

WIFO

1030 WIEN, ARSENAL, OBJEKT 20
TEL. 798 26 01 • FAX 798 93 86

 **ÖSTERREICHISCHES INSTITUT FÜR
WIRTSCHAFTSFORSCHUNG**

Fehlzeitenreport 2011

**Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten
in Österreich**

Thomas Leoni

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Agwi, Doris Gabriel
EDV: Georg Böhs

Oktober 2011

Fehlzeitenreport 2011

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni

Oktober 2011

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag von Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wirtschaftskammer Österreich, Bundesarbeitskammer, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Pensionsversicherungsanstalt

EDV: Georg Böhs

Begutachtung: René Böheim • Wissenschaftliche Assistenz: Martina Agwi, Doris Gabriel

Inhalt

Der Fehlzeitenreport 2011 gibt wie die früheren Berichte des WIFO einen breiten Überblick über das Krankenstandgeschehen in Österreich. Die unselbständig Beschäftigten waren in Österreich im Jahresverlauf 2010 durchschnittlich 12,9 Tage im Krankenstand, dieser Wert entspricht einer Krankenstandsquote von 3,5%. Erstmals lag die Quote der Männer mit 3,5% geringfügig unter jener der Frauen (3,6%). Den Schwerpunkt des Berichts bildet eine Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Krankenstandgeschehen und dem krankheitsbedingten frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben. Personen mit einem Neuzugang in die Invaliditätspension sind bereits in einer mittel- bis längerfristigen Betrachtungsperiode überdurchschnittlich oft krank. Der gesundheitliche Unterschied gegenüber den Arbeitskräften, die keine Invaliditätspension erhalten, nimmt über die Zeit schrittweise und im Jahr vor dem Pensionsantritt stark zu. Das Krankenstandgeschehen ist ein nützlicher Frühwarnindikator für das Invaliditätsrisiko der Erwerbspersonen; das gilt insbesondere für längere Krankenstandsepisoden und für solche, die durch eine psychische Erkrankung verursacht werden.

Rückfragen: Thomas.Leoni@wifo.ac.at, Martina.Agwi@wifo.ac.at, Doris.Gabriel@wifo.ac.at

2011/235-2/S/WIFO-Projektnummer: 6710

© 2011 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

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

Verkaufspreis: 60,00 € • Kostenloser Download: <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/42691>

Fehlzeitenreport 2011

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni

Inhaltsverzeichnis	Seiten
Hauptergebnisse und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen	1
Vorwort	1
1. Entwicklung und Verteilung der Krankenstände	1
1.1 Definitionen und Datenbeschreibung	2
1.2 Entwicklung der Krankenstände	5
1.3 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten	8
1.4 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag	15
1.5 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung	19
1.5.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht	19
1.5.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter	21
1.5.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche	28
1.5.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst	35
1.5.5 Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse	39
1.6 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung	41
1.7 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen	45
1.8 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle	51
1.8.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle	52
1.8.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche	54
2. Krankenstände und gesundheitsbedingte Pensionierungen	59
2.1 Ausgangslage	59
2.2 Die Ursachen von Invalidität: Ergebnisse aus der internationalen Forschung	61
2.3 Datenbeschreibung und methodische Anmerkungen	66
2.3.1 Überblick der im Datensatz enthaltenen Informationen	66
2.3.2 Methodische Anmerkungen	67
2.4 Was wissen wir über die Neuzugänge in die Invaliditätspension?	70
2.4.1 Soziodemographische Merkmale der InvaliditätspensionistInnen	71
2.4.2 Gesundheitliche Ursachen von Invalidität	74
2.4.3 Welche Erwerbs- und Karriereverläufe haben InvaliditätspensionistInnen?	77
2.5 Das Krankenstandsgeschehen von InvaliditätspensionistInnen	82
2.5.1 Krankenstandsverläufe der Personen in Invaliditätspension	82
2.5.2 Unterschiede in Hinblick auf die Invaliditätsdiagnose	88
2.5.3 Merkmale der Personen mit einem abgelehnten Antrag	91

2.6	<i>Krankenstandsentwicklung als Vorlaufindikator von Invalidität</i>	94
2.7	<i>Zusammenfassung und Schlussfolgerungen</i>	100
	Literaturhinweise	105
	Anhang A	108
	Anhang B	113
	Anhang C	115

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1.1:	Verwendete Begriffe und Indikatoren	4
Übersicht 1.2:	Entgeltfortzahlungsstatistik 1999	9
Übersicht 1.3:	Bereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht	31
Übersicht 1.4:	Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht	31
Übersicht 1.5:	Krankenstände der Bundesbediensteten im Vergleich zu denen der Angestellten	36
Übersicht 1.6:	Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	43
Übersicht 1.7:	Normierung der Krankenstandsquote	44
Übersicht 1.8:	Krankheitsgruppenstatistik	47
Übersicht 2.1:	Erstmalige Zuerkennungen von Invaliditätspensionen	60
Übersicht 2.2:	Befristete Invaliditätspensionen, die nicht weiter verlängert wurden	60
Übersicht 2.3:	Verteilung der Zeiten in Arbeitslosigkeit	80
Übersicht 2.4:	Verteilung der Einkommen	81
Übersicht 2.5:	Entwicklung der durchschnittlichen Krankenstandsquoten	85
Übersicht 2.6:	Entwicklung der durchschnittlichen Zahl an Krankenstandsfällen	86
Übersicht 2.7:	Krankengeldbezüge zwischen 1990 und 2000	87
Übersicht 2.8:	Selektierte persönliche Merkmale und Krankenstandsindikatoren nach Invaliditätsdiagnose	89
Übersicht 2.9:	Zusammenhang zwischen Invaliditätsdiagnose und Krankenstandstage in der selben Diagnosegruppe	90
Übersicht 2.10:	Indikatoren zu Beschäftigungssituation und Krankenstandsentwicklung	92
Übersicht 2.11:	Determinanten von Invalidität	98

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1.1:	Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte/n	6
Abbildung 1.2:	Anteil der Erkrankten an den Versicherten	7
Abbildung 1.3:	Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte/n sowie der Tage je Krankenstandsfall	8
Abbildung 1.4:	Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf	11
Abbildung 1.5:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen	13
Abbildung 1.6:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte	13
Abbildung 1.7:	Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte	14
Abbildung 1.8:	Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis	16
Abbildung 1.9:	Krankenstandsbestände auf Monatsbasis	16
Abbildung 1.10:	Beginn des Krankenstands nach Wochentag	17
Abbildung 1.11:	Ende des Krankenstands nach Wochentag	18
Abbildung 1.12:	Krankenstandsquote nach Geschlecht	20
Abbildung 1.13:	Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter	22
Abbildung 1.14:	Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht	23
Abbildung 1.15:	Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht	23
Abbildung 1.16:	Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen	24
Abbildung 1.17:	Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen	24
Abbildung 1.18:	Versichertenstruktur nach Altersgruppe	27
Abbildung 1.19:	Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht	30
Abbildung 1.20:	Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen	34
Abbildung 1.21:	Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse	40
Abbildung 1.22:	Krankenstände nach Bundesländern	41
Abbildung 1.23:	Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern	42
Abbildung 1.24:	Durchschnittliche Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen	50
Abbildung 1.25:	Entwicklung der psychischen Krankheiten	51
Abbildung 1.26:	Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten	53
Abbildung 1.27:	Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht	54
Abbildung 1.28:	Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen	55
Abbildung 1.29:	Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)	56
Abbildung 1.30:	Unfallquote nach Betriebsgröße	58
Abbildung 2.1:	Verteilung der Neuzugänge in Invaliditätspension nach Alter	72
Abbildung 2.2:	Invalidisierungsquote nach Alter	73
Abbildung 2.3:	Verteilung der Neuzugänge in die Invaliditätspension nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	73
Abbildung 2.4:	Verteilung der Neuzugänge in die Invaliditätspension der Männer nach Diagnosegruppen	75
Abbildung 2.5:	Verteilung der Neuzugänge in die Invaliditätspension der Frauen nach Diagnosegruppen	75
Abbildung 2.6:	Verteilung der Neuzugänge nach Diagnosegruppen und Alter	76

Abbildung 2.7:	Verteilung der Beschäftigungszeiten in den fünf Jahren vor dem Eintritt in die Invaliditätspension	79
Abbildung 2.8:	Verteilung der Krankenstandstage pro Jahr, 2001 bis 2007	83
Abbildung 2.9:	Verteilung der Krankenstandstage pro Jahr, 2001 bis 2007	83
Abbildung 2.10:	Verteilung der Krankenstandstage pro Jahr, 2001 bis 2007	93
Abbildung 2.11:	Übergang in Invalidität bei Krankenstand von 42 Tagen oder mehr	96
Abbildung 2.12:	Übergang in Invalidität bei Krankenstand von 84 Tagen oder mehr	96
Abbildung 2.13:	Übergang in Invalidität bei Krankenstand von 180 Tagen oder mehr	96
Abbildung 2.14:	Invaliditätsrisiko in Abhängigkeit der Krankenstandstage nach Alter	99

Hauptergebnisse und gesundheitspolitische Schlussfolgerungen

Das Krankenstandsgeschehen in Österreich

Die unselbständig Beschäftigten waren in Österreich im Jahresverlauf 2010 durchschnittlich 12,9 Tage im Krankenstand (2009 13,2 Tage). Dieser Wert entspricht einer **Krankenstandsquote**, d. h. einem Verlust an Jahresarbeitstagen, von 3,5% (2009 3,6%). In einer langfristigen Betrachtung ist das Krankenstandsniveau nach wie vor vergleichsweise niedrig: Die krankheitsbedingten Fehlzeiten erreichten 1980, als pro Kopf 17,4 Krankenstandstage anfielen und die Krankenstandsquote bei 4,8% lag, ihren Höchstwert. In den Jahren 1990 und 2000 waren die Beschäftigten durchschnittlich 15,2 Tage bzw. 14,4 Tage krankgeschrieben.

