



Fehlzeitenreport 2021

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten
in Österreich

Frühintervention, Wiedereingliederung
und mentale Gesundheit

Christine Mayrhuber, Benjamin Bittschi

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Dezember 2021

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Fehlzeitenreport 2021

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich
Frühintervention, Wiedereingliederung und mentale
Gesundheit

Christine Mayrhuber, Benjamin Bittschi

Dezember 2021

**Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
Im Auftrag von Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien, Wirtschaftskammer Österreich,
Dachverband der Sozialversicherungsträger**

Begutachtung: Stefan Angel

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Der Fehlzeitenreport vermittelt einen Überblick über Entwicklung und Verteilung der gesundheitlich bedingten Fehlzeiten in Österreich. 2020 verbrachten die unselbständig Beschäftigten durchschnittlich 12,7 Kalendertage im Krankenstand. Diese Zahl ist um einen halben Tag niedriger als im Vorjahr und entsprach einem Verlust an Jahresarbeitszeit von 3,5%. Die Beschäftigungsrückgänge 2020 führten sowohl zu Rückgängen der Fehlzeiten insgesamt aber auch je versicherter Person. Das Schwerpunktmodul widmet sich den Instrumenten der Frühintervention und Wiedereingliederung für Personen mit langen Krankenständen und psychischen Erkrankungen.

2021/5/S/WIFO-Projektnummer: 2721

© 2021 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

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

Verkaufspreis: 70 € • Kostenloser Download: <https://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/68042>

Fehlzeitenreport 2021

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich Frühintervention, Wiedereingliederung und mentale Gesundheit

Benjamin Bittschi, Christine Mayrhuber

Inhaltsverzeichnis	Seiten
Hauptergebnisse	I
Das Krankenstandsgeschehen in Österreich	I
Ausblick Krankenstandsgeschehen	VI
Frühintervention – Wiedereingliederung – mentale Gesundheit	VII
1. Entwicklung und Verteilung der Krankenstände	1
1.1 Definitionen und Datenbeschreibung	2
1.2 Entwicklung der Krankenstände	5
1.3 Erkrankungsquote sowie Zahl und Dauer der Krankenstandsfälle	8
1.4 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten	10
1.5 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag	17
1.6 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung	21
1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht	21
1.6.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter	23
1.6.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche	31
1.6.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst	38
1.7 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung	42
1.8 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen	48
1.9 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle	56
1.9.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle	57
1.9.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche	59
2. Frühintervention, Wiedereingliederung und mentale Gesundheit	64
2.1 Ökonomische Begründung von Frühintervention und Wiedereingliederung	64
2.2 Ausgangslage in Österreich: Psychisch bedingte Krankenstände	69
2.2.1 Struktur der psychisch bedingten Krankenstände	70
2.2.2 Dauer und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände	71
2.2.3 Altersverteilung psychisch bedingter Krankenstände	73
2.2.4 Zusammenhang zwischen Beruf und psychischer Gesundheit in Österreich	74
2.2.5 Resümee psychisch bedingter Krankenstände für die Wiedereingliederung	80
2.3 Evidenz der Re-Integrationsmaßnahmen in Österreich	82

2.3.1	fit2work	83
2.3.2	Wiedereingliederungsteilzeit	86
2.3.3	Rehabilitations- und Umschulungsgeld	89
2.3.4	Zusammenfassung	91
2.4	Internationale Good Practice Beispiele und Handlungsfelder für Österreich	93
2.4.1	Die Rolle der Betriebe bei der Wiedereingliederung	94
2.4.2	Die Rolle der Stakeholder und Best Practice für die Wiedereingliederung	99
2.4.3	Zusammenfassung	102
2.5	e-Mental Health und Wiedereingliederung	103
2.5.1	Instrumente der beruflichen e-Mental Health	104
2.5.2	Wirkungen beruflicher e-Mental Health Tools	106
2.5.3	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	108
	Literaturhinweise	110
	Anhang A: Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände	117
	Anhang B: Ergänzende Übersichten zur Verteilung von Krankenständen	127

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1.1:	Verwendete Begriffe und Indikatoren	4
Übersicht 1.2:	Entgeltfortzahlungsstatistik 1999	11
Übersicht 1.3:	Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht	34
Übersicht 1.4:	Krankenstandskennzahlen der Bundesbediensteten	40
Übersicht 1.5:	Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	45
Übersicht 1.6:	Normierung der Krankenstandsquote	46
Übersicht 1.7:	Krankheitsgruppenstatistik	49
Übersicht 2.1:	Maßnahmenbereiche zur verstärkten Arbeitsmarktintegration gesundheitlich Beeinträchtigter	67
Übersicht 2.2:	Struktur der Krankenstände von ausgewählten Diagnosen, unselbstständig Beschäftigte, 2019	70
Übersicht A1:	Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten	117
Übersicht A2:	Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung	119
Übersicht A3:	Krankenstandsquote nach Altersgruppen	121
Übersicht A4:	Krankenstandsquote nach Geschlecht	123
Übersicht A5:	Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt	125
Übersicht A6:	Struktur der Krankenstände von ausgewählten Diagnosen, unselbstständig Beschäftigte, 2010	127
Übersicht A7:	Verteilung der Krankenstandsfälle von Frauen und Männern ausgewählter Diagnosegruppen nach Dauer, 2019	128
Übersicht A8:	Verteilung der Krankenstandsfälle von Frauen und Männern ausgewählter Diagnosegruppen nach Dauer, 2010	129
Übersicht A9:	Verteilung der Krankenstandstage von Frauen und Männern ausgewählter Diagnosegruppen nach Dauer, 2019	130
Übersicht A10:	Verteilung der Krankenstandstage von Frauen und Männern ausgewählter Diagnosegruppen nach Dauer, 2010	131

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1.1:	Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte bzw. Versicherten	6
Abbildung 1.2:	Anteil der Erkrankten an den Versicherten	9
Abbildung 1.3:	Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte bzw. Erkrankten sowie der Tage je Krankenstandsfall	9
Abbildung 1.4:	Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf	12
Abbildung 1.5:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Arbeiterinnen und Arbeiter	14
Abbildung 1.6:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte	15
Abbildung 1.7:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbstständig Beschäftigte	15
Abbildung 1.8:	Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis	18
Abbildung 1.9:	Krankenstandsbestand auf Monatsbasis	18
Abbildung 1.10:	Beginn des Krankenstands nach Wochentag	19
Abbildung 1.11:	Ende des Krankenstands nach Wochentag	20
Abbildung 1.12:	Krankenstandsquote nach Geschlecht	22
Abbildung 1.13:	Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter	24
Abbildung 1.14:	Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht	25
Abbildung 1.15:	Krankenstandsfälle je Versicherte bzw. Versicherten und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht	26
Abbildung 1.16:	Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen	26

Abbildung 1.17:	Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen	27
Abbildung 1.18:	Versichertenstruktur nach Altersgruppe	29
Abbildung 1.19:	Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht	33
Abbildung 1.20:	Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppe	38
Abbildung 1.21:	Krankenstände nach Bundesländern	43
Abbildung 1.22:	Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern	43
Abbildung 1.23:	Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen	52
Abbildung 1.24:	Entwicklung der psychischen Krankheiten	54
Abbildung 1.25:	Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten	58
Abbildung 1.26:	Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht	59
Abbildung 1.27:	Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen	60
Abbildung 1.28:	Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)	61
Abbildung 1.29:	Unfallquote nach Betriebsgröße	62
Abbildung 2.1:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer in Tagen der unselbständig beschäftigten Frauen, 2019	71
Abbildung 2.2:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer in Tagen der unselbständig beschäftigten Männer, 2019	72
Abbildung 2.3:	Anteil der Krankenstandsfälle nach Altersgruppen und Geschlecht der unselbständig Beschäftigten, 2019	73
Abbildung 2.4:	Anteil der Krankenstandstage nach Altersgruppen und Geschlecht der unselbständig Beschäftigten, 2019	74
Abbildung 2.5:	Einfluss des Berufs auf Depressionen und Therapieteilnahme	79
Abbildung 2.6:	Systematisierung der beruflichen e-Mental Health Tools	106

Hauptergebnisse

Das Krankenstandsgeschehen in Österreich

Die Entwicklung der Krankenstände war im Jahr 2020 von der COVID-19-Pandemie, d. h. der weltweiten Verbreitung des neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 und der damit einhergehenden Bekämpfungsmaßnahmen, geprägt. Beschäftigte, die durch die Lockdown-Maßnahmen längere Zeit ihrer Tätigkeit nicht nachgehen konnten, waren berufsbedingt einem geringeren Infektions- und Unfallrisiko ausgesetzt. Unternehmen im aufrechten Betrieb schützten ihre Beschäftigten mit Hygienekonzepten, Maskenpflicht, veränderten Arbeitsabläufen, kurzfristigen Homeoffice-Lösungen und Kurzarbeit vor einer COVID-19-Infektion, was auch Einfluss auf das Krankheitsgeschehen hatte. Mit den generellen Kontaktbeschränkungen, den Hygienemaßnahmen und der räumlichen Distanzierung ("Social Distancing") wurde die Krankheitslast insgesamt reduziert. Der Gesundheitszustand der Erwerbstätigen ist von Faktoren außerhalb des Arbeitsmarktes mitbestimmt. Der Fehlzeitenreport konzentriert sich ausschließlich auf das Geschehen am Arbeitsmarkt.

Die *Krankenstandsstatistik* verzeichnete 2020 gegenüber dem Vorjahr einen Rückgang der gesundheitsbedingten Fehlzeiten in der österreichischen Wirtschaft. Die Zahl der Krankenstandstage sank mit $-6,3\%$ deutlich stärker als die Zahl der Versicherten, die um $2,1\%$ zurückging. Die unselbständig Beschäftigten verbrachten im Jahresverlauf durchschnittlich 12,7 Kalendertage im Krankenstand, um $4,2\%$ weniger als 2019 (13,3 Tage). Die **Krankenstandsquote**, die Relation der Krankenstandstage zum gesamten Arbeitsvolumen als Indikator für den Verlust an Arbeitszeit, reduzierte sich auf $3,5\%$. Der Anteil der Versicherten, die 2020 mindestens einmal im Krankenstand waren, sank von 64% (2019) auf $56,8\%$, die Krankenstandstage je Krankheitsfall stiegen von 9,7 auf 11,7 Tage an.

Im Jahr 2020 wirkten – neben dem Rückgang der Versicherten – unterschiedliche Effekte auf das Krankenstandsgeschehen: Zum einen gab es einen deutlichen Rückgang bei den Atemwegserkrankungen als Folge der Maßnahmen in Bezug auf Hygiene und Distanzierung der Menschen. Atemwegserkrankungen treten im Allgemeinen häufig auf, haben aber einen eher kurzen Verlauf. Zum anderen nahm der Anteil der Krankenstandstage bei psychischen Erkrankungen und der übrigen Ursachen, denen COVID-19-Erkrankungen zugerechnet werden, zu.

Aufgrund der meldetechnischen Untererfassung von **kurzen Krankenstandsepisoden** (ein bis drei Tage) liegt die tatsächliche Krankenstandsquote etwas höher, als aus der Statistik hervorgeht. Auch ohne eine vollständige Erfassung sind Kurzkrankenstände sehr häufig: 2020 dauerten $36,2\%$ aller erfassten Krankenstandsfälle weniger als vier Tage. Gemessen an der Summe der Krankenstandstage ist ihr Gewicht aber gering ($6,3\%$ aller krankheitsbedingten Fehlzeiten), weshalb ihre Untererfassung die Statistik nicht stark verzerrt. Längere Krankenstandsepisoden sind selten – nur 15% aller Fälle dauerten 2020 länger als zwei Wochen. Dennoch verursacht diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten ($65,1\%$).

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

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

Auch das Bild der wichtigsten **Krankenstandsursachen** wandelt sich im Zeitverlauf. Der Krankenstand wird heute vor allem von den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und jenen des Atemsystems geprägt. Zusammen verursachen diese Erkrankungen 47,1% der Krankenstandsfälle und 39,9% aller Krankenstandstage. Der Anteil der Verletzungen an den Krankenstandsdiagnosen nahm dagegen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich ab. Er betrug 2020 16,1%, 2004 waren es noch 21% und 1994 fast 23%. Weiter fortgesetzt hat sich auch der langfristig rückläufige Trend in der Zahl der **Arbeitsunfälle**. 2020 lag die Unfallquote bei 240 je 10.000 Versicherte und erreichte somit den tiefsten Stand seit 1974. Gegenüber 2019 gab es einen deutlichen Rückgang der Unfallquote von 311 auf 240, die Arbeitsunfälle scheinen auch durch die COVID-19-Maßnahmen gedämpft worden zu sein. Damals waren statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2020 war es etwa nur ein Drittel. Der Rückgang der Unfallquote fiel bei männlichen Arbeitern besonders stark aus, wodurch sich die Unterschiede zwischen Arbeiterinnen bzw. Arbeitern und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte verringerten.

Die Zahl der **psychischen Erkrankungen**, die in einer langfristigen Betrachtung stark zugenommen hat, blieb 2016 bis 2018 annähernd konstant. 2019 und 2020 wurde jedoch ein Anstieg um rund je 8,5% verzeichnet; bezogen auf alle 3,4 Mio. Versicherte entspricht dies 1,4 Krankenstandstage je Kopf. Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen für das gesundheitliche Wohlbefinden der Erwerbsbevölkerung lässt sich jedoch nur schwer aus den Krankenstandszahlen ablesen. Einerseits dürfte das verstärkte Auftreten von psychischen Krankheitsursachen in der Statistik in erheblichem Ausmaß auf adäquateres Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten und wachsendes Bewusstsein für psychische Probleme zurückzuführen sein. Die Frage, inwiefern die Verbreitung von psychischen Erkrankungen über die Zeit im Steigen begriffen ist, wird in der Wissenschaft intensiv diskutiert und unterschiedlich beantwortet. Die verfügbaren empirischen Befunde sprechen eher dafür, dass in den vergangenen Jahrzehnten

keine signifikante Zunahme an psychischen Störungen stattgefunden hat. Andererseits ist aufgrund der Kennzahlen aus epidemiologischen Studien von einer deutlich stärkeren Verbreitung psychischer Erkrankungen in der Erwerbsbevölkerung auszugehen, als sie bisher in der Statistik der Krankenstände sichtbar wurde.

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

Der Unterschied in der Krankenstandsquote nach **sozialrechtlicher Stellung** bleibt ausgeprägt, er hat sich in den letzten Jahren aber ebenfalls deutlich verkleinert. 2020 verbrachten die Arbeiterinnen und Arbeiter laut Statistik mit 16,4 Tagen um 58% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten, die durchschnittlich 10,4 Tage krankgeschrieben waren. Es zeigte sich hier eine unterschiedliche Entwicklung: Angestellte und Arbeiter hatten Rückgänge, Arbeiterinnen einen Anstieg zu verzeichnen. Zu Beginn der 1990er-Jahre verzeichneten Arbeiter und Arbeiterinnen noch doppelt so viele Krankenstandstage wie Angestellte. Seit Beginn der 1990er-Jahre ist allgemein eine tendenzielle Angleichung der Fehlzeiten in den einzelnen **Wirtschaftssektoren** beobachtbar: Während die Krankenstandsquote im Dienstleistungsbereich nahezu konstant blieb, kam es in der Herstellung von Waren und – in stärkerem Ausmaß – im Bauwesen zu einem deutlichen Rückgang der Krankenstände.

Im **öffentlichen Sektor** liegen nur für die Bediensteten des Bundes Krankenstandsdaten vor, die jüngsten verfügbaren Werte beziehen sich auf 2019. Unter Ausschluss der Kurzkrankenstände lag die Krankenstandsquote der Beamtinnen, Beamten und Vertragsbediensteten des Bundes im Jahr 2019 um 5,3% über jener der Arbeiterinnen bzw. Arbeiter und Angestellten. Im Vergleich zu den Angestellten und in einer altersstandardisierten Betrachtung lagen die Krankenstände im Bundesdienst 17,5% höher als im ASVG-Bereich. Beim Bundespersonal fällt 2018 zudem pro Kopf eine deutlich höhere Anzahl an Kurzkrankenständen als bei den Arbeitern bzw. Arbeiterinnen und Angestellten an. Es lässt sich aber nicht sagen, welcher Anteil dieser Differenz auf die vollständige Erfassung der kurzen Fehlzeiten im öffentlichen Sektor zurückzuführen ist.

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

Die hohe Männerkonzentration in Branchen und Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen körperlichen Belastungen und Unfallrisiken stellt einen wichtigen geschlechtsspezifischen Unterschied dar. In der Vergangenheit verbrachten Männer vor allem aus diesem Grund im Durchschnitt mehr Tage im Krankenstand als Frauen. Die größte Abweichung zwischen **Frauen und Männern** wurde zu Beginn der 1980er-Jahre, also zum Zeitpunkt der höchsten Krankenstände, verzeichnet. Damals lag die Krankenstandsquote der Männer um 25% höher als jene der Frauen. Dieser Abstand verringerte sich in den folgenden Jahren kontinuierlich, was zuerst zu einer Angleichung und in den letzten Jahren zu einer Umkehrung im Verhältnis der geschlechtsspezifischen Krankenstandsquoten führte. 2020 verbrachten Frauen im Durchschnitt 10,8% mehr Tage im Krankenstand als Männer (Frauen: 13,4 Tage, Männer: 10,8 Tage). Der Unterschied ist

im Steigen begriffen, einerseits weil die Zahl der über 50-jährigen Frauen unter den Beschäftigten stärker steigt als jene der Männer, andererseits weil Frauen vermehrt in Branchen mit überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten (wie dem Gesundheits- und Sozialwesen) beschäftigt sind, während gleichzeitig die Krankenstände in männerdominierten Branchen wie Bauwesen und Warenherstellung rückläufig sind.

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

Wie bereits in den vorangegangenen Fehlzeitenreporten aufgezeigt wurde, unterscheiden sich die Krankenstandsquoten auf **regionaler Ebene** zum Teil erheblich. Salzburg ist seit Jahren das Bundesland mit den geringsten Fehlzeiten, 2020 waren dort die Beschäftigten im Schnitt nur 10,9 Tage im Jahr krank. Die Gesundheitskasse verzeichnete in Niederösterreich mit 14,2 Tagen die höchsten Krankenstände, gefolgt von der Steiermark und Oberösterreich mit 13,3 bzw. 13,2 Tagen. Die Wirtschaftsstruktur kann einen Teil dieser Unterschiede erklären, erwartungsgemäß haben Bundesländer mit einem industriellen Schwerpunkt (wie z. B. Oberösterreich) höhere, solche mit einem großen Dienstleistungssektor tendenziell niedrigere Krankenstandsquoten. Es ist aber davon auszugehen, dass neben der Wirtschaftsstruktur auch zahlreiche andere Bestimmungsgründe (z. B. Altersstruktur der Beschäftigten, Anteil an Teilzeitbeschäftigung, gesundheitlicher Zustand der Bevölkerung, Arbeitsmarktlage, Verhalten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte usw.) die regionalen Krankenstandsunterschiede verursachen.

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

Krankenstände stellen nicht nur für die Beschäftigten, die neben dem damit verbundenen Leid auch um negative Folgen für ihre Erwerbskarriere fürchten müssen, eine Belastung dar. Sie sind für die Betriebe und für die Volkswirtschaft insgesamt ein hoher **Kostenfaktor**. Die gesamtwirtschaftlichen Kosten für Krankenstand und Unfall setzen sich aus mehreren Komponenten zusammen, die unterschiedlich genau erfassbar sind. Während die direkten Zahlungen der Betriebe und Sozialversicherungsträger in Form von Entgeltfortzahlung und Krankengeld relativ genau abgeschätzt werden können, gibt es kaum Anhaltspunkte zu den indirekten volkswirtschaftlichen Kosten sowie zu den im Gesundheitssystem anfallenden medizinischen Behandlungskosten für Krankheiten und Unfälle der unselbständig Beschäftigten. Eine grobe Abschät-

zung 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 2019, dem jüngsten Jahr mit verfügbarem Datenmaterial, zahlten die Betriebe laut Schätzungen des Sozialministeriums 3,5 Mrd. € an **Entgeltfortzahlungen**. Weitere 844 Mio. € wurden von den Sozialversicherern in Form von **Krankengeld** ausbezahlt. Damit beliefen sich die direkt zuordenbaren Krankenstandskosten in Summe auf 4,3 Mrd. € oder 1% des BIP. Die krankheitsbedingten Abwesenheiten vom Arbeitsplatz führen zudem zu Wertschöpfungsverlusten und gegebenenfalls zu anderen betrieblichen Kosten (Produktivitätsrückgänge, Kosten für Ersatzarbeitskräfte, Folgekosten von Arbeitsunfällen usw.), die über die direkten Entgeltfortzahlungskosten hinausgehen. Diese Kosten sind schwer quantifizierbar, sie schwanken stark in Abhängigkeit vom Konjunkturzyklus (d. h. dem Auslastungsgrad der Produktionskapazitäten) und von der betrachteten Branche und Betriebsgröße. Unter stark vereinfachenden Annahmen kann geschätzt werden, dass infolge der krankheitsbedingten Fehlzeiten zusätzlich zu den Lohnersatzkosten indirekte betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von 0,9% bis 1,8% des BIP entstehen.

Übersicht: **Schätzung der Kosten im Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbständig Beschäftigter, 2019**

	Mio. €	In % des BIP
Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten	bis zu 11.500	bis zu 2,9
Direkte Kosten (direkte Zahlungen) ¹⁾	4.300	1,1
Indirekte Kosten (Wertschöpfungsverluste) ²⁾	bis zu 7.200	bis zu 1,8
Gesundheitsausgaben ³⁾	bis zu 11.100	bis zu 2,8
Direkte öffentliche Kosten	8.300	2,1
Direkte private Kosten	2.800	0,7

Q: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Statistik Austria, ESSOSS-Datenbank; Dachverband der Sozialversicherungsträger; WIFO-Berechnungen, für eine detaillierte Erläuterung siehe *Leoni et al.* (2008A). – ¹⁾ Entgeltfortzahlungen und Krankengeldzahlungen. – ²⁾ Auf Basis der Annahme, dass sich etwa ein Viertel bis zur Hälfte des krankensstandsbedingten 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 2019 auf rund 2,9% des BIP. Der größte Teil dieser Kosten entfällt auf das öffentliche Gesundheitssystem für ärztliche Betreuung, Betriebsärztinnen und -ärzte, Spitäler, Medikamente usw., ein Viertel der Kosten wurde über private Gesundheitsausgaben erbracht.

Wie bedeutsam der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Erwerbstätigen für die Volkswirtschaft ist, zeigt sich auch daran, dass in Österreich im Jahr 2019 rund 101.400 Männer unter 65 Jahren und 45.600 Frauen unter 60 Jahren eine Pension der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit bezogen¹⁾. Daraus resultierten insgesamt Zahlungen in Höhe von 2.584 Mio. € an **Invaliditätspensionen**. Für die Auszahlung einer Versehrtenrente an Männer und Frauen, die noch nicht das gesetzliche Pensionsalter erreicht haben, wurden weitere 301 Mio. € aufgewendet²⁾. Zudem wurden 378 Mio. € an Rehabilitationsgeld ausbezahlt, das bei vorübergehender Invalidität im Ausmaß von mindestens sechs Monaten zusammen mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gewährt wird.

Ausblick Krankenstandsgeschehen

Durch die COVID-19-Pandemie und die damit verbundenen Gegenmaßnahmen dürfte das Krankenstandsgeschehen auch 2021 deutlich von jenem der vorangegangenen Jahre abweichen. Die vollständigen Krankenstandsdaten für 2021 werden erst im ersten Quartal 2022 verfügbar sein. Unterjährig verfügbare Informationen zu den monatlichen Zu- und Abgängen in den Krankenstand ermöglichen aber bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen Einblick in die Auswirkungen der Krise auf die gemeldeten Fehlzeiten. Wie aus der nachstehenden Abbildung ersichtlich ist, kam es vor allem im Zusammenhang mit der Stilllegung der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Aktivitäten ("Lockdown") zu Jahresbeginn zu einem starken Rückgang der Zugänge in den Krankenstand. Die Zahl der Neuzugänge in den Krankenstand lag im Jänner und Februar 2021 um die Hälfte unter dem Vorjahresniveau, im März betrug das Minus ein Drittel. Im April, als 2020 der Rückgang im Vergleich zu 2019 sehr hoch war, verdoppelte sich die Zahl der Zugänge. Die Daten zum monatlichen Bestand an krankgeschriebenen Versicherten (hier nicht abgebildet), die stärker von den vergleichsweise seltenen, aber langen Krankenstandsfällen geprägt sind, zeigen geringere Veränderungen gegenüber dem Vorjahr, als die Zugangsdaten. Im Sommer 2021 lagen die Krankenstandszugänge höher als 2019 und für den Herbst kann ein weiterer Zuwachs erwartet werden.

Die Entwicklungen im laufenden Jahr 2021 sind von unterschiedlichen Faktoren mitbestimmt. Einerseits waren gegenüber dem Vorjahr die Kurzarbeitsfälle im gesamten Jahr 2021 deutlich geringer, das höhere Beschäftigungsniveau und die längeren Arbeitszeiten können mit mehr Fehlzeiten verbunden sein. Auf der anderen Seite ist Homeoffice nach wie vor weit verbreitet, wodurch Beschäftigte bei Erkrankung in vielen Fällen keinen Anlass haben, sich krankzuschreiben zu lassen. Darüber hinaus können Krankenstände durch Quarantäne überlagert sein, wobei sich hier mögliche Unterschiede zwischen 2020 und 2021 nicht quantifizieren lassen.

Die Hygienevorschriften und die Maßnahmen zur räumlichen Distanzierung ("Social Distancing") wirken sicherlich auch im laufenden Jahr und dämpfen die Ansteckungsgefahr insgesamt, der dämpfende Effekt könnte aufgrund der höheren wirtschaftlichen Aktivitäten allerdings kleiner

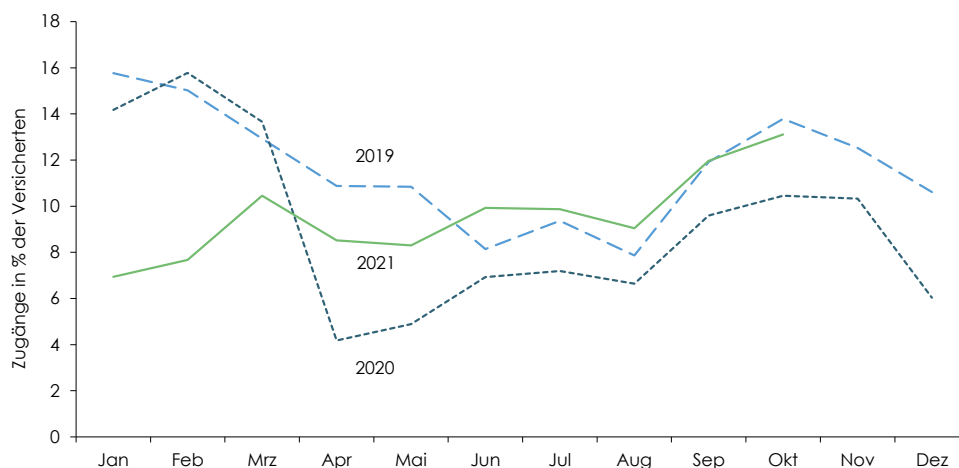
¹⁾ Siehe *Statistisches Handbuch der Sozialversicherung 2020*, Tabelle 3.11.

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

ausfallen. Zur näheren Abgrenzung und Quantifizierung dieser unterschiedlichen Faktoren wären zukünftig gezielte Untersuchungen der beiden Krisenjahre 2020 und 2021 erforderlich. Unabhängig davon wird der Fehlzeitenreport 2022 einen vergleichenden Blick auf das Krankenstandsgeschehen für das gesamte Jahr 2021 werfen.

Abbildung: **Monatliche Krankenstandsentwicklung der unselbständig Beschäftigten, 2019 bis 2021**

Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Frühintervention – Wiedereingliederung – mentale Gesundheit

Die strukturellen Veränderungen der Arbeitsanforderungen und Arbeitsbelastungen sowie die Notwendigkeit eines späteren Erwerbsaustrittszeitpunkts in einer alternden Gesellschaft erhöhen den Bedarf gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen. Die steigende Prävalenz von psychischen Erkrankungen verursacht hohe tangible und intangible Kosten sowohl für die Betroffenen als auch für die Betriebe, die Sozialversicherung, die Gesellschaft und die Wirtschaft insgesamt. Aufgrund der Veränderungen im Erkrankungsgeschehen und der Zunahme von psychisch bedingten Fehlzeiten nimmt die Notwendigkeit von Frühinterventions- und Wiedereingliederungsmaßnahmen zu.

Auf der Grundlage der Individualdaten der Österreichischen Gesundheitskasse zeigen sich folgende **Krankenstände** bei unselbständig Beschäftigten mit psychischen Diagnosen im Jahr 2019: Bei Frauen waren 3,4% aller Krankenstandfälle und bei Männer 2,0% auf diese Erkrankungen zurückzuführen, 2010 waren es 3% bzw. 1,6%. Durch die lange Dauer der Absenzen sind psychische Erkrankungen bei Frauen für 11,5% und bei Männern für 6,7% aller Krankenstandstage (über alle Diagnosen) verantwortlich. 2010 lag der Anteil bei 9,5% bzw. 4,8%. Innerhalb der elf Unterabschnitte der ICD-10-Klassifikation der psychischen und Verhaltensstörungen (Kapitel V) waren affektive Störungen sowie neurotische Belastungsstörungen die wichtigsten, sie machten 90% der Krankenstandfälle und 92% der Krankenstandstage unselbständig Beschäftigter aus.

Ein großer Teil der anfallenden **Krankenstandstage** bei psychischen Diagnosen wurde durch eine vergleichsweise geringe Anzahl von Krankenstandsfällen generiert. Bei den Frauen dauerten 18,5% der Fälle länger als sechs Wochen (42 Tage), verursachten aber 72,9% der Krankenstandstage. Bei den Männern lösten 19,7% der Krankenstandsfälle mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen 74% der Krankenstandstage von psychisch bedingten Ausfallszeiten aus. Über alle Diagnosegruppen hinweg waren über sechswöchige Krankenstände für 3,3% (Frauen) bzw. 3,4% (Männer) aller Krankenstandsfälle verantwortlich. Bezogen auf die Summe aller Krankenstandstage machten die Langkrankenstände bei Frauen 38,9% und bei Männer 39,2% aller Krankenstandstage aus.

Größere geschlechtsspezifische Unterschiede fanden sich bei psychisch bedingten Krankenstände über die **Altersgruppen** der Erwerbspersonen hinweg: Auf die Altersgruppe der über 45-Jährigen entfielen bei den Frauen 41% ihrer Krankenstandsfälle und 51% aller Krankenstandstage, bei den Männern dieser Gruppe waren es 35% der Fälle und 47% der Tage.

Obwohl in Kapitel 2 eine Analyse der Ursachen von psychischen Erkrankungen nicht im Mittelpunkt stand, wurde der **Einfluss vom Beruf** auf die psychische Gesundheit, genauer auf Depressionen, quantifiziert. Auf der Grundlage der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 zeigen die durchgeführten ökonometrischen Schätzungen keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem ausgeübten Beruf und dem psychischen Gesundheitszustand in Form von Depressionen. Da die verfügbare ISCO-Berufsklassifizierung keinen Kontext zu den konkreten Arbeitsbedingungen herstellt, diese aber für den Gesundheitszustand der Berufstätigen entscheidende sind, ist das Ergebnis der Berechnungen wenig überraschend.

Die Zunahme sowie die Verteilung der Krankenstände mit psychischen Ursachen unterstreicht die Notwendigkeit von **Frühinterventionen** wie auch Wiedereingliederungsmaßnahmen, besonders da diese Absenzen häufig länger dauern. Allerdings kommt es bei psychischen Erkrankungen nicht notwendigerweise zu Abwesenheiten und Fehlzeiten im Betrieb. Die empirische Literatur verdeutlicht in diesem Zusammenhang den notwendigen Ausbau von Monitoringsystemen und Frühintervention am Arbeitsplatz. Analysen von Wiedereingliederungsprogrammen zeigen deutlich, dass mit fortschreitender Krankheit und steigenden Fehlzeiten die Effektivität von Re-Integrationsmaßnahmen sinkt.

Werden unter Frühintervention Maßnahmen zu einem Zeitpunkt verstanden, wo einsetzende gesundheitliche Einschränkungen erkannt und Verschlechterungen gestoppt werden, sind die vorhandenen Interventionsinstrumente in Österreich stärker der Re-Integration als der Frühintervention zuzurechnen. Die empirische Forschung kann hier keinen allgemein gültigen Zeitpunkt bestimmen, aber es zeigt sich, dass gesundheitliche Probleme umso wahrscheinlicher irreversibel sind, je später die ersten Interventionen gesetzt sind.

Die **beiden großen Re-Integrationsinstrumente in Österreich**, fit2work und Wiedereingliederungsteilzeit setzen nach einer sechswöchigen Fehlzeit ein. Das freiwillige, kostenlose und vertrauliche Beratungsangebot für Personen und Betriebe zur Bewältigung gesundheitlicher Beeinträchtigungen wird vor dem Hintergrund der langen Krankenstände wenig in Anspruch genommen: Im Jahr 2019 gab es insgesamt 135.834 Krankenstandsfälle von unselbständig Be-

schäftigten, die länger als sechs Wochen dauerten, die Zahl der fit2work Personen-Erstberatungen betrug 17.189, das entsprach 16,7% der Langzeitkrankenstandsfälle. Nicht alle Erstberatungen werden in einem Case-Management weiterbetreut, wodurch sich die Inanspruchnahme in Relation zu den Krankenständen weiter verringert. Im Vergleich zur Summe der Krankenstandsfälle entlang der ICD-10-Diagnosen zeigte sich 2019, dass Personen mit psychischen Krankheitsursachen, die 2,6% aller Krankenstandsfälle und 8,9% aller Krankenstandstage ausmachten, deutlich häufiger eine fit2work-Beratung in Anspruch nahmen, als dies dem Anteil an den Krankenständen entsprochen hätte. Die Zielgruppe der Personen mit langen Krankenständen und hohem Invalidisierungsrisiko scheint mit dem Beratungsangebot gut erreicht zu werden. Bei Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates gab es ebenfalls eine intensivere Betreuung, als dies der Anteil dieser Krankenstandsfälle erwarten ließe.

Die Zahl der **fit2work Betriebsberatungen** zwischen 2012 und 2019 lag bei 3.042, in Relation zur Gesamtzahl der Betriebe des Jahres 2019 waren das 0,8%, die Reichweite ist damit geringer als die Personenberatung. Die Betriebsberatung wird zum überwiegenden Teil von jenen in Anspruch genommen, die unterdurchschnittliche Krankenstände haben, also von Betrieben, mit einem hohen Sensibilisierungsgrad für Re-Integrationsbelange. Die Betriebsberatung wurde bislang von den teilnehmenden Betrieben positiv bewertet. Insgesamt ist die empirische Evidenz der Effektivität und der Effizienz noch zu wenig quantifiziert, woraus sich ein eindeutiger Handlungsbedarf bezüglich Intensivierung der Evaluierungsforschung ableiten lässt.

Die per 1. Juli 2017 eingeführte **Wiedereingliederungsteilzeit** beantragten bis 30. Juni 2019 insgesamt 7.331 Personen. Im Vergleich zur Anzahl der mindestens sechswöchigen Krankenstände ist auch hier die Inanspruchnahme noch als gering zu bezeichnen. Personen mit psychischen Erkrankungen nehmen diese Form der Teilzeit mit rund 32% der Anträge am häufigsten in Anspruch, gefolgt von 15% aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und 14% Krebserkrankungen. Die durchschnittliche Dauer beträgt 165 Tage, die Teilzeitarbeitenden nehmen die maximale Dauer von sechs Monaten in Anspruch. Die Ausgestaltung dieser Form der krankheitsbedingten Teilzeit ist ein zielführendes Instrument bei vorübergehenden Erkrankungen, nicht aber für chronisch Kranke. Auch für vormals Teilzeitbeschäftigte kann die Mindeststundenerfordernis von 12 Wochenstunden einen Ausschlussgrund darstellen. Die Wiedereingliederungsteilzeit wird häufiger von Großbetrieben beantragt, die Betriebe können so schneller auf ihr qualifiziertes Personal zurückgreifen. Die Gründe der unterdurchschnittlichen Inanspruchnahme durch Kleinbetriebe muss jedenfalls näher beleuchtet werden, damit auch hier die Humanressource schneller zur Verfügung steht. Empirische Befunde zeigen, dass Re-Integrationsmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen dann erfolgreich sind, wenn Arbeitsplatzadaptierungen im Zuge der Wiedereingliederung vorgenommen werden ("graded work" – abgestufte Arbeitszeit).

Das **Rehabilitationsgeld** wird in der einzigen Evaluierungsstudie, die vorliegt, nicht als Instrument der Wiedereingliederung betrachtet. Diese Form der gesundheitlichen und beruflichen Rehabilitation setzt an einem zu späten Zeitpunkt im Erwerbsverlauf an.

Die vorhandenen Instrumente der Wiedereingliederung setzen eine Initiative der betroffenen Personen und Betriebe voraus. Diese Freiwilligkeit stellt einen **ermöglichenden Ansatz** dar, während in den nordischen Ländern, wie auch in der Schweiz und den Niederlanden, **fordernde Ansätze**, also bindende Regulierungen für alle, stärkere Anwendung finden. Der größeren, firmenspezifischen Gestaltbarkeit von ermöglichenden Ansätzen stehen negative Selektionsmechanismen gegenüber, die in zahlreichen empirischen Studien belegt sind: Programmteilnehmende, das gilt für Betriebe wie für Personen, weisen bereits vor der Intervention geringere Fehlzeiten oder ein gesünderes Verhalten auf. Die Positivselektion führt in weiterer Folge dazu, dass nach Programmbeendigung häufig keine signifikanten Effekte auf die gesundheitlichen oder betrieblichen Outcomes vorhanden sind. International werden demgegenüber mehrheitlich fordernde Ansätze eingesetzt, die sehr niederschwellig umgesetzt werden können (beispielsweise verpflichtende Gespräche zwischen Beschäftigten – Unternehmen – Sozialversicherung) und verkürzende Effekte auf die Dauer der Abwesenheiten zeigen.

Die hohe Verbreitung und Akzeptanz von Gesundheits-Apps im Zuge der Entwicklung internet-basierter Informations- und Kommunikationstechnologien und Künstlicher Intelligenz bietet neue Möglichkeiten im betrieblichen Umfeld. Diese Anwendungen werden als betriebliche **e-Mental Health** bezeichnet und können die aktive Rolle der Beschäftigten und der Betriebe in Gesundheitsbelangen verstärken. Trotz rasch steigender Zahl von Gesundheits-Apps fehlt sowohl eine datenschutzkonforme strukturierte Erfassung als auch eine Evaluierung ihrer Wirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten. Eine Systematisierung der e-Mental Health Anwendungen anhand der technischen Zugänge in Internet Interventionen, mobile Gesundheitsanwendungen, Soziale Medien, Serious Gaming, Virtuelle Realität, Videokonferenzen wäre eine geeignete Grundstruktur eine entsprechende Datenbank anzulegen und diese dann in weiterer Folge kontinuierlich mit Evaluierungsergebnissen zu füllen. Eine transparente und zugängliche Darstellung effektiver Apps könnte einen Beitrag zum gezielten Einsatz dieser neuen Tools sein.

Handlungspolitische Maßnahmen für Österreich

Frühintervention und Wiedereingliederung sind Themen, die in modernen Ökonomien laufend an Bedeutung gewinnen. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und einer in den nächsten Jahren prognostizierten Verknappung des Arbeitskräftepotenzials braucht es verstärkt gesundheitsfördernde Maßnahmen am Arbeitsplatz, aber auch Maßnahmen gesundheitlich eingeschränkte Personen am Arbeitsmarkt zu halten und ihre Erwerbsteilnahme weiter zu ermöglichen. Aus den Erfahrungen von evaluierten Instrumenten und Maßnahmen im Umgang mit psychischen Erkrankungen von unselbständig Beschäftigten, leiten wir die nachfolgend skizzierten politischen Maßnahmen ab:

Für den Bereich **Frühintervention (early intervention)** im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen hat sich gezeigt, dass in Österreich, wie auch in anderen vergleichbaren Ländern, relativ wenig belastbare Evidenz zur Wirksamkeit von Maßnahmen vorhanden ist. Dies betrifft vor allem die Bereiche der Primär- und Sekundärprävention. Die erste zentrale Schlussfolgerung ist die Notwendigkeit nach mehr empirischer Evidenz. Dafür wären eine entsprechende Datenbasis, eine ausführliche Maßnahmendokumentation aller Stakeholder, eine betriebliche Ge-

sundheitsvorsorge, Gesundheitsdaten, berufliche Anforderungsprofile usw. zielführend. Die fehlende Datengrundlage in Österreich ist auch der Grund für die fehlende quantitativ-empirische Forschung. Auch Pilotstudien, z. B. mittels randomisierter Kontrollstudie, im Bereich der Frühintervention könnten erste Evidenz über sinnvolle Maßnahmen schaffen.

Im Bereich der **Wiedereingliederung** steht in Österreich das Instrument der Wiedereingliederungsteilzeit zur Verfügung. Die verfügbare internationale Evidenz zeigt, dass Instrumente der abgestuften Arbeitszeit ("graded work") nur dann ihre Wirkungen entfalten können, wenn gleichzeitig auch Veränderungen am Arbeitsplatz bei den Arbeitsanforderungen vorgenommen und die krankheitsfördernden Faktoren reduziert werden. Die bestehende Literatur betont, dass gerade bei psychischen Erkrankungen Arbeitsplatzadaptionen vorgenommen werden müssen. Insgesamt ist die Ausgestaltung der Wiedereingliederungsteilzeit in Österreich durch die Vorgabe des Mindestbeschäftigungsausmaßes von zwölf Wochenstunden und die zeitliche Begrenztheit im internationalen Vergleich relativ starr. Gerade im Bereich psychischer Erkrankungen braucht es Flexibilität, um auf die individuellen Bedürfnisse der Erkrankten einzugehen.

Das **freiwillige Beratungsangebot fit2work** zeigt positive Beschäftigungseffekte der Personenberatung, hingegen ist der intendierte Effekt der Betriebsberatung bislang nicht erreicht. Dies hängt im Wesentlichen mit der dargestellten Positivselektion von Betrieben in die fit2work Beratung zusammen. Ähnliche Programme in anderen Ländern erzielten höhere Wiedereingliederungswirkungen durch strukturierte und umfassende Maßnahmen. Daraus lässt sich ableiten, dass auch in Österreich eine bewusste Adressierung der Betriebe eine Wirkungsverbesserung bedeuten würde. Eine bewusste Adressierung beginnt bei postalischen Informationen und kann über die gezielte Information zu bestehenden Programmen bis hin zu Beratungsbesuchen von Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmedizinern gehen. Auch hier sind eine wissenschaftliche Einbindung und Begleitung dringend notwendig, um bestmögliche Erkenntnisse über die getroffenen politischen Maßnahmen zu erhalten und Adaptierungen durchführen zu können.

Idealtypische Wiedereingliederungsprozesse stellen klare Rollenteilungen sowie eine hohe kommunikative Anforderung an die **Stakeholder** dar. In der Literatur zur Wiedereingliederung wird beschrieben, dass ein Mangel an Kommunikation und Koordination zwischen den Beteiligten negativ auf die Rückkehrwahrscheinlichkeit an den Arbeitsplatz wirkt. Im bestehenden österreichischen System bei fit2work war die Kommunikation nach betrieblicher und persönlicher Beratung getrennt. Inwieweit die bestehende Verknüpfung der beiden Schienen und eine systematische Einbeziehung von Arbeitsplatz und Betrieb zu einer Verbesserung im Bereich der Wiedereingliederung führt, werden kommende Evaluierungen zeigen.

Die vorhandenen empirischen Befunde zeigen einen positiven ökonomischen Nutzen von Frühintervention und Re-Integrationsprogrammen. Das Ausmaß der positiven Effekte steht in einem Zusammenhang mit den angewendeten Kriterien (Arbeitsmarktintegration, Kosten für Stakeholder usw.) sowie mit dem zeitlichen Betrachtungshorizont. Mit dem steigenden Anteil älterer Erwerbspersonen sollte jedenfalls eine Zunahme der Interventionsmaßnahmen einhergehen, um das produktive Erwerbspotenzial auch in Zukunft ausschöpfen zu können.

Fehlzeitenreport 2021

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich Frühintervention, Wiedereingliederung und mentale Gesundheit

1. Entwicklung und Verteilung der Krankenstände

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

Dennoch muss bedacht werden, dass die Krankenstandsentwicklung nicht immer unmittelbar das gesundheitliche Befinden der (erwerbstätigen) Bevölkerung widerspiegelt. Die Krankenstände werden von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und institutionellen Faktoren beeinflusst. Zum einen wirken sich Veränderungen in der Zusammensetzung der unselbständigen Beschäftigung stark auf die von der Statistik erfassten Krankenstände aus und können mitunter Effekte verursachen, die in einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive differenziert betrachtet werden müssen. Die Entwicklung der Beschäftigungszahlen und des Krankenstandsgeschehens im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 sind simultan zu betrachten. Auch 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⁾.

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.

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

1.1 Definitionen und Datenbeschreibung

Die Begriffe "Krankenstand" und "Fehlzeiten" sind in der Literatur nicht einheitlich definiert, es ist daher notwendig, der Untersuchung eine terminologische Festlegung vorzuschicken. In Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Personalführung können wir die Gesamtheit der Abwesenheiten der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer vom Arbeitsplatz im Laufe eines Kalenderjahres als "Ausfallzeiten" definieren (*Schnabel*, 1997). Dieser Oberbegriff beinhaltet auch die Abwesenheit an Urlaubs- und Feiertagen; also Tage, an denen das Unternehmen von vornherein nicht die Anwesenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erwarten kann. Fehlzeiten sind eine Untergruppe dieser Ausfallzeiten und beziehen sich auf jene Tage, an denen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus persönlichen Gründen ihren Arbeitsverpflichtungen nicht nachkommen können. Die größte Teilmenge dieser Kategorie ist durch Krankheiten bzw. Unfälle gegeben, Kuraufenthalte gehören ebenfalls zu dieser Gruppe. Der Mutterschutz und andere mit einer normal verlaufenden Schwangerschaft in Verbindung stehende Abwesenheiten werden davon ausgenommen, desgleichen sonstige Fehlzeiten wie beispielsweise Behördenwege, Arztbesuche und unentschuldigte Absenzen. Die so definierten krankheitsbedingten Fehlzeiten stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung. Die Begriffe "(krankheits- und unfallbedingte bzw. gesundheitlich bedingte) Fehlzeiten" und "Krankenstand" werden hier als Synonym verstanden und verwendet.

Die in diesem Kapitel beschriebenen Daten werden vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVSV) erhoben und wurden hauptsächlich der jährlich erscheinenden *Krankenstandsstatistik* bzw. dem *Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung* entnommen. Der Beobachtungszeitraum des diesjährigen Fehlzeitenreports beträgt ein halbes Jahrhundert und reicht von 2020 bis zum Jahr 1970 zurück⁵⁾.

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

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

In der Statistik werden alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Krankenstandsfälle erfasst. Als Krankenstandstage werden Kalendertage gezählt, die Statistik unterscheidet nicht zwischen Arbeits- bzw. Werktagen oder Sonn- und Feiertagen. Demnach ist die Summe der ausgewiesenen Krankenstandstage größer als die der effektiv verloren gegangenen Arbeitstage. Im Durchschnitt dürfte die Zahl der verlorenen Arbeits- bzw. Werkstage etwa fünf Siebtel der Gesamtsumme der verlorenen Kalendertage ausmachen (Biffli, 2002). Die Daten des Dachverbands eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2020 waren 3,39 Mio. unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 93% der unselbständig aktiv Beschäftigten in Österreich⁶⁾. Dazu zählen nach dem ASVG neben den Arbeiterinnen, Arbeitern und Angestellten auch die Vertragsbediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Aus der *Krankenstandsstatistik* sind allerdings die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und Bergbau sowie der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter ausgenommen⁷⁾. Ebenso nicht erfasst werden Personen mit geringfügiger Beschäftigung sowie freien Dienstverträgen.

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

- Da die gesetzliche Krankenversicherung eine Mehrfachversicherung zulässt, werden in den Statistiken nicht die krankenversicherten Personen, sondern die Krankenversicherungsverhältnisse gezählt. Dies ist auch in den Beschäftigungsstatistiken des DVSV der Fall. Spricht man von Beschäftigung, ist von Beschäftigungsverhältnissen und nicht von beschäftigten Personen die Rede. Die Differenz zwischen Beschäftigten und Beschäftigungsverhältnissen (und demnach zwischen Krankenversicherten und Krankenversicherungsverhältnissen) ist jedoch gering und über die Jahre stabil⁸⁾. Zum Stichtag 1. Juli 2020 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.
- Eine grundlegende Unschärfe ergibt sich bei der Statistik der Fehlzeiten aus der Tatsache, dass die Krankenkassen Krankenstandsfälle aufgrund einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfassen. Wenn Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sich ohne Vorlage

⁶⁾ Im Jahresdurchschnitt 2020 gab es laut DVSV 3,72 Mio. unselbständig aktiv Beschäftigte.

⁷⁾ 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.

⁸⁾ Durch eine jährliche Stichtagerhebung im Juli erteilt der DVSV Auskunft zum Ausmaß der Differenz zwischen Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und von beschäftigten Personen (Firzinger – Korn, 2021).

eines ärztlichen Zeugnisses (ein bis drei Tage) krankmelden dürfen, fließen die entsprechenden Krankenstandsfälle nicht in die Statistik ein. Aus dieser Tatsache resultiert eine Untererfassung der tatsächlich eingetretenen Kurzkrankenstandsfälle und damit auch der Gesamtzahl der Krankenstandstage. Auf diese Problematik wird im Abschnitt 1.4 noch im Detail eingegangen.

- Eine weitere Einschränkung im Datenbestand ergibt sich durch das Fehlen von Information zum Beschäftigungsausmaß der Versicherten bzw. der Erkrankten. Dadurch, dass Voll- und Teilzeitbeschäftigung bei den Krankenständen nicht abgegrenzt sind, ist es nicht möglich, bei den Auswertungen der Fehlzeiten auf die effektiv verloren gegangenen Arbeitsstunden einzugehen.

Übersicht 1.1: **Verwendete Begriffe und Indikatoren**

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

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

Die *Krankenstandsstatistik* basiert seit 2010 auf einer Abgrenzung der Versicherten, in der Präsenzdienster und Kinderbetreuungsgeldbeziehende nicht als Beschäftigte gezählt werden. Die Beziehenden von Kinderbetreuungsgeld, die von ihrem Arbeitsplatz karenziert sind und somit in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen, wurden von den Sozialversicherungsträgern in der Vergangenheit als Beschäftigte gezählt. Diese Personen erhöhten somit die Grundgesamtheit der Versicherten in der *Krankenstandsstatistik*, obwohl sie in der Praxis wohl kaum Krankenstände verzeichneten. Ähnliches galt auch für die Präsenzdienster. Jährliche Schwankungen in der Zahl dieser beiden Gruppen konnten daher die Berechnung von durchschnittlichen Krankenstandsindikatoren leicht verzerren⁹⁾. Durch diese Bereinigung ergeben sich geringere Versicherungszahlen und in der Folge höhere durchschnittliche Pro-Kopf-Krankenstandswerte als nach der alten Methodik. Die Auswirkungen dieser Bereinigung sind zwar für die statistische Erfassung des Krankenstandsgeschehens insgesamt von geringfügiger Bedeutung, sie führen allerdings zu einem statistischen Bruch in der Zeitreihenbetrachtung. Dieser statistische Bruch betrifft alle Auswertungen, in denen die Krankenstandsdaten mit Beschäftigungszahlen verknüpft werden, um Quoten zu errechnen. Für bestimmte Untergruppen von Beschäftigten – vor allem Frauen in der Reproduktionsphase – nehmen die Abweichungen gegenüber der früheren Methodik ein signifikantes Ausmaß an. In diesen Fällen wird bei der Dateninterpretation ausdrücklich auf die Auswirkungen der Umstellung eingegangen. Auch in Zeitreihen, wo die Umstellung der Beschäftigtenzahlen keine größeren Veränderungen nach sich gezogen hat, wird der statistische Bruch in den graphischen Darstellungen entsprechend gekennzeichnet.

Auswertungen für frühere Jahre können allerdings nur dort erstellt werden, wo die Daten auch rückwirkend angepasst wurden (das ist vereinzelt bis 2000, sonst bis 2008 der Fall). Auf die Gesamtzahlen der Statistik bezogen, fällt diese Bereinigung nicht stark ins Gewicht: Nach der alten Berechnungsmethode entfielen beispielsweise 2008 und 2009 12,5 bzw. 12,6 Krankenstandstage pro Person. Die revidierte Statistik weist für 2008 13,0 Tage und für 2009 13,2 Tage aus, was einer Steigung um etwa 4,5% entspricht. Für einzelne Personengruppen fällt die Anpassung jedoch viel stärker aus. Die Pro-Kopf-Zahl der Krankenstandstage von Frauen zwischen 25 und 29 Jahren (eine Altersgruppe, wo die Konzentration von Kinderbetreuungsgeldbeziehenden sehr hoch ist) hat sich durch die Revision für 2008 von 7,9 auf 10,2 erhöht, 2009 von 8,2 auf 10,4. Das entspricht einer Erhöhung um mehr als 25%.

