmerInnen zurückzuführen (Marstedt et al., 2001). In Österreich zeigen Auswertungen zur Beschäftigungssituation von begünstigten Behinderten, dass der Bund als Arbeitgeber seiner Beschäftigungspflicht von behinderten Personen in höherem Maße nachkommt als der Durchschnitt aller beschäftigungspflichtigen ArbeitgeberInnen³⁴).

Die detaillierten Auswertungen des Bundeskanzleramts (Bundeskanzleramt, 2015A) zeigen, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundesdienst in ihrer Struktur und Verteilung auf die einzelnen Beschäftigtengruppen große Ähnlichkeit mit dem privatwirtschaftlichen Bereich aufweisen. Diese Auswertungen beziehen sich – wie es bei einer Betrachtung aus Sicht der ArbeitgeberInnen üblich ist – auf die tatsächlich entfallenen Arbeitstage und nicht auf die im Krankenstand verbrachten Kalendertage. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sinken mit dem Qualifikationsniveau der Beschäftigten: 2014 entfielen auf Beschäftigte mit akademischer Bildung pro Kopf 6,3 Arbeitstage, auf Bedienstete des Hilfsdienstes 14,6 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. Die 55- bis 59-Jährigen sind am häufigsten im Krankenstand, während in Folge des "Healthy-Worker"-Effekts die Krankenstandsquote bei älteren Kohorten wieder sinkt. Bei der Auswertung der Krankenstandstage nach Geschlecht liegen im Bundesdienst die Werte der Männer allerdings um 7½% über jenen der Frauen. Frauen sind dabei etwas öfter, aber dafür kürzer im Krankenstand.

Hinsichtlich der Verteilung der Krankenstände nach Dauer ist der Vergleich zwischen dem öffentlichen und dem privatwirtschaftlichen Bereich etwas schwieriger. In beiden Bereichen verursachen vergleichsweise seltene, aber lange Krankenstandsepisoden einen signifikanten Anteil aller Fehlzeiten. Allerdings spielen Kurzkrankenstände, die im öffentlichen Dienst vollständig erfasst sind, in den Auswertungen des Bundeskanzleramts eine deutlich größere Rolle als in der *Krankenstandsstatistik*. Das hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Kurzkrankenstände bei den Bundesbediensteten in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. 2014 entfielen fast zwei Drittel aller Krankenstandsepisoden und mehr als ein Fünftel der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jede/r Beschäftigte im Laufe des Jahres 2,5 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich: laut *Krankenstandsstatistik* war es bei den ASVG-Beschäftigten nur 1 Tag³⁵). Allerdings lässt sich anhand der verfügbaren

³⁴) Laut Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2016) erfüllt der Bund seit 2007 die Beschäftigungspflicht nach dem BEinstG vollständig. Nur 22% aller einstellungspflichtigen DienstgeberInnen erfüllen diese Vorgabe (Daten für 2014). Von den 106.883 Pflichtstellen waren 2014 knapp zwei Drittel (64,42%) besetzt.

³⁵) 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.

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.

1.5.5 Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse

Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht nicht, zwischen Betrieben unterschiedlicher Größe zu unterscheiden. Diese Lücke konnte zumindest teilweise mit Hilfe eines Individualdatensatzes der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK)³⁶⁾ gefüllt werden, wobei sich die aktuellsten verfügbaren Auswertungen auf das Jahr 2014 beziehen. Eine Einteilung der DienstgeberInnen in drei breite Größenklassen (bis zu 50 Beschäftigte, 51 bis 250 Beschäftigte, über 250 Beschäftigte) lässt erkennen, dass Klein- und Kleinstbetriebe geringere Krankenstandsquoten als größere Unternehmen aufweisen. Abbildung 1.21 zeigt, dass bei einer feineren Gliederung der Größenklassen ein nicht-lineares Muster in der Beziehung zwischen Betriebsgröße und Krankenständen zum Vorschein kommt. Die Krankenstandsquote nimmt zunächst mit zunehmender Betriebsgröße zu, allerdings geht sie bei großen Unternehmen wieder leicht zurück.

Winkelmann (1999) kommt in einer Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Lohnniveau, Betriebsgröße und Krankenstand zur Schlussfolgerung, dass Krankenstände in größeren Unternehmen häufiger vorkommen als in kleineren. In einem großen Unternehmen kann der Ausfall einer Arbeitskraft besser als in einem kleinen durch die restliche Belegschaft abgedeckt und somit verkraftet werden, die Kosten eines einzelnen Krankenstandstages sind *ceteris paribus* in einem großen Unternehmen geringer als in einem kleinen (*Barmby – Stephan, 2000, Weiss, 1985*). Damit dürften in größeren Arbeitsstätten die (soziale) Kontrolle und somit auch der Druck, Fehlzeiten zu vermeiden, geringer sein als in Kleinbetrieben.

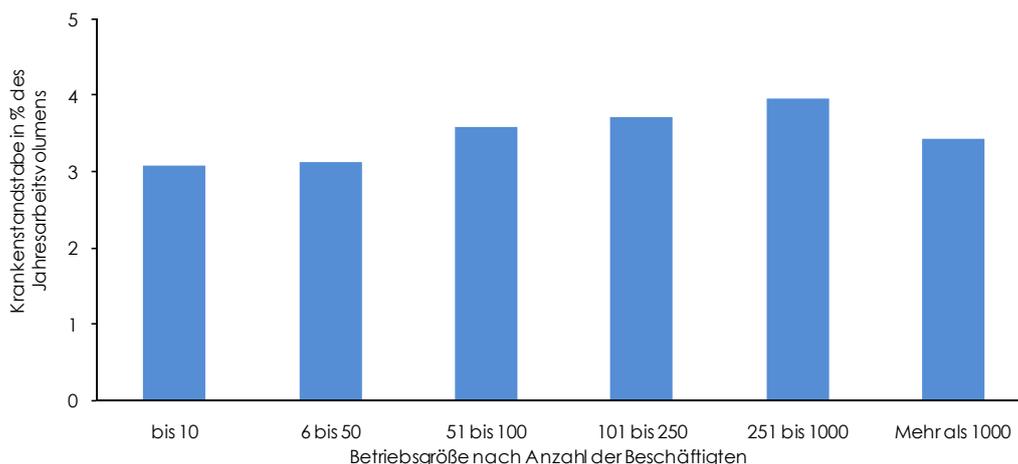
Der Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Krankenständen muss aber auch vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung der Betriebe nach Branchen betrachtet werden. Vor allem die Sachgüter erzeugenden Bereiche der Wirtschaft weisen eine großbetriebliche Struktur auf, Klein- und Kleinstbetriebe spielen dort nur eine untergeordnete Rolle. In diesen Branchen sind die Beschäftigten allerdings infolge der höheren Arbeitsbelastungen und Unfallgefährdung auch einem höheren Krankenstandsrisiko ausgesetzt als jene im Dienstleistungssektor (siehe Abschnitt 1.5.3).

Eine Unterscheidung der Krankenstandsquoten nach Betriebsgrößenklasse bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Branche ermöglicht es, diese Überlagerung des Branchen- und Betriebsgrößeneffekts zu vermeiden. Entsprechende Auswertungen im Fehlzeitenreport 2008 (*Leoni – Mahringer, 2008*) haben gezeigt, dass der Konnex zwischen Krankenstand und Betriebsgröße

³⁶⁾ Für eine Datenbeschreibung siehe *Leoni* (2011: 66f.).

auch bei einer Gliederung nach Branchen erhalten bleibt. Unterschiede ergeben sich nach Branche hinsichtlich der Stärke dieses Zusammenhangs sowie hinsichtlich der Frage, ob ab einer bestimmten Betriebsgröße die Krankenstandsquote wieder zurückgeht.

Abbildung 1.21: Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse
Oberösterreich, 2014



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

1.6 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung

Obwohl nicht alle ArbeiterInnen und Angestellten bei den Gebietskrankenkassen des entsprechenden Bundeslandes versichert sind, ergibt die Summe der Krankenstandstage der neun österreichischen Gebietskrankenkassen gegenüber der Gesamtheit aller in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Krankenstände eine Abdeckungsquote von 92,2% (2017)³⁷⁾. Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten aus den einzelnen Gebietskrankenkassen für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen³⁸⁾.

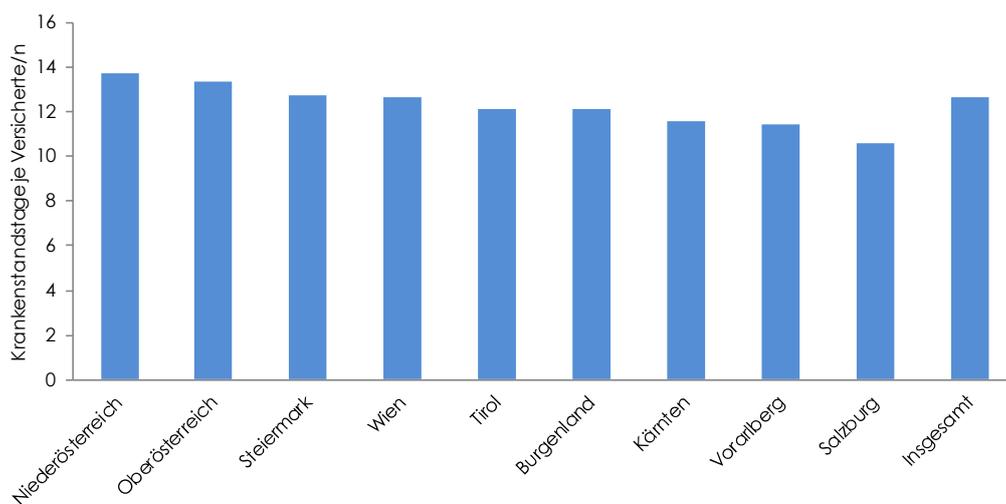
Die Werte aus dem Jahr 2017 zeigen, dass die Krankenstandsquote über alle Gebietskrankenkassen mit einem Durchschnitt von 12,6 Tagen je Erwerbstätige/n nur marginal über dem Wert für alle von der Statistik erfassten Krankenversicherungsträger (12,5) liegt. Die niederösterreichische und oberösterreichische Gebietskrankenkassen verzeichneten mit respektive 13,7 und 13,3 Tagen die höchsten Krankenstände in diesem Jahr (Abbildung 1.22). Die Versicherten in der Steiermark (12,8), Wien (12,6), Tirol (12,1), Burgenland (12,1), Kärnten (11,6) und Vor-

³⁷⁾ Weitere Versicherungsträger, deren Versicherte zumindest teilweise in der *Krankenstandsstatistik* inkludiert sind, sind die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie sieben Betriebskrankenkassen. Diese Versicherungsträger sind nicht bzw. nur mit Einschränkungen regional zuordnenbar.

³⁸⁾ Infolge des geringfügigen Unterschieds zwischen der gesamtösterreichischen Statistik und jener, in der nur die Versicherten der Gebietskrankenkassen inkludiert sind, kann die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf bzw. der Krankenstandsquote für Österreich marginal von jener der Summe der Gebietskrankenkassen abweichen.

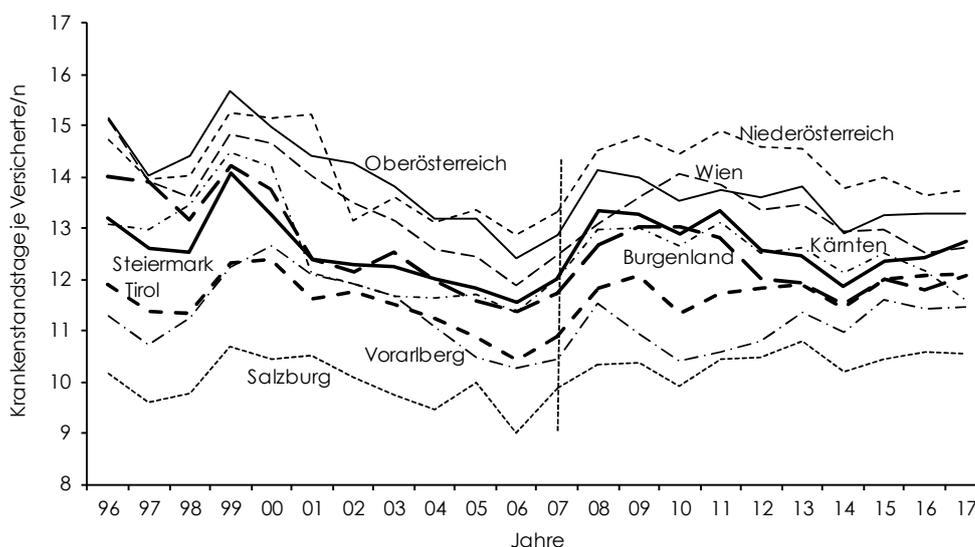
arlberg (11,5) verzeichneten weniger Krankenstände als die Beschäftigten im Durchschnitt der Bundesländer. Die größte Abweichung konnte allerdings in Salzburg beobachtet werden, dort waren die Versicherten der Gebietskrankenkasse im Schnitt nur 10,6 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 2,9% um rund ein Sechstel unter dem österreichischen (3,4%) und um ein Viertel unter dem niederösterreichischen (3,8%) Wert.

Abbildung 1.22: Krankenstände nach Bundesländern
Gebietskrankenkassen, 2017



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.23: Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern



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

Die Betrachtung einer längeren Periode (1996/2017) verdeutlicht, dass auch in der Vergangenheit die Krankenstandsquote in Salzburg deutlich niedriger als in den restlichen Bundesländern war (Abbildung 1.23). Sieht man von geringfügigen Verschiebungen ab, war auch die relative Position der anderen Bundesländer in diesem Krankenstandsvergleich über den gesamten Zeitraum konstant: Niederösterreich, Oberösterreich und Wien verzeichneten deutlich überdurchschnittliche Werte, während Steiermark, Kärnten, Tirol und Vorarlberg nahe am Durchschnitt bzw. unter dem Durchschnittswert lagen. Eine Ausnahme bildet in dieser Hinsicht die Gebietskrankenkasse Burgenland, die 1996 bis 1998 noch überdurchschnittliche Krankenstandsquoten hatte, in den darauffolgenden Jahren allerdings eine überproportional starke Senkung der Krankenstände verzeichnete.

Die Beständigkeit dieser regionalen Unterschiede lässt erkennen, dass sich in den einzelnen Bundesländern strukturelle Faktoren auf das Krankenstandsgeschehen niederschlagen. In Abschnitt 1.5.3 konnte gezeigt werden, dass die Wirtschaftsstruktur und somit die Verteilung der Beschäftigten auf Branchen und Berufe maßgebend auf das Krankenstandsniveau Einfluss nehmen. Das Fehlen von detaillierten Informationen zu den Krankenstandsquoten einzelner Branchen und Berufsgruppen ermöglicht es zwar nicht, die Bedeutung dieser wirtschaftsstrukturellen Unterschiede zwischen den Bundesländern vollständig abzubilden. Die Unterscheidung der Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen nach sozialrechtlicher Stellung (ArbeiterInnen und Angestellte) und Geschlecht leistet dennoch einen Beitrag zur Erklärung der regionalen Differenzen.

Übersicht 1.6 veranschaulicht, dass hinter den unter- bzw. überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten der einzelnen Gebietskrankenkassen unterschiedliche Kombinationen im Krankenstandsniveau der einzelnen Beschäftigtengruppen stehen. In Oberösterreich verzeichneten im Wesentlichen nur die Arbeiterinnen (4,7%) und Arbeiter (4,4%) hohe Krankenstandsquoten, die angestellten Männer und Frauen lagen mit ihren Krankenständen nahe am Durchschnitt aller Bundesländer. In diesem Fall dürfte sich die große Bedeutung der Warenherstellung negativ auf das Krankenstandsniveau niederschlagen. In Wien lagen die männlichen Arbeiter und Angestellten mit Quoten von 4,0% bzw. 2,5% unter bzw. leicht über dem bundesweiten Durchschnitt, die Frauen verzeichneten dagegen sowohl in ArbeiterInnenberufen (5,0%) als auch in Angestelltenberufen (3,6%) unter allen Bundesländern die höchsten Krankenstände (Durchschnitt 4,5% und 3,3%). Der hohe Angestelltenanteil an der Beschäftigung, eine Folge der dienstleistungsorientierten Wirtschaftsstruktur in der Bundeshauptstadt, erklärt, weshalb die Wiener Gebietskrankenkasse trotz der hohen Krankenstandsquoten der Frauen insgesamt mit 3,5% am Durchschnitt aller Bundesländer liegt. In Niederösterreich wiederum verzeichneten sowohl die Angestellten als auch die ArbeiterInnen vergleichsweise viele krankheitsbedingte Fehlzeiten. Die niedrige Krankenstandsquote der Gebietskrankenkasse Salzburg (2,9%) ergibt sich aus sehr niedrigen Werten aller Teilgruppen.

Übersicht 1.6: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht

2017

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

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 1.7: Normierung der Krankenstandsquote

Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2017

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

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

Die Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen werden nicht nur von den Quoten der einzelnen Beschäftigtengruppen bestimmt, sondern auch von ihrer anteilmäßigen Bedeutung für die gesamte von der Gebietskrankenkasse erfasste Beschäftigung. Übersicht 1.7 gibt das Ergebnis einer Bereinigung der Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen um Unterschiede in der Beschäftigungsstruktur (nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht) wieder. Die erste Datenspalte zeigt die tatsächlichen Krankenstandsquoten in den entsprechenden Gebietskrankenkassen im Jahr 2017. In der zweiten Datenspalte wird dagegen angeführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Versi-

cherten in allen Gebietskrankenkassen dem Durchschnitt entsprochen hätte³⁹⁾). Erwartungsgemäß weisen nach der Bereinigung Bundesländer mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit überdurchschnittlichen Krankenständen (besonders ArbeiterInnen, weibliche Angestellte) eine geringere Krankenstandsquote auf. Insgesamt sind die Effekte der Bereinigung allerdings geringfügig. Einzig in Wien, wo die Beschäftigungsstruktur am stärksten vom Durchschnitt abweicht, macht sich eine Strukturbereinigung in der Krankenstandsquote deutlich bemerkbar: Bei durchschnittlicher Zusammensetzung der Beschäftigung (und gleichbleibenden gruppenspezifischen Krankenstandsquoten) würde sich die Krankenstandsquote der Wiener Gebietskrankenkasse auf 3,6% belaufen, was einem Plus von 4,6% entspricht. In den anderen Bundesländern führt die Bereinigung zu einer leichten Senkung des Krankenstandsniveaus, am stärksten so im Burgenland und in Tirol.

Auch unter Berücksichtigung dieser strukturellen Komponente ändert sich kaum etwas an der Darstellung der regionalen Krankenstandsquoten. Nach wie vor liegen Niederösterreich und Oberösterreich ebenso wie Wien über dem Durchschnitt der Bundesländer. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung die Gebietskrankenkasse Salzburg (2,9%). Insgesamt bestätigen die Berechnungen somit, dass sich die Wirtschaftsstruktur günstig (wie im Falle Wiens) oder ungünstig (wie beispielsweise in Tirol und im Burgenland) auf die Krankenstände auswirkt. Jedoch liefert die Zusammensetzung der Beschäftigung nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht nur einen geringen Erklärungsbeitrag zu den regional teils erheblichen Krankenstandsunterschieden. Das hängt damit zusammen, dass die Unterscheidung zwischen ArbeiterInnen- und Angestelltenberufen die Komplexität der Wirtschaftsstruktur nur unzureichend wiedergibt. Innerhalb der Berufsgruppen bestehen zum Teil ausgeprägte branchenspezifische Unterschiede⁴⁰⁾, 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 Gebietskrankenkassen ergeben sich somit aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Bestim-

³⁹⁾ Die Krankenstandsquoten der einzelnen Beschäftigtengruppen je Gebietskrankenkasse werden dabei konstant gehalten (Übersicht 1.6).

⁴⁰⁾ So waren beispielsweise ArbeiterInnen in der Metallerzeugung und -bearbeitung (Wirtschaftsklasse ÖNACE 27) durchschnittlich 20,3 Tage, im Maschinenbau (28) 16,7 Tage und im Einzelhandel (52) nur 14,3 Tage krankgeschrieben (Daten aus der *Krankenstandsstatistik* für das Jahr 2007).

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

1.7 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Die Darstellung der Krankheitsgruppen wurde für das Jahr 2012 vom HVB auf die Klassifizierung nach ICD-10⁴¹⁾ umgestellt, dadurch wurden die Diagnosegruppen stärker zusammengefasst und manche Detailgruppen werden nicht mehr gesondert ausgewiesen (z. B. Unfälle). Für Vergleichszwecke wurden die Krankheitsgruppen der letzten 20 Jahre vom WIFO ebenfalls nach den neuen Krankheitsgruppen zugeordnet.

Auch anhand der aktuellen Gliederung ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Krankenstandsfälle und -tage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Ursachen zurückzuführen ist (Übersicht 1.8). Dies gilt sowohl bei einer Betrachtung nach Häufigkeit der Krankheiten als auch bei der Fokussierung auf die daraus resultierenden Krankenstandstage. So erfasst man mit den fünf häufigsten Krankheitsgruppen vier Fünftel (80,3%) aller Krankenstandsfälle und über zwei Drittel (69,8%) der Krankenstandstage. Reiht man die Krankheitsgruppen nach der Zahl der verursachten Krankenstandstage sind die fünf dominierenden Gruppen für drei Viertel (74,9%) aller gemeldeten Krankenstandstage und -fälle (77,1%) verantwortlich. Infolge der Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer der Erkrankungen verschiebt sich die Rangordnung der Krankheitsgruppen nach Krankenstandstagen; mit einer Ausnahme⁴²⁾ handelt es sich aber um die gleichen fünf Diagnosegruppen.

Zwei Gruppen von Krankheiten prägen vor allem das Bild des Krankenstandsgeschehens: Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und jene des Atmungssystems. Zusammen verursachen diese Erkrankungen knapp 50% der Krankenstandsfälle und gut 40% der Fehlzeiten. Verletzungen und Vergiftungen⁴³⁾ sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten; 16,7% der Krankenstandstage gingen auf diese Formen von Krankheit zurück. Weitere besonders häufige bzw. viele Krankenstandstage verursachende Diagnosegruppen sind psychische und Verhaltensstörungen sowie bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (zu denen unter anderem infektiöse Darmkrankheiten zählen).

Es kann angemerkt werden, dass die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen, wie z. B. Neubildungen⁴⁴⁾ und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung in der *Krankenstandsstatistik* nicht vollständig abgebildet wird. So haben Krank-

⁴¹⁾ Die ICD-Kodierung (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme.

⁴²⁾ "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.

⁴³⁾ 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).

⁴⁴⁾ Das Kapitel Neubildungen der ICD-Kodierung enthält Schlüssel für bösartige und gutartige Neubildungen (Tumoren) sowie Zwischenstufen.

heiten des Herz-Kreislauf-Systems beispielsweise einen großen Einfluss auf das Ausmaß der Gesamtsterblichkeit in Österreich⁴⁵⁾. Allerdings sind vor allem Personen in höherem Alter davon betroffen, bei Personen im Erwerbsalter sind sie als Morbiditäts- und Todesursache weniger stark verbreitet.

*Übersicht 1.8: Krankheitsgruppenstatistik
Österreich, 2017*

| Krankheitsgruppen | Krankenstands- fälle | Krankenstands- tage | Dauer der Fälle |
|--|-------------------------|------------------------|-----------------|
| | Anteile in % | | Ø Anzahl Tage |
| Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | 13,4 | 21,4 | 15,6 |
| Krankheiten des Atmungssystems | 36,6 | 20,5 | 5,5 |
| Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen | 8,4 | 16,7 | 19,4 |
| Psychische und Verhaltensstörungen | 2,5 | 9,2 | 35,7 |
| Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten | 16,3 | 7,1 | 4,3 |
| Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind | 5,7 | 4,0 | 6,8 |
| Krankheiten des Verdauungssystems | 4,8 | 3,8 | 7,6 |
| Krankheiten des Kreislaufsystems | 1,8 | 3,6 | 19,6 |
| Neubildungen | 0,9 | 3,6 | 39,7 |
| Krankheiten des Urogenitalsystems | 2,3 | 2,2 | 9,1 |
| Krankheiten des Nervensystems | 2,1 | 2,0 | 9,1 |
| Krankheiten der Haut und der Unterhaut | 1,1 | 1,2 | 10,8 |
| Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett | 0,9 | 1,2 | 12,3 |
| Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde | 1,0 | 0,8 | 7,7 |
| Übrige Ursachen | 0,4 | 0,8 | 17,2 |
| Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | 0,4 | 0,8 | 19,4 |
| Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes | 0,9 | 0,7 | 7,8 |
| Diagnose nicht feststellbar | 0,3 | 0,2 | 6,1 |
| Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien | 0,1 | 0,1 | 18,9 |
| Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems | 0,1 | 0,1 | 17,4 |
| Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben | 0,0 | 0,0 | 12,9 |

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die unterschiedlichen Diagnosegruppen streuen sehr stark hinsichtlich der Länge von Krankenstandsepisoden; die durchschnittliche Krankenstandsdauer von 9,7 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Besonders kurz fallen infektiöse und parasitäre Krankheiten (4,3 Tage), Krankheiten des Atmungssystems (5,5 Tage) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (7,6 Tage) aus. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (15,6 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (19,4 Tage) und vor allem die psychischen und Verhaltensstörungen (35,7 Tage) über dem Gesamtdurch-

⁴⁵⁾ In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die mit Abstand häufigste Gruppe von Todesursachen dar; 2017 wurden vier von zehn Sterbefällen (39,8% bzw. 33.000 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (*Statistik Austria, Statistik der Todesursachen im Überblick*).

schnitt. Erwartungsgemäß verursachen schwere Erkrankungen (z. B. Neubildungen) ebenfalls lange Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle liegt bei knapp 40 Tagen.

Die Daten aus der Krankheitsgruppenstatistik bestätigen, dass die gesundheitlichen Risiken und damit auch die gesundheitlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen nicht deckungsgleich sind. Während einige dieser Unterschiede durch biologische Differenzen bedingt sind und hier nicht weiter erörtert werden, wirken sich auf andere Pathologien auch Faktoren gesellschaftlicher, beruflicher und individueller Natur aus. Männer sind durch ihre berufliche Tätigkeit aber auch durch ihr Freizeitverhalten im Schnitt einem höheren Unfallrisiko ausgesetzt. Dementsprechend sind auf Verletzungen und Vergiftungen zurückgehende Krankenstandsfälle und Fehlzeiten bei Männern fast zweimal so häufig wie bei Frauen⁴⁶). Konzentriert man sich weiterhin auf die häufigsten Ursachen für Fehlzeiten ergeben sich weitere Differenzen zwischen Männern und Frauen: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes sind bei Männern um ein Sechstel häufiger als bei Frauen. Allerdings dauern die Krankheitsepisoden dieser Diagnosegruppe bei Frauen im Schnitt gut zwei Tage länger, wodurch die Anzahl von Fehltagen, die auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen ist, bei Männern pro Kopf etwa gleich hoch ist wie bei Frauen. Ein weiterer ausgeprägter geschlechtsspezifischer Unterschied betrifft die Krankheiten des Kreislaufsystems (die u. a. koronare Herzkrankheiten und Herzinfarkte umfassen): Männer sind um 6% weniger als Frauen betroffen, die Anzahl an Krankenstandstagen ist jedoch um gut 60% höher. Psychische und Verhaltensstörungen treten bei Frauen deutlich häufiger auf: Während es im Jahr 2017 auf 100 Männer im Schnitt zwei Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich vier Fälle. Als Folge ist die auf diese Krankheitsgruppe zurückgehende Anzahl an Krankenstandstagen bei Frauen pro Kopf doppelt so hoch wie bei Männern. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Krankheiten des Nervensystems. Es fehlt aber auch nicht an Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern beispielsweise bei den infektiösen Krankheiten und auch bei den weit verbreiteten Erkrankungen wie die des Atmungssystems.

Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht keine gesonderte Auswertung der Krankenstandsdiagnosen nach Altersgruppen. Eine solche Auswertung konnte aber anhand von oberösterreichischen Krankenstandsdaten durchgeführt werden (siehe auch Kapitel 2 im Fehlzeitenreport 2017). 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:

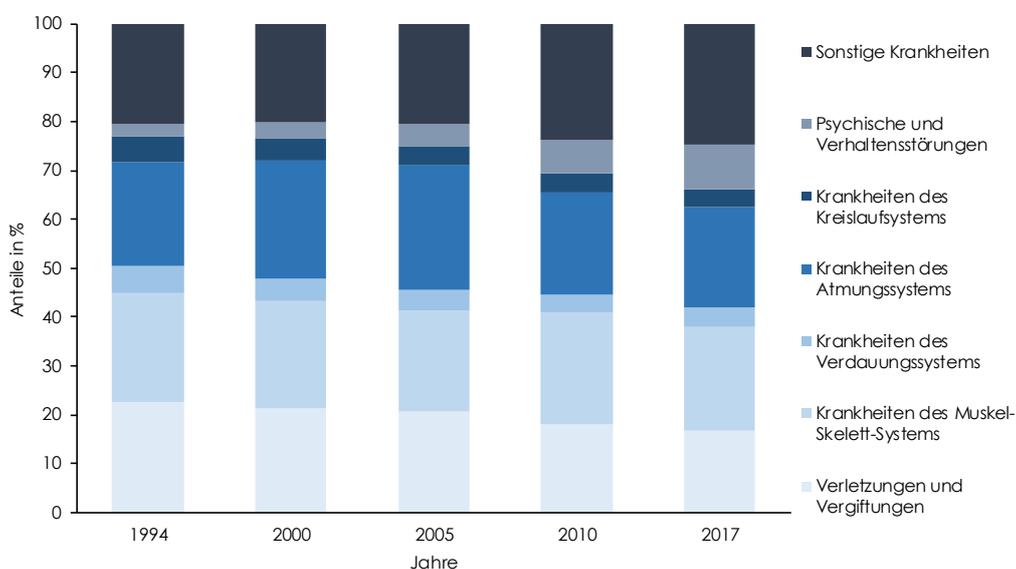
⁴⁶) Für die Analyse der Geschlechtsspezifika wird das Verhältnis aus Krankenstandsfällen bzw. -tagen und Versicherten der beiden Gruppen miteinander verglichen.

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 1.24 gibt einen Einblick in die Entwicklung der Fehlzeiten nach Krankheitsgruppen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Statistik im Zeitverlauf auch von Veränderungen der Diagnoseerfassung durch die ÄrztInnen beeinflusst wird.

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 2017 waren es nur noch 2,1 Tage. Damit reduzierte sich der Anteil der Verletzungen von gut einem Fünftel auf ein Sechstel aller krankheitsbedingten Fehlzeiten. Diese Entwicklung trug wegen der großen Bedeutung dieser Diagnosegruppe und der überdurchschnittlichen Dauer der damit einhergehenden Krankheitsepisoden zur Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer bei. Die Zahl der Muskel-Skelett-Erkrankungen blieb im hier untersuchten Zeitraum anteilmäßig stabil. Die Krankheiten des Kreislauf- und jene des Verdauungssystems, die jedoch einen sehr geringen Anteil am Krankenstandsvolumen haben (3,6% bzw. 3,8%), gingen dagegen leicht zurück.