Der leichte Rückgang der Fehlzeiten in 2010 war genauso überraschend wie der vorangegangene Anstieg im Krisenjahr 2009, da die Fehlzeiten typischerweise parallel zum Konjunkturzyklus steigen bzw. sinken. Allerdings wirken sich zahlreiche Faktoren gleichzeitig auf die krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten aus. Die Interpretation von **kurzfristigen Veränderungen** der Krankenstandsquote wird nicht zuletzt durch jährliche Schwankungen in der Inzidenz von saisonalen Erkrankungen (z. B. Grippewellen) und durch geringfügige Verzerrungen in der statistischen Erfassung von Krankenständen erschwert. Wie bereits in früheren Ausgaben des Fehlzeitenreports aufgezeigt werden konnte, treten bei **längerfristigen Entwicklungen** der Krankenstände gesellschaftliche und ökonomische Faktoren stärker in den Vordergrund. Neben dem demographischen Wandel schlagen sich auch die Lage am Arbeitsmarkt sowie beschäftigungs- und sozialpolitische Eingriffe auf die Fehlzeiten nieder, da sie Einfluss auf die Erwerbsbeteiligung und die Zusammensetzung der Beschäftigung haben. Veränderungen in der Wirtschaftsstruktur und in der Arbeitswelt führen zudem zu veränderten Arbeitsplatzbedingungen und Produktions- und Organisationsstrukturen der Betriebe.

Der Strukturwandel der Wirtschaft und Veränderungen in der Arbeitswelt spiegeln sich nicht zuletzt auch in der Bedeutung einzelner Krankenstandsursachen wider. So fiel beispielsweise der Anteil der Verletzungen an den **Krankenstandsdiagnosen** in den letzten 2½ Jahrzehnten kontinuierlich. Das Bild des Krankenstandsgeschehens wird vor allem von den Krankheiten des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes und jenen der oberen Atemwege geprägt. Zusammen verursachen diese Erkrankungen 45% der Krankenstandsfälle und knapp 40% aller Krankenstandstage. Der Anteil der Atemwegerkrankungen am Krankenstandsgeschehen nahm in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich zu, 2010 ging jeder fünfte Krankenstandstag auf diese Krankheitsgruppe zurück. Ein klarer Aufwärtstrend ergibt sich ebenfalls für die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen, die, von einem geringen Niveau ausgehend, sowohl absolut als auch relativ zu den restlichen Krankheitsgruppen deutlich im Steigen begriffen sind. Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Problemen für die Gesundheit der erwerbstätigen Bevölkerung kann allerdings anhand der Krankenstandsdaten nur unzureichend beleuchtet werden. Einerseits werden zahlreiche Krankenstände, die mitunter auch eine psychische Ursache haben, aufgrund ihrer Symptomatik bei der Diagnoseerfassung

anderen Krankheitsgruppen zugeschrieben (z. B. Magenschmerzen oder Muskelverspannungen). Andererseits lässt sich nicht sagen, inwiefern der starke Aufwärtstrend der psychischen Erkrankungen in der *Krankenstandsstatistik* auch darauf zurückzuführen ist, dass sich im Zeitverlauf das Bewusstsein für und die diagnostische Erfassung von psychischen Gesundheitsproblemen verändert hat.

Die langfristigen Trends in der Arbeitswelt zeigen sich auch an der Entwicklung der **Arbeitsunfälle**. 2010 lag die Unfallquote bei 374 je 10.000 Versicherte und erreichte somit den tiefsten Stand seit 1974. Anders gesagt waren im ersten Jahr des erfassten Zeitraums statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2010 waren es 3,7%. Zieht man von diesem Wert, der sowohl die Arbeitsunfälle im engeren Sinne als auch die Wegunfälle beinhaltet, letztere ab, so betrug die Unfallquote im Jahr 1974 6,8% und im Jahr 2010 3,3%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2010 um 50% gesunken. Der Rückgang der Unfallrate geht allerdings vordergründig auf die Entwicklung bis 2000 zurück, seitdem unterlag die Quote einigen Schwankungen, ohne dass sich dabei ein klarer Trend herausbildete. Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls am Arbeitsplatz ist bei Jugendlichen wesentlich ausgeprägter als bei älteren Arbeitskräften. Das Unfallrisiko in der Alterskohorte der Unter-20-Jährigen, das 2010 mehr als doppelt so hoch wie im Durchschnitt aller Beschäftigten war, konnte seit Mitte der 1990er-Jahre nur geringfügig reduziert werden. Große Unterschiede in der Unfallhäufigkeit lassen sich auch in einer Betrachtung nach Branchen feststellen. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2010 lag die Unfallhäufigkeit hier doppelt so hoch wie im Durchschnitt, fast ein Fünftel aller Arbeitsunfälle ereignete sich in diesem Bereich.

Hinsichtlich der durchschnittlichen **Dauer der Krankenstandsepisoden** setzt sich der Trend zu einer Verkürzung der Fälle ungebrochen fort, was vor allem auf die Zunahme der Kurzkrankenstände (Krankenstände von bis zu drei Tagen) zurückzuführen ist. Die langfristige Zunahme der Kurzkrankenstände setzte sich auch nach dem Jahr 2000 fort, obwohl man in Folge der Abschaffung des Entgeltfortzahlungsfonds (und des damit zusammenhängenden Anreizes zur Erfassung von Kurzkrankenständen) zumindest bei den ArbeiterInnen eine gegenteilige Entwicklung hätte erwarten können. Kurzkrankenstände stellen nunmehr knapp 35% aller erfassten Krankenstandsfälle dar, wobei nach wie vor von einer Untererfassung in der Statistik auszugehen ist. Auf Basis der verfügbaren Daten und Informationen sind hinsichtlich der Ursachen für die Zunahme von kurzen Krankenstandsepisoden nur Vermutungen möglich. Änderungen am Arbeitsmarkt, wie die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung, und Verbesserungen im Gesundheitswesen (z. B. durch die Verkürzung der medizinischen Behandlungen) dürften diese Entwicklung gefördert haben. Es ist nicht auszuschließen, dass hinter der seit langem beobachtbaren Verkürzung der Krankenstandsepisoden auch Veränderungen der Krankheitsmuster bzw. eine Abnahme der Untererfassung dieser Krankheitsfälle stehen. Allerdings gibt es keine empirischen Fakten oder Zahlen, die man zur Erhärtung dieser Hypothesen heranziehen kann. Der starke Anstieg in der Zahl der Kurzkrankenstände ist zu einem kleinen Teil auch statistisch bedingt: Auswertungen nach Wochentag des Anfangs bzw. Endes der

Krankschreibung legen den Schluss nahe, dass in der Vergangenheit in höherem Ausmaß als heute die Beschäftigten vom Arzt bis einschließlich Sonntag krankgeschrieben wurden. Eine Vorverlegung des Endes der Krankschreibung auf den Freitag führt dazu, dass Fälle, die früher mit mehr als drei Kalendertagen in die Statistik eingingen, heute als Kurzkrankenstände gezählt werden. Längere Krankenstandsepisoden sind selten – etwas mehr als 15% aller Fälle dauern länger als zwei Wochen. Dennoch verursacht diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten (60%), während Kurzkrankenstände für die Krankenstandsquote eine untergeordnete Rolle spielen (6,6% aller krankheitsbedingten Fehlzeiten). Rund ein Fünftel aller Krankenstandstage geht auf das eine Prozent von Fällen zurück, die mehr als drei Monate dauern.