1.2 Entwicklung der Krankenstände

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

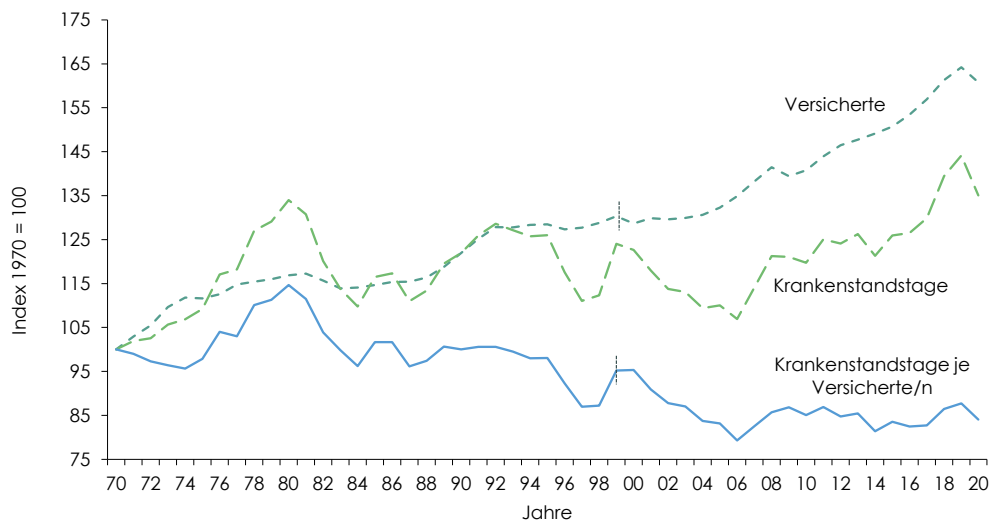
⁹⁾ Zieht man die Gesamtheit der Versicherten heran, dann sind die jährlichen Schwankungen im Anteil der Kinderbetreuungsgeldbeziehenden und Präsenzdienster für die Berechnung der Krankenstandsquote vernachlässigbar. Bezogen auf spezifische Untergruppen von Versicherten – insbesondere Frauen im gebärfähigen Alter – ist die Verzerrung ausgeprägter, sie kann anhand der verfügbaren Daten allerdings nicht akkurat gemessen werden.

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

Im Zeitraum 1970 bis 2020 unterlag die jährliche Anzahl an Krankenstandstagen, absolut und relativ zum Versichertenstand, beträchtlichen Schwankungen (Abbildung 1.1). Absolut betrachtet war die Entwicklung der Krankenstände während der 1970er-Jahre steigend, der Höhepunkt wurde mit dem Jahr 1980 erreicht. Die Gesamtsumme der Krankenstandstage betrug 1970 knapp 32 Mio., 1980 waren es 42,8 Mio. Ab diesem Zeitpunkt ging die Zahl der Krankenstandstage zunächst stark zurück und unterlag in den folgenden Jahrzehnten – bei stets steigenden Versichertenzahlen – einigen Schwankungen. 2018 wurde erstmals das absolute Niveau der Krankenstandstage aus dem Jahr 1980 übertroffen, allerdings bei einem Versichertenstand, der um knapp 40% höher lag als damals. 2020 kam es zu einem Rückgang der Krankenstandstage auf 43,2 Mio. (etwa das Niveau von 1980), bei einem geringeren Rückgang der Versichertenzahl, die weiterhin knapp 40% über dem Wert von 1980 lag.

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

Österreich



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

Die soeben beschriebene Entwicklung, mit dem Jahr 1980 als Wendepunkt, wird durch die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen je Versicherte bzw. Versicherten verdeut-

licht. In den frühen 1970er-Jahren entfielen auf jede versicherte Person knapp 15 Krankenstandstage. Nach der Erreichung eines Spitzenwertes im Jahr 1980 (17,4 Tage) verringerte sich die Häufigkeit der Krankenstandstage wiederum und erreichte 2006 ihren bisher niedrigsten Wert. Im Jahr 2006 betrug der Quotient aus Krankenstandstagen und Versicherten 12,0 und lag somit ein Drittel unter dem Wert im Jahr 1980 (17,4) bzw. ein Sechstel unter dem Wert im Jahr 2000 (14,4). 2007 und in den Folgejahren kam es erneut zu einem leichten Anstieg der Fehlzeiten, seither sind jährlich kleinere Schwankungen beobachtbar, ohne dass sich ein klarer Trend abzeichnen würde. Nach geringfügigen Rückgängen in 2016 sowie 2017 und Anstiegen in 2018 und 2019, reduzierte sich die Pro-Kopf-Zahl 2020 gegenüber dem Vorjahr von 13,3 auf 12,7 Krankenstandstage. In vier Jahrzehnten sanken die Krankenstandstage je Versicherte bzw. Versicherten um rund vier (2019) bzw. knapp fünf (2020) Tage und entsprechen damit einem Rückgang von 23% (2019) bzw. 27% (2020).

Die Entwicklung der Fehlzeiten kann zusätzlich anhand der Krankenstandsquote, die ein Maß für den Verlust an Arbeitstagen im Jahresverlauf darstellt, veranschaulicht werden. Die Krankenstandsquote entspricht dem Quotienten aus der Summe der Krankenstandstage im Jahr und dem Arbeitsvolumen der Versicherten im Jahresdurchschnitt, die Berechnung des Arbeitsvolumens erfolgt auf der Basis eines 365-Tage-Arbeitsjahres. Dadurch, dass sowohl für das Arbeitsvolumen der Versicherten als auch für die Krankenstandstage Kalendertage verwendet werden, erfasst die Krankenstandsquote die durch Krankheit und Unfälle verlorenen Arbeitstage relativ genau (Biffli, 2002). Unschärfen, die sich aus Unterschieden zwischen ganzjähriger und nicht ganzjähriger Beschäftigung ergeben könnten, wird dadurch Rechnung getragen, dass der Versichertenstand über einen Jahresdurchschnitt ermittelt wird. Die Krankenstandsquote betrug in der österreichischen Wirtschaft 1970 4,2% und 2020 3,5%. Der höchste Wert wurde 1980 mit 4,8% erreicht, der niedrigste 2006 mit 3,3%. Der Verlauf der Krankenstandsquote ist identisch zu jenem der Krankenstandstage pro Kopf, es handelt sich im Wesentlichen um die gleiche Größe, die in zwei unterschiedlichen Einheiten ausgedrückt wird.

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

die 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.*, 2016A). Für kurzfristige Schwankungen in der Krankenstandsentwicklung können auch andere Faktoren verantwortlich sein, wie die Dauer und Intensität von Grippewellen, auf die noch in Abschnitt 1.8 eingegangen wird, oder der Konjunkturzyklus.

1.3 Erkrankungsquote sowie Zahl und Dauer der Krankenstandsfälle

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

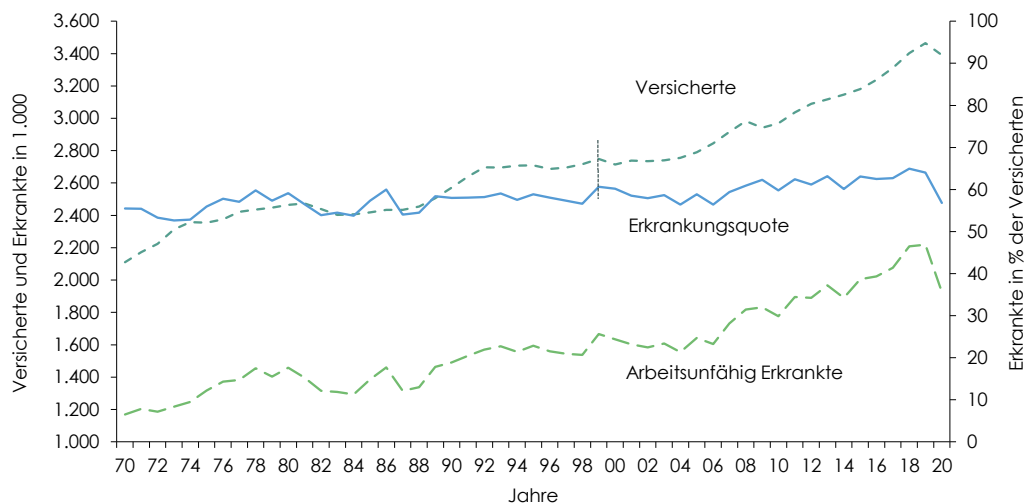
- die Zahl der Krankenversicherten, die im Laufe eines Jahres erkranken,
- die Anzahl an Krankenstandsepisoden je erkrankter Person und
- die Dauer der einzelnen Krankenstandsfälle.

Die Anzahl der Versicherten war im Jahr 2020 rückläufig (-2,1%). Die Zahl der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einen Krankenstand meldeten, verzeichnete einen Rückgang von 13,2% und weist damit die höchste Reduktion seit 1970 aus. Die Relation der beiden Größen ermöglicht die Berechnung einer Erkrankungsquote. Diese Erkrankungsquote schwankte im vergangenen Jahrzehnt zwischen 57% und 65% (Abbildung 1.2). Somit sind jährlich etwa sechs von zehn Versicherten mindestens einmal wegen Krankheit oder Unfall als arbeitsunfähig gemeldet. Den absolut niedrigsten Wert verzeichnete die Statistik in den Jahren 1973 und 1974, wo weniger als 53% der Versicherten einen Krankenstand hatten. Im Jahr 2020 wurde eine Erkrankungsquote von nur 56,8% registriert, womit sie in den letzten 20 Jahren zu den drei niedrigsten Werten zählt – wobei zu beachten ist, dass die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* die Vergleichbarkeit mit Werten vor 2000 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 2020 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, 2020 waren es 1,09 Fälle (Übersicht A2).

Diese langfristige Erhöhung der Frequenz von Krankenstandsepisoden geht im Wesentlichen auf eine Zunahme der statistisch erfassten Kurzkrankenstände zurück (siehe auch Abschnitt 1.4). Die Kombination aus steigender Krankenstandsfrequenz und fallender Krankenstandszeit spiegelt sich in einer starken Verkürzung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer

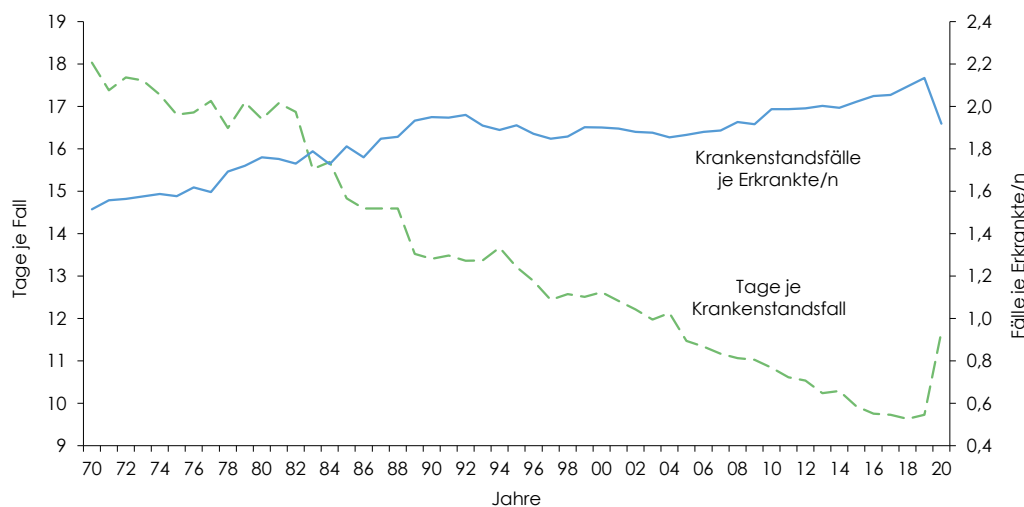
wider. Während 1970 ein Krankenstandsfall im Durchschnitt 18 Tage dauerte, reduzierte sich dieser Wert auf 9,7 Tage im Jahr 2019. Jedoch erhöhte er sich 2020 auf 11,7 Tage. Dieser Anstieg lässt sich auf einen stärkeren Rückgang der Krankenstandsfälle (-22% gegenüber 2019) im Vergleich zu den Tagen (-6%) zurückführen.

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



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

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



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

1.4 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten

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

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

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 und Arbeiter besser erfasst sind als jene der Angestellten. Ab Einführung des Entgeltfortzahlungsgesetzes (1974) und bis zum Jahr 2000 erstatteten die Krankenversicherungen den Unternehmen die (für Arbeiterinnen und Arbeiter) geleisteten Entgeltfortzahlungen zurück. Diese Regelung stellte einen Anreiz zur Erfassung der Arbeiterinnen- und Arbeiterkrankenstände dar, der bei den Angestellten in dieser Form nicht gegeben war. Laut Auskunft des DSV bestand im Rahmen des Entgeltfortzahlungsgesetzes auch die Möglichkeit, dass Unternehmen Kurzkrankenstände der Arbeiterinnen und Arbeiter beim Sozialversicherungsträger meldeten, ohne notwendigerweise eine ärztliche Bestätigung eingeholt zu haben. In diesen Fällen wurden die Krankenstände auch bei der Gruppe der Arbeiterinnen und Arbeiter von der Statistik nicht erfasst. Anhand einer Sonderauswertung der Entgeltfortzahlungsstatistik aus dem Jahr 1999 konnte ermittelt werden, dass etwa 111.000 Krankenstandsfälle von Arbeiterinnen und Arbeitern nicht ärztlich bestätigt worden waren (Übersicht 1.2). Das entspricht einem Drittel der im selben Jahr gemeldeten Kurzkrankenstände von Arbeiterinnen und Arbeitern laut *Krankenstandsstatistik*. Gemessen an der Gesamtheit der Fälle (6,8%) und vor allem der Krankenstandstage (1,3%) spielte diese Untererfassung eine geringe Rolle. Diese Werte liefern Anhaltspunkte für die Untererfassung von Kurzkrankenständen der Arbeiterinnen und Arbeiter in der offiziellen Statistik.

Obwohl der Entgeltfortzahlungsfonds und der Erstattungsanspruch im Jahr 2001 abgeschafft wurden, ist zu vermuten, dass die Erfassungsquote von Kurzkrankenständen bei den Arbeiterinnen und Arbeitern weiterhin höher ist als bei den Angestellten. Neben dem Nachwirken des Entgeltfortzahlungsgesetzes dürften diesbezüglich auch grundsätzliche Unterschiede im Berufsbild der Arbeiterinnen bzw. Arbeiter und der Angestellten eine Rolle spielen. In Arbeiterinnen-

und Arbeiterberufen ist im Regelfall die physische Anwesenheit am Arbeitsplatz für die Leistungserbringung ausschlaggebend. In zahlreichen Angestelltenberufen, wo auch Informations- und Kommunikationstechnologien sowie flexible Arbeitszeitmodelle und Arbeitsplatzgestaltungen verstärkt zum Einsatz kommen, fallen (vor allem kürzere) Abwesenheitszeiten aus Sicht der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber nicht immer stark ins Gewicht. Vor allem bei höher qualifizierten Angestellten ist die erwartete Arbeitsleistung oftmals von der geleisteten Arbeitszeit entkoppelt, was auch an der Konzentration von Leistungslohnmodellen wie Zielvorgaben und Prämien in dieser Beschäftigtengruppe erkennbar ist. Dementsprechend ist zu erwarten, dass die Unternehmen im Durchschnitt bei Arbeiterinnen und Arbeitern stärker auf die ärztliche Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit und somit auf die vollständige Erfassung des Krankenstandsgeschehens bedacht sind als bei Angestellten. Andererseits legen Betriebsräte und Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerinteressenvertretungen sowohl den Arbeiterinnen bzw. Arbeitern als auch den Angestellten nahe, freiwillig Krankheitsfälle umgehend beim Arzt zu melden, um ihre Absicherung zu garantieren und zu vermeiden, dass im Falle einer Verlängerung des Krankheitsfalles eine rückwirkende Krankschreibung notwendig wird. Obwohl nachträgliche Krankschreibungen von Seiten niedergelassener Ärztinnen bzw. Ärzte möglich¹⁰⁾ sind, lässt anekdotische Evidenz darauf schließen, dass solche Krankschreibungen heutzutage seltener vorgenommen werden als früher.

Übersicht 1.2: **Entgeltfortzahlungsstatistik 1999**

Österreich

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

Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger.

Aus der langfristigen Entwicklung der Statistik der Krankheitsdauer sind vor allem zwei Trends abzulesen. Die Häufigkeit von Kurzkrankenständen (bzw. deren Erfassung) nahm kontinuierlich zu: Die Quote aus Kurzkrankenständen und Versicherten betrug 1970 weniger als 9%, 1980 schon 11,2%, im Jahr 1990 18,6% und 2007 32%. Ab 2008 liegen Daten auf Basis der bereinigten Versichertenzahlen vor, wodurch ein kleiner Niveausprung in der Zeitreihe entstanden ist¹¹⁾. 2019 kam es zu einem Höchststand der absoluten Zahl an Kurzkrankenständen: Zwischen 2008 und 2018 entwickelte sich die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände von 35,8% auf 54,7%.

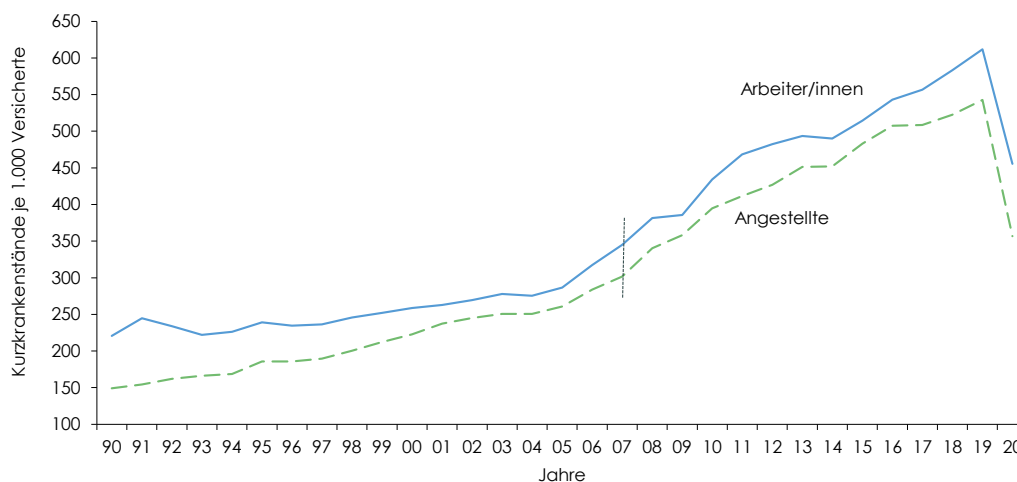
¹⁰⁾ Rückwirkende Krankschreibung ist für einen Kalendertag möglich, darüber hinaus nur durch den Medizinischen Dienst der ÖGK möglich.

¹¹⁾ 2008 betrug die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände anhand der alten Datenbasis 34,4% und war somit 1,5 Prozentpunkte niedriger als anhand der revidierten Krankheitsdaten (2008 35,8%).

2019 lag der Quotient sogar bei 57,0%. Pandemiebedingt gab es im Jahr 2020 einen deutlichen Rückgang der Kurzkrankenstände und die Pro-Kopf-Quote reduzierte sich auf 39,5%. In anderen Worten gab es 2008 358 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2018 waren es 547, 2019 570 Fälle und 2020 395 Fälle.

Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei Arbeiterinnen bzw. Arbeitern und Angestellten an. Während der 1970er-Jahre waren Kurzkrankenstände bei Arbeiterinnen bzw. Arbeitern deutlich häufiger als bei Angestellten. 1975, ein Jahr nach Einführung des Entgeltfortzahlungsfonds, gab es im Schnitt etwa 120 Kurzkrankenstände je 1.000 Arbeiterinnen bzw. Arbeitern, aber weniger als 75 Kurzkrankenstände je 1.000 Angestellte. 1990 gab es bei den Arbeiterinnen und Arbeitern durchschnittlich noch deutlich häufiger Kurzkrankenstände als bei den Angestellten (Kurzkrankenstände je Versicherte: 22% gegenüber 14,9%). Bei den jüngsten Daten kann in der Verteilung der Krankenstandsfälle zwischen Arbeiterinnen bzw. Arbeitern und Angestellten nur ein vergleichsweise geringer Unterschied beobachtet werden: Bei den Angestellten entfielen 2019 auf 1.000 Versicherte 543 Kurzkrankenstände, bei den Arbeiterinnen bzw. Arbeitern waren es 612 (Abbildung 1.4). 2020 vergrößerte sich dieser Abstand, jedoch ausgehend von niedrigeren Werten: Auf 1.000 Angestellte entfielen 366 Kurzkrankenstände, auf 1.000 Arbeiterinnen bzw. Arbeiter 456 Kurzkrankenstände.

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



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

Die Zunahme der Kurzkrankenstände, mit der Ausnahme von 2020, folgt einem kontinuierlichen Trend, der sich auch nach dem Jahr 2000 fortsetzte, obwohl man in Folge der Abschaffung des Entgeltfortzahlungsfonds (und des damit zusammenhängenden Anreizes zur Erfassung von

Kurzkrankenständen) zumindest bei den Arbeiterinnen und Arbeitern eine gegenteilige Entwicklung hätte erwarten können. Wie aus Abbildung 1.4 zu sehen ist, war der Anstieg seit 2003 besonders stark. Es könnte sein, dass es in der jüngsten Vergangenheit zu einer Verringerung oder zumindest zu keinem weiteren Anstieg der Untererfassung von Kurzkrankenständen in der Statistik kam. Allerdings dürften weitere Faktoren den Anstieg der Kurzkrankenstände und damit die Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer verursacht haben. Dafür spricht die Tatsache, dass bei den Bundesbeschäftigten, wo die Erfassung von kurzen Krankenständen vollständig ist, in den jüngsten Jahren ebenfalls ein starker Anstieg der kurzen Krankenstandsepisoden (allerdings abgegrenzt nach Arbeitstagen, nicht Kalendertagen) beobachtet werden kann. Während 2003 je Bundesbeschäftigten durchschnittlich ein Kurzkrankenstand verzeichnet wurde, waren es in der letzten Erhebung aus dem Jahr 2018 1,9 Fälle pro Kopf (*Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport, 2019A*).

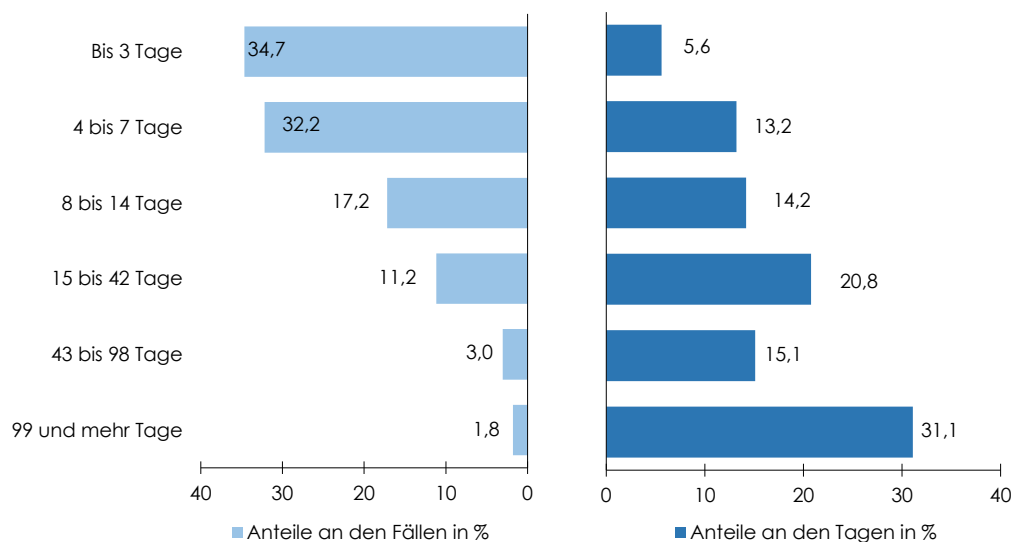
Zum einen legen Auswertungen des Anfangs bzw. Endes der Krankschreibung nach Wochentag – die zum Zeitpunkt der Auswertung allerdings nur für Oberösterreich verfügbar waren – den Schluss nahe, dass in der Vergangenheit in höherem Ausmaß als heute die Beschäftigten von Ärztinnen und Ärzten bis einschließlich Sonntag krankgeschrieben wurden (siehe Abschnitt 1.5, Abbildung 1.11). Eine Vorverlegung des Endes der Krankschreibung auf den Freitag führt dazu, dass einige Fälle, die früher mit mehr als drei Kalendertagen in die Statistik eingingen, heute als Kurzkrankenstände gezählt werden. Dieser Effekt kann aber nur einen Teil der Zunahme an Kurzkrankenständen erklären¹²⁾. Sektoral Verschiebungen der Beschäftigten in Richtung Dienstleistungsberufe mit weniger körperlichen Belastungen tragen ebenso zur Reduktion bei. Auch Änderungen am Arbeitsmarkt in Richtung Zunahme von Teilzeitbeschäftigung und Verbesserungen im Gesundheitswesen (z. B. durch die Verkürzung der medizinischen Behandlungen) dürften die zunehmende Verbreitung von kurzfristigen Krankschreibungen gefördert haben. Zudem ist nicht auszuschließen, dass hinter der seit langem beobachtbaren Verkürzung der Krankenstandsepisoden auch Veränderungen der Krankheitsmuster bzw. des Umgangs mit Krankheit stehen.

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

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.

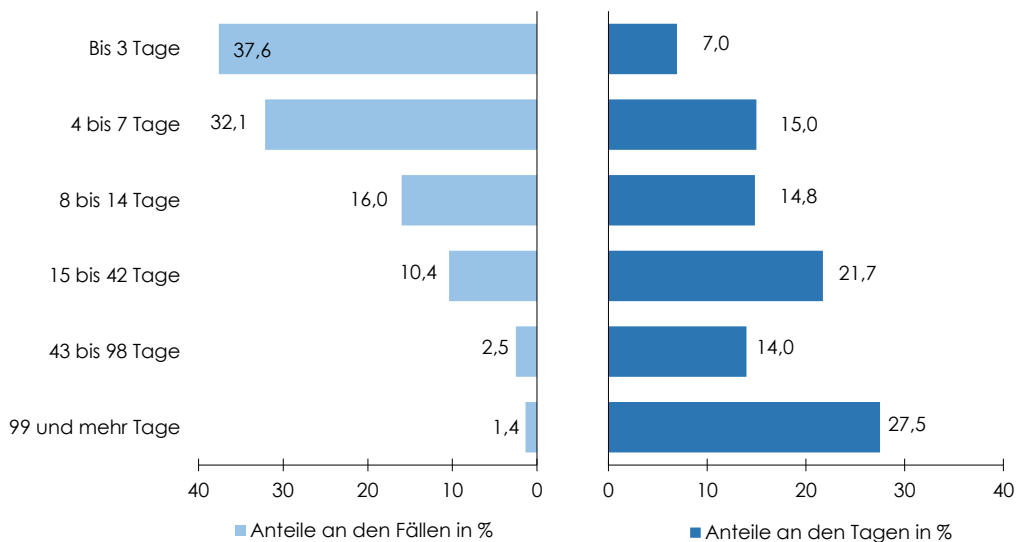
kürzeren Verläufen einhergehen, stellt dies einen wesentlichen Grund für den niedrigeren Anteil an Kurzkrankenstände dar. Denkbare weitere Einflussgründe zur Reduktion der Krankenstandstage könnten sein, dass durch die Möglichkeit zum Homeoffice auch bei leichteren Erkrankungen weitergearbeitet wurde sowie durch die Möglichkeit der telefonischen Krankmeldung eine weitere Bremse für das Infektionsgeschehen gegeben war. Letzteres könnte allerdings auch gegenläufige Effekte verursacht haben, indem die administrativen Erleichterungen für häufigere Krankschreibungen genutzt wurden. Die Kurzkrankenstände haben bei den Angestellten weiterhin einen größeren Anteil am Krankenstandsgeschehen insgesamt, als das bei den Arbeiterinnen und Arbeitern der Fall ist. Gemessen an der Verteilung der Fehlzeiten nach Krankendauer sind 2020 bei den Angestellten 7,0% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (1990 3,3%, 2019 10,1%; Abbildung 1.6), die Quote bei Männern liegt am Durchschnitt (2020 7,0% bzw. 1990 3%, 2019 10,2%), jene der Frauen leicht darunter (2020 6,9% bzw. 1990 3,6%, 2019 10,0%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei Arbeiterinnen und Arbeitern ist, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: er entwickelte sich von 2,2% in 1990 auf 5,6% in 2020 (2019 7,4%; Abbildung 1.5). Hier ist zwischen den Geschlechtern ein etwas größerer Unterschied beobachtbar. Arbeiterinnen haben einen geringeren Anteil an Kurzkrankenstandstagen als Männer (2020 4,9% gegenüber 5,9%).

Abbildung 1.5: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Arbeiterinnen und Arbeiter**
Österreich, 2020



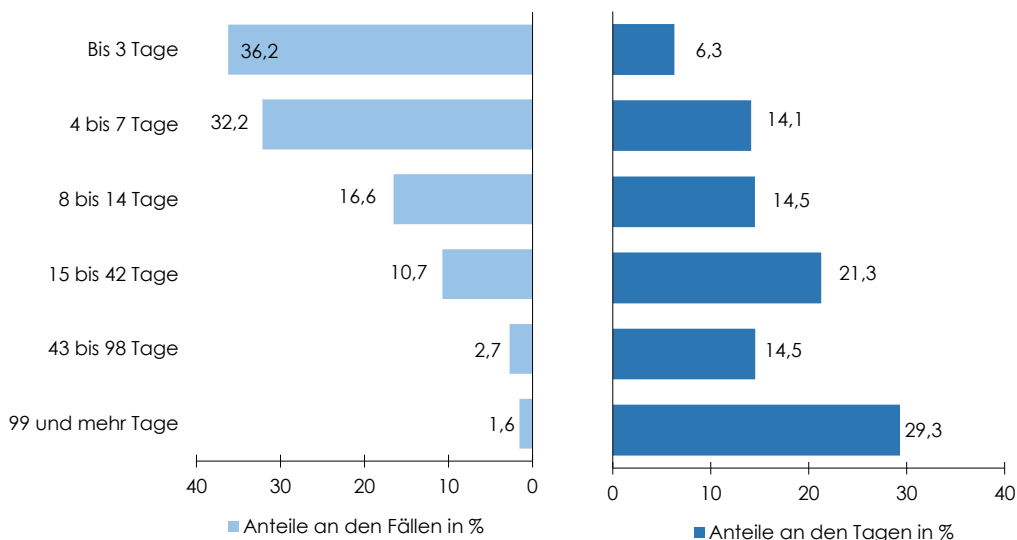
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.6: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte**
Österreich, 2020



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.7: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte**
Österreich, 2020



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die langfristige, steigende Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Gesamtheit der Beschäftigten kann sowohl an der Entwicklung der Krankenstandstage als auch der Krankenstandsfälle

abgelesen werden. 1990 stellten Fälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen 16,4% der Krankenstandsfälle, aber nur 2,6% der Krankenstandstage dar. Im Jahr 2020 waren 36,2% der gemeldeten Krankenstände ein bis drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten hatten Kurzkrankenstände einen Anteil von 6,3%. 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 4,3% der Gesamtsumme dar, verursachen aber 43,8% der Krankenstandstage. Ein Vergleich zwischen Beschäftigtengruppen zeigt, dass bei den Arbeiterinnen und Arbeitern Langzeitkrankenfälle noch stärker als bei Angestellten ins Gewicht fallen: Bei den Arbeiterinnen und Arbeitern entfallen 46,2% der Fehlzeiten auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten sind es 41,5%.

Im deutschen Fehlzeitenreport (*Badura et al.*, 2021) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2020 4,4% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage auf Krankenstandsfälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 30,7% betrug. Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da viele Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in den ersten drei Tagen einer Erkrankung keine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verlangen. Ergebnisse aus einer früheren Befragung des Instituts der deutschen Wirtschaft (*Marstedt – Müller*, 1998) zeigten, dass der Anteil der Fälle von ein bis drei Tagen an den krankheitsbedingten Fehltagen fast doppelt so hoch lag wie in der offiziellen Statistik.

Wenn die tatsächlich anfallenden Kurzkrankenstände voll in der *Krankenstandsstatistik* erfasst wären, würde die Krankenstandsquote in Österreich naturgemäß höher liegen. Wie Berechnungen anhand von plausiblen Annahmen zeigen, wirkt sich die Unterfassung der Kurzkrankenstände spürbar auf die *Krankenstandsstatistik* aus, sie verzerrt aber nicht dessen Gesamtbild: Eine Verdoppelung der Kurzkrankenstände entspricht einem durchschnittlichen Anstieg von etwas weniger als einem Krankenstandstag pro Jahr (+6%). Unter der Annahme, dass kurze Krankenstandsfälle im privatwirtschaftlichen Bereich genauso häufig sind wie im öffentlichen Bereich, erhöht sich die Krankenstandsquote dagegen um etwa 16%.¹³⁾ *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.

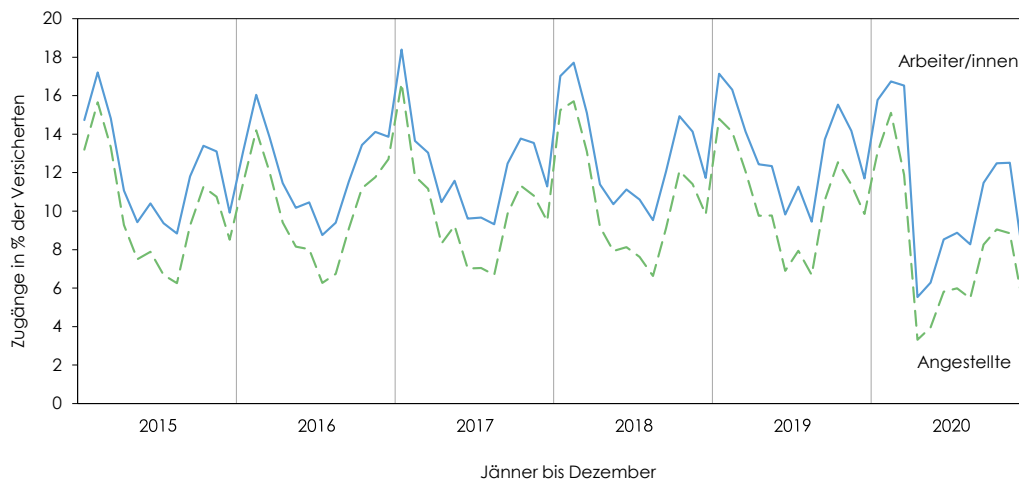
¹³⁾ Diese Schätzung basiert auf Werten für das Jahr 2018, die sich allerdings auf einer Abgrenzung nach Arbeitstagen, nicht Kalendertagen mit Krankschreibung beziehen (*Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport*, 2019A).

1.5 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag

Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind nicht gleichmäßig auf das Jahr verteilt. Die Wintermonate zu Beginn des Jahres sind jene mit den höchsten Krankenstandszugängen und -beständen. Abbildung 1.8 und Abbildung 1.9 zeigen den Jahresverlauf der Zugänge in den Krankenstand und des Krankenstandsbestands zum jeweiligen Monatsende. Um die saisonalen Schwankungen im Beschäftigten- und Versichertenstand zu berücksichtigen, wurden die Krankenstände auf die Versicherten im entsprechenden Monat (Stichtag Monatsende) umgelegt. Je nach Jahr treffen die meisten Krankenstandsfälle im Jänner oder Februar ein. Während des Frühlings und des Sommers nimmt die Anzahl der Neuzugänge in den Krankenstand ab, der Herbstanfang verzeichnet regelmäßig mit dem Monat September ein neues Hoch an Krankenständen. Der parallele Verlauf von Zugängen und Beständen deutet darauf hin, dass die Dauer der einzelnen Krankenstandsfälle kein starkes saisonales Muster aufweist.

Das jährliche Muster zeigt sich sowohl bei Arbeiterinnen und Arbeitern als auch bei Angestellten. Die relative Differenz zwischen Arbeiterinnen bzw. Arbeitern und Angestellten ist bei den Zugängen kleiner als bei den Beständen, was durch die durchschnittlich kürzeren Krankenstandsfälle der Angestellten zu erklären ist. Anhand des Verlaufs der Zugänge in den Krankenstand über mehrere Jahre können auch besonders starke Grippewellen erkannt werden: Eine solche hat beispielsweise zu Jahresanfang 2008 Österreich getroffen und insbesondere im Jänner 2008 zu einem sprunghaften Anstieg der Zugänge in den Krankenstand geführt. In diesem Monat verzeichnete die Statistik rund 425.000 Neuzugänge in den Krankenstand, statistisch betrachtet wurden somit fast 17% aller Arbeiterinnen und Arbeiter und 13% aller Angestellten krankgeschrieben. Zu Jahresanfang 2017 gab es ebenfalls eine besonders starke Grippewelle, rein statistisch betrachtet verzeichneten damals im Jänner über 18% der Arbeiterinnen und Arbeiter und fast 17% der Angestellten einen Krankenstand. Auch zu in den Wintermonaten der Jahre 2009, 2011, 2015, 2018 und 2019 kam es zu Spitzenwerten im Krankenstandszugang. In 2010, 2012 und 2014 ist dagegen keine solche Erkrankungswelle erkennbar, was mit ein Grund für die etwas geringere Krankenstandsquote in diesen Jahren ist. Im vergangenen Jahr (2020) wurden in den ersten drei Kalendermonaten hohe Zugänge in den Krankenstand – vergleichbar mit den Jahren davor – verzeichnet. Im Durchschnitt dieser Monate verzeichnete die Statistik Werte mit einem Krankenstand für 16,3% der Arbeiterinnen und Arbeiter und 13,4% der Angestellten. Mit Beginn der Maßnahmen gegen die COVID-19-Pandemie bzw. dem Sinken der Versichertenzahlen kam es im April 2020 im Vergleich zum Vormonat zu einem hohen Rückgang der Neuzugänge in den Krankenstand von knapp 70%. Dadurch wurden lediglich für 5,5% der Arbeiterinnen und Arbeiter und 3,3% der Angestellten Krankenstände verzeichnet. Diese Werte erhöhten sich im Juni wieder und folgten einem mit den Vorjahren vergleichbaren Muster, jedoch blieben die Werte auf niedrigerem Niveau.

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



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.9: **Krankenstandsbestand auf Monatsbasis**
Österreich



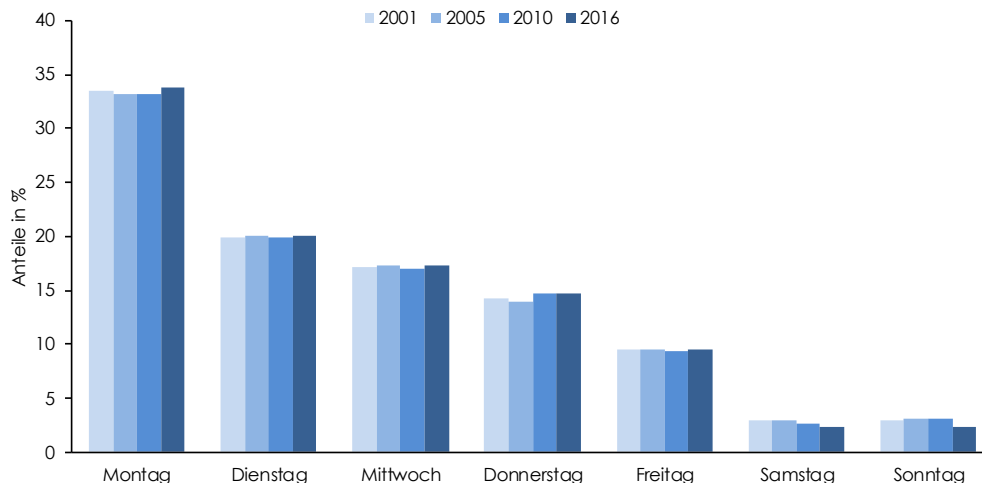
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Zugänge in den und die Abgänge aus dem Krankenstand sind sehr unregelmäßig auf die Wochentage verteilt¹⁴⁾. Anders als die Verteilung der Krankenstände im Jahresverlauf, die stark

¹⁴⁾ Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf Auswertungen von Individualdaten der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (für eine Datenbeschreibung siehe *Leoni, 2011: 66f*). Vergleichbare Daten für Gesamtösterreich lagen zum Zeitpunkt der Auswertung nicht vor.

vom saisonalen Krankheitsmuster abhängt, wird die Häufigkeit von Krankschreibungen im Verlauf der Woche von den Öffnungszeiten der Arztpraxen und dem Verhalten von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten geprägt. Wie Abbildung 1.10 zeigt, entfallen kaum Krankschreibungen auf das Wochenende. Dafür beginnt jeder dritte Krankenstandsfall an einem Montag. Das hat weniger mit dem so genannten "blauen Montag", als mit dem Zeitpunkt zu tun, an dem Erkrankte Ärztinnen bzw. Ärzte aufsuchen bzw. aufsuchen können. Es ist davon auszugehen, dass Arztpraxen am Wochenende nur im Notfall aufgesucht werden und dementsprechend Krankheitsfälle, die sich samstags oder sonntags ereignen, erst am Montag gemeldet werden. Verteilt man die Krankschreibungen von Samstag, Sonntag und Montag gleichmäßig auf diese drei Tage, entfallen auf jeden Wochentag knapp 13% der Krankenstandsmeldungen. Abgesehen von diesem "Montags-Effekt", der im Wesentlichen auf die Öffnungszeiten der Arztpraxen zurückzuführen ist, nimmt die Zahl der Krankenstandsmeldungen im Wochenverlauf ab: Während im Durchschnitt jeder fünfte Krankenstand an einem Dienstag beginnt, ist es nur bei jedem zehnten Fall ein Freitag. Der unterproportionale Anteil an Krankmeldungen am Freitag signalisiert, dass viele Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Fall eines Krankheitsbeginns kurz vor dem Wochenende dazu tendieren, mit dem Arztbesuch bis Montag abzuwarten.

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

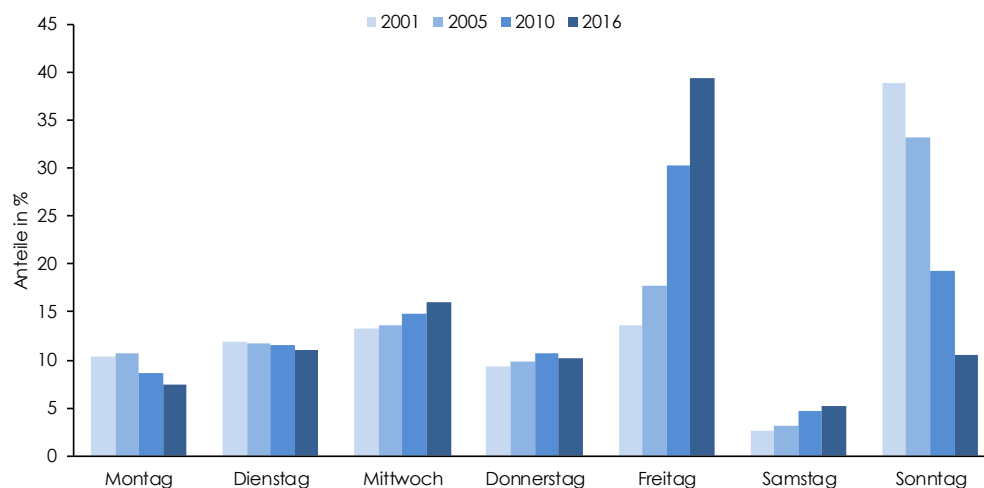


Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

In der Vergangenheit wurden die meisten Krankenstandsepisoden an einem Sonntag beendet (Abbildung 1.11). Im Laufe der letzten Jahre nahm allerdings der Anteil an Krankschreibungen, die an einem Freitag enden, deutlich zu, während der Anteil der Krankschreibungen am Sonntag ebenso stark zurückging. Vermutlich sehen sich Ärztinnen und Ärzte heute stärker als in der

Vergangenheit dazu veranlasst, die Krankschreibung schon vor dem Wochenende zu beenden bzw. weniger oft als früher einen Kontrolltermin am Montag zu vereinbaren. Zugleich bzw. zum Teil als Folge dieser Verschiebung im Krankschreibungsverhalten nahm der Anteil an Kurzkrankenständen zu (siehe Abschnitt 1.4)¹⁵⁾.

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



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

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

¹⁵⁾ 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.

Kalendertagen und den infolge von Krankenständen tatsächlich verloren gegangenen Arbeitstagen.

Sofern die oberösterreichischen Daten als repräsentativ für die gesamtösterreichische Entwicklung gewertet werden können, kam es im Zuge dieser Verschiebung im Krankschreibungsverhalten zu einer stärkeren Angleichung Österreichs an Deutschland. In Deutschland ging bereits in den frühen 2000er-Jahren fast die Hälfte der Krankenstände an einem Freitag zu Ende, weniger als 10% an einem Sonntag (Badura et al., 2005). Dieses Muster blieb weitgehend konstant: 2020 endeten in Deutschland rund 44,5% der Krankenstandsepisoden an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Sonntag zu Ende gingen, lag bei 9,6% (Badura et al., 2021). Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt 12,6% der Fälle zu Ende gingen, entfielen auf die restlichen Tage jeweils etwa 7% bis 10% der Krankenstandsbeendigungen.

1.6 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung

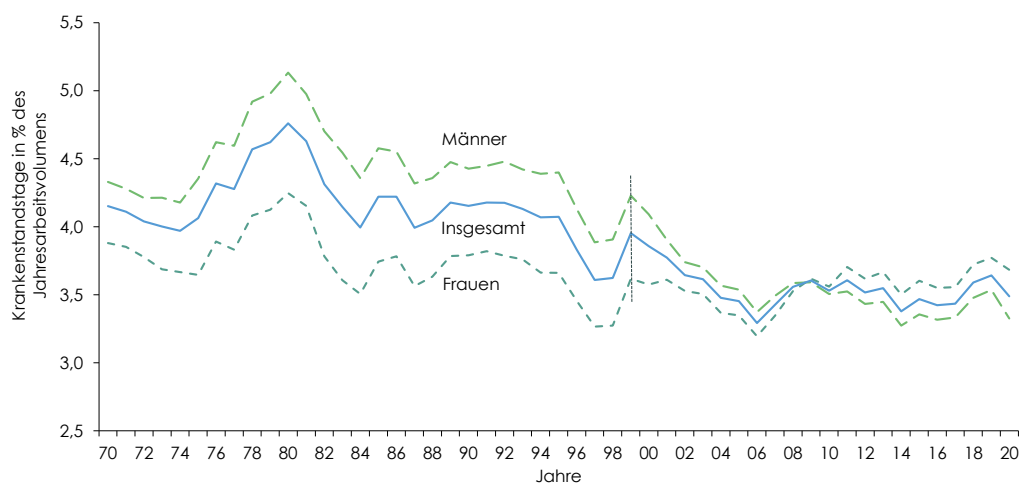
1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht

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

In Österreich waren – genauso wie in Deutschland – in der Vergangenheit die Krankenstandsquoten der Männer deutlich höher als jene der Frauen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hat sich im Beobachtungszeitraum zuerst ausgeweitet, dann verringert und zuletzt umgekehrt. Die größte Abweichung zwischen Frauen und Männern wurde zu Beginn der 1980er-Jahre, also zum Zeitpunkt der höchsten Krankenstände, verzeichnet. Damals lag die Krankenstandsquote der Männer etwa 25% über jener der Frauen, dieser Abstand hat sich in den folgenden Jahren deutlich reduziert. Wie aus Abbildung 1.12 hervorgeht, näherten sich die beiden Quoten vor allem in den jüngsten Jahren weiter an. 2009 waren erstmals die Fehlzeiten von

Männern und Frauen gleich hoch (3,6%)¹⁶⁾, seit 2010 liegt die Krankenstandsquote der Männer unter jener der Frauen. Diese Entwicklung geht zum Teil auf die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* auf Versichertenzahlen ohne Präsenzdienere und Kinderbetreuungsgeldbeziehenden zurück: Vor der Datenrevision lagen beispielsweise die Quoten der Männer und Frauen für das Jahr 2009 mit respektive 3,6% und 3,3% noch deutlich auseinander. Dennoch war bereits vor der Revision der geschlechtsspezifische Unterschied in den Krankenständen stark rückläufig, von 14,5% im Jahr 2000 auf 6,4% im Jahr 2009. 2020 betrug die Krankenstandsquote der Männer 3,3%, jene der Frauen 3,7%.

Abbildung 1.12: **Krankenstandsquote nach Geschlecht**
Österreich



Q: Dachverband der 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 Niveauanstieg.

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: 2020 fielen 27,0% der Frauen in diese Altersgruppe, gegenüber

¹⁶⁾ Frauen waren in diesem Jahr bereits geringfügig länger im Krankenstand als Männer, durchschnittlich 13,2 Tage gegenüber 13,1 Tagen.

22,2% der Männer; im Jahr 2000 lagen die entsprechenden Anteile noch bei 11,9% bei den Frauen und 14,7% bei den Männern. Gleichzeitig ist es in den letzten Jahrzehnten zu einer Verlagerung der Wirtschaftsaktivitäten auf den Dienstleistungsbereich und zu tiefgreifenden technologischen und organisatorischen Veränderungen im Güter produzierenden Bereich gekommen. Wie noch in Abschnitt 1.6.3 gezeigt werden wird, gingen die Krankenstandsquoten in den männerdominierten Branchen der Industrie und des Bauwesens in dieser Zeit überproportional stark zurück.

Tatsächlich ist die Verteilung von Männern und Frauen nach Branchen und Berufen ein wichtiger Bestimmungsgrund für die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Fehlzeiten. Die Ergebnisse der Untersuchungen im Fehlzeitenreport 2008 (*Leoni – Mahringer, 2008, Abschnitt 2.6*), wo anhand von Individualdaten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse multivariate Schätzungen zu den Bestimmungsgründen der Fehlzeiten durchgeführt wurden, haben diesen Zusammenhang aufgezeigt: Unter Berücksichtigung persönlicher und betrieblicher Merkmale (wie z. B. Branche, sozialrechtliche Stellung und Betriebsgröße) waren Frauen bereits in der Vergangenheit nicht seltener, sondern öfter als Männer im Krankenstand. Auch im internationalen Umfeld sind die Krankenstandsquoten der Frauen typischerweise höher als jene der Männer (z. B. *Ichino – Moretti, 2006*)¹⁷⁾.

1.6.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten verläuft im Lebenszyklus der Erwerbstätigen in einem leichten U-Muster (Abbildung 1.13). Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, was auch mit der starken Konzentration dieser Altersgruppe auf Arbeiterinnen- und Arbeiterberufe in Verbindung gebracht werden kann¹⁸⁾. Ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten, sie erreichen im Alter von 20 bis 44 Jahren die niedrigsten Werte. Ab dem Alter von 45 Jahren steigt die Quote wieder an, bleibt aber noch unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Ab 50 Jahren steigt die Summe der Krankentage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert (7,6%). In dieser Altersgruppe gab es im Vergleich zu 2019 vorwiegend bei Frauen einen hohen Anstieg der Krankenstandsquote, während die Quote in den anderen Altersgruppen (Männer und Frauen) zurückging. Mit ein Grund dafür könnten die Veränderungen im Bereich der krankheitsbedingten Pensionen sein: Männer stellen häufiger einen Antrag auf eine krankheitsbedingte Pension und ihre Zuerkennungsquoten sind höher als jene der Frauen¹⁹⁾. Auch in der Gruppe

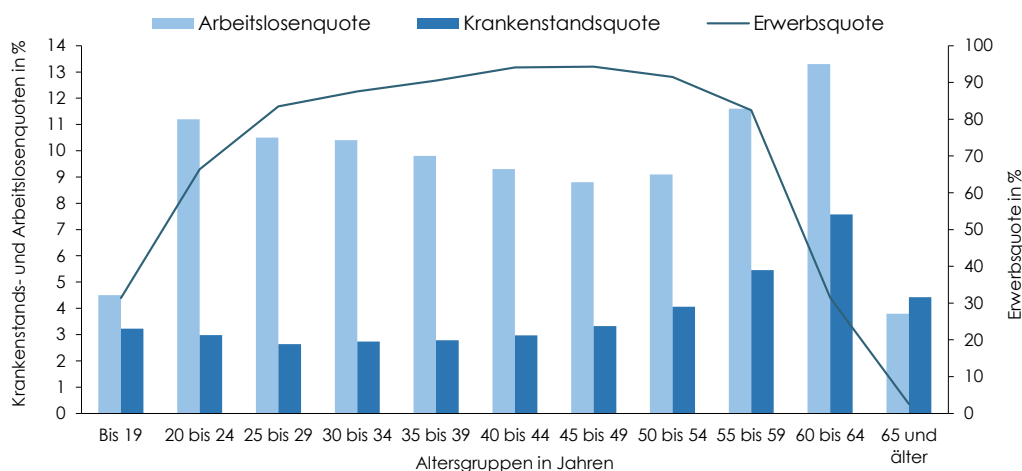
¹⁷⁾ Allerdings beziehen sich internationale Vergleiche oftmals auf Erhebungen wie die Arbeitskräfteerhebung oder den EU Survey of Income and Living Conditions (EU-SILC), die auf Selbstauskunft basieren. Für Österreich (und Deutschland) liegen hingegen Auswertungen aus den administrativen Statistiken der Trägerinstitutionen vor.