Abbildung 1.24: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen Österreich



Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Der Anteil der Krankheiten des Atmungssystems ging in den vergangenen 17 Jahren (2000 24%, 2017 20,5%) ebenso zurück, wie die durchschnittliche Anzahl an Krankheitstagen pro Kopf dieser Diagnosegruppe (2000 3,5 Tage, 2017 2,6 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. Zwischen 2016 und 2017 blieb die Pro-Kopf-Quote der Atemwegserkrankungen, d. h. die Zahl der Krankenstandstage je Person, unverändert. Das Jahr 2017 war zwar anfangs durch eine besonders starke Grippewelle gekennzeichnet, die bereits Ende 2016 begonnen hatte. In der zweiten Jahreshälfte gab es jedoch keine weiteren Spitzen in den Krankenstandszugängen (siehe Abbildung 1.8). 2016 hatte dagegen im Vergleich zu 2015 ein Rückgang der Pro-Kopf-Quote an Atemwegserkrankungen von fast 8% stattgefunden. In den meisten anderen Krankheitsgruppen war die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf gegenüber dem Vorjahr gestiegen, weshalb die Reduktion der Krankenstandsquote 2016 verglichen mit 2015 maßgeblich auf die Entwicklung der Atemwegserkrankung zurückzuführen war.

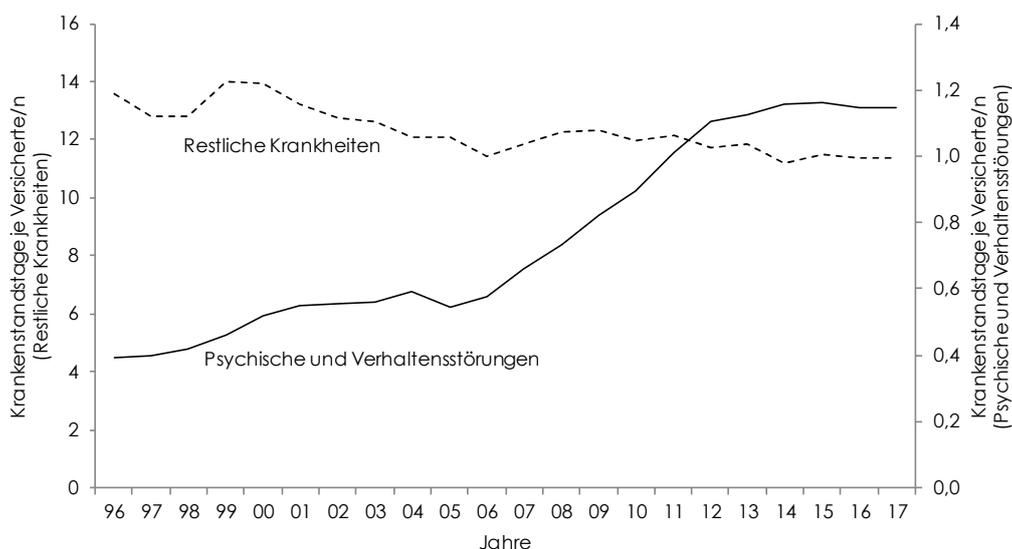
Auch für die Vergangenheit können wir eine starke Übereinstimmung in der Entwicklung der Atemwegserkrankungen und der allgemeinen Krankenstandsquote beobachten. In 2010, 2012 und 2014 waren sowohl die Atemwegserkrankungen als auch die Krankenstandsquoten insgesamt rückläufig, 2011, 2013 und 2015 ging die Entwicklung in die gegenläufige Richtung. Aufgrund der starken jährlichen Schwankungen in der Inzidenz von Atemwegserkrankungen (nicht selten +/-15% und mehr) und ihres hohen Gewichts am Fehlzeiten volumen (mehr als ein Fünftel aller Tage) ist diese Krankheitsgruppe ein wesentlicher Bestimmungsgrund für die jährlichen Schwankungen der Krankenstandsquote.

In einer längerfristigen Sicht ist der klare Aufwärtstrend der psychischen und Verhaltensstörungen bemerkenswert (Abbildung 1.25). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich die Zahl der Krankenstandstage infolge psychischer Erkrankungen, ausgehend von einem sehr niedrigen Niveau, fast verdreifacht. Auch in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland, ist eine ähnliche Entwicklung beobachtbar. Seit 2012 ist der Anstieg der psychisch bedingten Krankenstände in Österreich allerdings abgeflacht, 2016 kam es erstmals seit Mitte der 2000er-Jahre zu einem leichten Rückgang der Pro-Kopf-Quoten in dieser Krankheitsgruppe. 2017 verharrte die Quote auf demselben Wert wie im Vorjahr.

Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Problemen für das gesundheitliche Wohlbefinden der Erwerbsbevölkerung lässt sich jedoch nur schwer aus diesen Zahlen ablesen. Einerseits ist davon auszugehen, dass sich im Zeitverlauf die Bereitschaft der ÄrztInnen, gesundheitliche Probleme dem psychischen Bereich zuzuschreiben, tendenziell erhöht hat. Andererseits werden vermutlich nach wie vor zahlreiche Krankenstände, die mitunter auch eine psychische Ursache haben, aufgrund ihrer Symptomatik bei der Diagnoseerfassung anderen Krankheitsgruppen zugeschrieben. So können beispielsweise Allergien, Magenschmerzen, Kreislaufprobleme usw. eine Folge von Stress und psychischen Belastungen sein, ohne dass die daraus resultierenden Krankenstände Problemen der Psyche zugeschrieben werden. Die große Bedeutung von psychischen Belastungen und Erkrankungen für die Arbeitswelt kann durch andere Quellen bestätigt werden. Umfragen haben wiederholt gezeigt, dass Depressionen, Stress und Angstkrankheiten zu den gesundheitlichen Problemen zählen, die am häufigsten von Beschäftigten im Zusammenhang mit ihrer Erwerbstätigkeit erwähnt werden

(Dupré, 2001). Zudem kommen die Folgen von psychischen Problemen mit besonderer Stärke im langfristigen Horizont zum Tragen. So sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache von Neuzugängen in die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension (Daten für 2017)⁴⁷⁾.

Abbildung 1.25: Entwicklung der psychischen Krankheiten Österreich



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

Demzufolge scheint das verstärkte Auftreten von psychischen Krankheitsursachen in der *Krankenstandsstatistik* in erster Linie auf adäquateres Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten, eine geringere Stigmatisierung und 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. Die OECD schätzt, dass in ihren Mitgliedsländern etwa 20% bis 25% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von klinisch relevanten psychischen Leiden betroffen sind. Etwa ein Viertel dieser Personen, also 5% der Bevölkerung, ist 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, zunehmen⁴⁸⁾, deuten die

⁴⁷⁾ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018*, Tabelle 3.34.

⁴⁸⁾ 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

(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. Dieses Ergebnis wird durch eine Aktualisierung (*Richter – Berger, 2013*) im Lichte der Erkenntnisse aus 33 neueren Studien bestätigt.

1.8 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle

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

Die vorliegende Zusammenstellung bezieht sich deshalb ausschließlich auf die Arbeitsunfälle, ohne auf die damit zusammenhängenden Fehlzeiten eingehen zu können. Die hier angeführten Daten zum Unfallgeschehen in der österreichischen Wirtschaft wurden von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zur Verfügung gestellt. Die AUVA ist der größte, aber nicht der einzige Unfallversicherungsträger in Österreich. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, die Sozialversicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Sozialversicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen sind ebenfalls für die Unfallversicherung zuständig. Die Daten der AUVA eignen sich aber sehr gut für die Beschreibung des Unfallgeschehens unselbständig Beschäftigter. Im Jahr 2017 waren 3,0 Mio. unselbständig Beschäftigte bei der AUVA versichert, das entspricht einer Quote von 86% aller unfallversicherten unselbständig Beschäftigten. Von den 107.512 anerkannten Arbeitsunfällen und 14.249 Wegunfällen der unselbständig Erwerbstätigen im Jahr 2017 wurden 85.604 (80%) bzw. 11.563 (81%) bei der AUVA

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*).

erfasst⁴⁹⁾. Überdies besteht eine hohe Konsistenz zwischen den Daten der Unfallversicherungsanstalt und den bisher verwendeten Daten aus der *Krankenstandsstatistik*.

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

1.8.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle

Im Jahr 1974 gab es in Österreich je 10.000 Versicherte 765 Unfälle, dieser Wert reduzierte sich bis 1995 auf etwa 600 Unfälle (Abbildung 1.26). In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre kam es zu einem weiteren, deutlichen Rückgang der Unfälle, sodass im Jahr 2000 statistisch gesehen auf 10.000 Versicherte 455 Unfälle entfielen. Zwischen 2000 und 2008 unterlag die Unfallquote in ihrer Entwicklung einigen Schwankungen, ohne dass sich dabei ein klarer Trend herausbildete. Seit 2008 gingen die Unfälle weiter zurück, sodass 2017 die Unfallquote mit 319 Unfällen auf 10.000 Versicherte ihren tiefsten Stand seit 1974 erreichte. Anders gesagt waren im ersten Jahr des erfassten Zeitraums statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2017 waren es 3,2%. 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 2017 2,8%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2017 um 59% gesunken. Der Anteil der Wegunfälle am gesamten Unfallgeschehen ist über die Beobachtungsperiode weitgehend konstant geblieben, zuletzt waren etwa 12% aller Unfälle Wegunfälle. Langfristig betrachtet sind die Wegunfälle ähnlich wie die Arbeitsunfälle zurückgegangen: Von 83 Unfällen je 10.000 Versicherte (0,8%) im Jahr 1974 auf 38 Unfälle je 10.000 Versicherte (0,4%) im Jahr 2017, was einer Verringerung von rund 54% entspricht.

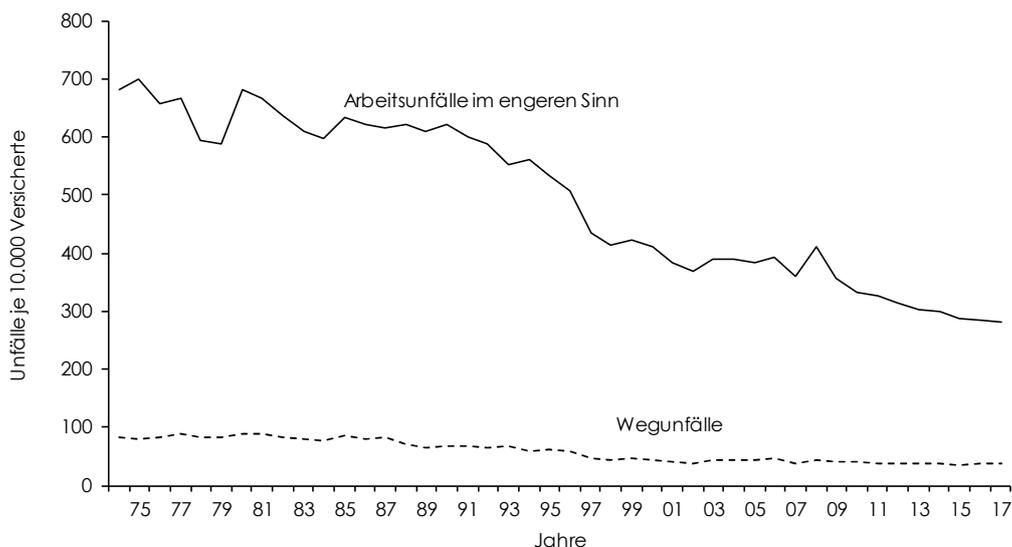
Zusammen mit den Arbeitsunfällen ist auch die Anzahl an Unglücksfällen mit tödlichen Folgen im langfristigen Betrachtungszeitraum rückläufig⁵⁰⁾. Unter den Versicherten der AUVA gab es 1975 noch 553 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz, 1980 waren es 434, 1990 317. Auch die tödli-

⁴⁹⁾ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2018*, Tabelle 4.02.

⁵⁰⁾ Diese Werte beziehen sich auf die tödlichen Fälle von Arbeitsunfällen aller bei der AUVA versicherten Erwerbstätigen (einschließlich selbständig Erwerbstätiger), Wegunfälle sind in diesen Zahlen inkludiert, Berufskrankheiten dagegen nicht.

chen Unfälle verzeichneten in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre einen sehr starken Rückgang, von 304 im Jahr 1995 auf 220 im Jahr 2000. In den jüngsten Jahren hat sich dieser positive Trend, wenn auch nicht gleichmäßig, fortgesetzt. 2016 wurde mit 106 tödlichen Unfällen am Arbeitsplatz in der AUVA-Statistik ein Minimum erreicht, 2017 erhöhte sich die Zahl wieder geringfügig auf 109 tödliche Unfälle.

Abbildung 1.26: Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

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

Die Reduktion der Arbeitsunfälle wurde überdies durch gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz gefördert. Das Inkrafttreten des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen im Zuge des EU-Beitritts Österreichs hat in die-

ser Hinsicht eine wichtige Rolle gespielt. Verbesserte ArbeitnehmerInnenschutzbestimmungen, der technologische Wandel sowie Präventivmaßnahmen der Unternehmen dürften gemeinsam dazu beigetragen haben, das Unfallrisiko der bestehenden Arbeitsplätze zu senken. Ein weiterer Faktor, der sich günstig auf die Unfallquote auswirken könnte, ist rein statistischer Natur: Durch die Zunahme der Teilzeitbeschäftigung ist die Zahl der Versicherten stärker gestiegen als jene der geleisteten Arbeitszeit, wodurch sich die erfassten Arbeitsunfälle statistisch auf eine größere Zahl von Köpfen verteilen⁵¹⁾.

1.8.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche

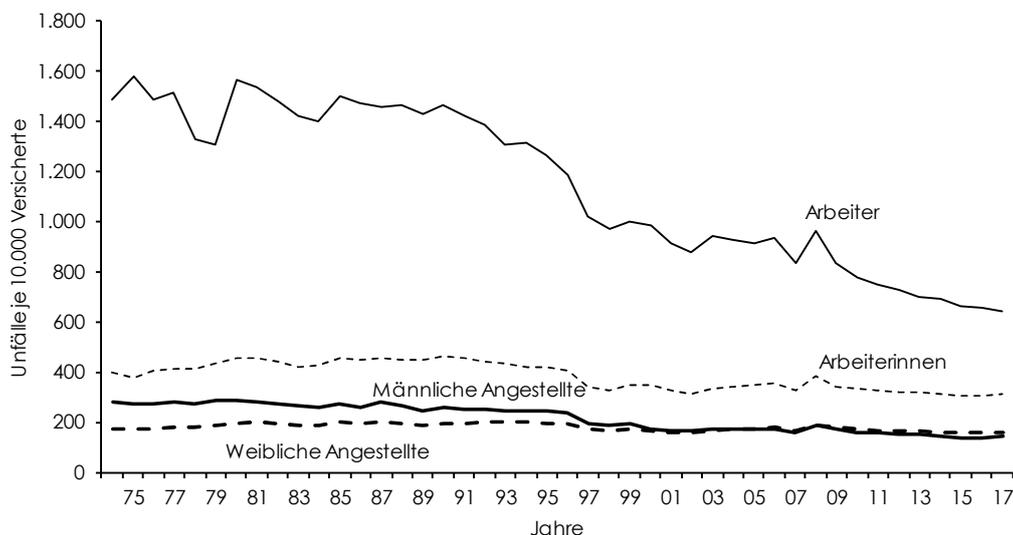
Während sich die Wegunfallraten von Frauen und Männern kaum unterscheiden, sind Männer um ein Vielfaches häufiger von Arbeitsunfällen (im engeren Sinne) betroffen als Frauen. Mitte der 1970er-Jahre lag die Unfallquote der Männer etwa fünfmal so hoch wie jene der Frauen. Auch heute weisen Männer eine deutlich höhere Quote als Frauen auf, der Abstand hat sich allerdings verringert. Insgesamt betrug die Unfallquote im Jahr 2017 für Männer 4,1%, für Frauen lag sie bei 2,0%. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hängt mit der Tatsache zusammen, dass Frauen und Männer im Durchschnitt Tätigkeiten mit unterschiedlicher Risikobelastung nachgehen. Abbildung 1.27 zeigt, dass die Stellung im Beruf, die einen Anhaltspunkt für die Berufstätigkeit der beschäftigten Person gibt, zusammen mit dem Geschlecht wesentliche Erklärungsfaktoren des Unfallrisikos darstellen. Die männlichen Arbeiter haben die höchste Unfallrate, auch die Arbeiterinnen weisen eine Unfallhäufigkeit auf, die deutlich höher als jene der Angestellten ist. Die weiblichen bzw. männlichen Angestellten hatten 2017 eine Unfallrate, die die Hälfte bzw. ein Fünftel der Unfallrate der Arbeiterinnen und der Arbeiter betrug.

Aus der langfristigen Entwicklung des Unfallgeschehens in der österreichischen Arbeitswelt lassen sich vor allem zwei Trends ablesen. Besonders hervorstechend ist der überproportional starke Rückgang von Unfällen bei männlichen Arbeitern. Durch diese Entwicklung hat sich hinsichtlich der Unfallrate der Abstand zwischen ArbeiterInnen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte stark verringert. Im Zeitraum 1974 bis 2017 ging die Unfallrate der ArbeiterInnen von 1.119 auf 547 (–51%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 153 (–32%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen Angestellten von 282 auf 144 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückging, registrierten Frauen in Angestelltenberufen 2017 nur einen geringen Rückgang im Vergleich zum Anfang der Beobachtungsperiode (160 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

⁵¹⁾ Dieser Effekt dürfte jedoch nur eine untergeordnete Rolle in der von der AUVA veröffentlichten Statistik spielen, da sich die darin enthaltenen Versichertenzahlen auf Personen (und nicht Beschäftigungsverhältnisse) beziehen und geringfügig Beschäftigte aus der Betrachtung ausgenommen sind. Eine Gegenüberstellung dieser Versichertenzahlen mit der Entwicklung des Arbeitsvolumens aller unselbständig Beschäftigten in der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung von Statistik Austria zeigt, dass sich die beiden Reihen über die Zeit gleich parallel entwickeln.

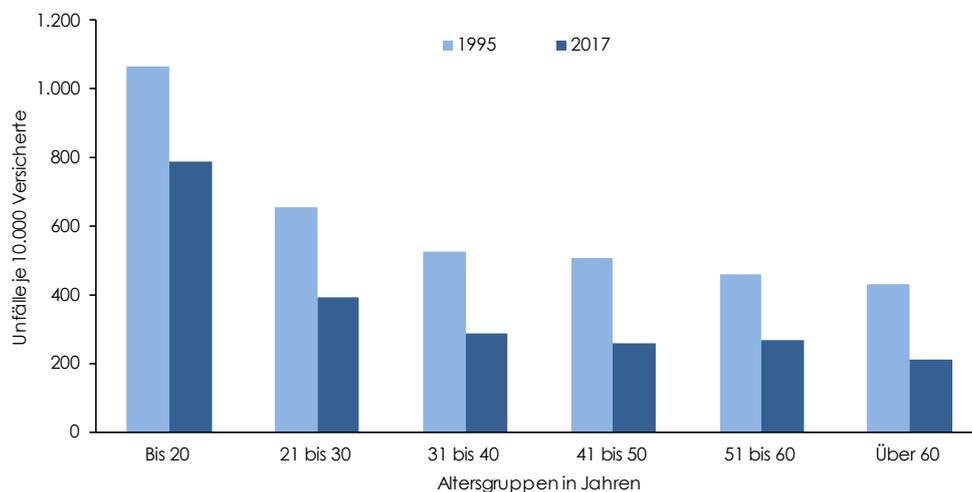
Unfallraten gekommen. Insgesamt betrug der Rückgang der Unfallhäufigkeit bei den Männern fast zwei Drittel (-62%), bei den Frauen 29%.

Abbildung 1.27: Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.28: Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen
Anerkannte Arbeitsunfälle mit Wegunfällen



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

Geschlecht und Stellung im Beruf sind aussagekräftige Variablen für das Unfallgeschehen am Arbeitsplatz, weil sie indirekt über den Tätigkeitsbereich der Beschäftigten Auskunft geben.

Das Alter der Beschäftigten bereichert das Untersuchungsbild um eine zusätzliche Dimension und zeigt, wie sich Erfahrung und Dienstalter auf das Unfallrisiko der ArbeitnehmerInnen auswirken. Dieser Abschnitt der Analyse ist auf den Zeitraum 1995 bis 2017 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 1.28). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich das Unfallrisiko in allen Alterskohorten verringert.

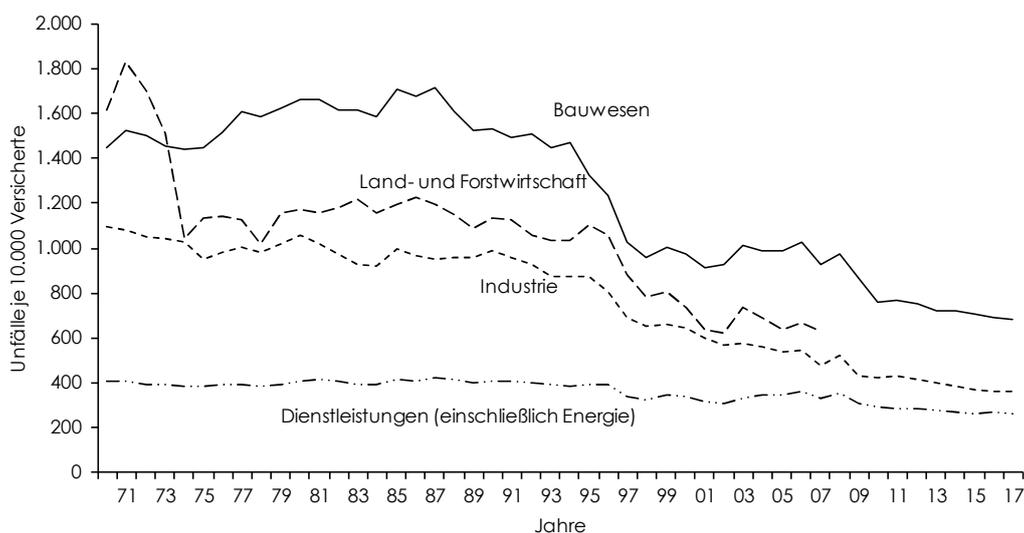
Die einzelnen Branchen⁵²⁾ sind durch unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und Arbeitsplatzbedingungen gekennzeichnet, dementsprechend stark sind Unterschiede in der Unfallhäufigkeit ausgeprägt. Der landwirtschaftliche Sektor und der Bergbau haben ein hohes Unfallrisiko. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2017 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch wie im Durchschnitt, fast ein Sechstel aller Unfälle ereignete sich im Bauwesen. Überdurchschnittlich hohe Unfallquoten verzeichnete auch der Bereich der Warenherstellung, während im Dienstleistungsbereich die Unfallhäufigkeit im Allgemeinen wesentlich geringer ist. Nur die "Wasserversorgung", "Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" sowie die Bereiche "Kunst, Unterhaltung und Erholung" und "Verkehr und Lagerei" waren mit einem Unfallrisiko verbunden, das deutlich über dem Gesamtdurchschnitt lag. Die Bereiche mit dem geringsten Unfallrisiko sind das "Finanz- und Versicherungswesen" sowie "Information und Kommunikation", wo die Unfallquote unter 1% lag und somit nur weniger als ein Viertel des Durchschnitts und etwas mehr als ein Zehntel der Unfallquote im Bauwesen betrug.

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 1.29) zeigt in allen Wirtschaftsbereichen ein ähnliches Muster. Zwischen den frühen 1970er- und den frühen 1990er-Jahren haben nur mäßige Veränderungen der Unfallrate stattgefunden. In den Sachgüter erzeugenden Bereichen hat das Unfallrisiko kontinuierlich aber geringfügig abgenommen, während es im Dienstleistungsbereich in etwa konstant geblieben ist und im Bauwesen und in der Landwirtschaft erst nach einem Höhepunkt in den 1980er-Jahren begonnen hat, sich rückläufig zu entwickeln. Zu einer deutlichen Verringerung der Unfallhäufigkeit ist es in allen Wirtschaftsbereichen in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre gekommen. Besonders stark war der Rückgang im Bauwesen und in der Land- und Forstwirtschaft: Hier ist die Unfallrate zwischen 1995 und

⁵²⁾ Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2008 verwendet.

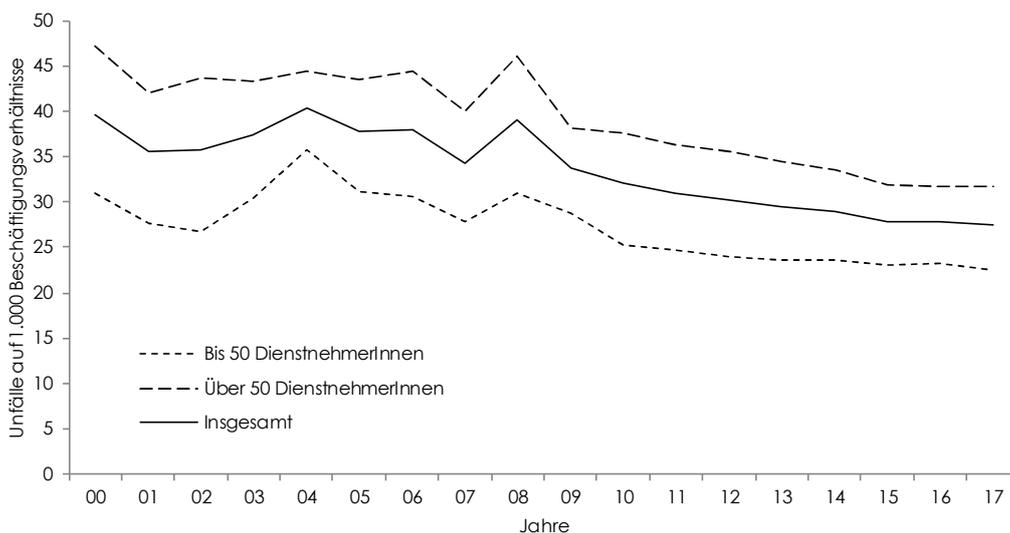
1998 um 50% bzw. mehr als ein Viertel zurückgegangen. In der Industrie betrug der Rückgang 25%, auch im Dienstleistungsbereich konnte in diesen Jahren eine sehr positive Entwicklung verzeichnet werden (-18%).

Abbildung 1.29: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)



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

Abbildung 1.30: Unfallquote nach Betriebsgröße



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

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 2017 betrug die Unfallrate in der Warenherstellung das 1,4-Fache, im Bauwesen das 2,6-Fache der Dienstleistungsbereiche.

Die ungleiche Verteilung des Unfallrisikos in der Arbeitswelt kommt auch bei einer Betrachtung nach Betriebsgröße zum Ausdruck (Abbildung 1.30). Größere Betriebe, solche mit mindestens fünfzig Beschäftigten, verzeichnen 2017 im Durchschnitt gut 40% mehr Arbeitsunfälle pro Kopf als Kleinbetriebe mit weniger als fünfzig MitarbeiterInnen. Dieser Abstand ist im letzten Jahrzehnt leicht zurückgegangen. Wie bereits im Zusammenhang mit den Krankheitsquoten 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.

2 Präsentismus und Absentismus

Die Entwicklung, Verteilung und Ursachenstruktur der Krankenstände liefern wichtige Hinweise zur gesundheitlichen Dimension der Arbeitswelt und sind relevante gesundheitspolitische Zielgrößen. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass die statistisch erfassten Krankenstandszahlen das tatsächliche Krankheitsgeschehen der Beschäftigten nicht vollständig bzw. nicht immer korrekt widerspiegeln. Aus den Statistiken ist nicht erkennbar, wenn Beschäftigte trotz einer Erkrankung in der Arbeit sind, d. h., wenn sie sich statt für einen Krankenstand für Präsentismus entscheiden. Umgekehrt gibt es auch Absentismus, d. h. Fälle, in denen ArbeitnehmerInnen Krankenstand in Anspruch nehmen, ohne dass Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Obwohl Präsentismus und Absentismus in mehrfacher Hinsicht bedeutsam sind, kann die Statistik der Krankenstände nicht oder bestenfalls nur indirekt darüber Aufschluss geben.

Das Ziel des vorliegenden Kapitels ist es, diese beiden Phänomene zu beleuchten, ihre Ursachen- und Wirkungszusammenhänge aufzuzeigen und zu untersuchen, wie stark sie in Österreich verbreitet sind. Im ersten Abschnitt dieses Kapitels werden die wichtigsten Erklärungsansätze und Bestimmungsfaktoren präsentiert, die aus der bisherigen Forschung zu Präsentismus und Absentismus vorliegen. Nach einem kurzen Überblick der Auswirkungen und Kosten der beiden Phänomene werden in den folgenden Abschnitten Daten zur Häufigkeit und Verteilung von Absentismus und Präsentismus aufbereitet und beschrieben. Diese Informationen stammen zum Teil aus bereits verfügbaren Erhebungen, zum Teil aus eigens für diesen Bericht erstellten Auswertungen und Analysen. Der abschließende Abschnitt des Kapitels zeigt Handlungsfelder zur Vermeidung von Präsentismus und Absentismus auf und diskutiert einige konkrete Ansatzpunkte.

Textkasten 2.1: Wie definieren wir Absentismus und Präsentismus?

Absentismus ist ein Begriff, der sich aus dem lateinischen Wort "absentia" für "Abwesenheit" ableitet. In der Arbeitswelt ist mit Absentismus allgemein eine missbräuchliche Abwesenheit von der Arbeit gemeint. Im vorliegenden Bericht wird auf jene Fälle Bezug genommen, in denen eine vorgetäuschte Erkrankung bzw. eine ungerechtfertigte Krankmeldung als Begründung der Abwesenheit dient. Es handelt sich somit um Fehlzeiten, die als gesundheitlich bedingt vorgetäuscht werden, aber in Wahrheit andere Ursachen haben. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang auch von "motivational bedingten" Fehlzeiten gesprochen (siehe z. B. *Schmohl, 2003, Wenderlein, 2002*). Die Absicht, dem Arbeitsplatz fernzubleiben, kann auch darin Ausdruck finden, dass Krankheitssymptome übertrieben werden und dadurch ein Krankenstand über Gebühr verlängert wird.

Im Hinblick auf Präsentismus sind in der wissenschaftlichen Literatur zwei unterschiedliche Definitionen und Forschungsstränge verortbar (*Steinke – Badura, 2011: 16ff.*). Präsentismus wird einerseits als das Verhalten von MitarbeiterInnen bezeichnet, trotz Krankheit bzw. Vorliegen von Krankheitssymptomen am Arbeitsplatz zu erscheinen. Vor allem in der amerikanischen Literatur ist damit andererseits der Produktivitätsverlust gemeint, der dadurch entsteht, dass Arbeitskräfte mit einer gesundheitlichen Einschränkung (einschließlich chronischer Erkrankun-

gen) ihrer Arbeit nachgehen. Hier und in der Folge wird auf den ersten der beiden Definitions- bzw. Forschungsstränge Bezug genommen.

Diese Versuche einer definitorischen Abgrenzung dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass Präsentismus und Absentismus eine subjektive Komponente aufweisen und ihre Messung mit Unschärfen konfrontiert ist. Wie in Abschnitt 2.2 und Abschnitt 2.3 gezeigt wird, stützt sich unser Wissen über die Verbreitung dieser Verhaltensweisen auf Selbsteinschätzungen, die mittels Befragungen erhoben werden. Die genaue Wortwahl der Fragestellung kann dabei ebenso einen Einfluss auf das Antwortverhalten haben wie subjektiv unterschiedliche Einstellungen zu Fehlzeiten und die Tatsache, dass die Befragten, insbesondere in Bezug auf Absentismus, ihre Antworten an sozial erwünschtes Verhalten anpassen.