Ältere Arbeitskräfte treten zwar seltener als die Jungen einen Krankenstand an, sie sind jedoch überproportional oft von langen Krankenstandsfällen betroffen. Das führt dazu, dass die Krankenstandsquote der Über-50-Jährigen deutlich höher als jene der restlichen Altersgruppen ist. Die Zunahme der krankheitsbedingten Fehlzeiten im Alter stellt im Zusammenhang mit dem Alterungsprozess der Erwerbsbevölkerung eine Herausforderung dar. Der demographische Wandel sowie die angestrebte Anhebung der Erwerbsbeteiligung älterer Personen gibt der Krankenstandsentwicklung Auftrieb. Bis zu den 1990er-Jahren wirkte sich die Verschiebung der Altersstruktur der Beschäftigten günstig auf die durchschnittliche Krankenstandsquote in Österreich aus, während in den letzten zwei Jahrzehnten Veränderungen in der demographischen Zusammensetzung der Beschäftigten für sich allein genommen eine Erhöhung der Krankenstandsquote bewirkt hätten. Der Anteil der Beschäftigten in der Altersgruppe zwischen 25 und 44 Jahren, die niedrige Fehlzeiten aufweisen, ist rückläufig. Gleichzeitig sind ältere Kohorten unter den Erwerbstätigen immer stärker vertreten. Der Wandel der Altersstruktur geht allerdings sehr langsam voran, dementsprechend gering ist im Normalfall der Beitrag der demographischen Komponente für den Verlauf der Krankenstandsquote. Betrachtet man beispielsweise den Anstieg der Krankenstände zwischen 2006 und 2009, dann gehen weniger als ein Fünftel dieses Anstiegs auf eine ungünstige Verschiebung der Altersstruktur und mehr als vier Fünftel auf eine Zunahme der Krankenstände in den einzelnen Altersgruppen zurück. Für die Zukunft von entscheidender Bedeutung ist demnach nicht allein die Frage, wie viele ältere Personen am Arbeitsmarkt tätig sein werden, sondern vor allem in welchem Gesundheitszustand und unter welchen Arbeits- und Beschäftigungsbedingungen sie ihre letzte Erwerbsphase erreichen werden.

Neben den Unterschieden nach Altersgruppen können signifikante Abweichungen in der Krankenstandshäufigkeit nach **Branche und Beruf** beobachtet werden. Der Unterschied nach sozialrechtlicher Stellung hat sich in den letzten Jahren deutlich verringert, dennoch verbrachten ArbeiterInnen 2010 nach wie vor um 60% mehr Zeit im Krankenstand als Angestellte. Bauwesen und Sachgütererzeugung, in denen körperliche Tätigkeiten eine große Rolle spielen, haben die höchsten Krankenstandsquoten. Seit Beginn der 1990er-Jahre ist allerdings eine Konvergenz der Fehlzeiten in den einzelnen Sektoren beobachtbar: Während die Krankenstandsquote im Dienstleistungsbereich weitgehend konstant blieb, kam es in der Sachgüter-

erzeugung und – in stärkerem Ausmaß – im Bauwesen, zu einem deutlichen Rückgang der Krankenstände. Die Tatsache, dass Männer eine hohe Konzentration in Branchen und Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen Belastungen und Risiken aufweisen, stellt dennoch 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 bis zu 25% über jener der Frauen. Dieser Abstand verringerte sich in den folgenden Jahren kontinuierlich, was im letzten Jahrzehnt zu einer Angleichung der geschlechtsspezifischen Krankenstandsquoten führte. 2010 verbrachten Frauen erstmals mehr Zeit im Krankenstand als Männer (durchschnittlich 13 Tage gegenüber 12,8 Tage). Hinter dieser Entwicklung stehen einerseits Änderungen in der Zusammensetzung der Beschäftigung: So wuchs das Segment der 50- bis 59-Jährigen bei den weiblichen Versicherten im letzten Jahrzehnt stärker als es bei den Männern der Fall war. Andererseits begünstigte der überproportionale Rückgang der Krankenstände im Bauwesen und im Sachgüter erzeugenden Sektor infolge der hohen Männerkonzentration in diesen Branchen die Entwicklung der Krankenstandsquote der Männer. Zudem verursachte eine statistische Bereinigung der *Krankenstandsstatistik* um jene Versicherten, die Kinderbetreuungsgeld beziehen und somit karenziert sind, einen Niveausprung in der Krankenstandsquote der Frauen.

Im **öffentlichen Sektor** liegen nur für die Bediensteten des Bundes ausführliche und leicht zugängliche Krankenstandsdaten vor. Vergleiche zwischen dem öffentlichen und dem privatwirtschaftlichen Sektor werden durch strukturelle Unterschiede (z. B. hinsichtlich der Altersstruktur, Qualifikation und des Beschäftigungsausmaßes der Beschäftigten) und durch die ungleiche Erfassung von Kurzkrankenständen erschwert. Sieht man von den strukturellen Unterschieden ab und schließt man die Kurzkrankenstände von der Betrachtung aus, dann lag die Krankenstandsquote der BeamtInnen und Vertragsbediensteten des Bundes im Jahr 2009 gut 10% über jener der ArbeiterInnen und Angestellten. Beim Bundespersonal fiel zudem pro Kopf eine deutlich höhere Anzahl an Kurzkrankenständen an als bei den ArbeiterInnen und Angestellten im ASVG-Bereich. Allerdings lässt sich anhand der verfügbaren Information nicht sagen, in welchem Ausmaß die hohe Frequenz von Kurzkrankenständen lediglich auf die vollständige Erfassung dieser Form von Fehlzeiten im öffentlichen Sektor zurückzuführen ist. Nachweislich sind die Kurzkrankenstände im privatwirtschaftlichen Bereich deutlich untererfasst. Andererseits dürfte der vielerorts dokumentierte Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Fehlzeiten vor allem bei kürzeren Fehlzeiten zum Tragen kommen.

Wie bereits im letzten Fehlzeitenreport aufgezeigt wurde, unterscheiden sich die Krankenstandsquoten auf **regionaler Ebene** zum Teil erheblich. Salzburg ist das Bundesland mit den geringsten Fehlzeiten, 2010 waren dort die Beschäftigten im Schnitt nur 9,9 Tage im Jahr krank. Die niederösterreichische und die Wiener Gebietskrankenkasse verzeichneten mit respektive 14,5 Tagen und 14,1 Tagen die höchsten Krankenstände, gefolgt von der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse mit 13,5 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. der gesundheitliche Zustand der Bevölkerung, die Arbeitsmarktlage, das Verhalten der niedergelassenen Ärzte usw.) die regionalen Krankenstandsunterschiede verursachen.

Krankenstand und Invalidität

Den Schwerpunkt des diesjährigen Fehlzeitenreports bildet eine detaillierte empirische Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Krankenstandsgeschehen und dem gesundheitsbedingten frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben. 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**. Unfälle, Krankheiten und gesundheitliche Gebrechen können naturgemäß weder aus der Arbeitswelt, noch aus der menschlichen Lebenswelt insgesamt verbannt werden. Eine grobe Abschätzung der Kosten des Krankenstandsgeschehens gibt dennoch einen Hinweis darauf, welche ökonomischen Folgen Reduktionen bzw. Steigerungen der Fehlzeiten haben können (siehe Übersicht). Die gesamtwirtschaftlichen Kosten für Krankenstand und Unfall setzen sich aus mehreren Komponenten zusammen, die unterschiedlich genau erfassbar sind. Die einzige Kostenkomponente, die relativ genau ermittelt werden kann, betrifft die direkten Zahlungen der Betriebe und Sozialversicherungsträger in Form von Entgeltfortzahlung und Krankengeld. Indirekte Kosten sowie die im Gesundheitssystem anfallenden medizinischen Behandlungskosten sind dagegen nur anhand von vereinfachenden Annahmen abschätzbar.

Übersicht: Schätzung der Kosten in Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbständig Beschäftigter, 2008

	Mio. €	In % des BIP
Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten	7.764,8	2,7
Direkte Kosten (direkte Zahlungen) ¹⁾	2.964,8	1,0
Indirekte Kosten (Wertschöpfungsverluste) ²⁾	bis zu 4.800,0	bis zu 1,7
Gesundheitsausgaben ³⁾	6.715,8	2,3
Direkte öffentliche Kosten	4.631,6	1,6
Direkte private Kosten (direkte Zahlungen)	2.084,2	0,7

Q: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz/Statistik Austria, ESSOSS-Datenbank; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; WIFO-Berechnungen, für eine detaillierte Erläuterung siehe *Leoni – Biffi – Guger (2008A)*. – ¹⁾ Entgeltfortzahlungen und Krankengeldzahlungen. – ²⁾ Auf Basis der Annahme, dass sich die 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.

Eine gesündere Erwerbsbevölkerung und altersgerechte Beschäftigungs- und Arbeitsplatzbedingungen helfen durch eine Senkung der krankheitsbedingten Fehlzeiten und somit der

Produktionskosten nicht nur unmittelbar den Betrieben. Sie tragen auch zu einer Entlastung des Gesundheitssystems und des Sozialsystems im Allgemeinen bei. Das große Verbesserungspotential in diesem Bereich lässt sich nicht zuletzt daran erkennen, dass in Österreich fast ein Drittel aller Neuzugänge in die Pension auf gesundheitliche Gründe zurückgeht. Insgesamt bezogen 2009 rund 145.000 Männer unter 65 Jahren und 61.000 Frauen unter 60 Jahren eine Pension der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit. Weitere 41.000 Personen beider Geschlechter unter 60 Jahren erhielten eine Versehrtenrente¹⁾. Daraus resultierten Zahlungen in Höhe von 2.923 Mio. € an **Invaliditätspensionen**²⁾. Von den knapp 30.300 Neuzugängen im Jahr 2009 entfielen fast 85% auf die Pensionsversicherungsanstalt, also auf die unselbständig Beschäftigten in ArbeiterInnen- und Angestelltenberufen, die in diesem Bericht untersucht werden.