¹⁸⁾ Im Jahr 2020 betrug der Anteil der Arbeiter/innen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 39%, bei den bis 19-Jährigen allerdings 65%.

¹⁹⁾ Von den Direktpensionszuerkennungen 2020 waren bei den Männern 20% und bei den Frauen 12% krankheitsbedingt, wobei bei den Männern krankheitsbedingten Pensionsanträgen der Männer nur 36% zu einer Zuerkennung führten, die Zuerkennungsquote der Frauen lag bei 30% (Dachverband der Sozialversicherungsträger, *Statistische Daten aus der Sozialversicherung: Versicherte, Pensionen, Renten. Jahresergebnis 2020*, Tabellen 26 und 27).

der über 65-Jährigen stieg sowohl bei Frauen als auch Männern die Quote deutlich und sank daher nicht wie in den Vorjahren auf das Niveau der bis 19-Jährigen, sondern auf jenes der 50- bis 54-Jährigen. Die bisher stärkere rückläufige Entwicklung der Krankenstandsquote der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist die Folge eines sehr starken Selektionsprozesses ("Healthy-Worker"-Effekt), da in höherem Alter vorwiegend Personen mit überdurchschnittlicher Gesundheit und/oder einer besonders starken Motivation für Erwerbstätigkeit in Beschäftigung bleiben, Personen mit gesundheitlichen Problemen, vor allem Männer, bereits einen Pensionsbezug haben. Im Allgemeinen müssen die Krankenstandsquoten der höheren Altersgruppen vor dem Hintergrund der Beschäftigungsquoten dieser Kohorten betrachtet werden: 2020 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 186.800 Männer und 187.200 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 11,0% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 73.200 Männer und 20.500 Frauen (insgesamt 2,8% der Versicherten). Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren 8.600 Männer und 5.000 Frauen beschäftigt; die über 65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,4% an der gesamten Beschäftigung dar.

Abbildung 1.13: **Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter**
Österreich, 2020

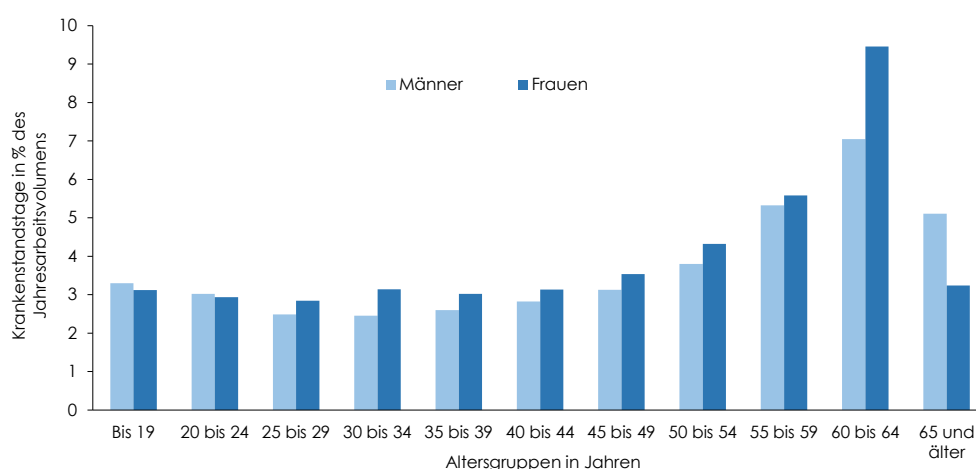


Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Erwerbsquote (d. h. der Anteil der Beschäftigten und Arbeitslosen an der Bevölkerung), die 2020 bei den 50- bis 54-Jährigen 91,5% betrug, fällt in der nächsten Altersgruppe auf 82,5% und bei den 60- bis 64-Jährigen auf 31,4% ab (Abbildung 1.13). Die Arbeitslosigkeit steigt dagegen im Alter an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen lag 2020 mit 11,6% und jene der 60- bis 64-Jährigen mit 13,3% deutlich über dem Durchschnittswert von 9,9%. Ein weiterer Hinweis dafür, dass bei älteren Beschäftigten starke Selektionsmechanismen am Werk sind, kann an

den Zugängen in die Invaliditätspension²⁰⁾ abgelesen werden. Der stärkste Zugang in die Invaliditätspension kann für Männer mit 60 Jahren, für Frauen mit 56 Jahren beobachtet werden. Insgesamt gab es 2020 in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen 2.923, in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 5.086 und in der Altersgruppe der 60- bis 65-Jährigen 2.993 Neuzuerkennungen in die Invaliditätspension der Unselbständigen²¹⁾. Diese Zahlen weisen zusammen mit den Arbeitslosenquoten darauf hin, dass ein bedeutender Teil der älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen den Arbeitsmarkt verlassen muss oder arbeitslos wird.

Abbildung 1.14: **Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht**
Österreich, 2020



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Wie man Abbildung 1.14 entnehmen kann, folgen die Krankenstandsquoten der Männer und Frauen nach Alter trotz einiger Abweichungen dem gleichen Muster. Die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen können wiederum in zwei unterschiedliche Komponenten zerlegt werden: Die Häufigkeit der Krankenstandsfälle und die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle. Diese beiden Komponenten treten in den Altersgruppen in umgekehrt proportionalem Verhältnis auf (Abbildung 1.15). Junge Personen fallen öfter als Personen höheren Alters infolge einer Krankheit oder eines Unfalls an ihrem Arbeitsplatz aus. Vor allem Personen bis 19 Jahre aber auch die Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen weisen eine deutlich überdurchschnittliche Krankheitsinzidenz auf. Das kann unter anderem damit zusammenhängen, dass bei jungen

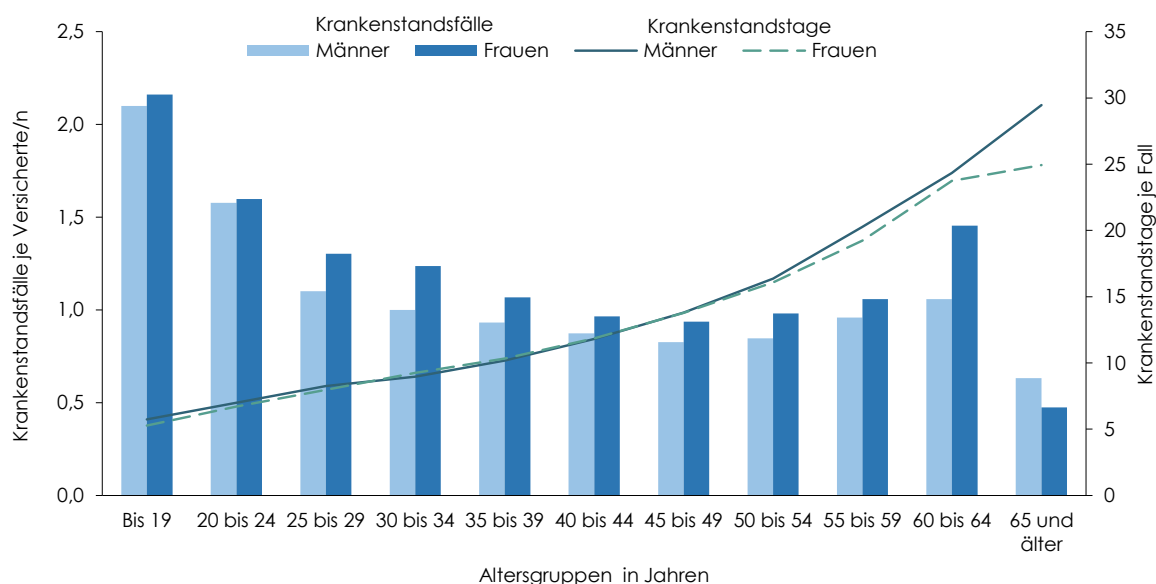
²⁰⁾ Zur Bezeichnung des Versicherungsfalles der geminderten Arbeitsfähigkeit werden in Österreich – in Abhängigkeit von der Berufsgruppe und sozialrechtlichen Stellung – unterschiedliche Begriffe verwendet. An dieser Stelle wird "Invaliditätspension" ungeachtet dieser Unterschiede als Sammelbegriff für den gesundheitsbedingten frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben verwendet.

²¹⁾ Dachverband der Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2021*, Tabelle 3.31.

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 (Biffli, 1999): Die Bindung einer jungen Arbeitskraft an den Betrieb ist noch schwach, das Lohnniveau und auch die Verantwortung im Unternehmen vergleichsweise gering.

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

Österreich, 2020



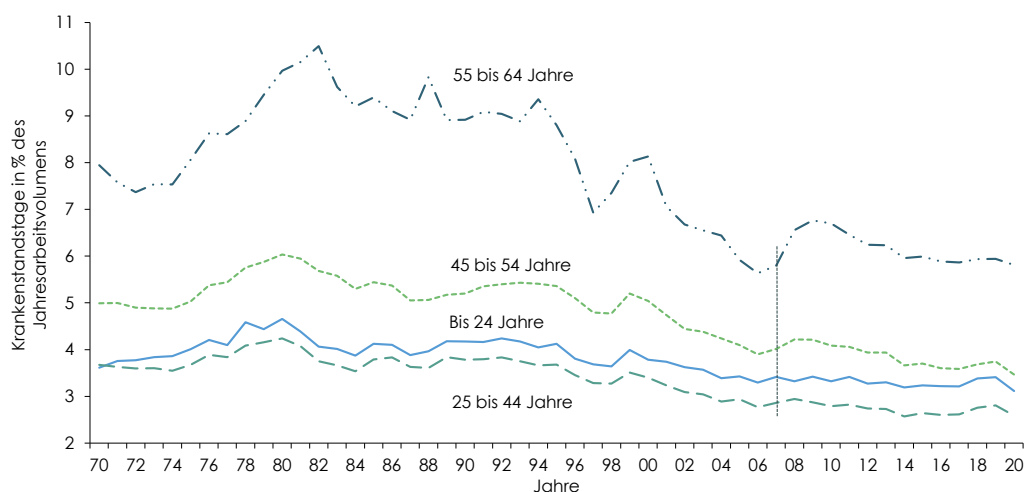
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandsfällen nimmt im Haupterwerbsalter ab, bleibt bis zur Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen weitgehend konstant und sinkt in der höchsten Altersgruppe merklich. Die Dauer der Krankenstände verlängert sich hingegen im Alter. Der durchschnittliche Krankenstandsfall dauert bei unter 25-Jährigen 6,4 Tage, bei 60- bis 64-Jährigen knapp 4-mal so lang (24,2 Tage). Insgesamt ergibt sich daraus eine mit dem Alter steigende Krankenstandsquote.

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

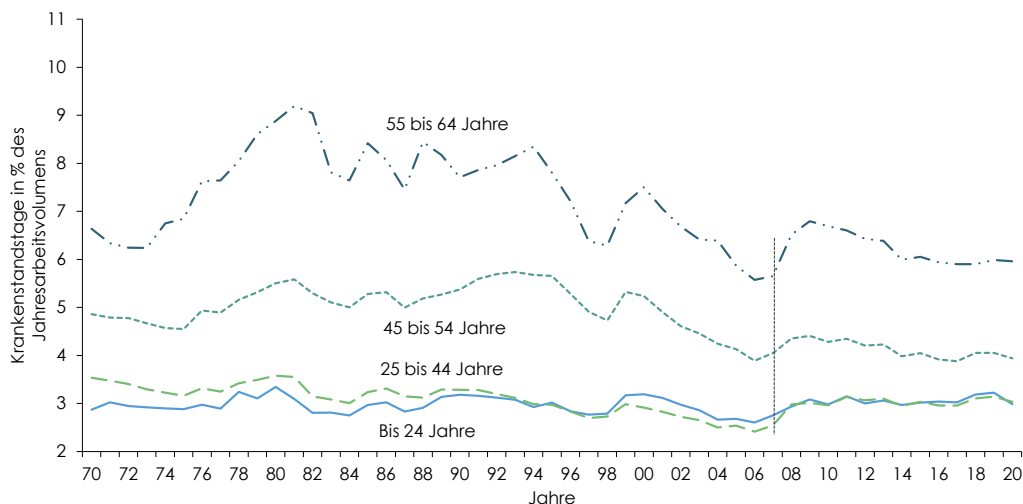
bei den Älteren mit einer geringeren Zahl an langen bzw. sehr langen Krankenständen (Leoni – Schwinger, 2017).

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



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

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



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

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten der einzelnen Alterskohorten weist im langfristigen Beobachtungszeitraum sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf (Abbildung 1.16 und Abbildung 1.17). Man kann davon ausgehen, dass eine Reihe von Faktoren die Krankenstände über alle Altersgruppen hinweg in ähnlichem Ausmaß beeinflusst. Das gilt beispielsweise für den Effekt des Konjunkturzyklus und für die Auswirkungen von Grippewellen auf die Krankenstände. Tatsächlich weisen die Zeitreihen der altersspezifischen Krankenstandsquoten zum Teil einen parallelen Verlauf auf. Das ist vor allem an einem ähnlich zyklischen Muster mit zusammenfallenden "Spitzen" und "Tälern" erkennbar. Leichte Abweichungen von diesem gemeinsamen Muster sind dabei durchaus möglich: So waren beispielsweise im Krisenjahr 2009 die Krankenstandsquoten der 25- bis 44-Jährigen gegenüber 2008 bei den Frauen konstant und bei den Männern leicht rückläufig, während jene der jüngeren und insbesondere der älteren Kohorten deutlich zunahmen. Die jährlichen Schwankungen der Krankenstandsquoten von älteren Beschäftigten fallen auch über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich stärker aus als die Schwankungen der restlichen Altersgruppen. Gemessen am Variationskoeffizienten²²⁾ schwankten die Krankenstandsquoten der 55- bis 59-Jährigen und noch mehr jene der 60- bis 64-Jährigen um ein Vielfaches stärker als die Quote über alle Altersgruppen.

Dieser Effekt kann vornehmlich auf Basis von wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Eingriffen erklärt werden, die sich stärker auf Ältere als auf die restlichen Beschäftigten auswirken. Diesbezüglich spielt vor allem die Gestaltung des Übergangs zwischen Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Pensionsbezug eine große Rolle. Die betriebs-, arbeits- und sozialpolitischen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen prägen die Optionen und Beschäftigungschancen der Erwerbspersonen, sie setzen Anreize und entscheiden darüber, ob Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit gesundheitlichen Problemen in Beschäftigung bleiben und somit Krankenstände verzeichnen oder in einen anderen Status wechseln. Einschneidende Veränderungen in diesem Bereich wie z. B. die Pensionsreformen der Jahre 2003/04 oder die Reform der Invaliditätspension im Jahr 2012 sowie andere Maßnahmen der Beschäftigungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik haben dazu beigetragen, die Krankenstände der älteren Beschäftigten stärkeren Schwankungen auszusetzen.

Die Krankenstandsquote ergibt sich nicht nur aus den altersspezifischen Quoten, sondern auch aus der Besetzungsdichte der einzelnen Kohorten. Der demographische Wandel und die Entwicklung der Morbiditätsrate müssen deshalb bei einer Interpretation der Krankenstandsentwicklung auseinandergelassen werden. Zerlegt man die Entwicklung der Krankenstandsquote in Komponenten, ist es möglich den Beitrag zu isolieren, den Veränderungen in der Zusammensetzung der Beschäftigung nach Altersgruppen an dieser Entwicklung hatten²³⁾. Die Altersstruktur der Beschäftigung wird dabei nicht nur vom demographischen Wandel beeinflusst, sondern

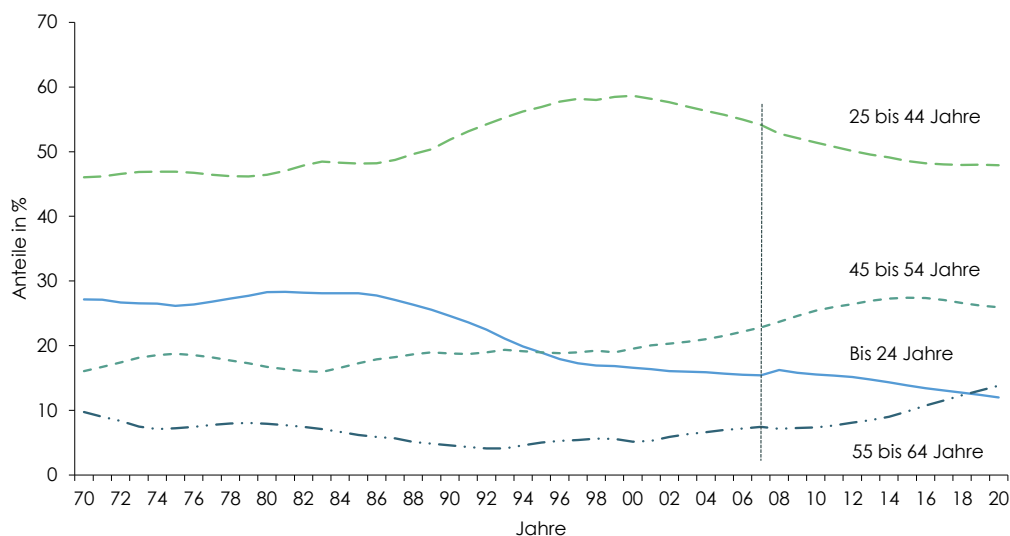
²²⁾ Die Varianz wird durch das Niveau des Mittelwerts, um den die Werte einer Menge schwanken, beeinflusst. Der Variationskoeffizient gleicht diesen Niveaueffekt aus, er ist definiert als die relative Standardabweichung, d. h. die Standardabweichung dividiert durch den Mittelwert.

²³⁾ Eine Beschreibung der entsprechenden Berechnungsmethodik anhand einer Shift-Share-Analyse findet sich im Anhang A zum Fehlzeitenreport 2008 (Leoni – Mahringer, 2008).

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.

Abbildung 1.18: **Versichertenstruktur nach Altersgruppe**
Österreich



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

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

hätten. Wie aus Abbildung 1.18 ersichtlich ist, begann sich Anfang der 1980er-Jahre die Altersstruktur der Erwerbstätigen verstärkt zu verändern. Der Durchzug der besetzungstarken Jahrgänge brachte eine Erhöhung des Anteils von Personen im Haupterwerbsalter mit sich, von 46,4% im Jahr 1980 auf 51,8% zehn Jahre später und 58,6% im Jahr 2000. Durch die niedrigen Krankenstandsquoten im Haupterwerbsalter wirkte sich diese demographische Verschiebung günstig auf die Entwicklung der Fehlzeiten aus. Seit dem Jahr 2000 nimmt das Gewicht der 25- bis 44-Jährigen an der Beschäftigung kontinuierlich ab, ihr Anteil betrug zuletzt 47,9%. Gleichzeitig ist der Anteil der 55- bis 64-Jährigen seit dem Tiefstand von 1993 (4,1%) kontinuierlich gestiegen, er lag 2020 bei 13,8%. Dieser Trend wird sich, nicht zuletzt infolge der Reformen im Pensionssystem und der Bemühungen, die Erwerbsbeteiligung der älteren Arbeitskräfte zu erhöhen, in Zukunft weiter fortsetzen. Auch die Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen, die ebenfalls eine überdurchschnittliche Krankenstandsquote aufweist, hat verglichen mit den 1990er-Jahren heute ein höheres Gewicht. Parallel dazu reduzierte sich über diesen Zeitraum der Beschäftigungsanteil der unter 25-Jährigen, die leicht unterdurchschnittliche Krankenstandsquoten verzeichnen, von 24,6% (1990) auf 12,0% (2020).

Seit Beginn der 1990er-Jahre hat die demographische Verschiebung, also das steigende Durchschnittsalter der Erwerbsbevölkerung, die Krankenstandsquote um rund ein Drittel Prozentpunkt erhöht, das entspricht einem Anstieg um gut 1 Krankenstandstag (2020 gab es durchschnittlich 12,7 Krankenstandstage pro Kopf). Der demographische Wandel spielt somit für den langfristigen Trend der Krankenstandsentwicklung eine Rolle. Der kurzfristige Verlauf der Krankenstandsquote wird durch die demographische Komponente aber im Normalfall nur geringfügig beeinflusst, da die Verschiebung der Altersstruktur langsam fortschreitet. Zwischen 2013 und 2014, zum Beispiel, wurde der leichte, steigernde Effekt der demographischen Verschiebung auf die Krankenstandsquote durch eine Reduktion der durchschnittlichen Fehlzeiten der jüngeren Altersgruppen um ein Vielfaches kompensiert, wodurch die Krankenstandsquote 2014 insgesamt gegenüber dem Vorjahr rückläufig war. 2015 summierte sich ein ungünstiger Effekt durch die demographische Verschiebung mit einer Erhöhung der altersspezifischen Krankenstandsquoten, wodurch die Krankenstandsquote insgesamt höher ausfiel als im Vorjahr. 2020 hat die Veränderung in der demographischen Zusammensetzung bei gleichbleibenden altersspezifischen Krankenstandsquoten – ähnlich wie in den Vorjahren – zu einer geringfügigen Erhöhung der Krankenstandsquote um 0,02 Prozentpunkte geführt. Durch den Rückgang der Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen, die in Summe die Krankenstandsquote um 0,17 Prozentpunkte reduzierte, ergab sich gemeinsam mit dem demographischen Effekt ein Rückgang von 0,15 Prozentpunkte.

Der Beitrag der demographischen Entwicklung auf die Krankenstandsquote war in den letzten Jahren eindeutig negativ, weil der Anteil der Älteren an den Beschäftigten im Steigen ist. Da die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er-Jahre²⁴⁾ eine hohe Erwerbsbeteiligung haben, ist

²⁴⁾ 2020 hat die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen die stärkste Besetzung. Hier wird in Zukunft auch die schrittweise Anhebung des Frauenpensionsantrittsalters ab dem Jahr 2024 die Erwerbsbeteiligung verändern.

für die Zukunft eine Fortsetzung dieses für die Krankenstandsentwicklung ungünstigen Effekts zu erwarten. Die schrittweise Anhebung des Frauenpensionsantrittsalters ab dem Jahr 2024 und Bestrebungen, die Erwerbsbeteiligung älterer Personen zu erhöhen (beispielsweise Neustartbonus), werden sich ebenfalls dahingehend auswirken, die Altersstruktur der Beschäftigung und somit die durchschnittliche Krankenstandsquote nach oben zu verschieben. Die Größenordnung dieses demographischen Effekts bleibt aber auch in einer längerfristigen Perspektive überschaubar: Wenn wir die Entwicklung der vergangenen drei Jahre (2018, 2019 und 2020)²⁵⁾ linear bis zum Jahr 2030 fortschreiben, resultiert daraus kumuliert eine Steigerung der Krankenstandsquote um 0,2 Prozentpunkte, d. h. knapp 1 Krankenstandstag pro Kopf. Auch frühere Berechnungen auf Basis der Bevölkerungsprognose haben gezeigt, dass unter der Annahme gleichbleibender altersspezifischer Krankenstandsquoten durch den Eintritt der geburtenstarken Jahrgänge der 1960er Jahre in das höhere Erwerbsalter und einen Anstieg der Beschäftigungsquote älterer Personen in 2030 die Fehlzeiten höher als gegenwärtig, aber deutlich unter den Höchstwerten der 1980er- und 1990er-Jahre liegen werden (Leoni et al., 2008A).

Von entscheidender Bedeutung ist die Frage, wie sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten entwickeln werden und inwiefern Verbesserungen im gesundheitlichen Zustand der älteren Beschäftigten die negativen Auswirkungen des demographischen Trends entschärfen können. Eine Steigerung des Gesundheitsbewusstseins und eine stärkere Verbreitung von gesundheitlich förderlichen Verhaltensmustern können in diesem Hinblick eine positive Rolle spielen. Die zukünftige Entwicklung der Krankenstände wird aber auch davon abhängen, wie sich die Krankenstandshäufigkeit der älteren Beschäftigten angesichts institutioneller und beschäftigungspolitischer Rahmenbedingungen sowie der Belastungen am Arbeitsplatz gestaltet. Wie die Unbeständigkeit der Krankenstandsquote der älteren Beschäftigten zeigt, bilden Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Ruhestand in einem gewissen Ausmaß "kommunizierende Gefäße": Die Lage am Arbeitsmarkt und die betrieblichen und institutionellen Rahmenbedingungen führen zu Selektionsmechanismen, die darauf Einfluss nehmen, ob gesundheitlich beeinträchtigte Personen beschäftigt, arbeitslos oder Teil der stillen Reserve sind.

1.6.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche

Der Krankenstand variiert erheblich im Zusammenhang mit der beruflichen Stellung der Beschäftigten. Die Daten der administrativen Statistik beinhalten keine Ausprägung, die einen detaillierten Einblick in die Tätigkeit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ermöglicht. Auf der Basis einer Einteilung nach Arbeiterinnen bzw. Arbeitern und Angestellten und einer Betrachtung nach Branchen sind dennoch einige aussagekräftige Auswertungen und Analysen möglich. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sind bei Arbeiterinnen und Arbeitern deutlich höher als bei Angestellten. Dies ist nicht nur in Österreich, sondern auch in Deutschland der Fall.

²⁵⁾ Durchschnittlich +0,020 Prozentpunkte pro Jahr in der Krankenstandsquote aufgrund von Verschiebungen in der Altersstruktur.

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 und Arbeitern ist durchschnittlich durch eine höhere Unfallgefährdung und höhere Gesundheitsrisiken gekennzeichnet. Sowohl die Verteilung der Arbeitsunfälle als auch der (physischen) Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz (*Biffli – Leoni*, 2008) bestätigen dieses Bild.
- Allerdings unterscheiden sich nicht nur Form und Ausmaß der Arbeitsbelastungen, sondern in bestimmtem Ausmaß auch das Gesundheitsverhalten der Arbeitskräfte nach Tätigkeit, Bildung, Beruf und Branche. Eine klare Trennung zwischen Arbeitsbelastungen und Lebensstilen ist somit infolge von Interdependenzen und Selbstselektion schwierig.
- *Badura et al.* (2008) weisen darauf hin, dass in der Regel der Anteil von motivationsbedingten Fehlzeiten bei höherem beruflichem Status geringer ist. Angestellte verknüpfen häufiger als Arbeiterinnen und Arbeiter zusammen mit größerer Verantwortung auch stärkere Motivation mit ihrer beruflichen Tätigkeit.
- Hinter den Differenzen in den Krankenständen der Arbeiterinnen, Arbeiter und Angestellten kann sich auch die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Einkommen verbergen. Arbeiterinnen und Arbeiter haben im Durchschnitt ein niedrigeres Einkommensniveau als Angestellte, zahlreiche Studien belegen eine positive Korrelation zwischen Gesundheitszustand und Einkommen bzw. sozioökonomischer Stellung (siehe z. B. *Marmot et al.*, 1991; *Deaton – Paxson*, 1998)²⁶).

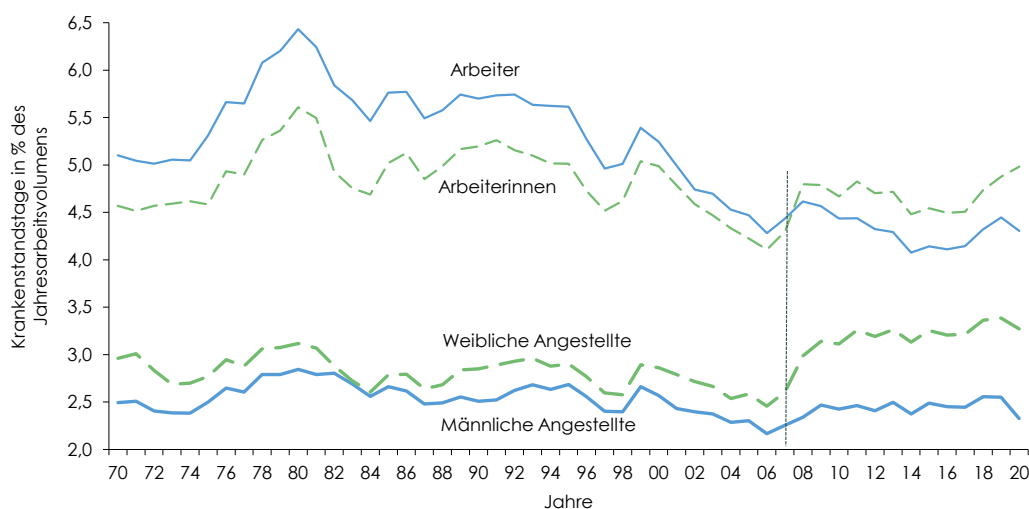
Aus statistischer Sicht tragen in Österreich auch die Kurzkrankenstände, die bei den Arbeiterinnen und Arbeitern vollständiger erfasst werden als bei den Angestellten, in geringem Ausmaß zur Differenz in den Krankenstandsquoten der beiden Berufsgruppen bei. Dieser Aspekt dürfte allerdings in der Vergangenheit,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

Die langfristige Entwicklung zeigt, dass über die gesamte Betrachtungsperiode die Krankenstandsquote der Arbeiterinnen und Arbeiter etwa 2 bis 3 Prozentpunkte höher war als jene der

²⁶) 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.

Angestellten (Abbildung 1.19). Der Abstand hat sich seit Beginn der 1990er-Jahre sowohl absolut als auch relativ verringert, es ist zu einer Annäherung der Fehlzeiten von Arbeiterinnen und Arbeitern und Angestellten gekommen. Während Anfang der 1990er-Jahre die Krankenstandsquote der Arbeiterinnen und Arbeiter um fast 3 Prozentpunkte höher und damit doppelt so hoch war wie jene der Angestellten, waren es im Jahr 2000 knapp 2½ Prozentpunkte bzw. 90% Differenz. Bis zum Jahr 2015 reduzierte sich dieser Unterschied auf 46% und stieg bis 2019 wieder leicht auf 51% an. Im letzten verfügbaren Jahr (2020) verbrachten die Arbeiterinnen und Arbeiter laut Statistik um 58% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten: Im Schnitt waren die Arbeiterinnen und Arbeiter rund 16 Tage, die Angestellten 10 Tage krankgeschrieben, das entspricht einer Differenz in der Krankenstandsquote von 1,6 Prozentpunkten. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass der starke Anstieg der Fehlzeiten in der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre bei den Arbeiterinnen und Arbeitern deutlicher als bei den Angestellten war. Das hat damit zu tun, dass die strukturellen Anpassungsprobleme, die von Veränderungen in den wirtschaftlichen und technologischen Rahmenbedingungen ausgingen und auch beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit sich zogen, besonders im produzierenden Sektor²⁷⁾ spürbar waren.

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



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

²⁷⁾ Industrie und Bauwesen, wo der Anteil der Arbeiterinnen und Arbeiter an den Beschäftigten sehr hoch ist, sind auch jene Wirtschaftsbereiche, in denen in der Periode 1975/80 der stärkste Anstieg an Fehlzeiten beobachtet werden konnte.

Übersicht 1.3: **Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht**
Österreich, 2020

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

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

Die Bedeutung der ausgeübten Tätigkeit und der berufsspezifischen Risiken für die Krankenstände wird durch einen Vergleich der beiden Gruppen nach Geschlecht deutlich. Zwar sind nach der Umstellung der *Krankenstandsstatistik* Frauen sowohl in Arbeiterinnen- und Arbeiterals auch in Angestelltenberufen öfter im Krankenstand als Männer. Dennoch ist der Unterschied zwischen Arbeitern und Arbeiterinnen viel schwächer ausgeprägt (15,7%) als zwischen weiblichen und männlichen Angestellten (40,7%)²⁸⁾. Im Jahr 2020 verteilte sich der Rückgang in der Krankenstandsquote um 4,2% sehr unterschiedlich: Die höchsten Rückgänge vermerkten die Angestellten (Männer –8,8%, Frauen –3,4%), aber auch die Arbeiter (–3,2%), während die Arbeiterinnen einen Anstieg von 2,2% verzeichneten. Dieses unterschiedliche Muster ist Ausdruck so-

²⁸⁾ Der insgesamt geringere Unterschied in der Krankenstandsquote der Frauen und Männer (10,8%, siehe Abschnitt 1.6.1) resultiert daraus, dass Frauen einen viel höheren Anteil an Angestellten haben (bei denen die Krankenstandsquote niedriger als im Durchschnitt aller Beschäftigten ist), Männer hingegen einen vergleichsweise hohen Arbeiteranteil (mit überdurchschnittlich hoher Quote).

wohl der ungleichen Betroffenheit von Beschäftigungsrückgängen im Jahr 2020 bei den Arbeiterinnen und Arbeitern sowie weiblichen und männlichen Angestellten²⁹⁾ als auch der ungleichen Verteilung der Arbeiter und Arbeiterinnen bzw. der männlichen und weiblichen Angestellten auf Branchen und Berufen und kann anhand der Krankenstandsquoten nach Wirtschaftsbereichen weiter verdeutlicht werden. Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 stehen seit 2009 Krankenstandsquoten für diese neue Einteilung nach Wirtschaftsklassen zur Verfügung (Übersicht 1.3)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 und Arbeitnehmer zu berücksichtigen. Ein hoher Anteil von älteren Beschäftigten in einer Branche wirkt sich negativ auf die Krankenstandsquote dieser aus und führt beim Vergleich der Fehlzeiten in unterschiedlichen Branchen zu Verzerrungen. Zudem basiert die Betrachtung nach Branchen auf einer Aggregation der Betriebe im Lichte ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit. Daraus ergeben sich Branchen von sehr unterschiedlicher Größe und auch Homogenität hinsichtlich der tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten und der Arbeitsplatzbedingungen. Die Wirtschaftsklassen Verarbeitendes Gewerbe, Herstellung von Waren bzw. Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen decken beispielsweise 18,2% bzw. 16,2% der Versicherungsverhältnisse ab, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst sind. Weitere 10,9% sind in der Wirtschaftsklasse Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung tätig. Die restlichen Wirtschaftsklassen sind wesentlich kleiner. Einige von ihnen wie die Land- und Forstwirtschaft, die Energieversorgung, die Wasserversorgung und der Bergbau umfassen jeweils weniger als 1% der Versicherten und sind vergleichsweise homogen. Vor allem hinter den Durchschnittswerten für die großen Wirtschaftsklassen können sich ausgeprägte Unterschiede zwischen Unterbranchen verbergen. Die Verteilung der Versicherten über die Branchen hat sich im Vergleich zum Vorjahr nur wenig verändert. Zwei über einen längeren Zeitraum von den Maßnahmen der COVID-19-Pandemie betroffenen Branchen waren Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie sowie das Gesundheits- und Sozialwesen. Während der Anteil der Versicherten in der Branche Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie um 1,2 Prozentpunkte auf 5,2% zurückging, verzeichnete das Gesundheits- und Sozialwesen einen leichten Anstieg (+0,4 Prozentpunkte). Der gegensätzliche Verlauf dieser beiden Branchen zeigte sich auch bei den Krankenstandstagen, obgleich der Rückgang im Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie nur 0,6 Prozentpunkte betrug, womit sich ein Anteil von 4,7% ergab. Im Gesundheits- und Sozialwesen stieg hingegen die Zahl der Krankenstandstage um 0,9 Prozentpunkte auf 10,1%.

²⁹⁾ Die Zahl der versicherten Arbeiterinnen und Arbeiter sank im Krisenjahr 2020 um 6%, jene der Angestellten verzeichnete einen geringen Zuwachs von 0,4%.

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.

- Die wichtigsten Ergebnisse zu den branchenspezifischen Krankenstandsquoten für 2020 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 3,6%, sie betrug für Männer 3,5% und für Frauen 3,9%.
- Im Baugewerbe betrug die Krankenstandsquote 3,6%. Dieser Wert wurde allerdings von der Krankenstandsquote der Männer geprägt (3,8%), der Wert bei den Frauen lag dagegen weit unter dem Durchschnitt (2,5%).
- Die höchsten Krankenstandsquoten werden im Bereich der Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen verzeichnet (4,5%), der einen hohen Anteil an niedrig qualifizierten Berufen umfasst. Die zweithöchste Quote findet sich im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen (4,3%). Auch die Wasserwirtschaft liegt mit einer Krankenstandsquote von 4,1% 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 (3,8%) lag die Krankenstandsquote über dem Durchschnitt (3,6%), bei den Männern war sie unterdurchschnittlich hoch (3,3%).
- Der Bereich der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung verzeichnete ebenfalls eine hohe Krankenstandsquote (3,9%). Die – wie auch in den Vorjahren – niedrige Quote im Bereich Erziehung und Unterricht (2,4%) lässt die Vermutung zu, dass beim Lehrpersonal durch die unterrichtsfreie Ferienzeit eine Untererfassung des Krankheitsgeschehens vorhanden ist. Im Jahr 2020 könnten auch die Schulmaßnahmen gegen die COVID-19-Pandemie (Fernunterricht usw.) zur Reduktion von Krankheiten beigetragen haben.
- Die krisenbedingten Veränderungen der Versichertenzahlen haben im Aggregat die Krankenstandsquoten wenig beeinflusst. Sowohl in Branchen mit deutlichen Beschäftigungseinbrüchen (beispielsweise Gastgewerbe und Beherbergung) als auch mit relativ konstanter Beschäftigung lag die Krankenstandsquote in etwa auf dem Niveau des Jahres 2019.

Die Auswertungen der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) von *Badura et al. (2021)* zeigen für Deutschland ein ähnliches Bild entlang der Wirtschaftsklassen. Banken und Versicherungen haben die geringsten Krankenstandsquoten, während öffentliche Verwaltung, Energie- und Wasserwirtschaft sowie verarbeitendes Gewerbe die höchsten Fehlzeiten aufweisen. Im Jahr 2020 gehörte auch das Gesundheits- und Sozialwesen zu den Wirtschaftsklassen mit den höchsten Krankenstandsquoten. Ein Teil dieser Unterschiede kann durch die Arbeitsunfälle erklärt werden. Das Unfallgeschehen wirkt sich in den einzelnen Branchen mit unterschiedlicher Stärke auf die Fehlzeiten aus. Auswertungen auf Branchenebene für das Jahr 2005³¹⁾ zeigen

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

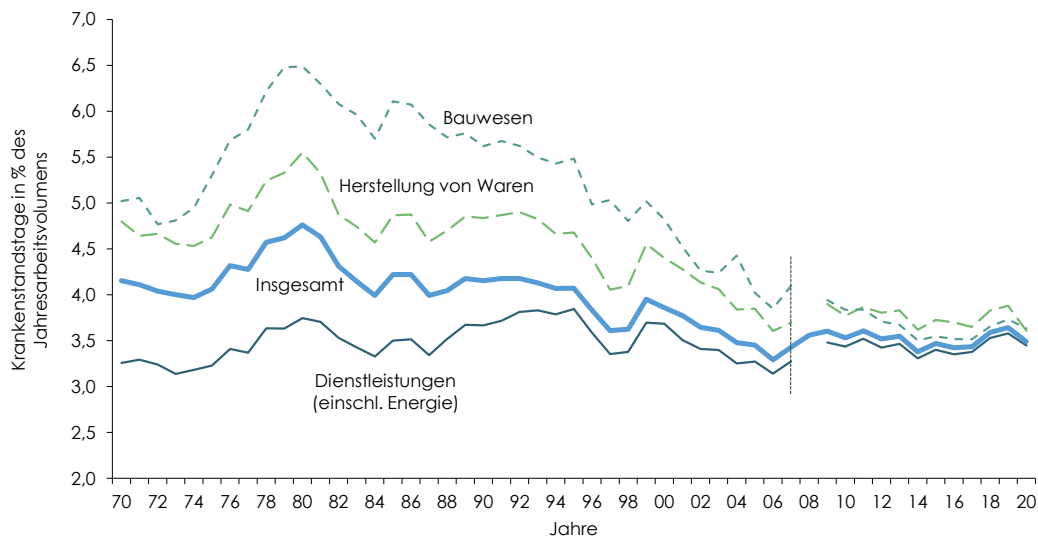
beispielsweise, dass im österreichischen Bauwesen rund 11% aller Krankenstandstage auf Unfälle am Arbeitsplatz zurückgingen (Leoni et al., 2008B). Auch in den anderen Branchen der Warenherstellung verursachten Arbeitsunfälle einen signifikanten Teil der Fehlzeiten, wenn auch der entsprechende Anteil 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 2020 lag die Krankenstandsquote der Männer um 55% höher als jene der Frauen, die im Bausektor vorwiegend in Angestelltenberufen tätig sind. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch im Bereich Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, der einen hohen Anteil von männlichen Arbeitskräften aufweist. In anderen Branchen wie Information und Kommunikation sowie Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie weisen Frauen deutlich höhere Krankenstände als Männer auf. Für die Erklärung der geschlechtsspezifischen Unterschiede insgesamt bzw. nach sozialrechtlicher Stellung sind neben den Krankenstandsquoten der Frauen und Männer auch die Besetzungszahlen in den einzelnen Branchen entscheidend. Ein gutes Beispiel dafür ist das Gesundheits- und Sozialwesen, wo der geschlechtsspezifische Unterschied in der Krankenstandsquote in einer relativen Betrachtung weniger stark ausgeprägt ist als in anderen Branchen. Aufgrund der hohen Beschäftigtenzahl und des hohen Frauenanteils wirkt sich die überdurchschnittliche Quote in diesem Sektor viel stärker auf die Gesamt-Krankenstandsquote der Frauen als auf jene der Männer aus (16% aller Krankenstandstage der Frauen gehen auf das Gesundheits- und Sozialwesen zurück, bei den Männern sind es 4%).

Die Daten aus der *Krankenstandsstatistik* liegen in einer Auswertung nach Branchen auch für eine längere Zeitperiode (ab 1970) vor. Allerdings entstanden mit der Einführung bzw. Umstellung der ÖNACE-Nomenklatur in den Jahren 1995 und 2008 Brüche in der Zeitreihe, eine detaillierte graphische Darstellung der Krankenstandsentwicklung in den einzelnen Wirtschaftsklassen ist nicht möglich. Abbildung 1.20 gibt einen Überblick der Krankenstandsentwicklung anhand einer Zusammenfassung in breiten Wirtschaftszweigen. Im Allgemeinen bestätigt ein Blick in die Vergangenheit das heutige Muster. Die Industriebranchen, allen voran die Bereiche der Metallverarbeitung, der Glas- und Steinwaren und der Chemie, wiesen in den 1970er- und 1980er-Jahren zusammen mit dem Bauwesen die höchsten Krankenstandsquoten auf. Im Dienstleistungsbereich, der allerdings in der alten ÖNACE-Systematik nur sehr grob zusammengefasst wurde, waren Krankenstände – mit Ausnahme der Branche Verkehr und Nachrichtenübermittlung – deutlich seltener. Im Zeitraum 1970 bis 1994 folgte das Krankenstandsgeschehen in den

meisten Branchen einem ähnlichen Muster; in den 1970er-Jahren stiegen die Krankenstandsquoten, während seit 1980 eine abnehmende Tendenz beobachtet werden kann. In diesen Jahrzehnten kam es auch zu einer Annäherung der Krankenstandsquoten zwischen Industrie und Dienstleistungssektor, die Krankenstandsquote im Bauwesen verharrte dagegen deutlich oberhalb des gesamtwirtschaftlichen Durchschnitts.

Abbildung 1.20: **Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppe**



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

Nach Beginn der 1990er-Jahre kam es zu einer stärkeren Konvergenz in den Krankenstandsquoten aller Wirtschaftssektoren. Während der Krankenstand im Durchschnitt der Dienstleistungsbranchen weitgehend konstant blieb, verzeichneten die Beschäftigten in der Warenherstellung einen spürbaren Rückgang der krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten. Noch stärker ging die Krankenstandsquote allerdings im Bauwesen zurück: In den späten 1980er-Jahren hatten die Beschäftigten der Bauwirtschaft etwa 40% mehr Krankenstandstage als im gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt. 2020 betrug die Differenz nur noch 4%. Der überproportional starke Rückgang der Fehlzeiten im Bausektor führte auch dazu, dass seit einigen Jahren in diesem Bereich durchschnittlich weniger Krankenstandstage je Versicherte bzw. Versicherten anfallen als in der Herstellung von Waren. Im Jahr 2020 waren die beiden Quoten mit 3,6% gleich hoch.

1.6.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst

Die *Krankenstandsstatistik* des Dachverbands der Sozialversicherungsträger erfasst das Krankenstandsgeschehen der Arbeiterinnen, Arbeiter und Angestellten. Während in dieser Statistik Vertragsbedienstete des Bundes inkludiert sind, fehlen Informationen zu den pragmatisierten

Bediensteten im öffentlichen Dienst. Mit Hilfe der vom *Bundesministerium Kunst, Kultur, öffentlicher Dienst und Sport* (2020) veröffentlichten Statistik zum "Personal des Bundes" ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der Beamtinnen und Beamten des Bundes (135.128 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten) bis zum Jahr 2019 zu ergänzen. Zudem wurde auch eine detaillierte Auswertung der Fehlzeiten im Bundesdienst für 2018 veröffentlicht (*Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport*, 2019B). Informationen zu den öffentlich Bediensteten der Länder und Gemeinden sind allerdings weder in dieser noch in anderen verfügbaren Datenquellen enthalten.

Aus den statistischen Auswertungen geht hervor, dass 2019 die Krankenstandsquote der Beamtinnen und Beamten 4,5% und jene der Vertragsbediensteten 2,7% betrug (Übersicht 1.4). Die Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (Beamtinnen, Beamte und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 3,5%. In diesen Quoten wurden jedoch die Kurzkrankenstände nicht berücksichtigt. Bei einer Einschätzung hinsichtlich der Höhe der Fehlzeiten der Bundesbeschäftigten ist es wichtig, eine passende Vergleichsbasis mit anderen Beschäftigungssektoren zu schaffen. Zieht man den gesamten ASVG-Bereich (die Grundmenge der *Krankenstandsstatistik*) heran und bereinigt diese Krankenstandsquote um die erfassten Kurzkrankenstände, so erreicht man einen Wert von 3,3% (2019). Im Vergleich zwischen Bund und den anderen Wirtschaftssektoren soll jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Tätigkeitsbereiche der Beamtinnen und Beamten denen der Angestellten ähnlicher als den Arbeiterinnen und Arbeitern sind. Die überdurchschnittliche Krankenstandsquote der Arbeiterinnen und Arbeiter legt es nahe, die Fehlzeiten der Beamtinnen und Beamten mit dem Krankenstandsgeschehen der ASVG-Angestellten zu vergleichen. Eine entsprechende Gegenüberstellung zeigt, dass die (um die Kurzkrankenstände bereinigte) Krankenstandsquote der Angestellten im Jahr 2019 um 0,8 Prozentpunkte (das entspricht einem Viertel) niedriger als jene im Bundesdienst war (2,7% gegenüber 3,5%, Übersicht 1.4).

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

Übersicht 1.4: **Krankenstandskennzahlen der Bundesbediensteten**

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

		Auf 1.000 Beschäftigte entfallen	Durchschnittliche	Krankenstands-	
		Krankenstands-	Dauer eines Falles	quote in %	
		fälle	in Tagen		
		tage			
Beamtinnen und Beamte	2012	970	15,473	16,0	4,2
	2013	1.029	15.899	15,4	4,4
	2014	947	15.104	16,0	4,1
	2015	1.070	15.277	14,3	4,2
	2016	1.063	15.139	14,2	4,1
	2017	1.031	15.571	15,1	4,3
	2018	1.153	16.336	14,2	4,5
	2019	1.116	16.281	14,6	4,5
	Vertragsbedienstete des Bundes	2012	661	9.937	15,0
2013		702	10.095	14,4	2,8
2014		652	9.671	14,8	2,6
2015		703	9.763	13,9	2,7
2016		677	9.466	14,0	2,6
2017		672	9.424	14,0	2,6
2018		720	9.790	13,6	2,7
2019		689	9.685	14,0	2,7
Beamtinnen, Beamte und Vertragsbedienstete des Bundes ¹⁾		2012	833	12.941	15,5
	2013	880	13.178	15,0	3,6
	2014	808	12.488	15,4	3,4
	2015	896	12.579	14,0	3,4
	2016	878	12.320	14,0	3,4
	2017	852	12.420	14,6	3,4
	2018	933	12.922	13,8	3,5
	2019	900	12.842	14,3	3,5
	ASVG-versicherte Arbeiter/innen und Angestellte ²⁾	2012	768	11.916	15,5
2013		796	11.985	15,1	3,3
2014		731	11.374	15,6	3,1
2015		780	11.642	14,9	3,2
2016		759	11.430	15,1	3,1
2017		761	11.461	15,1	3,1
2018		813	11.983	14,7	3,3
2019		796	12.136	15,2	3,3
ASVG-versicherte Angestellte ²⁾		2012	644	9.525	14,8
	2013	686	9.756	14,2	2,7
	2014	630	9.302	14,8	2,5
	2015	686	9.663	14,1	2,6
	2016	666	9.456	14,2	2,6
	2017	664	9.466	14,3	2,6
	2018	710	9.914	14,0	2,7
	2019	690	9.912	14,4	2,7

Q: Bundesministerium Kunst, Kultur, öffentlicher Dienst und Sport (2020). – ¹⁾ Einschließlich Ausbildungsverhältnisse (Lehr- linge, Praktikantinnen und Praktikanten). – ²⁾ WIFO-Berechnungen.

Ein weiterer Faktor, der beim Vergleich berücksichtigt werden müsste, betrifft die Inanspruch- nahme von Kuraufenthalten. Da Kuren einen positiven Beitrag zur Gesundheit und somit zur

langfristigen Erwerbsfähigkeit leisten, wäre es sinnvoll, sie von den restlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten zu isolieren. Sowohl bei den Beamtinnen und Beamten als auch in der *Krankensstandsstatistik* werden Kuraufenthalte aber als Fehlzeiten angerechnet, Unterschiede zwischen den Wirtschaftssektoren können nicht herausgearbeitet werden. Aus den Fehlzeitenauswertungen des Bundesministeriums für öffentlichen Dienst und Sport wissen wir, dass im Jahr 2018 im Bundesdienst auf 1.000 Beschäftigte 767 Arbeitstage³²⁾ wegen Kuraufenthalte entfielen, das entspricht einer Krankenstandsquote von etwa 0,3%. Für den ASVG-Bereich ist allerdings keine vergleichbare Information verfügbar.

Die Höhe der Krankenstände wird neben individuellen Faktoren wie dem Alter der Beschäftigten auch von spezifischen institutionellen Rahmenbedingungen sowie den Arbeitsplatzbedingungen geprägt. Im Vergleich zwischen öffentlichem Dienst und Privatwirtschaft wird oft vermutet, dass die besondere Sicherheit des Arbeitsplatzes zu einer geringeren Symptomtoleranz veranlasse und somit zu höheren Fehlzeiten führe. Tatsächlich sind aus der einschlägigen Literatur Untersuchungen bekannt, die die positive Korrelation zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Krankenstandsquote untermauern (*Drago – Wooden, 1992; Lindbeck et al., 2006*). Der dokumentierte Effekt der Arbeitsplatzsicherheit ist in diesen Studien statistisch signifikant, allerdings quantitativ nicht ausreichend, um alleine die Krankenstandsdynamik im öffentlichen Sektor zu erklären. Der Arbeitsplatzsicherheits-Effekt stellt demnach eine Komponente für das Verständnis des Krankenstandsgeschehens im öffentlichen Dienst dar, ist aber nicht als einzige Ursache für die Höhe der Krankenstände verantwortlich. *Badura et al. (2006)* weisen darauf hin, dass neben der Altersstruktur auch die Tatsache berücksichtigt werden muss, dass die öffentlichen Verwaltungsinstitutionen ihrer Verpflichtung zur Beschäftigung Behinderter stärker nachkommen als andere Branchen. Auch wird vermutet, dass im privaten Sektor aufgrund der starken Konkurrenz um niedrige Kosten eine stärkere "Sozialisierung" der Kosten von vorzeitigem Gesundheitsverschleiß und Krankheit (z. B. im Rahmen des Personalabbaus) als im öffentlichen Bereich stattfindet (*Oppolzer, 2000*). In Deutschland ist laut Studienergebnissen die höhere Anzahl von krankheitsbedingten Fehlzeiten im öffentlichen Dienst knapp zur Hälfte auf den erhöhten Anteil an schwerbehinderten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zurückzuführen (*Marstedt et al., 2001*). In Österreich zeigen Auswertungen zur Beschäftigungssituation von begünstigten Behinderten, dass der Bund als Arbeitgeber seiner Beschäftigungspflicht von behinderten Personen in höherem Maße nachkommt als der Durchschnitt aller beschäftigungspflichtigen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber³³⁾.

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

³²⁾ Die Auswertungen beziehen sich auf tatsächlich entfallene Arbeitstage und nicht auf die Gesamtzahl der Kalendertage (einschließlich Wochenenden und Feiertage), in denen der Kuraufenthalt stattfand.