2.1 Erklärungsansätze und Bestimmungsfaktoren

Sowohl für den Präsentismus als auch für den Absentismus liegen aus der einschlägigen Literatur unterschiedliche theoretische Erklärungsmodelle sowie empirische Untersuchungen vor. Präsentismus weist in Bezug auf seine Ursachen eine starke Überschneidung mit dem Krankenstandsgeschehen auf. Zwar stellen Präsentismus und Krankenstand alternative, sich gegenseitig ausschließende Zustände dar. Beide hängen aber letztendlich vom Gesundheitszustand der Beschäftigten ab und haben zum Teil gemeinsame Bestimmungsfaktoren⁵³). In empirischen Studien sind die Krankenstands- und Präsentismustage der Beschäftigten positiv korreliert: Personen, die oft im Krankenstand sind, gehen auch überdurchschnittlich oft krank in die Arbeit (Aronsson – Gustafsson, 2005, Hansen – Andersen, 2008). Die Anzahl an Präsentismustagen hängt somit im Durchschnitt stärker vom Gesundheitszustand der Beschäftigten ab, als von ihrer Neigung im Falle einer Erkrankung arbeiten zu gehen.

In diesem Sinn kann zwischen Faktoren unterschieden werden, die sich auf die Gesundheit und den Eintritt eines "gesundheitlichen Ereignisses" auswirken und somit gleichermaßen Krankenstand und Präsentismus bestimmen, und Faktoren, die bei Vorliegen eines gesundheitlichen Ereignisses die Entscheidung für oder wider eine Krankmeldung prägen (Abbildung 2.1)⁵⁴). Im vorliegenden Abschnitt liegt der Fokus auf der Präsentismusneigung, d. h. auf der zweiten, enger definierten Gruppe von Bestimmungsfaktoren des Präsentismus als Alternative zum Krankenstand⁵⁵).

Absentismus ist kein gesundheitliches Phänomen und hat somit naturgemäß eine andere Ursachenstruktur als Präsentismus (und Krankenstand). Eine Gemeinsamkeit besteht dahinge-

⁵³) Zu berücksichtigen ist selbstverständlich, dass nur für eine Teilmenge der gesundheitlichen Ereignisse auch eine reale Option zum Präsentismus besteht.

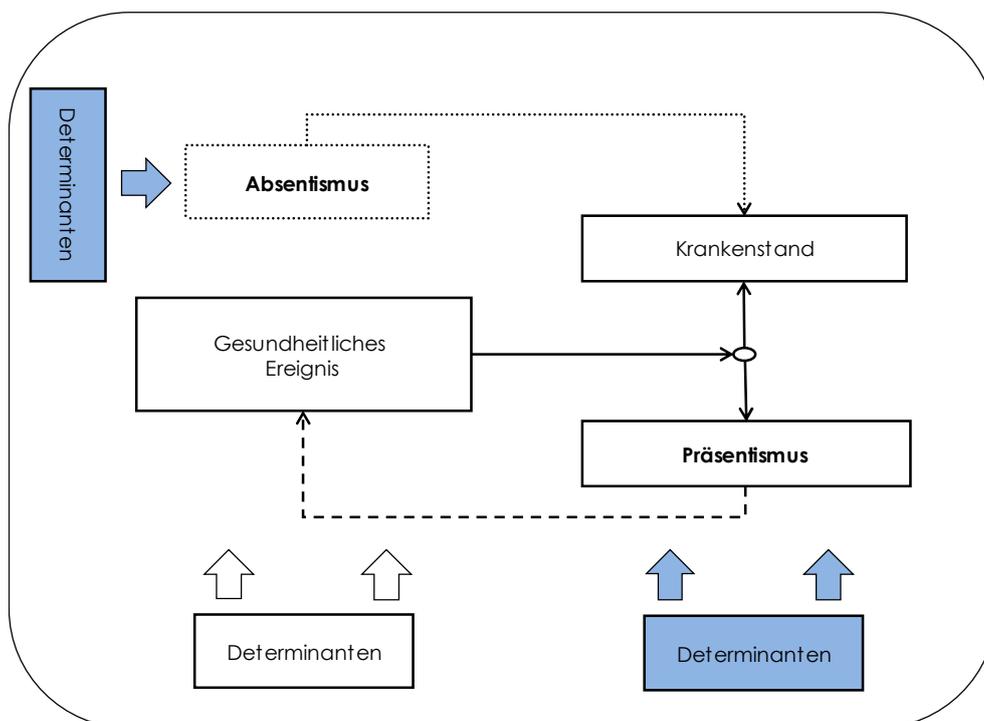
⁵⁴) Präsentismus kann seinerseits gesundheitliche Folgen haben und somit zumindest potentiell zu den Bestimmungsfaktoren der Gesundheit und zukünftiger Krankenstände sein. Das wird in der modellhaften Darstellung in Abbildung 2.1 durch die Rückkopplung von Präsentismus auf das Eintreten von gesundheitlichen Ereignissen festgehalten.

⁵⁵) Einige der Faktoren, die sich auf die Eintrittswahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Ereignissen auswirken, beeinflussen allerdings gleichzeitig auch die Entscheidung zwischen Krankenstand und Präsentismus. Aronsson – Gustafsson (2005) sprechen diesbezüglich von "double risk factors", also von Risikofaktoren, die sowohl gesundheitliche Auswirkungen haben als auch die Präsentismusneigung mitbestimmen.

hend, dass sowohl für Absentismus als auch für Präsentismus neben persönlichen Eigenschaften (Alter, Persönlichkeitsmerkmale usw.) auch arbeits- und organisationsbezogene Faktoren (Arbeitsbedingungen, Unternehmenskultur usw.) sowie strukturelle Faktoren (Arbeitsplatzsicherheit, Konjunkturzyklus usw.) bestimmend sind. In einigen Fällen, beispielsweise in Bezug auf die Arbeitsplatzsicherheit oder auf persönliche Einflussfaktoren wie Pflichtbewusstsein und Loyalität, ist von einer spiegelbildlichen Wirkung auf Präsentismus und Absentismus auszugehen.

Die nachfolgenden Abschnitte können zwar keine ausschöpfende Beschreibung der Vielzahl der Einflussfaktoren geben, die zudem sehr stark wechselseitig miteinander verknüpft sind (Steinke – Badura, 2011). Sie sollen aber eine Übersicht der wichtigsten Erkenntnisse und Wirkungszusammenhänge verschaffen, die aus der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Präsentismus und Absentismus hervorgehen.

Abbildung 2.1: Krankenstand, Präsentismus und Absentismus – ein Modell



Q: Adaptiert aus Leoni (2015).

2.1.1 Individuelle Bestimmungsgründe von Präsentismus

In der wissenschaftlichen Literatur zum Präsentismus liegen einige gut belegte Ergebnisse zur Rolle von persönlichen Merkmalen und psychologischen Faktoren vor. Menschen, denen es schwerfällt, angesichts beruflicher Anforderungen nein zu sagen und sich bzw. der eigenen Verausgabungsbereitschaft am Arbeitsplatz Grenzen zu setzen, tendieren zu Präsentismus (Aronsson – Gustafsson, 2005, Hansen – Andersen, 2008). Diese persönlichen Eigenschaften

werden in der Literatur als "individual boundarylessness" und "over-commitment" bezeichnet. Darüber hinaus wird in der Psychologie mit dem "approach"-Ansatz die persönliche Einstellung einiger Beschäftigter beschrieben, trotz Erkrankung weiterhin leistungsfähig sein und berufliche Probleme meistern zu wollen (Lu et al., 2013). Loyalität und Pflichtgefühl gegenüber dem Arbeitgeber, den KollegInnen oder den KundInnen, PatientInnen usw. können dabei eine zentrale Rolle spielen. Auch die allgemeine persönliche Einstellung zum Arbeitsethos und zu Fehlzeiten zeigen einen Einfluss auf das Krankenstandsverhalten. Erwartungsgemäß haben Personen mit einem restriktiven Verständnis von Fehlzeiten eine größere Bereitschaft, trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung am Arbeitsplatz zu erscheinen, als solche, die grundsätzlich rascher bereit sind, das gesundheitsbedingte Fernbleiben vom Arbeitsplatz zu rechtfertigen⁵⁶).

Frauen neigen eher als Männer zu Präsentismus. Unabhängig vom Geschlecht sind Schwierigkeiten bei der Abgrenzung und übermäßige Verausgabungsbereitschaft wichtige Präsentismusdeterminanten.

Die meisten Erhebungen und Studien zeigen auch dahingehend Übereinstimmung, dass Frauen eine stärkere Neigung als Männer haben, trotz Krankheit am Arbeitsplatz zu sein. Das geht aus Untersuchungen für Deutschland, Dänemark und Finnland hervor (Steinke – Badura, 2011, Schmidt – Schröder, 2010, Hansen – Andersen, 2008, Böckerman – Laukkanen, 2010A). Mit diesen übereinstimmend stellt auch Gerich (2014) anhand von Befragungsdaten von Beschäftigten in Oberösterreich fest, dass Frauen trotz Eintretens eines gesundheitlichen Ereignisses öfter als Männer in die Arbeit gehen. Darüber hinaus gibt es auch Hinweise für eine Auswirkung der familiären Umstände auf den Präsentismus. In Situationen, in denen Unzufriedenheit mit dem Familienleben vorliegt oder das Haushaltsumfeld anstrengender als das Arbeitsumfeld empfunden wird, steigt die Präsentismusneigung (Hansen – Andersen, 2008, Ma et al., 2018). Gerich (2014) findet zudem, dass Betreuungsverpflichtungen die Wahrscheinlichkeit von Präsentismus erhöhen.

Die Rolle des Alters als mitbestimmender Faktor ist weniger klar, aus den unterschiedlichen Studien gehen keine eindeutigen Muster im Zusammenhang zwischen Alter und der Präsentismusneigung hervor. Auch das Qualifikationsniveau und der berufliche Status zählen zu den Merkmalen, die wiederholt in Bezug auf Präsentismus untersucht wurden, ohne als eigenständige Erklärungsfaktoren bestätigt werden zu können. Zwar weisen bivariate Darstellungen eine positive Korrelation zwischen höherer Qualifikation bzw. höherer beruflicher Position und Präsentismus aus. In multivariaten Analysen, in denen gleichzeitig andere personen- und arbeitsplatzbezogene Merkmale berücksichtigt werden, finden sich dagegen keine signifikanten Effekte von Bildung, Qualifikationsniveau und beruflicher Stellung auf die Präsentismusneigung (Gerich, 2014, Aronsson – Gustafsson, 2005, Hansen – Andersen, 2008). Im Allgemeinen dürften die bereits angesprochenen arbeits- und organisationsbedingten Merkmale das

⁵⁶) Siehe z. B. Hansen – Andersen (2008), wo die persönliche Einstellung zum Krankenstand über eine Reihe von Frauen ermittelt wurde, in denen anhand beispielhafter Situationen erhoben wurde, in welchen Fällen die Befragten eine Abwesenheit vom Arbeitsplatz als gerechtfertigt ansehen.

Verhalten der Beschäftigten bei Vorliegen eines gesundheitlichen Ereignisses stärker bestimmen als ihre Qualifikation und berufliche Stellung.

2.1.2 Tätigkeits- und organisationsbezogene Ursachen

Tätigkeits- und organisationsbezogene Faktoren haben einen starken Einfluss auf die Entscheidung, ob Beschäftigte im Krankheitsfall zu Hause bleiben oder doch arbeiten. Eine wichtige Rolle kommt der Form der Arbeitsorganisation, d. h. der Frage zu, inwiefern Arbeitskräfte alleine oder in Teams arbeiten und inwiefern die betroffene Arbeitskraft im Abwesenheitsfall ersetzt werden kann. Forschungsergebnisse zeigen, dass Beschäftigte eher zu Präsentismus neigen, wenn ihre Arbeit im Abwesenheitsfall unerledigt bleibt oder keine Vertretung diese erledigen kann (Aronsson – Gustafsson, 2005). Das kann sowohl bei Personalknappheit als auch bei hoher Arbeitsspezialisierung oder fehlender Einschulung von KollegInnen der Fall sein. Umgekehrt kann aber auch eine Arbeitsorganisation in Teams, vor allem wenn es sich um selbstverwaltete Einheiten handelt, aufgrund des stärkeren Pflichtgefühls gegenüber den KollegInnen zu erhöhtem Präsentismus führen (Johns, 2010). Sowohl in Deutschland (Steinke – Badura, 2011) als auch in Österreich (siehe Abschnitt 0) geben die Beschäftigten in Umfragen mehrheitlich an, dass sie aus Pflichtgefühl gegenüber den KollegInnen krank arbeiten und weil sonst ihre Arbeit unerledigt bleibt.

Unterschiedliche Arbeitszeitmodelle können eine starke Auswirkung auf Präsentismus haben. Bei größerem Handlungsspielraum sinkt die Wahrscheinlichkeit, krank in die Arbeit zu gehen.

Die Gestaltung von Arbeitszeiten bzw. Arbeitszeitsystemen hat ebenfalls einen Einfluss auf das Verhalten, trotz einer Erkrankung zu arbeiten. Böckerman – Laukkanen (2010A) kommen in einer Untersuchung für Finnland zu dem Schluss, dass eine Vollzeittätigkeit, überlange Arbeitszeiten und eine fehlende Übereinstimmung zwischen erwünschter und tatsächlicher Arbeitszeit die Wahrscheinlichkeit erhöhen, trotz Erkrankung zur Arbeit zu erscheinen. In einer weiteren, an die soeben zitierte Studie anknüpfenden Untersuchung stellen Böckerman – Laukkanen (2010B) fest, dass die Übereinstimmung zwischen erwünschter und tatsächlicher Arbeitszeit nur bei Personen mit einem schlechten Gesundheitszustand den Präsentismus beeinflusst. Grundsätzlich geht aus diesen Untersuchungen hervor, dass unterschiedliche Arbeitszeitmodelle einen stärkeren Einfluss auf Präsentismus als auf den Krankenstand haben. Es liegt die Vermutung nahe, dass es nicht nur die langen Arbeitszeiten per se sind, die zu Präsentismus führen, sondern auch die damit einhergehende hohe Arbeitslast bzw. der Leistungsdruck (Steinke – Badura, 2011).

Die Unternehmenskultur⁵⁷⁾ und insbesondere die Qualität der Führung können sich mit unterschiedlichem Vorzeichen auf Präsentismus auswirken. Positive Effekte, im Sinne einer reduzier-

⁵⁷⁾ Mit Unternehmens- bzw. Organisationskultur können wir die Summe aus gemeinsam geteilten, oft unausgesprochenen Grundprämissen bezeichnen, die von einer Gruppe bei der Bewältigung ihrer Probleme erlernt wurden, sich bewährt haben, als bindend gelten und daher an neue Mitglieder weitergegeben werden (Schein, 1995).

ten Präsentismusneigung, können sich ergeben, wenn die Beziehung zwischen Führungskraft und MitarbeiterIn durch Respekt, Vertrauen und Unterstützung gekennzeichnet ist (*Ferreira et al.*, 2015). In diesen Fällen besteht im Arbeitsverhältnis ein hohes Sicherheitsgefühl und ein Fokus auf Ergebnisse, weshalb die reine Anwesenheit am Arbeitsplatz als Gradmesser von Einsatz an Bedeutung verliert und der Rechtfertigungsdruck für Fehlzeiten sinkt. Führungskräfte und die Unternehmenskultur können aber auch den Präsentismus fördern und eine entsprechende "Präsentismuskultur" ("presenteeism climate") schaffen, beispielsweise durch starke Fokussierung auf die geleisteten Arbeitsstunden als Leistungsparameter, durch Misstrauen gegenüber den Fehlzeiten der MitarbeiterInnen oder durch hohe Arbeitsanforderungen gekoppelt mit mangelnder Unterstützung (*Ferreira et al.*, 2015, *Ma et al.*, 2018).

Eine weitere Determinante des Präsentismus, die durch die Organisation und Gestaltung des Arbeitsprozesses geprägt wird, betrifft den Anpassungsspielraum ("adjustment latitude") der Beschäftigten. Grundsätzlich verzeichnen MitarbeiterInnen mit einem hohen Anpassungsspielraum, d. h. solche, die im Krankheitsfall ihre Arbeitsbelastung, -zeiten oder -aufgaben anpassen können, weniger Krankenstands- und Präsentismustage (siehe z. B. *Hultin et al.*, 2010). Das ist darauf zurückzuführen, dass Handlungsspielräume am Arbeitsplatz einen positiven Gesundheitsfaktor darstellen und die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Ereignissen verringern. Anders gestaltet sich die Frage, inwiefern der Anpassungsspielraum bei Vorliegen eines gesundheitlichen Ereignisses die Entscheidung beeinflusst, eher arbeiten oder eher in den Krankenstand zu gehen. Das unter anderem von *Johansson – Lundberg* (2004) vorgeschlagene Krankheits-Flexibilitäts-Modell lässt erwarten, dass Arbeitskräfte mit hohem Anpassungsspielraum im Krankheitsfall ihre Arbeitsleistung reduzieren können (z. B. durch verkürzte Arbeitszeit, langsameren Arbeitsrhythmus) und deshalb eher geneigt sein sollten, auch gesundheitlich beeinträchtigt in die Arbeit zu gehen. Die empirische Evidenz ist allerdings bisher schwach. Im Krankheitsfall ist ein hoher Anpassungsspielraum nämlich tendenziell mit einer höheren Krankenstandswahrscheinlichkeit bzw. mit einer niedrigeren Wahrscheinlichkeit assoziiert, krank zu arbeiten (*Gerich*, 2014). Ein hoher Anpassungsspielraum der Beschäftigten führt daher eher dazu, bei Erkrankung die Arbeit so umzuverteilen, dass ein Fernbleiben vom Arbeitsplatz leichter "verkräftbar" ist als in jenen Fällen, wo dieser Spielraum nicht gegeben ist (*Johns*, 2010).

Ein geringer Anpassungsspielraum zählt zu den bereits angesprochenen "double risk factors", also Faktoren, die gleichzeitig sowohl negative gesundheitliche Auswirkungen haben als auch den Präsentismus erhöhen können. Zu diesen Faktoren zählen unter anderem Zeitdruck, Arbeitsplatzunsicherheit und Persönlichkeitsmerkmale wie eine überhöhte Verausgabungsbereitschaft. Es kann in diesen Fällen von einem direkten Effekt auf die Präsentismusentscheidung und einem indirekten Effekt, der mittelbar über die Gesundheit und die Eintrittswahrscheinlichkeit eines gesundheitlichen Ereignisses zum Tragen kommt, gesprochen werden.

2.1.3 Die Rolle der Arbeitsplatzunsicherheit

Pflichtgefühl und Sorge um die Arbeit, die sonst unerledigt bleibt, sind zwar laut Selbstausskunft der Betroffenen die am stärksten verbreiteten Begründungen für Präsentismus. Für einen Teil der Beschäftigten stehen aber die Angst um den eigenen Arbeitsplatz oder um sonstige negative berufliche Folgen bei der Präsentismusentscheidung im Vordergrund. Die Vermeidung von negativen Konsequenzen (im Fachjargon "avoidance") wird in der Motivforschung mit Persönlichkeitsmerkmalen in Verbindung gebracht, sie wird aber auch stark von der Situation am Arbeitsplatz und vom weiteren Umfeld bestimmt (Lu et al., 2013, Ma et al., 2018). Indirekte Hinweise in dieser Richtung kommen auch aus Studien, die einen Zusammenhang zwischen der Präsentismusneigung und der Einkommenssituation feststellen (Aronsson – Gustafsson, 2005, Gerich, 2014). Personen, die mit ihrer Einkommenslage unzufrieden sind oder finanzielle Schwierigkeiten haben, tendieren demnach (nach Berücksichtigung von anderen Faktoren wie Qualifikation und Alter) stärker zu Präsentismus als Personen mit einer guten Einkommenssituation. Menschen mit niedrigem Einkommen dürften besonders empfindlich für das Risiko einer Einkommenseinbuße sein, die sich einerseits aus einem Jobverlust, andererseits durch Einkommensminderung bei Krankenstand ergeben könnte (z. B. wenn kein Entgeltfortzahlungsanspruch, sondern nur noch Krankengeldanspruch vorliegt).

Arbeitsplatzunsicherheit bzw. die Wahrnehmung von Arbeitsplatzunsicherheit hängt einerseits von der konkreten beruflichen Lage der einzelnen Beschäftigten und ihrer vertraglichen Situation ab, andererseits wird sie von gesamtwirtschaftlichen Entwicklungen und vom Konjunkturzyklus beeinflusst. Aufgrund der Suchkosten und der Unsicherheiten, die mit einem Jobwechsel assoziiert sind, ist bei steigender Arbeitslosigkeit bzw. im Falle eines Konjunkturabschwungs eine erhöhte Präsentismusneigung zu erwarten. Zum Zusammenhang zwischen Konjunkturzyklus und Präsentismus – und insbesondere zur Präsentismusneigung – liegen jedoch kaum empirische Befunde vor. Demgegenüber zeigt Pichler (2015) anhand von deutschen Krankenkassendaten, dass insbesondere Infektionskrankheiten ein ausgeprägtes prozyklisches Muster (d. h. eine Zunahme im Konjunkturaufschwung) aufweisen. Die Erklärung für dieses Ergebnis besteht laut dem Autor darin, dass aufgrund der erhöhten Arbeitsbelastung im Konjunkturaufschwung die Beschäftigten einen erhöhten Präsentismus verzeichnen und daher ansteckende Krankheiten stärker bzw. schneller Verbreitung im Unternehmen finden⁵⁸). Es besteht demnach ein Spannungsfeld zwischen der Arbeitsplatzunsicherheit (die im Konjunkturaufschwung abnimmt und den Präsentismus dämpfen sollte) und dem im Aufschwung verstärkten Bestreben aufgrund der hohen Auslastung Krankenstände zu vermeiden (das den Präsentismus erhöhen dürfte). Die Frage, ob und inwieweit die Präsentismusneigung ein zyklisches Muster aufweist, muss demzufolge empirisch geklärt werden.

⁵⁸) Das bedeutet nicht zwangsläufig, dass im Aufschwung auch die Präsentismusneigung steigt. In der Literatur ist wiederholt dokumentiert worden, dass die Krankenstände ein pro-zyklisches Muster haben (d. h., dass im Aufschwung bei sinkender Arbeitslosigkeit die Krankenstandsquote steigt, siehe z. B. Pfeifer, 2013). Der Anstieg des Präsentismus könnte demnach auch darauf zurückzuführen sein, dass aufgrund von Selektionseffekten (mehr Beschäftigte mit schlechterem Gesundheitszustand) und Beanspruchungseffekten (mehr Arbeitsstunden, mehr Belastungen) im Aufschwung die Zahl der gesundheitlichen Ereignisse zunimmt.

Während Arbeitsplatzunsicherheit die Bereitschaft zu Präsentismus erhöht, ist von einem gegenteiligen Effekt auf Absentismus auszugehen. Direkte empirische Evidenz dazu ist aber in der Fachliteratur schwer zu finden. Grundsätzlich zeigen Untersuchungen, dass Arbeitsplatzsicherheit die Fehlzeiten erhöht. *Riphahn – Thalmaier (2001)* sowie *Ichino – Riphahn (2005)* untersuchten beispielsweise anhand von deutschen bzw. italienischen Daten das Verhalten von ArbeitnehmerInnen während beruflicher Probezeiten und konnten einen Anstieg der Krankenstandstage bei Übertritt in das stabile Beschäftigungsverhältnis beobachten. Aus diesen Untersuchungen geht allerdings nicht hervor, inwiefern der Unterschied in den Fehlzeiten auf erhöhten Absentismus nach Ende der Probezeit oder auf eine höhere Anzahl an Präsentismustagen während der Probezeit zurückzuführen ist.

2.1.4 Absentismus als Ausdruck der individuellen Nutzenmaximierung

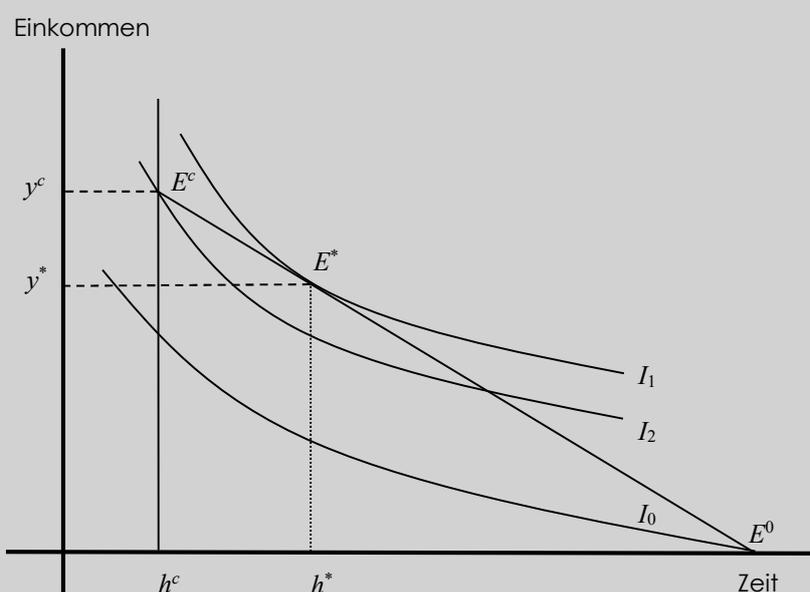
Das Wissen um den gesundheitlichen Zustand einer Person und somit ihrer Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit ist mit Informationsasymmetrien behaftet. Beschäftigte sind besser als ihre Arbeitgeber über ihren Gesundheitszustand informiert und in einigen Fällen – beispielsweise, wenn es um Erkrankungen wie Darmgrippen, Migränen oder Rückenschmerzen geht – auch als ihre ÄrztInnen. Aus dieser Informationsasymmetrie kann ein Anreiz entstehen, den Krankenstand unsachgemäß oder missbräuchlich zu nutzen ("moral hazard"). Aus Sicht der ökonomischen Theorie kann Absentismus im Rahmen des neoklassischen Arbeit-Freizeit-Modells verstanden werden (*Allen, 1981, Brown – Sessions, 1996*). In diesem Modell (siehe Textkasten 2.2) wählt eine Person jene Aufteilung der verfügbaren Zeit zwischen Arbeit und "Freizeit", die ihr den größtmöglichen Nutzen bringt. Damit wird der für das Arbeitsverhältnis bestimmende Austausch Entgelt gegen Arbeitsleistung durchbrochen, ohne dass eine Rechtfertigung etwa durch Urlaub oder anerkannte Dienstverhinderung vorliegt.

Die Entscheidung, Fehlzeiten zu verzeichnen, erfolgt aus Sicht der Beschäftigten implizit auf Basis einer Kosten-Nutzen-Kalkulation. Auf der Nutzenseite steht der Mehrwert durch zusätzliche "Freizeit" – im Falle von Entgeltfortzahlung bei Beibehaltung des gleichen Einkommens. Wobei bei einem vorgetäuschten Krankenstand aufgrund der Einschränkungen durch mögliche Kontrollen der Freizeitwert niedriger ausfällt, als beispielsweise bei einem rechtmäßigen Urlaubstag. Auf der Kostenseite finden sich die potentiellen Nachteile, die aus der (ungerechtfertigten) Abwesenheit vom Arbeitsplatz bzw. aus dem Verdacht einer solchen entstehen können. Im Falle einer vorgetäuschten Erkrankung können das Sanktionen bis hin zur Kündigung sein. Doch auch bei einem rechtmäßigen Krankenstand entstehen nicht nur für den Betrieb negative Folgen, sondern potentiell auch für die betroffene Person. Krankenstände können im Hinblick auf die Produktivität und Leistungsfähigkeit eine negative Signalwirkung haben, sie können unter Umständen die Karrierechancen (Gehaltserhöhungen, Beförderungen) schmälern, die Beziehungen zu den KollegInnen negativ beeinflussen oder einfach dazu führen, dass sich die Arbeit aufstaut und somit nach der Rückkehr am Arbeitsplatz ein erhöhtes Arbeitspensum zu bewältigen ist.

Textkasten 2.2: Das neoklassische Arbeit-Freizeit-Modell

In der modellhaften Darstellung ist die dem Individuum zur Verfügung stehende Zeit auf der horizontalen Achse abgebildet. Je weiter wir uns auf dieser Achse von links nach rechts bewegen, desto weniger Zeit widmet die Person der Arbeit und erhöht dabei in gleichem Ausmaß die Freizeit. Bei freier Zeiteinteilung würde die Person als optimale Arbeitszeit den Punkt h^* wählen, der jenem Arbeitspensum entspricht, bei dem das Gleichgewicht E^* erreicht wird. Das ist der Punkt, an dem die Indifferenzkurve⁵⁹⁾ I_1 die Budgetgerade (die von rechts nach links steigt, weil mit jeder zusätzlich gearbeiteten Stunde das Einkommen steigt) tangiert und somit die Präferenz für Freizeit optimal mit der Präferenz für Einkommen in Einklang ist.

Das neoklassische Arbeit-Freizeit-Modell



Q: Adaptiert aus *Brown – Sessions* (1996).

Die Zahl der Arbeitsstunden ist im Normalfall jedoch vertraglich fixiert (z. B. 40 Wochenstunden) und nicht frei wählbar, weshalb es zu Diskrepanzen zwischen der individuell erwünschten und der vertraglich festgelegten Arbeitszeit kommen kann. In der Darstellung ist die vertraglich vorgegebene Arbeitszeit beispielhaft mit h^c angenommen und ist somit höher als h^* . Diese längere Arbeitszeit führt das Individuum zum Gleichgewichtspunkt E^c , der dem Nutzen einer niedrigeren Indifferenzkurve (I_2) entspricht und weniger Nutzen stiftet als Punkt E^* auf der höher gelegenen Indifferenzkurve I_1 . Die Person entscheidet sich dennoch dafür, das Arbeitsverhältnis einzugehen, weil der Nutzen viel höher als ohne Arbeit ist (Punkt E^0). Der Unterschied zwischen der individuell gewünschten und der vertraglich vorgegebenen Arbeitszeit stellt einen Anreiz dar, die tatsächliche Arbeitszeit durch Fehlzeiten zu reduzieren.

⁵⁹⁾ Die Indifferenzkurve drückt aus, wie hoch der individuelle Nutzen aus bestimmten Kombinationen von Arbeit (bzw. Einkommen) und Freizeit ist. Je höher sie liegt, umso höher ist der Nutzen.

Das individuelle Kosten-Nutzen-Kalkül von Absentismus wird nicht nur von arbeits- und situationsbezogenen Parametern geleitet, sondern – genauso wie die Präsentismusentscheidung (siehe Abschnitt 2.1.1) – auch von persönlichen Einstellungen und psychologischen Faktoren. Zahlreiche Studien stellen einen Zusammenhang zwischen bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen und Fehlzeiten bzw. allgemein schädigendem Verhalten in der Arbeit ("counterproductive work behaviour") fest. Demnach neigen unter anderem Personen mit geringer Gewissenhaftigkeit ("conscientiousness"), mit einer negativen Affektivität bzw. mit Neurotizismus ("negative affectivity" bzw. "neuroticism" als Ausdruck für Gefühle der Ablehnung, Feindseligkeit, Gereiztheit und Angst) und mit einer niedrigen interpersonellen Verträglichkeit ("agreeableness" als Ausdruck von Altruismus und Kooperationswillen) zu schädigendem Verhalten, insbesondere wenn am Arbeitsplatz Konflikte oder andere Belastungen auftreten (Mount et al., 2006, Bowling – Eschleman, 2010, Störmer – Fahr, 2013). In der Psychologie hat sich die Sichtweise durchgesetzt, dass kontraproduktives Verhalten, zu dem wir Absentismus zählen können, am besten als Funktion von "Person und Situation", d. h. aus dem Zusammenspiel von Persönlichkeitsmerkmalen und Bedingungen wie Merkmale der Arbeit und Organisationskultur, erklärt werden kann (Nerdinger, 2008).