Der Zustrom in die Invaliditätspension wird nicht nur von gesundheitlichen Faktoren, sondern auch von der Beschäftigungssituation und den Beschäftigungsperspektiven der Erwerbspersonen sowie von der Gestaltung von Invaliditätsleistungen und deren Einbettung im Sozial- und Pensionssystem bestimmt. Vor allem für das absolute Niveau der Inanspruchnahme von Invaliditätsleistungen und somit für die Erklärung von internationalen Unterschieden in der Invaliditätsquote spielen sozialrechtliche Aspekte (wie z. B. Zugangsvoraussetzungen und Höhe der Leistung) eine wichtige Rolle. Auch die Schwankungen der Zahl der Invaliditätspensionszugänge über die Zeit können mit sozialrechtlichen Änderungen in Verbindung gebracht werden. So kam es beispielsweise in Österreich in den frühen 1980er-Jahren im Zuge einer Lockerung der Zugangsbestimmungen für Invaliditätspensionsleistungen älterer Beschäftigter zu einem starken Anstieg der jährlichen Neuzugänge in die Invaliditätspension. Schritte, um den Übertritt in die Invaliditätspension zu erschweren, führten dagegen in den 1990er-Jahren zu einer Reduktion der Zahl der Neuzugänge. In der vorliegenden Untersuchung stehen allerdings nicht diese sozialrechtlichen Determinanten und Veränderungen über die Zeit, sondern in erster Linie die Bedeutung von Krankenstandsdaten für das Invalidisierungsgeschehen im Mittelpunkt der Analyse.

Gesundheitlich bedingte Austritte aus dem Erwerbsleben sind naturgemäß stark an eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands unmittelbar vor Pensionsübertritt gekoppelt. Das zeigt sich bereits daran, dass – gemessen an der Gesamtheit aller oberösterreichischen Neuzugänge in die Invaliditätspension im Jahr 2008 – über 40% der Personen am Stichtag der Pensionszuerkennung krankgeschrieben waren. Der Zusammenhang zwischen Invalidität und Krankenstandsgeschehen kann allerdings deutlich länger zurück in die Vergangenheit verfolgt werden. Im Durchschnitt fielen bei den InvaliditätspensionistInnen mit Neuzugang im Jahr 2008 zwischen 1990 und 2000 70 Tage mit **Krankengeldbezug** an. Das war fast drei Mal so viel wie bei der Kontrollgruppe mit vergleichbaren Personen ohne Invaliditätspension. Da in

1) Siehe Handbuch der Sozialversicherung, Tabelle 3.11 und Tabelle 4.10 https://www.sozialversicherung.at/mediaDB/716348/Statistisches_Handbuch_der_oesterreichischen_Sozialversicherung_2010.pdf

2) Siehe BMASK, Sozialschutzausgaben und deren Finanzierung nach Funktionen (http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/6/8/5/CH0182/CMS1220275118069/2.4_funktion_gebrechen.pdf), Tabelle 2.4.

den Daten nicht erkennbar ist, aus welchem Grund bzw. nach welcher Krankenstandsdauer Krankengeld bezogen wurde, können diese Krankengeldbezüge sowohl auf lange Krankenstände, als auch auf brüchige Erwerbskarrieren und auf Arbeitslosigkeitsepisoden hinweisen. Die Krankenstandsdaten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, die für die Periode 2001 bis 2007 ausgewertet werden konnten, bestätigen allerdings, dass sich bereits etliche Jahre vor der Pensionierung bei den meisten InvaliditätspensionistInnen deutliche Gesundheitsprobleme abzeichnen. Personen mit einem Pensionsneuzugang im Jahr 2008 und (fast) durchgehender Versicherungszeit als Beschäftigte oder Arbeitslose, verbrachten sieben Jahre vor der Pensionierung rund 80% mehr Zeit im Krankenstand, als Referenzpersonen ohne Invalidität. Dieser Unterschied zieht sich durch alle Altersgruppen, wobei Frauen mit einem Pensionsneuzugang höhere **Krankenstandsquoten** hatten als Männer. Die Zahl der Krankenstandstage steigt mit jedem Jahr, doch der größte Sprung ergibt sich im Jahr unmittelbar vor der Pensionierung: Zwischen 2006 und 2007 kam es bei der untersuchten Personengruppe zu einer Verdreifachung der Krankenstandsquote auf fast 44%.

Der starke Zusammenhang zwischen Krankenstand und Invalidität bedeutet im Umkehrschluss auch, dass das **Krankenstandsgeschehen** sich sehr gut als **Vorlaufindikator** zur Erkennung von erhöhtem Invaliditätsrisiko eignet. Zwar besteht zwischen den Krankenstandsdiagnosen der Arbeitskräfte und ihren Invaliditätsdiagnosen nur ein begrenztes Maß an Übereinstimmung. Aus der Untersuchung der oberösterreichischen Sozialversicherungsdaten geht aber hervor, dass das Eintreten eines Langzeitkrankenstands die Übertrittswahrscheinlichkeit in die Invaliditätspension gegenüber Personen ohne Krankenstand allgemein um ein Vielfaches erhöht. Dieser Effekt ist erwartungsgemäß umso stärker, je länger der Krankenstand ist. Betrachtet man jene Versicherten, die 2001 einen mindestens sechswöchigen Krankenstand verzeichneten, kann man Folgendes feststellen: Ein Jahr nach Beginn der Erkrankung haben knapp 7% der Betroffenen den Arbeitsmarkt aus gesundheitlichen Gründen verlassen. Nach einem weiteren Jahr liegt der Anteil an Invaliditätsneuzugängen bei knapp 11%, in den folgenden Jahren wechseln weitere 12% der untersuchten Gruppe in die Invaliditätspension. Im Vergleich dazu beanspruchen nach zwei Jahren nur 0,5% der Erwerbspersonen ohne langen Krankenstand eine Invaliditätsleistung. Über die gesamte Beobachtungsperiode sind es weniger als 5%.

Auch nach Berücksichtigung von anderen Merkmalen, die nachweislich mit dem Invaliditätsrisiko assoziiert sind (wie z. B. Alter und sozialrechtliche Stellung), liefert ein Langzeitkrankenstand einen erheblichen Beitrag als erklärender Faktor von Invalidität. Arbeitskräfte, die länger als sechs Wochen krankgeschrieben waren, unterlagen den Berechnungen zufolge einem **Invalidisierungsrisiko**, das gegenüber Vergleichspersonen ohne Krankenstand um das 2½-Fache erhöht war. Eine Differenzierung nach Krankheitsdiagnosen zeigt, dass Personen, deren Langzeitkrankenstand durch eine psychische Krankheit verursacht wird, einer besonders starken Gefährdung der Arbeitsfähigkeit ausgesetzt sind. Das Invalidisierungsrisiko war in diesen Fällen fast drei Mal so hoch wie bei der Referenzgruppe, die infolge einer infektiösen Krankheit erkrankt war. Krankenstände mit psychischen Krankheitsdiagnosen liefern demnach

ein besonders starkes Signal in Richtung Invaliditätsrisiko. Diese Erkenntnis deckt sich sowohl mit Ergebnissen aus der internationalen Literatur als auch aus dem Fehlzeitenreport 2008, bei dem der Einfluss von Krankenständen auf die Stabilität von Beschäftigungsverhältnissen untersucht worden war.

Psychische Erkrankungen stellen als Ursache von Invalidität einen besonders interessanten Untersuchungsgegenstand dar. Ihr Anteil am Invalidisierungsgeschehen hat in den letzten Jahrzehnten drastisch zugenommen und nimmt nunmehr unter den Krankheitsgruppen den ersten Platz ein. Das durchschnittliche Zugangsalter zur Invaliditätspension ist zudem bei psychischen Krankheiten deutlich niedriger, als im Fall von anderen Arbeitsunfähigkeitsursachen. Die Zunahme von psychischen Erkrankungen kann demnach mit dem langfristigen Rückgang des durchschnittlichen Zugangsalters zur Invaliditätspension – vor allem der Frauen – in Verbindung gebracht werden. Die Übereinstimmung zwischen den Invaliditätsdiagnosen und den Krankenstandsdiagnosen – die im Allgemeinen nicht stark ist – ist im Fall von psychischen Gesundheitsproblemen besonders schwach ausgeprägt. Bei Personen mit einem Invaliditätspensionszugang aufgrund von psychischen Erkrankungen, entfielen in den Jahren vor der Pension im Median nur 9% der Krankenstandstage auf Diagnosen derselben Krankheitsgruppe (zum Vergleich: bei Muskel-Skelett-Erkrankungen als Invaliditätsursache waren es 49%).