³³⁾ Laut Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich (*Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2017*) erfüllt der Bund seit 2007 die Beschäftigungspflicht nach dem BEinstG vollständig. Nur 22% aller einstellungspflichtigen Dienstgeberinnen und Dienstgeber erfüllen diese Vorgabe (Daten für 2014). Von den 106.883 Pflichtstellen waren 2014 knapp zwei Drittel (64,42%) besetzt.

auf die einzelnen Beschäftigtengruppen große Ähnlichkeit mit dem privatwirtschaftlichen Bereich aufweisen. Diese Auswertungen beziehen sich – wie es bei einer Betrachtung aus Sicht der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber üblich ist – auf die tatsächlich entfallenen Arbeitstage und nicht auf die im Krankenstand verbrachten Kalendertage. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sinken mit dem Qualifikationsniveau der Beschäftigten: 2018 entfielen auf Beschäftigte mit akademischer Bildung pro Kopf 6,8 Arbeitstage, auf Bedienstete des Hilfsdienstes 13,9 Arbeitstage Krankenstand. Die Darstellung der Krankenstände nach Altersgruppen bestätigt das bereits bei den ASVG-Beschäftigten beobachtete U-Muster, wonach die Krankenstandsquote mit zunehmendem Alter zuerst abnimmt und dann wieder deutlich ansteigt. In der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen steigt die Krankenstandsquote merklich an und erreicht bei den 60- bis 64-Jährigen den höchsten Wert. Bei der Auswertung der Krankenstandstage nach Geschlecht liegen im Bundesdienst die Werte der Männer allerdings um 1,8% über jenen der Frauen. Frauen sind gleich oft, aber geringfügig kürzer im Krankenstand als Männer.

Hinsichtlich der Verteilung der Krankenstände nach Dauer ist der Vergleich zwischen dem öffentlichen und dem privatwirtschaftlichen Bereich etwas schwieriger. In beiden Bereichen verursachen vergleichsweise seltene, aber lange Krankenstandsepisoden einen signifikanten Anteil aller Fehlzeiten. Allerdings spielen Kurzkrankenstände, die im öffentlichen Dienst vollständig erfasst sind, in den Auswertungen des Bundesministeriums für öffentlichen Dienst und Sport eine deutlich größere Rolle als in der *Krankenstandsstatistik*. Das hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Kurzkrankenstände bei den Bundesbediensteten in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. 2018 entfielen gut zwei Drittel aller Krankenstandsepisoden und knapp ein Drittel der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jede bzw. jeder Beschäftigte im Laufe des Jahres 3,1 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich: laut *Krankenstandsstatistik* war es bei den ASVG-Beschäftigten nur 1 Tag³⁴). Allerdings lässt sich anhand der verfügbaren Information nicht sagen, ob die hohe Frequenz von Kurzkrankenständen ein kennzeichnendes Merkmal des öffentlichen Dienstes ist oder ob der Unterschied zwischen dem ASVG-Bereich und dem öffentlichen Sektor lediglich auf die vollständigere Erfassung dieser Form von Fehlzeiten im öffentlichen Bereich zurückzuführen ist. Man kann vermuten, dass beide Effekte eine Rolle spielen. Nachweislich sind die Kurzkrankenstände im ASVG-Bereich deutlich untererfasst. Andererseits dürfte der vielerorts dokumentierte, positive Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Fehlzeiten vor allem bei kürzeren Fehlzeiten zum Tragen kommen.

1.7 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung

Obwohl nicht alle Arbeiterinnen bzw. Arbeiter und Angestellten bei der Gesundheitskasse des entsprechenden Bundeslandes versichert sind, ergibt die Summe der Krankenstandstage der

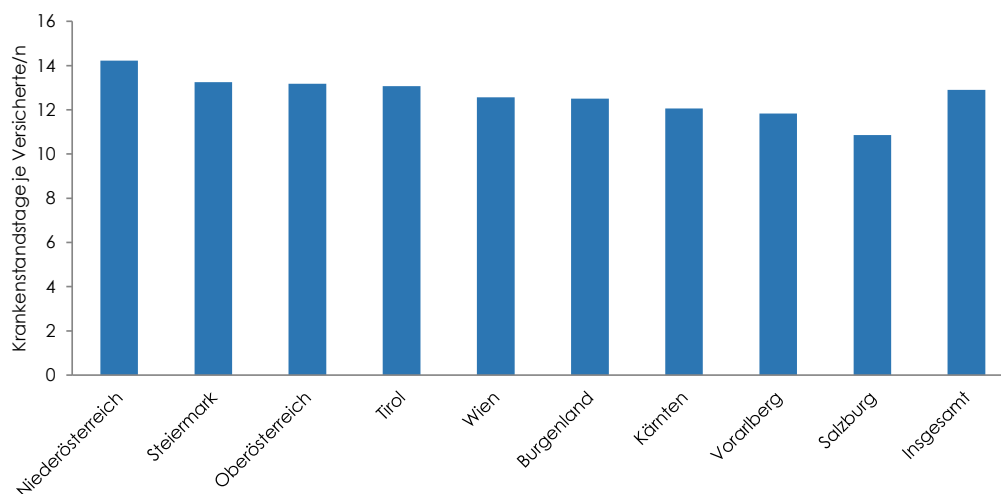
³⁴) Da es sich bei den Kurzkrankenständen um Krankenstände von ein bis drei Tagen handelt, wird angenommen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeitstag und Kalendertag hier unberücksichtigt bleiben kann.

Österreichischen Gesundheitskasse gegenüber der Gesamtheit aller in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Krankenstände eine Abdeckungsquote von 92,0% (2020)³⁵). Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten der Gesundheitskasse für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen³⁶).

Die Werte aus dem Jahr 2020 zeigen, dass die von der Gesundheitskasse erfassten Krankenstandstage mit durchschnittlich 12,9 Tagen je Erwerbstätige bzw. Erwerbstätigen nur marginal über dem Wert aller Krankenstandstage (12,7) liegen. In Niederösterreich (14,2), der Steiermark (13,3), Oberösterreich (13,2) und Tirol (13,1) wurden überdurchschnittliche Krankenstände in diesem Jahr verzeichnet (Abbildung 1.21). Die Versicherten in Wien (12,6), Burgenland (12,5), Kärnten (12,1) und Vorarlberg (11,8) verzeichneten weniger Krankenstände als die Beschäftigten im Durchschnitt der Bundesländer. Die größte Abweichung konnte allerdings in Salzburg beobachtet werden, dort waren die Versicherten im Schnitt nur 10,9 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 3,0% um rund ein Sechstel unter dem österreichischen (3,5%) und um ein Viertel unter dem niederösterreichischen (3,9%) Wert.

Abbildung 1.21: **Krankenstände nach Bundesländern**

Gesundheitskasse, 2020



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

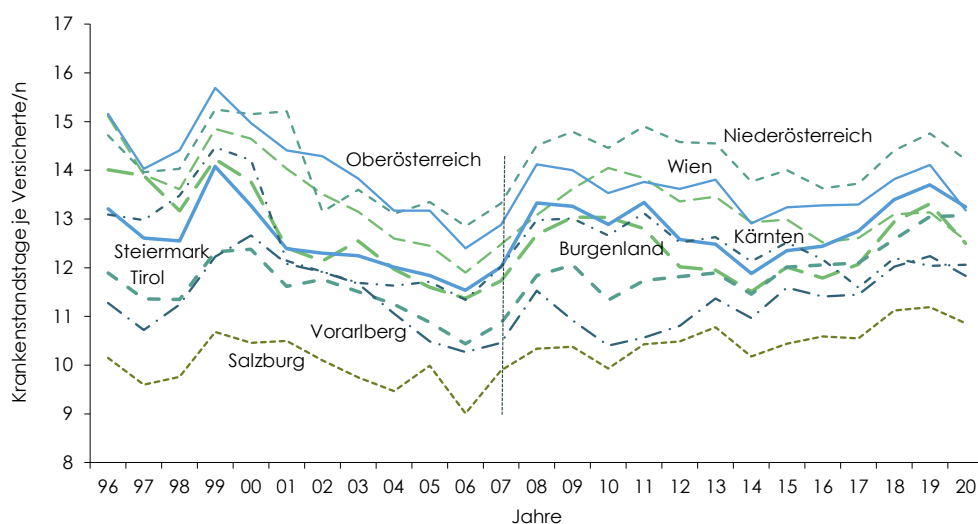
Die Betrachtung einer längeren Periode (1996/2020) verdeutlicht, dass auch in der Vergangenheit die Krankenstandsquote in Salzburg deutlich niedriger als in den restlichen Bundesländern

³⁵) Weitere Versicherungsträger, deren Versicherte zumindest teilweise in der *Krankenstandsstatistik* inkludiert sind, sind die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie Eisenbahnen und Bergbau. Diese Versicherungsträger sind nicht bzw. nur mit Einschränkungen regional zuordenbar.

³⁶) Infolge des geringfügigen Unterschieds zwischen der gesamtösterreichischen Statistik und jener, in der nur die Versicherten der Gesundheitskasse inkludiert sind, kann die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf bzw. der Krankenstandsquote für Österreich marginal abweichen.

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

Abbildung 1.22: **Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern**



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

Die relative Beständigkeit dieser regionalen Unterschiede lässt erkennen, dass sich in den einzelnen Bundesländern strukturelle Faktoren auf das Krankenstandsgeschehen niederschlagen. In Abschnitt 1.6.3 konnte gezeigt werden, dass die Wirtschaftsstruktur und somit die Verteilung der Beschäftigten auf Branchen und Berufe maßgebend auf das Krankenstandsniveau Einfluss nehmen. Das Fehlen von detaillierten Informationen zu den Krankenstandsquoten einzelner Branchen und Berufsgruppen ermöglicht es zwar nicht, die Bedeutung dieser wirtschaftsstrukturellen Unterschiede zwischen den Bundesländern vollständig abzubilden. Die Unterscheidung der Krankenstandsquoten der Österreichischen Gesundheitskasse nach sozialrechtlicher Stellung (Arbeiterinnen bzw. Arbeiter und Angestellte) und Geschlecht leistet dennoch einen Beitrag zur Erklärung der regionalen Differenzen.

Im Jahr 2020 war das Krankenstandsgeschehen in den Bundesländern auch von Veränderungen im Beschäftigungsniveau, der Zunahme der Arbeitslosigkeit sowie der beschäftigungserhaltenden Kurzarbeit geprägt.

Der krisenbedingte Anstieg der Arbeitslosigkeit zeigt Auswirkungen auf die hier erfassten Krankenstände der Aktivbeschäftigten. Da die Arbeitslosigkeit eher in der Gruppe der jungen Beschäftigten mit höheren Krankenstandsquoten gestiegen ist, geht ein dämpfender Effekt auf die Summe der Fehlzeiten aus. Die Beschäftigungsrückgänge waren bei den unter 25-Jährigen in Tirol und Kärnten besonders stark ausgeprägt (Bock-Schappelwein et al., 2021B). Mit der Veränderung der Beschäftigungsstruktur sank die Krankenstandsquoten von 2019 auf 2020 in allen Bundesländern – mit der Ausnahme von Tirol und Kärnten. In diesen beiden Bundesländern lag neben den starken Beschäftigungseinbrüchen auch der Anteil der Kurzarbeitenden an allen Aktivbeschäftigten mit 9,7% (Tirol) und 8,7% (Kärnten) deutlich unter dem Österreichschnitt von 11,8%³⁷⁾. Der weitgehend unveränderte Arbeitseinsatz in diesen beiden Bundesländern könnte den Trend zum Rückgang bei den Krankenstandsquoten gedämpft haben.

Übersicht 1.5: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht

2020

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

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 1.5 veranschaulicht, dass hinter den unter- bzw. überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten der einzelnen Bundesländer unterschiedliche Kombinationen im Krankenstandsniveau der einzelnen Beschäftigtengruppen stehen. In Oberösterreich verzeichneten im Wesentlichen nur die Arbeiterinnen (4,9%) und Arbeiter (4,4%) hohe Krankenstandsquoten, die angestellten Männer und Frauen lagen mit ihren Krankenständen nahe bzw. am Durchschnitt aller Bundesländer. In diesem Fall dürfte sich die große Bedeutung der Warenherstellung negativ

³⁷⁾ Vergleich März bis November 2020 gemäß bali-web.

auf das Krankenstands-niveau niederschlagen. In Wien lagen die männlichen Arbeiter und Angestellten mit Quoten von 4,4% bzw. 2,3% leicht über bzw. unter dem bundesweiten Durchschnitt, die Frauen lagen dagegen sowohl in Arbeiterinnen- bzw. Arbeiterberufen (5,5%) als auch in Angestelltenberufen (3,5%) deutlich über den entsprechenden Durchschnittswerten (4,9% und 3,3%). Der hohe Angestelltenanteil an der Beschäftigung, eine Folge der dienstleistungsorientierten Wirtschaftsstruktur in der Bundeshauptstadt, erklärt, weshalb Wien trotz der hohen Krankenstandsquoten der Frauen insgesamt mit 3,4% leicht unter dem Durchschnitt aller Bundesländer liegt. In Niederösterreich dagegen verzeichneten sowohl die Angestellten als auch die Arbeiterinnen und Arbeiter vergleichsweise viele krankheitsbedingte Fehlzeiten. Die niedrige Krankenstandsquote in Salzburg (3,0%) ergibt sich aus sehr niedrigen Werten aller Teilgruppen.

Übersicht 1.6: Normierung der Krankenstandsquote

Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2020

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

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

Die Krankenstandsquoten der Österreichischen Gesundheitskasse werden nicht nur von den Quoten der einzelnen Beschäftigtengruppen bestimmt, sondern auch von ihrer anteilmäßigen Bedeutung für die gesamte von der Gesundheitskasse erfassten Beschäftigung. Übersicht 1.6 gibt das Ergebnis einer Bereinigung der Krankenstandsquoten der Gesundheitskasse um Unterschiede in der Beschäftigungsstruktur (nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht) wieder. Die erste Datenspalte zeigt die tatsächlichen Krankenstandsquoten im entsprechenden Bundesland im Jahr 2020. In der zweiten Datenspalte wird dagegen angeführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Versicherten in allen Bundesländern

dem Durchschnitt entsprochen hätte³⁸⁾. Erwartungsgemäß weisen nach der Bereinigung Bundesländer mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit überdurchschnittlichen Krankenständen (besonders Arbeiterinnen und Arbeiter, weibliche Angestellte) eine geringere Krankenstandsquote auf. Insgesamt sind die Effekte der Bereinigung allerdings geringfügig. Einzig in Wien, wo die Beschäftigungsstruktur am stärksten vom Durchschnitt abweicht, macht sich eine Strukturbereinigung in der Krankenstandsquote deutlich bemerkbar: Bei durchschnittlicher Zusammensetzung der Beschäftigung (und gleichbleibenden gruppenspezifischen Krankenstandsquoten) würde sich die Krankenstandsquote in Wien auf 3,7% belaufen, was einem Plus von 6,6% entspricht. Die Krankenstandsquote in Vorarlberg bleibt unverändert. In den anderen Bundesländern führt die Bereinigung zu einer leichten Senkung des Krankenstandsniveaus, am stärksten so in Tirol und im Burgenland.

Auch unter Berücksichtigung dieser strukturellen Komponente ändert sich kaum etwas an der Darstellung der regionalen Krankenstandsquoten. Die stärkste prozentuelle Anpassung erfolgt für Wien, wo eine Angleichung an den bundesweiten Durchschnitt in der Verteilung der Arbeiterinnen, Arbeiter und Angestellten zu einer Erhöhung der Krankenstandsquote um 6,6% führt. Nach wie vor liegen Niederösterreich und die Steiermark über dem Durchschnitt der Bundesländer. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung Salzburg (3,0%). Insgesamt bestätigen die Berechnungen somit, dass sich die Wirtschaftsstruktur günstig (wie im Falle Wiens) oder ungünstig (wie beispielsweise in Tirol und im Burgenland) auf die Krankenstände auswirkt. Jedoch liefert die Zusammensetzung der Beschäftigung nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht nur einen geringen Erklärungsbeitrag zu den regional teils erheblichen Krankenstandsunterschieden. Das hängt damit zusammen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeiterinnen-bzw. Arbeiter- und Angestelltenberufen die Komplexität der Wirtschaftsstruktur nur unzureichend wiedergibt. Innerhalb der Berufsgruppen bestehen zum Teil ausgeprägte branchenspezifische Unterschiede³⁹⁾, 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

³⁸⁾ Die Krankenstandsquoten der einzelnen Beschäftigtengruppen je Bundesland werden dabei konstant gehalten (Übersicht 1.5).

³⁹⁾ So waren beispielsweise Arbeiterinnen und Arbeiter in der Metallerzeugung und -bearbeitung (Wirtschaftsklasse ÖNACE 27) durchschnittlich 20,3 Tage, im Maschinenbau (28) 16,7 Tage und im Einzelhandel (52) nur 14,3 Tage krankgeschrieben (Daten aus der *Krankenstandsstatistik* für das Jahr 2007).

Zusammenhang mit den Krankenständen aufweist. Die Unterschiede zwischen den Landesstellen der Österreichischen Gesundheitskasse ergeben sich somit aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Bestimmungsgründen, die anhand einer vertieften Analyse mit entsprechendem Datenmaterial untersucht werden müssten.

1.8 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Die Darstellung der Krankheitsgruppen wurde für das Jahr 2012 vom DVSV auf die Klassifizierung nach ICD-10⁴⁰⁾ 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 hier sind Besonderheiten im Jahr 2020 im Rahmen der Entwicklungen durch COVID-19 vorhanden. Zum einen gibt es eine Ergänzung der Klassifikation um COVID-19 in dem Kapitel XXII, U07.1 "COVID-19, Virus nachgewiesen" und U07.2 "COVID-19, Virus nicht nachgewiesen" (*Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020*). Kapitel XXII findet sich in Übersicht 1.7 in der Gruppe "Übrige Ursachen". Zum anderen sind Zeiten, in denen sich Versicherte in Quarantäne befinden, nicht automatisch Krankenstandszeiten, sondern eine Dienstverhinderung. Allerdings ersetzt bei einem positiven COVID-19-Befund die behördliche Absonderung die Arbeitsunfähigkeitsklärung auch rückwirkend für fünf Tage. Insgesamt liegen derzeit noch keine Detailinformationen zum Quarantänegeschehen der Beschäftigten 2020 vor, auf deren Grundlage der Einfluss auf die tatsächlichen Krankschreibungen der Versicherten quantifizierbar wäre.

Auch anhand der aktuellen Gliederung ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Krankenstandsfälle und -tage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Ursachen zurückzuführen ist (Übersicht 1.7). Dies gilt sowohl bei einer Betrachtung nach Häufigkeit der Krankheiten als auch bei der Fokussierung auf die daraus resultierenden Krankenstandstage. So erfasst man mit den fünf häufigsten Krankheitsgruppen rund drei Viertel (77,1%) aller Krankenstandsfälle und zwei Drittel (66,8%) der Krankenstandstage. Reiht man die Krankheitsgruppen nach der Zahl der verursachten Krankenstandstage sind die fünf dominierenden Gruppen für knapp drei Viertel aller gemeldeten Krankenstandstage und -fälle (jeweils 73,2%) verantwortlich. Infolge der Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer der Erkrankungen verschiebt sich die Rangordnung der Krankheitsgruppen nach Krankenstandstagen; mit einer Ausnahme⁴¹⁾ handelt es sich aber um die gleichen fünf Diagnosegruppen. Die Reihenfolge der Krankheitsgruppen variiert nur ge-

⁴⁰⁾ Die ICD-Kodierung (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme.

⁴¹⁾ "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.

ringfügig. Jedoch sticht im Jahr 2020 die Gruppe "Übrige Ursachen" hervor. In den letzten Jahren lag ihr Anteil bei den Fällen bei rund 0,5%, bei den Tagen bei weniger als 1%. Diese Anteile erhöhten sich 2020 auf 2% (Fälle) und 1,5% (Tage). Diese Gruppe umfasst auch das Geschehen der COVID-19-Erkrankungen.

Übersicht 1.7: Krankheitsgruppenstatistik

Österreich, 2020

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle	Krankenstandstage	Dauer der Fälle
	Anteile in %		Ø Anzahl Tage
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	14,9	21,6	16,9
Krankheiten des Atmungssystems	32,2	18,3	6,6
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	8,5	16,1	22,2
Psychische und Verhaltensstörungen	3,0	10,7	42,1
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	14,7	6,5	5,2
Neubildungen	0,9	4,3	53,3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	6,9	4,3	7,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,8	3,8	24,5
Krankheiten des Verdauungssystems	4,9	3,6	8,6
Krankheiten des Urogenitalsystems	2,5	2,1	9,8
Krankheiten des Nervensystems	2,5	2,1	9,6
Übrige Ursachen	2,0	1,5	8,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	1,2	1,2	12,0
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,1	1,1	11,7
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	1,1	0,8	8,7
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,9	0,7	8,8
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,4	0,7	22,0
Diagnose nicht feststellbar	0,5	0,5	12,0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0,1	0,1	22,2
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,1	0,1	20,7
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,0	0,0	14,0

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Zwei Gruppen von Krankheiten prägen das Bild des Krankenstandsgeschehens: Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes und jene des Atmungssystems. Zusammen verursachen diese Erkrankungen 47,1% der Krankenstandsfälle und 39,9% der Fehlzeiten⁴²⁾. Verletzungen und Vergiftungen⁴³⁾ sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten;

⁴²⁾ Die Bedeutung war 2019 mit 49,9% der Krankenstandsfälle und 41,6% Krankenstandstage größer.

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).

16,1% 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 Krankheiten 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.

Die unterschiedlichen Diagnosegruppen streuen sehr stark hinsichtlich der Länge von Krankenstandsepisoden; die durchschnittliche Krankenstandsdauer von 11,7 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Unter den stärker verbreiteten Krankheitsgruppen fallen infektiöse und parasitäre Krankheiten (5,2 Tage), Krankheiten des Atmungssystems (6,6 Tage) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (8,6 Tage) besonders kurz aus. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (16,9 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (22,2 Tage) und vor allem die psychischen und Verhaltensstörungen (42,1 Tage) über dem Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß verursachen schwere Erkrankungen (z. B. Neubildungen) ebenfalls lange Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle liegt bei 53,3 Tagen.

Die durchschnittliche Dauer war in den letzten Jahren bis 2019 tendenziell rückläufig (Abbildung 1.3). Ein deutlicher Anstieg im Jahr 2020 konnte in fast allen Krankheitsgruppen beobachtet werden. Eine der beiden Ausnahmen stellt die Gruppe "Übrige Ursachen" dar, hier war die durchschnittliche Dauer rückläufig. Eine weitere Ursache ist der hohe Rückgang an Atemwegserkrankungen (siehe dazu später), die eher von kurzen Krankheitsepisoden geprägt sind.

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. Dementspre-

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

⁴⁵⁾ In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die mit Abstand häufigste Gruppe von Todesursachen dar; 2020 wurden fast vier von zehn Sterbefällen (35,7% bzw. 32.700 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (*Statistik Austria*, Statistik der Todesursachen im Überblick).

chend sind auf Verletzungen und Vergiftungen zurückgehende Krankenstandsfälle und Fehlzeiten bei Männern um 65% häufiger als 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 Fünftel häufiger als bei Frauen. Allerdings dauern die Krankheitsepisoden dieser Diagnosegruppe bei Frauen im Schnitt 3,0 Tage länger, wodurch die Anzahl von Fehltagen, die auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen ist, bei Männern pro Kopf etwa gleich hoch ist wie bei Frauen. Ein weiterer ausgeprägter geschlechtsspezifischer Unterschied betrifft die Krankheiten des Kreislaufsystems (die u. a. koronare Herzkrankheiten und Herzinfarkte umfassen): Männer sind um 1,5% weniger als Frauen betroffen, die Anzahl an Krankenstandstagen ist jedoch um 60% höher. Psychische und Verhaltensstörungen treten bei Frauen deutlich häufiger auf: Während es im Jahr 2020 auf 100 Männer im Schnitt 2,3 Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich 4,4 Fälle. Als Folge ist die auf diese Krankheitsgruppe zurückgehende Anzahl an Krankenstandstagen bei Frauen pro Kopf fast doppelt so hoch wie bei Männern. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Krankheiten des Nervensystems. Es fehlt aber auch nicht an Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern beispielsweise bei den infektiösen Krankheiten und auch bei den weit verbreiteten Erkrankungen wie die des Atmungssystems.

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

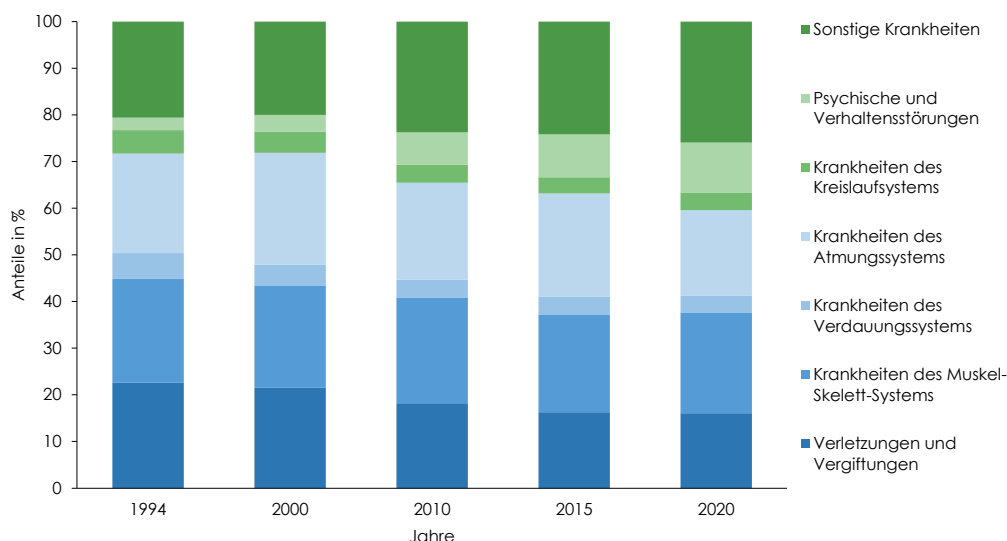
Abbildung 1.23 gibt einen Einblick in die Entwicklung der Fehlzeiten nach Krankheitsgruppen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Statistik im Zeitverlauf auch von Veränderungen der Diagnoseerfassung durch die Ärztinnen und Ärzte beeinflusst wird.

Verletzungen und Vergiftungen sind als Krankenstandsursache in einer längerfristigen Betrachtung rückläufig. 1994 fielen im Schnitt pro beschäftigte Person 3,4 Krankenstandstage in dieser Diagnosegruppe an, im Jahr 2020 waren es nur noch 2,0 Tage. Damit reduzierte sich der Anteil

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

der Verletzungen von gut einem Fünftel auf ein Sechstel aller krankheitsbedingten Fehlzeiten. Dieser Trend wurde 2020 durch COVID-19-Maßnahmen verstärkt, da sowohl Freizeitaktivitäten durch Lockdown-Maßnahmen massiv eingeschränkt waren, aber auch die Beschäftigungseinbrüche vor allem bei den Arbeiterinnen und Arbeitern wie auch Betriebsschließungen führten zu einer Verringerung arbeitsbedingter Stressoren. Darüber hinaus fielen Pendelzeiten weg und damit eine weitere Gefahrenquelle⁴⁷⁾, wie auch das Instrument der Kurzarbeit die Gefahrenexposition der Beschäftigten durch ihren zeitlich reduzierten Arbeitseinsatz verringerte. Diese Entwicklungen trugen wegen der großen Bedeutung dieser Diagnosegruppe und der überdurchschnittlichen Dauer der damit einhergehenden Krankheitsepisoden zur Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer bei.

Abbildung 1.23: **Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen**
Österreich



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Zahl der Muskel-Skelett-Erkrankungen blieb im hier untersuchten Zeitraum anteilmäßig stabil, jedoch wurde auch hier im Vergleich zu 2019 ein hoher Rückgang bei den Tagen verzeichnet. Die Krankheiten des Kreislauf- und jene des Verdauungssystems, die jedoch einen sehr geringen Anteil am Krankenstandsvolumen haben (3,8% bzw. 3,6%), gingen dagegen leicht zurück. Aufgrund der räumlichen Distanzierung und strikteren Hygienevorschriften gingen auch die Krankenstandstage bestimmter infektiöser und parasitärer Krankheiten stark zurück.

⁴⁷⁾ https://www.psyga.info/corona-umfrage?no_cache=1 (abgerufen am 4. Oktober 2021).

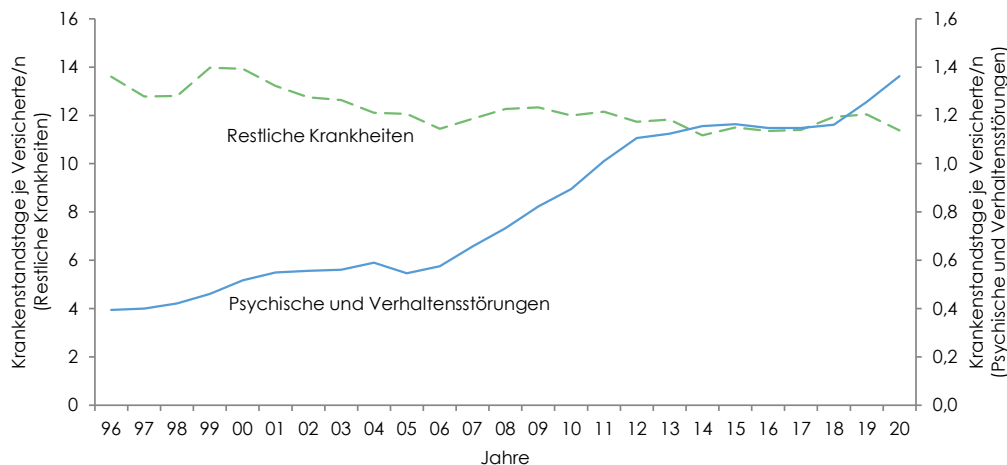
Der Anteil der Krankheiten des Atmungssystems ging in den vergangenen 20 Jahren (2000 24%, 2020 18,3%) ebenso zurück, wie die durchschnittliche Anzahl an Krankheitstagen pro Kopf dieser Diagnosegruppe (2000 3,5 Tage, 2020 2,3 Tage). Kurzfristig unterliegt die Entwicklung der Krankenstandstage, die auf Atemwegserkrankungen zurückgehen, mitunter starken Schwankungen. Diese Schwankungen sind auch deshalb von Interesse, weil sie einen Anhaltspunkt zur Intensität von Grippewellen geben können. Das Jahr 2020 stellte in diesem Zusammenhang eine Besonderheit dar. Die gesunkene Zahl der Atemwegserkrankungen von 2019 auf 2020 weist in einer absoluten Betrachtung einen Rückgang um rund 540.600 Fälle bzw. um rund 1.462.700 Tage aus. Das entspricht einem Rückgang an Fehlzeiten pro Kopf in dieser Krankheitsgruppe von 14%. Dieser hohe Rückgang steht mit den COVID-19-Maßnahmen, durch die die Ansteckungsmöglichkeiten minimiert werden sollten, in Verbindung: einerseits mit Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht, räumliche Distanzierung oder Empfehlungen zu Homeoffice, andererseits mit der arbeitsmarktpolitischen Maßnahme der Kurzarbeit. Auch in vielen anderen Krankheitsgruppen ist die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf gegenüber dem Vorjahr zurückgegangen bzw. stagniert, in keiner anderen Gruppe war der absolute Rückgang annähernd gleich groß. Dem Rückgang bei Atemwegserkrankungen haben aber Steigerungen in den Gruppen psychische und Verhaltensstörungen sowie Übrige Ursachen entgegengewirkt. Für die Vergangenheit können wir eine starke Übereinstimmung in der Entwicklung der Atemwegserkrankungen und der allgemeinen Krankenstandsquote beobachten. In den vergangenen beiden Jahrzehnten bewegten sich die Pro-Kopf-Zahlen der Atemwegserkrankungen und die Krankenstandsquoten insgesamt fast ausnahmslos in die gleiche Richtung. Aufgrund der starken jährlichen Schwankungen in der Inzidenz von Atemwegserkrankungen und ihres hohen Gewichts am Fehlzeitenvolumen (knapp ein Fünftel aller Tage) erhöht diese Krankheitsgruppe die Volatilität der Krankenstandsquote in erheblichem Maße. Berechnungen zeigen, dass unter Ausschluss der Atemwegserkrankungen die längerfristige Varianz der Zeitreihe zur Krankenstandsquote um etwa ein Drittel geringer wäre⁴⁸⁾.

In einer längerfristigen Sicht ist ein klarer Aufwärtstrend der psychischen und Verhaltensstörungen beobachtbar (Abbildung 1.24). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich die Zahl der Krankenstandstage infolge psychischer Erkrankungen, ausgehend von einem sehr niedrigen Niveau, mehr als verdreifacht. Auch in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland, ist eine ähnliche Entwicklung beobachtbar. Zwischen 2012 und 2018 ist der Anstieg der psychisch bedingten Krankenstände in Österreich allerdings abgeflacht: 2016 kam es erstmals seit Mitte der 2000er-Jahre zu einem leichten Rückgang der Pro-Kopf-Quoten in dieser Krankheitsgruppe. 2017 verharrte die Quote auf demselben Wert wie im Vorjahr, 2018 war ein geringfügiger Anstieg feststellbar. 2019 und auch 2020 kam es wieder zu höheren Anstiegen um rund 8,5%. Damit einhergehend erhöhte sich auch der Anteil dieser Krankheitsgruppe am gesamten Fehlzeitenvolumen.

⁴⁸⁾ Der Variationskoeffizient für die Krankenstandsquote ohne Atemwegserkrankungen beträgt für die Jahre 2000 bis 2020 0,004, einschließlich der Atemwegserkrankungen 0,006.

Abbildung 1.24: **Entwicklung der psychischen Krankheiten**

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



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

Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Problemen für das gesundheitliche Wohlbefinden der Erwerbsbevölkerung lässt sich jedoch nur schwer aus diesen Zahlen ablesen. Einerseits sind im Zeitverlauf das Bewusstsein und das medizinische Wissen rund um psychische Störungen gewachsen, was auch das ärztliche Diagnose- und Verschreibungsverhalten verändert haben dürfte (Jacobi, 2009). Andererseits werden vermutlich nach wie vor zahlreiche Krankenstände, die mitunter auch eine psychische Ursache haben, aufgrund ihrer Symptomatik bei der Diagnoseerfassung anderen Krankheitsgruppen zugeschrieben. So können beispielsweise Allergien, Magenschmerzen, Kreislaufprobleme usw. eine Folge von Stress und psychischen Belastungen sein, ohne dass die daraus resultierenden Krankenstände Problemen der Psyche zugeschrieben werden. Zudem kommen die Folgen von psychischen Problemen mit besonderer Stärke im langfristigen Horizont zum Tragen. So sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache von Neuzugängen in die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension (Daten für 2020)⁴⁹⁾.

Die OECD schätzt, dass in ihren Mitgliedsländern etwa 20% bis 25% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von klinisch relevanten psychischen Leiden betroffen sind. Etwa 5% der Bevölkerung sind durch eine schwere psychische Störung gekennzeichnet, während die restlichen 15% eine leichte bis moderate Störung aufweisen (OECD, 2015). Die Frage, inwiefern die Verbreitung von psychischen Erkrankungen über die Zeit im Steigen begriffen ist, wird in der Wissenschaft intensiv diskutiert und unterschiedlich beantwortet (Heyde – Macco, 2010; Zach, 2014).

⁴⁹⁾ Dachverband der Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2021*, Tabelle 3.34.

Obwohl bestimmte Risikofaktoren, wie psychosoziale Belastungen als Folge von gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungsprozessen, zunehmen⁵⁰), deuten die (wenigen) verfügbaren empirischen Befunde darauf hin, dass die Häufigkeit von psychischen Störungen über die Zeit weitgehend konstant geblieben ist. *Richter et al.* (2008) kommen nach einer Durchsicht von über 40 epidemiologischen Untersuchungen zu dem Schluss, dass die Hypothese einer Zunahme psychischer Störungen nicht von den Daten gestützt wird. Zwei neuere Versionen dieser Untersuchung, die auch die Erkenntnisse aus weiteren Studien berücksichtigen, bestätigen dieses Ergebnis (*Richter – Berger*, 2013) bzw. finden für die vergangenen Jahrzehnte nur einen geringen Anstieg in der Prävalenz psychischer Erkrankungen, der vorwiegend durch demographische Verschiebungen erklärt werden kann (*Richter et al.*, 2019).

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

In der jüngeren Vergangenheit sind neue Belastungsfaktoren im Rahmen der COVID-19-Maßnahmen hinzugekommen. Potenzielle Stressfaktoren sind hier sowohl der gestiegene Arbeitsdruck in den systemrelevanten Bereichen (*Bock-Schappelwein et al.*, 2021A), aber auch der Arbeitsplatzverlust bzw. die Angst davor. Die Wechselwirkung zwischen (subjektiv wahrgenommenen) prekären Einkommens- und Lebenslagen (*Hense*, 2018) könnte sich im Jahr 2020 verstärkt haben, mit negativen Auswirkungen auf das psychische Erkrankungsgeschehen (*WHO*, 2020; *Brakemeier et al.*, 2020; *Schiestl et al.*, 2020; *Schiestl – Pintert*, 2020). Die Quantifizierung dieser jüngsten Entwicklungen auf das psychische Erkrankungsgeschehen bedeutet einen neuen Forschungsbedarf (*OECD*, 2021A).

⁵⁰) Die hier angesprochene Verstärkung von psychosozialen Risikofaktoren kann laut der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) mit fünf wichtigen Veränderungsprozessen in der Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt in Verbindung gebracht werden. Es handelt sich dabei neben der Intensivierung der Arbeitsprozesse um die Zunahme von flexiblen Beschäftigungsformen, um das Altern der Erwerbsbevölkerung, um die Zunahme von emotionalen Anforderungen bei der Arbeit und um die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (*European Agency for Safety and Health at Work*, 2007).

1.9 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle

Seit einigen Jahren weist die *Krankenstandsstatistik* Arbeitsunfälle nicht als gesonderte Krankheitsursache aus, weshalb die Zahl der Fehlzeiten infolge von Arbeitsunfällen nicht quantifiziert werden kann. Auch in früheren Jahren, als Arbeitsunfälle eine eigene Kategorie der Auswertung nach Krankheitsgruppen darstellten, bestand in der Statistik eine Diskrepanz hinsichtlich der Erfassung von Arbeitsunfällen: Während die Unfallversicherungsträger die Anzahl der *anerkannten* Arbeitsunfälle bestimmten, wies die Statistik des DVSV alle Krankheitsfälle und -tage aus, die zum Zeitpunkt der Erfassung (also typischerweise im Krankenhaus) als Arbeitsunfälle festgehalten wurden. Die Anerkennung der Unfälle als Versicherungsfälle erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, nur ein Teil der ursprünglich als Arbeitsunfälle definierten Ereignisse wird effektiv auch als Arbeitsunfall anerkannt. Hierfür spielt das Prinzip der doppelten Kausalität eine wesentliche Rolle. Der Unfall muss sich sowohl am Arbeitsplatz ereignet haben als auch durch die Arbeitstätigkeit verursacht worden sein. Zudem können sich aus einem anerkannten Arbeitsunfall mehrfache Krankheitsfälle ergeben, beispielsweise wenn die betroffene Person für die medizinische Behandlung mehrmals vom Arbeitsplatz fernbleiben muss. Aus diesen Gründen lag die Zahl der anerkannten Arbeitsunfälle, die für die Beschreibung des Unfallgeschehens in der Wirtschaft relevant ist, niedriger als der in der Statistik nach Krankheitsgruppen erfasste Wert.

Die vorliegende Zusammenstellung bezieht sich deshalb ausschließlich auf die Arbeitsunfälle, ohne auf die damit zusammenhängenden Fehlzeiten eingehen zu können. Die hier angeführten Daten zum Unfallgeschehen in der österreichischen Wirtschaft wurden von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zur Verfügung gestellt. Die AUVA ist der größte, aber nicht der einzige Unfallversicherungsträger in Österreich. Die Sozialversicherung der Selbständigen und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau sind ebenfalls für die Unfallversicherung zuständig. Die Daten der AUVA eignen sich aber sehr gut für die Beschreibung des Unfallgeschehens unselbständig Beschäftigter. Im Jahr 2020 waren 3,1 Mio. unselbständig Beschäftigte bei der AUVA versichert, das entspricht einer Quote von 85% aller unfallversicherten unselbständig Beschäftigten. Von den 82.910 anerkannten Arbeitsunfällen und 10.096 Wegunfällen der unselbständig Erwerbstätigen im Jahr 2020 wurden 65.859 bzw. 8.021 (je 79%) bei der AUVA erfasst⁵¹⁾. 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

⁵¹⁾ Dachverband der Sozialversicherungsträger, *Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen 2021*, Arbeitsunfälle.

Begriff der Unfallrate. Durch diesen Indikator wird die relative Schadenshäufigkeit abgebildet, die Anzahl der Unfälle wird mit der Zahl der Versicherten in Bezug gebracht. Der Indikator kann sowohl in Prozent als auch als Anzahl von Unfällen je 10.000 Versicherte wiedergegeben werden; beide Varianten und die Begriffe Unfallquote sowie Unfallrate werden hier als gleichwertig verwendet.

1.9.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle

Im Jahr 1974 gab es in Österreich je 10.000 Versicherte 765 Unfälle, dieser Wert reduzierte sich bis 1995 auf etwa 600 Unfälle (Abbildung 1.25). In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre kam es zu einem weiteren, deutlichen Rückgang der Unfälle, sodass im Jahr 2000 statistisch gesehen auf 10.000 Versicherte 455 Unfälle entfielen. Zwischen 2000 und 2008 unterlag die Unfallquote in ihrer Entwicklung einigen Schwankungen, ohne dass sich dabei ein klarer Trend herausbildete. Seit 2008 gingen die Unfälle weiter zurück, sodass 2020 die Unfallquote mit 240 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 2020 waren es 2,4%. 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 2020 2,1%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2020 um rund 70% gesunken. Der Anteil der Wegunfälle am gesamten Unfallgeschehen ist über die Beobachtungsperiode weitgehend konstant geblieben, zuletzt waren etwa 11% 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 26 Unfälle je 10.000 Versicherte (0,3%) im Jahr 2020, was einer Verringerung um rund 70% entspricht.

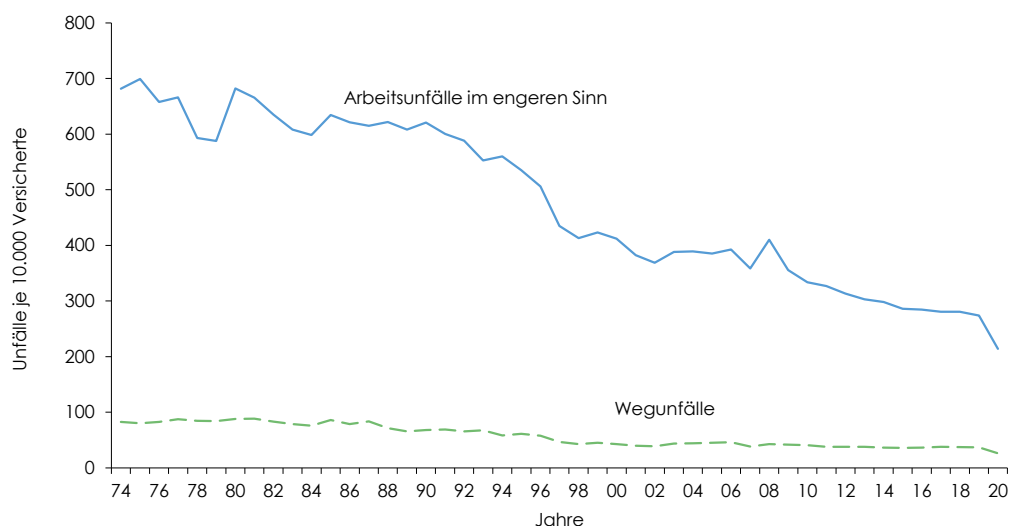
Zusammen mit den Arbeitsunfällen ist auch die Anzahl an Unglücksfällen mit tödlichen Folgen im langfristigen Betrachtungszeitraum rückläufig⁵²⁾. Unter den Versicherten der AUVA gab es 1975 noch 553 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz, 1980 waren es 434, 1990 317. Auch die tödlichen Unfälle verzeichneten in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre einen sehr starken Rückgang, von 304 im Jahr 1995 auf 220 im Jahr 2000. In den jüngsten Jahren hat sich dieser positive Trend, wenn auch nicht gleichmäßig, fortgesetzt. 2020 wurde mit 77 tödlichen Unfällen am Arbeitsplatz in der AUVA-Statistik ein Minimum erreicht.

Die Entwicklung im Arbeitsunfallgeschehen kann auf das Zusammenspiel mehrerer unterschiedlicher Faktoren zurückgeführt werden. Einerseits lässt sich der Unfallrückgang durch den strukturellen Wandel in der Wirtschaft, der den Anteil an Arbeitsplätzen mit hohem Unfallrisiko reduziert hat, erklären. Wie in der Folge noch gezeigt wird, geht ein Großteil der Entwicklung auf einen starken Rückgang der Unfälle bei den männlichen Arbeitern zurück. Nicht nur der

⁵²⁾ 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.

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.

Abbildung 1.25: **Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten**



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

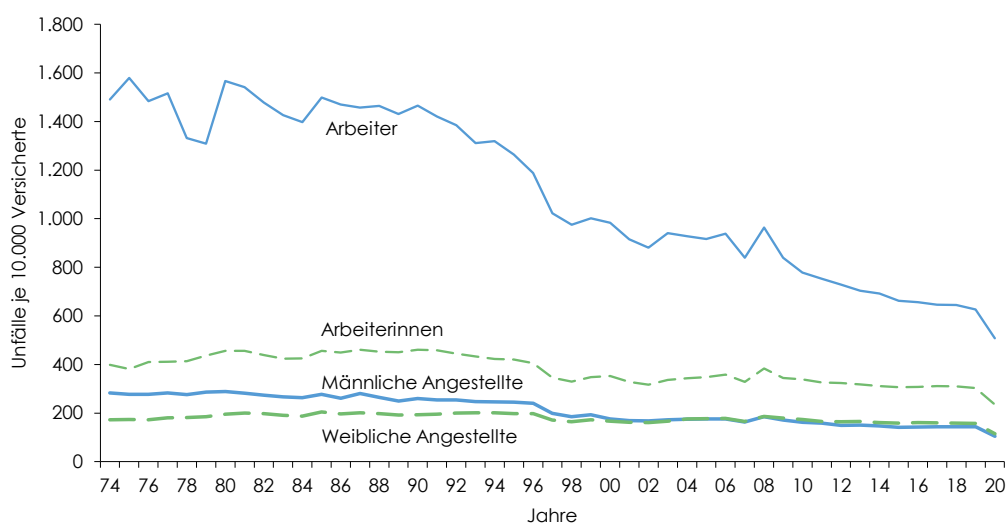
Die Reduktion der Arbeitsunfälle wurde überdies durch gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz gefördert. Das Inkrafttreten des Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen im Zuge des EU-Beitritts Österreichs hat in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle gespielt. Verbesserte Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzbestimmungen, der technologische Wandel und die erwähnte Tertiärisierung der Wirtschaft sowie Präventivmaßnahmen der Unternehmen dürften gemeinsam dazu beigetragen haben, das Unfallrisiko der bestehenden Arbeitsplätze zu senken.

Die Daten im Jahr 2020 sind auch hier im Zusammenhang mit COVID-19 zu sehen. Die Zahl der Versicherten ging um rund 3% zurück, hier war der Rückgang bei den Arbeiterinnen und Arbeitern mit -6,5% höher als im Vergleich zu den Angestellten (-0,3%). Die Zahl der Arbeits- und Wegunfälle reduzierte sich bei den Arbeiterinnen und Arbeitern um 24%, bei den Angestellten um 27%. Durch den höheren Rückgang bei den Unfällen ergeben sich im Vergleich zu den Vorjahren besonders niedrige Raten je Versichte bzw. Versicherten.

1.9.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche

Während sich die Wegunfallraten von Frauen und Männern kaum unterscheiden, sind Männer um ein Vielfaches häufiger von Arbeitsunfällen (im engeren Sinne) betroffen als Frauen. Mitte der 1970er-Jahre lag die Unfallquote der Männer etwa fünfmal so hoch wie jene der Frauen. Auch heute weisen Männer eine deutlich höhere Quote als Frauen auf, der Abstand hat sich allerdings verringert. Insgesamt betrug die Unfallquote im Jahr 2020 für Männer 3,2%, für Frauen lag sie bei 1,5%. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hängt mit der Tatsache zusammen, dass Frauen und Männer im Durchschnitt Tätigkeiten mit unterschiedlicher Risikobelastung nachgehen. Abbildung 1.26 zeigt, dass die Stellung im Beruf, die einen Anhaltspunkt für die Berufstätigkeit der beschäftigten Person gibt, zusammen mit dem Geschlecht wesentliche Erklärungsfaktoren des Unfallrisikos darstellen. Die männlichen Arbeiter haben die höchste Unfallrate, auch die Arbeiterinnen weisen eine Unfallhäufigkeit auf, die deutlich höher als jene der Angestellten ist. Die weiblichen bzw. männlichen Angestellten hatten 2020 eine Unfallrate, die die Hälfte bzw. ein Fünftel der Unfallrate der Arbeiterinnen und der Arbeiter betrug.

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



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

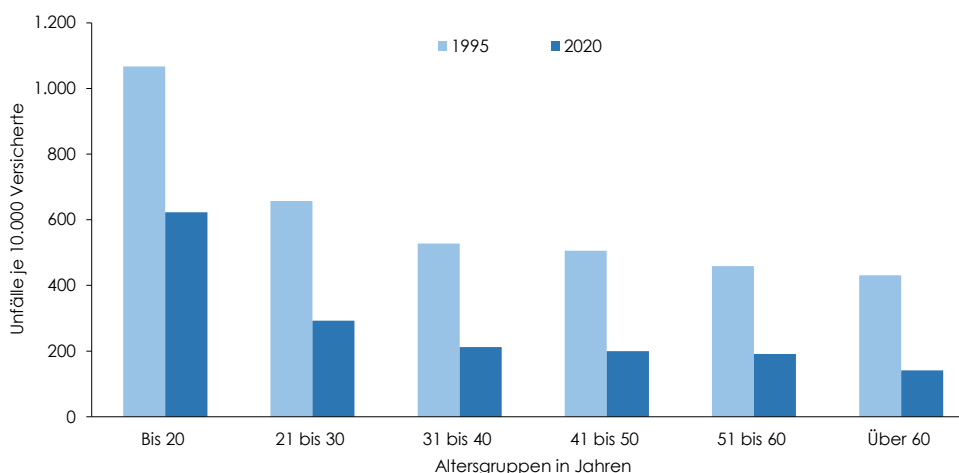
Aus der langfristigen Entwicklung des Unfallgeschehens in der österreichischen Arbeitswelt lassen sich vor allem zwei Trends ablesen. Besonders hervorstechend ist der überproportional starke Rückgang von Unfällen bei männlichen Arbeitern. Durch diese Entwicklung hat sich hinsichtlich der Unfallrate der Abstand zwischen Arbeiterinnen bzw. Arbeitern und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte stark verringert. Im Zeitraum 1974 bis 2020 ging die Unfallrate der Arbeiterinnen und Arbeiter von 1.119 auf 432 (–61%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 110 (–51%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen

Angestellten von 282 auf 105 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückging, registrierten Frauen in Angestelltenberufen 2020 nur einen geringen Rückgang im Vergleich zum Anfang der Beobachtungsperiode (115 gegenüber 172). Da sich auch bei den Arbeiterinnen die Unfallquote weniger günstig als bei den Arbeitern entwickelt hat, ist es in den letzten Jahrzehnten – und das ist der zweite Trend der langfristigen Entwicklung – zu einer Annäherung der geschlechtsspezifischen Unfallraten gekommen. Insgesamt betrug der Rückgang der Unfallhäufigkeit bei den Männern fast zwei Drittel (–71%), bei den Frauen 49%.

Geschlecht und Stellung im Beruf sind aussagekräftige Variablen für das Unfallgeschehen am Arbeitsplatz, weil sie indirekt über den Tätigkeitsbereich der Beschäftigten Auskunft geben. Das Alter der Beschäftigten bereichert das Untersuchungsbild um eine zusätzliche Dimension und zeigt, wie sich Erfahrung und Dienstalter auf das Unfallrisiko der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer auswirken. Dieser Abschnitt der Analyse ist auf den Zeitraum 1995 bis 2020 beschränkt, da nur für diese Jahre eine ausreichend differenzierte Datenbasis zur Verfügung steht. Die Darstellung der Unfallquoten entlang der Altersstruktur gibt für diesen Zeitraum ein konsistentes Bild: Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls am Arbeitsplatz ist bei Jugendlichen wesentlich ausgeprägter als bei älteren – und somit erfahreneren – Arbeitskräften (Abbildung 1.27). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich das Unfallrisiko in allen Alterskohorten verringert.