Wenn der Wert von Freizeit steigt, erhöht sich (alles andere gleichbleibend) für die Person der Anreiz, dem Arbeitsplatz fern zu bleiben. Bezeichnenderweise wurden im Arbeitsrecht und in den Arbeitsbeziehungen für bestimmte Ereignisse, die eine starke Anhebung des "Freizeitwerts" nach sich ziehen (wie z. B. Wochenenden, religiöse oder andere Feiertage, familiäre Ereignisse wie Geburten, Trauungen und Todesfälle) institutionelle Regelungen getroffen. In anderen Fällen bleibt die potentielle Diskrepanz und somit das Spannungsfeld zwischen Anwesenheit am Arbeitsplatz und Abwesenheit vom Arbeitsplatz erhalten. Fenstertage stellen ein solches Beispiel dar, weil sie die Möglichkeit eines Kurzurlaubs bzw. einer mehrtägigen, zusammenhängenden Abwesenheit vom Arbeitsplatz in Aussicht stellen. Die Frage, inwiefern an Fenstertagen tatsächlich ein erhöhtes Krankendandaufkommen beobachtet werden kann, wird in Abschnitt 2.4.2 anhand eines umfangreichen Datensatzes für Oberösterreich untersucht.

In einer ökonomischen Betrachtung resultiert Absentismus aus einem Kosten-Nutzen Kalkül der Beschäftigten in Bezug auf Arbeit und Freizeit, bei erhöhtem Nutzen der Freizeit steigen auch die Fehlzeiten.

Aus internationalen Studien liegen einige Erkenntnisse zur Häufung von Absentismus anlässlich von Ereignissen mit einem erhöhten Freizeitwert vor. In einer Untersuchung für Schweden findet Thoursie (2004), dass sportliche Großereignisse zu einem erhöhten Krankenstand führen können. Während der Olympischen Winterspiele in Calgary 1988 erhöhte sich die Krankenstandsquote beschäftigter Männer um einen halben Prozentpunkt und die Zahl ihrer Krankentage um etwa 7%. Dieser Effekt ging allerdings ausschließlich auf einen Anstieg bei den 20- bis 44-jährigen Männern zurück, Frauen und ältere Männer zeigten keine Auffälligkeiten in ihrem Krankenstandsverhalten. In einer ähnlichen Studie untersuchte der Autor die Kranken-

stände der schwedischen Beschäftigten rund um ihren Geburtstag. Auch in diesem Fall konnte bei jüngeren Männer (16 bis 35 Jahre) ein leichter Anstieg der Fehlzeiten beobachtet werden, der als Hinweis auf Absentismus interpretiert werden kann, während dies bei Frauen und Älteren nicht vorkam (Thoursie, 2007). In einer Studie für Kanada widmen sich Shi – Skuterud (2015) dem Zusammenhang zwischen Krankenstand und Wetter. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass bei Schönwetter die kurzen Krankenstände geringfügig steigen. Da gutes Wetter den "Wert" von Freizeit erhöht, kann auch dieses Ergebnis als Beleg für Absentismus gewertet werden.

2.1.5 Die organisationstheoretische Sicht auf Absentismus

Erkenntnisse aus der Organisationstheorie und der Arbeitspsychologie ergänzen diese Sichtweise durch die Analyse weiterer Faktoren, die Beschäftigte dazu veranlassen können, ungerne dem Arbeitsplatz fern zu bleiben. Ulich – Wülser (2018) weisen darauf hin, dass längerfristige Gratifikationskrisen, d. h. Ungleichgewichte zwischen Verausgabung und Wertschätzung, zu einer Verminderung des Arbeitseinsatzes in Form von Leistungszurückhaltung oder "Flucht aus dem Feld" durch Fehlzeiten führen können. Hinweise für einen solchen Effekt finden sich beispielweise in einer Untersuchung der Kurzkrankenstände von Krankenpflegerinnen in den Niederlanden (Schreuder et al., 2010). Die Studie zeigt, dass nicht nur der allgemeine Gesundheitszustand, sondern auch Faktoren wie das Ausmaß der Unterstützung durch das Arbeitsumfeld und die Wertschätzung durch Vorgesetzte die Zahl der Kurzkrankenstände der untersuchten Pflegerinnen bestimmt.

In diesem Zusammenhang ist auch der Begriff der "inneren Kündigung" relevant, der in der Arbeits- und Organisationspsychologie im Unterschied zum rechtlichen Akt der formalen Kündigung einen Zustand der Verweigerung von Einsatz- und Leistungsbereitschaft beschreibt (Faller, 1991, Brinkmann – Stapf, 2005). Hohe Fehlzeiten zählen zusammen mit anderen Verhaltenssymptomen wie mangelndes Engagement am Arbeitsplatz ("Dienst nach Vorschrift") zu den kennzeichnenden Merkmalen einer inneren Kündigung. Dieser Zustand wird allgemein auf Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen zurückgeführt. Nachlassende Loyalität gegenüber dem Unternehmen und ein Rückzugsverhalten sind Ausdruck dafür, dass aus Sicht der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters der "psychologische Arbeitsvertrag"⁶⁰ mit dem Arbeitgeber nicht oder über längere Zeit nicht mehr erfüllt wird. Die innere Kündigung kann demnach als Versuch verstanden werden, sich mit der Arbeitssituation zurechtzufinden und diese "gerechter" zu gestalten (Brinkmann – Stapf, 2005). Aus der Stressforschung ist auch bekannt, dass innere Konflikte und wahrgenommene Unfairness oder fehlende Unterstützung bei den Betroffenen Kontrollverlust, Frustration und Hilflosigkeit auslösen können. Die innere Kündigung kann in dieser Perspektive als Bewältigungsstrategie interpretiert werden, wobei zusätzliche

⁶⁰ Dem Geben und Nehmen im Verhältnis zwischen Arbeitgeber und MitarbeiterIn liegt ein Geflecht aus gegenseitigen Erwartungen zugrunde. Das Konzept des psychologischen Arbeitsvertrags bezieht sich auf diese gegenseitigen, mehr oder weniger unausgesprochenen Erwartungen, Vorstellungen und Wünsche (Brinkmann – Stapf, 2005).

Fehlzeiten nicht nur motivational bedingt, sondern auch Ausdruck gesundheitlicher Belastung sein können (Faller, 1991, De Boer et al., 2002).

Das Fehlzeitenverhalten der Beschäftigten wird auch von der Unternehmenskultur, von gruppendynamischen Faktoren und von sozialen Normen bestimmt.

Andere Studien betonen die Rolle, die gruppendynamische Faktoren innerhalb von Organisationen und Unternehmen für Krankenstände haben können. Am Arbeitsplatz herrschen – in manchen Fällen explizit, viel öfter implizit – Erwartungen und soziale Normen, die Fehlzeiten betreffen. Je nach Arbeitsumfeld können demnach teils ausgeprägte Unterschiede in Bezug auf das "sozial akzeptierte" Krankenstandsniveau vorherrschen. Unterschiedliche Studien konnten nachweisen, dass sogar innerhalb einer Organisation, beispielsweise zwischen Filialen des gleichen Handelsunternehmens, Gruppennormen einen Einfluss auf die individuellen Krankenstände haben (Mason – Griffin, 2003). Ichino – Maggi (2000) zeigen in einer Analyse der Krankenstände einer landesweit tätigen italienischen Großbank, dass solche Gruppennormen einen Beitrag leisten können, um regionale Unterschiede im Krankenstandsniveau zu erklären. Bradley et al. (2007) untersuchten die Fehlzeiten von australischen Lehrkräften. Anhand des Verhaltens von LehrerInnen, die Schule wechselten, konnten sie eine Anpassung des individuellen Verhaltens an das vorherrschende Fehlzeitenniveau in der entsprechenden Schule nachweisen⁶¹).

Aufschluss zu den komplexen Interaktionen, die am Arbeitsplatz die Krankenstände und den Absentismus beeinflussen können, gibt auch ein groß angelegtes Sozialexperiment, das 1988 in zwei schwedischen Provinzen (Göteborg und Jämtland) durchgeführt wurde. Dabei wurde für die Hälfte der Beschäftigten für ein halbes Jahr der verpflichtende Zeitpunkt für die ärztliche Bescheinigung im Krankenstandsfall von einer Woche auf zwei Wochen angehoben. Die andere Hälfte der Beschäftigten musste nach wie vor spätestens am achten Krankenstandstag eine ärztliche Krankschreibung vorlegen. Das Experiment zeigte nicht nur, dass die Krankenstandsfälle der Versuchsgruppe länger wurden (durchschnittlich um 0,6 Krankenstandstage), sondern auch dass sich der Krankenstand der Beschäftigten in der Kontrollgruppe erhöhte. Der Anstieg in der Kontrollgruppe war zum Teil sogar stärker als in der Versuchsgruppe, und er fiel umso höher aus, je größer der Anteil der Versuchsgruppe am Arbeitsplatz war. Die Beschäftigten in der Kontrollgruppe reagierten somit besonders dann mit erhöhtem Krankenstand, wenn viele ihrer KollegInnen ohne ärztliche Bescheinigung länger im Krankenstand bleiben konnten. Dieser Effekt, der in mehreren Untersuchungen bestätigt werden konnte, scheint in erster Linie auf Fairness- und Gerechtigkeitsüberlegungen zurückzugehen (Hesselius et al., 2009, 2013, Hartman et al., 2013, Johannson et al., 2014). Interessanterweise fanden die ForscherInnen, dass die Erhöhung des Krankenstands in der Versuchsgruppe bei Männern stärker ausfiel als bei Frauen. Die Peer-Group-Effekte in der Kontrollgruppe fielen bei

⁶¹) Den Berechnungen zufolge führten in Volksschulen 12 zusätzliche Krankenstände der KollegInnen im Durchschnitt zu einem zusätzlichen Krankenstandstag bei der neuen Lehrkraft, in den Schulen der sekundären Stufe ergab sich der gleiche Effekt bereits bei acht zusätzlichen Tagen (Bradley et al., 2007).

Frauen und Männern im Schnitt etwa gleich stark aus, wobei Männer vom Verhalten der männlichen Kollegen aus der Versuchsgruppe beeinflusst waren, Frauen von den Kolleginnen.

2.2 Die negativen Auswirkungen von Präsentismus und Absentismus

Präsentismus und Absentismus sind mit einer Reihe von negativen Auswirkungen assoziiert, sowohl für die betroffenen Personen und Unternehmen, als auch in weiterer Folge für das Sozialsystem und die Gesellschaft. Empirische Belege zu diesen Auswirkungen liegen in erster Linie zum Präsentismus vor, insbesondere zur Frage, inwiefern Präsentismus die Gesundheit beeinträchtigen kann. Die verfügbaren Studien zeigen eindeutig auf, dass Präsentismus die weitere gesundheitliche Entwicklung der betroffenen Personen negativ beeinflusst (*Steinke – Badura, 2011, Lu et al., 2013, Skagen – Collins, 2016*). Mehrere Untersuchungen aus dem skandinavischen Raum belegen, dass Personen mit einem erhöhten Präsentismus später mehr Krankenstände und schlechtere subjektive Gesundheitswerte verzeichnen als vergleichbare Personen ohne vorhergehende Präsentismus-Episoden. *Gustafsson – Marklund (2011)* stellen zusätzlich auch negative Effekte von Präsentismus auf die zukünftige Beschäftigungsfähigkeit fest. *Kivimäki et al. (2005)* haben anhand von longitudinalen Daten aus der britischen Whitehall-II-Studie festgestellt, dass Arbeiten bei Erkrankung einen Risikofaktor für das Erleiden eines Herzinfarktes bzw. einer tödlichen koronaren Herzkrankheit darstellt. Sie konnten in ihrer Analyse auf Basis eines breiten Spektrums an objektiven Gesundheitsmerkmalen zwischen Beschäftigten mit und ohne erhöhte gesundheitliche Risikofaktoren unterscheiden.

Die negativen gesundheitlichen Folgen von Präsentismus können sich nicht nur bei den betroffenen Personen niederschlagen, sondern auch in Form von erhöhten Krankenstands- und Gesundheitskosten bei den Unternehmen und im Gesundheits- und Sozialsystem. Das hat zusätzlich damit zu tun, dass Personen, die mit Krankheitssymptomen am Arbeitsplatz erscheinen, auch für ihre Mitmenschen einen gesundheitlichen Risikofaktor darstellen können. Trotz der schwierigen empirischen Nachweisbarkeit geben einige Studien zumindest indirekte Hinweise dafür, dass Präsentismus die Verbreitung von ansteckenden Krankheiten fördert. Zusätzlich zur bereits zitierten Untersuchung zu den infektiösen Erkrankungen in Deutschland (*Pichler, 2015*) ist diesbezüglich eine Studie von *Pichler – Ziebarth (2017)* für die USA erwähnenswert. In den Vereinigten Staaten erhalten viele Beschäftigte im Krankheitsfall keine Entgeltfortzahlung, da es keine allgemein verpflichtende Leistung als Einkommensersatz bei Krankheit gibt. In der Studie wurde die Einführung eines verpflichtenden Krankengeldes für die ersten Krankheitstage untersucht, die in einigen amerikanischen Städten umgesetzt wurde. Diese Maßnahme, die einen dämpfenden Effekt auf Präsentismus gehabt haben dürfte, führte in den gegenüberliegenden Städten zu einer geringeren Intensität von Grippewellen und somit zu positiven Effekten für die öffentliche Gesundheit⁶²). Schließlich belegen Studien, dass Präsentismus

⁶²) Als Vergleichsgruppe dienten in dieser Studie Städte, in denen keine Regelungen für die bezahlte Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall beschlossen worden waren.

auch durch vermehrte Fehlerhäufigkeit und Unfallgefahr zusätzliche Kosten nach sich ziehen kann (Ulich – Wülser, 2018).

Auch im Fall von Absentismus können verschiedene Wirkungszusammenhänge und Folgekosten unterschieden werden. Ungerechtfertigte Fehlzeiten schädigen unmittelbar die betroffenen Unternehmen und Organisationen in Form von Entgeltfortzahlungen und Wertschöpfungsausfällen, aber potentiell auch das Sozialsystem durch Krankengeldzahlungen und den Aufwand, den sie im System (z. B. für Kontrollen und unnötige ärztliche Untersuchungen) verursachen. Auch die Beschäftigten selbst müssen mit der Gefahr von langfristig negativen Folgen auf ihre Karriere- und Erwerbschancen rechnen, vor allem wenn ihr Fehlverhalten entdeckt wird, aber auch über die unerwünschte Signalwirkung von Fehlzeiten. Die betrieblichen Implikationen von Absentismus können über die Kosten der Abwesenheit der betroffenen Personen hinausgehen. Absentismus kann Ausdruck eines Unwohlseins innerhalb der Belegschaft oder einer Fehlfunktion innerhalb der Organisation sein. Hohe Fehlzeiten gelten als Indikatoren für hohe Fluktuation und schlechtes Arbeitsklima (Mason – Griffin, 2003).

Aufgrund der bereits genannten gruppenspezifischen Effekte und des Zusammenhangs zwischen der Unternehmenskultur und dem Fehlzeitenverhalten können sowohl bei Absentismus als auch bei Präsentismus unerwünschte Auswirkungen für das gesamte Arbeitsumfeld entstehen. In Anlehnung an Ma et al. (2018) kann von "Ansteckungseffekten" gesprochen werden, die dazu führen können, dass sich in einer Organisation eine "Absentismus-" bzw. eine "Präsentismuskultur" etabliert. Bei Vorliegen einer solchen Organisationskultur werden problematische Verhaltensweisen zur sozialen Norm und verstärken die Risiken und Folgekosten.

Absentismus und Präsentismus ziehen für die Wirtschaft und die Gesellschaft eine Reihe an unerwünschten und potentiell kostspieligen Folgen nach sich.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sowohl Absentismus als auch Präsentismus über unterschiedliche Wirkungsmechanismen direkt und indirekt negative Effekte entfalten. Als direkte Effekte können wir jene bezeichnen, die unmittelbar mit dem Erscheinen bzw. Nicht-Erscheinen am Arbeitsplatz zusammenhängen (z. B. Entgeltfortzahlung bei Absentismus, gesundheitliche Risiken für die Betroffenen und das Arbeitsumfeld bei Präsentismus). Indirekte negative Konsequenzen ergeben sich daraus, dass Absentismus und Präsentismus nicht nur durch die Organisationskultur und die vorherrschenden sozialen Normen geprägt sind, sondern diese auch ihrerseits wieder beeinflussen. Beide Phänomene können Ausdruck von tieferliegenden Problemen in der betroffenen Organisation sein und diese Probleme weiter verschärfen. Insofern ist eine Reduktion von Absentismus und Präsentismus nicht nur wünschenswert, weil dadurch unmittelbar Kosten und Gesundheitsrisiken beseitigt werden, sondern auch weil die Bekämpfung ihrer Ursachen einen Beitrag leistet, um das Betriebsklima und die Organisationskultur zu verbessern.

Die monetären Kosten von Präsentismus und Absentismus und somit die positiven wirtschaftlichen Effekte, die durch ihre Reduktion erzielt werden können, sind schwer quantifizierbar.

Bereits die Schätzung von direkten Kostenkomponenten (z. B. die Entgeltfortzahlung) setzt voraus, dass gute Daten zur Verbreitung dieser Phänomene vorliegen, was insbesondere beim Absentismus nicht der Fall ist. Zu den Kosten von Präsentismus finden sich in der Literatur zwar zahlreiche Untersuchungen (Steinke – Badura, 2011), allerdings beziehen sich diese Arbeiten ausschließlich auf das eingangs erwähnte Verständnis von Präsentismus als krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsproduktivität (siehe Textkasten 2.1 mit den Definitionen auf S. 60). In diesen Studien werden Präsentismuskosten typischerweise ermittelt, indem für die einzelnen Krankheitsgruppen prozentuelle Produktivitätseinbußen gegenüber der Leistungsfähigkeit im gesunden Zustand errechnet und durch Multiplikation mit der Prävalenz der jeweiligen Krankheit in der Erwerbsbevölkerung auf verlorene Arbeitsstunden umgelegt werden. Diese Berechnungen ergeben hohe Kosten, die für die meisten Krankheiten viel höher als die entsprechenden Kosten durch Fehlzeiten sind und auch einen hohen Anteil an den gesamten Krankheitskosten ausmachen. Bei diesen Ergebnissen handelt es sich jedoch eher um Schätzungen des Verlusts an Gesamtproduktivität in den Unternehmen aufgrund von Gesundheitsproblemen, als um Kostenschätzungen von Präsentismus in der Definition, die dem vorliegenden Bericht zugrunde liegt. Das Kontrafaktische ist in diesen Studien nicht, dass Beschäftigte bei Vorliegen von Krankheitssymptomen zuhause bleiben (statt am Arbeitsplatz zu sein), sondern dass sie gesund bleiben.

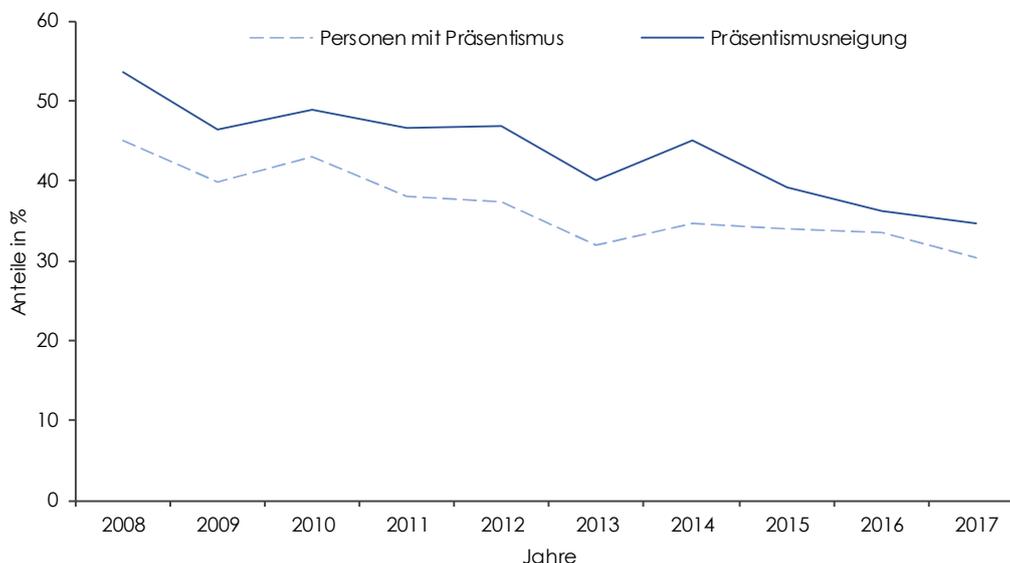
Auch in Ermangelung zufriedenstellender Kostenschätzungen lässt sich aus den verfügbaren Forschungserkenntnissen jedoch klar ableiten, dass Absentismus und Präsentismus für die Wirtschaft und die Gesellschaft eine Reihe an unerwünschten und potentiell kostspieligen Folgen nach sich ziehen.

2.3 Was wissen wir über Präsentismus in Österreich?

2.3.1 Wie stark ist Präsentismus verbreitet?

Im Jahr 2017 gaben 30% der österreichischen Beschäftigten an, in den vorangegangenen sechs Monaten mindestens einmal trotz gesundheitlicher Einschränkungen am Arbeitsplatz gewesen zu sein. Wie aus Abbildung 2.2 ersichtlich ist, ging dies in den letzten zehn Jahren zurück: 2008, also unmittelbar bevor sich die Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise mit voller Kraft entfaltete, waren 45% der Befragten in den sechs Monaten davor zumindest einmal krank zur Arbeit gegangen. In den folgenden Jahren ging diese Quote deutlich zurück. Sie pendelte sich von 2014 bis 2016 auf etwas mehr als ein Drittel der Beschäftigten ein und erreichte 2017 den niedrigsten Wert. Die zweite Linie in der Abbildung zeigt den Anteil der Präsentismustage an der Summe aus Krankenstands- und Präsentismustagen. Dieser Wert kann als Präsentismusneigung interpretiert werden. Er drückt die Wahrscheinlichkeit aus, dass sich Beschäftigte bei einem gegebenen gesundheitlichen Ereignis für Präsentismus entscheiden. Der abnehmende Trend ist ein Beleg dafür, dass der Präsentismus im hier betrachteten Zeitraum nicht bzw. nicht nur aufgrund weniger Krankheitsfälle der Beschäftigten zurückging.

Abbildung 2.2: Präsentismus: In den letzten 6 Monaten krank zur Arbeit gegangen 2008 bis 2017



Q: AKI/AGM, IFES; WIFO-Berechnungen. Personen, die angegeben haben, in den vergangenen sechs Monaten zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie gesundheitlich eingeschränkt waren. Die Präsentismusneigung stellt den Anteil der Präsentismustage an der Summe aus Krankenstands- und Präsentismustagen dar.

Textkasten 2.3: Präsentismus in Österreich – die Datengrundlage

Die Verbreitung von Präsentismus kann nur anhand von Befragungsdaten ermittelt werden. Der vorliegende Bericht stützt sich auf Daten des Österreichischen Arbeitsklima Index und des Arbeitsgesundheitsmonitors der Arbeiterkammer Oberösterreich (AKI/AGM) für die Jahre 2008 bis 2017. In der vierteljährlichen Erhebung werden die TeilnehmerInnen sowohl nach ihrem Präsentismusverhalten, als auch nach ihren Krankenständen gefragt, weshalb nicht nur die Verbreitung von Präsentismus, sondern auch die Präsentismusneigung der Beschäftigten (d. h. der Anteil des Präsentismus an der Summe aus Präsentismus- und Krankenstand) ermittelt werden kann. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden vom Institut für empirische Sozialforschung (IFES) Sonderauswertungen der AKI/AGM-Daten durchgeführt und die entsprechenden Kreuztabellen und deskriptiven Statistiken dem WIFO zur Verfügung gestellt.

Eine weitere Datenquelle, die Informationen zum Präsentismus beinhaltet, ist die Österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2014 (Statistik Austria, 2015). Der Vorteil des AKI/AGM-Datensatzes gegenüber den ATHIS-Daten besteht darin, dass eine längere Zeitreihe für eine Periode von zehn Jahren vorliegt und somit auch eine Betrachtung der Entwicklung möglich ist⁶³). Darüber hinaus geben die Befragten in der AKI/AGM-Erhebung, anders als in ATHIS, nicht nur darüber Auskunft, ob sie gesundheitlich beeinträchtigt zur Arbeit gingen, sondern auch an wie vielen Tagen sie das machten. Die entsprechenden Fragen im Arbeitsgesundheitsmonitor lauten:

⁶³ Für die Gesundheitsbefragung fehlen Vergleichswerte. In der vorangegangenen Erhebung (ATHIS 2006/07) wurden die TeilnehmerInnen nicht nach dem Präsentismusverhalten gefragt.

- "Ist es in den letzten sechs Monaten zumindest einmal vorgekommen, dass Sie zur Arbeit gegangen sind, obwohl Sie gesundheitlich eingeschränkt waren?"
- "An ca. wie vielen Tagen sind Sie in den letzten sechs Monaten zur Arbeit gegangen, obwohl Sie gesundheitlich eingeschränkt waren?"

Die ATHIS-Daten, die sich auf ein einzelnes Jahr, aber dafür auf eine umfangreichere Stichprobe beziehen, stellen dennoch eine gute Quelle zur Validierung der Ergebnisse aus den AKI/AGM-Auswertungen dar. Die Präsentismusfrage in ATHIS lautet: "Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie trotz gesundheitlicher Probleme zur Arbeit gegangen sind?".

Es ist zu betonen, dass mit den hier verwendeten Daten des Arbeitsklima Index der Arbeiterkammer Oberösterreich (AKI/AGM, siehe Textkasten 2.3) nur die Verbreitung von Präsentismus in Bezug auf die letzten sechs Monate ermittelt werden kann. Der Anteil an Personen mit einem Präsentismusfall innerhalb eines ganzen Jahres geht aus diesen Daten nicht hervor. In der ATHIS-Erhebung für 2014 wird die Präsentismusfrage jedoch auf die vorhergegangenen 12 Monate bezogen. Diesen Befragungsdaten zufolge gingen 2014 fast 54% der Beschäftigten in Österreich im Jahresverlauf mindestens einmal krank in die Arbeit. Zum Vergleich: Im selben Jahr waren laut AKI/AGM 34,7% der Beschäftigten in den letzten sechs Monaten von Präsentismus betroffen. Wenn wir das ATHIS-Ergebnis als Ankerwert für 2014 heranziehen und von einem moderaten Rückgang des Präsentismus zwischen 2014 und 2017 ausgehen (laut AKI/AGM von 34,7% auf 30,3%), lässt sich für 2017 im Jahresverlauf unter den Beschäftigten ein Präsentismusanteil von knapp 50% annehmen⁶⁴). Somit ist davon auszugehen, dass zuletzt ungefähr die Hälfte der österreichischen Beschäftigten im Jahresverlauf mindestens einen Präsentismusfall hatte. Einschränkend ist festzuhalten, dass die hier diskutierten Werte Ergebnis einer spezifischen Fragestellung sind. Es ist nicht auszuschließen, dass andere Erhebungsmethoden (z. B. anders formulierte Fragestellungen) abweichende Ergebnisse zur Folge hätten⁶⁵).

Etwa die Hälfte der österreichischen Beschäftigten sind im Jahresverlauf von Präsentismus betroffen. Im vergangenen Jahrzehnt war sowohl die Zahl der Personen mit Präsentismus als auch die Zahl der Präsentismustage rückläufig.

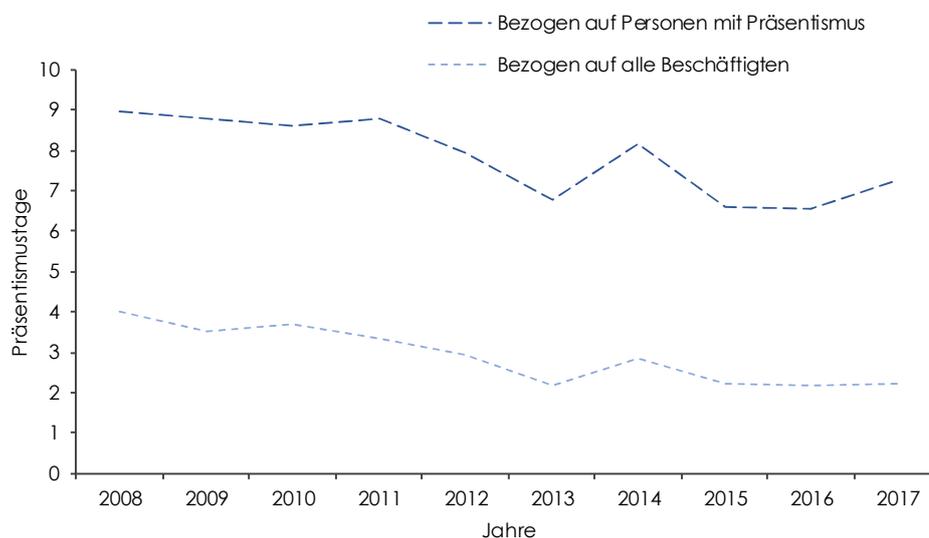
Die Zahl der Präsentismustage war in den vergangenen Jahren ebenfalls rückläufig. Abbildung 2.3 zeigt einerseits den Durchschnittswert der Präsentismustage, die in der Befragung von jenen Personen genannt wurden, die innerhalb eines Halbjahres mindestens einmal krank in die Arbeit gingen, andererseits die Entwicklung der durchschnittlichen Präsentismustage auf die Gesamtbeschäftigung bezogen. Demnach hatten die betroffenen Personen

⁶⁴) Zur Erläuterung: Aus ATHIS geht für 2014 ein Präsentismusanteil von 54% hervor, aus den AKI/AGM-Auswertungen ein Rückgang des Präsentismusanteils von 34,7% auf 30,3% zwischen 2014 und 2017, das entspricht fast 10%. Wenn man diesen Rückgang auf den ATHIS-Wert überträgt, ergibt sich für 2017 ein Präsentismusanteil von 49%.

⁶⁵) Aufgrund der Schwierigkeiten bei der Messung von Präsentismus empfehlen Steinke – Badura (2011) unter anderem, in Fragebögen mehrfache Antwortkategorien und unterschiedliche Spezifikationen von Präsentismus zu inkludieren.

zuletzt etwa sieben Präsentismustage im Halbjahr vor der Befragung, während es zu Beginn der Beobachtungsperiode etwa neun Tage waren. Umgelegt auf alle Beschäftigten ist der Durchschnittswert der Präsentismustage pro Kopf in der österreichischen Wirtschaft in dieser Periode von vier auf etwas mehr als zwei Tage gesunken. Dieser starke Rückgang ergibt sich aufgrund der Summe von zwei Effekten: der rückläufigen Zahl an Beschäftigten mit Präsentismustagen und der rückläufigen Zahl an Präsentismustagen, die von dieser Personengruppe verzeichnet wurde. Trotz dieses Rückgangs nimmt Präsentismus in einer quantitativen Betrachtung eine relevante Größenordnung ein. Wenn wir die Angaben auf ein gesamtes Jahr hochrechnen und auf die Gesamtheit der Beschäftigten beziehen, kann von durchschnittlich viereinhalb Präsentismustagen pro Kopf ausgegangen werden⁶⁶). Dieser Wert war, von kleineren Schwankungen abgesehen, zwischen 2013 und 2017 weitgehend konstant.

Abbildung 2.3: Anzahl an Präsentismustagen im Halbjahr vor der Befragung 2008 bis 2017



Q: AKI/AGM, IFES; WIFO-Berechnungen.

Zu den Ursachen des rückläufigen Präsentismustrends, der aus den verfügbaren Daten ersichtlich ist, können nur Vermutungen aufgestellt werden. Aus einer Gegenüberstellung der Präsentismusindikatoren mit der wirtschaftlichen Entwicklung – genauer genommen mit den Veränderungsdaten des realen BIP – lässt sich kein Zusammenhang zwischen Präsentismus und Konjunkturzyklus erkennen. Auch die Krankenstandsdaten liefern keine eindeutigen Hinweise, insbesondere was den Rückgang der Präsentismusneigung betrifft.