Ein bedeutender Teil der InvaliditätspensionistInnen hat schon geraume Zeit vor dem Eintritt in den Ruhestand mit **Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt** zu kämpfen. Nur 30% der Personen mit einem Pensionsneuzugang im Jahr 2008 waren in den fünf vorangegangenen Jahren durchgehend beschäftigt. Etwa 10% waren zwischen 2003 und 2007 durchgehend oder fast durchgehend arbeitslos, knapp 45% waren kumuliert in der Zeit zwischen 2003 und 2007 ein Jahr oder länger in Arbeitslosigkeit. Das durchschnittliche Ausmaß an Arbeitslosigkeit lag im Jahr 2003 für die Vergleichspersonen der Kontrollgruppe bei 21 Tagen und betrug somit nur ein Viertel. Rund 70% dieser Personen waren in der Beobachtungsperiode keinen einzigen Tag arbeitslos. Ein ähnliches Bild ergibt sich auch bei einer Betrachtung der Einkommen. InvaliditätspensionistInnen verdienten fünf Jahre vor Austritt aus dem Erwerbsleben im Schnitt fast 20% weniger als die Referenzpersonen aus der Vergleichsgruppe. In den folgenden Jahren weitet sich diese Einkommenslücke kontinuierlich aus und erreicht im Jahr vor der Pensionierung fast 36%. Dieser ausgeprägte Unterschied ist in erster Linie auf die fehlenden Beschäftigungszeiten bzw. auf die hohe Konzentration von Arbeitslosigkeit in der Gruppe mit Invaliditätspensionszugang zurückzuführen. Bei einer Einschränkung der Analyse auf jene Personen, die zwischen 2003 und 2007 durchgehend beschäftigt waren, bleibt dennoch sowohl bezogen auf den medianen als auf den durchschnittlichen Einkommenswert ein Unterschied von 5% bis 7% zwischen den beiden Gruppen bestehen.

Die Untersuchung der Erwerbs- und Krankenstandsverläufe von (oberösterreichischen) InvaliditätspensionistInnen bestätigt, dass ein **Monitoring** von Personen mit Langzeitkrankenständen bzw. mit einem hohen kumulierten Fehlzeitenvolumen sinnvoll sein kann, um frühzeitig ein erhöhtes Invaliditätsrisiko zu erkennen. Zusätzlich zur kumulierten Zahl der Krankenstandstage oder dem Eintritt von Langzeitkrankenständen kristallisieren sich aus den Untersuchungen

auch andere relevante Risikofaktoren heraus, die bei der Durchführung eines Monitoring mit dem Ziel der Reduktion von Invalidität berücksichtigt werden könnten. Das betrifft beispielsweise die starke Assoziation zwischen psychisch bedingten Langzeitkrankenständen und Invalidität, aber auch Unterschiede im Invalidisierungsrisiko in Abhängigkeit vom Alter und von der vergangenen und gegenwärtigen Beschäftigungssituation. Die Ergebnisse aus den Schätzungen des Invaliditätsrisikos zeigen, dass im Falle einer Überlagerung von gesundheitlichen Problemen und Arbeitslosigkeit, die Wahrscheinlichkeit eines Übertritts in die Invaliditätspension besonders hoch ausfällt. Aufgrund der komplexen und zum Teil wechselseitigen Wirkung zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit lassen sich nur schwer kausale Zusammenhänge herausarbeiten. Dennoch lässt sich mit Sicherheit sagen, dass im Falle von langen oder häufigen krankheitsbedingten Fehlzeiten die Beschäftigungssituation der Betroffenen nicht unberücksichtigt bleiben sollte.

Aus den durchgeführten Analysen geht freilich nicht hervor, ob eine Früherkennung ausreicht, um gezielte Maßnahmen zu setzen und eine bleibende Arbeitsunfähigkeit abzuwenden. Da es sich in diesen Fällen um Personen handelt, bei denen sich bereits gesundheitliche Probleme manifestiert haben, können vorwiegend nur Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention zum Einsatz kommen. Es ist davon auszugehen, dass nicht nur der Zeitpunkt, sondern auch die Beschaffenheit der Maßnahmen für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit von entscheidender Bedeutung ist. Die Teilnahme am aktiven Erwerbsleben ist nicht nur eine gesundheitliche Frage, sondern auch eine der Beschäftigungschancen und der geeigneten Arbeitsplatzbedingungen. Dementsprechend sollten Strategien zur Reduktion des Invaliditätsrisikos nicht nur frühzeitig greifen, sondern auch einen Mix an Maßnahmen vorsehen, der je nach Gegebenheiten neben der gesundheitlichen Situation der Arbeitskräfte auch ihre Beschäftigungssituation und ihr Arbeitsumfeld anspricht.

Vorwort

Der Fehlzeitenreport erscheint 2011 nunmehr zum vierten Mal. Der diesjährige Bericht wurde vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Wirtschaftskammer Österreich, der Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte und der Pensionsversicherungsanstalt in Auftrag gegeben. Wie bereits in den Vorjahren besteht der Bericht aus einem ersten, weitgehend standardisierten Überblickskapitel sowie aus einem zweiten Teil mit einem jährlich wechselnden Schwerpunktthema. Im ersten Kapitel wird sowohl die langfristige Entwicklung der krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten als auch ihre Verteilung auf die Beschäftigtengruppen und Wirtschaftsbereiche anhand von Daten der Sozialversicherungsträger dargestellt. Den Schwerpunkt des zweiten Teils des diesjährigen Berichts bildet eine empirische Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Krankenstandsgeschehen und dem gesundheitsbedingten frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben. Dieses Thema wurde mit einem Blick auf die Herausforderung gewählt, die Erwerbsbeteiligung der älteren Arbeitskräfte in Österreich zu steigern und den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit über den Erwerbslebenszyklus zu sichern.

Die Erstellung des Fehlzeitenreports wäre nicht ohne die Hilfe und Unterstützung von zahlreichen Institutionen und Personen möglich gewesen. Wie bereits in den Vorjahren leisteten die Kolleginnen und Kollegen vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, von der Gebietskrankenkasse Oberösterreich und vom Arbeitsmarktservice durch die Bereitstellung von Daten und Wissen einen entscheidenden Beitrag zum Gelingen des Projekts. Für den diesjährigen Bericht war zudem eine Sonderauswertung der Datenbank zu den Neuzugängen in die Invaliditätspension von Seiten der Pensionsversicherungsanstalt unerlässlich. Gerhard Rohsapp und Rudolf Beliza haben sich diesbezüglich als äußerst hilfreiche Ansprechpersonen erwiesen. Ein besonderer Dank geht auch Johann Stefanits vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz und an Reinhard Haydn vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger für die hilfsbereite und kompetente Beantwortung von zahlreichen Anfragen.

Fehlzeitenreport 2011

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

1. Entwicklung und Verteilung der Krankenstände

Dieses Kapitel dient einem Überblick der langfristigen 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. Dabei darf nicht vergessen werden, dass die Krankenstandsentwicklung in einem breiten Kontext eingebettet ist und dass gesellschaftliche, wirtschaftliche und institutionelle Faktoren auf diese Entwicklung großen Einfluss ausüben. Die Krankenstandsentwicklung kann als eine wichtige gesundheitspolitische Zielgröße betrachtet werden, prinzipiell ist eine Senkung der Krankenstände als positiv und wünschenswert zu beurteilen. Belastungen am Arbeitsplatz und individuelles Risikoverhalten in und außerhalb der Arbeitswelt wirken sich zwangsläufig über kurz oder lang negativ auf die Krankenstände aus. Dennoch muss bedacht werden, dass die Krankenstandsentwicklung nicht immer unmittelbar das gesundheitliche Befinden der (erwerbstätigen) Bevölkerung widerspiegelt.

Zum einen wirken sich Veränderungen in der Zusammensetzung der unselbständigen Beschäftigung stark auf die von der Statistik erfassten Krankenstände aus und können mitunter Effekte verursachen, die in einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive differenziert betrachtet werden müssen. So schlägt sich beispielsweise der frühzeitige Erwerbsaustritt von Personen mit gesundheitlichen Problemen günstig in der *Krankenstandsstatistik* nieder. Angesichts der Zielsetzung, die Erwerbsbeteiligung der Älteren zu steigern, und der Notwendigkeit, den demographischen Alterungsprozess der Gesellschaft durch die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit zu bewältigen, ist ein frühzeitiger Erwerbsaustritt allerdings weder wünschenswert noch nachhaltig. Dem betriebs- und volkswirtschaftlichen Nutzen, der sich kurzfristig durch die Reduktion von Fehlzeiten ergibt, stehen in so einem Fall langfristige, hohe Kosten im Gesundheits-, Sozialversicherungs- und Pensionssystem gegenüber³⁾. Zum anderen sind die statistisch erfassten Krankenstände auch ein Produkt des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt, Leistungsdruck und Arbeitsplatzunsicherheit können diesbezüglich das Verhalten der Beschäftigten ebenso beeinflussen wie ihre Arbeitszufriedenheit und Motivation. Eine Steigerung der aus gesundheitlicher wie ökonomischer⁴⁾ Sicht problematischen Bereitschaft der ArbeitnehmerInnen krank arbeiten zu gehen (das Phänomen des sogenannten Präsentismus), kann sich positiv auf die *Krankenstandsstatistik* niederschlagen.