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

Anerkannte Arbeitsunfälle mit Wegunfällen



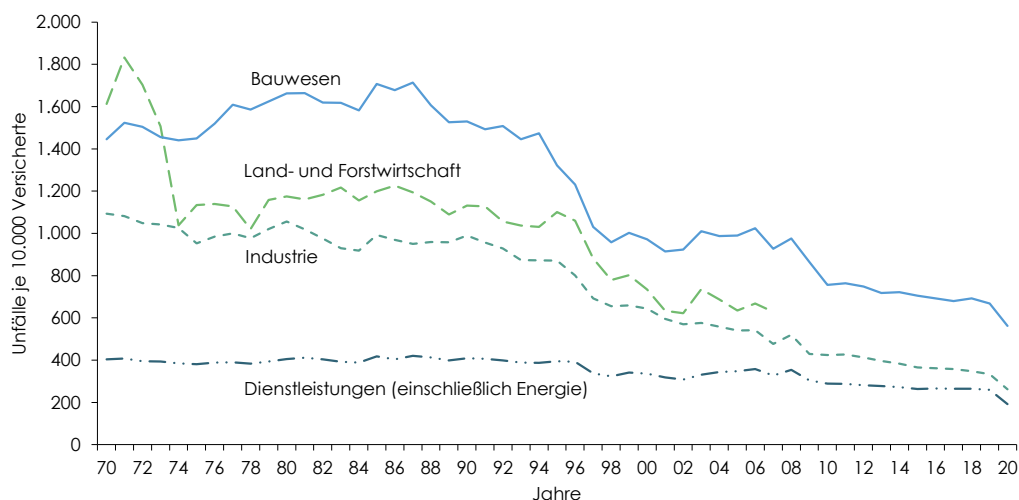
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Die einzelnen Branchen⁵³⁾ 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

⁵³⁾ Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2008 verwendet.

den beschäftigungsstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2020 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch wie im Durchschnitt, etwa ein Fünftel aller Unfälle ereignete sich im Bauwesen. Im Bauwesen blieb die Zahl der Unfallversicherten etwa auf dem Stand des Vorjahres, während sich die Versichertenanzahl aller Branchen um knapp 3% reduzierte. Auch die Kurzarbeit, die im Jahr 2020 von rund 1,24 Mio. Beschäftigten in Anspruch genommen wurde, sollte die Unfallhäufigkeit verringert haben. Überdurchschnittlich hohe Unfallquoten verzeichnete auch der Bereich der Warenherstellung, während im Dienstleistungsbereich die Unfallhäufigkeit im Allgemeinen wesentlich geringer ist. Nur die "Wasserversorgung", "Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" sowie die Bereiche "Kunst, Unterhaltung und Erholung" und "Verkehr und Lagerei" waren mit einem Unfallrisiko verbunden, das deutlich über dem Gesamtdurchschnitt lag. Die Bereiche mit dem geringsten Unfallrisiko sind das "Finanz- und Versicherungswesen" sowie "Information und Kommunikation", wo die Unfallquote unter 1% lag und somit nur ein Sechstel des Durchschnitts und weniger als ein Zehntel der Unfallquote im Bauwesen betrug.

Abbildung 1.28: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)



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

Vergleiche mit der Vergangenheit sind nur schwer darstellbar. Die Erstellung einer nach Branchen differenzierten Zeitreihe ist für die ÖNACE-Gliederung nur ab dem Jahr 1995 möglich, zudem ist seit 2008 aufgrund der Einführung der neuen ÖNACE-Gliederung die Vergleichbarkeit mit den Vorjahren nicht gegeben. Möchte man einen längeren Zeitraum analysieren, muss man auf die ältere Gliederung der Wirtschaftsklassen zurückgreifen. Nur durch die Zusammenfassung in vier Hauptbereiche (Land- und Forstwirtschaft, Herstellung von Waren bzw. Industrie, Bauwesen, Dienstleistungen) ist eine langfristige Betrachtung möglich. Eine entsprechende graphische Darstellung (Abbildung 1.28) zeigt in allen Wirtschaftsbereichen ein ähnliches Muster.

Zwischen den frühen 1970er- und den frühen 1990er-Jahren haben nur mäßige Veränderungen der Unfallrate stattgefunden. In den Sachgüter erzeugenden Bereichen hat das Unfallrisiko kontinuierlich, aber geringfügig abgenommen, während es im Dienstleistungsbereich in etwa konstant geblieben ist und im Bauwesen und in der Landwirtschaft erst nach einem Höhepunkt in den 1980er-Jahren begonnen hat, sich rückläufig zu entwickeln. Zu einer deutlichen Verringerung der Unfallhäufigkeit ist es in allen Wirtschaftsbereichen in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre gekommen. Besonders stark war der Rückgang im Bauwesen und in der Land- und Forstwirtschaft: Hier ist die Unfallrate zwischen 1995 und 1998 um 50% bzw. mehr als ein Viertel zurückgegangen. In der Industrie betrug der Rückgang 25%, auch im Dienstleistungsbereich konnte in diesen Jahren eine sehr positive Entwicklung verzeichnet werden (-18%).

Langfristig ist es zu einer Annäherung der Unfallwahrscheinlichkeit in den einzelnen Bereichen der Wirtschaft gekommen. Sowohl der Abstand zwischen dem Dienstleistungssektor und den anderen Branchen als auch zwischen dem Bauwesen und dem Rest des produzierenden Sektors hat sich im Beobachtungszeitraum stark verringert. Zu Beginn der 1970er-Jahre lag die Unfallwahrscheinlichkeit in der Herstellung von Waren 2,5-mal so hoch und im Bauwesen mehr als 3,5-mal so hoch wie im Dienstleistungssektor. Im Jahr 2020 betrug die Unfallrate in der Warenherstellung das 1,4-Fache, im Bauwesen das 3-Fache der Dienstleistungsbereiche. Diese Relationen verzeichneten entgegen des langjährigen Trends im Jahr 2020 einen Anstieg. Dies lässt sich auf eine Reduktion der Wegunfälle und auch auf die weitreichenden Schließungen im Dienstleistungsbereich (z. B. Handel und Gastronomie) im Zuge der COVID-19-Maßnahmen zurückführen, wodurch keine Arbeits- und Wegunfälle entstehen konnten.

Abbildung 1.29: **Unfallquote nach Betriebsgröße**



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

Die ungleiche Verteilung des Unfallrisikos in der Arbeitswelt kommt auch bei einer Betrachtung nach Betriebsgröße zum Ausdruck (Abbildung 1.29). Größere Betriebe, solche mit mindestens fünfzig Beschäftigten, verzeichneten 2020 im Durchschnitt 36% mehr Arbeitsunfälle pro Kopf als Kleinbetriebe mit weniger als fünfzig Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Dieser Abstand ist im letzten Jahrzehnt leicht zurückgegangen und zeigt ebenfalls im Jahr 2020 einen höheren Rückgang im Jahr 2020. Wie bereits im Zusammenhang mit den Krankenstandsquoten erwähnt wurde, müssen Unterschiede nach Betriebsgröße vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung der Betriebe nach Branchen betrachtet werden. Der Anteil an Klein- und Kleinstbetrieben ist im Dienstleistungsbereich höher als im sekundären Sektor, der neben der Warenherstellung auch das Bauwesen und den Bergbau umfasst. Die vergleichsweise hohe Inzidenz von Arbeitsunfällen in den Betrieben mit fünfzig und mehr Beschäftigten spiegelt also auch branchenspezifische Unterschiede in der Unfallquote wider.

2. Frühintervention, Wiedereingliederung und mentale Gesundheit

Möglichkeiten der frühzeitigen Prävention und Intervention, der verbesserten Wiedereingliederung und der Integration von psychisch erkrankten bzw. gesundheitlich beeinträchtigten Erwerbspersonen in die Arbeitswelt stehen im vorliegenden Kapitel im Mittelpunkt.

Im Abschnitt 2.1 sind die ökonomischen Argumente für Frühintervention und Wiedereingliederung diskutiert. Abschnitt 2.2 analysiert die Entwicklung der Krankenstände bei psychischen Diagnosen näher. Im Unterschied und in Ergänzung zum Kapitel 1 bilden hier Individualdaten die Grundlage. Weiters wird die Frage analysiert, ob es einen Zusammenhang zwischen Beruf und psychischer Gesundheit gibt. Darauf aufbauend sind die Wiedereingliederungsmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen in Österreich mit ihrer verfügbaren Evidenz zur Wirksamkeit diskutiert (Abschnitt 2.3). Empirische Erfahrungen anderer Länder bzw. Good Practice Beispiele sind in Abschnitt 2.4 strukturiert dargestellt. Es ist gezeigt, dass Best Practice Beispiele keine präskriptiven Instrumente, keine "Tool-box" sind, vielmehr dienen sie als Bezugspunkt für die Umsetzung von (länderspezifischen) Strategien, wobei im lokalen Kontext, die jeweiligen Prioritäten, Interessen und Kapazitäten eine entscheidende Rolle spielen (Pomaki et al., 2010). Aufgrund der Veränderungen im Erkrankungsgeschehen, der Zunahme von psychisch bedingten Fehlzeiten auch in Österreich, nimmt die Notwendigkeit von Frühinterventions- und Wiedereingliederungsmaßnahmen zu. Die vorhandene empirische Evidenz zur Effektivität vorhandener Programme sowie die Erfahrungen und Erfolgsfaktoren in anderen Ländern lassen Rückschlüsse für Weiterentwicklungsmöglichkeiten in Österreich zu. Abschnitt 2.5 beleuchtet den Einsatz von digitalen Tools im Bereich der Früherkennung.

2.1 Ökonomische Begründung von Frühintervention und Wiedereingliederung

Die Wirtschaft eines Landes, einer Region wie auch die wirtschaftliche Lage eines Betriebes hängen von qualifizierten, gesunden und engagierten Arbeitskräften ab. In den kommenden Jahren wird die Zahl älterer Arbeitskräfte steigen, was einerseits zu einer größeren Altersvielfalt sowohl der Erwerbsbevölkerung insgesamt als auch am konkreten Arbeitsplatz führt. Andererseits steigt mit zunehmendem Lebensalter die Fortdauer von belastenden und gesundheitsschädigenden Faktoren und damit auch das Erkrankungsgeschehen der Erwerbsbevölkerung. Erwerbsarbeit ist ein zentraler Lebensbereich, durch dessen Gestaltung die Entstehung bzw. Verstärkung oder Beschleunigung von Krankheitsprozessen verhindert bzw. eingedämmt oder auch befördert werden kann. Sich verändernde Arbeitsabläufe in der Dienstleistungswirtschaft, flexible Arbeitszeiten, Termindruck ("just in time production") und neue Technologien stellen neue Anforderungen an die Beschäftigten dar. Hohe psychische Arbeitsanforderungen können dann zu gesundheitlichen Einschränkungen führen, wenn sie mit keinen entsprechenden Belohnungen (materiell und immateriell) verbunden sind, also ein ungünstiges Verausgabungs-Belohnungs-Verhältnis vorliegt (Siegrist, 1996). Gesundheitsstörungen können auch dann entstehen, wenn hohe Arbeitsanforderung mit geringen Handlungsspielräumen verbunden sind (Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek, 1979).

Damit gewinnen Gesundheitsfragen insgesamt wie auch die betriebliche Gesundheitsförderung an Bedeutung. Wichtiger werden auch Maßnahmen der Wiedereingliederung für erkrankte Beschäftigte aber auch die Früherkennung von Arbeitsunfähigkeitsrisiken vor dem Hintergrund der Alterung der Erwerbsbevölkerung und des steigenden Pensionsantrittsalters. Früherkennung ebenso wie Wiedereingliederung sind wichtige Faktoren sowohl für ein hohes Beschäftigungsniveau als auch für eine hohe Produktivität und damit für das gesamtwirtschaftliche, betriebliche wie auch individuelle Wohlergehen.

Die strukturelle Altersveränderung der Erwerbsbevölkerung stellt neue Anforderungen an die Produktionsabläufe. Die OECD sieht ein großes Potenzial für die Betriebe und die Wirtschaft insgesamt, wenn es gelingt, älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mehr Möglichkeiten zur Erwerbstätigkeit zu geben und eine generationenübergreifende Belegschaft aufzubauen (OECD, 2020). In den nächsten drei Jahrzehnten könnte gemäß den Berechnungen der OECD die Wirtschaftsleistung (BIP pro Kopf) um 19% steigen, wenn diese Integration gelingt (OECD, 2020). Voraussetzungen dafür sind Maßnahmen und Praktiken seitens der Betriebe und ein intensiver sozialer Dialog der Beteiligten, der sicherstellt, dass die Vorteile einer generationenübergreifenden Belegschaft voll zum Tragen kommen. Eine Förderung inklusiver Arbeitsmärkte auch für ältere Erwerbstätige umfasst ein breites Spektrum: eine Verbesserung der Erwerbsbeteiligung für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer insgesamt, die Beseitigung von Erwerbshemmnissen bis hin zur Förderung von qualitativ hochwertigen Arbeitsplätzen.

Neben den demographischen Veränderungen gibt es auch eine Veränderung im Erkrankungs geschehen: psychische Erkrankungen nehmen weltweit zu. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) rechnet damit, dass in den Industriestaaten 2030 neben Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-Erkrankungen psychische Erkrankungen zu den häufigsten Erkrankungen zählen werden (WHO, 2011). Schon jetzt ist der Behandlungsbedarf in diesem Bereich groß und wird in Zukunft weiter steigen (WHO, 2021). Gemäß den Berechnungen der WHO haben in den weniger entwickelten Ländern rund 76% bis 85% und in den Industrieländern 35% bis 50% der psychisch Erkrankten keinerlei Behandlungsmöglichkeiten (WHO, 2021). Für Österreich stellte der Rechnungshof Versorgungslücken bei der Behandlung von psychisch Erkrankten fest (Rechnungshof, 2019). Aktuell nehmen in Österreich jährlich rund 90.000 Personen eine von der Krankenversicherung (voll) finanzierte Psychotherapie in Anspruch, rund 80.000 Personen erhielten einen Kostenzuschuss (schriftliche Auskunft des Dachverbands der Sozialversicherungsträger).

Unbehandelte psychische Krankheiten sind mit hohen Kosten verbunden. Die WHO rechnet 13% der gesamten Krankheitskosten psychischen, neurologischen und substanzbedingten Erkrankungen zu, alleine depressive Störungen machen 4,3% der weltweiten Krankheitslast aus (WHO, 2021). Die OECD geht davon aus, dass etwa 20% der Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Gemäß ENWHP sind 25% der europäischen Bürgerinnen und Bürger im Laufe des Lebens mit psychischen Problemen konfrontiert, und 10% der langfristigen Gesundheitsprobleme lassen sich darauf zurückführen (ENWHP – *European Network for Workplace Health Promotion*, 2011).

Die steigende Prävalenz psychischer Erkrankungen verursacht hohe tangible und intangible Kosten sowohl für die Betroffenen als auch für die Betriebe, die Gesellschaft und die Wirtschaft insgesamt (Rechnungshof, 2019; Leoni – Brunner – Mayrhuber, 2020). Durch verringerte Produktivität, erhöhte Arbeitsplatzabwesenheiten, Sozialausgaben und direkte Kosten für die Gesundheitssysteme summieren sich die Gesamtkosten psychischer Erkrankungen auf mindestens 4% der Wirtschaftsleistung (OECD, 2021B). Bis zum Jahr 2030 kumulieren sich gemäß den Berechnungen der OECD die Kosten der entgangenen Wirtschaftsleistung durch psychische Erkrankungen zwischen 2011 und 2030 auf 16,3 Billionen US-Dollar (rund 14 Bill. €), das entspricht einem jährlichen Verlust von rund 858 Mrd. \$ bzw. 738 Mrd. €; *World Economic Forum*, 2011).

Vor diesem Hintergrund verabschiedete die OECD 2015 die Agenda zur Förderung der Beschäftigung in höherem Alter (OECD, 2019) und formulierte dabei drei Bereiche, in denen gezielt Politikmaßnahmen zu setzen sind, um die Beschäftigung von Älteren sowie gesundheitlich Beeinträchtigten zu fördern. (1) Zum einen braucht es Maßnahmen und Anreize zur Verlängerung der Erwerbsphase und zur Verschiebung des Pensionsantritts sowie eine Reduktion vorzeitiger Erwerbsbeendigungen. (2) Zum anderen sollen durch Fördermaßnahmen auf betrieblicher Ebene zur Rekrutierung und Weiterbeschäftigung Älterer und gesundheitlich Eingeschränkter auch Maßnahmen gegen altersbezogene Diskriminierung die Beschäftigung erhöhen. (3) Darüber hinaus braucht es eine langfristige Lebenslaufperspektive, die die Beschäftigungsfähigkeit der Menschen über ihr gesamtes Erwerbsleben hinweg stützt ("Starting well to finish well"), aber auch die Qualifizierung im mittleren und späteren Erwerbsleben adressiert.

Die Verbesserung der (Arbeitsmark-)Integration bei psychischen Erkrankungen vollzieht sich auf nationaler Ebene in vier Entwicklungsphasen (OECD, 2021C). Sie beginnt bei der Entwicklung einer geeigneten Sprache und von (institutionellen) Grundlagen und geht über erste Instrumente und Versuche bis hin zu einer flächendeckenden Ausrollung integrativer Ansätze. Gemäß OECD befinden sich wenige Länder in der letzten der genannten Phasen (OECD, 2021C: 8). Trotz großer Fortschritte ist die potenzielle Rolle des Sozialschutzsystems und der Arbeitsvermittlungstellen bei der Förderung eines integrierten Ansatzes unausgeschöpft (OECD, 2021C). Der OECD-Strategie folgend, kommt der aktiven Arbeitsmarktpolitik im Zusammenspiel mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement eine zentrale Rolle bei der (Re)Integration von gesundheitlich Beeinträchtigten zu (Übersicht 2.1). Da Krankheiten, besonders psychische Krankheiten, sowohl von individuellen als auch von Umweltfaktoren beeinflusst sind, braucht es Ansätze, die alle Faktoren berücksichtigen. Individuelle Faktoren sind die physischen, kognitiven und affektiven Merkmale der Person sowie des jeweiligen sozialen Netzes. Zu den Umweltfaktoren gehören der Arbeitsplatz, das Gesundheitssystem, das Entlohnungssystem und die Interaktionen zwischen allen relevanten Akteurinnen und Akteuren. Lange Zeit fokussierten die Reintegrationsmaßnahmen bei psychischen Diagnosen auf die Krankheitsbehandlung bei Betroffenen. Erst in der jüngeren Zeit wird auf die multifaktoriellen Einflussfaktoren beim psychischen Erkrankungsgeschehen stärker Bedacht genommen. Bei Maßnahmen zur Gesundheitsverbesserung braucht es neben der betroffenen Person auch die Einbindung des betrieblichen Umfelds sowie des Gesundheitssystems.

Erfolgreiche Re-Integration wird insgesamt von einer klaren Rollenverteilung und klaren Zuständigkeiten für die Beteiligten in jeder Phase des (Wiedereingliederungs)Prozesses beeinflusst (Pomaki et al., 2010). Neben den formalen Aspekten entscheiden nach Hergesell – Albrecht (2021) auch die informalen Prozesse, also die spezifisch soziale Struktur am konkreten Arbeitsplatz, über den Integrationserfolg besonders bei psychisch Erkrankten. Birgmann (2018) belegte für Österreich, dass Beschäftigte nach den Anforderungen der beruflichen Tätigkeiten das Sozial- und Organisationsklima und die innerbetriebliche Zusammenarbeit als zweitgrößten Belastungsfaktor wahrnahmen.

Übersicht 2.1: **Maßnahmenbereiche zur verstärkten Arbeitsmarktintegration gesundheitlich Beeinträchtigter**

Ansätze	Involvierte Akteurinnen und Akteure			
	AMS	Betriebe	Erwerbs- personen	Gesundheits- kasse
Präventive arbeitsplatzbezogene Maßnahmen		x		
Direkte Förderungen der Beschäftigungsaufnahme	x	x	x	
Qualifizierungsmaßnahmen	x	x	x	x
Vermittlungsunterstützende Maßnahmen	x	x	x	
Unterstützung zur selbständigen Tätigkeit	x		x	x

Q: WIFO-Darstellung aufbauend auf Mosley (2019).

Frühintervention

Mit dem Begriff Frühintervention ("early intervention") werden Handlungen verstanden, die auf die positive Beeinflussung der gesundheitlichen Verfasstheit der Erwerbstätigen zielen. In der englischen Literatur findet sich auch der Begriff "stay at work" (Pomaki et al., 2010; Hergesell – Albrecht, 2021), der Präventionsmaßnahmen und Modelle des frühzeitigen Eingreifens umfasst. Bei Präventionsmaßnahmen geht es darum, jenen Zeitpunkt zu finden, der einsetzende gesundheitliche Einschränkungen erkennt, und durch Maßnahmen mögliche Einschränkungen der Erwerbstätigkeit umkehrt bzw. langfristige und bleibende Gesundheitsfolgen verhindert (Hassard – Cox, 2020). Die empirische Forschung kann hier keinen allgemein gültigen Zeitpunkt bestimmen, aber es zeigt sich, dass gesundheitliche Probleme umso wahrscheinlicher irreversibel sind, je später die ersten Interventionen gesetzt sind (beispielsweise Daniels et al., 2008; OECD, 2019; Gonon, 2019). Da es bei psychischen Erkrankungen nicht notwendigerweise zu Abwesenheiten und Fehlzeiten im Betrieb kommt (Baer et al., 2011), ist gerade hier ein frühzeitiges Eingreifen am Arbeitsplatz zentral, da mit fortschreitender Krankheit auch die Re-Integration aufwendiger werden kann (Riechert – Habib, 2017). Weiters gibt es bei physischen Krankheitsursachen eine weniger klare Unterscheidung in Akutversorgung und Rehabilitation, wodurch auch der Zeitpunkt der Frühintervention schwerer bestimmbar ist (Grabovac – Dorner, 2021).

Die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz sinkt mit der Dauer der Abwesenheit (OECD, 2012: 166). Interventionen fördern auch bei langen Abwesenheiten die Re-Integration der gesundheitlich Eingeschränkten. Die vorhandenen Forschungsergebnisse belegen (siehe Abschnitt 2.4), dass Interventionen, die eine Neugestaltung des konkreten Arbeitsplatzes (z. B.

veränderte Aufgaben und Verantwortlichkeiten, reduzierte Arbeitszeit) miteinbeziehen, für die Wiedereingliederung und die Aktivierung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Gesundheitsproblemen besonders wirksam sind (beispielsweise *van Vilsteren et al.*, 2015; *Cullen et al.*, 2018; *Seing et al.*, 2015).

Frühzeitiges Eingreifen muss damit sehr unterschiedliche Formen annehmen, je nachdem in welcher Phase es stattfindet: Zwischen der Verhinderung des Auftretens einer Krankheit, der frühzeitigen Bekämpfung, um ein Fortschreiten aufzuhalten, oder Maßnahmen, die die Folgen einer Krankheit, die bereits voll ausgeprägt ist, minimieren. Frühzeitiges Eingreifen kann damit auch als eine Form der Prävention betrachtet werden, wenn durch Maßnahmen Symptome entdeckt und behandelt werden und so nur minimale Auswirkungen auf das (Erwerbs)Leben einer Person entstehen.

Wiedereingliederung

Wiedereingliederung (Return to Work, kurz RTW) umfasst alle Strukturen, Maßnahmen und Aktivitäten, die nach einer längeren Arbeitsplatzabwesenheit auf eine Rückkehr zur Arbeit ausgerichtet sind (*Brussig – Schulz*, 2019). Es sollten individuelle, betriebliche und überbetriebliche Maßnahmen zur Rückkehr ineinandergreifen. Die empirischen Befunde zeigen eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass Erkrankte an den Arbeitsplatz zurückkehren, wenn Wiedereingliederungsmaßnahmen gesetzt werden. Auch hier ist der richtige – im Sinne von wiedereingliederungsfördernde – Zeitpunkt nicht ad hoc festlegbar (*Vogel et al.*, 2017). Eine zu frühe Rückkehr an den Arbeitsplatz kann dem Ziel der langfristigen Wiedereingliederung entgegenstehen, wenn die Betroffenen zu schnell an der Leistungsvorgabe für Gesunde gemessen werden bzw. sich selber daran messen (*Vossen et al.*, 2017; *Gonon* 2019) oder die Betroffenen die von den Betrieben gewährten Schonfristen nur zögerlich in Anspruch nehmen (*Gonon*, 2021). Erwerbsarbeit kann einen Beitrag zur psychischen Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter leisten. Ein baldiger Wiedereinstieg kann durch eine individuell angepasste Wiedereingliederung die Gesundheit fördern (*Hoefsmit et al.*, 2012). Setzen Wiedereingliederungsprogramme erst bei Langzeitabsenz an, gibt es – wenn überhaupt – nur schwache positive Effekte auf die Quote der Rückkehrenden (*Nigatu et al.*, 2016).

Unter dem Begriff der Wiedereingliederung fallen neben den arbeitsplatznahen Maßnahmen auch Formen der beruflichen Rehabilitation, Umschulung, Berufsvorbereitung oder die Vermittlung eines anderen Arbeitsplatzes. Für Deutschland zeigen *Ulich – Wülser* (2012) einen höheren Wiedereingliederungserfolg, wenn die Maßnahmen am vorherigen Arbeitsplatz erfolgen.

Die konzeptionellen Zugänge zur Wiedereingliederung sind – so wie jene zur Frühintervention – vielfältig. Zunehmend gewinnen hier, neben der eigentlichen Krankheitsbehandlung, Kontextfaktoren bei den Maßnahmen und Programmen an Bedeutung (*Schultz et al.*, 2007; *Loisel et al.*, 2009). Eine strukturelle Zusammenarbeit der Organisationsebene (verhältnispräventiv) als Praxis des Krankheitsmanagements mit der individuellen Ebene (verhaltenspräventiv) sind gemäß *Pomaki et al.* (2010) die zentralen Ansatzpunkte für erfolgreiche Wiedereingliederungsmaßnahmen.

Rahmenbedingungen und Faktoren zur erfolgreichen Re-Integration gesundheitlich Beeinträchtigter umfassen nach *Belin et al. (2016)* einen kohärenten rechtlichen Rahmen mit klaren politischen Zielen, wirksame Koordinierungsmechanismen zwischen den Stakeholdern (Gesundheitssystem, Beschäftigte, Arbeitsplatz, Sozialversicherungssystem), ein integratives System das allen Arbeitnehmenden offen steht, rechtzeitiges Eingreifen, maßgeschneiderte Maßnahmen, Fallmanagement, Anreize für alle Stakeholder und eine breite Palette von technischen und finanziellen Unterstützungsmaßnahmen.

2.2 Ausgangslage in Österreich: Psychisch bedingte Krankenstände

Im ersten Kapitel des vorliegenden Fehlzeitenreports ist die Entwicklung der Fehlzeiten wiedergegeben. Die Zahl der Krankenstandstage infolge psychischer Erkrankungen hat sich seit Mitte der 1990er-Jahre von einem niedrigen Niveau aus mehr als verdreifacht. Zwischen 2012 und 2018 ist der Anstieg der psychisch bedingten Krankenstände in Österreich abgeflacht, um ab 2019 wieder anzusteigen. Wurden 2010 6,9% aller Krankenstandstage durch psychische Erkrankungen verursacht, erhöhte sich dieser Anteil innerhalb von zehn Jahren auf 10,7% im Jahr 2020. Nachfolgend ist das Entwicklungsgeschehen um die Analyse der Struktur dieser Krankenstände erweitert.

Datenbeschreibung

Im Unterschied zum Kapitel 1 basiert der nachfolgende Abschnitt auf einem pseudonymisierten Individualdatensatz mit Informationen zu den Krankenstandsfällen (Beginn- und Enddatum) und dazugehörigen Diagnosen für die Periode 2010 bis 2019 in Österreich. Dieser von der Österreichischen Gesundheitskasse zur Verfügung gestellte Datensatz wurde mit Sozialversicherungsdaten des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (DVSV) kombiniert, die am WIFO verfügbar sind und laufend aufbereitet werden (WIFO-INDI-DV). Aus diesen Daten können Charakteristika der Erwerbslaufbahn, vor allem Versicherungszeiten in Beschäftigung und Arbeitslosigkeit und persönliche Merkmale wie Alter und Geschlecht übernommen werden. Durch diese Kombination ist eine nähere Strukturanalyse möglich. Ähnliche Datensätze fanden in anderen WIFO-Forschungsarbeiten Anwendung (beispielsweise *Leoni, 2019; Eppel et al., 2017A; Mayrhuber – Tockner, 2012*).

Gemäß der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD) sind die psychischen und Verhaltensstörungen im Kapitel V weiter in elf Unterabschnitte gegliedert, deren Codes mit dem Buchstaben F beginnen (*Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020*). Unter ihnen sind affektive Störungen (F3) sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen die häufigsten; diese sind in den Übersichten geson-

dert ausgewiesen. Die Burn-out-Diagnosen aus dem ICD-10-Kapitel XXI (Z73) sind in den Übersichten bei den anderen psychischen und Verhaltensstörungen enthalten⁵⁴⁾.

Die nachfolgenden Krankenstandszahlen können geringfügig von jenen im ersten Kapitel abweichen, da nur jene Versicherte gezählt sind, die im Kalenderjahr überwiegend unselbständig beschäftigt waren. Bei der Strukturanalyse stehen das Jahr 2019 und der Vergleich zu 2010 im Mittelpunkt.

2.2.1 Struktur der psychisch bedingten Krankenstände

In der jüngeren Vergangenheit hatten Frauen eine etwas höhere Krankenstandsquote als Männer, es zeigte sich auch eine unterschiedliche Prävalenz einzelner Krankheitserscheinungen: Die Zahl der Krankenstandsfälle aufgrund von psychischen Diagnosen war bei Frauen etwas höher als bei Männern, während Verletzungen und Vergiftungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen bei Männern häufiger auftraten. In Relation zu den gesamten Fällen waren die Verletzungen sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern tendenziell rückläufig und bei den psychischen Erkrankungen für beide Gruppen ansteigend.

Übersicht 2.2: **Struktur der Krankenstände von ausgewählten Diagnosen, unselbständig Beschäftigte, 2019**

ICD-10-Kapitel		Krankenstandstage			Krankenstandsfälle		
		Frauen	Männer	Insgesamt	Frauen	Männer	Insgesamt
		Anteile in %					
I	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	7,2	7,3	7,3	15,4	16,4	16,0
V	Psychische und Verhaltensstörungen	11,5	6,7	8,9	3,4	2,0	2,6
F30-F39	Affektive Störungen	5,1	2,9	3,9	1,2	0,7	1,0
F40-F48	Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen	5,6	2,8	4,1	1,9	1,0	1,4
	Andere psychische und Verhaltensstörungen ¹⁾	0,9	0,9	0,9	0,2	0,3	0,2
X	Krankheiten des Atmungssystems	21,9	20,3	21,1	37,1	35,9	36,4
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	21,1	22,7	22,0	12,0	15,4	13,8
XIX	Verletzungen und Vergiftungen	11,5	21,4	16,9	5,5	10,3	8,1
	Andere Krankheitsgruppen	26,7	21,5	23,9	26,7	20,0	23,1
	Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Q: ÖGK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Beinhaltet auch die Burn-out-Diagnose (Z73) aus dem ICD-10-Kapitel XXI.

Auf psychische und Verhaltensstörungen gingen 2019 3,4% der Krankenstandsfälle bei Frauen und 2,0% der Krankenstandsfälle bei Männern zurück (Übersicht 2.2), 2010 waren es 3,0% bzw. 1,6% (Übersicht A6). Von der Summe aller Krankenstandstage entfielen 11,5% (Frauen) bzw.

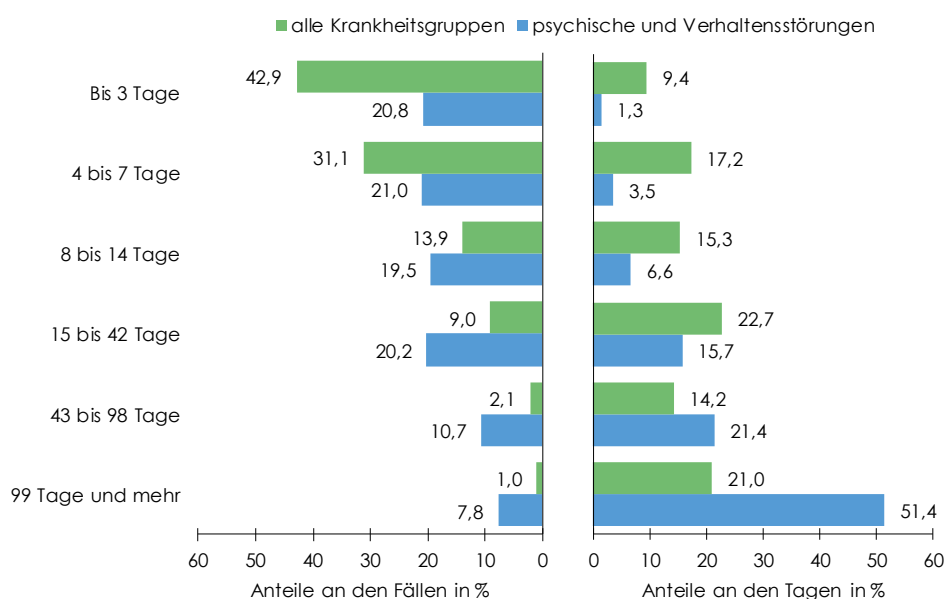
⁵⁴⁾ Das ICD-10-Kapitel XXI enthält Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Anteile der Burn-out-Diagnosen (Z73) an allen Krankenstandsfällen der psychischen und Verhaltensstörungen sank von je 6,2% bei Frauen und Männern im Jahr 2010 auf 1,3% der Fälle in 2019 bei Frauen und 1,7% der Fälle bei Männern. Inwieweit dieser Rückgang im Zusammenhang mit der Zunahme in Kapitel V (psychische und Verhaltensstörungen) steht, müsste gesondert untersucht werden und ist nicht Gegenstand der vorliegenden Analyse.

6,7% (Männer) auf diese Diagnose. Gegenüber den Fällen waren die Anteile der Krankenstandstage an allen Tagen bei psychischen Diagnosen damit deutlich stärker gestiegen. Eine weitere Untergliederung zeigt, dass die Gruppe der affektiven Störungen, worunter auch Depressionen fallen, und der neurotischen Belastungs- und somatoforme Störungen die häufigsten waren.

2.2.2 Dauer und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände

Im vergangenen Jahrzehnt bedeutete die insgesamt rückläufige Krankenstandsdauer eine Zunahme der Kurzkrankenstände. Über alle Diagnosen hinweg dauerten 2019 42% der Krankenstandsfälle bis zu drei Tage, 46% zwischen 4 und 14 Tage und rund 12% noch länger. 2010 lagen die Kurzkrankenstände bei 35% aller Fälle. Der Anteil länger als 14 Tage dauernder Fehlzeiten betrug rund 15%. Der Rückgang war sowohl bei den Fehlzeiten der Frauen als auch der Männer ersichtlich (Übersicht A7 und Übersicht A8).

Abbildung 2.1: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer in Tagen der unselbständig beschäftigten Frauen, 2019**

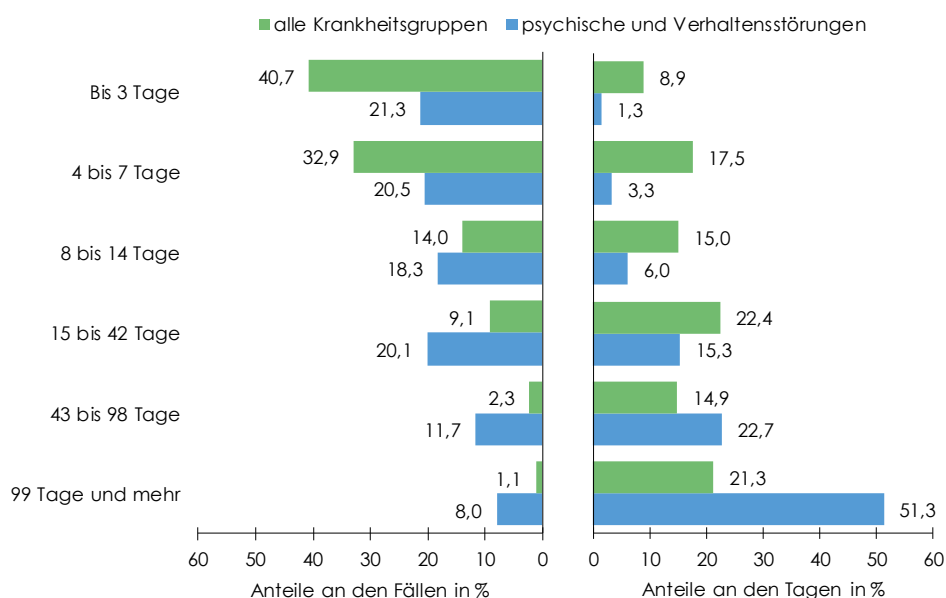


Q: ÖGK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen beinhalten auch die Burn-out-Diagnose (Z73) aus dem ICD-10-Kapitel XXI.

Im Gegensatz zu den Fehlzeiten insgesamt kommen bei psychischen Diagnosen häufiger Krankenstandsfälle mit langen Dauern vor: Bei Frauen war 2019 der Anteil der Krankenstandsdauer von mehr als 14 Tagen bei 38,7% und damit um 26,6 Prozentpunkte höher als im Schnitt über alle Diagnosegruppen hinweg. Ähnlich hoch liegt der Anteil bei den Männern mit 39,9%, auch

hier sind es um 27,4 Prozentpunkte mehr als im Gesamtschnitt (Abbildung 2.1 und Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer in Tagen der unselbständig beschäftigten Männer, 2019**



Q: ÖGK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen beinhalten auch die Burn-out-Diagnose (Z73) aus dem ICD-10-Kapitel XXI.

Die ungleiche Verteilung der Krankenstandsdauer nach Krankheitsgruppen zeigte sich folglich auch bei der Betrachtung der Tage. Über alle Krankheitsgruppen hinweg waren 2019 rund 40% der Krankenstandstage jene Krankenstände, die bis zu 14 Tage dauerten, die restlichen 60% entfielen auf längere Krankenstände, dieses Verhältnis gilt sowohl bei Frauen als auch bei Männern (Übersicht A9). Die Krankenstandstage bei psychisch bedingten Fehlzeiten konzentrierten sich stärker auf lange Krankenstände: 89% dieser Fehltage waren Krankenstände im Ausmaß von 15 Tagen und mehr und nur 11% entfielen auf Krankenstände von bis zu 14 Tagen. Diese hohen Anteile zeigten sich sowohl bei Frauen als auch bei Männern (Abbildung 2.1 und Abbildung 2.2).

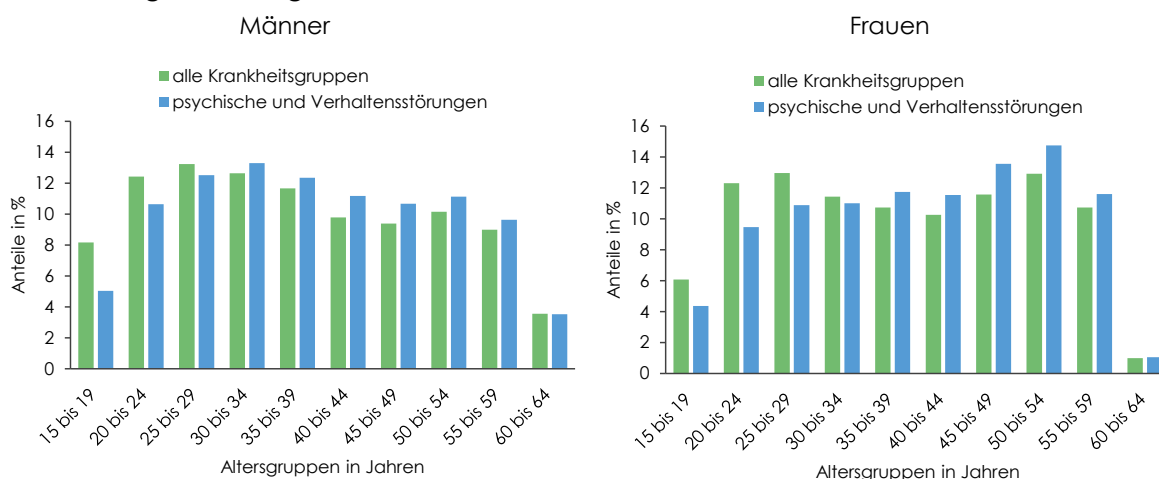
Die beschriebene, unterschiedliche Verteilung der Fälle und Tage wird bei direkter Gegenüberstellung noch deutlicher (Abbildung 2.1 und Abbildung 2.2). Ein großer Teil der anfallenden Krankenstandstage bei psychischen Diagnosen wurde durch eine vergleichsweise geringe Anzahl von Krankenstandsfällen generiert. Fälle, die länger als sechs Wochen (42 Tage) dauerten, stellten bei Frauen 18,5% der Fälle dar, diese verursachten aber 72,9% der Krankenstandstage, bei den Männern machten 19,7% dieser Krankenstandsfälle 74% der Krankenstandstage von psychisch bedingten Ausfallszeiten aus.

Für die Gesamtheit der Beschäftigten zeigte sich eine steigende Bedeutung der Kurzkrankensstände über alle Diagnosegruppen hinweg, gemessen sowohl an der Entwicklung der Krankenstandstage als auch an den Krankenstandsfällen. Dieser Trend erstreckte sich allerdings nicht auf Fehlzeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen. Zwar stieg in den vergangenen zehn Jahren der Anteil der Kurzkrankensständen hier sowohl bei Frauen als auch bei Männern um rund 5 Prozentpunkte auf 20,8% (Frauen) bzw. 21,3% (Männer) an, aber der Anteil dieser Fehlzeiten an allen Absenzen veränderte sich kaum. Auf der anderen Seite erhöhte sich der Anteil der länger als sechs Wochen andauernden Absenzen an allen Fehltagen um rund 3 Prozentpunkte auf 72,9% bei Frauen und 74% bei Männern (Abbildung 2.1 und Abbildung 2.2).

2.2.3 Altersverteilung psychisch bedingter Krankenstände

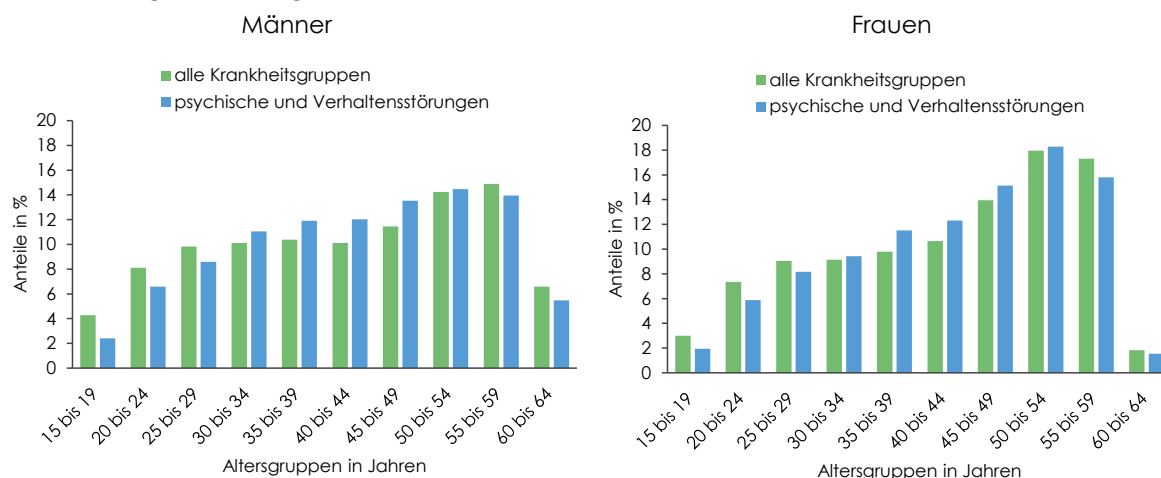
Neben der ungleichen Verteilung der Fehlzeiten nach Krankheitsgruppen zwischen Männern und Frauen, zeigt unsere detailliertere Analyse für das Jahr 2019, dass es darüber hinaus altersspezifische Unterschiede gab, die zwischen den Diagnosegruppen unterschiedlich ausfielen. Bei den Krankenstandsfällen in allen Altersgruppen haben psychisch bedingte Krankenstände bei Frauen einen größeren Anteil als bei Männern, ab dem 35. Lebensjahr der Frauen sind die Anteile der Krankenstandsfälle mit psychischen Diagnosen höher – wenn Frauen krank waren, dann vergleichsweise öfter psychisch bedingt.

Abbildung 2.3: Anteil der Krankenstandsfälle nach Altersgruppen und Geschlecht der unselbständig Beschäftigten, 2019



Q: ÖGK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen beinhalten auch die Burn-out-Diagnose (Z73) aus dem ICD-10-Kapitel XXI.

Abbildung 2.4: Anteil der Krankenstandstage nach Altersgruppen und Geschlecht der unselbständig Beschäftigten, 2019



Q: ÖGK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen beinhalten auch die Burn-out-Diagnose (Z73) aus dem ICD-10-Kapitel XXI.

Die Verteilung der Krankenstandsfälle aller Diagnosen nach Altersgruppen zeigte bei Männern die höchsten Anteile in den Altersgruppen von 20 bis 39 Jahre, während bei den Frauen die höchsten Anteile in die Altersgruppen der 45 bis 54 Jahre fielen (Abbildung 2.3). Psychisch bedingte Ausfallszeiten konzentrierten sich vor allem bei Frauen auf die höheren Altersgruppen. Von allen Krankenstandsfällen mit psychischen Ursachen fielen bei den Frauen 41% in die Gruppe der über 45-Jährigen, über alle Diagnosen hinweg sind es 36%. Der Vergleichswert bei psychischen Erkrankungen lag bei Männern bei 35%, über alle Ursachen hinweg bei 32%.

Bei den Krankenstandstagen kamen 2019 auf die Gruppe der über 45-jährigen Männer 47,2% aller Tage, der Anteil bei psychischen Ursachen lag mit 47,4% ähnlich hoch wie bei allen Krankheitsdiagnosen. Einen etwas größeren Anteil an Krankenstandstagen hatten mit 51% die über 45-jährigen Frauen, das entsprach auch dem Anteil bei psychischen Diagnosen (Abbildung 2.4).

2.2.4 Zusammenhang zwischen Beruf und psychischer Gesundheit in Österreich

Im Kapitel 1 sind die Unterschiede der Fehlzeiten und damit des Erkrankungsgeschehens nach sozialrechtlicher Stellung, Geschlecht, Region und im Abschnitt 2.2 weiters die Unterschiede nach Diagnose, Alter und Dauer analysiert. Im nachfolgenden Abschnitt steht die Frage im Mittelpunkt, ob es einen Zusammenhang zwischen Beruf und der psychischen Gesundheit gibt. Zunächst wird dabei auf die Schwierigkeit in der Erfassung geeigneter Daten sowie der ökonomischen Schätzungen eingegangen. Anschließend werden kurz wichtige Arbeiten aus der Literatur diskutiert, bevor die Ergebnisse quantitativer Untersuchungen mittels der österreichischen Gesundheitsbefragung vorgestellt werden.

Die konkrete Ausgestaltung von Anforderungen bestimmen den Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Beruf. Diese Idee findet sich im Job-Demand-Control-Modell (Karasek, 1979; Karasek – Theorell, 1990). Nach diesem Modell entstehen beruflicher Stress und negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit vor allem durch ein Ungleichgewicht zwischen beruflichen Anforderungen (z. B. knappe Zeitpläne, hohes Arbeitstempo, schwierige und komplexe Aufgaben) und dem Entscheidungsspielraum der Beschäftigten bzw. eigenständiger Kontrolle ihrer Tätigkeiten und den Einsatz ihrer Fähigkeiten. Aus diesen Modellen lässt sich implizit ableiten, dass der Beruf keinen kausalen Einfluss auf das Entstehen von psychischen Krankheiten hat, sondern dass vielmehr die Ausgestaltung des Arbeitsumfelds das entscheidende Kriterium ist. Aber auch in diesen Modellen ist es gleichzeitig notwendig, und in der empirischen Überprüfung herausfordernd, darauf zu kontrollieren, dass Individuen mit bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen sich womöglich genau in Berufe mit einem Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Kontrolle bzw. Belohnung hineinselektieren (z. B. Tendenz zur Überschätzung der eigenen Fähigkeiten).

Datengrundlage und Probleme der Datenerfassung

Für empirische Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Beruf und psychischer Gesundheit müssen Forscherinnen und Forscher auf Umfragedaten zurückgreifen. Die österreichische Gesundheitsbefragung (ATHIS) ist hier eine wichtige Datenquelle⁵⁵). In dieser – wie auch in anderen Befragungsdaten – sind nicht alle relevanten Faktoren angemessen erfasst. So sind beispielsweise (epi-)genetische Faktoren, Zeitpräferenzen und die Einstellung zum Risiko für Entscheidungen in Bezug auf Beruf und Gesundheit relevant, aber schwer abzufragen. Zudem können in Umfragen aufgrund von Selbstauskünften der Befragten Ungenauigkeiten (Messfehler) bis hin zu Falschauskünften vorliegen. Zweitens ist auch die genaue Erfassung von Berufen hinsichtlich der gewählten Aggregationsebene eine Herausforderung. So werden in der Österreichischen Gesundheitsbefragung Berufe nach der international gebräuchlichen ISCO-08 Klassifikation erfasst. Für empirische Untersuchungen ist diese Gliederungsstufe für einige Berufe bereits sehr detailliert und kann zu geringe Fallzahlen bedeuten. In quantitativ-ökonomischen Untersuchungen führt dies zu einer niedrigen statistischen Power, also einer geringen Wahrscheinlichkeit, dass ein existierender Effekt auch entdeckt wird. Andererseits ist für etliche Berufe die Ebene des ISCO-2-Stellers für genaue inhaltliche Unterscheidungen zu grob. Abschließend ist zu erwähnen, dass auch in der Interpretation des "Berufseffekts" Vorsicht geboten ist. Dies liegt darin begründet, dass die Klassifizierung von Berufen üblicherweise, wie die ISCO-Klassifikation, auf einer hierarchischen Anordnung entlang von "notwendigen Fähigkeiten" (skills) geschieht. Im Falle der ISCO-Klassifikation bedeutet dies, dass an der Spitze dieser Hierarchie Führungskräfte stehen (ISCO-Klassifikation 1) und die unterste Ebene (ISCO-Klassifikation 9) Hilfsarbeitskräfte sind. In der Interpretation des Berufseffekts ist es daher unter Umständen schwierig den Effekt des sozialen Status bzw. der sozialen Rangordnung, welche sich aus der Klassifikation

⁵⁵) In der Österreichischen Gesundheitsbefragung (Austrian Health Interview Survey, ATHIS) wird alle fünf Jahre eine repräsentative Stichprobe der österreichischen Bevölkerung (in der Befragung 2019 waren es 15.461 zufällig ausgewählte Personen) zu ihrem Gesundheitszustand, zum Gesundheitsverhalten sowie zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen befragt.

ergibt, von tatsächlichen Berufseffekten zu trennen.⁵⁶⁾ Dies kann insbesondere für psychische Erkrankungen eine Rolle spielen.

Herausforderungen Wirkungsketten ökonometrisch zu quantifizieren

Die Schwierigkeit der Datenerfassung überträgt sich in der Folge auf die ökonometrische Analyse. Das Auslassen bzw. Fehlen wesentlicher Variablen, die sowohl mit der Gesundheit als auch dem Beruf im Zusammenhang stehen, führt zu einer verzerrten Schätzung des Effekts von Beruf auf die Gesundheit und verhindert eine kausale Interpretation (omitted variable bias). Diese Problematik könnte, zumindest für zeitkonstante (Stör-)variablen (z. B. (epi-)genetische Einflussfaktoren), gelöst werden, falls Paneldaten vorliegen und entsprechende Schätzverfahren (Regressionen mit fixen Effekten) angewendet werden. Allerdings gibt es für Österreich keine entsprechenden Daten, da insbesondere die Österreichische Gesundheitsbefragung nur eine Querschnittserhebung ist.

Zusätzlich muss für die Schätzung eines kausalen Effekts der Berufe auf die psychische Gesundheit auch berücksichtigt werden, dass der Beruf (bzw. die Berufswahl) gemeinsam mit der Gesundheit, schulischer Ausbildung und vielen weiteren sozioökonomischen Determinanten, wie z. B. dem familiären Hintergrund, bestimmt wird und es auch umgekehrte Kausalitäten geben kann, wonach der Gesundheitszustand die Berufssituation beeinflusst.

Empirische Befunde zur Wechselwirkung Beruf – psychische Gesundheit – Literaturüberblick

Es gibt sehr wenige Studien, welche die kausalen Auswirkungen des Berufs auf die psychische Gesundheit untersuchen. Eine Arbeit von *Llena-Nozal et al. (2004)* schätzt ein Modell, das die Endogenität⁵⁷⁾ der Beziehung zwischen Gesundheit, Beruf und Berufswahl anhand britischer Paneldaten berücksichtigt. Die Endogenität des Berufes ist vor allem ein Simultanitätsproblem, da eine Verschlechterung der Gesundheit sowohl zu einem Wechsel des Berufs führen kann und andererseits die Belastungen in einem Beruf den Gesundheitszustand verschlechtern können. Diese beiden Effekte müssen in der empirischen Untersuchung getrennt werden.