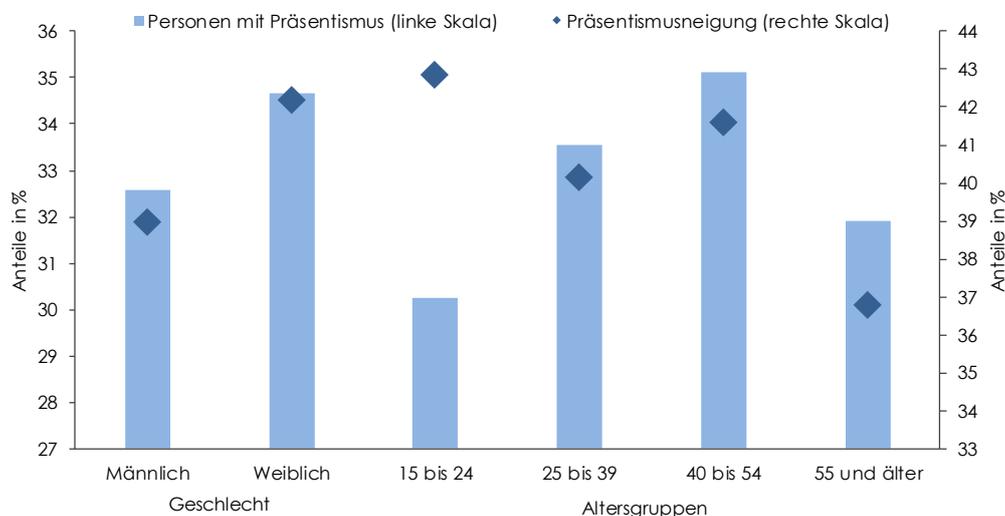
⁶⁶) Ausgehend von der vereinfachenden Annahme, dass in einem ganzen Jahr doppelt so viele Präsentismustage anfallen, wie in einem halben Jahr. In Bezug auf die Größe des Personenkreises mit Präsentismus kann dagegen nicht unmittelbar von einem Bezugszeitraum von einem halben Jahr auf ein ganzes Jahr rückgeschlossen werden.

Die Gründe für den Rückgang des Präsentismus müssen noch weiter erforscht werden. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Verkürzung der Arbeitszeiten eine positive Wirkung auf den Präsentismus hatte.

Ein möglicher Erklärungsansatz betrifft den Zusammenhang zwischen Arbeitszeiten und Präsentismus, der in der Literatur dokumentiert ist. Überlange Wochenarbeitszeiten sind mit erhöhten Präsentismus assoziiert, weshalb eine Reduktion dieser langen Arbeitszeiten im Gegenzug einen dämpfenden Effekt auf den Präsentismus haben dürfte. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit der österreichischen Beschäftigten ist seit vielen Jahren rückläufig, was zu einem guten Teil auf den Anstieg von Teilzeitbeschäftigung zurückzuführen ist. Gleichzeitig sank, besonders seit Ausbruch der Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise im Jahr 2008, auch die durchschnittliche Arbeitszeit der Vollzeitbeschäftigten sowie die Zahl der geleisteten Über- und Mehrstunden (*Statistik Austria*, 2018). Diese Arbeitszeitindikatoren verlaufen in der hier betrachteten Periode sehr ähnlich wie die Präsentismusindikatoren, mit einem starken Rückgang in den Jahren unmittelbar nach Krisenausbruch und einer gleichmäßigeren Entwicklung in der jüngeren Vergangenheit. Tatsächlich zeigen auch die Korrelationskoeffizienten eine sehr hohe Übereinstimmung, sie liegen zwischen 0,90 bzw. 0,91 für die durchschnittliche Arbeitszeit insgesamt und die Präsentismustage bzw. die Präsentismusneigung und 0,95 bzw. 0,94 für die geleisteten Mehr- bzw. Überstunden und die Präsentismustage bzw. die Präsentismusneigung. Die Vermutung, wonach der Rückgang der Arbeitszeit und insbesondere der langen Wochenarbeitszeiten ursächlich mit dem Rückgang des Präsentismus zusammenhängt, bedarf allerdings weiterführender Untersuchungen. Eine weitere Hypothese, die ebenfalls noch beforscht werden müsste, betrifft die Frage, inwiefern über die Zeit ein Wandel der Unternehmenskulturen und eine Steigerung des gesundheitlichen Bewusstseins stattgefunden und einen positiven Einfluss auf den Präsentismus gehabt haben könnten.

Nicht alle Beschäftigtengruppen erscheinen in gleichem Ausmaß trotz einer Erkrankung am Arbeitsplatz. Präsentismus ist bei Frauen stärker als bei Männern verbreitet, das zeigen auch internationale Studien (Abschnitt 2.1.2). Auswertungen für die Periode 2012 bis 2017 belegen einen Unterschied von 2 Prozentpunkten im Präsentismusanteil sowie von 3 Prozentpunkten in der Präsentismusneigung von Frauen und Männern (Abbildung 2.4). Auch die ATHIS-Daten zeigen, dass Frauen tendenziell öfter als Männer trotz gesundheitlicher Einschränkung in die Arbeit gehen. 2014 lag der Anteil der Frauen mit Präsentismus im Jahresverlauf bei fast 58%, jener der Männer geringfügig über 50%. In einer Betrachtung nach Altersgruppen weisen sowohl die Jüngsten (Unter-25-Jährige) als auch die Älteren (Über-55-Jährige) einen niedrigen Präsentismusanteil auf. Da die Älteren jedoch nicht nur die längsten Krankenstands-, sondern im Schnitt auch die längsten Präsentismuskauern verzeichnen, weist diese Personengruppe in Summe trotz der vergleichsweise geringen Präsentismusneigung die höchste Zahl an Präsentismustagen auf (hier nicht abgebildet). Die 25- bis 39-Jährigen haben dagegen trotz einer hohen Präsentismusneigung die niedrigste Pro-Kopf-Zahl an Präsentismustagen, gefolgt von den Unter-25-Jährigen.

Abbildung 2.4: Präsentismus nach Alter und Geschlecht
Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2017

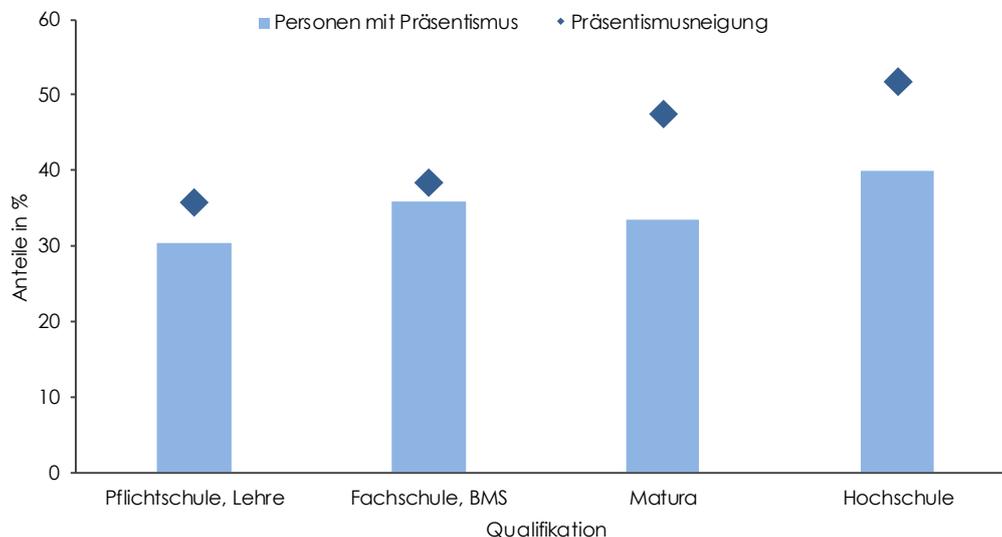


Q: AKI/AGM, IFES; WIFO-Berechnungen. Personen, die angegeben haben, in den vergangenen sechs Monaten zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie gesundheitlich eingeschränkt waren. Die Präsentismusneigung stellt den Anteil der Präsentismustage an der Summe aus Krankenstands- und Präsentismustagen dar.

Präsentismus ist bei Frauen stärker verbreitet als bei Männern. Jüngere haben eine höhere Präsentismusneigung als Ältere, sie verzeichnen im Schnitt aber weniger Präsentismustage, da sie seltener schwere gesundheitliche Probleme haben.

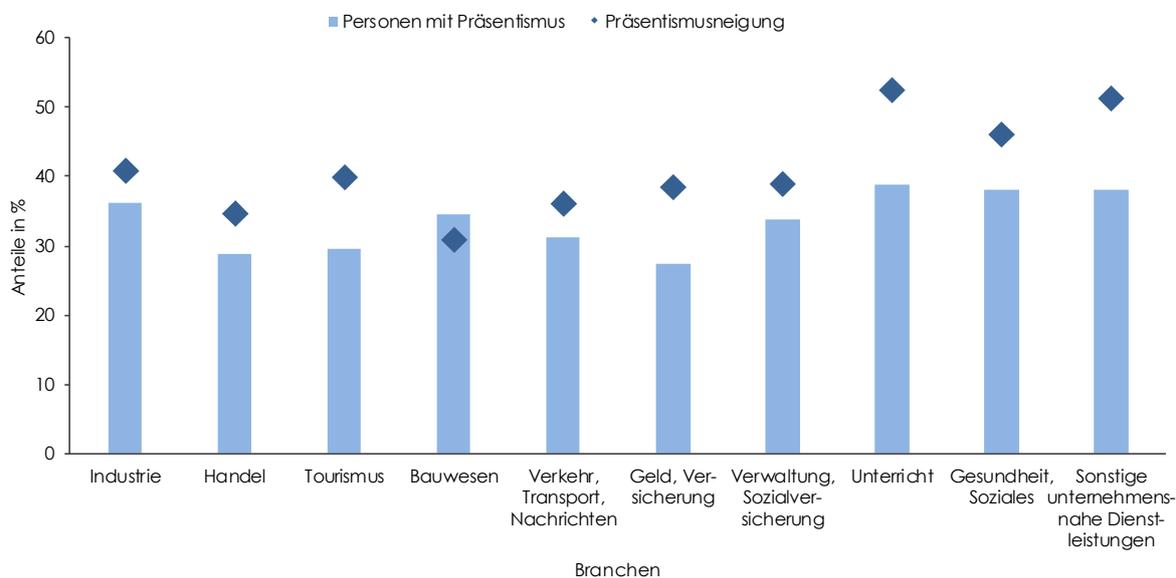
Die AKI/AGM-Daten zu den Unterschieden von Präsentismus nach höchster formaler Bildung bestätigen den bereits aus internationalen Studien bekannten positiven Zusammenhang zwischen Qualifikation und Präsentismusneigung (Abbildung 2.5). Auch der Beschäftigtenanteil mit Präsentismus ist bei den Höherqualifizierten deutlich höher als bei den Niedrigqualifizierten. In Summe lag die Pro-Kopf-Zahl der Präsentismustage bei Personen mit Hochschulabschluss in den Jahren 2012 bis 2017 etwa 20% höher als bei Personen mit Pflichtschule oder Lehre. Wie im nächsten Abschnitt genauer gezeigt wird, unterscheidet sich das Verhalten der einzelnen Beschäftigtengruppen – insbesondere bei einer Gliederung nach Qualifikation – auch in der Begründung bzw. Motivation für Präsentismus. Höherqualifizierte gehen beispielsweise laut Selbstauskunft deutlich öfter als Niedrigqualifizierte deshalb gesundheitlich angeschlagen in die Arbeit, weil ihre Arbeit sonst liegen bliebe. Wie auch internationale Studien nahelegen, können die hier angesprochenen Unterschiede nach Bildungsgruppe zu einem guten Teil durch die Rolle der jeweiligen Personen im Unternehmen erklärt werden.

Abbildung 2.5: Präsentismus nach Qualifikationsniveau
Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2017



Q: AKI/AGM, IFES; WIFO-Berechnungen. Personen, die angegeben haben, in den vergangenen sechs Monaten zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie gesundheitlich eingeschränkt waren. Die Präsentismusneigung stellt den Anteil der Präsentismustage an der Summe aus Krankenstands- und Präsentismustagen dar.

Abbildung 2.6: Präsentismus nach Branchen
Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2017



Q: AKI/AGM, IFES; WIFO-Berechnungen. Personen, die angegeben haben, in den vergangenen sechs Monaten zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie gesundheitlich eingeschränkt waren. Die Präsentismusneigung stellt den Anteil der Präsentismustage an der Summe aus Krankenstands- und Präsentismustagen dar.

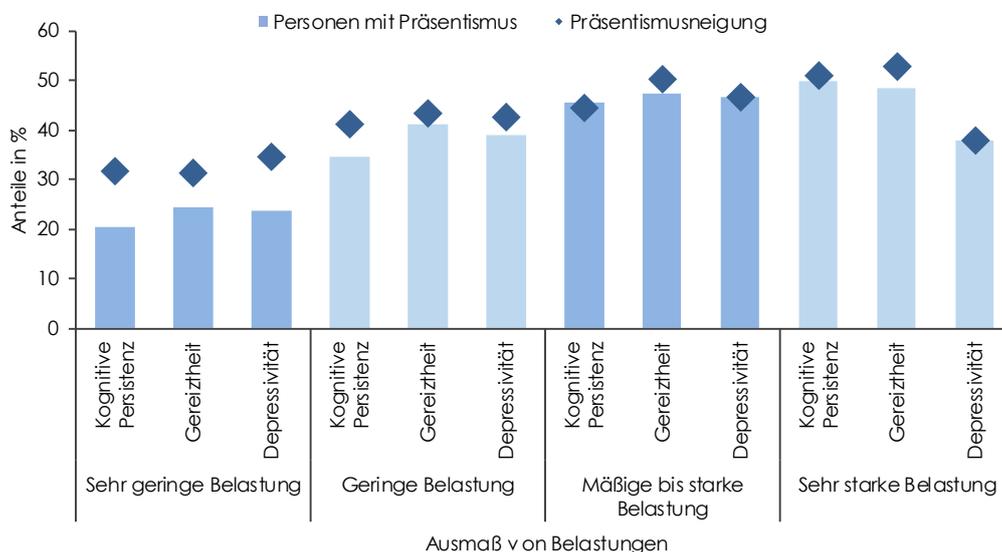
Abschließend werden in Abbildung 2.6 die Präsentismuskennzahlen für einzelne Branchen präsentiert. Die branchenspezifischen Unterschiede sind mehrheitlich nicht stark ausgeprägt. So haben beispielsweise Handel, Tourismus, Transportwesen sowie Geld- und Versicherungswesen etwa gleich viele Präsentismustage je Beschäftigten. Auch in Bezug auf die Größe des betroffenen Personenkreises sind die Unterschiede zwischen diesen Branchen gering. Überdurchschnittliche Werte, vor allem in Bezug auf den betroffenen Beschäftigtenanteil, finden sich in Teilen der Industrie und vor allem im Unterrichtswesen sowie im Gesundheits- und Sozialwesen. Damit bestätigt sich der Befund aus internationalen Studien, wonach personenbezogene Dienstleistungsbereiche besonders stark von Präsentismus betroffen sind (*Steinke – Badura, 2011*). Auch die heterogene Branche der "sonstigen unternehmensnahen Dienstleistungen", wo beispielsweise Security- und Reinigungsfirmen aber auch unterschiedliche Beratungsdienstleistungen angesiedelt sind, weist in Bezug auf Präsentismus überdurchschnittlich hohe Kennzahlen auf. Ähnlich wie bei der Betrachtung nach dem Qualifikationsniveau verbergen sich hinter diesen Durchschnittswerten zum Teil erhebliche Unterschiede in den Ursachen von Präsentismus, die im nächsten Abschnitt untersucht werden.

2.3.2 Was sind die Motive, krank zu arbeiten?

Wie in Abschnitt 2.2.2 erörtert wurde, treten soziodemographische Unterschiede wie jene nach Alter, Geschlecht oder Bildungsniveau bei der Erklärung von Präsentismus in ihrer Bedeutung hinter anderen Faktoren wie Gesundheitszustand und persönliches Wohlbefinden, arbeitsplatzbezogene Merkmale, Organisationsstruktur und Unternehmenskultur zurück. Eine indirekte Bestätigung dafür findet sich in Abbildung 2.7, wo der Zusammenhang zwischen Präsentismuswahrscheinlichkeit und psychischer Befindensbeeinträchtigungen gezeigt wird. Bei den dargestellten Beeinträchtigungen handelt es sich um Belastungsskalen, die im AKI/AGM anhand von unterschiedlichen Fragen ermittelt werden (siehe *Raml, 2009: 98ff.*)⁶⁷). Die Skala "Kognitive Persistenz" bildet ab, inwiefern eine Person ständig an die Arbeit denkt und nicht abschalten kann. "Gereiztheit" drückt psychische Irritation aus, die indirekt auf Belastung hinweist. Mit "Depressivität" werden geringe Antriebskraft, Einsamkeit und Niedergeschlagenheit zusammengefasst.

⁶⁷) Die Skalen werden anhand der folgenden Aussagen ermittelt, die mit "trifft sehr zu" bis "trifft gar nicht zu" beantwortet werden können: "Kognitive Persistenz" – es fällt mir schwer, nach der Arbeit abzuschalten; ich muss auch zu Hause an Schwierigkeiten bei der Arbeit denken; selbst im Urlaub muss ich manchmal an Probleme bei der Arbeit denken. "Gereiztheit" – wenn andere mich ansprechen, kommt es vor, dass ich mürrisch reagiere; ich bin ab und zu ein richtiges Nervenbündel; ich bin schnell verärgert; ich reagiere gereizt, obwohl ich es gar nicht will. "Depressivität" – ich muss mich sehr dazu antreiben, etwas zu tun; vieles erscheint mir sinnlos; ich finde es schwer, Entscheidungen zu treffen; ich sehe ohne Hoffnung in die Zukunft; ich fühle mich schon am Anfang des Tages niedergeschlagen (*Raml, 2009: 100*).

Abbildung 2.7: Präsentismus und Befindensbeeinträchtigungen
Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2017



Q: AKI/AGM, IFES; WIFO-Berechnungen. Personen, die angegeben haben, in den vergangenen sechs Monaten zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie gesundheitlich eingeschränkt waren. Die Präsentismusneigung stellt den Anteil der Präsentismustage an der Summe aus Krankenstands- und Präsentismustagen dar.

"Kognitive Persistenz" – nicht abschalten können, mangelnde Regenerationsfähigkeit, ständiges Denken an die Arbeit; "Gereiztheit" – unabhängig von der Erschöpfung konzipiert, äußert sich in leichter Erregbarkeit, die mitunter das soziale Umfeld zu spüren bekommt; "Depressivität" – geringe Antriebskraft, Gefühle von Sinnlosigkeit, Einsamkeit und Niedergeschlagenheit (siehe Raml, 2009: 95).

Wie aus Abbildung 2.7 hervorgeht, sind die Unterschiede beim Ausmaß der Belastung und Beeinträchtigung deutlich stärker als bei einer Unterscheidung nach Alter, Geschlecht oder Qualifikation ausgeprägt. Rund die Hälfte der Personen, die sehr schwer von der Arbeit abschalten kann (kognitive Persistenz), hatte im vorangegangenen Halbjahr Präsentismusfälle. Bei Personen, die dieses Belastungsmerkmal nicht hatten, waren es nur 20%.

Personen, die nach der Arbeit schwer abschalten können oder andere Befindensbeeinträchtigungen haben, verzeichnen deutlich mehr Präsentismustage und haben bei Berücksichtigung des Krankenstands auch eine höhere Präsentismusneigung.

Ähnlich fällt auch der Vergleich der Gruppen mit starker Beeinträchtigung durch "Gereiztheit" gegenüber Personen ohne diese Beeinträchtigung aus. Bei Personen mit depressiven Symptomen hat die Gruppe der mäßig bis stark Belasteten öfter Präsentismus als jene der sehr stark Belasteten. Bei den nicht belasteten Personen zeigt sich aber ein sehr ähnliches Muster wie bei den anderen Beeinträchtigungen. Auch in Bezug auf die durchschnittliche Zahl der Präsentismustage, die in der Abbildung nicht dargestellt ist, sind belastete Personen deutlich stärker betroffen als nicht belastete: Die belasteten verzeichnen mit etwa sechs Tagen rund 4-mal so viele Tage wie die nicht belasteten Beschäftigten. Ein Teil dieses Unterschieds ist darauf

zurückzuführen, dass Menschen mit einer stark ausgeprägten Befindensbeeinträchtigung deutlich öfter krank sind und somit sowohl mehr Krankenstands- als auch Präsentismustage verzeichnen. Gleichzeitig weisen – mit Ausnahme der stark depressiven Personen – alle belasteten Gruppen eine viel höhere Präsentismusneigung als die unbelasteten Gruppen auf, d. h. eine stärkere Bereitschaft trotz Krankheit bzw. Krankheitssymptome in die Arbeit zu gehen.

Übersicht 2.1: Gründe, krank in die Arbeit zu gehen

Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2017, Mehrfachnennung möglich

| | | "Warum sind Sie trotz gesundheitlicher Einschränkungen arbeiten gegangen?" | | | |
|--------------------|--|--|---|------------------------|------------------------|
| | | Arbeit bleibt sonst liegen | Pflichtgefühl gegenüber den KollegInnen | Hatte keine Vertretung | Angst vor Konsequenzen |
| Insgesamt | | 34,1 | 61,3 | 38,0 | 16,4 |
| Geschlecht | Männlich | 36,7 | 58,7 | 36,9 | 17,0 |
| | Weiblich | 31,3 | 63,9 | 39,2 | 15,8 |
| Altersgruppen | 15 bis 24 Jahre | 29,8 | 62,1 | 29,5 | 19,5 |
| | 25 bis 39 Jahre | 34,4 | 61,7 | 37,9 | 19,6 |
| | 40 bis 54 Jahre | 33,8 | 61,0 | 39,1 | 14,1 |
| | 55 Jahre und älter | 37,8 | 60,2 | 42,2 | 12,0 |
| Bildungskategorien | Pflichtschule, Lehre | 28,4 | 59,6 | 35,6 | 20,4 |
| | Fachschule, BMS | 33,4 | 65,5 | 37,7 | 8,2 |
| | Matura | 39,4 | 55,9 | 42,7 | 12,9 |
| | Hochschule | 42,6 | 65,2 | 40,8 | 15,6 |
| Branchen | Industrie | 32,3 | 58,8 | 36,5 | 16,1 |
| | Handel | 33,0 | 58,4 | 38,6 | 18,6 |
| | Tourismus | 18,4 | 60,3 | 44,1 | 21,4 |
| | Bauwesen | 28,6 | 60,3 | 37,5 | 23,3 |
| | Verkehr, Transport, Nachrichten | 34,3 | 60,9 | 36,3 | 23,0 |
| | Geld, Versicherung | 54,9 | 55,4 | 30,1 | 8,7 |
| | Verwaltung, Sozialversicherung | 39,4 | 67,5 | 39,9 | 9,6 |
| | Unterricht | 29,1 | 77,1 | 34,3 | 8,7 |
| | Gesundheit, Soziales | 24,1 | 72,2 | 41,9 | 8,8 |
| | Sonstige unternehmensnahe Dienstleistungen | 37,8 | 60,1 | 42,2 | 16,3 |

Q: AKI/AGM, IFES; WIFO-Berechnungen.

Nicht anders als der Krankenstand hängt der Präsentismus vom Gesundheitszustand der Beschäftigten ab. Dieser Zusammenhang führt dazu, dass, wie bereits in Abschnitt 2.1 angesprochen, die Krankenstands- und Präsentismustage der Beschäftigten positiv korrelieren. Auch für Österreich zeigen bereits frühere Analysen der AKI/AGM-Daten einen positiven Zusammenhang zwischen Krankenstands- und Präsentismustagen (Leoni, 2012). Aus den neuesten Auswertungen geht hervor, dass in der Periode 2012 bis 2017 rund 47% der Beschäftigten, die im

vorangegangenen Halbjahr einen Krankenstand hatten, auch einen Präsentismusfall hatten. In der Personengruppe ohne Krankenstand war dieser Anteil mit 23% nur halb so hoch. Die positive Korrelation zwischen Krankenstand und Präsentismus verdeutlicht, dass die Verteilung von Präsentismus stärker durch gesundheitliche Unterschiede zwischen den Beschäftigten als durch Unterschiede im Krankenstands- bzw. Präsentismusverhalten (d. h. in Bezug auf die Entscheidung, bei Erkrankung zum Arzt bzw. zur Ärztin oder doch in die Arbeit zu gehen) beeinflusst wird (Gerich, 2015).

Die Heterogenität von Präsentismus kommt bei einer Untersuchung der Beweggründe der betroffenen Beschäftigten besonders klar zum Ausdruck. Übersicht 2.1 zeigt, wie die Befragten in der AKI/AGM-Erhebung auf die Frage antworten, warum sie trotz gesundheitlicher Einschränkung arbeiten gegangen sind. Das Pflichtgefühl gegenüber den KollegInnen wird von den Beschäftigten weitaus am häufigsten (mehr als 60% der Fälle) als Grund für das eigene Präsentismusverhalten angegeben. Fast 40% der Befragten begründen ihren Präsentismus mit der Angabe, am Arbeitsplatz keine Vertretung zu haben, etwas mehr als ein Drittel damit, dass ihre Arbeit ansonsten unerledigt bliebe. Etwa ein Sechstel der Personen gibt an, aufgrund von Angst vor den Konsequenzen eines Krankenstands trotz gesundheitlicher Einschränkung in die Arbeit gegangen zu sein. Dieses Bild findet sich sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen wieder. Auffallend ist allerdings, dass Männer mit 36,7% öfter als Frauen (31,3%) anführen, durch Präsentismus vermeiden zu wollen, dass sich ihre Arbeit aufstaut. Umgekehrt ist Pflichtgefühl gegenüber den KollegInnen bei den Frauen (63,9%) öfter als bei den Männern (58,7%) für die Präsentismusentscheidung verantwortlich. Diese Unterschiede dürften in erster Linie auf Unterschiede in der Verteilung der Männer und Frauen auf Branchen und Berufe zurückzuführen sein.

Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind stärker ausgeprägt als jene nach Geschlecht. Während nur 12% der älteren Befragten befürchten, dass ein Krankenstand negative Auswirkungen auf ihre berufliche Situation haben könnte, liegt dieser Anteil bei den Jüngeren bei 20%. Dieser Unterschied kann dadurch erklärt werden, dass ältere ArbeitnehmerInnen im Schnitt längere Betriebszugehörigkeiten und somit ein gefestigtes Verhältnis zu ihrem Arbeitgeber und Arbeitsumfeld haben, üblicherweise ein größeres firmenspezifisches Wissen besitzen und höhere Positionen in der Organisationshierarchie einnehmen. Jüngere MitarbeiterInnen müssen sich dagegen im beruflichen Umfeld oft noch bewähren, sie befinden sich in den anfänglichen Phasen ihrer beruflichen Laufbahn und könnten größere Angst vor den möglichen negativen Signaleffekten haben, die für die Vorgesetzten bzw. für den Arbeitgeber aus (wiederholten) Krankenständen ausgehen. Die AKI/AGM-Daten zeigen erwartungsgemäß auch, dass Jüngere weniger oft als Ältere deshalb krank in die Arbeit gehen, weil sie keine Vertretung haben oder befürchten, dass ihre Arbeit sonst liegen bleibt.

Pflichtgefühl und Arbeitsbelastung sind die am stärksten verbreiteten Beweggründe für Präsentismus. Jüngere und schlechter qualifizierte Beschäftigte gehen öfter als andere aus Angst vor negativen Konsequenzen krank arbeiten.

Bei einer Betrachtung nach Qualifikationsniveau finden sich sowohl in Bezug auf die resultierende Arbeitsbelastung als auch auf die möglichen negativen Folgen von Krankenständen erhebliche Unterschiede zwischen den Gruppen. Rund ein Fünftel der Personen mit Pflichtschul- oder Lehrabschluss führt Angst vor den Konsequenzen (von Krankenstand) als einen Beweggrund für Präsentismus an. Unter den Beschäftigten, die eine Fachschule oder berufsbildende mittlere Schule besucht haben, ist der Anteil mit 8,2% nicht einmal halb so hoch. Überraschenderweise steigt die Angst vor negativen Folgen bei Krankenstand mit dem Qualifikationsniveau wieder an. Den AKI/AGM-Daten zufolge ist sie für 15,6% der HochschulabsolventInnen – und damit einer nicht viel kleineren Gruppe als unter den Niedrigqualifizierten – ein Grund dafür, krank am Arbeitsplatz zu sein. Weiterführende Analysen lassen allerdings erkennen, dass es sich dabei zum Teil um unterschiedlich gelagerte Befürchtungen handelt⁶⁸). Niedrigqualifizierte erwähnen die Angst vor Kündigung im Zusammenhang mit Problemen in ihrem Betrieb infolge von Krankenständen öfter (66%) als die Hochqualifizierten (51%), während diese dagegen mit 33% öfter als die Niedrigqualifizierten (11%) den Krankenstand als Ursache von Benachteiligung bei den Aufstiegsmöglichkeiten sehen. Insgesamt gaben im Zeitraum 2012 bis 2017 etwa 15% der Beschäftigten an, entweder selbst wegen Krankenstände ein Problem im Arbeitsverhältnis gehabt zu haben oder zu wissen, dass andere in ihrem Betrieb bzw. in ihrer Organisation solche Probleme hatten. In diesen Jahren ist der Anteil allerdings gestiegen, von 11% im Jahr 2012 auf fast 19% 2017.

Auch bei einer Gliederung nach Branchen bestätigt sich die zentrale Bedeutung des Pflichtgefühls als Präsentismusmotiv: im Geld- und Versicherungswesen wird das Pflichtgefühl gleich oft wie die Sorge vor sich aufstauer Arbeit genannt (55%), in allen anderen Bereichen ist die Verantwortung gegenüber den KollegInnen mit Abstand die wichtigste Motivation. Gleichzeitig zeigen sich zwischen Branchen signifikante Unterschiede in der Motivationsstruktur für Präsentismus. Wie aus den Daten in Übersicht 2.1 hervorgeht, spielt Angst vor den Konsequenzen einer Abwesenheit vom Arbeitsplatz bei einem Fünftel bis fast einem Viertel der Präsentismusfälle im Bauwesen, im Transportwesen und im Tourismus eine Rolle. Im Geld- und Versicherungswesen, in der öffentlichen Verwaltung, dem Unterrichtswesen sowie dem Gesundheits- und Sozialwesen spielt dieser Aspekt dagegen eine untergeordnete Rolle. Vor allem in diesen letztgenannten Bereichen, wo Präsentismus überdurchschnittlich stark verbreitet ist, erklärt sich Präsentismus auch dadurch, dass ein Krankenstand bei den KollegInnen einen stark erhöhten Arbeitsaufwand verursacht und demnach ein erhöhtes Pflichtgefühl vorliegt. Nicht explizit abgefragt, aber ebenfalls relevant dürfte die Tatsache sein, dass in personenbezogenen Dienstleistungen das Pflichtgefühl gegenüber den betreuten Menschen eine weitere Motivation für Präsentismus darstellen kann.