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

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

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 kann man die Gesamtheit der Abwesenheiten der ArbeitnehmerInnen vom Arbeitsplatz im Laufe eines Kalenderjahres als "Ausfallzeiten" definieren (Schnabel, 1997). Dieser Oberbegriff beinhaltet auch die Abwesenheit an Urlaubs- und Feiertagen, also Tagen, an denen das Unternehmen von vornherein nicht die Anwesenheit der MitarbeiterInnen erwarten kann. Fehlzeiten sind eine Untergruppe dieser Ausfallzeiten und beziehen sich auf jene Tage, an denen die ArbeitnehmerInnen aus persönlichen Gründen ihren Arbeitsverpflichtungen nicht nachkommen können. Die größte Teilmenge dieser Kategorie ist durch Krankheiten bzw. Unfälle gegeben, Kuraufenthalte gehören ebenfalls zu dieser Gruppe. Der Mutterschutz und andere mit einer normal verlaufenden Schwangerschaft in Verbindung stehende Abwesenheiten werden davon ausgenommen, desgleichen sonstige Fehlzeiten wie beispielsweise Behördenwege und unentschuldigete Absenzen. Die so definierten krankheitsbedingten Fehlzeiten stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung. Die Begriffe "(krankheits- und unfallbedingte) Fehlzeiten" und "Krankenstand" werden hier als Synonym verstanden und verwendet.

Die in diesem Kapitel beschriebenen Daten werden vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV) erhoben und wurden hauptsächlich der jährlich erscheinenden *Krankenstandsstatistik* bzw. dem *Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung* entnommen. In der Statistik werden alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Krankenstandsfälle erfasst. Als Krankenstandstage werden Kalendertage gezählt, die Statistik unterscheidet nicht zwischen Arbeits- bzw. Werktagen oder Sonn- und Feiertagen. Demnach ist die Summe der ausgewiesenen Krankenstandstage größer als die der effektiv verloren gegangenen Arbeitstage. Im Durchschnitt dürfte die Zahl der verlorenen Arbeits- bzw. Werkstage etwa fünf Siebtel der Gesamtsumme der verlorenen Kalendertage ausmachen (Biffli, 2002). Die Daten des Hauptverbands eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2010 waren 2,97 Mio. unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 88% der unselbständig Beschäftigten in Österreich⁵⁾. Dazu zählen nach dem ASVG neben den ArbeiterInnen und Angestellten auch die Vertragsbediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Aus der *Krankenstandsstatistik* sind allerdings die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie die Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten ausgenommen⁶⁾. Ebenso nicht erfasst werden Personen mit geringfügiger Beschäftigung sowie freien Dienstverträgen. Die *Krankenstandsstatistik* basiert 2010

⁵⁾ Im Jahresdurchschnitt 2010 gab es laut HV 3,36 Mio. Beschäftigte.

⁶⁾ Von 1970 bis 1984 wurde die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen in die Statistik inkludiert. Die pragmatisierten, bei einer Betriebskrankenkasse versicherten Bediensteten (2.942 Personen im Jahr 2009) sind in der Statistik durchgehend enthalten.

erstmalig auf einer Abgrenzung der Versicherten, in der Präsenzdiener und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen nicht als Beschäftigte gezählt werden. Durch diese Bereinigung, die zum Teil rückwirkend bis zum Jahr 2000 durchgeführt wurde, ergeben sich geringere Versichertenzahlen und in der Folge höhere durchschnittliche pro-Kopf Krankenstandswerte als bisher. 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 – können die Abweichungen gegenüber der bisherigen Statistik ein signifikantes Ausmaß annehmen. In diesen Fällen geht der Bericht bei der Dateninterpretation ausdrücklich auf die Auswirkungen der Umstellung ein. Auch in Zeitreihen, wo die Umstellung der Beschäftigtenzahlen keine größeren Veränderungen nach sich gezogen hat, wird der statistische Bruch zumindest in den graphischen Darstellungen entsprechend gekennzeichnet. Der Beobachtungszeitraum des diesjährigen Fehlzeitenreports reicht von 2010 bis zum Jahr 1970 zurück⁷⁾.

Die Erfassung der Krankenstände in den administrativen Statistiken spiegelt institutionelle und zum Teil auch bürokratische Aspekte wider, die bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden müssen. Nicht anders als bei anderen Datenquellen sind deshalb auch im Falle der *Krankenstandsstatistik* einige vorwegnehmende 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 HV 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 geringfügig und über die Jahre stabil⁸⁾. 2010 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,3% höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei Männern lag diese Differenz bei 1,1% und bei Frauen bei 1,5%. 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. Im Bericht 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 sich ohne Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses (bis zu drei Tagen) krank melden dürfen, fließen die entsprechenden Krankenstandsfälle nicht in die Statistik ein. Aus dieser Tatsache resultiert eine Untererfassung der

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

⁸⁾ Durch eine jährliche Stichtagserhebung im Juli erteilt der Hauptverband Auskunft zum Ausmaß der Differenz zwischen Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und von beschäftigten Personen (Haydn, 2011).

tatsächlich eingetretenen Kurzkrankenstandsfälle und damit auch der Gesamtzahl der Krankenstandstage. Auf diese Problematik wird im Abschnitt 1.3 noch im Detail eingegangen.

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

Übersicht 1.1: Verwendete Begriffe und Indikatoren

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

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

Die BezieherInnen von Kinderbetreuungsgeld, die von ihrem Arbeitsplatz karenziert sind und somit in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen, wurden von den Sozialversicherungsträgern in der Vergangenheit als Beschäftigte gezählt. Diese Personen erhöhten somit die Grundgesamtheit der Versicherten in der *Krankenstandsstatistik*, obwohl sie in der Praxis wohl kaum Krankenstände verzeichneten. Ähnliches galt auch für die PräsenzdienereInnen. Jährliche Schwankungen in der Zahl dieser beiden Gruppen konnten daher die Berechnung von

durchschnittlichen Krankenstandsindikatoren leicht verzerren⁹⁾). Mit dem Jahr 2010 wurde die *Krankenstandsstatistik* wie bereits erwähnt auf eine neue Grundlage gestellt und um die beiden erwähnten Personengruppen bereinigt. Auswertungen für frühere Jahre können allerdings nur dort erstellt werden, wo die Daten auch rückwirkend angepasst wurden (das ist vereinzelt bis 2000, sonst bis 2008 der Fall). Auf die Gesamtzahlen der Statistik bezogen, fällt diese Bereinigung nicht stark ins Gewicht: Nach der alten Berechnungsmethode entfielen beispielsweise 2008 und 2009 12,5 bzw. 12,6 Krankenstandstage pro Person. Die revidierte Statistik weist für 2008 13,0 Tage und für 2009 13,2 Tage aus, was einer Steigung um etwa 4,5% entspricht. Für einzelne Personengruppen fällt die Anpassung jedoch viel stärker aus. Die Pro-Kopf-Zahl der Krankenstandstage von Frauen zwischen 25 und 29 Jahren (eine Altersgruppe, wo die Konzentration von Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen sehr hoch ist) hat sich durch die Revision für 2008 von 7,9 auf 10,2 erhöht, 2009 von 8,2 auf 10,4. Das entspricht einer Erhöhung um mehr als 25%.

1.2 Entwicklung der Krankenstände

Im Zeitraum 1970 bis 2010 unterlag die jährliche Anzahl von Krankenstandstagen, absolut und relativ zum Versichertenstand, beträchtlichen Schwankungen (Abbildung 1.1). Absolut betrachtet war die Entwicklung der Krankenstände während der 1970er-Jahre steigend, der Höhepunkt wurde mit dem Jahr 1980 erreicht. Ab diesem Zeitpunkt setzte eine Trendwende ein. Besonders während der frühen 1980er-Jahre, Mitte der 1990er-Jahre und in der Periode 2000/06 verringerte sich die Summe der Krankenstandstage deutlich. Die Gesamtsumme der Krankenstandstage betrug 1970 knapp 32 Mio., 1980 waren es 42,8 Mio. und 2010 38,3 Mio. Während im Jahrzehnt 1970 bis 1980 die Zahl der Krankenstandstage viel schneller als die Zahl der Versicherten stieg, entwickelten sich Beschäftigungsstand und Fehlzeiten im folgenden Jahrzehnt in etwa im Gleichklang. Seit den 1990er-Jahren nahm der Versichertenstand weiterhin zu, während das Krankenstandsvolumen nach einigen Schwankungen 2010 etwa gleich groß war wie zu Ende der 1980er-Jahre, wodurch sich eine deutliche Reduktion der Pro-Kopf-Werte ergab.