Llena-Nozal et al. (2004) stellen dabei fest, dass es für Frauen deutliche Unterschiede bezüglich der Auswirkungen des Berufs gibt: je höher klassifiziert⁵⁸⁾ der Beruf ist, desto besser die psychische Gesundheit. Bei den Männern gibt es hingegen keine Unterschiede in Bezug auf die Berufsklassifikation. Allerdings ist bei den Männern der Beschäftigungsstatus wichtig, da Männer, die nicht erwerbstätig sind, eine wesentlich schlechtere psychische Gesundheit haben. Hervorzuheben ist allerdings, dass diese Studie Berufe auf Basis einer Rangfolge von Qualifikationen klassifiziert. Die verwendete Klassifikation beruht dabei auf den Fähigkeiten, die für einen Beruf notwendig sind und geht von Führungskräften über Fachkräfte bis hin zu Ungelernten. Dadurch

⁵⁶⁾ Für die Bedeutung des sozialen Status im Zusammenhang mit Gesundheit siehe z. B. *Marmot et al. (1991)*.

⁵⁷⁾ Endogenität heißt, dass mit einer Veränderung des Berufes auch eine Veränderung der beruflichen Belastungen einhergehen kann, eine berufliche Veränderung aber auch durch den Gesundheitszustand induziert wird.

⁵⁸⁾ Die Berufsvariable entspricht der offiziellen sozioökonomischen Klassifikation des Vereinigten Königreichs: soziale Klasse auf der Grundlage von Berufen (SC bzw. ehemals RGSC).

ergibt sich die oben erwähnte Schwierigkeit zu unterscheiden, inwieweit die geschätzten Effekte eine direkte Folge der beruflichen Tätigkeiten sind bzw. welcher Effekt von der Hierarchie der Klassifikation ausgeht. Zudem erfolgt die kausale Identifikation in der Studie im Wesentlichen durch die Anwendung fixer Effekte in den Regressionen. Bei diesem ökonometrischen Verfahren können zeitkonstante Einflüsse ausgeschlossen werden. Dies bedeutet allerdings auch, dass der geschätzte Effekt rein auf Personen zurückzuführen ist, welche den Beruf gewechselt haben, und keine Aussagen für Personen getroffen werden können, welche ihren Beruf nicht wechselten. Insgesamt zeigt diese Studie, dass es empirisch sehr schwierig ist einen kausalen Effekt des Berufs auf die Gesundheit zu identifizieren. Schließlich ist festzuhalten, dass es auch inhaltliche Gründe gibt, an einer kausalen Verknüpfung von Berufen und psychischer Gesundheit zu zweifeln. Vor allem fehlt es an einer theoretischen Begründung für den Zusammenhang von Beruf und psychischer Gesundheit, da ein und derselbe Beruf unter sehr unterschiedlichen Voraussetzungen ausgeübt werden kann.

Eine Untersuchung, die das Job-Demand-Control Modell von Karasek empirisch berücksichtigt, ist von *Cottini – Lucifora (2013)*. Diese Arbeit untersucht Determinanten der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz für Österreich und 14 weitere europäische Länder anhand von drei Wellen der Europäischen Erhebung über Arbeitsbedingungen (European Working Conditions Survey). Die Studie zeigt, dass ungünstige Arbeitsbedingungen in starkem Maße mit psychischen Gesundheitsproblemen der Arbeitenden verbunden sind und stellt eine kausale Wirkung der Arbeitsplatzqualität auf die psychische Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer fest. In der Studie werden sowohl persönliche, betriebliche und branchenspezifische Merkmale miteinbezogen als auch auf die berufliche Struktur und den institutionellen Kontext Rücksicht genommen. Es zeigt sich, dass Länder, deren Gesundheitssystem in Bezug auf Koordination, Zugänglichkeit und Finanzierung der Gesundheitsdienste effizienter sind, auch bessere Ergebnisse bei den psychischen Gesundheitsbedingungen am Arbeitsplatz aufweisen. Ebenso zeigt sich, dass ein stärker regulierter Arbeitsmarkt mit besserer psychischer Gesundheit verbunden ist. Dementsprechend gehen *Cottini – Lucifora (2013)* davon aus, dass das institutionelle Umfeld (z. B. Tarifverträge und Betriebsräte) für eine engere Überwachung und Durchsetzung von Gesundheits- und Sicherheitsvorschriften sorgen, die zur Verbesserung der arbeitsbedingten psychischen Gesundheit beitragen.

Berechnung des Zusammenhangs Beruf – psychische Gesundheit in Österreich 2019

Für die folgende Analyse für Österreich zum Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Berufen wird die Österreichische Gesundheitsbefragung 2019 verwendet, deren Individualdaten von Statistik Austria zur Verfügung standen. Die psychische Gesundheit wird in der Gesundheitsbefragung anhand verschiedener Variablen erfasst. Einerseits wird das seelische Befinden der Befragten während der letzten beiden Wochen durch den international etablierten Patient Health Questionnaire (PHQ-8), einer achtstufigen Abfrage der Stimmungslage, erfasst. Der PHQ-8 ist ein Instrument zur Bewertung der Prävalenz und des Schweregrads aktueller depressiver Symptome und funktioneller Beeinträchtigungen sowie zur Erstellung einer vorläufigen Depressionsdiagnose. Zusätzlich wird in der Gesundheitsbefragung auch direkt das Vorliegen einer Depression abgefragt; einerseits als Selbsteinschätzung und andererseits auch, ob die Depression ärztlich diagnostiziert wurde. Da die direkte Abfrage einer Depression, insbesondere

bei ärztlicher Diagnose, wohl einer ICD-10-Klassifikation am nächsten kommt, wird diese im Folgenden näher untersucht⁵⁹⁾. Zusätzlich wird untersucht, welchen Einfluss der Beruf darauf ausübt, sich von einer psychologischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen Fachkraft behandeln zu lassen. Die Auswahl dieser Variable erfolgt, da von einem engen Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von psychischen Gesundheitsdienstleistungen und dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung auszugehen ist.

Die Erfassung der Berufe erfolgt in der Österreichischen Gesundheitsbefragung anhand der ISCO-08-Klassifikation. In den durchgeführten Regressionsanalysen wird dann die höchste Aggregationsebene, das sind zehn Berufshauptgruppen, genutzt. Die Berufsgruppe 0 (Angehörige der regulären Streitkräfte) wird dabei aufgrund zu geringer Fallzahlen aus der Analyse ausgeschlossen. Der Beruf auf Basis der ISCO-08-Klassifikation ist, aufgrund der hierarchischen Einstufung in Haupt- und Untergruppen eine kategoriale Variable. Daher sind die Ergebnisse immer in Bezug auf eine Referenzkategorie zu interpretieren. In den folgenden Analysen sind dies die Dienstleistungsberufe (ISCO-08 Hauptgruppe 5).

Verwendete Variablen

Im Rahmen der durchgeführten Regressionen wird auf die sozioökonomischen Umstände der Befragten kontrolliert, um neben dem Beruf weitere Bestimmungsgründe psychischer Erkrankungen zu berücksichtigen. Konkret bedeutet dies, dass in den Regressionen die Effekte von Haushaltseinkommen (in Quintilen), Alter (in 5-Jahresgruppen), Geschlecht sowie Bildung (Matura ja/nein)⁶⁰⁾ berücksichtigt werden. Zusätzlich werden Lebensstilvariablen miteinbezogen, welche im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit stehen. Dies sind Alkohol- bzw. Tabakkonsum sowie die durchschnittliche tägliche Bewegung. Der Alkoholkonsum der letzten zwölf Monate wird detailliert auf einer neunstufigen Skala abgefragt, während der Tabakkonsum dreistufig (ja, gelegentlich, nein) erfasst ist. Bewegung wird mittels metabolischen Äquivalents (Measuring Energy Expenditure – MET) erfasst und stellt den Energieverbrauch für die Summe der MET-Minuten bezüglich Gehen und Radfahren dar⁶¹⁾. Abschließend werden in die Regressionen auch Variablen einbezogen, welche das Lebensumfeld der Befragten widerspiegeln sollen. Dies sind eine Frage nach der Sicherheit im täglichen Leben (LQ8), nach den Umweltbedingungen des Wohngebiets (LQ9) sowie nach Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten (LQ14).

Ergebnisse

In den Regressionen wird zunächst eine einfache Korrelation zwischen dem Indikator der psychischen Gesundheit, konkret der Erkrankung an einer Depression, sowie den ISCO-08-

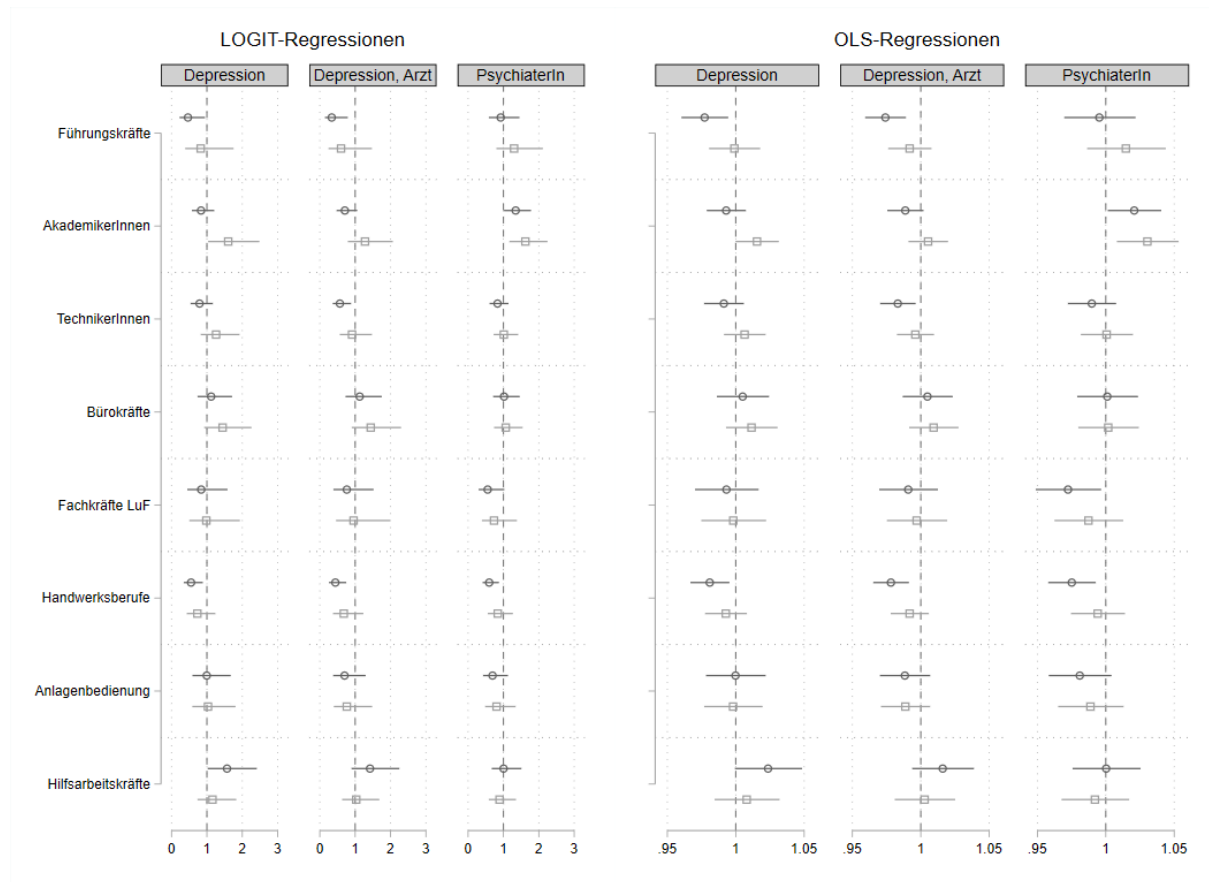
⁵⁹⁾ Die psychischen und Verhaltensstörungen Gruppe V in ICD-10 sind weiter in elf Untergruppen unterteilt. In der Gruppe F32 bis F34 finden sich die Depressionen. Die Untergruppe F30 bis F39 sind für 36% der psychisch bedingten Krankenstände und 44% der Krankenstandstage im Jahr 2019 verantwortlich.

⁶⁰⁾ Der höchste Bildungsabschluss wird nur binär mittels Matura (ja/nein) erfasst, da es in den Regressionen bei einer detaillierteren Erfassung, insbesondere von Hochschulabschlüssen, zu einer Multikollinearität mit der ISCO-08-Gruppe der akademischen Berufe kommt.

⁶¹⁾ Die Berechnungsformel ergibt sich aus: $\text{totalMET} = (\text{"Gehminuten"} \times 3,3) + (\text{"Radminuten"} \times 6)$.

Berufshauptgruppen durchgeführt. In einem zweiten Schritt werden die Kontrollvariablen mitberücksichtigt. Die Resultate dieser beiden Schritte (Abbildung 2.5) zeigen zunächst, dass Führungskräfte, Technikerinnen und Techniker sowie Beschäftigte in Handwerksberufen eine geringere Wahrscheinlichkeit als Beschäftigte in Dienstleistungsberufen aufweisen, an einer Depression zu leiden. Kontrolliert man jedoch für sozioökonomische Einflüsse, für den Lebensstil und Variablen des Lebensumfelds zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied mehr in der Korrelation zwischen Beruf und psychischer Gesundheit zwischen den verschiedenen Berufshauptgruppen. Dieses Ergebnis ist dabei unabhängig von der gewählten Modellspezifikation (lineare versus logistische Regression).

Abbildung 2.5: Einfluss des Berufs auf Depressionen und Therapieteilnahme



Q: Statistik Austria, Österreichische Gesundheitsbefragung 2019; WIFO-Berechnungen. LuF ... Land- und Forstwirtschaft. Anmerkung: Ergebnisse für ISCO-08-Berufshauptgruppen; Referenzkategorie: Dienstleistungsberufe. Kontrollvariablen: Einkommen, Alter, Geschlecht, Bildung, Tabakkonsum, Alkoholkonsum, Bewegung, Sicherheit, Umweltbedingungen im Wohngebiet, Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten. Lineare Regressionen mit robusten Standardfehlern.

Für die Inanspruchnahme einer Psychologin bzw. eines Psychologen, einer Psychotherapeutin bzw. eines Psychotherapeuten oder eines Psychiaters bzw. einer Psychiaterin⁶²⁾ zeigt sich zunächst eine geringere Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Fachkräften im Bereich Land- und Forstwirtschaft sowie in den Handwerksberufen. Dieses Muster verschwindet, sobald die Kontrollvariablen miteinbezogen werden. Es bleibt allerdings dabei, dass eine positive Korrelation in der Inanspruchnahme dieser Dienstleistungen mit den akademischen Berufen besteht, welche durch die Hinzunahme der Kontrollvariablen sogar noch verstärkt wird.

Somit zeigt sich, dass auf Basis der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen spezifischen Berufsgruppen und dem Vorliegen einer Depression gefunden werden kann. Es gibt allerdings Evidenz dafür, dass Angehörige der akademischen Berufe, verglichen mit Dienstleistungsberufen, eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen Beratungsdienstleistungen für die psychische Gesundheit in Anspruch zu nehmen.

2.2.5 Resümee psychisch bedingter Krankenstände für die Wiedereingliederung

Die Analyse der Krankenstandsdauern auf der Grundlage der Individualdaten zeigt folgendes Bild:

- Der Anteil der psychisch bedingten Krankenstandstage stieg im vergangenen Jahrzehnt um 2 Prozentpunkte an. Ausgehend von einem niedrigen Niveau gab es nur noch in einer der insgesamt 22 Diagnosegruppen (infektiöse und parasitäre Krankheiten) eine ähnliche Dynamik der Zunahme.
- Bei den Frauen wurden 2019 3,4% der Krankenstandsfälle und 11,5% aller Krankenstandstage durch das psychische Erkrankungsgeschehen verursacht. Männer haben hier mit 2,0% deutlich weniger Krankenstandsfälle, und es sind 6,7% der Krankenstandstage darauf zurückzuführen.
- Kurzkrankenstände (2019) von bis zu drei Tagen spielten bei psychischen Erkrankungen, im Gegensatz zum Erkrankungsgeschehen aller Diagnosegruppen, kaum eine Rolle.
- Die Krankenstandsfälle (2019), die länger als sechs Wochen dauerten, machten bei psychischen Diagnosen 19% aller Fälle aus, insgesamt betrug dieser Anteil 3,3%.
- Die Summe der Krankenstandstage wurde von den langen Krankenständen dominiert: 73,3% der Tage entstanden durch Fälle, die länger als sechs Wochen andauerten, über alle Diagnosegruppen hinweg betrug der Anteil 39%.
- Bei den Krankenstandsfällen 2019 dauerten 88% bis zu 14 Tage und 12% länger. Liegen psychische Diagnosen vor, dann waren 40% der Fälle länger als 14 Tage. Von allen Krankenstandstagen waren 40% bis zu 14 Tage lang, und 60% lagen über dieser Grenze. Während also drei Fünftel aller Krankenstandstage länger als 14 Tage dauern, betrug dieser Anteil bei psychischen Erkrankungen 89% aller Tage. Deutlich über dem Schnitt waren die Abwesenheiten bei Verletzungen und Vergiftungen, 33% der Fälle und 80% der Tage fielen in die Gruppe 15 Tage und länger.

⁶²⁾ Im Titel als Kurzform mit "PsychiaterIn" bezeichnet, umfasst allerdings auch Besuche bei einer Psychologin bzw. einem Psychologen oder einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten.

- Auch wenn Männer seltener Krankenstände wegen psychischen Diagnosen hatten, gab es bei der Verteilung ihrer Krankenstandsdauern nur marginale Unterschiede zu den Frauen.
- Insgesamt stechen zwei Krankheitsgruppen auf der Ebene der ICD-10-Steller bei der Dauer der Fehlzeiten hervor: Neben den Neubildungen mit einer durchschnittlichen Abwesenheit je Fall von 36,2 Tagen erreichen die Absenzen bei psychischen Erkrankungen mit 31,6 Tagen die zweitlängste Dauer, wobei es innerhalb dieser Diagnosegruppe noch einmal deutliche Unterschiede gibt.
- Die durchgeführten ökonometrischen Analysen zum Einfluss des Berufes auf die psychische Gesundheit auf Grundlage der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2019 zeigen, dass zwischen einer Depression bzw. der Inanspruchnahme von psychischen Gesundheitsdienstleistungen und bestimmten Berufen eine Korrelation besteht. Werden hingegen sozioökonomische Einflussfaktoren (z. B. Einkommen, Alter oder Geschlecht) berücksichtigt, gibt es keinen signifikanten Zusammenhang zwischen dem ausgeübten Beruf und der Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken. Allerdings zeigt sich, dass Personen in akademischen Berufen, im Vergleich zu den Dienstleistungsberufen, eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine Therapieteilnahme aufweisen. Einschränkend ist zu erwähnen, dass es in Österreich keine Daten zum Gesundheitszustand und zu den konkreten Arbeitsbedingungen der Erwerbsbevölkerung gibt, um kausale Effekte berechnen zu können.

Die lange Dauer psychisch bedingter Fehlzeiten in der Gruppe der unselbständig Beschäftigten sowie ihre zunehmende Dauer mit steigendem Lebensalter, belegen die Notwendigkeit von Frühinterventions- und Re-Integrationsmaßnahmen. Gleichzeitig ist das Fehlzeitengeschehen sehr heterogen, sowohl betreffend die Krankheitsdiagnosen und die Altersgruppen sowie zwischen erwerbstätigen Frauen und Männern. Dazu kommt die Tatsache, dass der Gesundheitszustand von Arbeitslosen vergleichsweise schlechter ist und Arbeitslose auch höhere Anteile an Fehltagen haben, die auf psychische Krankheitsdiagnosen zurückgehen⁶³), da hier Selektions- wie auch Verstärkungseffekte wirken (*Holleder*, 2006; *Leoni*, 2019). Phasen mit hoher Arbeitslosigkeit gehen im Allgemeinen mit einer erhöhten Inzidenz von psychischen Gesundheitsproblemen einher, insbesondere Depressionen, Suizidgefährdung und Suchtmittelmissbrauch, auch wenn diese Effekte nicht immer groß und die kausalen Wirkungszusammenhänge nicht eindeutig geklärt sind (*Goldman-Mellor et al.*, 2010). Das Jahr 2020 wird vor diesem Hintergrund auch bei den von Arbeitslosigkeit betroffenen Personen deutliche Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit haben, Entwicklungen, die es in Zukunft genauer zu untersuchen gilt.

Die letzten Jahre sind von langen Krankenständen bei psychischen Ursachen, dem vergleichsweise schlechten Gesundheitszustand der Arbeitslosen, der Alterung der Erwerbsbevölkerung sowie sich verändernden Arbeitsanforderungen und -bedingungen gekennzeichnet. Damit

⁶³) Im Jahr 2016 waren 8% der Krankenstandstage bei den beschäftigten Männern im Alter zwischen 30 und 50 Jahren psychisch bedingt, bei den arbeitslosen Männern waren es 25% (*Leoni*, 2019: 10).

werden Maßnahmen der Früherkennung und Wiedereingliederung immer wichtiger. Allen voran sind die langen Ausfallszeiten bei psychischen Erkrankungen mit persönlichem Leid verbunden, aber sie verursachen auch Kosten für die Betriebe, für die soziale Infrastruktur, für die Gesellschaft und damit für die Wirtschaft insgesamt. Teilweise sind diese Kosten auf den ersten Blick nicht erkennbar, sie reichen von verlorenen Lebensjahren über Beschäftigungseingpässe bei Betrieben bis hin zu gebremstem Wirtschaftswachstum (Dalal – Svanström, 2015; EU-OSHA, 2019).

Eine Reduktion der Fehlzeiten und die Reduktion gesundheitlicher Beeinträchtigungen haben erhebliche positive Rückwirkungen auf die Wohlfahrt der Gesellschaft eines Landes. Maßnahmen zur Verringerung der Ausfallszeiten haben damit ein erhebliches positives Potenzial, das von der Steigerung des wirtschaftlichen Outputs bis hin zur Erhöhung der langfristigen Arbeitsfähigkeit und des Wohlergehens der Erwerbsbevölkerung reicht. Dieses Potenzial gilt es mit gezielten, umfangreichen und nachhaltigen Maßnahmen zu heben. Maßnahmen, die in Österreich gesetzt wurden, stehen im Mittelpunkt des folgenden Abschnitts.

2.3 Evidenz der Re-Integrationsmaßnahmen in Österreich

Gemäß Arbeitnehmer/innenschutz(gesetz⁶⁴) sind "Arbeitgeber verpflichtet, für Sicherheit und Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer in Bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen, zu sorgen" (ASchG, §3 (1)). Die Maßnahmen zur Gefahrenverhütung (Verhältnisprävention) umfassen auch die psychischen arbeitsbedingten Belastungen. Zum Ausmaß und Umfang der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und dem betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) lagen lange Zeit keine flächendeckenden Daten zum Abdeckungsgrad und zur Effektivität der gesetzten Maßnahmen vor (Eppel et al., 2016B). Mit dem Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz gibt es seit 2013 Präventionsprogramme im Rahmen von fit2work, seit 2019 darüber hinaus die nationale Strategie "Gesundheit im Betrieb"⁶⁵).

Dennoch ist ein Mangel an belastbarer empirischer Evidenz zu den Effekten verschiedener Strategien und Reformpfade der Arbeitsmarktintegration und der Absicherung von gesundheitlich beeinträchtigten Personen vorhanden (Horvath et al., 2021). Insbesondere die Wirkung vorhandener Re-Integrationsmaßnahmen angewendet auf die Gruppe der psychisch Erkrankten fehlten weitgehend. Eine erste Evaluierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Österreich, mit den drei Säulen Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutz (gesetzlich verpflichtend), Wiedereingliederungsmanagement sowie Betriebliche Gesundheitsförderung, führten Schnabel – Gollner (2017) im Rahmen einer quantitativen Unternehmensbefragung durch. Zum Erhebungszeitpunkt, zum Beginn der gesetzliche Einführung der Evaluierung psychischer Belastungen zeigt sich ein heterogenes Bild entlang der Unternehmensgrößen: Unternehmen mit

⁶⁴) Dazu kommen rund 40 Verordnungen und weitere Gesetze. Zu den wichtigsten Verordnungen gehören beispielsweise die Arbeitsstätten-VO, die Arbeitsmittel-VO, die Grenzwerte-VO, die Gesundheitsüberwachung-VO, die Persönliche Schutzausrüstung-VO, die Mutterschutz-VO, die Bauarbeiterschutz-VO und die Bildschirmarbeits-VO usw.

⁶⁵) <https://www.bma.gv.at/Themen/Arbeitsmarkt/Arbeit-und-Gesundheit.html>

mehr als 100 Beschäftigten setzten bereits zu 53% Maßnahmen im Bereich des Wiedereingliederungsmanagements um, bei den Unternehmen mit 20 bis 99 Beschäftigten waren es 40%. Bei Betrieben mit weniger als 20 unselbständig Beschäftigten, hier arbeiten rund 20% der unselbständig Beschäftigten Österreichs (*Statistik Austria, 2021*), sind es 21%. In 67% der Unternehmen existieren Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (*Lutz, 2019: 44*).

Neben diesen umfangreichen und gesetzlich geregelten Ansätzen gibt es eine Reihe von Einzelinstrumenten, die die Erwerbsintegration von gesundheitlich Belasteten und/oder Eingeschränkten zum Ziel hat. Nachfolgend ist die vorhandene empirische Evidenz zur Wirkungsweise der größten Programme gemessen an den Teilnehmenden Programme dargestellt und die Erfahrungen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen festgehalten.

2.3.1 fit2work

fit2work ist ein Programm auf der Grundlage des Arbeit-und-Gesundheit-Gesetzes (AGG), bei dem es seit 2013 ein flächendeckendes **sekundärpräventives**⁶⁶⁾ Informations-, Beratungs- und Unterstützungsprogramm sowohl für Personen als auch für Betriebe gibt. Seit 2020 wird die Personenberatung⁶⁷⁾ gemeinsam mit der Betriebsberatung⁶⁸⁾ umgesetzt⁶⁹⁾. Ansatzpunkt dabei ist ein freiwilliges Beratungsangebot, das kostenlos für Einzelpersonen und Betriebe zur Verfügung steht und Vertraulichkeit garantiert. Das Beratungsangebot ist breit angelegt und verfolgt vielschichtige Zielstellungen. Diese reichen von der Entwicklung eines betrieblichen Frühwarnsystems über die nachhaltige Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Belegschaft, der Verringerung von Krankenständen bis hin zur dauerhaften (Wieder)Eingliederung der Mitarbeitenden. Zielgruppen der beiden Beratungsschienen sind sowohl Personen als auch Unternehmen mit einem konkreten Anlassfall, aber auch Betriebe, die durch den Aufbau eines gesundheitlichen Eingliederungsmanagements planen, Risiken vorzubeugen oder zu minimieren.

Bekanntheitsgrad von fit2work

Hinweise auf die Verbreitung der freiwilligen fit2work Angebote sowohl bei den Erwerbspersonen als auch bei den Betrieben gibt eine repräsentative Befragung der Erwerbsbevölkerung, die im Herbst 2020 von Triple M im Auftrag des Sozialministeriums durchgeführt wurde (*Triple M Matzka Markt und Meinungsforschung, 2021*). Bei einer allgemeinen Frage zur spontanen Bekanntheit von Einrichtungen⁷⁰⁾ im Zusammenhang mit Gesundheit am Arbeitsplatz wurde fit2work nur von 5% der Befragten (6% Frauen, 4% Männer) angegeben. Bei der gezielten Frage

⁶⁶⁾ Primärprävention verhindert die Entstehung von gesundheitlichen Schäden, Sekundärprävention setzt bei bestehenden Gesundheitsschäden ein mit dem Ziel der Wiedergesundung bzw. Dämpfung der negativen Folgen.

⁶⁷⁾ <https://fit2work.at/artikel/fit2work-fuer-personen>

⁶⁸⁾ <https://fit2work.at/artikel/wie-funktioniert-fit2work-fuer-betriebe>

⁶⁹⁾ Die Finanzierung erfolgt aus Mitteln des Arbeitsmarktbudgets, der Sozialversicherungen und des Sozialministeriums.

⁷⁰⁾ Betriebsarzt bzw. Betriebsärztin, AUVA, Arbeiterkammer, Arbeitsinspektion, fit2work usw.

nach fit2work zeigten sich 36% (Frauen 42%, Männer 31%) mit fit2work vertraut, wobei die Bekanntheit in der Gruppe der Arbeitslosen mit 42% höher war als bei Erwerbstätigen (35%). Den vergleichsweise höchsten Bekanntheitswert gab es in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen.

Auf der Ebene der Betriebe bzw. der Verantwortlichen für Personal oder Sicherheitsfragen haben 15% Vorgespräche und 9% Kooperationen mit fit2work angegeben, 77% der Betriebe hatten damit bislang keinerlei Kontakt zu fit2work. Als Gründe für den Nicht-Kontakt nannten die Betriebe bzw. die Verantwortlichen einerseits den Mangel an Informationen (41%) und andererseits das Fehlen eines Beratungsbedarfs (39%). Darüber hinaus sehen 27% der Betriebe die betriebsinternen Gesundheitsschutzmaßnahmen als ausreichend an (*Triple M Matzka Markt und Meinungsforschung, 2021*).

Inanspruchnahme von fit2work

Bei den regelmäßig stattfindenden Evaluierungen von fit2work durch *Statistik Austria* (2015, 2017, 2020) stehen die Zahlen der Inanspruchnahmen (siehe unten) im Mittelpunkt. Die Wirkung auf den Arbeitsmarktstatus 1,5 Jahre nach einer Personenberatung und die Wirkungen auf die Krankenstandstage nach einer Betriebsberatung waren Gegenstand der jüngsten Evaluierung (*Statistik Austria, 2020*).

Die Personenberatung wurde zu zwei Drittel von Teilnehmenden aufgesucht, die aufgrund eines Krankenstandes von mehr als 40 Tagen ein Einladungsschreiben von der Gesundheitskasse erhielten (*Statistik Austria, 2020*), bis April 2016 erhielten rund 400.000 Personen ein Einladungsschreiben (*Statistik Austria, 2017*). Tatsächlich nahmen von 100.000 Personen mit Einladungsschreiben zu Beginn des Programmes im Jahr 2016 4% eine Beratung in Anspruch, 96% reagierten trotz Einladung nicht (*Statistik Austria, 2015*), 2019 nahmen 7% der Eingeladenen an einer Beratung teil (*Statistik Austria, 2020*). Die steigende Personenberatungszahl kann damit nur zu einem kleinen Teil auf die Wirkung der Einladungsschreiben zurückgeführt werden. Beratungen werden von Arbeitslosen häufiger in Anspruch genommen als von Beschäftigten, unter den Erstberatungen 2019 waren 55,8% Arbeitslose, 38,8% Erwerbstätige und 5,8% begünstigt Behinderte. Die Summe der 22.887 Erstberatungsfälle 2019 setzte sich aus 56,6% Frauen, 42,3% Männer und 1,1% Betriebe zusammen (*Statistik Austria, 2020*). Die Betriebsberatung wurde 2019 zu drei Viertel von Betrieben nachgefragt, die unterdurchschnittliche Krankenstandszahlen haben (*Statistik Austria, 2020*).

Die Betriebsberatung findet vor allem in den Dienstleistungsbranchen sowie im Gesundheits- und Sozialwesen Anwendung, wobei Beratungen überdurchschnittlich oft von Betrieben mit weniger als 15 unselbständig Beschäftigte in Anspruch genommen werden. Diese unterschiedliche Inanspruchnahme zeigt, dass Kleinunternehmen in der Regel weniger interne Ressourcen für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz haben. Hier könnte die fit2work Betriebsberatung eine noch stärkere Rolle übernehmen und diesen Betrieben diese Kompetenz zur Verfügung stellen. fit2work scheint von den Betrieben mit geringen Fehlzeiten aber einer hohen Sensibilität für das Thema Gesundheitsschutz als Instrument der primären Prävention wahrgenommen zu werden. Umgekehrt scheint das Beratungsangebot von Betrieben mit überdurchschnittlichen

Fehlzeiten weniger stark als Instrument im Umgang bzw. zur Reduktion der Krankenstände gesehen werden.

In den Jahresberichten sind die gesundheitlichen Beschwerden der beratenen Personen dokumentiert. Es zeigte sich, dass unter den knapp 15.500 Teilnehmenden (2019) psychische Diagnosen mit 36,4% den größten Anteil einnahmen, gefolgt von Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates (31,2%) sowie Herz-Kreislaufkrankungen (8,1%). Seit 2012 ging der Anteil mit psychischen Erkrankungen um rund 8 Prozentpunkte zulasten der Herz-Kreislaufkrankungen sowie sonstigen Erkrankungen zurück (*fit2work*, 2020, 2013).

Im Vergleich zur Summe der Krankenstandsfälle entlang der ICD-10-Diagnosen des Jahres 2019 zeigte sich, dass Menschen mit psychischen Krankheitsursachen, die 2,6% aller Krankenstandsfälle und 8,9% aller Krankenstandstage ausmachten (siehe Abschnitt 1.8 und 2.2), deutlich häufiger eine *fit2work* Beratung in Anspruch nahmen, als dies dem Anteil an den Krankenstandsfällen entsprochen hätte. Auch bei Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates gab es eine intensivere Betreuung, als dies der Anteil dieser Krankenstandsfälle erwarten ließe. Die Zielerreichung scheint bei psychischen Erkrankungen, mit häufig sehr langen Krankenständen, gut zu sein. Allerdings sind die beratenen Personen rund zur Hälfte arbeitslos, daher sollte in den kommenden Evaluierungen der *fit2work* Beratungsleistungen eine Verknüpfung von Arbeitsmarktstatus und Krankheitsursache erfolgen.

Ob und inwiefern die *fit2work* Beratungsangebote komplementär oder substitutiv zu anderen Integrationsmaßnahmen stehen, oder ob es fehlende passende Maßnahmen der Re-Integration sind, die diese geringe Inanspruchnahme bei unterschiedlichen Erkrankungen verursachen, sollte in zukünftigen Forschungsarbeiten ermittelt werden.

Wirkung von *fit2work*

Die *fit2work* Evaluierung aus 2019 zeigt, dass 1,5 Jahre vor der Erstberatung Personen mit psychischen Belastungen/Einschränkungen eine hohe Arbeitsmarktintegration haben. Personen dieser Gruppe waren zu 64% beschäftigt, bei den anderen Diagnosen lag die Beschäftigung 1,5 Jahre vorher bei 58%. Unmittelbar vor der Beratung fällt die Arbeitsmarktpartizipation auf 18% ab, um nach der Beratung/Bemaßnahme wieder auf 41% anzusteigen. In der Vergleichsgruppe, also den Erkrankten, die keine *fit2work* Beratung in Anspruch nahmen, ist sowohl der Abstieg weniger stark ausgeprägt als auch die anschließende Zunahme (*Statistik Austria*, 2020). Vier Jahre nach Beratungsende liegt die Arbeitsmarktintegration der Personen mit psychischen Erkrankungen bei 50% und entspricht damit dem Wert der Vergleichsgruppe. Der *fit2work* Evaluierungsbericht 2019 konstatiert einen deutlich positiven Effekt der Re-Integration der *fit2work* Beratung bei psychischen Erkrankungen, wenn diese eine entsprechende Behandlung erhalten. Die Integrationswirkung der Maßnahmen treffen auf Frauen und Männer sowie auf Personen der Altersgruppe 45 Jahre und älter wie auch auf Jüngere gleichermaßen zu. *fit2work* hat damit weder einen Genderbias noch einen Altersbias.

Die Wirkung von gezielten Behandlungen im Rahmen von fit2work wurde ebenfalls erhoben. Auf der Grundlage der Selbstauskunft der Klientinnen und Klienten mit psychischen Erkrankungen und der Auskunft der behandelnden Expertinnen und Experten von über 300 Teilnehmenden zeigte Jagsch (2017) eine Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei 80,5% und verkürzte Krankenstände bei 59% der Behandelten durch gezielte klinisch-psychologische oder psychotherapeutische Behandlungen. Jagsch (2017) evaluierte in diesem Rahmen auch die Akzeptanz von Gruppenbehandlungen und zeigte, dass Einzelbehandlungen effektiver sind.

Die Betriebs- und Personenberatung ist auf EU-Ebene als Good Practice etabliert, dazu trugen die positiven Erfahrungen der Unternehmen bei (Hausegger et al., 2015). Eine Erhöhung der Durchlässigkeit zu angrenzenden Bereichen der aktiven Arbeitsmarktpolitik sowie mehr Flexibilität in Konzept und Ablauf, Optimierung der Schnittstellen und Qualitätssicherung bei den Beraterinnen und Beratern (Lutz, 2019) ist in der laufenden Umsetzungsperiode bis 2024 gemäß Leistungsbeschreibung⁷¹⁾, wie auch die Verbindung zwischen Personen- und Betriebsberatung (Eppel et al., 2016B) vorgesehen.

Eine abschließende Evidenz zur Wirkungsweise liegt gegenwärtig noch nicht vor. Die im Evaluierungsbericht 2015 begonnenen Evaluierungsansätze der "Difference in differences"-Ansatz (Vergleich des Outcomes von Personen, die am Programm teilnahmen, mit jenen, die nicht teilnahmen) und der Case-Control-Ansatz (für jede teilnehmende Personen wurden zwei zufällig gewählte nicht teilnehmende Personen mit Übereinstimmung in fünf Merkmalen ausgewählt) wurden in den Folgeberichten nicht weiterentwickelt (Statistik Austria, 2015). Der Bericht selber forderte für zukünftige Analysen die Einbeziehung der Erwerbshistorie bei der Auswahl der Kontrollpersonen. Auch eine Anreicherung der Datengrundlage um subjektive Einschätzungen (eigene Arbeitsmarktchancen oder Einschätzung des fit2work Programms) sah der Bericht als notwendige Voraussetzung zur Berechnung belastungsfähiger Effekte (Statistik Austria, 2015: 21).

2.3.2 Wiedereingliederungsteilzeit

Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) ist seit 1.7.2017 (Novelle 1.7.2018) ein Instrument zur Re-Integration von Personen, die einen mindestens sechswöchigen Krankenstand hatten. Die WIETZ ermöglicht danach eine Rückkehr an den Arbeitsplatz mit allerdings einer Arbeitszeitreduktion von 25% bis 50% der ursprünglichen Arbeitszeit für die Dauer von sechs Monaten, wobei ein Mindestausmaß von zwölf Wochenstunden festgelegt ist. Wird eine ansteigende Arbeitszeit festgelegt, kann zu Beginn eine Arbeitszeit von weniger als zwölf Stunden vorhanden sein, diese muss aber mit einem Einkommen über der Geringfügigkeitsgrenze verbunden sein (Bundesministerium für Arbeit, 2021). Eine Verlängerung der sechsmonatigen WIETZ um weiter drei Monate

⁷¹⁾ Republik Österreich (Bund) vertreten durch das Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (Sozialministeriumservice), Leistungsbeschreibung, Personen- und Betriebsberatung fit2work, Internes Geschäftszeichen der BBG: GZ 5192.03188

ist möglich. Die Arbeitszeitreduktion und der Einkommensrückgang daraus werden vom Wiedereingliederungsgeld kompensiert. Es wird in Abhängigkeit von der Arbeitszeitreduktion gewährt und vom erhöhten Krankengeld (60% der Bemessungsgrundlage) berechnet und anteilig zur Arbeitszeitreduktion gewährt. Finanziell stellt die WIETZ keine Verschlechterung im Ausmaß der Arbeitszeitreduktion dar, womit das Augenmerk auf die Wiedererlangung der Gesundheit gelegt werden kann. Voraussetzung ist ein Wiedereingliederungsplan mit arbeitsmedizinischer Zustimmung sowie eine Wiedereingliederungsvereinbarung zwischen Arbeitnehmerin bzw. Arbeitnehmer und Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber. Die Beratung zur Gestaltung der Wiedereingliederungsteilzeit kann bei fit2work gemacht werden, die Bewilligung des Wiedereingliederungsgeldes erfolgt beim zuständigen Krankenversicherungsträger.

Inanspruchnahme

Von der grundsätzlichen Ausrichtung der WIETZ auf Krankenstände, die länger als sechs Wochen dauern, ist das Potenzial für diese Wiedereingliederungsmaßnahme sehr hoch. Von den rund 3,7 Mio. Krankenstandsfällen fielen 4,3%, das sind 158.946 Krankenstände im Jahr 2020, in diese Gruppe und verursachten rund 44% aller Krankenstandstage. Für Teilzeitbeschäftigte kann das Erfordernis einer Mindestarbeitszeit von zwölf Wochenstunden ein Ausschlussgrund für die Inanspruchnahme sein, womit das Potenzial für WIETZ etwas geringer sein dürfte. Auch Krankenstände, die in einer krankheitsbedingten Pension münden, reduzieren das hypothetische Potenzial der Inanspruchnahme.

Eine erste Evaluierung der WIETZ wurde im Herbst 2020 vorgelegt und enthält nachfolgende Befunde (*Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020*). Zum Stichtag 30.6.2019 gab es 7.331 Anträge, die zu 95% bewilligt wurden⁷²⁾. Im Vergleich zur Anzahl der Krankenstände, die 2019 länger als sechs Wochen dauerten, nehmen 5,4% der potenziell Berechtigten die WIETZ in Anspruch. Auch hier sind psychische Erkrankungen mit 32% der Anträge der häufigste Grund, gefolgt von 15% aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und 14% Krebserkrankungen. Durchschnittlich wird die Arbeitszeit um 42% reduziert für die Dauer von durchschnittlich 165 Tagen. Nur 4% der Beendigungen der WIETZ erfolgten durch Beschäftigungsbeendigung, bei 92% lief die vereinbarte Dauer aus, die restlichen 4% wechselten in einen sonstigen Status bzw. in Pension.

Die Zielgruppe der WIETZ sind unselbständig Erwerbstätige mit Krankenständen für die Dauer von 42 Tagen oder mehr. Obwohl die Krankenstandsquote⁷³⁾ 2020 bei den Arbeiterinnen und Arbeitern mit 4,5% deutlich höher ist als bei den Angestellten mit 2,9% und auch die durchschnittliche Dauer in der erstgenannten Gruppe mit 16,4 Tagen um sechs Tage höher lag als bei den Angestellten, nahmen Angestellte die WIETZ häufiger in Anspruch. Damit in Verbindung

⁷²⁾ Im Zeitraum Juli 2017 bis Juni 2018 waren es 3.010 und bis Juni 2019 weitere 4.321 Anträge, die zu 98% bewilligt wurden.

⁷³⁾ Zur Definition sieht Übersicht 2.1.

stehen die Befunde, dass WIETZ stärker von Personen mit höheren Qualifikationen bzw. langjähriger Betriebsbindung in Anspruch genommen wird, während Hilfsarbeitende unterrepräsentiert sind (*Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020*).

Die Anträge auf WIETZ sind sehr ungleich über die Betriebsgrößen, gemessen an der Zahl der unselbständig Beschäftigten, verteilt. Es zeigt sich eine starke Konzentration auf Großbetriebe: 58% der Anträge stammen aus Betrieben mit mehr als 250 Beschäftigten, 21% aus Betrieben mit 50 bis 249 Beschäftigten, 15% aus Betrieben mit 10 bis 49 Beschäftigten und nur 5% aus Betrieben mit weniger als 10 Beschäftigten. In Bezug auf die Verteilung aller Beschäftigten arbeiteten 37% in Großbetrieben (58% der Anträge) und 16% in Kleinbetrieben (weniger als 10 Beschäftigte), wo mit 5% der Antragsanteil deutlich unterrepräsentiert war.

Entlang der Wirtschaftsbranchen zeigte sich eine Konzentration der Anträge in der Warenherstellung mit 24% bei 17% Gesamtbeschäftigungsanteil und im Gesundheits- und Sozialwesen mit 16% bei 7% Gesamtbeschäftigungsanteil.

Wirkung der Wiedereingliederungsteilzeit

Der Evaluierungsbericht zeigt eine höhere als erwartete Inanspruchnahme der WIETZ sowie eine positive Einschätzung durch Betriebe und Stakeholder insgesamt auf (*Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020*).

Das Instrument ermöglicht den Arbeitskräften bei psychischen oder physischen Erkrankungen mit weniger Druck an den Arbeitsplatz zurückkommen zu können. Betriebe können auf ihr qualifiziertes Personal weiter zurückgreifen. Bislang wurde die WIETZ vor allem bei Krebsdiagnosen und bei psychischen Erkrankungen beantragt. Das geringere Wochenstundenausmaß lässt die Kombination von Re-Integration und ambulante Rehabilitationsmaßnahme zu. Diese Teilzeit ermöglicht eine frühzeitigere Rückkehr in den Arbeitsprozess bei finanzieller Absicherung. Wenn damit der Gesundheitszustand verbessert wird, trägt die WIETZ insgesamt auch zu einem längeren Verbleib im Erwerbsleben bei.

Das implizierte Ziel der WIETZ ist die Rückkehr an den Arbeitsplatz mit einem Arbeitsausmaß wie vor der Erkrankung. Die beschränkte Dauer der Arbeitszeitreduktion stellt allerdings bei chronischen Erkrankungen oder für längerfristig gesundheitlich Eingeschränkte kein geeignetes Instrument zur dauerhaften Re-Integration dar. Für diese Gruppe besteht zwar im Rahmen der WIETZ die Möglichkeit, die eigene "Restarbeitskapazität" am konkreten Arbeitsplatz auszuloten (*Huemer et al., 2017*). Jedoch gibt es nach der vollen Ausschöpfung (max. sechs plus drei Monate) eine Sperrfrist von 18 Monaten bis neuerlich ein Antrag auf Arbeitszeitreduktion aus Gesundheitsgründen gestellt werden kann. Eine mögliche Restarbeitskapazität der Betroffenen kann damit nicht gehoben und vom Betrieb genutzt werden. Für diese Gruppen bleibt weiterhin nur die Option zwischen 100% Erwerbsinaktivität bzw. dem Versuch des Wechsels auf weniger anstrengende Erwerbsarrangements – mit all den damit verbundenen Einschnitten.

2.3.3 Rehabilitations- und Umschulungsgeld

Für die Geburtsjahrgänge ab 1964 gibt es anstelle der zeitlich befristeten Invaliditätspension medizinische und berufliche Rehabilitation, sofern eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von mindestens sechs Monaten vorliegt. Diese Phase ist durch das Rehabilitationsgeld finanziell abgesichert⁷⁴). Bei einer beruflichen Umorientierung, die gesundheitlich bedingt als sinnvoll und zumutbar erachtet wird, gebührt Umschulungsgeld⁷⁵). Rehabilitationsgeld wird für die Dauer der Invalidität gewährt, wobei die Beziehenden an den Rehabilitationsmaßnahmen mitzuwirken haben. Die Arbeitsfähigkeit wird nach dem ersten Jahr des Rehabilitationsgeldbezugs überprüft. Seit 1. Jänner 2017 besteht zudem ein Rechtsanspruch auf berufliche Rehabilitation für jene Personen, die auf Grund ihres Gesundheitszustandes die Voraussetzungen für eine Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension erfüllen bzw. in absehbarer Zeit erfüllen werden.

Inanspruchnahme

Die Zahlen der Inanspruchnahme von Rehabilitationsgeld wird laufend durch das Sozialministerium beobachtet, und es zeigt sich folgendes Bild (*Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021B*):

- Die Zahl der Neuzugänge beim Rehabilitationsgeld stieg zwischen der Einführung 2014 und 2019 von rund 3.400 auf 7.660 2019 an, 2020 gab es einen Rückgang auf 7.080 Neuzugänge. Die Neuzugänge 2016 bis 2020 summieren sich auf 35.766 Personen. Im Dezember 2020 haben insgesamt 17.644 Personen Rehabilitationsgeld bezogen.
- Das Geschlechterverhältnis ist beinahe ausgeglichen, bezogen auf die Beschäftigungszahlen ist der Anteil der Frauen mit Rehabilitationsgeld etwas höher als bei den Männern. Männer stellen – wieder in Relation zur Versichertenzahl – hingegen häufiger als Frauen einen Antrag auf krankheitsbedingte Pensionierung und ihre Zuerkennungsquote ist mit 39% höher als jene der Frauen mit 31% (*Dachverband der Sozialversicherungsträger, 2021*).
- Trotz rückläufiger Zugangszahlen 2020 waren psychische Ursachen der Hauptgrund für den Reha-geldbezug: Bei den Frauen hatten 58% der Neuzugänge psychische Gesundheitsprobleme, gefolgt von 14% Krebserkrankungen und 11% Skelett- und Muskelerkrankungen. Die Hauptdiagnosen bei den Männern waren ebenfalls mit 50% psychische Erkrankungen, gefolgt von sonstigen Erkrankungen (14%) sowie Skelett- und Muskelerkrankungen und Herz- und Kreislauferkrankungen mit jeweils 11%.
- Während das endgültige Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt durch krankheitsbedingte Pensionierungen zu 42% aufgrund psychischer Krankheiten erfolgte, stellte diese Diagnose 54% beim Rehabilitationsgeld. Gemäß Sozialministerium manifestieren sich schwere psychi-

⁷⁴) Die Höhe des Rehabilitationsgeldes orientiert sich am Ausmaß des Krankengeldes bzw. ab dem 43. Tag am erhöhten Krankengeld, mindestens jedoch in der Höhe der Ausgleichszulage für Alleinstehende (2021: 1.000,48 €). Auszahlende Stelle ist die Österreichische Gesundheitskasse <https://www.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitsrecht/pension/pensionsformen/Rehabilitations- und Umschulungsgeld.html>

⁷⁵) Umschulungsgeld in der Planungsphase entspricht dem Arbeitslosengeld, in der Phase der Umschulung dem Arbeitslosengeld plus 22%, mindestens jedoch täglich 38,90 € (2021). Auszahlende Stelle ist das AMS.

sche Erkrankungen früher im Lebensalter, dadurch könnte auch die Chance auf eine angemessene Genesung bei psychischen Leiden höher sein (*Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2020: 12*).

- Bei Personen, die zwischen 2016 und 2020 in den Rehabilitationsgeldbezug zuzugingen, wurden bei einem Siebentel der Personen (5.008 Personen) stationäre oder ambulante Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt⁷⁶).
- Die durchschnittliche Dauer des Leistungsbezugs betrug 31 Monate, bei Personen, die anschließend in eine Invaliditätspension übertraten, waren es 34 Monate, in der Gruppe derer, die auf den Arbeitsmarkt zurückkehrten, waren es 28 Monate.
- Der Abgang aus dem Rehabilitationsgeld erfolgte zwischen 2014 bis 2020 zu 60% durch dauernde Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität (Abgänge in die Pension). Auf den allgemeinen Arbeitsmarkt kehrten nach dem Ausscheiden aus dem Leistungsbezug 36% zurück, 4% verstarben.
- Im Gegensatz zu den steigenden Zahlen beim Rehabilitationsgeld ist die Zahl der Umschulungsgeldbeziehenden konstant vernachlässigbar gering, im Jahr 2015 waren es 115 Fälle und 2021 103 Fälle (*Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021B*).

Wirkung des Rehabilitationsgeldes

Die Wirkung des Rehabilitationsgeldes muss im Zusammenhang mit der Reform der Invaliditätspension (IP) gesehen werden, da es ein zentraler Teil der Reform war. *Haller et al. (2019)* evaluierten die Wirkungen der Invaliditätspensionsreform mit unterschiedlichen Methoden und kamen für die Periode 2014 bis 2018 zu folgenden Ergebnissen:

- Die Vergleichsgruppenanalyse der Geburtskohorte Dezember 1963 (nicht von der Reform betroffen) mit Jänner 1964 (von der Reform betroffen) zeigte einen Rückgang der IP-Anträge um 16%. Allerdings setzte der Rückgang bei den IP-Neuzugängen bereits 2011 ein. Gegengleich zum IP-Rückgang stieg die Zahl der Personen mit Rehabilitationsgeld etwa in einem gleichen Ausmaß an. Die Autoren schlussfolgerten daraus, dass fast alle Personen mit Rehabilitationsgeld ohne Reform einen Pensionsbezug gehabt hätten.
- Insgesamt zeigt die Evaluierung eine Negativselektion: Die zwischen 2014 und 2017 IP-Antragstellenden bezogen fünf Jahre vorher ein niedrigeres Einkommen als die Antragstellenden der Jahre 2010 bis 2013. Damit setzte auch der Rehabilitationsgeldbezug bei einer Personengruppe auf, die eine geringe Arbeitsmarktintegration hat, ein Tatbestand der auch dämpfend auf die Arbeitsmarktchancen während des Leistungsbezugs wirken kann.
- Im Jänner 1964 Geborene nahmen im Vergleich zur Kohorte Dezember 1963 häufiger an Rehabilitationsmaßnahmen teil, der Anstieg betrug 40%. Die steigende Inanspruchnahme war mit kurzfristig steigenden Gesundheitskosten (in den ersten acht Quartalen ab Antrag) verbunden.

⁷⁶) *Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021B: Tabelle 15)*.