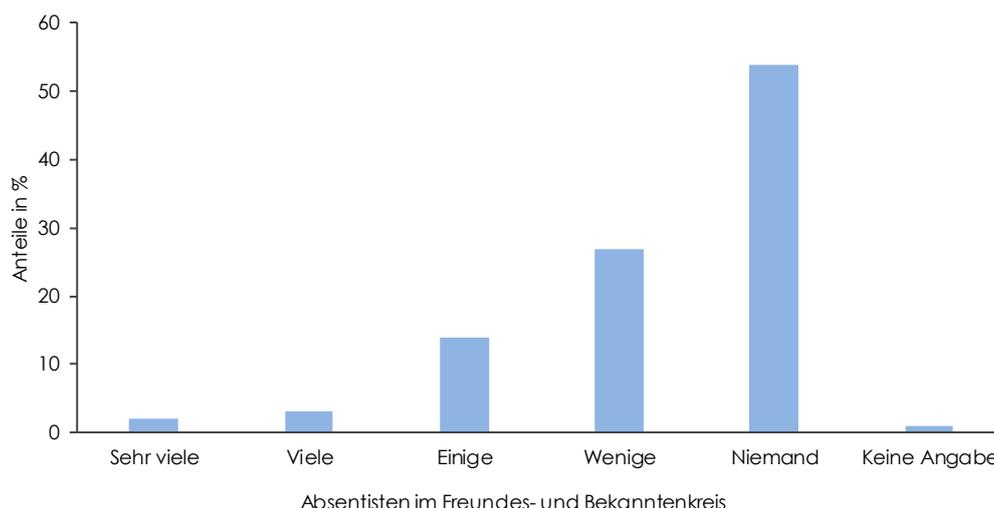
⁶⁸) Im AKI/AGM-Fragebogen ist folgende Frage enthalten: "Welche Konsequenzen befürchten Sie [wegen Krankenstand] in Ihrem Betrieb bzw. welche Probleme gab es da bisher?". Diese Frage wird allerdings nur jenen Personen gestellt, die zuerst angegeben haben, entweder selbst wegen Krankenstand schon Probleme im Arbeitsverhältnis gehabt zu haben oder von KollegInnen zu wissen, die solche Probleme hatten.

2.4 Was wissen wir über Absentismus in Österreich?

2.4.1 Wie stark ist Absentismus verbreitet?

Anders als für den Präsentismus gibt es für Absentismus in Österreich nur sehr vereinzelt Befragungsdaten. Diese gehen auf punktuell durchgeführte Umfragen zurück, sie ermöglichen keine Vergleiche über die Zeit und nur sehr begrenzt Aussagen zu den Unterschieden zwischen Personengruppen oder Branchen. Eine vergleichsweise aktuelle Erhebung wurde im Jahr 2015 vom Marktforschungsunternehmen GfK im Auftrag der Wirtschaftskammer durchgeführt. Diese Umfrage basiert auf einer Stichprobe von 4.000 Personen und liefert Ergebnisse für die österreichische Bevölkerung über 15 Jahre. Absentismus wurde in der Umfrage indirekt mit der folgenden Frage erhoben: "Gibt es in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis berufstätige Personen, die sich in den letzten 12 Monaten krankgemeldet haben, obwohl sie nicht wirklich krank waren?".

Abbildung 2.8: Verbreitung von Absentismus in Österreich 2015

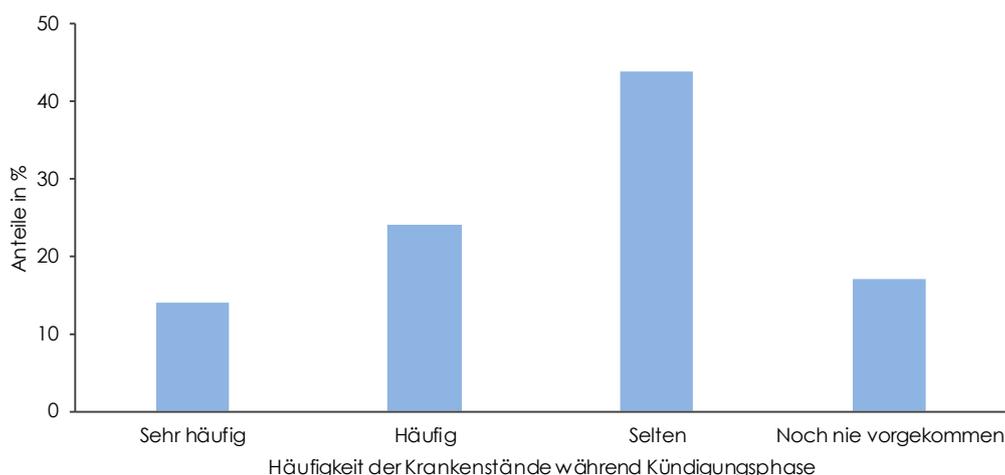


Q: GfK Sozial- und Organisationsforschung, WKO. Sample von 4.000 Personen, österreichische Bevölkerung über 15 Jahre. Antwort auf die Frage: "Gibt es in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis berufstätige Personen, die sich in den letzten 12 Monaten krankgemeldet haben, obwohl Sie nicht wirklich krank waren?".

Auf die Frage antworteten etwas mehr als die Hälfte (54%) der Befragten, niemanden zu kennen, der im vorangegangenen Jahr zu Hause geblieben war, ohne krank gewesen zu sein (Abbildung 2.8). Ein weiteres Viertel (27%) gab an, wenige Personen mit einem solchen Verhalten zu kennen. 14% der Befragten kannten einige, 3% viele und 2% sogar sehr viele Personen, die "blau machten". Diese Zahlen belegen, dass fast die Hälfte der ÖsterreicherInnen im eigenen Umfeld Erfahrungen mit Absentismus gemacht hat. Allerdings lässt sich aus diesen Umfragewerten nur bedingt und nur unter stark vereinfachenden Annahmen der tatsächli-

che Anteil an "Absentisten" unter den Beschäftigten abschätzen⁶⁹⁾). Diesen groben Schätzungen zufolge geht aus den Umfrageergebnissen eine Bandbreite von 7% bis 13% der Beschäftigten hervor, die im Jahresverlauf mindestens einmal einen ungerechtfertigten Krankenstand beanspruchten. Diese prozentuellen Werte liefern jedoch nur einen Anhaltspunkt und müssen mit großer Vorsicht interpretiert werden.

Abbildung 2.9: Krankenstand während der Kündigungsphase
Steiermark, 2011



Q: WKO Steiermark. N = 304 aus einer Stichprobe von 1.419 Unternehmen mit mindestens 10 Beschäftigten, Rücklaufquote 21%.

Die GfK-Erhebung beinhaltet keine vertiefenden Fragen zur Motivation oder zur Dauer bzw. Häufigkeit von Absentismus. Absentismus kann allerdings unterschiedliche Formen annehmen. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um vereinzelte Abwesenheiten von einem oder wenigen Tagen. Es gibt aber auch Fälle, in denen Beschäftigte sich wiederholt über längere Zeiträume krankmelden, ohne wirklich aus gesundheitlichen Gründen dem Arbeitsplatz fernbleiben zu müssen. Diese wiederholten oder längeren Absentismusphasen dürften vielfach eine Form von Leistungsverweigerung und Ausdruck einer tiefer sitzenden Unzufriedenheit mit der eigenen beruflichen Situation sein. Auch während einer Kündigungsphase, also nachdem die Kündigung bereits ausgesprochen wurde, aber die Kündigungsfrist noch läuft, kann es zu

⁶⁹⁾ Die zentralen Annahmen, die getroffen werden müssen, betreffen die Größe des Umfelds, das von den Befragten bei der Beantwortung der Frage berücksichtigt wird, sowie die Zahl der Personen, die jeweils mit den Angaben "wenige", "einige", "viele" usw. gemeint ist. Dabei wird vereinfachend davon ausgegangen, dass diese Werte für alle Personen gleich sind und dass keine Überlappung zwischen den Personen besteht, die Teil des jeweiligen Umfelds der Befragten sind. In einem Szenario, demzufolge jede befragte Person ein Umfeld von 25 Beschäftigten berücksichtigt und die Antwortkategorien "wenige" bis "sehr viele" auf eine ansteigende Zahl von 2 bis 15 Personen bezogen sind, liegt der Anteil der "Absentisten" in Österreich bei 7,4%. Wenn stattdessen der Personenkreis aus nur 10 Personen besteht und die Referenzwerte der Antwortkategorien auf eine ansteigende Zahl von 2 bis 8 Personen bezogen werden, steigt der Absentismusanteil auf 13%.

erhöhten Fehlzeiten kommen. Einer Erhebung der Wirtschaftskammer Steiermark aus dem Jahr 2011 zufolge, beobachten zahlreiche Arbeitgeber in der Kündigungsphase eine Zunahme von Krankenständen. Etwas weniger als die Hälfte der befragten Unternehmen gab an, dass das Krankenstandsverhalten der gekündigten MitarbeiterInnen von jenem der restlichen ArbeitnehmerInnen im Betrieb nach oben abwich (Abbildung 2.9).

Auch international gibt es wenige empirische Befunde zur Häufigkeit von Absentismus. Es handelt sich dabei meistens um Ergebnisse von ad-hoc durchgeführten Umfragen mit kleinen Stichproben und nicht überprüfbarer wissenschaftlicher Qualität. Die exakten Fragestellungen können sich deutlich voneinander unterscheiden und die Erkenntnisse aus diesen Erhebungen sind nur sehr begrenzt miteinander vergleichbar bzw. auf andere Länder übertragbar. Aus österreichischer Perspektive stellen Ergebnisse aus Deutschland aber eine interessante Vergleichsbasis dar. Deutschland hat sehr ähnliche Krankenstandsregelungen und mit Österreich auch weitere institutionelle Gemeinsamkeiten. Ein wichtiger Unterschied besteht allerdings dahingehend, dass in Deutschland – zumindest in Betrieben mit mehr als 10 Vollzeitbeschäftigten – eine Kündigung im Krankenstand schwieriger ist als in Österreich.

Einer Umfrage⁷⁰⁾ aus dem Jahr 2015 zufolge, planten 6,5% der deutschen Beschäftigten, in der nachfolgenden Periode einen Krankenstand vorzutäuschen. Weitere 7,9% der Befragten gab an, dass sie vielleicht einen ungerechtfertigten Krankenstand verzeichnen würden. Etwas mehr als die Hälfte der Personen, die sich zu Absentismus bekannten, gab an, einen kurzen Absentismusfall (1 bis 3 Tage) zu planen, ein weiteres Drittel einen Krankenstand von 4 bis 6 Tagen vortäuschen zu wollen. Im selben Jahr untersuchte in Deutschland auch das Marktforschungsinstitut YouGov⁷¹⁾ mittels einer Umfrage, wie häufig die Beschäftigten ihrem Arbeitgeber eine Krankheit vortäuschen. Bei der Onlinebefragung gaben 6% der TeilnehmerInnen an, ihrem Arbeitgeber eine Erkrankung vorgetäuscht zu haben. Weitere 6% gaben an, sie hätten eine Krankheit schlimmer dargestellt, als sie in Wahrheit war.

Absentismus ist schwer erfassbar. Aus Umfragen für Deutschland gehen unterschiedliche Ergebnissen hervor: je nach Abgrenzung und Fragestellung reicht die Bandbreite von weniger als 10% bis knapp 20% der Beschäftigten.

Die jüngste verfügbare Umfrage aus Deutschland stammt aus dem Jahr 2018 und wurde im Auftrag der Schwenninger Krankenkasse durchgeführt⁷²⁾. Auf die Aussage "Ich habe in den letzten zwölf Monaten an mindestens einem Tag selber blau gemacht" antworteten 8% der Befragten mit "ja". Weitere 10% wählten die Antwortkategorie "eher ja" und ebenso viele "eher

⁷⁰⁾ Es handelt sich um eine Umfrage, die vom Marktforschungsinstitut Keyfacts Onlineforschung im Auftrag des Versicherungs-Vergleichsportals Geld.de durchgeführt wurde.

⁷¹⁾ Die Ergebnisse dieser Umfrage wurden in unterschiedlichen Medien zitiert, z. B. <https://www.welt.de/gesundheit/article148321994/Deutsche-arbeiten-eher-krank-als-blauzumachen.html>.

⁷²⁾ Bevölkerungsrepräsentative Befragung durch einen Online-Anbieter mit 1.004 TeilnehmerInnen ab 18 Jahren, http://presse.die-schwenninger.de/fileadmin/presse/user_upload/Studien/Teilergebnisse_Studie_Blau_machen_Schwenninger_Krankenkasse.pdf.

nein", die restlichen 72% schlossen Absentismus eindeutig aus. Aus der Erhebung gehen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hervor, sehr wohl aber Unterschiede nach Altersgruppen: Demnach lag der Anteil der Personen mit Absentismus bei den 18- bis 34-Jährigen mit 12% 3-mal so hoch wie bei den Über-55-Jährigen (4%). Die 35- bis 54-Jährigen verzeichneten eine Quote von 9%. Ein ähnliches Muster fand sich auch bei den Personen, die die Aussage mit "eher ja" beantworteten (16% bei den Jüngeren, 5% bei den Älteren). Damit bestätigen sich die Befunde aus Studien zu Absentismus, in denen vor allem bei jüngeren Männern erhöhte Fehlzeiten anlässlich von sportlichen Großereignissen und anderen besonderen Tagen festgestellt werden konnten. Die Werte aus der deutschen Umfrage lassen in Summe auf eine etwas stärkere Verbreitung von Absentismus in Deutschland als in Österreich schließen. Aufgrund der bereits erwähnten Unschärfen in der Ermittlung von Absentismus dürfen diese Unterschiede jedoch nicht überbewertet werden.

Alle drei soeben erwähnten Umfragen sind nach eigenen Angaben bevölkerungsrepräsentativ und stützen sich auf Stichproben von etwa 1.000 Personen. Den unterschiedlichen Ergebnissen zufolge dürfte die Zahl der Personen, die im Jahresverlauf in Deutschland eindeutig einen Krankenstand vorgetäuscht hat, unter 10% liegen. Rechnet man Antwortkategorien wie "eher ja" und "vielleicht" dazu, ist der Anteil deutlich höher, zwischen 15% und 20%. Die Erhebungen bestätigen die Erkenntnisse aus den bereits erwähnten Studien aus dem skandinavischen Raum (Abschnitt 2.1.1), wonach Absentismus bei den Jüngeren deutlich stärker als bei den Älteren verbreitet ist. Es handelt sich überwiegend um Fälle, in denen die Beschäftigten an vereinzelten Tagen oder für kurze Dauern ungerechtfertigt vom Arbeitsplatz fernbleiben wollen. Davon gesondert existiert eine kleinere Gruppe von Personen, die längere und/oder wiederholte ungerechtfertigte Abwesenheiten haben.

Zu ähnlichen Schlussfolgerungen gelangt auch eine Reportage zum Thema "Blaumachen", die 2017 in der deutschen Wochenzeitschrift "Die Zeit" erschienen ist. Die AutorInnen stützen sich in ihren Ausführungen auf die Auswertung einer Online-Umfrage der LeserInnen, die von der Zeitschrift durchgeführt worden war. Die Ergebnisse der Umfrage sind trotz der hohen Zahl an ausgefüllten Fragebögen (23.000) nicht repräsentativ für die deutsche Bevölkerung, weshalb die Auswertung von Anteilen und Verteilungen nur sehr bedingt aussagekräftig ist. Dennoch liefern die Rückmeldungen auf qualitativer Ebene ein differenziertes und interessantes Bild zum Phänomen Absentismus. Unter den Personen, die sich in dieser Umfrage zum "Blaumachen" bekannten, überwiegt eindeutig der Typus, der innerhalb eines Jahres vereinzelte oder wenige Tage ungerechtfertigt der Arbeit fernbleibt. In vielen Fällen ist dieses Verhalten möglich, ohne dafür eine Krankschreibung einholen zu müssen. Junge Menschen, sowie solche mit wenig Berufserfahrung und ohne leitende Funktionen bekennen sich öfter zu Absentismus. Viele der Betroffenen rechtfertigen ihre Abwesenheiten damit, "einmal eine Pause" gebraucht zu haben. Vor allem bei wiederholten oder längeren Abwesenheiten spielen Unzufriedenheit, mangelnde Wertschätzung oder Überlastung bei der Arbeit eine zentrale Rolle.

2.4.2 Nimmt Absentismus an Fenstertagen zu?

Arbeitstage zwischen einem Feiertag und dem Wochenende, sogenannte Fenstertage, können für DienstnehmerInnen attraktive Urlaubstage sein, da sie die Möglichkeit einer mehrtägigen, zusammenhängenden Abwesenheit vom Arbeitsplatz bieten. Es ist daher zu erwarten, dass ArbeitnehmerInnen an Fenstertagen überproportional oft einen Urlaubstag einplanen, um einen zusätzlichen Freizeitwert erzielen zu können⁷³). Zugleich kann aber auch vermutet werden, dass Fenstertage den Anreiz für Beschäftigte erhöhen, einen Krankenstand zu verzeichnen und einen arbeitsfreien Tag zu erhalten, ohne ihren Urlaubsanspruch zu schmälern. An Fenstertagen könnte aber auch – nicht zuletzt angesichts der geringeren zu erwartenden wirtschaftlichen Aktivität oder weil dritte DienstnehmerInnen auf Urlaub sind – allgemein die Hemmschwelle niedriger sein, zu Hause zu bleiben.

Wir untersuchen, ob Krankenstände an Fenstertagen häufiger als an vergleichbaren Montagtagen oder Freitagen sind. Die Analysen zu den Krankenständen an Fenstertagen stützen sich auf Individualdaten der Sozialversicherungsträger. Als Datenmaterial dient ein verknüpfter, anonymisierter Datensatz aus Daten der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (OÖGKK) und der am WIFO aufbereiteten Individualdaten des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger⁷⁴). Dieser Datensatz beinhaltet neben den Erwerbsverläufen der Versicherten in Oberösterreich auch die gemeldeten Krankenstände für die Jahre 2006 bis einschließlich 2016⁷⁵). Um zu untersuchen, inwiefern sich die Krankenstandsquoten an Fenstertagen von regulären Wochentagen unterscheiden, wurde ein ökonometrisches Modell geschätzt. Das gedankliche Experiment, das dieser Untersuchung zu Grunde liegt, vergleicht die Krankenstände an einem Montag bzw. Freitag, wenn diese Fenstertage sind, mit den Krankenständen an einem anderen Montag bzw. Freitag, wenn unmittelbar davor bzw. danach kein Feiertag liegt. Diese "zufälligen" Unterschiede sind eine Konsequenz der Feiertage, die nicht jedes Jahr auf denselben Wochentag fallen.

Das Schätzmodell ist eine Panelschätzung mit firmenspezifischen fixen Effekten. Die abhängige Variable ist die Krankenstandsquote der untersuchten Beschäftigten (Männer, Frauen, Junge, Alte, ArbeiterInnen, Angestellte) in einer Firma an einem Kalendertag. Der untersuchte Zeitraum ist der 1. Jänner 2006 bis zum 31. Dezember 2016. Um etwaige Unterschiede im Krankenstandsverhalten tatsächlich auf den Unterschied zwischen Fenstertag und normalen Wochentag zurückführen zu können, und nicht etwa auf andere Faktoren, wird in den Schätzungen für mehrere Faktoren kontrolliert. Saisonalen Effekten (d. h. Schwankungen der Krankenstände im Jahresverlauf) wird dadurch Rechnung getragen, dass in den Schätzun-

⁷³) Es gibt Fälle, insbesondere bei größeren Unternehmen, in denen an diesen Fenstertagen der Betrieb geschlossen und somit der gesamten Belegschaft ein Urlaubstag gegeben wird.

⁷⁴) Eine ähnliche Datengrundlage wurde bereits in früheren Ausgaben des Fehlzeitenreports genutzt, beispielsweise um die Auswirkungen von Krankenständen auf die Erwerbskarriere der Betroffenen zu untersuchen. Nähere Details zur Beschaffenheit dieser Daten finden sich in *Leoni – Mahringer* (2008) sowie *Leoni* (2011).

⁷⁵) Insgesamt sind die daraus berechneten Krankenstandsquoten eine untere Grenze der tatsächlichen Quoten, wenn Betriebe nicht auf eine ärztliche Bestätigung von sehr kurzen Krankenständen bestehen.

gen der Kalendermonat als Kontrollvariable berücksichtigt wird. Darüber hinaus ist eine Reihe von betrieblichen Merkmalen im Modell inkludiert. Dazu gehören die Branche, das Lohnniveau, die Alters- und Geschlechtsstruktur im Betrieb sowie die Krankenstandsquote im Betrieb in der Vorwoche. Die Merkmale sollen für Unterschiede in den Krankenständen durch z. B. Grippewellen oder die unterschiedliche Zusammensetzung der Belegschaft sowie unterschiedliches Krankenstandsverhalten in Sektoren oder Regionen kontrollieren. Die Verwendung firmenspezifischer fixer Effekte erlaubt es zudem, unbeobachtete betriebspezifische Faktoren zu berücksichtigen, die sich auf die Krankenstandsquote auswirken (z. B. die Handhabung von Krankschreibungen bei Kurzkrankenständen).

Betriebe verzeichnen an Fenstertagen eine niedrigere Krankenstandsquote als an vergleichbaren Montagen und Freitagen. Das könnte die Folge von erhöhten Urlaubsständen, seltener offenen Arztpraxen oder auch strategischem Verhalten seitens der ArbeitnehmerInnen sein.

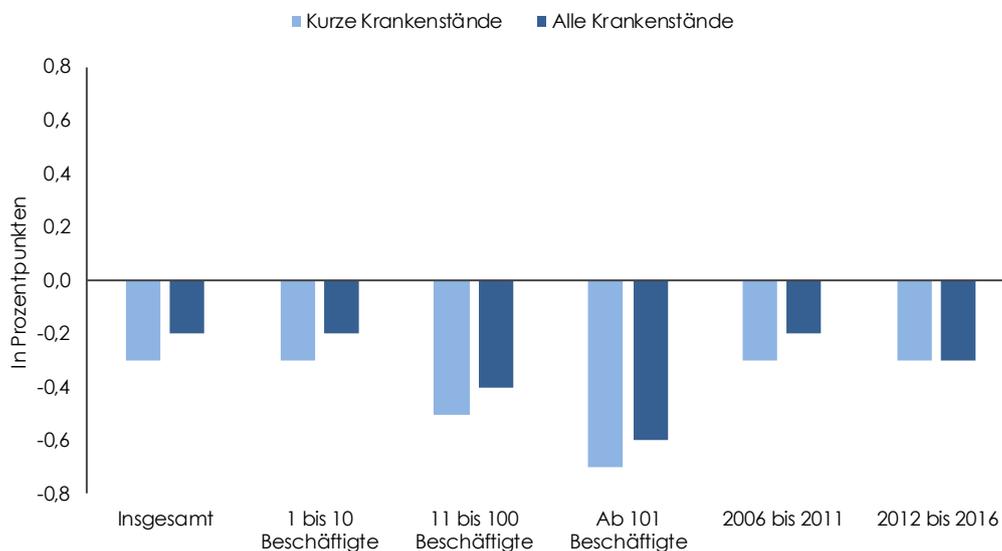
Die geschätzten Unterschiede sind in Abbildung 2.10 und Abbildung 2.11 dargestellt. Wie aus den negativen Abweichungen der Krankenstandsquote an Fenstertagen zu vergleichbaren Montagen bzw. Freitagen ersichtlich ist, verzeichnen die Firmen an Fenstertagen nicht mehr, sondern weniger Krankenstände⁷⁶⁾. Die Abbildungen zeigen die Ergebnisse, die sich auf alle Krankenstände beziehen sowie die Ergebnisse für kürzere Krankenstände, das sind in dieser Definition alle Krankenstände mit einer Dauer von bis zu 15 Tagen. Es bestehen keine Unterschiede in der Krankenstandshäufigkeit: Sowohl bei kürzeren als auch bei allen Krankenständen ist die Krankenstandsquote an Fenstertagen geringer als an regulären Montagen oder Freitagen⁷⁷⁾. Der Unterschied beträgt 0,24 Prozentpunkte und ist auf herkömmlichen Signifikanzniveaus eindeutig statistisch signifikant. Das entspricht einer um rund 9% niedrigeren Krankenstandsquote, als an einem regulären Montag oder Freitag.

In Abbildung 2.10 sind auch die Ergebnisse für Betriebe unterschiedlicher Größe, nämlich 1 bis 10, 11 bis 100 und mehr als 100 Beschäftigte sowie für die Teilperioden 2006 bis 2011 und 2012 bis 2016 ausgewiesen. Auch diese Unterscheidung zeigt, dass an Fenstertagen regelmäßig weniger Personen als an regulären Tagen krankgemeldet sind. Der Unterschied ist für größere Betriebe tendenziell stärker als für kleinere Betriebe.

⁷⁶⁾ Eine getrennte Untersuchung von Montagen und Freitagen zeigt nur geringe Unterschiede zwischen den beiden Tagen.

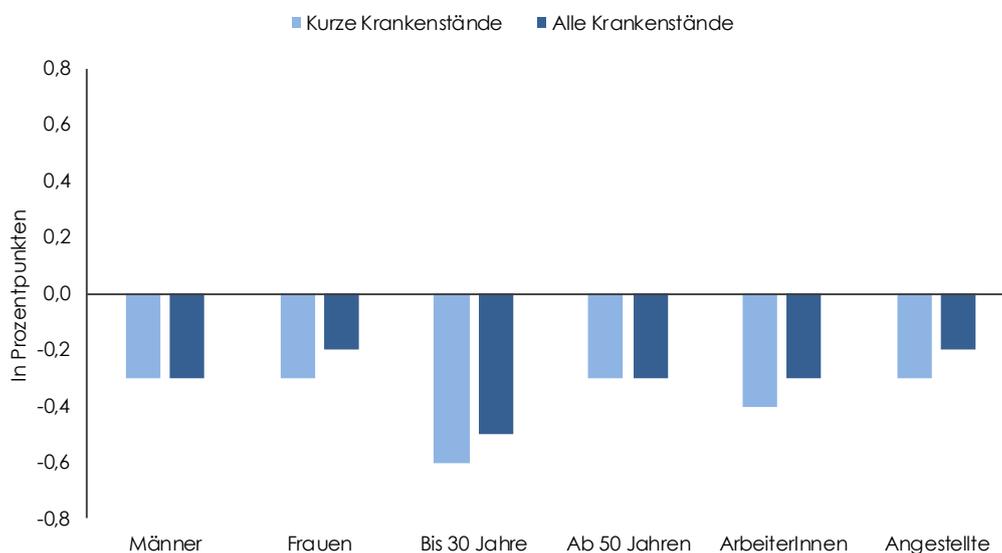
⁷⁷⁾ Um die Belastbarkeit der Ergebnisse zu prüfen, wurden weitere Auswertungen für unterschiedliche Krankendauern (z. B. 1 bis 3 Tage, 4 bis 7 Tage usw.) durchgeführt. Diese ergeben ebenfalls eindeutig, dass Fenstertage weniger Krankenstände haben als andere vergleichbare Wochentage, und werden hier nicht eigens ausgewiesen.

Abbildung 2.10: Krankenstandswahrscheinlichkeit an Fenstertagen, Teil I
2006 bis 2016



Q: INDI-DV, OÖGKK, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2.11: Krankenstandswahrscheinlichkeit an Fenstertagen, Teil II
2006 bis 2016



Q: INDI-DV, OÖGKK, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2.11 zeigt die geschätzten Unterschiede der Krankenstandsquote für mehrere Untergruppen von Beschäftigten. Es wird die Krankenstandsquoten für jede Gruppe separat berechnet, d. h., die Krankenstandsquote für Männer basiert nur auf den Krankmeldungen von Männern in Bezug auf die Anzahl der an diesem Kalendertag beschäftigten Männer.

Weitere Untergruppen, für die die Krankenstandsquote an Fenstertagen geschätzt wurden, sind Frauen, jüngere Beschäftigte (bis 30 Jahre), ältere Beschäftigte (ab 50 Jahren), ArbeiterInnen und Angestellte. Auch diese Unterscheidungen zeigen, dass es an Fenstertagen zu weniger Krankenständen als an regulären Montagen bzw. Freitagen kommt. Weitere Ergebnisse, die hier aus Platzgründen ausgespart wurden, betreffen Untersuchungen für unterschiedliche Einzeljahre sowie eine Unterscheidung nach Wirtschaftssektoren. Auch diese Schätzungen liefern im Kern identische Ergebnisse, wie die hier bereits diskutierten. Schätzungen für unterschiedliche Dauern zeigen, dass der negative Fenstertageeffekt bei den kürzesten Krankenständen (1 bis 3 sowie 4 bis 7 Tage) am stärksten ausgeprägt ist und mit zunehmender Krankenstandsdauer abnimmt bzw. bei den langen Krankenständen verschwindet.

Die Ergebnisse aus unseren Schätzungen sind sehr robust und widersprechen der aus der neoklassischen Theorie abgeleiteten Hypothese, wonach der erhöhte Freizeitwert an Fenstertagen einen erhöhten Absentismus nach sich ziehen sollte. Für diesen Befund können unterschiedliche Erklärungen angeführt werden, ohne dass diese allerdings weiter überprüft werden können. Es kann vermutet werden, dass gerade die Erwartung, dass Fenstertage zu Absentismus verleiten, Beschäftigte dazu veranlassen könnte, an diesen Tagen Fehlzeiten zu vermeiden. Auch Shi – Skuterud (2015) untersuchen, inwiefern es zwischen Wochentagen – allerdings im Zusammenhang mit dem Wetter, nicht mit Fenstertagen – Auffälligkeiten in der Verteilung von Krankenständen gibt. Sie finden zwar im Allgemeinen einen positiven Zusammenhang zwischen guten Wetterbedingungen und erhöhtem Krankenstand, kommen in ihrer Studie aber zum Schluss, dass dieser Effekt an Montagen oder Freitagen überraschenderweise nicht höher, sondern geringer ist. Die Autoren schlussfolgern, dass gerade der offensichtliche Vorteil eines Fehltags unmittelbar vor oder nach dem Wochenende dazu führen könnte, dass die Beschäftigten bei Krankmeldungen an solchen Tagen besonders vorsichtig sind. Ein weiterer Grund, warum in Österreich Krankenstände an Fenstertagen relativ seltener sind, könnte darin liegen, dass Beschäftigte an diesen Tagen eher einen Urlaubstag in Anspruch nehmen, da sie dann nicht ortsgebunden sind. Krankgemeldete Personen haben zwar Ausgang für dringende private Besorgungen (z. B. Medikamentenkauf oder Arztbesuche), müssen aber mit Kontrollen durch die Sozialversicherung rechnen, die regelmäßig krankgemeldete Personen auf möglichen Missbrauch des Krankenstands überprüft. Ein dritter Erklärungsfaktor für die niedrige Krankenstandsquote an Fenstertagen könnte darin liegen, dass auch die Zahl der offenen Arztpraxen an diesen Tagen niedriger ist und dementsprechend Beschäftigte veranlasst sein könnten, soweit es möglich ist, eine Krankmeldung bzw. den Arztbesuch zu vermeiden.

2.5 Handlungsfelder zur Reduktion von Absentismus und Präsentismus

Die verfügbaren Daten und Erkenntnisse zeigen, dass sowohl Präsentismus als auch Absentismus relevante Bestandteile der österreichischen Arbeitswelt sind. Sie schlagen sich über unterschiedliche Wirkungskanäle auf die Wirtschaft und die Gesellschaft nieder. Präsentismus ist trotz des Rückgangs im letzten Jahrzehnt schon aufgrund seiner starken Verbreitung – jede

zweite Person geht im Jahresverlauf mindestens einmal krank in die Arbeit – ein wichtiger gesundheitlicher Indikator für die Erwerbsbevölkerung. Krankenstandsmissbrauch ist auf einen kleineren Beschäftigtenkreis eingegrenzt und als Phänomen schwerer erfassbar sowie weniger gut erforscht als Präsentismus. Aus der verfügbaren Evidenz lassen sich dennoch einige Muster ableiten, beispielsweise dass Absentismus tendenziell bei jüngeren Arbeitskräften öfter anzutreffen ist als bei älteren.