Die soeben beschriebene Entwicklung, mit dem Jahr 1980 als Wendepunkt, wird durch die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen je Versicherte/n verdeutlicht. In den frühen 1970er-Jahren entfielen auf jede versicherte Person knapp 15 Krankenstandstage. Nach der Erreichung eines Spitzenwertes im Jahr 1980 (17,4 Tage) verringerte sich die Häufigkeit der Krankenstandstage wiederum und erreichte 2006 ihren bisher niedrigsten Wert. Im Jahr 2006 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). Zwischen 2007 und 2009 kam es erneut zu einem leichten Anstieg der Fehlzeiten (auf 13,2 Tage), 2010 waren die Beschäftigten im Schnitt 12,9 Tage im Krankenstand. Die Entwicklung in den Jahren 2009 und 2010 war einigermaßen überraschend, da in einer Rezession eher ein Rück-

⁹⁾ Zieht man die Gesamtheit der Versicherten heran, dann sind die jährlichen Schwankungen im Anteil der KinderbetreuungsgeldbezieherInnen und PräsenzdienlerInnen 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.

gang der Fehlzeiten und mit dem robusten Aufschwung in 2010 eine Erhöhung gegenüber der Vorperiode zu erwarten gewesen wäre¹⁰⁾.

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

Österreich



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

Die Entwicklung der Fehlzeiten kann auch anhand der Krankenstandsquote, die ein Maß für den Verlust an Arbeitstagen im Jahresverlauf darstellt, veranschaulicht werden. Die Krankenstandsquote entspricht dem Quotienten aus der Summe der Krankenstandstage im Jahr und dem Arbeitsvolumen der Versicherten im Jahresdurchschnitt, die Berechnung des Arbeitsvolumens erfolgt auf der Basis eines 365-Tage-Arbeitsjahres. Dadurch, dass sowohl für das Arbeitsvolumen der Versicherten als auch für die Krankenstandstage Kalendertage verwendet werden, erfasst die Krankenstandsquote die durch Krankheit und Unfälle verlorenen Arbeitstage relativ genau (Biffi, 2002). Unschärfen, die sich aus Unterschieden zwischen ganzjährig und nicht ganzjährig Beschäftigten 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 2010 3,5%. Der höchste Wert wurde 1980 mit 4,8% erreicht, der niedrigste 2006 mit 3,3%.

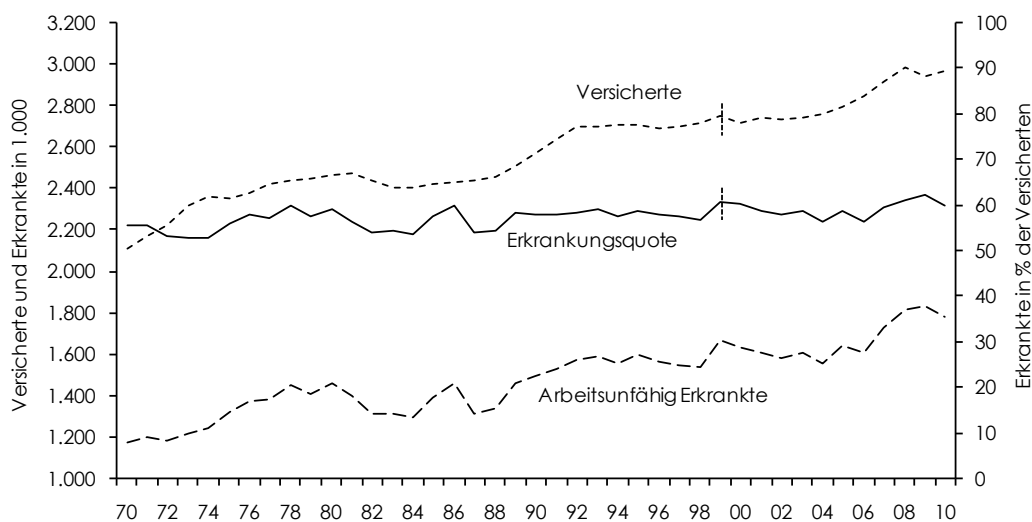
Die Schwankungen der Krankenstandsquote können durch eine Zerlegung in Komponenten näher bestimmt werden. Dabei kann die Entwicklung der Fehlzeiten auf drei unterschiedliche Dimensionen zurückgeführt werden (Biffi, 2002):

¹⁰⁾ Krankenstandsindikatoren haben tendenziell einen prozyklischen Verlauf, d. h. dass die durchschnittliche Zahl an Fehltagen im Aufschwung typischerweise zunimmt, während sie im Abschwung abnimmt (siehe Kenyon – Dawkins, 1989, Schnabel – Stephan, 1993, Audas – Goddard, 2001, Fahr – Frick, 2007 sowie für Österreich im Fehlzeitenreport 2009, Abschnitt 2.3, Leoni, 2010).

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

Die Anzahl der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einen Krankenstand meldeten, ist in der *Krankenstandsstatistik* enthalten und ermöglicht die Berechnung einer Erkrankungsquote. Trotz jährlicher Schwankungen lag diese Erkrankungsquote im vergangenen Jahrzehnt immer nahe bei 60% (Abbildung 1.2). Somit sind jährlich etwa sechs von zehn Versicherten mindestens einmal wegen Krankheit oder Unfall als arbeitsunfähig gemeldet. Den absolut niedrigsten Wert verzeichnete die Statistik in den Jahren 1973 bis 1974, wo weniger als 53% der Versicherten einen Krankenstand hatten. Im Krisenjahr 2009 wurde mit einer Erkrankungsquote von 62,3% der bisher höchste Wert registriert – wobei zu beachten ist, dass die Umstellung der Krankenstandsstatistik die Vergleichbarkeit mit Werten aus der Vergangenheit etwas einschränkt. Im Laufe des Jahres 2010 waren 59,8% der Versicherten (mindestens einmal) im Krankenstand. Nicht nur die Erkrankungsquote, auch die Betroffenheit von Krankheit und die Dauer der Krankenstandsfälle haben sich kontinuierlich verändert. Die Anzahl von Krankenstandsfällen je Person hat sich im Beobachtungszeitraum erhöht: 1970 entfielen auf jeden Beschäftigten 0,84 Krankenstandsfälle, 2010 waren es 1,19 Fälle (Übersicht A2).

Abbildung 1.2: Anteil der Erkrankten an den Versicherten Österreich

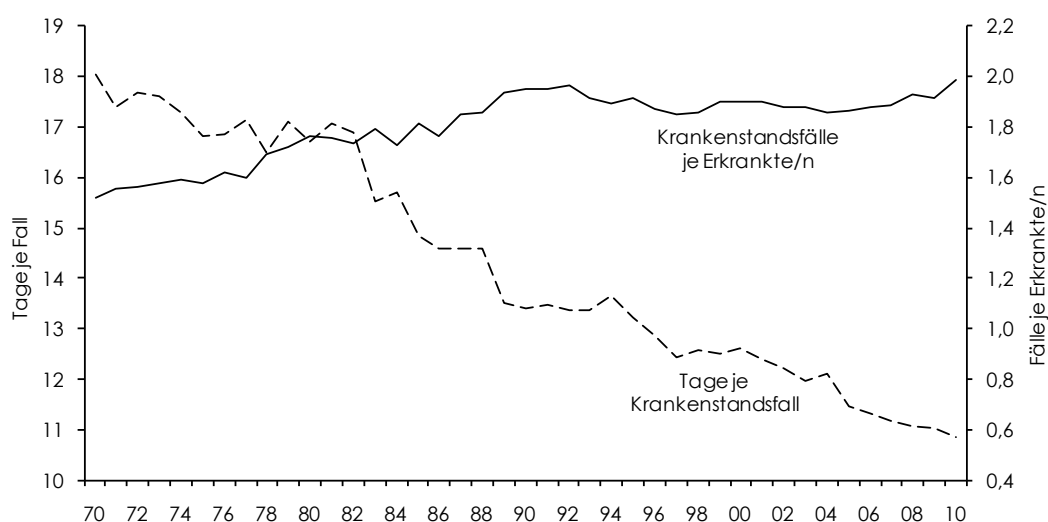


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den betroffenen Datenreihen zwischen 1999 und 2000 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Bereinigt man die Zahl der Versicherten um jene Personen, die im Laufe des Jahres nicht erkrankt sind, erhält man die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandsfällen je Erkrankte/n. Dabei ändert sich nichts an der Gesamtaussage, dass die Anzahl der Krankenstandsepisoden

pro Kopf zugenommen hat: Im Jahr 1970 waren jene Beschäftigten, die erkrankten, durchschnittlich 1,5-mal im Jahr krank, im Jahr 2010 zweimal (Abbildung 1.3). Die Kombination aus steigender Krankenstandsfrequenz und fallender Krankenstandszeit spiegelt sich in einer starken Verkürzung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer wider. Während 1970 ein Krankenstandsfall im Durchschnitt 18 Tage dauerte, reduzierte sich dieser Wert auf knapp 11 Tage im Jahr 2010. Dieser stark abfallende Trend kann vor allem auf die Entwicklung seit den frühen 1980er-Jahren zurückgeführt werden.

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



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die relative Bedeutung der einzelnen Komponenten (Erkrankungsquote, Inzidenz und Dauer der Krankenstände) für die Entwicklung der Krankenstände kann anhand einer einfachen mathematischen Zerlegung untersucht werden¹¹⁾. Das Ergebnis zeigt, dass Veränderungen in der durchschnittlichen Dauer der Fehlzeiten den größten Einfluss auf die Entwicklung der Fehlzeiten haben: Rund 70% der Varianz in der Krankenstandsquote werden durch Veränderungen in der Dauer der Krankenstandsepisoden erklärt, während die Anzahl der Fälle je erkrankter Person und die Erkrankungsquote die restlichen 30% der Varianz bestimmen.