- Die ermittelten Effekte der Vergleichsgruppen auf Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Krankengeld sind klein und nicht signifikant. Der Rehabilitationsgeldbezug hat in den Jahren 2014 bis 2017 zu keiner Verkürzung der Krankenstände oder zu einer Erhöhung der Beschäftigung, also eine stärkere Re-Integration der gesundheitlich Eingeschränkten, geführt. Die Autoren betonen den kurzen Untersuchungszeitraum (Analysedaten enden 2018 und damit vier Jahre nach der Einführung), der diese Ergebnisse mitbestimmt. Teilweise waren Rehabilitationsmaßnahmen noch nicht abgeschlossen und konnten die potenziellen positiven Beschäftigungseffekte noch nicht entfalten.

Aus den vorliegenden Befunden ist das Rehabilitationsgeld kein Instrument der Frühintervention. Das Prinzip "Rehabilitation vor Pension" (*Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2021B*) im Rahmen der reformierten Invaliditätspension scheint auch kein Instrument zur Wiedereingliederung von gesundheitlich Beeinträchtigten zu sein. Möglicherweise setzt diese Form der gesundheitlichen und beruflichen Rehabilitation, auf die es einen Rechtsanspruch gibt, zu einem zu späten Zeitpunkt ein. Die vorhandenen Evaluierungsergebnisse und die Entwicklungen in der jüngeren Vergangenheit machen eine neuerliche Wirkungsanalyse notwendig. Einerseits kann im Vergleich zur Evaluierung von *Haller et al. (2019)* auf einen längeren Beobachtungszeitraum zurückgegriffen werden. Andererseits gewinnen durch das steigende Alter der Erwerbsbevölkerung und durch den sich abzeichnenden Arbeitskräftenrückgang (*Schiman, 2021*) Re-Integrationsmaßnahmen weiter an Bedeutung, wodurch die effektiven Wirkungsweisen aber auch Hemmnisse quantifiziert werden sollten.

2.3.4 Zusammenfassung

In Österreich gibt es ein breites Maßnahmenspektrum zur Integration gesundheitlich Beeinträchtigter in den Arbeitsmarkt. Es stehen dieser Gruppe grundsätzlich alle Arbeitsmarktförderprogramme der aktiven Arbeitsmarktpolitik des AMS zur Verfügung⁷⁷). Präventive und arbeitsplatzerhaltende Maßnahmen sind aus einer Beschäftigungsperspektive zentral und gewinnen an Bedeutung, da die Wiederbeschäftigungschancen von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen gering und in der Vergangenheit gesunken sind (*Eppel et al., 2016B, 2017A*). Gesundheit am Arbeitsplatz und damit Früherkennung wie auch Wiedereingliederung wird von mehreren institutionellen Säulen getragen, beginnend beim Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutz über die Betriebliche Gesundheitsförderung bis hin zum Wiedereingliederungsmanagement. Daneben gibt es eine Reihe von Instrumenten, die an diesen Säulen eingehängt werden. Spezielle Instrumente für gesundheitlich Eingeschränkte stellen das Programm fit2work und die Wiedereingliederungsteilzeit dar.

Insgesamt wurden in der Vergangenheit Maßnahmen und Instrumente ausgebaut, um Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie mit Behinderungen verstärkt ins Beschäfti-

⁷⁷⁾ Beispielsweise betriebliche Eingliederungsbeihilfe, Kombilohnbeihilfe, Kurzarbeit, Arbeitsstiftungen, sozialökonomische Betriebe, gemeinnützige Beschäftigungsprojekte usw.

gungssystem zu integrieren. Die vorhandenen empirischen Befunde zu diesen Maßnahmen zeigen unterschiedliche Ergebnisse: Wenig erfolgreich war die Reform der Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension. Die neu eingeführte Rehabilitation bzw. das Rehabilitationsgeld führt nach dem Ausscheiden aus dem Leistungsbezug für 36% auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. in die berufliche Rehabilitation zurück. Leistungsbeziehende endeten zu 60% in der Feststellung einer dauernden Erwerbsunfähigkeit. Ob die Gründe dafür im schlechten Gesundheitszustand, in sonstigen individuellen Gegebenheiten (Qualifikation, Alter, Betreuungspflichten usw.) der Betroffenen, in den geringen Zahlen von Rehabilitationsmaßnahmen, dem Zeitpunkt der Intervention, der Arbeitsmarktlage usw. liegen, kann aufgrund fehlender Evaluierungen nicht abschließend beurteilt werden.

Das freiwillige, kostenlose und vertrauliche Beratungsangebot fit2work für Personen und Betriebe zur Bewältigung gesundheitlicher Beeinträchtigungen, wird vor dem Hintergrund der Krankenstandszahlen relativ wenig von Beschäftigten in Anspruch genommen. Das Instrument der Personenberatung wird in der letztverfügbaren Evaluierung (*Statistik Austria*, 2020) als treffsicher für Personen mit einer mittelfristig verschlechterten Erwerbsbeteiligung bezeichnet. Es liegen noch keine abschließenden Befunde zu den Gründen der Nichtinanspruchnahme bei den aktiv Beschäftigten (fehlende Bekanntheit, ausreichende betriebsinterne Angebote usw.) vor. Vier Jahre nach Beratungsende stellt *Statistik Austria* (2020) eine kontinuierliche Steigerung der Erwerbsbeteiligung, einen positiven Beitrag zur langfristigen Arbeitsmarktintegration, fest.

Die Zahl der von fit2work beratenen Betriebe, in Relation zur Gesamtzahl der Betriebe, ist klein. Sie umfasst zum Überwiegenden Teil Betriebe mit schon vorweg eher unterdurchschnittlich hohen Krankenständen, also Betrieben, die einen hohen Sensibilisierungsgrad haben. Die empirischen Befunde der Betriebsberatung zeigen keine reduzierende Wirkung auf die Krankenstandepisoden, diese Befunde sind aber durch die Selbstselektion der Betriebe (freiwillige Teilnahme) wenig belastbar. Insgesamt ist die empirische Evidenz der Effektivität und der Effizienz noch zu wenig quantifiziert, woraus sich ein eindeutiger Handlungsbedarf bezüglich Intensivierung der Evaluierungsforschung ableiten lässt.

Dringender Evaluierungsbedarf der vorhandenen Programme

Die Zusammenfassung verfügbarer Evidenzen über die präventive und integrative Wirkung von Maßnahmen der gesundheitlich Eingeschränkten zeigt, dass es wenige Befunde zu kausalen Effekten gibt. Das Monitoring von fit2work, der Wiedereingliederungsteilzeit und dem Rehabilitationsgeld im Rahmen der Invaliditätspension neu fokussiert Zahlen zur Inanspruchnahme der jeweiligen Leistungen. Die publizierte empirische Evidenz zu kausalen Effekten ist erst in Ansätzen vorhanden und jedenfalls lückenhaft.

Das liegt zum einen an der Tatsache, dass die Instrumente der Re-Integration laufend erweitert werden, so geht beispielsweise die fehlende Wirkungsanalyse bei der Wiedereingliederungsteilzeit Hand in Hand mit der Tatsache, dass dieses Instrument erst per 1.7.2017 eingeführt wurde. Zum anderen gibt es bei fit2work eine breite Palette von (Beratungs)Instrumenten, die sowohl

die Personen- als auch die Betriebsberatung für alle Beschäftigten und Branchen gleichermaßen umfasst, sodass für eine systematische Evaluierung vorab (d. h. vor Einführung eines neuen Instruments) passende Outcomeindikatoren und Methoden entwickelt werden müssen. Darüber hinaus zeigen die Befunde, dass die vorhandenen Re-Integrationsmaßnahmen vom potenziellen Förderkreis (Betriebe und Personen) unterschiedlich wahrgenommen und damit unterschiedlich in Anspruch genommen werden, dieser Selektionseffekt ist bei Evaluierungen und den Evaluierungsergebnissen ebenfalls zu berücksichtigen.

Damit gibt es für Wirkungsanalysen von Frühinterventions- und Re-Integrationsmaßnahmen eine Vielzahl von Ansatzpunkten und Zugangsperspektiven: Neben der Verbesserung des Gesundheitszustands der Erwerbspersonen ist das zentrale Erfolgskriterium aus einer **Beschäftigungsperspektive** die Verringerung der Fehlzeiten sowie eine Erhöhung der Erwerbsbeteiligung.

Aus der Sicht der **Betroffenen** ist der Zugang und die Leistbarkeit von gesundheits- und beschäftigungsfördernden Maßnahmen und die finanzielle Absicherung dieser Phasen ein zentraler Bestandteil der Programmteilnahme und ein wichtiges Kriterium der Erfolgsevaluierung.

Aus **unternehmerischer** Sicht steht bei einer Evaluierung auch die Kosteneffizienz der Maßnahmen im Mittelpunkt, wobei diese in einem engen Zusammenhang mit dem Betrachtungshorizont (kurz- oder langfristige Outcome-Messung) stehen.

Aus einer **Gesundheitsplanungssicht** hat darüber hinaus die Frage nach einer niedrighschwellig und flächendeckenden Versorgung wie einer effizienten Steuerung der Angebote und Einrichtungen ("best point of service", Case-Management usw.) einen zentralen Stellenwert.

Aus diesen vier Perspektiven mit den unterschiedlichen Zielstellungen zeigt sich, dass ein zu evaluierender ökonomischer Nutzen von Frühintervention und Re-Integrationsprogrammen unterschiedliche Zugänge braucht und je nach Perspektive und Erfolgskriterium auch unterschiedliche empirische Befunde bringen kann. Die dargestellte prognostizierte Zunahme des psychischen Erkrankungsgeschehens in der Erwerbsbevölkerung sollte mit einer Zunahme der Interventionsmaßnahmen einhergehen, die die Wiedereingliederung in Erwerbstätigkeit bewirken. Vor einer Weiterentwicklung der bestehenden Instrumente, vor allem fit2work, Wiedereingliederungsteilzeit und Rehabilitationsgeld, sollte die empirische Evidenz in allen vier skizzierten Bereichen durch neue Evaluierungsstudien verstärkt werden.

2.4 Internationale Good Practice Beispiele und Handlungsfelder für Österreich

Der vorliegende Abschnitt verfolgt das Ziel, anhand von Forschungsliteratur und ausgewählten internationalen Beispielen die Rolle von Betrieben und weiterer Stakeholder (Beschäftigte, Sozialversicherungsträger, Gesundheitsdienstleister) bei der Wiedereingliederung psychisch erkrankter Beschäftigter zu beleuchten sowie auch Möglichkeiten der weiteren Stakeholder bei der Früherkennung von psychischen Erkrankungen zu untersuchen. Dabei wird zunächst auf die Rolle der Betriebe eingegangen, anschließend wird die Rolle weiterer Stakeholder beschrieben und abschließend werden internationale Good Practice Beispiele im Themenfeld Frühintervention – Wiedereingliederung – mentale Gesundheit diskutiert.

2.4.1 Die Rolle der Betriebe bei der Wiedereingliederung

Wie sich in Abschnitt 2.2.4 gezeigt hat, ist der Beruf für die Entstehung psychisch bedingter Erkrankungen, und somit für krankheitsbedingte Fehlzeiten, nicht von großer Relevanz. Vielmehr sind es im Setting Betrieb, wie im Job-Demand-Control-Modell diskutiert wird, die Arbeitsanforderungen und die Kontrolle über die eigene Arbeit, welche für das Entstehen psychischer Erkrankungen verantwortlich sind. Die empirische Literatur bestätigt dabei diesen Befund.

Dies hat zur Folge, dass die Betriebe im Themenfeld "Frühintervention – Wiedereingliederung – mentale Gesundheit" und psychische Gesundheit eine wichtige Rolle spielen, denn es ist vor allem die betriebliche Ebene, auf welcher die Entscheidungen über Arbeitsanforderungen und -bedingungen fallen. Allerdings zeigt sich, dass die Einbeziehung dieser Ebene in der arbeitsmarktökonomischen und sozialpolitischen Forschung zum Themenkreis über längere Zeit vernachlässigt wurde. So hat zwar seit den frühen 1990er-Jahren im Zuge der Verbreitung von "aktiver Arbeitsmarktpolitik" z. B. die Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitslosen eine große Rolle gespielt, über die Rolle und die Funktionen der Betriebe, sowohl in der Politikgestaltung und -umsetzung, wurde hingegen weit weniger diskutiert (Bredgaard, 2018). Dabei deuten Programmevaluierungen von aktiven Arbeitsmarktmaßnahmen darauf hin, dass Aktivierungsprogramme auf betrieblicher Ebene effizienter sind als Aktivierungsprogramme, die durch die staatliche Arbeitsvermittlung durchgeführt werden (Kluve, 2010; Card et al., 2010). Dies legt nahe, dass die betriebliche Ebene eine wichtige Rolle im Bereich der Wiedereingliederung spielen könnte.

Auf politischer Ebene stehen zur Einbindung der Betriebe in präventive Gesundheitsmaßnahmen bzw. zur Wiedereingliederung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedene Anreizmöglichkeiten zur Verfügung. Im Wesentlichen kann dabei auf **fordernde Ansätze** ("demanding") oder **ermöglichende Ansätze** ("enabling") zurückgegriffen werden (Frøyland et al., 2019).

Unter **fordernden Ansätzen** sind dabei vor allem rechtliche Bestimmungen oder staatliche Regulierungen, die Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern Verantwortung auferlegen, zu verstehen (Leoni, 2020). Dabei ist zu bemerken, dass fordernde Ansätze bereits auf recht niederschwelliger Ebene umgesetzt werden können bzw. Erfolge zeigen. In Norwegen z. B. wurde 2007 ein verpflichtendes Gespräch für langzeiterkrankte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer eingeführt. Dieses Gespräch wird von der örtlichen Sozialversicherungsbehörde nach etwa sechs Monaten Abwesenheit organisiert und soll die Abwesende bzw. den Abwesenden, den Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin und den Hausarzt bzw. die Hausärztin zusammenbringen. Im Zuge des Dialogs wird erörtert, ob Vorkehrungen getroffen werden können, die eine teilweise oder vollständige Wiederaufnahme der Arbeit erleichtern. Kausalanalysen dieses Dialogs zeigen dabei, dass dieser die Dauer der Abwesenheit erheblich verkürzen kann, und zwar bereits durch einen reinen Benachrichtigungseffekt wie auch durch das Gespräch selbst. Außerdem übersteigt der geschätzte Nutzen bei weitem die geschätzten Kosten (Markussen et al., 2017).

Ermöglichende Ansätze setzen demgegenüber eher auf freiwillige Vereinbarungen sowie finanzielle Anreize. Beispiele für die Wiedereingliederung wären dabei eine personalisierte Unterstützung bzw. Fallmanagement sowie zusätzliche psychologische und soziale Hilfen. Eine personalisierte Unterstützung bzw. ein Fallmanagement wird in Österreich im Rahmen von fit2work umgesetzt. Im Rahmen der betrieblichen Beratungsschiene kann dabei eine Beratung erfolgen, mit deren Hilfe Maßnahmen entwickelt und umgesetzt werden, die den Erhalt und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zum Ziel haben. Ein Beispiel hierfür ist die Einführung eines betrieblichen Wiedereingliederungsmanagements. Auf persönlicher Ebene findet dies anhand einer Fallmanagerin bzw. eines Fallmanagers eine Entsprechung, welche/r mit den Betroffenen auf freiwilliger Basis konkrete Maßnahmen und Unterstützungsmöglichkeiten zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit erarbeitet. Anhand dieser Beispiele zeigt sich, dass Österreich im Bereich Frühintervention und Wiedereingliederung, vor allem über die Programme fit2work und die Wiedereingliederungsteilzeit, ausschließlich auf ermöglichende Ansätze setzt. Bei der Anwendung bzw. Erfolgsbeurteilung ermöglichender Ansätze im Bereich der Gesundheitsökonomie ist die Herausforderung potenzielle Selektionsmechanismen im Blick zu haben. Dies bestätigt sich auch bei der Evaluation des fit2work Programms (*Statistik Austria, 2020*), welche eine klare Positivselektion von Betrieben mit besseren Gesundheitsdaten (d. h. im konkreten Fall niedrigeren krankheitsbedingten Fehlzeiten) in das Programm zeigt. Dies entspricht Ergebnissen der ökonomischen Literatur, welche eine Positivselektion in betriebliche Programme zur Gesundheitsförderung zeigen. Beispielsweise entwickelten Jones *et al.* (2019) an einer US-amerikanischen Universität für rund 5.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung, bei welchem nach dem Zufallsprinzip die Teilnahmeberechtigung und finanziellen Anreize auf individueller Ebene festgelegt wurden. Dabei zeigen sich bei der tatsächlichen Programmteilnahme starke Selektionsmuster und die Teilnehmerinnen und Teilnehmer weisen bereits vor der Intervention niedrigere medizinische Ausgaben und ein gesünderes Verhalten auf. Diese Positivselektion führt auch dazu, dass sich nach mehr als zwei Jahren keine signifikanten kausalen Auswirkungen des Programms, d. h. der Einführung der betrieblichen Gesundheitsfürsorge, auf die medizinischen Ausgaben, andere Gesundheitsverhaltensweisen, die Produktivität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder den selbst eingeschätzten Gesundheitszustand zeigen. Dies ist kein Einzelbefund, da die Arbeit von Song – Baicker (2019) ähnliche Ergebnisse zeigt. Die Autorin und der Autor implementierten für die Beschäftigten eines großen US-Einzelhandelsunternehmens ebenfalls ein randomisiertes Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung, bestehend aus acht Modulen zu den Themen Ernährung, körperliche Betätigung, Stressabbau und verwandten Themen. Von 80 untersuchten Indikatoren zeigten nur zwei selbsteingeschätzte Maßzahlen (regelmäßige Bewegung und aktives Gewichtsmanagement) in der Treatment-Gruppe positive Effekte gegenüber der Kontrollgruppe. Alle anderen Indikatoren (insbesondere auch zehn klinische Messungen der Gesundheit durch Screenings) wiesen auf keine Unterschiede zwischen Treatment- und Kontrollgruppe hin. Im Vergleich zur Studie von Jones *et al.* (2019) wurde nicht festgestellt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer geringere Gesundheitsausgaben vor der Intervention tätigten als Nicht-Teilnehmende, allerdings gab es auch in dieser Studie eine Positivselektion, da die

Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit weiblich, nicht weiß und vollzeitbeschäftigt waren.

So wie im Evaluierungsbericht von fit2work (*Statistik Austria, 2020*) angemerkt, könnte zur Überwindung dieses Selektionsmechanismus auf betrieblicher Ebene eine Einladung zu einem verpflichtenden Beratungsgespräch, wie es in Norwegen praktiziert wird, oder zu einer unverbindlichen Beratung, wie es für ÖGK-Versicherte mit einer Häufung von Arbeitsunfähigkeitstagen im Rahmen von fit2work bereits geschieht, Verbesserungen bringen.

Ansatzmöglichkeiten zur Prävention

Zur gesundheitlichen Prävention auf betrieblicher Ebene gibt es verschiedene Ansatzmöglichkeiten. Zunächst gibt es die Möglichkeit zur **Primärprävention**. Diese zielt darauf ab, die Häufigkeit psychischer Probleme zu verringern, indem potenzielle Risikofaktoren an der Quelle (d. h. im betrieblichen Kontext direkt im Betrieb) verändert oder beseitigt werden. **Sekundärprävention** ist demgegenüber arbeitnehmerorientiert und zielt darauf ab, gefährdeten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Fähigkeiten zu vermitteln, um Stresssituationen bewältigen zu können. **Tertiäre Prävention** wiederum umfasst die Behandlung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die von psychischer Erkrankung betroffen sind, sowie Rehabilitation und Unterstützung zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (*Memish et al., 2017*).

In der bestehenden Literatur zeigt sich dabei ein klarer Fokus auf die tertiäre Prävention und insbesondere auf die Wiedereingliederung, als die am weitesten verbreitete Maßnahme. Weit weniger Maßnahmen, und damit auch auswertbare akademische Literatur, gibt es zu primärer und sekundärer Prävention. Insofern ist Österreich im internationalen Vergleich kein Ausreißer, da auch die bestehenden österreichischen Programme (insbesondere die Wiedereingliederungsteilzeit) Schwerpunkte bei tertiären Maßnahmen setzen. Aus diesem Grund wird nachfolgend zunächst auf die tertiäre Prävention eingegangen, insbesondere auch mit einem Blick auf psychische Gesundheit, und anschließend werden Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention beschrieben.

Tertiäre Prävention

Einer der Hauptansatzpunkte für die tertiäre Prävention, national wie international, ist die Unterstützung zur Rückkehr an den Arbeitsplatz. Diese Wiedereingliederung erfolgt in vielen Ländern mittels "graded work", also einer Abstufung bzw. Reduzierung der zuvor geleisteten Arbeitszeit wie z. B. mittels der Wiedereingliederungsteilzeit in Österreich. Im internationalen Vergleich ist hierbei auffällig, dass Österreich im Gegensatz zu vergleichbaren Ländern, welche stärker auch auf fordernde Ansätze zurückgreifen, vollständig auf ermöglichende Ansätze setzt.

In Frage kommende Vergleichsländer können dabei z. B. anhand eines umfassenden Berichts der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz gefunden werden (*Belin et al., 2016*). Österreich wird dabei mit sechs anderen europäischen Ländern (Dänemark, Finnland, Deutschland, Niederlande, Norwegen und Schweden) als führend im Bereich Rehabilitation und Wiedereingliederung eingestuft, da diese Länder über einen umfassenden

Ansatz zu dieser Thematik verfügen. Unter diesen sieben Ländern ist Österreich das einzige, in welchem es keine arbeitgeberseitige Verpflichtung im Rahmen der Wiedereingliederung gibt (Belin et al., 2016: 22). Auch im Kreis der Länder die zwar über ein gut entwickeltes, wenn auch nicht umfassendes Rehabilitations- und Wiedereingliederungssystem verfügen (Belgien, Frankreich, Island, Italien, Luxemburg, Schweiz und UK) sind verpflichtende Elemente üblich. Beispielsweise zeichnen sich Frankreich, Luxemburg und Italien durch eine starke Einbeziehung der Arbeitsmedizinerin bzw. des Arbeitsmediziners aus, die/der eine gesetzlich festgelegte Rolle im Prozess der Rückkehr an den Arbeitsplatz hat, sowie durch strengere Verpflichtungen der Arbeitgeberin bzw. des Arbeitgebers in Bezug auf die Anpassung des Arbeitsplatzes. Der Prozess der Rückkehr an den Arbeitsplatz wird in diesen Ländern im Wesentlichen von der Arbeitgeberin bzw. von dem Arbeitgeber und der Arbeitsmedizinerin bzw. dem Arbeitsmediziner gesteuert (Belin et al., 2016: 26).

Die Literatur im Bereich "graded work" zeigt zudem, dass es deutliche Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen psychischen und allgemeinmedizinischen sowie muskuloskelettalen Erkrankungen gibt. Kools – Koning (2019) stellen anhand niederländischer Administrativdaten fest, dass eine gestaffelte Wiederaufnahme der Arbeit den Genesungsprozess beschleunigen kann, aber nicht unbedingt zur Rehabilitation von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern führt, die sonst nicht rehabilitiert worden wären. Die Wiederaufnahme der Arbeit kann schneller erfolgen, wenn mit der stufenweisen Wiederaufnahme der Arbeit früher begonnen wird, und die Arbeit kann dauerhaft zunehmen, wenn mit einer höheren Rate der Wiederaufnahme der Arbeit begonnen wird. Diese Ergebnisse gelten jedoch nicht für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen. Dieser Befund ist im Einklang mit weiterer Literatur (Høgelund et al., 2010; Andren, 2014), welche ebenfalls feststellt, dass "graded work" keine Auswirkungen auf Personen mit psychischen Problemen hat. Die Autorinnen führen diesen Effekt darauf zurück, dass psychische Probleme häufiger mit dem spezifischen Arbeitsumfeld zusammenhängen, so dass eine abgestufte Rückkehr an den Arbeitsplatz eher eine Rückkehr zur Ursache der Probleme als eine Lösung des Problems bedeutet.

Diese Erklärung für die geringe Wirksamkeit von "graded work" bei psychischen Erkrankungen ist auch eine der Schlussfolgerungen von Cullen et al. (2018). In dieser systematischen Übersichtsarbeit zum Themenbereich "return to work" auf Betriebsebene und insbesondere unter Einbeziehung von psychischen Gesundheitsproblemen wurden 8.898 Studien aus sieben elektronischen Datenbanken über den Zeitraum Jänner 1990 bis April 2015 gesichtet. Daraus wurde Evidenz aus 36 Studien mittlerer und hoher Qualität zu zwölf verschiedenen Interventionskategorien in drei großen Bereichen zusammengefasst. Diese drei Bereiche unterteilen sich dabei in gesundheitsfördernde Maßnahmen, Maßnahmen zur Dienstleistungs koordinierung und Arbeitsplatzanpassungen. Unter diesen Bereichen verstehen die Autorinnen und Autoren Folgendes:

Gesundheitsfördernde Maßnahmen. Diese Interventionen erleichtern die Erbringung von Gesundheitsleistungen für betroffene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer entweder in der Ar-

beitsstätte oder in Settings, die mit dem Arbeitsplatz in Verbindung stehen (z. B. von der Arbeitgeberin bzw. vom Arbeitgeber initiierte Besuche bei Gesundheitsdienstleistern). Zu den spezifischen Unterkategorien von Gesundheitsinterventionen, für die eine Evidenzsynthese, d. h. eine Zusammenfassungen der vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen, durchgeführt wurde, gehören: unter anderem eine "Graded Activity" (eine Methode zur Bewältigung von chronischen Schmerzen), kognitive Verhaltenstherapie sowie mehrkomponentige gesundheitsorientierte Interventionen, die häufig die oben genannten Elemente sowie ärztliche Einschätzungen, Physiotherapie, psychologische Therapie und Beschäftigungstherapie umfassen.

Maßnahmen zur Dienstleistungs koordinierung. Darunter fallen Maßnahmen, die darauf abzielen, die Erbringung von und den Zugang zu Dienstleistungen, die eine Rückkehr in die Arbeit unterstützen, besser zu koordinieren. Dies umfasst eine verbesserte Kommunikation innerhalb der Arbeitsstätte oder zwischen der Arbeitsstätte und Gesundheitsdienstleistern. Beispiele sind die Entwicklung von "return-to-work-Plänen", Fallmanagement sowie Aus- und Weiterbildung.

Arbeitsplatzanpassungen. Diese Eingriffe verändern die Arbeitsorganisation oder führen veränderte Arbeitsbedingungen ein. Beispiele hierfür sind: Anpassungen am Arbeitsplatz, wie z. B. veränderte Aufgaben, veränderte Arbeitszeiten, zusätzliche Vertretungen, ergonomische Anpassungen oder andere Anpassungen am Arbeitsplatz.

In Bezug auf die psychische Gesundheit zeigen sich eindeutige Belege dafür, dass die Dauer der Abwesenheit vom Arbeitsplatz aufgrund psychischer Erkrankungen durch Maßnahmen, die mindestens zwei der drei oben genannten Bereiche umfassen, erheblich reduziert wurde. Die von *Cullen et al. (2018)* durchgeführte Literaturanalyse gab moderate Hinweise darauf, dass diese bereichsübergreifenden Interventionen einen positiven Einfluss auf die betrieblichen Kosten haben. Hingegen gab es starke Belege dafür, dass kognitive Verhaltenstherapien, die nicht auch Arbeitsplatzanpassungen oder Dienstleistungs koordinationskomponenten beinhalten, nicht wirksam sind, um Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit psychischen Erkrankungen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz zu helfen. Dies bedeutet, dass Veränderungen am Arbeitsplatz entscheidend für den Erfolg von "graded work" im Falle psychischer Erkrankungen sind.

Evidenz für Primär- und Sekundärinterventionen

Wie der Überblick zu den tertiären Interventionen zeigt, werden psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz zunehmend als Problem erkannt, allerdings gibt es kaum Informationen darüber, welche betriebliche Investitionsrentabilität die verschiedenen Maßnahmen bieten. Gerade vor dem Hintergrund der betrieblichen Involvierung ist dies allerdings ein wichtiger Baustein zur Bekämpfung psychischer Erkrankungen. Kenntnisse über entsprechende Rentabilitäten, und deren zeitlichen Horizont, könnten Betriebe dazu motivieren, entsprechende Maßnahmen umzusetzen. Hierbei rücken insbesondere Maßnahmen im Bereich der Primär- und Sekundärinterventionen in den Fokus.

Eine Studie, welche einen Überblick zu dieser Thematik gibt, ist von *de Oliveira et al. (2020)*. In dieser Arbeit wurden akademische und graue Literaturdatenbanken sowie zusätzliche Quellen

nach wissenschaftlicher Evidenz durchsucht, die sowohl eine Intervention am Arbeitsplatz zur psychischen Gesundheit als auch eine Wirtschaftlichkeitsanalyse beinhalten. Hinsichtlich der Ergebnisindikatoren konzentrierten sich die meisten Studien auf Fehlzeiten, gefolgt von Präsentismus. Die wichtigsten wirtschaftlichen oder finanziellen Indikatoren waren entweder Kapitalrendite, monetärer Nettonutzen oder inkrementelles Kosten-Nutzen-Verhältnis.

Die Autorinnen und Autoren ermittelten in ihrer Arbeit die ertragreichsten und kosteneffektivsten betrieblichen Interventionen nach Krankheit. Für depressive Erkrankungen findet die Studie im Bereich sekundärer Interventionen mäßig starke Belege dafür, dass eine kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung von Depressionen kostensparend (und in einigen Fällen kosteneffektiv) ist. Für weitere multiple psychische Erkrankungen finden die Autorinnen und Autoren auf Ebene der Primär- und Sekundärinterventionen nur eine beschränkte Evidenz. Dies betrifft sowohl die Wirksamkeit untersuchter Programme zur Vermeidung krankheitsbedingter Fehlzeiten als auch Präventionsprogramme (z. B. mittels Screening der psychischen Gesundheit, personalisiertem Feedback und Beratung mit einer Arbeitsmedizinerin bzw. einem Arbeitsmediziner) sowie internetbasierte Interventionen zur Stressreduktion. Zudem müssen die Autorinnen und Autoren auch festhalten, dass angesichts der geringen Anzahl von Studien die Evidenz für primäre und sekundäre Interventionen begrenzt ist und nur rund die Hälfte der 56 überprüften Studien von hoher Qualität ist.

Diese Überblicksarbeit macht deutlich, dass die Evidenz für ein positives Kosten-Nutzen Verhältnis von Primär- und Sekundärinterventionen auf betrieblicher Ebene limitiert ist. Da der volkswirtschaftliche Nutzen von Primär- und Sekundärinterventionen zur Aufrechterhaltung des Arbeitspotenzials jedoch unbestritten ist, stellt sich dennoch die Frage, welche potenzielle Rolle weitere Stakeholder im Bereich Frühintervention und Wiedereingliederung spielen können. Deren Rolle wird im Anschluss beschrieben.

2.4.2 Die Rolle der Stakeholder und Best Practice für die Wiedereingliederung

Einen systematischen Überblick über die beteiligten Stakeholder und deren Rolle im Prozess der Wiedereingliederung bei häufig auftretenden psychischen Erkrankungen gibt ein Artikel von *Corbiere et al.* (2020). Auf Basis von über 243 wissenschaftlichen Arbeiten werden dabei die relevanten Stakeholder im Wiedereingliederungsprozess identifiziert und Empfehlungen für deren Aufgaben und Handlungsfelder herausgearbeitet. In dieser Arbeit wird festgehalten, dass der Prozess der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einer psychischen Erkrankung zumeist in drei Phasen verläuft:

- (1) Beginn der krankheitsbedingten Abwesenheit (Phase 1),
- (2) Einbeziehung in die Behandlung und Rehabilitation durch Angehörige der Gesundheitsberufe und Vorbereitung auf die Wiedereingliederung (Phase 2) und
- (3) schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz und Nachsorge (Phase 3).

Diese Phasen sind mit einer Reihe komplexer Interaktionen und Maßnahmen verbunden, die von zahlreichen Beteiligten durchgeführt werden und welche in verschiedenen Umgebungen

und Systemen, wie dem Arbeitsplatz und dem Gesundheitssystem, stattfinden. *Corbiere et al.* (2020) halten fest, dass selbst wenn alle Beteiligten ein Interesse daran haben, dass die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer eine sichere, rechtzeitige und nachhaltige Rückkehr erreicht, die Zusammenarbeit schwierig bleibt, wenn die Rolle der einzelnen Beteiligten und die von ihnen erwarteten Maßnahmen nicht gut definiert sind. In der "Return-to-work" Literatur wird berichtet, dass der Mangel an Kommunikation und Koordination zwischen den Beteiligten, die während der geschilderten Phasen interagieren, sich negativ auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz auswirkt.

Insgesamt werden von *Corbiere et al.* (2020) elf Stakeholder im Wiedereingliederungsprozess, die sich auf drei Systeme verteilen, identifiziert: Arbeitssystem (Arbeitgeber/innen), Versicherungssystem und Gesundheitssystem (Gesundheitsdienstleister). Die Rollen und Aktionen der Akteur/innen wurden von *Cobiere et al.* (2020) entsprechend dem System, dem sie angehören, dargestellt. Die Hauptaufgaben und -aktionen der RTW-Akteur/innen wurden entsprechend der Phasen der Wiedereingliederung beschrieben. Jeder Stakeholder hat in jeder Phase des Wiedereingliederungsprozesses eine spezifische Rolle bzw. Maßnahmen zu ergreifen. Dabei sind insbesondere die Phasen 2 und 3 entscheidend, da sich Phase 1 eher auf den Beginn der Krankheit bezieht. Zu beachten ist dabei, dass der Prozess einen idealtypischen Verlauf schildert, welcher den Akteurinnen und Akteuren des Wiedereingliederungsprozesses helfen soll, diesen bestmöglich zu dokumentieren und zu systematisieren. Dadurch kann die Koordinierung der beteiligten Stakeholder verbessert werden und letztendlich eine positive Wirkung auf den Wiedereingliederungsprozess erzielt werden. Einschränkend ist zudem zu erwähnen, dass dieser als idealtypisch zu bezeichnende Prozess in der Praxis primär für größere Unternehmen anwendbar ist.

Im Folgenden werden diese idealtypischen Interaktionen für diese beiden Phasen, wie in *Corbiere et al.* (2020) beschrieben, skizziert:

Phase 2: Einbindung in die Behandlung und Rehabilitation mit Fachleuten des Gesundheitswesens und Vorbereitung auf die Wiedereingliederung – Maßnahmen der Beteiligten in Bezug auf Anpassungen am Arbeitsplatz

- Der/die **Allgemeinmediziner/in** spricht mit der Versicherung oder dem Betrieb, um sie über die Funktionseinschränkungen des/der Arbeitnehmer/in zu informieren und klärt welche Anpassungen am Arbeitsplatz erforderlich sind.
- **Rehabilitationsfachleute** schlagen Anpassungen vor, die für den/die Arbeitnehmer/in und das Arbeitsumfeld geeignet sind (z. B. Änderung oder Reduzierung der Arbeitsaufgaben, flexible Arbeitszeiten).
- Die **Versicherung** bespricht mit dem/der Arbeitnehmer/in und dem/der Arbeitgeber/in in den ersten Wochen des Krankenstands die Möglichkeit, Anpassungen am Arbeitsplatz vorzunehmen.
- Die **Personalverantwortlichen** eines Betriebes erarbeiten mit der zuständigen Führungskraft mögliche Anpassungen, die im Arbeitsumfeld der erkrankten Person vorgenommen werden können.

- Ein/eine **Wiedereingliederungs-Koordinator/in** bereitet die Diskussion zwischen dem/der Vorgesetzten und dem/der Arbeitnehmer/in über die Arbeitsanpassungen vor und unterstützt sie, auf Basis einer Analyse der Arbeitsbelastung.
- Der/die **Arbeitnehmer/in** beteiligt sich an der Identifizierung von Arbeitsanpassungen und priorisiert diese unter Berücksichtigung ihrer/seiner Bedürfnisse.
- Die **Führungskraft** prüft gemeinsam mit dem/der Arbeitnehmer/in und gegebenenfalls der Abteilung für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz des Unternehmens die Möglichkeit der Umsetzung von Arbeitsanpassungen.
- **Gewerkschafts-** und **Betriebsratsvertreter/innen** erörtern mit dem Unternehmen mögliche Arbeitsanpassungen (z. B. zeitlich begrenzte Einsätze), um die Wiedereingliederung zu ermöglichen.
- Der/die **Wiedereingliederungs-Koordinator/in** analysiert gemeinsam mit der/dem Vorgesetzten bzw. der Personalabteilung die Arbeitsanpassungen und ermittelt, welche davon durchführbar sind (je nach den Fähigkeiten und der Position des/der Arbeitnehmer/in, Analyse der kognitiven Fähigkeiten, die am Arbeitsplatz des/der Arbeitnehmer/in erforderlich sind).
- Die **Führungskraft** informiert die Teammitglieder über den Wiedereingliederungsprozess des/der Arbeitnehmer/in unter Wahrung der Vertraulichkeit.

Phase 3: Schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz und Nachsorge – Rollen und Maßnahmen der Beteiligten in Bezug auf Arbeitsanpassungen

- Der/die **Arbeitgeber/in** sorgt für die Umsetzung und Anwendung von Folgemaßnahmen für den/die Arbeitnehmer/in, der/die an seinen/ihren Arbeitsplatz zurückkehrt.
- **Allgemein- und Arbeitsmediziner/innen** bewerten erneut die Bewältigungsmechanismen des/der Arbeitnehmers/in und die Anpassungen am Arbeitsplatz zur Unterstützung der Genesung. Sie stellen sicher, dass der Wiedereingliederungsplan eingehalten wird bzw. schlagen Anpassungen vor.
- Das **psychologische Fachpersonal** arbeitet mit dem Hausarzt bzw. der Hausärztin, dem/der Arbeitnehmer/in, dem/der Arbeitgeber/in sowie dem Betriebsrat zusammen, um die Umsetzung der Anpassungen am Arbeitsplatz für eine Wiedereingliederung zu überwachen. Er oder sie gibt Empfehlungen zur Anpassung des RTW-Plans.
- Der/die **Arbeitnehmer/in** wendet die Strategien und Arbeitsanpassungen an, die in der vorangegangenen Phase entwickelt wurden, und überarbeitet sie bei Bedarf zusammen mit den relevanten Stakeholdern.
- Die **Führungskraft** organisiert regelmäßige Folgegespräche mit dem/der Arbeitnehmer/in, um die Arbeitsanpassungen zu bewerten und gegebenenfalls anzupassen.
- Der **Versicherer** oder der/die Wiedereingliederungs-Koordinator/in fördern die Kommunikation zwischen den Beteiligten, insbesondere den Informationsfluss in Bezug auf die funktionalen Einschränkungen und beantragten Arbeitsanpassungen.

- Der/die **Wiedereingliederungs-Koordinator/in** überwacht den Wiedereingliederungsplan mit allen beteiligten Akteur/innen und führt gegebenenfalls Anpassungen durch. Eine Neubewertung der Bedürfnisse des/der Arbeitnehmers/in erfolgt nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz.

Diese Darstellung der Rolle und Aufgaben der beteiligten Stakeholder am Wiedereingliederungsprozess durch *Cobiere et al. (2020)* kann als Grundlage dafür dienen, Maßnahmen der am Wiedereingliederungsprozess beteiligten Akteurinnen und Akteure zu dokumentieren und zu systematisieren, um eine bessere Koordinierung zwischen den Akteurinnen bzw. Akteuren zu erreichen und somit letztendlich den Wiedereingliederungsprozess zu verbessern. Allerdings ist auch zu erwähnen, dass dieser idealtypische Prozess keine Auskunft zur Wirksamkeit der einzelnen Kommunikationsschritte geben kann und dass institutionelle und länderspezifische Faktoren (wie z. B. die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, Besonderheiten des Gesundheitssystems u. Ä.) zu berücksichtigen sind.

2.4.3 Zusammenfassung

In diesem Abschnitt hat sich zunächst gezeigt, dass die Arbeitsanforderungen und die Kontrolle über die eigene Arbeit für das Entstehen psychischer Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen. Dies hat zur Folge, dass die Betriebe im Themenfeld "Frühintervention – Wiedereingliederung – mentale Gesundheit" und psychische Gesundheit im Fokus stehen, denn es ist vor allem die betriebliche Ebene, auf der Entscheidungen über Arbeitsanforderungen und -bedingungen fallen.

Auf politischer Ebene stehen zur Einbindung der Betriebe in präventive Gesundheitsmaßnahmen bzw. zur **Wiedereingliederung** ihrer Beschäftigten insbesondere fordernde Ansätze und ermöglichende Ansätze zur Verfügung (*Frøyland et al., 2019*). Unter fordernden Ansätzen sind dabei vor allem rechtliche Bestimmungen oder staatliche Regulierungen, die Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern Verantwortung auferlegen, zu verstehen (*Leoni, 2020*). Ermöglichende Ansätze setzen demgegenüber eher auf freiwillige Vereinbarungen sowie finanzielle Anreize. In Österreich wird im Bereich Frühintervention und Wiedereingliederung über die Programme fit2work und die Wiedereingliederungsteilzeit auf ermöglichende Ansätze gesetzt. International werden mehrheitlich fordernde Ansätze eingesetzt und die Literatur zeigt, dass diese auch auf recht niederschwelliger Ebene umgesetzt werden können (*Markussen et al., 2017*).

Zur gesundheitlichen **Prävention** auf betrieblicher Ebene gibt es verschiedene Ansatzmöglichkeiten. Zunächst gibt es die Möglichkeit zur Primärprävention. Diese zielt darauf ab, die Häufigkeit psychischer Erkrankungen zu verringern, indem potenzielle Risikofaktoren an der Quelle (d. h. im betrieblichen Kontext direkt im Betrieb) verändert oder beseitigt werden. Sekundärprävention ist demgegenüber arbeitnehmerorientiert und zielt darauf ab, gefährdeten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern Fähigkeiten zu vermitteln, um Stresssituationen bewältigen zu können. Tertiäre Prävention wiederum umfasst die Behandlung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die von psychischer Erkrankung betroffen sind, sowie Rehabilitation und Unterstützung zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (*Memish et al., 2017*). In der Literatur zeigt sich dabei

ein klarer Fokus auf die tertiäre Prävention und insbesondere auf die Wiedereingliederung, als die am weitesten verbreitete Maßnahme. Bei psychischen Krankheiten zeigt sich, dass Wiedereingliederungsmaßnahmen (insbesondere bei stufenweiser Wiedereingliederung) nur bei gleichzeitigen Veränderungen der Arbeitsbedingungen erfolgversprechend sind. Die Studienlage zu Primär- und Sekundärinterventionen auf betrieblicher Ebene sowie zu deren Kosten-Nutzen-Verhältnis ist demgegenüber stark limitiert.

Der Erfolg eines Wiedereingliederungsprozesses hängt neben dem gemeinsamen Ziel einer raschen Wiedereingliederung der erkrankten Person von der Zusammenarbeit aller Beteiligten ab. Im systematischen Literaturüberblick von *Cobiere et al. (2020)* zeigt sich die Beteiligung von elf verschiedenen Stakeholdern im Wiedereingliederungsprozess. Das bedeutet, dass sowohl die Rollen der einzelnen Beteiligten klar definiert sein müssen. In der "Return-to-work" Literatur wird insbesondere berichtet, dass der Mangel an Kommunikation und Koordination zwischen den Beteiligten sich negativ auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz auswirkt.

2.5 e-Mental Health und Wiedereingliederung

Digitalisierung und die zunehmende Bedeutung und Leistungsfähigkeit neuer Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) und künstlicher Intelligenz (KI) haben Auswirkungen auf alle Bereiche des Lebens. Sie verändern den wirtschaftlichen Produktionsprozess, die Erwerbsarbeit und den Erwerbsarbeitsmarkt, das Konsum- und Freizeitverhalten, das Sozialverhalten usw., wobei die Veränderungen in sehr unterschiedlichen Geschwindigkeiten erfolgen (*Europäische Kommission, 2020*). Auch im Bereich der Medizin verbessert KI die Früherkennung, Diagnostik und die individualisierte Krankheitsbehandlung (*Böttlinger – zu Putlitz, 2019*). Im Bereich der Erwerbsarbeit und der Arbeitsumgebungen treffen durch die Digitalisierung Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und Möglichkeiten für eine gesündere Gestaltung der Erwerbsarbeit auf nachteilige Digitalisierungseffekte in Form von Arbeitsverdichtung, Multitasking, Entgrenzung usw. (*Dengler, 2019*). Hier zeigen sich neue Möglichkeiten aber auch Notwendigkeiten durch Technologien und Anwendungen die betrieblichen Arbeitsabläufe und die betriebliche Gesundheitsförderung neu zu gestalten. Digitale Technologien bedeuten eine Neuverteilung der Aufgaben zwischen Mensch und Maschine (*Ducki, 2019*). Im Vordergrund steht dabei die Lernfähigkeit und damit die psychische und weniger die physische Verfasstheit der Beschäftigten (*Badura – Steinke, 2019*). Besonders vor dem Hintergrund der langen Fehlzeiten bei psychischen Erkrankungen, die auch die Hauptdiagnose bei den krankheitsbedingten Pensionierungen darstellen, und den neuen Belastungsfaktoren durch Digitalisierung(sveränderungen) braucht es innovative Instrumente und Angebote im Bereich der Stressprävention und der Gesundheitsförderung. Entsprechende internetbasierte Informations- und Kommunikationstechnologien bzw. der Einsatz von IKT und KI mit dem Ziel der Gesundheitsverbesserung werden als m-Health ("mobile Gesundheit") bezeichnet (*Kraus-Füreder, 2018*). Jene Tools, die sich im betrieblichen Kontext mit der Verbesserung der psychischen Gesundheit befassen, fallen unter den Begriff

"Occupational e-Mental Health"⁷⁸⁾. Occupational e-Mental Health beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Instrumente und Maßnahmen (Lehr et al., 2016, Lehr – Boß, 2019). Ein wesentliches Merkmal dieser Anwendungen liegt in der Verstärkung der aktiven Rolle der Beschäftigten und der Betriebe in Gesundheitsbelangen, die im konkreten Arbeitsumfeld anwendbar sind.

Persönliche Einzelbehandlungen sind gegenwärtig das vorherrschende Versorgungsmodell im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Occupational e-Mental Health Interventionen für psychische Gesundheit können eine Möglichkeit sein, den Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung zu verbessern, indem sie eine gezielte Versorgung anbieten. Die grundlegenden Einsatzmöglichkeiten hängen auch von den Präferenzen der zu Behandelnden ab, Beschäftigte mit Angststörungen und Depressionen bevorzugen häufig persönliche Betreuungsformen, die – wie nachfolgend gezeigt – auch über digitale Anwendungen möglich sind (Kozlov et al., 2021).

2.5.1 Instrumente der beruflichen e-Mental Health

Mit Fokus auf jene Instrumente und Anwendungen, die im Zusammenhang mit der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention stehen, wird im vorliegenden Abschnitt eine systematische Darstellung der Gesundheits-Apps, Online-Gesundheitstrainings usw. vorgenommen. Einsatzgebiete der neuen Technologien sind weit gefächert und beginnen beim Arbeitnehmerschutz (smarte Arbeitskleidung), gehen über die Messung von psychischen Belastungen und Beanspruchungen bis hin zu selektiv präventiven Interventionen; auch betriebsärztliche Versorgung und die Forschung zu Arbeit und Gesundheit sind von den Neuentwicklungen betroffen (Schermuly – Koch, 2019).

Da es sich um ein neues und dynamisches Feld handelt, sowohl die Etablierung entsprechender Instrumente als auch die praktische Erfahrung damit betreffend, erfolgt die Strukturierung der e-Mental Health Anwendungen entlang einer weitgehend technologischen Perspektive, eine Systematisierung die von Lehr et al. (2017) entwickelt wurde. Hier sind folgende sechs unterschiedliche technische Ansätze festgehalten.

1. Internet Interventionen: Es handelt sich um unterschiedliche Trainings- und Therapieprogramme, die regelmäßig stattfinden und über einen Laptop angeboten werden. Die Intensität kann hier von Selbsthilfetraining bis zum individuellen e-Coach reichen. Internet Interventionen können einer großen Zahl von Nutzerinnen und Nutzern angeboten werden, wobei der konkrete Einsatz – wie bei allen Tools in diesem Bereich – von der individuellen Handhabung bzw. einer Unterstützung im persönlichen Umgang (Usability) abhängt.

Beispiele für Internet Interventionen: "Fit im Stress" (Deutschland), PERMA-Training für Berufstätige.

2. Mobile Gesundheit: Diese Applikationen haben ein großes Potenzial, da Smartphones weit verbreitet sind und es somit kaum eine technische Zugangshürde gibt. Tatsächlich wächst

⁷⁸⁾ Dieser englische Ausdruck wird als technischer Begriff nachfolgend nicht übersetzt.

die Zahl dieser Apps enorm, wobei die Abgrenzung von Gesundheits-Apps zwischen Lifestyle-Anwendungen und solchen mit medizinischer Zweckbestimmung fließend ist. Letztere sollen ein Bewertungsverfahren durchlaufen, das seit Mai 2020 auch in der europäischen Medizinproduktverordnung geregelt ist (Kraus-Füreder, 2018). Die Zahl der Applikationen speziell für Erwerbstätige entwickelt sich ebenfalls sehr dynamisch.

Beispiele spezieller Apps für Berufstätige sind: NERD (**Nutzen, Effekte & Risiken** einer App zur Regulierung digitaler Erreichbarkeit (Wegenstein et al., 2020) ist eine App, die Arbeitspausen und Arbeitszeiten reguliert und die zeitliche Erreichbarkeit mit der Arbeitszeit in Verbindung bringt. Headspace ist eine Smarphone-App zur Stressreduktion, bei der 45 Meditationseinheiten zu 10 bis 20 Minuten ohne e-Coach absolviert werden. Die Ergebnisse zeigen eine signifikante Verbesserung des Wohlbefindens und eine reduzierte Arbeitsbelastung im Vergleich zur Kontrollgruppe (Bostock et al., 2019; Strasser et al., 2017).

3. Soziale Medien: Kennzeichen der Sozialen Medien ist die Erstellung der Inhalte durch die Nutzerinnen und Nutzer selber, die dann anderen zugänglich sind wie beispielsweise Gesundheitsblogs, Content Communities, gesundheitsbezogene Wikis usw. Soziale Medien können für Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der Gesundheitsprävention eingesetzt werden, die Nutzenden sind in einer Community verbunden. Die Abgrenzung in ausschließlich arbeitsplatzbezogene Aktivitäten ist trennscharf wenig möglich.

Beispiele für Soziale Medien für Erwerbstätige: *Ridout – Campbell* (2018) zeigen in einer Meta-studie, dass vor allem bei den unter 25-Jährigen eine Verbesserung der gesundheitlichen Verfasstheit bei depressiven Symptomen feststellbar ist, aber keine Verbesserung bei Angst- oder Psychose-Symptomen.

4. Serious Gaming, Gamification: Dies stellt einen spielerischen Zugang zur Gesundheitsförderung mit unterhaltendem Spiel dar, das nicht unterhaltungsbezogene Ziele verfolgt⁷⁹⁾. Es geht um motivationale Anreize, die das individuelle Verhalten verändern. Mit spielerischen Elementen, digitalen Belohnungen, Auszeichnungen, Medaillen, Wettbewerben zwischen den Spielenden, Ranglisten (Gamification-Techniken) usw. soll eine Veränderung des Gesundheitsverhaltens angeregt und unterstützt werden.

Beispiele für Serious Gaming: "Healingo Fit" ist ein spielerischer Wettbewerb in der Automobilindustrie um die höchste Schrittzahl in der Automobilindustrie. Das "Holidaily" Programm⁸⁰⁾ dient zur Förderung einer gedanklichen Distanz zum Job; hier zeigen sich ein deutlicher Effekt auf die Erholung und eine Reduktion von depressiven Verstimmungen (Smyth et al., 2018).

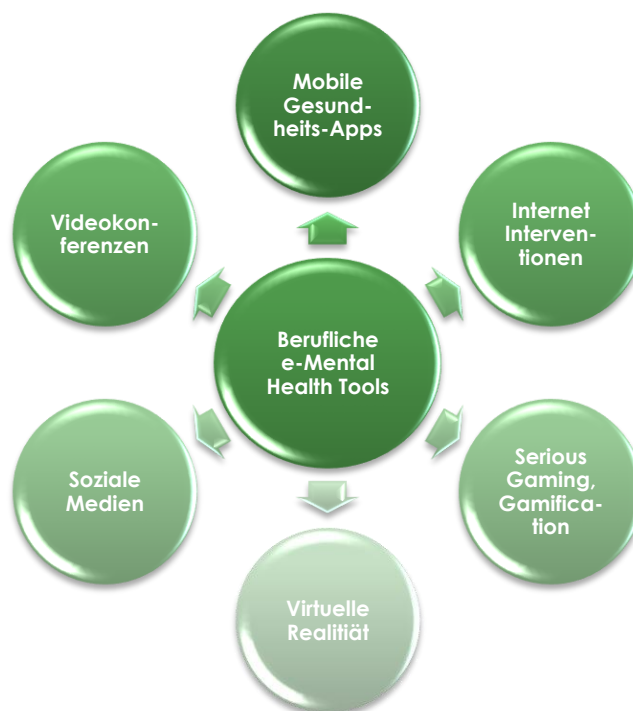
5. Virtuelle Realität: Das erste Anwendungsgebiet der virtuellen Realität war in der Expositionstherapie, zur Behandlung von Angststörungen (Flugangst). Mittlerweile wird sie auch im Bereich des gesundheitsschädigenden Verhaltens (Rauchtherapie) eingesetzt. Ziel ist das Erlernen von Strategien in stress- und angstausslösenden Situationen. Hier zeigen Untersuchungen eine hohe Wirksamkeit (Trahan et al., 2019).