Trotz der vielen Unterschiede in Bezug auf ihre Ursachen und auf ihre Folgen weisen Absentismus und Präsentismus mehrere Parallelen auf. Es handelt sich in beiden Fällen um multidimensionale Probleme, die über unterschiedliche Handlungsfelder angesprochen werden können. Ein gemeinsamer Nenner besteht darin, dass die betriebliche Ebene einen wichtigen Ansatzpunkt zur Steuerung beider Verhaltensformen darstellt. Sowohl Absentismus als auch Präsentismus werden durch die Unternehmenskultur und durch andere tätigkeits- und organisationsbezogene Faktoren beeinflusst, weshalb diese auch wichtige Hebel für ihre Reduktion darstellen. Neben der betrieblichen Ebene sind weitere Ansatzpunkte relevant, wie beispielsweise der Krankschreibungsprozess, die Kontrollsysteme bei Krankenstand und im Allgemeinen die Rahmenbedingungen für Arbeit und Beschäftigung. In einigen Fällen kann zwischen den Zielsetzungen der Reduktion von Absentismus einerseits und Präsentismus andererseits ein potentieller Zielkonflikt bestehen. Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu können, werden hier in der Folge Handlungsfelder und Ansätze zur Reduktion von Absentismus und Präsentismus diskutiert.

Die betriebliche Handlungsebene ist für Präsentismus besonders wichtig, weil dadurch sowohl die Präsentismusentscheidung als auch die dem Präsentismus zugrundeliegende gesundheitliche Situation der Beschäftigten beeinflusst werden können.

Tätigkeits- und organisationsbezogene Merkmale wie die Arbeitsanforderungen, die Arbeitsorganisation, der Führungsstil und im Allgemeinen die Unternehmens- bzw. Organisationskultur sind für Präsentismus besonders wichtige Handlungsfelder. Belastungsreduzierende und ressourcenstärkende Arbeitsbedingungen stellen gemeinsam mit einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur und einem ganzheitlichen Gesundheitsmanagement im Betrieb positive Gesundheitsfaktoren dar. Effektive betriebliche Gesundheitsförderung erfordert die Partizipation der MitarbeiterInnen sowie einen ganzheitlichen Zugang, der gleichermaßen Verhaltens- und Verhältnisprävention inkludiert. Zur konkreten Umsetzung gibt es eine umfangreiche Literatur, die auch auf eine Fülle an guten Praxisbeispielen zurückgreifen kann (z. B. Badura et al., 2011).

Die betriebliche Ebene ist aber – zusätzlich dazu – ein wichtiger Ansatzpunkt, um die Präsentismusneigung zu reduzieren. Diesbezüglich können vor allem zwei Handlungsfelder identifiziert werden: Einerseits die Gestaltung der Arbeitsabläufe und der Arbeitsorganisation. Wie wir gesehen haben, sehen sich Beschäftigte oft aufgrund ihrer Arbeitsbelastung bzw. der fehlenden Vertretung veranlasst, trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung zu arbeiten. Darüber

hinaus prägt andererseits die Unternehmenskultur als solche den Umgang der Beschäftigten mit Fehlzeiten und Gesundheit. Merkmale einer problematischen "Präsentismuskultur" sind beispielsweise die Fokussierung auf Anwesenheit und geleistete Arbeitsstunden als Leistungsparameter oder auch ein allgemeines Misstrauen gegenüber den Fehlzeiten der MitarbeiterInnen (siehe *Ferreira et al.*, 2015). Es ist vor allem Aufgabe der Führungskräfte, die für die Weiterentwicklung der Unternehmenskultur Verantwortung tragen, entsprechende Akzente zu setzen und einer solchen Präsentismuskultur entgegenzuwirken.

Um die Etablierung von Präsentismus als soziale Norm in der Organisation zu vermeiden, können auf betrieblicher Ebene auch konkrete Schritte im Bereich des Gesundheitsmanagements und der gesundheitlichen Förderung gesetzt werden (z. B. Schulungen und Sensibilisierungsmaßnahmen). Dazu gehört auch die Erkenntnis, dass der ausschließliche Fokus auf krankheitsbedingte Fehlzeiten als gesundheitlicher und betriebswirtschaftlicher Indikator zu einem irreführenden Bild verleiten kann. Tatsächlich sind etliche Unternehmen dazu übergegangen, die Gesundheitsquote als Indikator heranzuziehen und somit ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf die Anwesenheit ihrer MitarbeiterInnen anstelle der Abwesenheit zu legen (*Ulich – Wülser*, 2018). Die Befassung mit den Anwesenden soll dazu dienen, deren Arbeitssituation zu beleuchten und protektive Gesundheitsmerkmale zu bestimmen, aber auch zu hinterfragen, inwiefern die geringe Fehlzeitenquote Ausdruck von Präsentismus sein könnte. Die Berücksichtigung der Gesundheitsquote bedeutet jedoch nur dann einen Fortschritt, wenn parallel dazu auch Maßnahmen gesetzt werden, mit denen verstärkt auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen eingegangen wird und die Bereitschaft entsteht, bei Bedarf die Arbeitsbedingungen anzupassen. Zu diesen Maßnahmen kann auch die Erfassung von Präsentismus zählen, wozu in den vergangenen Jahren eigene Tools wie z. B. eine App-gestützte Echtzeiterhebung entwickelt wurden (*Strasser et al.*, 2017).

Absentismus kann auf betrieblicher Ebene durch präventive Maßnahmen verringert werden, dazu zählen eine motivationsfördernde Gestaltung der Arbeitstätigkeit und die Aufrechterhaltung des "psychologischen Vertrags". Weitere Hebel sind Anreizmechanismen aber auch reaktive Maßnahmen.

In Bezug auf Absentismus können auf betrieblicher Ebene ebenfalls unterschiedliche Ansatzpunkte festgehalten werden. Da Absentismus eine starke motivationale Komponente hat, liegt ein Hebel zur Bekämpfung dieses Phänomens in der Förderung von Arbeitszufriedenheit und in der Vermeidung von Gratifikationskrisen. Das betrifft einerseits das konkrete Tätigkeitsprofil: Arbeitsmerkmale wie Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit der Aufgabe und Autonomie, die auch einen positiven Effekt auf die Arbeitszufriedenheit haben, senken die Absentismuswahrscheinlichkeit (*Nerdinger*, 2008). Andererseits geht es darum, durch entsprechende Wertschätzung und Unterstützung bzw. durch ein ausgewogenes Verhältnis aus Anforderungen und Belohnungen sicherzustellen, dass aus Sicht der MitarbeiterInnen der "psychologische Vertrag" aufrechterhalten wird. Diese Ansatzpunkte können der präventiven Handlungsebene zugeordnet werden, d. h. einer Gestaltung der betrieblichen Rahmenbedingungen,

die vorbeugend auf die Entstehung von Absentismus einwirken. Zu präventiven Zwecken kann die Verabschiedung und betriebsweite Kommunikation von Richtlinien ethischen Verhaltens zweckmäßig sein, die auch Sanktionen bei Fehlverhalten festlegen. Bei diesem wie bei anderen Instrumenten zur Festigung der Unternehmenskultur gilt, dass die Wirksamkeit nur dann gegeben ist, wenn die Richtlinien für die MitarbeiterInnen nachvollziehbar und glaubwürdig sind.

Dienstgeber können das Fehlzeitenverhalten ihrer MitarbeiterInnen auch durch entsprechende Kontroll- und Anreizmechanismen beeinflussen. Wie bei allen betrieblichen Maßnahmen sollte die Umsetzung vereinzelter, isolierter Maßnahmen vermieden und eine ganzheitliche Strategie entworfen werden, die den unterschiedlichen Zielen und potentiellen Zielkonflikten gerecht wird. Das gilt beispielsweise für den Einsatz von "Anwesenheitsprämien", die dann ausbezahlt werden, wenn Beschäftigte im Jahresverlauf keine oder nur wenige Fehltag aufweisen. Anders als in Deutschland, wo sie in vielen Betrieben eingesetzt werden, sind Anwesenheitsprämien in Österreich arbeitsrechtlich unzulässig. Wie der Oberste Gerichtshof (OGH) festgehalten hat, widersprechen solche Prämien der Zielsetzung der Lohnfortzahlungsbestimmungen, weil sie kranke ArbeitnehmerInnen dazu veranlassen können, auf ihre Krankheit keine Rücksicht zu nehmen⁷⁸⁾. Eine andere Möglichkeit sind leistungsorientierte Lohnkomponenten, die indirekt auch die Anwesenheit fördern. Auch in diesem Fall gilt es zu bedenken, dass Anreizsysteme mitunter unbeabsichtigte Verhaltensanpassungen nach sich ziehen können. *Nerdinger* (2008) empfiehlt in Bezug auf kontraproduktives Verhalten, zunächst eine Analyse des (potentiellen) Umfangs und der Kosten des Problems im Unternehmen vorzunehmen, um in weiteren Schritten Maßnahmen zu entwerfen, die auch in einer Kosten-Nutzen-Perspektive adäquat sind.

Die betrieblichen Maßnahmen können auch reaktiven Charakter haben, d. h. auf bereits stattgefundenene Fehlzeiten eingehen. Ein klassisches Instrument des betrieblichen Umgangs mit Fehlzeiten sind Rückkehrgespräche, die auch dazu genutzt werden können, ein bestimmtes Maß an Kontrolle zu signalisieren. Aufgrund des disziplinierenden Charakters und der starken Fokussierung auf die Fehlzeiten (statt auf ein breiteres Gesundheitsverständnis) wird dieses Instrument, das in der Praxis meistens aus einem strukturierten Interview mit dem bzw. der Vorgesetzten besteht, in der einschlägigen Literatur mitunter kritisch bewertet (z. B. *Pfaff*, 2002). Weitere reaktive Maßnahmen betreffen eine mögliche Erweiterung der Nachweispflicht bei Krankenstand – in Österreich sieht das Gesetz vor, dass der Dienstgeber bereits ab dem ersten Fehltag eine ärztliche Krankschreibung zur Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit einfordern kann – sowie das Einschalten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherungsträger zur Überprüfung des Krankenstands.

⁷⁸⁾ Siehe OGH 16.11.1988 9ObA283/88 und OGH 30.6.2005 8ObA72/04b.

Die Krankenversicherungsträger führen eine hohe Anzahl an Kontrollen durch. Ein verstärkter Austausch zwischen den Trägern kann den bisherigen Wissens- und Erfahrungsstand sichern und die Evaluation der bisherigen Maßnahmen fördern.

Die Krankenversicherungsträger üben im Rahmen ihrer Kontrolltätigkeit eine wichtige Rolle für die Bekämpfung und Sanktionierung von Absentismus aus. Wie aus den verfügbaren Daten und Informationen hervorgeht (Textkasten 2.4), werden Kontrollinstrumente wie Hausbesuche und Vorladungen intensiv eingesetzt, wobei vor allem im Hinblick auf die Gewichtung der Maßnahmen zwischen den einzelnen Trägern größere Unterschiede bestehen. Diese Unterschiede können zum Teil durch spezifische regionale Merkmale (Wirtschaftsstruktur, Betriebsgrößen usw.) erklärt werden, sie dürften aber auch auf unterschiedliche Strategien und Erfahrungswerte in den einzelnen Institutionen zurückzuführen sein. Der Austausch zwischen den Trägern und die gemeinsame Evaluierung der bisher durchgeführten Kontrollmaßnahmen könnten einen Beitrag leisten, um sowohl die Effektivität als auch die Effizienz der Kontrollen zu erhöhen. Ein solcher vertiefter Austausch könnte auch dazu genutzt werden, um das Ausmaß der Verstöße gegen die Krankenordnung genauer zu quantifizieren und zu analysieren.

Textkasten 2.4: Wie werden Krankenstände in Österreich kontrolliert?

In Österreich sind die Krankenversicherungsträger für die Überwachung der Krankenordnung und der Anordnungen der behandelnden ÄrztInnen zuständig. Sie setzen unterschiedliche Kontrollinstrumente ein, um den Krankheitszustand der Versicherten zu überprüfen und Fehlverhalten zu unterbinden. In allen Gebietskrankenkassen stützt sich das Monitoring der Krankenstände auf ein einheitliches Software-Tool, das "Leistungswesen der Gebietskrankenkassen" (LGKK). Mit diesem Tool wird einerseits das Arbeitsunfähigkeitsmanagement abgewickelt und dokumentiert. Andererseits signalisiert das System aufgrund von bestimmten Parametern (z. B. der Diagnose und Dauer des Krankenstands) Fälle, die außerhalb der Norm liegen. In diesen Fällen werden SachbearbeiterInnen aktiv und leiten nach einer händischen Prüfung gegebenenfalls Kontrollmaßnahmen ein. Die beiden wichtigsten Instrumente sind Vorladungen zum chefarztlichen Dienst bzw. zu einem/r VertrauensärztIn sowie Hausbesuche durch KrankenbesucherInnen bzw. Krankenkontrolleure. Darüber hinaus gehen die Gebietskrankenkassen gezielt Hinweisen nach, beispielsweise wenn Dienstgeber eine Überprüfung des Krankenstands anregen.

Im vergangenen Jahr verschickten die österreichischen Gebietskrankenkassen laut eigenen Angaben in Summe rund 1,1 Mio. Vorladungen zum ärztlichen Dienst, wobei nicht alle Vorladungen tatsächlich einen Arztbesuch zur Folge hatten, weil zwischenzeitlich bereits eine Gesundheitsmeldung erfolgte. Darüber hinaus fanden fast 93.000 Hausbesuche statt. Das bedeutet, dass 2017 im Schnitt mehr als ein Fünftel der Krankenstandsfälle – der Beschäftigten und Arbeitslosen – einer Form von Kontrolle unterzogen wurde. Zwischen den einzelnen Gebietskrankenkassen bestehen hinsichtlich des Umfangs und der Gewichtung der einzelnen Maßnahmen zum Teil sehr ausgeprägte Unterschiede. So haben beispielsweise die niederösterreichische und die burgenländische Gebietskrankenkasse die stichprobenartigen Hauskontrollen bei Krankenständen weitgehend abgeschafft, während dieses Instrument in Tirol und Kärnten überproportional stark eingesetzt wird.

Aus den vorliegenden Auswertungen der Gebietskrankenkassen sind keine Rückschlüsse auf die Verbreitung von Absentismus möglich. Beanstandungen und Verwarnungen werden nicht einheitlich erfasst, sie beinhalten darüber hinaus eine breite Palette an Verstößen gegen die Krankenordnung, einschließlich solcher, die mit begründeter Arbeitsunfähigkeit kompatibel sind. Aus den verfügbaren Informationen der Gebietskrankenkassen geht grundsätzlich hervor, dass Verstöße in Relation zum Krankenstandsvolumen geringe Fallzahlen haben.

Ein weiterer institutioneller Hebel zur Vermeidung von Absentismus liegt in der Gestaltung des Krankschreibungsprozesses und in der Rolle der niedergelassenen ÄrztInnen. Das betrifft die erstmalige Krankschreibung genauso wie die Verlängerung bestehender Arbeitsunfähigkeits-episoden. Für Österreich sind keine Untersuchungen bekannt, in denen der Krankschreibungsprozess, seine Qualität und seine potentiellen Problembereiche näher erforscht wurden. Aus den verfügbaren internationalen Studien geht aber klar hervor, dass die Krankschreibung aus Sicht der ÄrztInnen eine schwierige, mit zahlreichen Herausforderungen verknüpfte Aufgabe darstellt (siehe z. B. *Löfgren et al.* 2007, *Werner et al.*, 2012, *Wheat et al.*, 2015). Die Herausforderungen ergeben sich unter anderem aus den Erwartungen der PatientInnen und aus dem Spannungsfeld, in dem sich die ÄrztInnen befinden, die prioritär für die Gesundheit ihrer PatientInnen zuständig sind aber gleichzeitig eine "Gatekeeper"-Stellung innerhalb des Sozialsystems einnehmen. Die Komplexität des Krankschreibungsprozesses schlägt sich auch darin nieder, dass die Krankschreibungen je nach Arzt zum Teil eine signifikante Varianz in der Dauer aufweisen können (*Markussen et al.*, 2011) und dass die Krankenstandsdiagnosen im Laufe der Episoden, vor allem wenn diese länger andauern, oftmals stark abgeändert werden (*Leijon et al.*, 2015).

Aus Interviews mit ÄrztInnen in Norwegen geht hervor, dass das angesprochene Spannungsfeld insbesondere bei längeren oder sich wiederholenden Krankenständen in den Vordergrund tritt, während kurze Krankschreibungen oft weniger eingehend geprüft werden (*Carlsen – Nyborg*, 2017). Bei objektiv nicht überprüfbareren Symptomen, wie beispielsweise Rückenschmerzen, sind die MedizinerInnen auf die Aussagen ihrer PatientInnen angewiesen und können diese nur bedingt hinterfragen bzw. nur anzweifeln, indem sie das Vertrauensverhältnis zu ihren PatientInnen gefährden. Das grundlegende Problem der asymmetrischen Information, das diesem Dilemma zugrunde liegt, kann nicht restlos beseitigt werden. Ein möglicher Handlungsansatz besteht in der Erarbeitung von einheitlichen Richtlinien und der Bereitstellung von Informationen, die die ÄrztInnen bei der Krankschreibung unterstützen können. Schweden führte 2008 Ärzt Richtlinien für die Krankschreibung ein, mit allgemeinen Empfehlungen für die Handhabung des Krankenstands und diagnosespezifischen Referenzwerten für dessen Dauer und Ausmaß (Teilzeit, Vollzeit). Die Richtlinien wurden von den ÄrztInnen mehrheitlich positiv bewertet, vor allem im Hinblick auf die sich daraus ergebenden Erleichterungen im Umgang mit PatientInnen und den Ausbau von Kompetenzen (*Skånér et al.*, 2011). Zielsetzung dieser Richtlinien war allerdings nicht vordergründig die Bekämpfung von Missbrauch, sondern eine stärkere Verzahnung der unterschiedlichen Teilsysteme des

Gesundheitssystem, mit besonderem Blick auf die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und die Vermeidung von Invalidität.

In Österreich stehen die Krankenversicherungsträger mit ihren VertragsärztInnen in engem Kontakt, nicht zuletzt infolge des laufenden Austauschs und Feedbacks bei der Abklärung von problematischen Krankenstandsfällen. Ähnlich wie im Fall der Kontrolltätigkeiten könnte auch in diesem Bereich ein verstärkter Austausch zwischen den Krankenversicherungsträgern den bisherigen Erfahrungs- und Wissensstand absichern und eine gute Basis für Innovationen sein, z. B. in Form von einheitlichen Richtlinien für den Krankschreibungsprozess.

Das Fehlzeitenverhalten kann im weiteren Sinne auf der Makroebene durch Änderungen der Rahmenbedingungen von Arbeit und Beschäftigung beeinflusst werden.

Zusätzlich zu den bereits angesprochenen Handlungsfeldern kann das Fehlzeitenverhalten auch durch Änderungen der Rahmenbedingungen beeinflusst werden, die auf Makroebene die Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen prägen. In Bezug auf Präsentismus gilt grundsätzlich, dass alle Veränderungen mit einem positiven Effekt auf den gesundheitlichen Zustand und die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten das Präsentismusrisiko ebenso wie das Krankenstandsrisiko senken können. Angesichts der Struktur der österreichischen Wirtschaft ist bei der Konzeption von Maßnahmen und Unterstützungsangeboten eine besondere Rücksichtnahme auf kleine und mittelgroße Unternehmen (KMU) geboten, da diese nicht in gleichem Ausmaß wie Großbetriebe bei der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Ausrichtung ihrer Unternehmenskultur an gesundheitsfördernde Ziele auf interne Kompetenzen und Ressourcen zurückgreifen können.

Obwohl in der Mehrheit der Fälle das Pflichtgefühl gegenüber den KollegInnen und die Verantwortung für die eigene Arbeit entscheidende Beweggründe für Präsentismus sind, ist die vergleichsweise kleine Gruppe, die aufgrund von Sorge um den Arbeitsplatz trotz Krankheit arbeiten geht, eine besonders vulnerable Kategorie. Es handelt sich überproportional oft um Personen, die in saisonalen Branchen tätig sind, ein niedriges Qualifikationsprofil haben und/oder mit einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko konfrontiert sind. Arbeitsplatzunsicherheit und die Angst vor negativen beruflichen Konsequenzen sind für die Betroffenen aufgrund des dadurch entstehenden Drucks bis hin zu existentiellen Ängsten durch den möglichen Jobverlust von besonderer Bedeutung. Vor diesem Hintergrund können Maßnahmen, die sich positiv auf die Beschäftigungsstabilität und die Arbeitsmarktperspektiven vulnerabler Gruppen auswirken, indirekt auch einen Beitrag zu einem "gesunden" Umgang mit Fehlzeiten leisten. Ein konkreter Ansatzpunkt sind in diesem Zusammenhang Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik in den Bereichen Vermittlung, Qualifizierung und Beschäftigungsförderung mit dem Ziel, die Arbeitsmarkteinbindung der betroffenen Arbeitskräfte zu verbessern und stabilisieren.

Abschließend sei noch darauf hingewiesen, dass eine angemessene "policy response" auf Absentismus und Präsentismus ein laufendes Monitoring dieser Phänomene sowie ein verbessertes Verständnis ihrer Wirkungszusammenhänge voraussetzt. Wie auch der vorliegende

Bericht zeigt, können derzeit viele wichtige Fragen nicht oder nicht ausschöpfend beantwortet werden. Das betrifft beispielsweise die tatsächliche Verbreitung von Absentismus oder die Gründe, weshalb für das letzte Jahrzehnt ein Rückgang des Präsentismus beobachtet werden kann. Diese und weitere grundlegende, offene Fragen belegen die Notwendigkeit, zusätzliche Daten zu erheben und weiterführende Untersuchungen durchzuführen.

Literaturhinweise

- Allen, S. G., "An empirical model of work attendance", *Review of Economics and Statistics*, 1981, 63(1), S. 77-87.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., "Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2005, 47(9), S. 958–966.
- Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz*, Berlin–Heidelberg, 2000.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen*, Berlin–Heidelberg, 2005.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit*, Berlin–Heidelberg, 2006.
- Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit*, Berlin–Heidelberg, 2008.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit*, Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg, 2011.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2018.
- Barmby, T., Stephan, G., *Worker absenteeism: Why firm size may matter*, *The Manchester School*, 2000, 68(5), S. 568-577.
- Bergendorff, S., *Sickness absence in Europe – a comparative study*, National Social Insurance Board Sweden, 2003, [Link zum Dokument](#).
- Biffi, G., "Der Krankenstand in Österreich und sein Effekt auf das Arbeitsvolumen", *WIFO Working Paper*, 1999, (124).
- Biffi, G., "Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator", *WIFO-Monatsberichte*, 2002, 75(1), S. 39-52.
- Biffi, G., "Sozialhilfe – Armutsbekämpfung an der Schnittstelle zum Arbeitsmarkt", *WIFO-Monatsberichte*, 2007, 80(9), S. 731-746, [Link zum Dokument](#).
- Biffi, G., Leoni, Th., *Arbeitsbedingte Erkrankungen. Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen*, WIFO, Wien, 2008, [Link zum Dokument](#).
- Böckerman, P., Laukkanen, E. (2010A), "What makes you work while you are sick? Evidence from a survey of workers", *European Journal of Public Health*, 2010, 20(1), S. 43-46.
- Böckerman, P., Laukkanen, E. (2010B), "Predictors of sickness absence and presenteeism: does the pattern differ by a respondent's health?", *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 2010, 52(3), S. 332-335.
- Bowling, N. A., Eschleman, K. J., "Employee personality as a moderator of the relationships between work stressors and counterproductive work behavior", *Journal of occupational health psychology*, 2010, 15(1), S. 91-103.
- Bradley, S., Green, C., Leeves, G., "Worker absence and shirking: Evidence from matched teacher-school data", *Labour Economics*, 2007, 14(3), S. 319-334.
- Brinkmann, R. D., Stapf, K. H., *Innere Kündigung. Wenn der Job zur Fassade wird*, C. H. Beck, München, 2005.
- Brown, S., Sessions, J. G., "The Economics of Absence: Theory and Evidence", *Journal of Economic Surveys*, 1996, 10(1), S. 23-53.
- Bundeskanzleramt (2015A), *Gesundheitsmanagement und Fehlzeiten 2015 im Bundesdienst. Daten und Fakten*, Wien, 2015, [Link zum Dokument](#).
- Bundeskanzleramt (2015B), *Das Personal des Bundes 2015. Daten und Fakten*, Wien, 2015.
- Bundeskanzleramt, *Das Personal des Bundes 2017. Daten und Fakten*, Wien, 2017.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, *Bericht der Bundesregierung über die Lage der Menschen mit Behinderungen in Österreich 2016*, Wien, 2016.
- Carlsen, B., Nyborg, K., *Healer or Gatekeeper? Physicians' Role Conflict When Symptoms Are Non-Verifiable*, *IZA Discussion Papers*, 2017, (10735).
- Case, A., Paxson, C., *Sex Differences in Morbidity and Mortality*, *NBER Working paper*, 2004, (10653).

- De Boer, E. M., Bakker, A. B., Syroit, J. E., Schaufeli, W. B., "Unfairness at work as a predictor of absenteeism", *Journal of Organizational Behavior*, 2002, 23(2), S. 181-197.
- Deaton, A. S., Paxson, C. H., "Aging and inequality in income and health", *American Economic Review*, 1998, 88(2), S. 248-253.
- Drago, R., Wooden, M., "The Determinants of Labour Absence: Economic Factors and Work Group Norms", *Industrial and Labour Relations Review*, 1992, 45, S. 34-47.
- Dupré, D., "Berufsbedingte Gesundheitsschäden in der EU 1998-1999", Eurostat, Statistik kurz gefasst, Luxemburg, 2001, S. 3-17.
- Eppel, R., Leoni, Th., *New Social Risks Affecting Children. A Survey of Risk Determinants and Child Outcomes in the EU*, WIFO Working Paper, 2011, (386).
- Eppel, R., Leoni, Th., Mahringer, H., *Österreich 2025: Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven*, WIFO, Wien, 2016, [Link zum Dokument](#).
- European Agency for Safety and Health at Work, *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health*, Luxemburg, 2007.
- Faller, M., *Innere Kündigung. Ursachen und Folgen*, Rainer Hampp Verlag, München und Mering, 1991.
- Ferreira, A. I., Martinez, L. F., Cooper, C., Gui, D. M., "LMX as a negative predictor of presenteeism climate: A cross-cultural study in the financial and health sectors", *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 2015, 2(3), S. 282-302.
- Gerich, J., "Sickness presence, sick leave and adjustment latitude", *International journal of occupational medicine and environmental health*, 2014, 27(5), S. 736-746.
- Gerich, J., "Sick at work: methodological problems with research on workplace presenteeism", *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 2015, 15(1), S. 37-53.
- Gustafsson, K., Marklund, S., "Consequences of sickness presence and sickness absence on health and work ability: a Swedish prospective cohort study", *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 2011, 24(2), S. 153-165.
- Hansen, C. D., Andersen, J. H., "Going ill to work – What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism?", *Social Science & Medicine*, 2008, 67(6), S. 956-964.
- Hartman, L., Hesselius, P., Johansson, P., "Effects of eligibility screening in the sickness insurance: Evidence from a field experiment", *Labour Economics*, 2013, 20, S. 48-56.
- Hesselius, P., Nilsson, J. P., Johansson, P., "Sick of Your Colleagues' Absence?", *Journal of the European Economic Association*, 2009, 7(2-3), S. 583-594.
- Hesselius, P., Johansson, P., Vikström, J., "Social behaviour in work absence", *The Scandinavian Journal of Economics*, 2013, 115(4), S. 995-1019.
- Heyde, K., Macco, K., „Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008“, in Badura, B., Schröder, H, Klose, J. Macco, K. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009*, Berlin, Heidelberg, 2010, S. 31-40.
- Hultin, H., Hallqvist, J., Alexanderson, K., Johansson, G., Lindholm, C., Lundberg, I., Möller, J., "Low level of adjustment latitude – a risk factor for sickness absence", *European Journal of Public Health*, 2010, 20(6), S. 682-688.
- Ichino, A., Maggi, G., "Work environment and individual background: Explaining regional shirking differentials in a large Italian firm", *The Quarterly Journal of Economics*, 2000, 115(3), S. 1057-1090.
- Ichino, A., Moretti, E., *Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap*, NBER Working Paper, Cambridge, MA, Juli 2006, (12369).
- Ichino, A., Riphahn, R. T., "The effect of employment protection on worker effort: Absenteeism during and after probation", *Journal of the European Economic Association*, 2005, 3(1), S. 120-143.
- Johansson, G., Lundberg, I., "Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model", *Social Science and Medicine*, 2004, 58(10), S. 1857-1868.
- Johansson, P., Karimi, A., Nilsson, P., *Gender differences in shirking: monitoring or social preferences? Evidence from a field experiment*, IZA Discussion Paper, 2014, (8133).

- Johns, G., "Presenteeism in the workplace: A review and research agenda", *Journal of Organizational Behavior*, 2010, 31(4), S. 519-542.
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Hemingway, H., Shipley M. J., Vahtera, J., Marmot, M. G., "Working while ill as a risk factor for serious coronary events: the Whitehall II study", *American journal of public health*, 2005, 95(1), S. 98-102.
- Korn, G., Schmotzer, B., "Personenbezogene Statistiken 2017", Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Soziale Sicherheit Online, Februar 2018, [Link zum Dokument](#).
- Leijon, O., Josephson, M., Österlund, N., "How common is change of primary diagnosis during an episode of sickness benefit? A register study of medical sickness certificates issued 2010–2012 in Sweden", *Scandinavian journal of public health*, 2015, 43(1), S. 44-51
- Leoni, Th., Fehllezeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehllezeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2011.
- Leoni, Th., Fehllezeitenreport 2012. Krankheits- und unfallbedingte Fehllezeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2012.
- Leoni, Th., Wirkmodell Krankenstand, WIFO, Wien, 2015.
- Leoni, Th., Biffl, G., Guger, A. (2008A), Fehllezeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehllezeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008, [Link zum Dokument](#).
- Leoni, Th., Biffl, G., Guger, A. (2008B), "Krankenstände in Österreich: Bestimmungsfaktoren und Ausblick", WIFO-Monatsberichte, 2008, 81(1), S. 63-76, [Link zum Dokument](#).
- Leoni, Th., Mahringer, H., Fehllezeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehllezeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008.
- Leoni, Th., Schwinger, J., Fehllezeitenreport 2017. Krankheits- und unfallbedingte Fehllezeiten in Österreich – Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt, WIFO, Wien, 2017.
- Lindbeck, A., Palme, M., Persson, M., Job Security and Work Absence: Evidence from a Natural Experiment, CESifo Working Paper, März 2006, (1697).
- Löfgren, A., Hagberg, J., Arrelöv, B., Ponzer, S., Alexanderson, K., "Frequency and nature of problems associated with sickness certification tasks: a cross-sectional questionnaire study of 5455 physicians", *Scandinavian journal of primary health care*, 2007, 25(3), S. 178-185.
- Lu, L., Lin, H. Y., Cooper, C. L., "Unhealthy and present: Motives and consequences of the act of presenteeism among Taiwanese employees", *Journal of Occupational Health Psychology*, 2013, 18(4), S. 406-416.
- Ma, J., Meltzer, D., Yang, L.-Q., Liu, C., "Motivation and presenteeism: The whys and whats", in: Lu, L., Cooper, C. (Hrsg.), *Presenteeism at work*, Cambridge University Press, 2018, S. 97-122.
- Macintyre, S., Hunt, K., Sweeting, H., "Gender Differences in Health: Are Things Really as Simple as They Seem?", *Social Science and Medicine*, 1996, 42(4), S. 617-624.
- Markussen, S., Røed, K., Røgeberg, O. J., Gaure, S., "The anatomy of absenteeism", *Journal of health economics*, 2011, 30(2), S. 277-292.
- Marmot, M.G., Smith, G.D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A., "Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study", *The Lancet*, 1991, 337(8754), S. 1387-1393.
- Marstedt, G., Müller, R., "Ein kranker Stand? Fehllezeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft", zitiert von Badura et al., Fehllezeiten-Report 2004, 2005, S. 279, Berlin, 1998.
- Marstedt, G., Müller, R., Jansen, R., "Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im öffentlichen Dienst", in: Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehllezeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor, Berlin–Heidelberg, 2001, S. 19-37.
- Mason, C. M., Griffin, M. A., "Group Absenteeism and Positive Affective Tone: A longitudinal study", *Journal of Organizational Behavior*, 2003, 24(6), S. 667-687.
- Meggeneder, O., Krankenstände vermeiden – Fehllezeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe, Wien, 2005.
- Mount, M., Ilies, R., Johnson, E., "Relationship of personality traits and counterproductive work behaviors: The mediating effects of job satisfaction", *Personnel psychology*, 2006, 59(3), S. 591-622.
- Nerdinger, F. W., Unternehmensschädigendes Verhalten erkennen und verhindern, Hofgreffe, 2008.
- OECD, Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, 2015.

- Oppolzer, A., "Ausgewählte Bestimmungsfaktoren des Krankenstandes in der öffentlichen Verwaltung – Zum Einfluss von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen auf krankheitsbedingte Fehlzeiten", in: Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz, Berlin, 2000, S. 343-362.
- Pfaff, H., Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie, Gutachten für die Expertenkommission "Betriebliche Gesundheitspolitik" der Bertelsmann-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung, Köln, 2002.
- Pfeifer, C., "Cyclical absenteeism among private sector, public sector and self-employed workers", *Health economics*, 2013, 22(3), S. 366-370.
- Pichler, S., "Sickness absence, moral hazard, and the business cycle", *Health economics*, 2015, 24(6), S. 692-710.
- Pichler, S., Ziebarth, N. R., "The pros and cons of sick pay schemes: Testing for contagious presenteeism and noncontagious absenteeism behavior", *Journal of Public Economics*, 2017, 156, S. 14-33.
- Raml, R., Positive Indikatoren der Gesundheit im Kontext Arbeit, Dissertation, eingereicht am Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz, 2009.
- Richter, D., Berger, K., "Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittstudien", *Psychiatrische Praxis*, 2013, 40, S. 176-182.
- Richter, D., Berger, K., Reker, T., "Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht", *Psychiatrische Praxis*, 2008, 35(7), S. 321-330.
- Riphahn, R., Thalmaier, A., "Behavioral Effects of Probation Periods: An Analysis of Worker Absenteeism", *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 2001, 221(2), S. 179-201.
- Schein, Edgar, Unternehmenskultur. Ein Handbuch für Führungskräfte, Frankfurt 1995.
- Schmidt, J., Schröder, H., "Präsentismus – Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust", in: Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern, Berlin und Heidelberg, Springer, 2010, S. 93-100.
- Schmohl, M., Betriebliche Fehlzeiten. Struktur, Ursache, Auswirkungen und Reduzierungsmöglichkeiten am Beispiel einer fiktiven GmbH & Co. KG, GRIN Verlag, München, 2003.
- Schnabel, C., Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsründe und Reduzierungsmöglichkeiten, Köln, 1997.
- Schreuder, J. A., Roelen, C. A., Koopmans, P. C., Moen, B. E., Groothoff, J. W., "Effort-reward imbalance is associated with the frequency of sickness absence among female hospital nurses: A cross-sectional study", *International Journal of Nursing Studies*, 2010, 47(5), S. 569-576.
- Shi, J., Skuterud, M., "Gone fishing! reported sickness absenteeism and the weather", *Economic Inquiry*, 2015, 53(1), S. 388-405.
- Skagen, K., Collins, A. M., "The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: A systematic review", *Social Science & Medicine*, 2016, 161, S. 169-177.
- Skånér, Y., Nilsson, G. H., Arrelöv, B., Lindholm, C., Hinas, E., Wilteus, A. L., Alexanderson, K., "Use and usefulness of guidelines for sickness certification: results from a national survey of all general practitioners in Sweden", *BMJ open*, 2011, 1(2), S. 1-9.
- Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation, Wien, 2015.
- Statistik Austria, Durchschnittlich geleistete Arbeitszeit, Überstunden, download August 2018, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/arbeitsmarkt/arbeitszeit/durchschnittlich_geleistete_arbeitszeit_ueberstunden/index.html.
- Steinke, M., Badura, B., Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin/Dresden, 2011.
- Störmer, S., Fahr, R., "Individual determinants of work attendance: Evidence on the role of personality", *Applied Economics*, 2013, 45(19), S. 2863-2875.
- Strasser, P., Varesco Kager, N., Häberli, D., Echtzeiterhebung von Präsentismus mit der App now@work® – ein Praxisbericht, *Journal Psychologie des Alltagshandelns*, 2017, 10(2), 36-51.
- Thoursie, P. S., "Reporting sick: are sporting events contagious?", *Journal of Applied Econometrics*, 2004, 19(6), S. 809-823.

- Thoursie, P. S., "Happy birthday! You're insured! Gender differences in work ethics", *Economics Letters*, 94(1), 2007, 141-145.
- Ulich, E., Wülser, M., *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven (7. überarbeitete Auflage)*, Gabler, Wiesbaden, 2018.
- Weiss, A., Absenteeism and Wages, *Economics Letters*, 1985, 19, S. 277-279.
- Wenderlein, U. F., *Analyse hoher Fehlzeiten bei Pflegekräften – Schwerpunkt Arbeitszufriedenheit*, Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm, 2002.
- Werner, E. L., Côté, P., Fullen, B. M., Hayden, J. A., "Physicians' determinants for sick-listing LBP patients: a systematic review", *The Clinical journal of pain*, 2012, 28(4), S. 364-371.
- Wheat, H. C., Barnes, R. K., Byng, R., "Practices used for recommending sickness certification by general practitioners: A conversation analytic study of UK primary care consultations", *Social Science & Medicine*, 2015, 126, S. 48-58.
- Winkelmann, R., "Wages, firm size and absenteeism", *Applied Economics Letters*, 1999, 6(6), S. 337-341.
- Zach, M., *Psychische Erkrankungen und Invalidität*, Sozialpolitische Studienreihe, Band 16, September 2014.

Anhang

Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände

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

| | Krankenstandstage | Versicherte | Krankenstandstage je Versicherte/n | Krankenstandsquote je Versicherte/n in % |
|------|-------------------|-------------|---------------------------------------|---|
| 1970 | 31.974.312 | 2.109.513 | 15,2 | 4,2 |
| 1971 | 32.588.616 | 2.171.881 | 15,0 | 4,1 |
| 1972 | 32.796.717 | 2.224.438 | 14,7 | 4,0 |
| 1973 | 33.787.387 | 2.312.976 | 14,6 | 4,0 |
| 1974 | 34.175.647 | 2.357.968 | 14,5 | 4,0 |
| 1975 | 34.918.804 | 2.354.164 | 14,8 | 4,1 |
| 1976 | 37.432.753 | 2.374.765 | 15,8 | 4,3 |
| 1977 | 37.804.988 | 2.421.101 | 15,6 | 4,3 |
| 1978 | 40.620.453 | 2.434.896 | 16,7 | 4,6 |
| 1979 | 41.285.187 | 2.447.039 | 16,9 | 4,6 |
| 1980 | 42.848.487 | 2.465.244 | 17,4 | 4,8 |
| 1981 | 41.804.312 | 2.473.578 | 16,9 | 4,6 |
| 1982 | 38.403.745 | 2.439.412 | 15,7 | 4,3 |
| 1983 | 36.367.784 | 2.403.182 | 15,1 | 4,1 |
| 1984 | 35.092.561 | 2.406.846 | 14,6 | 4,0 |
| 1985 | 37.254.734 | 2.418.155 | 15,4 | 4,2 |
| 1986 | 37.502.356 | 2.433.107 | 15,4 | 4,2 |
| 1987 | 35.487.121 | 2.434.512 | 14,6 | 4,0 |
| 1988 | 36.262.093 | 2.455.234 | 14,8 | 4,0 |
| 1989 | 38.223.904 | 2.505.830 | 15,3 | 4,2 |
| 1990 | 38.991.163 | 2.571.783 | 15,2 | 4,2 |
| 1991 | 40.260.567 | 2.640.092 | 15,2 | 4,2 |
| 1992 | 41.115.688 | 2.696.645 | 15,2 | 4,2 |
| 1993 | 40.643.743 | 2.695.419 | 15,1 | 4,1 |
| 1994 | 40.211.264 | 2.707.421 | 14,9 | 4,1 |
| 1995 | 40.280.958 | 2.709.693 | 14,9 | 4,1 |
| 1996 | 37.591.022 | 2.686.645 | 14,0 | 3,8 |
| 1997 | 35.511.390 | 2.694.743 | 13,2 | 3,6 |
| 1998 | 35.917.354 | 2.716.316 | 13,2 | 3,6 |
| 1999 | 39.659.222 | 2.748.270 | 14,4 | 4,0 |
| 2000 | 39.204.749 | 2.714.231 | 14,4 | 3,8 |
| 2001 | 37.722.076 | 2.738.890 | 13,8 | 3,6 |
| 2002 | 36.381.849 | 2.734.495 | 13,3 | 3,6 |
| 2003 | 36.158.004 | 2.740.817 | 13,2 | 3,5 |
| 2004 | 34.978.228 | 2.755.760 | 12,7 | 3,5 |
| 2005 | 35.172.049 | 2.790.597 | 12,6 | 3,5 |
| 2006 | 34.188.131 | 2.844.623 | 12,0 | 3,3 |
| 2007 | 36.485.062 | 2.916.015 | 12,5 | 3,4 |
| 2008 | 38.762.041 | 2.983.582 | 13,0 | 3,6 |
| 2009 | 38.699.956 | 2.941.047 | 13,2 | 3,6 |
| 2010 | 38.275.808 | 2.969.677 | 12,9 | 3,5 |
| 2011 | 39.977.321 | 3.036.107 | 13,2 | 3,6 |
| 2012 | 39.671.833 | 3.089.268 | 12,8 | 3,5 |
| 2013 | 40.363.946 | 3.116.306 | 13,0 | 3,5 |
| 2014 | 38.793.698 | 3.145.893 | 12,3 | 3,4 |
| 2015 | 40.270.601 | 3.179.857 | 12,7 | 3,5 |
| 2016 | 40.458.342 | 3.236.840 | 12,5 | 3,4 |
| 2017 | 41.522.418 | 3.310.869 | 12,5 | 3,4 |

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

Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung
ArbeiterInnen und Angestellte

| | Erkrankungsquote in % | Krankenstandsfälle je Versicherte/n | Krankenstandsfälle je Erkrankte/n | Krankenstandstage je Fall |
|------|--------------------------|--|--------------------------------------|------------------------------|
| 1970 | 55,5 | 0,8 | 1,5 | 18,0 |
| 1971 | 55,4 | 0,9 | 1,6 | 17,4 |
| 1972 | 53,3 | 0,8 | 1,6 | 17,7 |
| 1973 | 52,6 | 0,8 | 1,6 | 17,6 |
| 1974 | 52,8 | 0,8 | 1,6 | 17,3 |
| 1975 | 56,0 | 0,9 | 1,6 | 16,8 |
| 1976 | 57,8 | 0,9 | 1,6 | 16,9 |
| 1977 | 57,1 | 0,9 | 1,6 | 17,1 |
| 1978 | 59,7 | 1,0 | 1,7 | 16,5 |
| 1979 | 57,4 | 1,0 | 1,7 | 17,1 |
| 1980 | 59,1 | 1,0 | 1,8 | 16,7 |
| 1981 | 56,4 | 1,0 | 1,8 | 17,1 |
| 1982 | 53,9 | 0,9 | 1,7 | 16,9 |
| 1983 | 54,5 | 1,0 | 1,8 | 15,5 |
| 1984 | 53,7 | 0,9 | 1,7 | 15,7 |
| 1985 | 57,3 | 1,0 | 1,8 | 14,8 |
| 1986 | 60,0 | 1,1 | 1,8 | 14,6 |
| 1987 | 54,0 | 1,0 | 1,8 | 14,6 |
| 1988 | 54,5 | 1,0 | 1,9 | 14,6 |
| 1989 | 58,4 | 1,1 | 1,9 | 13,5 |
| 1990 | 58,0 | 1,1 | 1,9 | 13,4 |
| 1991 | 58,1 | 1,1 | 1,9 | 13,5 |
| 1992 | 58,2 | 1,1 | 2,0 | 13,4 |
| 1993 | 59,0 | 1,1 | 1,9 | 13,4 |
| 1994 | 57,5 | 1,1 | 1,9 | 13,7 |
| 1995 | 58,8 | 1,1 | 1,9 | 13,2 |
| 1996 | 58,0 | 1,1 | 1,9 | 12,9 |
| 1997 | 57,3 | 1,1 | 1,8 | 12,4 |
| 1998 | 56,6 | 1,1 | 1,9 | 12,6 |
| 1999 | 60,6 | 1,2 | 1,9 | 12,5 |
| 2000 | 60,2 | 1,1 | 1,9 | 12,6 |
| 2001 | 58,5 | 1,1 | 1,9 | 12,4 |
| 2002 | 57,9 | 1,1 | 1,9 | 12,2 |
| 2003 | 58,7 | 1,1 | 1,9 | 12,0 |
| 2004 | 56,4 | 1,0 | 1,9 | 12,1 |
| 2005 | 58,9 | 1,1 | 1,9 | 11,5 |
| 2006 | 56,4 | 1,1 | 1,9 | 11,3 |
| 2007 | 59,4 | 1,1 | 1,9 | 11,2 |
| 2008 | 60,9 | 1,2 | 1,9 | 11,1 |
| 2009 | 62,3 | 1,2 | 1,9 | 11,0 |
| 2010 | 59,8 | 1,2 | 2,0 | 10,8 |
| 2011 | 62,4 | 1,2 | 2,0 | 10,6 |
| 2012 | 61,2 | 1,2 | 2,0 | 10,5 |
| 2013 | 63,1 | 1,3 | 2,0 | 10,2 |
| 2014 | 60,1 | 1,2 | 2,0 | 10,3 |
| 2015 | 63,1 | 1,3 | 2,0 | 9,9 |
| 2016 | 62,5 | 1,3 | 2,0 | 9,8 |
| 2017 | 62,7 | 1,3 | 2,1 | 9,7 |

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

Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen
ArbeiterInnen und Angestellte

| | Männer | | | Frauen | | | Insgesamt | | |
|------|--------------|-----------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|
| | Bis 29 Jahre | 30 bis 49 Jahre | 50 bis 64 Jahre | Bis 29 Jahre | 30 bis 49 Jahre | 50 bis 64 Jahre | Bis 29 Jahre | 30 bis 49 Jahre | 50 bis 64 Jahre |
| 1970 | 3,5 | 4,0 | 7,1 | 2,9 | 4,0 | 6,1 | 3,3 | 4,0 | 6,7 |
| 1971 | 3,6 | 4,0 | 6,7 | 3,0 | 3,9 | 5,8 | 3,3 | 3,9 | 6,3 |
| 1972 | 3,6 | 3,9 | 6,5 | 3,0 | 3,8 | 5,7 | 3,3 | 3,9 | 6,2 |
| 1973 | 3,7 | 3,8 | 6,4 | 2,9 | 3,7 | 5,5 | 3,4 | 3,8 | 6,0 |
| 1974 | 3,7 | 3,8 | 6,4 | 2,9 | 3,6 | 5,7 | 3,4 | 3,7 | 6,1 |
| 1975 | 3,8 | 3,9 | 6,7 | 2,9 | 3,5 | 5,7 | 3,4 | 3,8 | 6,2 |
| 1976 | 4,0 | 4,2 | 7,2 | 3,0 | 3,7 | 6,3 | 3,6 | 4,0 | 6,8 |
| 1977 | 4,0 | 4,1 | 7,2 | 2,9 | 3,6 | 6,3 | 3,5 | 3,9 | 6,8 |
| 1978 | 4,4 | 4,4 | 7,5 | 3,2 | 3,8 | 6,8 | 3,9 | 4,1 | 7,2 |
| 1979 | 4,3 | 4,4 | 7,9 | 3,1 | 3,9 | 7,2 | 3,8 | 4,2 | 7,6 |
| 1980 | 4,5 | 4,5 | 8,2 | 3,3 | 3,9 | 7,5 | 4,0 | 4,3 | 7,9 |
| 1981 | 4,2 | 4,4 | 8,3 | 3,1 | 3,9 | 7,7 | 3,7 | 4,2 | 8,0 |
| 1982 | 3,9 | 4,0 | 8,3 | 2,8 | 3,5 | 7,4 | 3,4 | 3,8 | 8,0 |
| 1983 | 3,8 | 4,0 | 7,9 | 2,8 | 3,5 | 6,7 | 3,3 | 3,7 | 7,5 |
| 1984 | 3,7 | 3,8 | 7,6 | 2,7 | 3,4 | 6,7 | 3,2 | 3,6 | 7,3 |
| 1985 | 3,9 | 4,0 | 7,9 | 2,9 | 3,7 | 7,2 | 3,5 | 3,9 | 7,7 |
| 1986 | 3,9 | 4,1 | 7,8 | 3,0 | 3,8 | 7,2 | 3,5 | 4,0 | 7,6 |
| 1987 | 3,7 | 3,9 | 7,5 | 2,8 | 3,6 | 6,7 | 3,3 | 3,7 | 7,2 |
| 1988 | 3,8 | 3,8 | 7,9 | 2,8 | 3,6 | 7,3 | 3,3 | 3,7 | 7,7 |
| 1989 | 4,0 | 4,1 | 7,3 | 3,1 | 3,8 | 6,9 | 3,6 | 3,9 | 7,1 |
| 1990 | 4,0 | 4,0 | 7,1 | 3,1 | 3,7 | 6,7 | 3,6 | 3,9 | 6,9 |
| 1991 | 4,0 | 4,0 | 7,1 | 3,1 | 3,7 | 6,9 | 3,5 | 3,9 | 7,0 |
| 1992 | 4,0 | 4,1 | 7,0 | 3,0 | 3,7 | 6,9 | 3,5 | 3,9 | 7,0 |
| 1993 | 3,9 | 4,0 | 7,0 | 2,9 | 3,7 | 7,0 | 3,4 | 3,9 | 7,0 |
| 1994 | 3,8 | 3,9 | 7,3 | 2,7 | 3,5 | 7,1 | 3,3 | 3,8 | 7,2 |
| 1995 | 3,9 | 3,9 | 7,2 | 2,8 | 3,5 | 7,0 | 3,4 | 3,7 | 7,1 |
| 1996 | 3,6 | 3,7 | 6,8 | 2,7 | 3,3 | 6,6 | 3,1 | 3,5 | 6,7 |
| 1997 | 3,5 | 3,5 | 6,1 | 2,6 | 3,1 | 6,0 | 3,0 | 3,3 | 6,0 |
| 1998 | 3,4 | 3,5 | 6,3 | 2,7 | 3,0 | 5,8 | 3,1 | 3,3 | 6,1 |
| 1999 | 3,7 | 3,7 | 6,9 | 2,9 | 3,4 | 6,6 | 3,4 | 3,6 | 6,8 |
| 2000 | 3,6 | 3,6 | 6,8 | 2,9 | 3,3 | 6,6 | 3,2 | 3,5 | 6,7 |
| 2001 | 3,5 | 3,4 | 6,1 | 2,8 | 3,2 | 6,1 | 3,2 | 3,3 | 6,1 |
| 2002 | 3,4 | 3,3 | 5,8 | 2,7 | 3,1 | 5,8 | 3,0 | 3,2 | 5,8 |
| 2003 | 3,3 | 3,2 | 5,7 | 2,6 | 3,0 | 5,6 | 2,9 | 3,1 | 5,7 |
| 2004 | 3,1 | 3,1 | 5,6 | 2,4 | 2,9 | 5,5 | 2,8 | 3,0 | 5,6 |
| 2005 | 3,2 | 3,1 | 5,2 | 2,4 | 2,9 | 5,1 | 2,8 | 3,0 | 5,2 |
| 2006 | 3,0 | 3,0 | 5,0 | 2,3 | 2,8 | 4,9 | 2,7 | 2,9 | 4,9 |
| 2007 | 3,1 | 3,1 | 5,1 | 2,4 | 2,9 | 5,0 | 2,8 | 3,0 | 5,1 |
| 2008 | 3,2 | 3,1 | 5,3 | 2,5 | 3,1 | 5,1 | 2,9 | 3,1 | 5,2 |
| 2009 | 3,1 | 3,1 | 5,7 | 3,0 | 3,3 | 5,7 | 3,1 | 3,2 | 5,7 |
| 2010 | 3,0 | 3,0 | 5,6 | 2,9 | 3,2 | 5,5 | 3,0 | 3,1 | 5,6 |
| 2011 | 3,1 | 3,1 | 5,4 | 3,1 | 3,4 | 5,5 | 3,1 | 3,2 | 5,5 |
| 2012 | 3,0 | 3,0 | 5,3 | 3,0 | 3,3 | 5,4 | 3,0 | 3,1 | 5,3 |
| 2013 | 3,0 | 3,0 | 5,3 | 3,0 | 3,3 | 5,3 | 3,0 | 3,1 | 5,3 |
| 2014 | 2,9 | 2,8 | 5,0 | 2,9 | 3,1 | 5,1 | 2,9 | 2,9 | 5,0 |
| 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 |

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

Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht
ArbeiterInnen und Angestellte

| | Männer | | | Arbeiter In % | Frauen | | Insgesamt |
|------|----------|-------------|-----------|------------------|-------------|-----------|-----------|
| | Arbeiter | Angestellte | Insgesamt | | Angestellte | Insgesamt | |
| 1970 | 5,1 | 2,5 | 4,3 | 4,6 | 3,0 | 3,9 | 4,2 |
| 1971 | 5,0 | 2,5 | 4,3 | 4,5 | 3,0 | 3,9 | 4,1 |
| 1972 | 5,0 | 2,4 | 4,2 | 4,6 | 2,8 | 3,8 | 4,0 |
| 1973 | 5,1 | 2,4 | 4,2 | 4,6 | 2,7 | 3,7 | 4,0 |
| 1974 | 5,0 | 2,4 | 4,2 | 4,6 | 2,7 | 3,7 | 4,0 |
| 1975 | 5,3 | 2,5 | 4,4 | 4,6 | 2,8 | 3,6 | 4,1 |
| 1976 | 5,7 | 2,6 | 4,6 | 4,9 | 2,9 | 3,9 | 4,3 |
| 1977 | 5,6 | 2,6 | 4,6 | 4,9 | 2,9 | 3,8 | 4,3 |
| 1978 | 6,1 | 2,8 | 4,9 | 5,3 | 3,1 | 4,1 | 4,6 |
| 1979 | 6,2 | 2,8 | 5,0 | 5,4 | 3,1 | 4,1 | 4,6 |
| 1980 | 6,4 | 2,8 | 5,1 | 5,6 | 3,1 | 4,2 | 4,8 |
| 1981 | 6,2 | 2,8 | 5,0 | 5,5 | 3,1 | 4,2 | 4,6 |
| 1982 | 5,8 | 2,8 | 4,7 | 4,9 | 2,9 | 3,8 | 4,3 |
| 1983 | 5,7 | 2,7 | 4,5 | 4,8 | 2,7 | 3,6 | 4,1 |
| 1984 | 5,5 | 2,6 | 4,4 | 4,7 | 2,6 | 3,5 | 4,0 |
| 1985 | 5,8 | 2,7 | 4,6 | 5,0 | 2,8 | 3,7 | 4,2 |
| 1986 | 5,8 | 2,6 | 4,6 | 5,1 | 2,8 | 3,8 | 4,2 |
| 1987 | 5,5 | 2,5 | 4,3 | 4,9 | 2,6 | 3,6 | 4,0 |
| 1988 | 5,6 | 2,5 | 4,4 | 5,0 | 2,7 | 3,6 | 4,0 |
| 1989 | 5,7 | 2,6 | 4,5 | 5,2 | 2,8 | 3,8 | 4,2 |
| 1990 | 5,7 | 2,5 | 4,4 | 5,2 | 2,9 | 3,8 | 4,2 |
| 1991 | 5,7 | 2,5 | 4,4 | 5,3 | 2,9 | 3,8 | 4,2 |
| 1992 | 5,7 | 2,6 | 4,5 | 5,2 | 2,9 | 3,8 | 4,2 |
| 1993 | 5,6 | 2,7 | 4,4 | 5,1 | 3,0 | 3,8 | 4,1 |
| 1994 | 5,6 | 2,6 | 4,4 | 5,0 | 2,9 | 3,7 | 4,1 |
| 1995 | 5,6 | 2,7 | 4,4 | 5,0 | 2,9 | 3,7 | 4,1 |
| 1996 | 5,3 | 2,6 | 4,1 | 4,7 | 2,8 | 3,5 | 3,8 |
| 1997 | 5,0 | 2,4 | 3,9 | 4,5 | 2,6 | 3,3 | 3,6 |
| 1998 | 5,0 | 2,4 | 3,9 | 4,6 | 2,6 | 3,3 | 3,6 |
| 1999 | 5,4 | 2,7 | 4,2 | 5,0 | 2,9 | 3,6 | 4,0 |
| 2000 | 5,2 | 2,6 | 4,1 | 5,0 | 2,9 | 3,6 | 3,9 |
| 2001 | 5,0 | 2,4 | 3,9 | 4,8 | 2,8 | 3,4 | 3,7 |
| 2002 | 4,7 | 2,4 | 3,7 | 4,6 | 2,7 | 3,3 | 3,5 |
| 2003 | 4,7 | 2,4 | 3,7 | 4,5 | 2,7 | 3,2 | 3,5 |
| 2004 | 4,5 | 2,3 | 3,5 | 4,3 | 2,5 | 3,1 | 3,3 |
| 2005 | 4,5 | 2,3 | 3,5 | 4,2 | 2,6 | 3,1 | 3,3 |
| 2006 | 4,3 | 2,2 | 3,3 | 4,1 | 2,5 | 3,0 | 3,2 |
| 2007 | 4,4 | 2,3 | 3,5 | 4,3 | 2,6 | 3,1 | 3,3 |
| 2008 | 4,6 | 2,3 | 3,6 | 4,8 | 3,0 | 3,5 | 3,6 |
| 2009 | 4,6 | 2,5 | 3,6 | 4,8 | 3,1 | 3,6 | 3,6 |
| 2010 | 4,4 | 2,4 | 3,5 | 4,7 | 3,1 | 3,6 | 3,5 |
| 2011 | 4,4 | 2,5 | 3,5 | 4,8 | 3,3 | 3,7 | 3,6 |
| 2012 | 4,3 | 2,4 | 3,4 | 4,7 | 3,2 | 3,6 | 3,5 |
| 2013 | 4,3 | 2,5 | 3,4 | 4,7 | 3,3 | 3,7 | 3,5 |
| 2014 | 4,1 | 2,4 | 3,3 | 4,5 | 3,1 | 3,5 | 3,4 |
| 2015 | 4,1 | 2,5 | 3,4 | 4,5 | 3,3 | 3,6 | 3,5 |
| 2016 | 4,1 | 2,4 | 3,3 | 4,5 | 3,2 | 3,6 | 3,4 |
| 2017 | 4,1 | 2,4 | 3,3 | 4,5 | 3,2 | 3,6 | 3,4 |

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

Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt
ArbeiterInnen und Angestellte

| | Land- und Forstwirtschaft | Industrie | Bauwesen | Dienstleistungen (einschließlich Energie) |
|------|---------------------------|-----------|----------|--|
| | In % | | | |
| 1970 | 4,3 | 4,8 | 5,0 | 3,3 |
| 1971 | 4,2 | 4,6 | 5,1 | 3,3 |
| 1972 | 4,2 | 4,7 | 4,8 | 3,2 |
| 1973 | 4,3 | 4,6 | 4,8 | 3,1 |
| 1974 | 3,4 | 4,5 | 4,9 | 3,2 |
| 1975 | 4,1 | 4,6 | 5,3 | 3,2 |
| 1976 | 4,4 | 5,0 | 5,7 | 3,4 |
| 1977 | 4,3 | 4,9 | 5,8 | 3,4 |
| 1978 | 4,4 | 5,2 | 6,2 | 3,6 |
| 1979 | 4,7 | 5,3 | 6,5 | 3,6 |
| 1980 | 4,8 | 5,5 | 6,5 | 3,7 |
| 1981 | 4,9 | 5,3 | 6,3 | 3,7 |
| 1982 | 4,7 | 4,9 | 6,1 | 3,5 |
| 1983 | 4,6 | 4,7 | 6,0 | 3,4 |
| 1984 | 4,4 | 4,6 | 5,7 | 3,3 |
| 1985 | 4,8 | 4,9 | 6,1 | 3,5 |
| 1986 | 4,7 | 4,9 | 6,1 | 3,5 |
| 1987 | 4,6 | 4,6 | 5,9 | 3,3 |
| 1988 | 4,7 | 4,7 | 5,7 | 3,5 |
| 1989 | 4,6 | 4,9 | 5,8 | 3,7 |
| 1990 | 4,5 | 4,8 | 5,6 | 3,7 |
| 1991 | 4,5 | 4,9 | 5,7 | 3,7 |
| 1992 | 4,5 | 4,9 | 5,6 | 3,8 |
| 1993 | 4,4 | 4,8 | 5,5 | 3,8 |
| 1994 | 4,7 | 4,7 | 5,4 | 3,8 |
| 1995 | 4,2 | 4,7 | 5,5 | 3,8 |
| 1996 | 4,0 | 4,4 | 5,0 | 3,6 |
| 1997 | 3,7 | 4,1 | 5,0 | 3,4 |
| 1998 | 3,9 | 4,1 | 4,8 | 3,4 |
| 1999 | 4,0 | 4,6 | 5,0 | 3,7 |
| 2000 | 3,8 | 4,4 | 4,8 | 3,7 |
| 2001 | 3,5 | 4,3 | 4,5 | 3,5 |
| 2002 | 3,3 | 4,1 | 4,3 | 3,4 |
| 2003 | 3,3 | 4,1 | 4,2 | 3,4 |
| 2004 | 3,0 | 3,8 | 4,4 | 3,3 |
| 2005 | 2,9 | 3,8 | 4,0 | 3,3 |
| 2006 | 2,7 | 3,6 | 3,8 | 3,1 |
| 2007 | 2,9 | 3,7 | 4,1 | 3,3 |
| 2008 | – | – | – | – |
| 2009 | 2,4 | 3,9 | 3,9 | 3,5 |
| 2010 | 2,4 | 3,8 | 3,8 | 3,4 |
| 2011 | 2,3 | 3,9 | 3,8 | 3,5 |
| 2012 | 2,3 | 3,8 | 3,7 | 3,4 |
| 2013 | 2,2 | 3,8 | 3,7 | 3,5 |
| 2014 | 2,1 | 3,6 | 3,5 | 3,3 |
| 2015 | 2,2 | 3,7 | 3,5 | 3,4 |
| 2016 | 2,2 | 3,7 | 3,5 | 3,4 |
| 2017 | 2,1 | 3,7 | 3,5 | 3,4 |

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