⁷⁹⁾ "entertaining games with non-entertainment-related goals" (Mohr et al., 2013).

⁸⁰⁾ <https://geton-training.de/holidaily.php>

6. **Videokonferenzen:** Das spezifische Merkmal ist hier die Echtzeitkommunikation zur psychotherapeutischen Versorgung von Erkrankten zu Hause. Erstmals wurde diese Form der Behandlung am Arbeitsplatz bei Veteranen mit psychischen Störungen eingesetzt (Hilty et al., 2013). Evaluierungen gibt es hierzu im Rahmen von Beschäftigten (vormals Veteranen) mit psychischen Störungen. In Deutschland gibt es ein Telefon-Coaching im Bereich der Nachsorge bei chronisch Kranken nach stationären Aufenthalten.

Abbildung 2.6: **Systematisierung der beruflichen e-Mental Health Tools**



Q: Lehr et al. (2017): 260, Fig.1.

2.5.2 Wirkungen beruflicher e-Mental Health Tools

Ausgestaltung

Noch sind wenig Wirksamkeitsuntersuchungen von e-Mental Health Instrumenten im Arbeitskontext vorhanden. Die Forschungsarbeiten konzentrieren sich stärker auf die technische und organisatorische Ausgestaltung der Apps (Carolan – De Visser, 2018; Kazemi et al., 2017). Gerade bei der psychischen Gesundheit im Arbeitskontext ist ein niederschwelliger und vor allem auch anonymere Zugang wichtig und für die Wirksamkeit zentral. Bei angebotenen Trainings-Apps in der Arbeitszeit braucht es darüber hinaus die Gewährleistung einer zeitlichen und räumlichen Trennung zwischen Arbeit und Therapie, was im Gegensatz zum Prinzip der Anonymität stehen kann, wenn der Arbeitsplatz beispielsweise ein Großraumbüro ist. Zusätzlich müssen die Apps so gestaltet sein, dass sie nicht als zusätzlicher Zeitdruck wahrgenommen werden, da psychische Beschwerden oftmals im Zusammenhang mit Zeitdruck stehen (Lehr et al., 2017).

Die potenzielle Wirksamkeit hängt darüber hinaus von der Erzeugung und der Aufrechterhaltung der Motivation zur Teilnahme ab.

Empirische Befunde

In der Literatur dominieren Wirkungsanalysen, die tendenziell positive Effekte auf ausgewählte Gesundheitsmerkmale haben (beispielsweise *Franke et al., 2019; Kazemi et al., 2017; Kozlov et al., 2021; Stalujanis et al., 2021*). Wird die Messung der Outcomes einer App anhand unterschiedlicher Kriterien durchgeführt, kann das eine abschließende Beurteilung erschweren, da die Wirkung auf ein gesundheitliches Merkmal positiv, auf ein anderes neutral oder negativ sein kann. *Bostock et al. (2019)* weisen beispielsweise bei einem Achtsamkeitsmeditationsprogramm mit 45 voraufgezeichneten 10- bis 20-minütigen Audiomeditationen am Smartphone nach, dass sich das psychische Wohlbefinden der teilnehmenden Beschäftigten verbesserte, aber beim gemessenen Blutdruck der Probandinnen und Probanden keinerlei Veränderung vorhanden war. Der positive Effekt in der ersten Zieldimension geht Hand in Hand mit keinen Effekten in der zweiten Zieldimension. Bei der Entwicklung und Umsetzung von digitalen Anwendungen zur Verbesserung des Gesundheitszustands braucht es daher klare Zieldimensionen, die in weiterer Folge auch Grundlage für Evaluierungen bilden.

Die Einstellung der Teilnehmenden scheint eine entscheidende Rolle auf die Outcomes zu haben, wie eine Kontrollgruppenvergleichsanalyse von *Stalujanis et al. (2021)* zeigt.

Erfolgreiche digitale Interventionen brauchen ein positives betriebliches Umfeld sowie eine motivierende und wahrnehmbare positive Haltung der Betriebsleitung neuen Programmen der Gesundheitsförderung gegenüber (*Hergesell – Albrecht, 2021*). Auch die Transparenz für die Anwendenden darüber, in welchen Bereichen der individuellen Gesundheit eine Wirksamkeit möglich ist und in welchen Bereichen nicht, beeinflusst sowohl die Zahl als auch die Motivation der Teilnehmenden (*Lehr – Boß, 2019*).

Auf der Grundlage einer älteren umfangreichen Evaluierungsstudie von *Hilty et al. (2013)* können folgende Ergebnisse bei digitalen gesundheitsfördernden Interventionen zusammengefasst werden. Videokonferenzen und Standard-Telefontechniken zur Durchführung von Psychotherapien sind gut validiert. Webbasierte Interventionen haben sich bei einem breiten Spektrum von psychischen Erkrankungen als wirksam erwiesen. Soziale Medien, wie z. B. Online-Selbsthilfegruppen, zeigen hingegen keine positiven Wirkungen, wenn sie allein eingesetzt werden, da hier die Motivation der Teilnehmenden nicht andauernd ist. Mobilien Technologien wurde im Hinblick auf die psychische Gesundheit nur begrenzte Aufmerksamkeit gezeigt. Virtuelle Realität ist effektiv in der Behandlung von Angstzuständen und pädiatrischen Störungen. Neben den Wirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten können die Anwendungen auch im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf Absentismus und Präsentismus beurteilt werden. Die vorhandene empirische Evidenz bestätigt positive gesundheitsökonomische Effekte gemessen am Kosten-Nutzen-Vergleich auf betrieblicher Ebene. Der Return-on-Investment (ROI) zeigt, dass die Ersparnisse eines reduzierten Absentismus und Präsentismus höher sind als die Kosten der Anwendungen (ein Überblick findet sich in *Lehr – Boß, 2019*). Die Größe der Effekte ist allerdings

nicht einheitlich und steht im Zusammenhang mit den verwendeten Evaluierungsmethoden (Jensen *et al.*, 2019).

2.5.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die Zahl der Anwendungen im Bereich der beruflichen e-Mental Health nimmt, so wie die Gesundheits-Apps insgesamt, rasch zu (Reseach2guidance, 2021). Insgesamt zeigen die vorhandenen empirischen Befunde, dass die konkrete Ausgestaltung der digitalen Anwendungen sowie das betriebliche Setting die Gesundheitseffekte deutlich mitbestimmen. Die vorhandenen Wirkungsanalysen thematisieren damit auch immer die Ausgestaltung der beruflichen e-Mental Health Interventionen mit den gemessenen Gesundheitswirkungen. Die Erfahrungswerte der Studien zeigen, dass folgende Gestaltungselemente von digitalen Anwendungen entscheidend für die Gesundheitseffekte der Beschäftigten sind:

- Transparenter Zugang zu möglichen Applikationen für Betriebe und ihre Beschäftigten
- Niederschwellige Anwendung für die potenzielle Zielgruppe bzw. entsprechende Einschulung und Begleitung ("e-Coach") während der Anwendung
- Nicht stigmatisierendes bzw. wertschätzendes Angebot am Arbeitsplatz; wofür die Legitimation der Unternehmensführung eine notwendige Voraussetzung darstellt
- Ein zielgerichtetes System von Motivatorinnen und Motivatoren zur Teilnahme an den Anwendungen
- Möglichkeit der zeitlichen und räumlichen Trennung der Therapiesitzung im täglichen Arbeitskontext
- Anonyme Anwendungsmöglichkeit
- Hohe und transparente Qualitätsanforderungen an diese Tools (Bertelsmann Stiftung, 2019)
- Transparenz im Umgang mit den personenbezogenen Daten an der Schnittstelle Mensch – Betrieb – Sozialversicherung

Trotz steigender Zahl von gesundheitsfördernden Anwendungen fehlt eine methodische Erfassung der Apps in Österreich. Die skizzierte Systematisierung würde eine Möglichkeit der strukturellen Erfassung bieten. In Großbritannien richtete das Nationale Gesundheitsservice NHS eine Bibliothek⁸¹⁾ ein, die die verfügbaren, vertrauenswürdigen Gesundheits-Apps zu unterschiedlichen Themenbereichen zur Verfügung stellt und auch mit Empfehlungen versieht.

Deutschland verfolgt das Ziel, Evaluierungsergebnisse aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen öffentlich zugänglich zu machen, um damit einen Überblick über Implementierungsformen und Gesundheitseffekte transparent darzustellen. Das Deutsche Register Klinischer Studien⁸²⁾ (DRKS) wurde dafür entwickelt.

⁸¹⁾ <https://www.nhs.uk/apps-library/category/mental-health/>

⁸²⁾ <https://www.drks.de>

Das spanische/katalanische Portal AppSalut⁸³⁾ wurde im Rahmen des spanischen e-Gesundheits-Masterplans entwickelt. Es enthält Gesundheits-Apps, die einem Akkreditierungsprozess auf der Grundlage von 120 – transparent dargestellten – Kriterien (von der Usability bis hin zum Datenschutz) unterliegen, der vom Gesundheitsministerium durchgeführt wird.

Bislang konnte noch eine entsprechende Datenbank bzw. Plattform, die ähnlich übersichtlich wie die Informationsplattformen in Großbritannien, Deutschland oder Spanien ist, etabliert werden

Eine Systematisierung der e-Mental Health Anwendungen anhand der technischen Zugänge in Internet Interventionen, mobile Gesundheitsanwendungen, Soziale Medien, Serious Gaming, Virtuelle Realität, Videokonferenzen wäre eine geeignete Grundstruktur eine entsprechende Datenbank anzulegen und diese dann in weiterer Folge kontinuierlich um Evaluierungsergebnisse zu füllen. Insgesamt sollte der dynamische Bereich der digitalen Gesundheitsanwendungen strukturell dokumentiert sein, um Anwendungen transparent zu machen und sie so für einen gezielten effizienten Einsatz für alle Betriebe und ihre Beschäftigten zugänglich zu machen.

⁸³⁾ <http://smartcatalonia.gencat.cat/en/inici/>

Literaturhinweise

- Andrén, D. (2014). Does part-time sick leave help individuals with mental disorders recover lost work capacity?. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(2), S. 344-360.
- Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (2000). Fehlzeiten-Report 1999, Psychische Belastung am Arbeitsplatz.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (2005). Fehlzeiten-Report 2004, Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (2006). Fehlzeiten-Report 2005, Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit.
- Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (2008). Fehlzeiten-Report 2007, Arbeit, Geschlecht und Gesundheit.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (2020). Fehlzeiten-Report 2020, Gerechtigkeit und Gesundheit. Springer-Verlag.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Meyer, M. (2021). Fehlzeiten-Report 2021, Betriebliche Prävention stärken – Lehren aus der Pandemie. Springer-Verlag.
- Badura, B., Steinke, M. (2019). Vom Taylorismus zur Selbstorganisation – Wie Betriebliches Gesundheitsmanagement zur Gestaltung der Digitalisierung beitragen kann. In Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer M. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2019, S. 367-382.
- Baer, N., Fasel, T., Frick, U., Wiedermann, W. (2011). "Schwierige" Mitarbeiter: Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Belin, A., Dupont, C., Oules, L., Kuipers, Y., Fries-Tresch, E. (2016). Rehabilitation and return to work: Analysis report on EU and Member States policies, strategies and programmes. European Agency for Safety and Health at Work.
- Bertelsmann Stiftung (2019). AppQ Gütekriterien-Kernset für mehr Qualitätstransparenz bei digitalen Gesundheitsanwendungen.
- Biffi, G. (1999). Der Krankenstand in Österreich und sein Effekt auf das Arbeitsvolumen. WIFO Working Paper, (124).
- Biffi, G. (2002). Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator. WIFO-Monatsberichte, 75(1), S. 39-52.
- Biffi, G., Leoni, Th. (2008). Arbeitsbedingte Erkrankungen. Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen. WIFO.
- Birgmann, R. (2018). Betriebliche Gesundheitsberichterstattung – Metaanalyse Kombi AG. Institut für Gesundheitsförderung und Prävention.
- Bock-Schappelwein, J., Huemer, U., Hyll, W. (2021A). Beschäftigung 2020: Bilanz nach einem Jahr COVID-19-Pandemie. WIFO Research Briefs, (1).
- Bock-Schappelwein, J., Famira-Mühlberger, U., Huemer, U., Hyll, W. (2021B). Der österreichische Arbeitsmarkt im Zeichen der COVID-19-Pandemie. WIFO-Monatsberichte, 94(5), S. 371-388.
- Bostock, S., Crosswell, A.D., Prather, A.A., Steptoe, A. (2019). Mindfulness On-The-Go: Effects of a Mindfulness Meditation App on Work Stress and Well-Being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24(1), S. 127-138.
- Böttinger, E., zu Putlitz, J. (2019). Die Zukunft der Medizin. Disruptive Innovationen revolutionieren Medizin und Gesundheit. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Brakemeier, E.-L., Wirkner, J., Knaevelsrud, Ch., Wurm, S., Christiansen, H., Lueken U., Schneider, S. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit, Erkenntnisse und Implikationen für die Forschung und Praxis aus Sicht der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49(1), 1-31.
- Bredgaard, T. (2018). Employers and active labour market policies: typologies and evidence. *Social Policy and Society*, 17(3), S. 365-77.
- Brussig, M., Schulz, S.E. (2019). Akteure des Return to Work: Rückkehr nach einer gesundheitsbedingten Erwerbsunterbrechung. Forschungsmonitor für den Verbund "Neue Allianzen zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit bei gesundheitlichen Einschränkungen". Working Paper Forschungsförderung, (146).
- Bundesministerium für Arbeit (2021). Wiedereingliederungsteilzeit – Arbeitsrechtlicher- und sozialversicherungsrechtlicher Leitfadens.

- Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend (2020). Evaluierung Wiedereingliederungsteilzeit. Analyse und Bewertung der gesetzlichen Regelungen über die Wiedereingliederungsteilzeit samt Erfahrungswerten. Stand 13. August 2020.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2017). Bericht der Bundesregierung über die Lage der Menschen mit Behinderungen in Österreich 2016.
- Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport (2019A). Das Personal des Bundes 2019. Daten und Fakten.
- Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport (2019B). Gesundheitsmanagement und Fehlzeiten 2019 im Bundesdienst. Daten und Fakten.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020). ICD-10 BMASGK 2020 – Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021A). Monitoring der Pensionsantritte 2015 bis 2020 – Mit Schwerpunkt auf dem Pensionsantrittsalter 2020.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021B). Rehabilitationsgeld und medizinische Rehabilitation – Bericht für die Jahre 2014 bis 2020 mit Schwerpunkt auf das Jahr 2020.
- Bundesministerium Kunst, Kultur, öffentlicher Dienst und Sport (2020). Das Personal des Bundes 2020, Daten und Fakten.
- Card, D., Kluve, J., Weber, A. (2010). Active labour market policy evaluations: a meta-analysis. *The Economic Journal*, 120, S. 452–77.
- Carolan, St., de Visser, R.O. (2018). Employees' Perspectives on the Facilitators and Barriers to Engaging With Digital Mental Health Interventions in the Workplace: Qualitative Study. *JMIR Mental Health*, 5(1).
- Case, A., Paxson, C. (2004). Sex Differences in Morbidity and Mortality. NBER Working paper, (10653).
- Corbière, M., Mazaniello-Chézol, M., Bastien, M.-F., Wathieu, E., Bouchard, R., Panaccio, A., Guay, St., Lecomte, T. (2020). Stakeholders' Role and Actions in the Return-to-Work Process of Workers on Sick-Leave Due to Common Mental Disorders: A Scoping Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(3), S. 381-419.
- Cottini, E., Lucifora, C. (2013). Mental Health and Working Conditions in Europe. *ILR Review*, 66(4), S. 958-988.
- Cullen, K.L., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P.A., Hogg-Johnson, S., Kristman, V., Laberge, M., McKenzie, D., Newnam, S., Palagyi, A., Ruseckaite, R., Sheppard, D.M., Shourie, S., Steenstra, I., van Eerd, D., Amick 3rd, B.C. (2018). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(1), S. 1-15.
- Dachverband der Sozialversicherungsträger (2021). Versicherte, Pensionen, Renten – Jahresergebnisse 2020.
- Dalal, K., Svanström, L. (2015). Economic burden of disability adjusted life years (DALYs) of injuries. *Health*, 7(4), S. 487-494.
- Daniels, R., van Rossum, E., de Witte, L., Kempen, G.I., van den Heuvel, W. (2008). Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 8(278).
- De Oliveira, C., Cho, E., Kavelaars, R.A., Jamieson, M., Bao, B., Rehm, J. (2020). Economic analyses of mental health and substance use interventions in the workplace: a systematic literature review and narrative synthesis. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), S. 893-910.
- Deaton, A. S., Paxson, C. H. (1998). Aging and inequality in income and health. *American Economic Review*, 88(2), S. 248-253.
- Dengler, K. (2019). Welche Folgen hat die Digitalisierung für den Arbeitsmarkt. In Badua, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. Meyer M. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen*. S. 29-39.
- Drago, R., Wooden, M. (1992). The Determinants of Labour Absence: Economic Factors and Work Group Norms. *Industrial and Labour Relations Review*, 45, S. 34-47.
- Ducki, A. (2019). Digitale Transformation – von gesundheitsschädigenden Effekten zur gesundheitsförderlichen Gestaltung. In Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer M. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2019*. S. 1-13.
- Dupré, D. (2001). Berufsbedingte Gesundheitsschäden in der EU 1998-1999". Eurostat, *Statistik kurz gefasst*, S. 3-17.
- Eppel, R., Leoni, Th. (2011). New Social Risks Affecting Children. A Survey of Risk Determinants and Child Out-comes in the EU. WIFO Working Paper, (386).

- Eppel, R., Leoni, Th., Mahringer, H. (2016A). Österreich 2025: Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven. WIFO.
- Eppel, R., Leoni, Th., Mahringer, H. (2016B). Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo und Reformperspektiven. WIFO-Monatsberichte, 89(11), S. 785-798.
- Eppel, R., Leoni, Th., Mahringer, H., Hausegger, T., Reidl, Ch., Weber, F. (2017A). Einsatz und Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Sozialpolitische Studienreihe 22, ÖGB-Verlag.
- Eppel, R., Mahringer, H., Sauer, P. (2017B). Österreich 2025 – Arbeitslosigkeit und die Rolle der aktiven Arbeitsmarktpolitik. WIFO-Monatsberichte, 90(6), S. 493-505.
- EU-OSHA (2019). The value of occupational safety and health and the societal costs of work-related injuries and diseases. Publications Office of the European Union.
- Europäische Kommission (2020). Digital Economy and Society Index (DESI) 2020. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/desi> (abgerufen am 10. 10. 2021).
- European Agency for Safety and Health at Work (2007). Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health.
- European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) (2011). A guide to promoting mental health in the workplace: Employer's Resource.
- Firzinger, K., Korn, G. (2021). Personenbezogene Statistiken 2020. Dachverband der Sozialversicherungsträger, Soziale Sicherheit Online.
- fit2work (2020). Jahresbericht 2019 – Information für die Steuerungsgruppe.
- fit2work (2013). Jahresbericht 2013 – Information für die Steuerungsgruppe.
- Franke, M., Köhlke, F., Kuchler, A.-M., Bruffaerts, R., Mortier, Ph., Karyotaki, E., Alonso, J., Cuijpers, P., Berking, M., Auerbach, R., Kessler, R., Baumeister, H. (2019). Increasing intentions to use mental health services among university students. Results of a pilot randomized controlled trial within the World Health Organization's World Mental Health International College Student Initiative. International Journal of Methods Psychiatric Research, 28(2), S. 1-12.
- Frøyland, K., Andreassen, T.A., Innvæ, S. (2019). Contrasting supply-side, demand-side and combined approaches to labour market integration. Journal of Social Policy, 48(2), S. 311-28.
- Goldman-Mellor, S.J., Saxton, K.B., Catalano, R.C. (2010). Economic contraction and mental health: A review of the evidence, 1990-2009. International Journal of Mental Health, 39(2), S. 6-31.
- Gonon, A. (2019). Frühes Eingreifen bei psychischer Arbeitsunfähigkeit als ambivalente Strategie. WSI Mitteilungen, 72(5), S. 335-342.
- Gonon, A. (2021). Legitime Leiden. Die Rechtfertigung von eingeschränktem Arbeitsvermögen und betriebliche Reintegrationsmaßnahmen am Beispiel psychisch erkrankter Beschäftigter. Sozialer Fortschritt, 70(3), S. 131-148.
- Grabovac, I., Dorner, T.E. (2021). Work Ability Management in Rehabilitation and Return to Work: A Perspective from Austria. In Johansen, T., Winand, H.D. (Hrsg.). Occupational Health and Rehabilitation: New Approaches for Maintaining Work Ability in the Workplace (1. Auflage). Springer Gabler. S. 25-34.
- Haller, A., Staubli, St., Zweimüller, J. (2019). Evaluation IP neu. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Sozialpolitische Studienreihe, Band 25.
- Hassard, J., Cox, T. (2020). Mental Health at Work. https://oshwiki.eu/wiki/Mental_health_at_work (abgerufen am 10.10.2021).
- Hauptverband der Sozialversicherungsträger (2011). Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter, Projekt "Psychische Gesundheit", Abschlussbericht.
- Hausegger, T., Hlebic, D., Reidl, C., Reiter, A. (2015). Evaluierung der betrieblichen Schiene von fit2work. Endbericht prospect Research & Solution.
- Hense, A. (2018). Wahrnehmung der eigenen Prekarität. Springerverlag.
- Hergesell, J., Albrecht, J. (2021). Integration als betrieblicher Routine. Organisationssoziologische Perspektive auf alltägliche Integrationsprozesse. Sozialer Fortschritt, 70(3), S. 111-129.

- Heyde, K., Macco, K. (2010). 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, S. 31-40.
- Hilty, D., Ferrer, D., Parish, M., Johnston, B., Callahan, E., Yellowlees, P. (2013). The Effectiveness of Telemental Health: A 2013 Review. *Telemedicine Journal and e-Health*, 19(6), S. 444-454.
- Hoefsmid, N., Houkes, I., Nijhuis, F.J. (2012). Intervention Characteristics That Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(4), S. 462-477.
- Høgelund, J., Holm, A., McIntosh, J. (2010). Does graded return-to-work improve sick-listed workers' chance of returning to regular working hours?. *Journal of Health Economics*, 29(1), S. 158-169.
- Hollederer, A. (2006). Arbeitslosigkeit, Gesundheit und ungenutzte Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung. In Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2005, Berlin-Heidelberg, S. 219-239.
- Horvath, Th., Kaniovski, S., Leoni, Th., Spielauer, M., Url, Th. (2021). The Impact of Education and Health on Labour Force Participation and the Macroeconomic Consequences of Ageing. Bertelsmann Stiftung.
- Huemer, U., Bock-Schappelwein, J., Famira-Mühlberger, U., Lutz, H., Mayrhuber, Ch. (2017). Österreich 2025: Arbeitszeitverteilung in Österreich. Analyse und Optionen aus Sicht der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. WIFO.
- Ichino, A., Moretti, E. (2006). Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap. NBER Working Paper, (12369).
- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34(1), S. 16-28.
- Jagsch, R. (2017). Evaluierung des Behandlungserfolgs von Einzelbehandlungen im Rahmen des Projekts fit2work – Vergleich Klinisch-psychologische Behandlung versus psychotherapeutische Intervention.
- Jagsch, R., Kögler-Ramazan, S. (2019). Einzelbehandlungen im Rahmen des Folgeprojekts fit2work – Klinisch-psychologische Behandlung versus Psychotherapie. *Psychologie in Österreich*, 39(1 & 2), S. 89-95.
- Jensen, O., Baygi, F., Charalambous, G., Flores A., Laursen, L., Lucas D., Andrioti, D. (2019). Mental health promotion program in the workplace with focus on transport. *Archives of Psychiatry and Mental Health*, 3, S. 1-11.
- Jones, D., Molitor, D., Reif, J. (2019). What do Workplace Wellness Programs do? Evidence from the Illinois Workplace Wellness Study. *The Quarterly Journal of Economics*, 134(4), S. 1747-1791.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), S. 285-307.
- Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy Work*. Basic Books.
- Kazemi, D., Borsari, B., Levine, M., Li, S., Lamberson, K., Matta, L. (2017). A Systematic Review of the mHealth Interventions to Prevent Alcohol and Substance Abuse. *Journal of health communication*, 22(5), S. 413-432.
- Kluve, J., (2010). The effectiveness of European active labour market programs. *Labour Economics*, 17, S. 904-918.
- Kools, L., Koning, P. (2019). Graded return-to-work as a stepping stone to full work resumption. *Journal of Health Economics*, 65, S. 189-209.
- Kozlov, E., McDarby, M., Prescott, M., Altman, M. (2021). Assessing the Care Modality Preferences and Predictors for Digital Mental Health Treatment Seekers in a Technology-Enabled Stepped Care Delivery System: Cross-sectional Study. *JMIR Form Res*, 5(9).
- Kraus-Füreder, H. (2018). *Gesundheits-Apps. Grundlagenpapier unter besonderer Berücksichtigung des Aspekts Gesundheitskompetenz*. Institut für Gesundheitsförderung und Prävention.
- Lehr, D., Boß, L. (2019). Occupational e-Mental Health – eine Übersicht zu Ansätzen, Evidenz und Implementierung. In Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2019*. Springer-Verlag.
- Lehr, D., Geraedts, A., Asplund, R., Khadjesari, Z., Heber, E., de Bloom, J. (2016). Occupational e-Mental Health: Current Approaches and Promising Perspectives for Promoting Mental Health in Workers. In Fischer, S., Wiencke, M., Cacaë, M. (Hrsg.). *Healthy at Work, Interdisciplinary Perspectives*. S. 257-281.
- Lehr, D., Geraedts, A., Asplund, R.P., Khadjesari, Z., Heber, E., de Bloom, J., Ebert, D.D., Angerer, P., Funk, B. (2017). *Occupational e-Mental Health: Current Approaches and Promising Perspectives for Promoting Mental Health in Workers*. Springer International Publishing Switzerland.
- Leoni, Th. (2011). *Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO.

- Leoni, Th. (2019). Entwicklung und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände in Oberösterreich. WIFO.
- Leoni, Th. (2020). Sick but at work: Graded sick-leave in a comparative perspective. *Social Policy and Administration*, 55, S. 65-81.
- Leoni, Th., Biffl, G., Guger, A. (2008A). Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO.
- Leoni, Th., Biffl, G., Guger, A. (2008B). Krankenstände in Österreich: Bestimmungsfaktoren und Ausblick. WIFO-Monatsberichte, 81(1), S. 63-76.
- Leoni, Th., Böheim, R. (2018). Fehlzeitenreport 2018. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Präsentismus und Absentismus. WIFO.
- Leoni, Th., Brunner, A., Mayrhuber, Ch. (2020). Die Kosten arbeitsbedingter Unfälle und Erkrankungen in Österreich. WIFO.
- Leoni, Th., Mahringer, H. (2008). Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. WIFO.
- Leoni, Th., Schwinger, J. (2017). Fehlzeitenreport 2017. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt. WIFO.
- Lindbeck, A., Palme, M., Persson, M. (2006). Job Security and Work Absence: Evidence from a Natural Experiment. CESifo Working Paper, (1697).
- Llena-Nozal, A., Lindeboom, M., Portrait, F. (2004). The effect of work on mental health: does occupation matter?. *Health economics*, 13(10), S. 1045-1062.
- Loisel, P., Hong, Q.N., Imbeau, D., Lippel, K., Guzman, J., Maceachen, E., Corbière, M., Santos, B.R., Anema, J.R. (2009). The Work Disability Prevention CIHR Strategic Training Program: program performance after 5 years of implementation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(1), S. 1-7.
- Lutz, H. (2019). IP 1.2 Aktives und gesundes Altern. In Lutz, H. (Koord.). Das Operationelle Programm Beschäftigung des Europäischen Sozialfonds – Österreich 2014-2020. Bericht der Begleitenden Evaluierung zu Konzeption und Umsetzung. WIFO, IHS, L&R.
- Macintyre, S., Hunt, K., Sweeting, H. (1996). Gender Differences in Health: Are Things Really as Simple as They Seem? *Social Science and Medicine*, 42(4), S. 617-624.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A., Maske, U. E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W., Wittchen, H.-U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population—evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), S. 289-303.
- Markussen, S., Røed, K., Schreiner, R.C. (2018). Can Compulsory Dialogues Nudge Sick-listed Workers Back to Work?. *The Economic Journal*, 128, S. 1276-1303.
- Marmot, M.G., Smith, G.D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study". *The Lancet*, 337(8754), S. 1387-1393.
- Marstedt, G., Müller, R. (2005). Ein kranker Stand? Fehlzeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft. Zitiert von Badura et al. Fehlzeiten-Report 2004, 1998, S. 279.
- Marstedt, G., Müller, R., Jansen, R. (2001). Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im öffentlichen Dienst. In Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor. S. 19-37.
- Mayrhuber, Ch., Tockner, L. (2012). Biographien der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen vor dem Antritt von Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen. WIFO.
- Meggeneder, O. (2005). Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe.
- Memish, K., Martin, A., Bartlett, L., Dawkins, S., Sanderson, K. (2017). Workplace mental health: An international review of guidelines. *Preventive Medicine*, 101(8), S. 213-222.
- Mohr, D., Burns, M., Schueller, S., Clarke, G., Klinkman, M. (2013). Behavioral Intervention Technologies: Evidence review and recommendations for future research in mental health. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), S. 332-338.
- Mosley, H., Dohse, K. (2019). PES Strategies in Support of an Ageing Workforce. Study report, European Network of Public Employment Services.

- Nigatu, Y.T., Liu, Y., Uppal, M., McKinney, S., Rao, S., Gillis, K., Wang, J. (2016). Interventions for enhancing return to work in individuals with a common mental illness: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, 46(16), S. 3263–3274.
- OECD (2012). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. OECD Publishing.
- OECD (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. OECD Publishing.
- OECD (2018). *Key policies to promote longer working lives. Country note 2007 to 2017 Austria*. OECD Publishing.
- OECD (2019). *Working Better with Age, Ageing and Employment Policies*. OECD Publishing.
- OECD (2020). *Promoting an Age-Inclusive Workforce*. OECD Publishing.
- OECD (2021A). *Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*. OECD Publishing.
- OECD (2021B). *Report on the Implementation of the OECD Recommendation on integrated Mental Health, Skills and Work Policy*, (102).
- OECD (2021C). *Fitter Minds, Fitter Jobs: From Awareness to Change in Integrated Mental Health, Skills and Work Policies, Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a0815d0f-en>.
- Oppolzer, A. (2000). Ausgewählte Bestimmungsfaktoren des Krankenstandes in der öffentlichen Verwaltung – Zum Einfluss von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen auf krankheitsbedingte Fehlzeiten. In Badu-ra, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz*, S. 343-362.
- Pomaki, G., Franche, R.-L., Khushrushahi, N., Murray, E., Lampinen, T., Mah, P. (2010). *Best Practices for Return-to-work/Stay-at-work Interventions for Workers with Mental Health Conditions*. Occupational Health and Safety Agency for Healthcare in BC (OHSAH).
- Rechnungshof (2019). *Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung, Bericht des Rechnungshofes (Reihe Bund 2019/8)*.
- Research2Guidance (2021). *The digital decentralized clinical trial solution market 2018-2026. How digital tools change the way clinical trials are conducted in NA and EU?*
- Richter, D., Berger, K. (2013). Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatrische Praxis*, 40, S. 176–182.
- Richter, D., Berger, K., Reker, T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 35(7), S. 321-330.
- Richter, D., Wall, A., Bruen, A., Whittington, R. (2019). Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), S. 393-407.
- Ridout, Brad, Campbell, Andrew, *The Use of Social Networking Sites in Mental Health Interventions for Young People: Systematic Review*, *J Med Internet Res*, 2018 Dec 18;20(12):e12244.
- Riechert, I., Habib, E. (2017). *Betriebliches Eingliederungsmanagement bei Mitarbeitern mit psychischen Störungen*. Springer.
- Schermuly, C. Koch, J., (2019), *New Work und psychische Gesundheit*, In Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.). *Fehlzeiten-Report 2019*. Springer-Verlag, 127-141.
- Schiestl, D.W, Kalleitner, F., Kittel, B. (2021). *Austrian Corona Panel Project (ACPP), Wen die Krise bis in den Schlaf verfolgt: Ein Einblick in die Schlafqualität in Österreich*. <https://viecer.univie.ac.at/en/projects-and-cooperations/austrian-corona-panel-project/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog44/> (abgerufen am 4. Oktober 2021).
- Schiestl, D.W., Pinkert, F. (2021). *Austrian Corona Panel Project (ACPP), Einsamkeit in der Corona-Krise*. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog58/> (abgerufen am 4. Oktober 2021).
- Schiman, St. (2021). *Prognose für 2021 und 2022: Vierte COVID-19-Welle bremst kräftigen Aufschwung*. WIFO-Konjunkturprognosen.
- Schnabel, C. (1997). *Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsründe und Reduzierungsmöglichkeiten*.
- Schnabel, F., Gollner, E. (2017). *Gesundheit im Betrieb – Stimmungsbilder, Bedarf und Bedürfnisse aus Sicht der Unternehmen*. Fachhochschule Burgenland.

- Schultz, I.Z., Stowell, A.W., Feuerstein, M., Gatchel, R.J. (2007). Models of return to work for musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(2), S. 327-52.
- Seing, I., MacEachen, E., Ståhl, C., Ekberg, K. (2015). Early-return-to-work in the context of an intensification of working life and changing employment relationships. *Journal of Occupational Integration*, 25(1), S. 74–85.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), S. 27-41.
- Smyth, A., Syrek, C., Reins, J., Domin, M., Janneck, M., Lehr, D. (2018). User experience predicts the effectiveness of a gamified recovery app Investigation of Holidaily. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13(4).
- Song, Z, Baicker, K. (2019). Effect of a Workplace Wellness Program on Employee Health and Economic Outcomes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 321(15), S. 1491–1501.
- Stalujanis, E., Neufeld, J., Stalder, M., Belardi, A., Tegethoff, M., Meinlschmidt G. (2021). Induction of Efficacy Expectancies in an Ambulatory Smartphone-Based Digital Placebo Mental Health Intervention: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, 9(2).
- Statistik Austria (2015). fit2work-Auswertungen 2014 – Evaluierung der Personenberatung.
- Statistik Austria (2017). fit2work-Evaluierung 2016/17 – Personenberatung und Betriebsberatung.
- Statistik Austria (2020). fit2work-Evaluierung 2018/19 – Personen- und Betriebsberatung.
- Statistik Austria (2021). Leistungs- und Strukturstatistik 2019. abgerufen am 20.10.2021.
- Strasser, P., Varesco Kager, N., Häberli, D. (2017). Echtzeiterhebung von Präsentismus mit der App now@work®: ein Praxisbericht. *Journal – Psychologie des Alltagshandelns*, 10(2), S. 36-50.
- Trahan, M.H., Maynard, B.R., Smith, K.S., Farina, A.S.J., Khoo, Y.M. (2019). Virtual reality exposure therapy on alcohol and nicotine: A systematic review. *Research on Social Work Practice*, 29(8), S. 876–891.
- Triple M Matzka Markt und Meinungsforschung (2021). Arbeitsgesundheitsbarometer + fit2work Evaluierung.
- Ulich, E., Wülser, M. (2012). Gesundheitsmanagement in Unternehmen. *Arbeitspsychologische Perspektiven*. Springer.
- van Vilsteren, M., van Oostrom, S.H., de Vet, H.C., Franche, R.L., Boot, C.R., Anema, J.R. (2015). Workplace Interventions to Prevent Work Disability in Workers on Sick Leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10.
- Vogel, N., Schandelmaier, S., Zumbrunn, T., Ebrahim, S., de Boer, W.E.L., Busse, J.W., Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3).
- Vossen, E., van Gestel, N., van der Heijden, B.I.J.M., Rouwette, E.A.J.A. (2017). "Dis-able bodied" or "dis-able minded": Stakeholders' return-to-work experiences compared between physical and mental health conditions. *Disability and Rehabilitation*, 39(10), S. 969–77.
- Wegenstein, K., Hense, M., Gruber, A., Stranzl, J. (2020). Arbeit im digitalen Wandel – Strategien zur Gestaltung entgrenzter digitaler Arbeitstätigkeit. *Wirtschafts- und Sozialpolitische Zeitschrift (WISO)*, 43(3), S. 47-66.
- WHO (2011). Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level, Report by the Secretariat, EB 130/9.
- WHO (2020). The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment.
- WHO (2021). Comprehensive mental health action plan 2013–2030.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercher, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), S. 655–679.
- World Economic Forum (2011). Harvard School of Public Health, The global economic burden of non-communicable diseases.
- Zach, M. (2014). Psychische Erkrankungen und Invalidität. *Sozialpolitische Studienreihe*, Band 16.

Anhang A: Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände

Übersicht A1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten

Arbeiterinnen, Arbeiter und Angestellte

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

	Krankenstandstage	Versicherte	Krankenstandstage je Versicherte/n	Krankenstandsquote je Versicherte/n in %
2015	40.270.601	3.179.857	12,7	3,5
2016	40.458.342	3.236.840	12,5	3,4
2017	41.522.418	3.310.869	12,5	3,4
2018	44.577.692	3.401.960	13,1	3,6
2019	46.081.242	3.464.704	13,3	3,6
2020	43.188.491	3.391.276	12,7	3,5

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

Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung

Arbeiterinnen, Arbeiter und Angestellte

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

	Erkrankungsquote in %	Krankenstandsfälle je Versicherte/n	Krankenstandsfälle je Erkrankte/n	Krankenstandstage je Fall
2017	62,7	1,3	2,1	9,7
2018	64,9	1,4	2,1	9,6
2019	64,0	1,4	2,1	9,7
2020	56,8	1,1	1,9	11,7

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

Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen

Arbeiterinnen, Arbeiter und Angestellte

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

	Männer			Frauen			Insgesamt		
	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre
					In %				
2015	2,9	2,8	5,0	3,0	3,2	5,1	2,9	3,0	5,1
2016	2,9	2,8	4,9	3,0	3,1	5,0	2,9	2,9	5,0
2017	2,9	2,8	4,9	3,0	3,1	5,0	2,9	2,9	5,0
2018	3,0	2,9	5,0	3,1	3,3	5,1	3,1	3,1	5,1
2019	3,1	3,0	5,1	3,1	3,3	5,2	3,1	3,1	5,1
2020	2,8	2,7	4,9	2,9	3,2	5,1	2,9	3,0	5,0

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

Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht

Arbeiterinnen, Arbeiter und Angestellte

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

	Männer			Frauen			Insgesamt
	Arbeiter	Angestellte	Insgesamt	Arbeiter In %	Angestellte	Insgesamt	
2016	4,1	2,4	3,3	4,5	3,2	3,6	3,4
2017	4,1	2,4	3,3	4,5	3,2	3,6	3,4
2018	4,3	2,6	3,5	4,7	3,4	3,7	3,6
2019	4,4	2,5	3,5	4,9	3,4	3,8	3,6
2020	4,3	2,3	3,3	5,0	3,3	3,7	3,5

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

Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt

Arbeiterinnen, Arbeiter und Angestellte

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

	Land- und Forstwirtschaft	Industrie	Bauwesen	Dienstleistungen (einschließlich Energie)
			In %	
2016	2,2	3,7	3,5	3,4
2017	2,1	3,7	3,5	3,4
2018	2,4	3,8	3,7	3,5
2019	2,4	3,9	3,7	3,6
2020	2,4	3,6	3,6	3,4

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

Anhang B: Ergänzende Übersichten zur Verteilung von Krankenständen

Übersicht A6: Struktur der Krankenstände von ausgewählten Diagnosen, unselbständig Beschäftigte, 2010

ICD-10-Kapitel		Krankenstandstage			Krankenstandsfälle		
		Frauen	Männer	Insge- samt	Frauen	Männer	Insge- samt
		Anteile in %					
I	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	6,4	6,4	6,4	14,1	14,4	14,3
V	Psychische und Verhaltensstörungen	9,5	4,8	7,0	3,0	1,6	2,2
F30-F39	Affektive Störungen	5,3	2,4	3,7	1,6	0,7	1,1
F40-F48	Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen	2,7	1,2	1,9	1,0	0,5	0,7
	Andere psychische und Verhaltensstörungen ¹⁾	1,5	1,2	1,3	0,4	0,4	0,4
X	Krankheiten des Atmungssystems	22,2	20,5	21,3	37,2	35,3	36,2
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	22,9	23,7	23,3	13,3	16,3	14,9
XIX	Verletzungen und Vergiftungen	11,9	24,6	18,8	6,5	13,7	10,3
	Andere Krankheitsgruppen	27,1	20,1	23,3	25,9	18,7	22,1
	Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Q: ÖGK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Beinhaltet auch die Burn-out-Diagnose (Z73) aus dem ICD-10-Kapitel XXI.

Übersicht A7: Verteilung der Krankenstandsfälle von Frauen und Männern ausgewählter Diagnosegruppen nach Dauer, 2019

Frauen

ICD-10-Kapitel		Dauer in Tagen						Insgesamt
		1 bis 3	4 bis 7	8 bis 14	15 bis 42	43 bis 98	99 und mehr	
		Anteile in % der Krankenstandsfälle						
I	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	58,4	31,6	7,8	1,8	0,2	0,1	100,0
V	Psychische und Verhaltensstörungen	20,8	21,0	19,5	20,2	10,7	7,8	100,0
F30-F39	Affektive Störungen	16,4	18,9	18,7	22,3	14,0	9,8	100,0
F40-F48	Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen	23,5	23,0	20,5	18,6	8,2	6,2	100,0
	Andere psychische und Verhaltensstörungen	22,4	15,0	15,1	23,0	14,5	10,1	100,0
X	Krankheiten des Atmungssystems	38,6	43,1	15,1	3,0	0,2	0,1	100,0
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	26,0	23,6	18,0	25,8	4,6	2,1	100,0
XIX	Verletzungen und Vergiftungen	24,2	23,1	19,9	20,9	8,9	2,9	100,0
	Andere Krankheitsgruppen	54,1	20,3	12,0	10,4	2,3	1,0	100,0
	Insgesamt	42,9	31,1	13,9	9,0	2,1	1,0	100,0
	Insgesamt: Ergebnis laut Krankenstandsstatistik	42,6	31,3	14,0	8,8	2,1	1,1	100,0

Männer

ICD-10-Kapitel		Dauer in Tagen						Insgesamt
		1 bis 3	4 bis 7	8 bis 14	15 bis 42	43 bis 98	99 und mehr	
		Anteile in % der Krankenstandsfälle						
I	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	57,4	33,3	7,3	1,8	0,2	0,1	100,0
V	Psychische und Verhaltensstörungen	21,3	20,5	18,3	20,1	11,7	8,0	100,0
F30-F39	Affektive Störungen	17,1	18,2	17,8	22,1	14,6	10,2	100,0
F40-F48	Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen	22,9	24,0	19,7	18,2	8,7	6,5	100,0
	Andere psychische und Verhaltensstörungen	27,0	13,6	14,2	22,1	15,1	7,9	100,0
X	Krankheiten des Atmungssystems	37,7	45,0	14,3	2,8	0,2	0,1	100,0
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	28,0	28,3	18,3	20,0	3,6	1,7	100,0
XIX	Verletzungen und Vergiftungen	23,8	23,1	20,6	21,1	8,4	3,1	100,0
	Andere Krankheitsgruppen	52,9	20,6	11,7	10,9	2,6	1,4	100,0
	Insgesamt	40,7	32,9	14,0	9,1	2,3	1,1	100,0
	Insgesamt: Ergebnis laut Krankenstandsstatistik	41,0	32,9	13,9	8,8	2,2	1,2	100,0

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger; ÖGK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen beinhalten auch die Burn-out-Diagnose (Z73) aus dem ICD-10-Kapitel XXI.

Übersicht A8: Verteilung der Krankenstandsfälle von Frauen und Männern ausgewählter Diagnosegruppen nach Dauer, 2010

Frauen

ICD-10-Kapitel		Dauer in Tagen						Insgesamt
		1 bis 3	4 bis 7	8 bis 14	15 bis 42	43 bis 98	99 und mehr	
		Anteile in % der Krankenstandsfälle						
I	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	55,1	33,4	8,5	2,6	0,3	0,1	100,0
V	Psychische und Verhaltensstörungen	15,5	19,3	20,4	24,4	12,7	7,7	100,0
F30-F39	Affektive Störungen	13,8	18,7	20,4	25,4	13,5	8,2	100,0
F40-F48	Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen	17,7	22,5	21,6	22,0	10,3	5,9	100,0
	Andere psychische und Verhaltensstörungen	16,6	13,5	17,1	26,4	15,9	10,5	100,0
X	Krankheiten des Atmungssystems	32,8	45,0	17,6	4,3	0,3	0,1	100,0
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	19,2	21,6	21,2	31,2	5,0	1,9	100,0
XIX	Verletzungen und Vergiftungen	19,6	24,1	23,1	22,4	8,3	2,4	100,0
	Andere Krankheitsgruppen	45,2	22,2	14,9	13,8	2,9	1,0	100,0
	Insgesamt	36,0	32,2	16,5	11,9	2,5	1,0	100,0
	Insgesamt: Ergebnis laut Krankenstandsstatistik	36,0	32,5	16,5	11,5	2,4	1,1	100,0

Männer

ICD-10-Kapitel		Dauer in Tagen						Insgesamt
		1 bis 3	4 bis 7	8 bis 14	15 bis 42	43 bis 98	99 und mehr	
		Anteile in % der Krankenstandsfälle						
I	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	52,4	35,9	8,9	2,4	0,2	0,1	100,0
V	Psychische und Verhaltensstörungen	17,8	18,4	19,1	24,1	13,0	7,5	100,0
F30-F39	Affektive Störungen	13,8	18,3	20,1	26,2	13,4	8,3	100,0
F40-F48	Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen	19,7	23,2	20,6	21,4	9,3	5,9	100,0
	Andere psychische und Verhaltensstörungen	23,5	12,4	15,4	23,5	17,0	8,2	100,0
X	Krankheiten des Atmungssystems	31,3	46,8	17,4	4,2	0,3	0,1	100,0
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	20,2	26,9	21,9	25,5	4,0	1,6	100,0
XIX	Verletzungen und Vergiftungen	19,6	23,9	23,1	22,8	8,1	2,5	100,0
	Andere Krankheitsgruppen	45,0	22,3	14,5	13,7	3,2	1,4	100,0
	Insgesamt	33,2	33,8	17,2	12,0	2,7	1,0	100,0
	Insgesamt: Ergebnis laut Krankenstandsstatistik	33,4	33,9	17,2	11,7	2,6	1,2	100,0

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger; ÖGK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen beinhalten auch die Burn-out-Diagnose (Z73) aus dem ICD-10-Kapitel XXI.

Übersicht A9: Verteilung der Krankenstandstage von Frauen und Männern ausgewählter Diagnosegruppen nach Dauer, 2019

Frauen

ICD-10-Kapitel		Dauer in Tagen						Insgesamt
		1 bis 3	4 bis 7	8 bis 14	15 bis 42	43 bis 98	99 und mehr	
		Anteile in % der Krankenstandstage						
I	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	28,6	36,7	18,0	9,3	3,2	4,3	100,0
V	Psychische und Verhaltensstörungen	1,3	3,5	6,6	15,7	21,4	51,4	100,0
F30-F39	Affektive Störungen	0,9	2,6	5,3	14,5	22,9	53,8	100,0
F40-F48	Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen	1,8	4,5	8,2	16,9	19,7	48,9	100,0
	Andere psychische und Verhaltensstörungen	1,1	2,0	4,2	15,0	24,4	53,3	100,0
X	Krankheiten des Atmungssystems	16,1	40,4	27,3	11,2	2,1	2,8	100,0
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	3,2	7,6	11,6	36,3	17,8	23,5	100,0
XIX	Verletzungen und Vergiftungen	2,5	6,3	10,9	26,6	28,5	25,2	100,0
	Andere Krankheitsgruppen	10,2	11,3	13,4	26,6	15,0	23,5	100,0
	Insgesamt	9,4	17,2	15,3	22,7	14,2	21,0	100,0
	Insgesamt: Ergebnis laut Krankenstandsstatistik	8,9	16,5	14,6	21,0	13,6	25,3	100,0

Männer

ICD-10-Kapitel		Dauer in Tagen						Insgesamt
		1 bis 3	4 bis 7	8 bis 14	15 bis 42	43 bis 98	99 und mehr	
		Anteile in % der Krankenstandstage						
I	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	28,9	38,6	16,9	8,9	2,9	3,8	100,0
V	Psychische und Verhaltensstörungen	1,3	3,3	6,0	15,3	22,7	51,3	100,0
F30-F39	Affektive Störungen	0,9	2,4	4,9	14,2	23,2	54,4	100,0
F40-F48	Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen	1,7	4,6	7,7	16,0	20,3	49,7	100,0
	Andere psychische und Verhaltensstörungen	1,5	2,1	4,6	16,8	28,8	46,3	100,0
X	Krankheiten des Atmungssystems	16,2	42,4	26,1	10,8	1,9	2,6	100,0
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	4,1	10,4	13,7	32,7	16,6	22,6	100,0
XIX	Verletzungen und Vergiftungen	2,4	6,1	11,2	26,5	26,4	27,4	100,0
	Andere Krankheitsgruppen	9,0	10,2	11,9	25,4	15,4	28,1	100,0
	Insgesamt	8,9	17,5	15,0	22,4	14,9	21,3	100,0
	Insgesamt: Ergebnis laut Krankenstandsstatistik	8,6	16,9	14,4	20,9	14,0	25,2	100,0

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger; ÖGK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen beinhalten auch die Burn-out-Diagnose (Z73) aus dem ICD-10-Kapitel XXI.

Übersicht A10: Verteilung der Krankenstandstage von Frauen und Männern ausgewählter Diagnosegruppen nach Dauer, 2010

Frauen

ICD-10-Kapitel		Dauer in Tagen						Insgesamt
		1 bis 3	4 bis 7	8 bis 14	15 bis 42	43 bis 98	99 und mehr	
		Anteile in % der Krankenstandstage						
I	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	24,7	36,6	18,5	12,0	3,9	4,3	100,0
V	Psychische und Verhaltensstörungen	0,9	3,2	6,7	18,6	25,0	45,6	100,0
F30-F39	Affektive Störungen	0,8	2,9	6,4	18,4	25,1	46,4	100,0
F40-F48	Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen	1,3	4,4	8,5	19,7	24,0	42,0	100,0
	Andere psychische und Verhaltensstörungen	0,8	1,9	4,8	17,1	26,5	48,9	100,0
X	Krankheiten des Atmungssystems	12,1	38,6	28,8	14,5	3,0	3,0	100,0
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	2,2	6,6	13,1	40,9	17,6	19,6	100,0
XIX	Verletzungen und Vergiftungen	2,2	6,9	13,1	29,1	27,1	21,7	100,0
	Andere Krankheitsgruppen	7,5	10,9	14,7	30,6	16,2	20,1	100,0
	Insgesamt	7,1	16,5	16,8	26,9	14,9	17,8	100,0
	Insgesamt: Ergebnis laut Krankenstandsstatistik	6,9	16,0	16,0	25,0	14,2	21,9	100,0

Männer

ICD-10-Kapitel		Dauer in Tagen						Insgesamt
		1 bis 3	4 bis 7	8 bis 14	15 bis 42	43 bis 98	99 und mehr	
		Anteile in % der Krankenstandstage						
I	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	23,7	38,9	19,1	11,2	3,2	3,9	100,0
V	Psychische und Verhaltensstörungen	1,1	3,1	6,5	18,8	26,0	44,5	100,0
F30-F39	Affektive Störungen	0,8	2,8	6,3	19,2	25,1	45,8	100,0
F40-F48	Neurotische, Belastungs-, somatoforme Störungen	1,5	4,7	8,5	19,8	22,8	42,6	100,0
	Andere psychische und Verhaltensstörungen	1,1	1,9	4,9	17,1	31,2	43,7	100,0
X	Krankheiten des Atmungssystems	11,7	39,9	28,4	14,1	2,7	3,3	100,0
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	2,7	9,4	15,3	38,2	16,3	18,2	100,0
XIX	Verletzungen und Vergiftungen	2,1	6,8	13,1	29,6	26,0	22,5	100,0
	Andere Krankheitsgruppen	7,0	10,2	13,4	28,5	17,1	23,8	100,0
	Insgesamt	6,5	16,7	16,9	26,5	15,7	17,7	100,0
	Insgesamt: Ergebnis laut Krankenstandsstatistik	6,3	16,1	16,1	24,6	14,7	22,2	100,0

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger; ÖGK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen beinhalten auch die Burn-out-Diagnose (Z73) aus dem ICD-10-Kapitel XXI.