1.3 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten

Die soeben erwähnten statistischen Daten werden auch durch die Kurzkrankenstände (Krankenstände von bis zu drei Tagen) beeinflusst. Durch den Umstand, dass ärztliche Bescheinigungen seitens der ArbeitgeberInnen für Krankenstände, die nur ein bis drei Tage dauern, nicht immer eingefordert werden, sind Kurzkrankenstände in der Statistik untererfasst. Folgen-

¹¹⁾ Für eine Erläuterung der Berechnungsmethode siehe Anhang A im Fehlzeitenreport 2008 (Leoni – Mahringer, 2008).

de unterschiedliche Faktoren können sich auf das tatsächliche Ausmaß der Meldung von Kurzkrankenständen auswirken:

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

Eine genaue Abschätzung der Untererfassung von Kurzkrankenständen ist auf Basis der bestehenden Daten nicht möglich, eine entsprechende Stichprobenerhebung wäre dazu erforderlich. Im Allgemeinen kann man davon ausgehen, dass die Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen besser erfasst sind als jene der Angestellten. Dies hängt damit zusammen, dass ab Einführung des Entgeltfortzahlungsgesetzes (1974) die Krankenversicherungen dem Unternehmen die (für ArbeiterInnen) geleisteten Entgeltfortzahlungen rückerstatteten. Diese Regelung stellte einen Anreiz zur Erfassung der ArbeiterInnenkrankenstände dar, die bei den Angestellten in dieser Form nicht gegeben war. Laut Auskunft des HV bestand im Rahmen des Entgeltfortzahlungsgesetzes auch die Möglichkeit, dass Unternehmen Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen beim Sozialversicherungsträger meldeten, ohne notwendigerweise eine ärztliche Bestätigung eingeholt zu haben. In diesen Fällen wurden die Krankenstände auch bei der Gruppe der ArbeiterInnen von der Statistik nicht erfasst. Anhand einer Sonderauswertung der Entgeltfortzahlungsstatistik aus dem Jahr 1999 konnte ermittelt werden, dass etwa 111.000 Krankenstandsfälle von ArbeiterInnen nicht ärztlich bestätigt worden waren (Übersicht 1.2). Das entspricht einem Drittel der im selben Jahr gemeldeten Kurzkrankenstände von ArbeiterInnen laut *Krankenstandsstatistik*. Gemessen an der Gesamtheit der Fälle (6,8%) und vor allem der Krankenstandstage (1,3%) spielt diese Untererfassung eine geringe Rolle. Man kann davon ausgehen, dass sie auch ein Maß für die Untererfassung von Kurzkrankenständen der ArbeiterInnen in der offiziellen Statistik darstellt. Die tatsächliche Untererfassung dürfte allerdings, vor allem bei den Angestellten, um einiges höher liegen (siehe Kasten S. 14).

Übersicht 1.2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999
Österreich

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

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

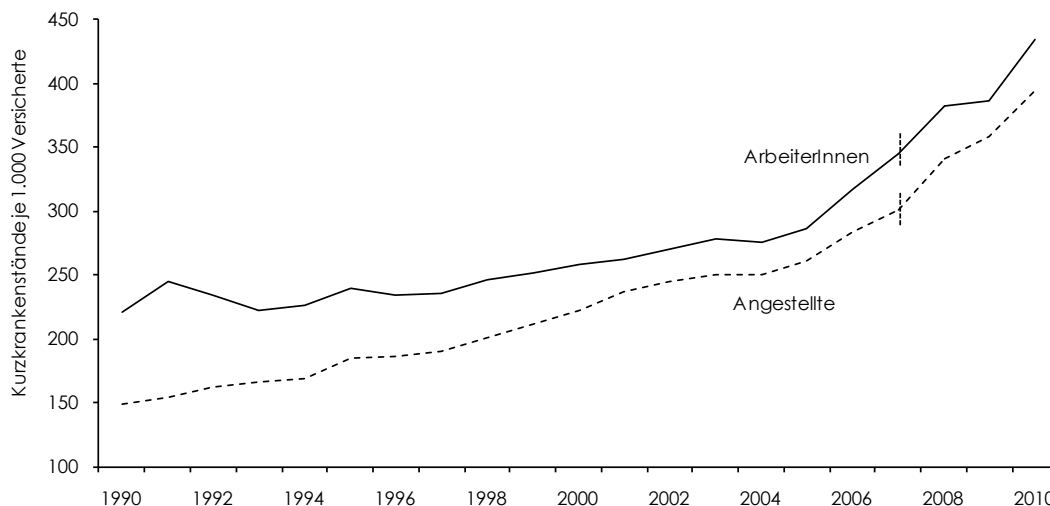
Obwohl der Entgeltfortzahlungsfonds und der Erstattungsanspruch im Jahr 2001 abgeschafft wurden, kann man vermuten, dass die Erfassungsquote von Kurzkrankenständen bei den ArbeiterInnen weiterhin höher ist als bei den Angestellten. Neben dem Nachwirken des Entgeltfortzahlungsgesetzes dürften diesbezüglich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

Aus der Entwicklung der Statistik der 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 betrug sie 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 ist¹²⁾. Der steigende Trend in der Häufigkeit von Kurzkrankenständen hält aber weiterhin ungebrochen an: Zwischen 2008 und 2010 entwickelte sich die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände von 35,8% auf 41,2%. In anderen Worten gab es 2008 358 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2010 waren es 412 Fälle. Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei den beiden Berufsgruppen stark an. Während der 1970er-Jahre waren Kurzkrankenstände bei ArbeiterInnen deutlich häufiger als bei Angestellten. 1975, ein Jahr nach Einführung des Entgeltfortzahlungsfonds, gab es im Schnitt etwa 120 Kurzkrankenstände je 1.000 ArbeiterInnen, aber weniger als 75 Kurzkrankenstände je 1.000 Angestellte. 1990 gab es bei den ArbeiterInnen durchschnittlich noch deutlich häufiger Kurzkrankenstände als bei den Angestellten (Kurzkrankenstände je Versicherte: 22% gegenüber 14,9%). Bei den jüngsten Daten kann in der Verteilung der Krankheitsfälle zwischen ArbeiterInnen und Angestellten nur ein geringer Unterschied beobachtet werden: Bei den Ange-

¹²⁾ 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%).

stellten entfielen 2010 auf 1.000 Versicherte 395 Kurzkrankenstände, bei den ArbeiterInnen waren es 434 (Abbildung 1.4).

Abbildung 1.4: Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf Österreich



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

Die Zunahme der Kurzkrankenstände folgt einem kontinuierlichen Trend, der sich auch nach dem Jahr 2000 fortsetzte, obwohl man in Folge der Abschaffung des Entgeltfortzahlungsfonds (und des damit zusammenhängenden Anreizes zur Erfassung von Kurzkrankenständen) zumindest bei den ArbeiterInnen eine gegenteilige Entwicklung hätte erwarten können. Es könnte somit sein, dass es in der jüngsten Vergangenheit zu einer Verringerung oder zumindest zu keinem weiteren Anstieg der Unterefassung von Kurzkrankenständen in der Statistik kam. Allerdings dürften weitere Faktoren den Anstieg der Kurzkrankenstände und damit die Senkung der durchschnittlichen Krankensdauerdauer verursacht haben. Zum einen legen Auswertungen nach Wochentag des Anfangs bzw. Endes der Krankschreibung – die allerdings nur für Oberösterreich verfügbar sind – den Schluss nahe, dass in der Vergangenheit in höherem Ausmaß als heute die Beschäftigten vom Arzt bis einschließlich Sonntag krankgeschrieben wurden (siehe Abschnitt 1.4, Abbildung 1.11). Eine Vorverlegung des Endes der Krankschreibung auf den Freitag führt dazu, dass einige Fälle, die früher mit mehr als drei Kalendertagen in die Statistik eingingen, heute als Kurzkrankenstände gezählt werden. Dieser Faktor kann aber nur einen Teil der Zunahme an Kurzkrankenständen erklären¹³). Auch Änderungen am Arbeitsmarkt, wie die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung, und Verbesserungen im

¹³) Um diese Frage zu untersuchen, wurde anhand der oberösterreichischen Krankenstandsdaten (die in vollständiger Form als Individualdaten nur für die Periode 2001 bis 2007 vorliegen) für das Jahr 2007 eine Verteilung der Krankensdauerdauern simuliert, die jener aus dem Jahr 2001 entspricht. Anschließend wurde die Verteilung der Krankensdauern nach Dauer neu berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass nur etwa ein Viertel des Anstiegs der Kurzkrankenstände zwischen 2001 und 2007 durch eine systematische Vorverlegung des Endes der Krankschreibung von Sonntag auf Freitag erklärt werden könnte.

Gesundheitswesen (z. B. durch die Verkürzung der medizinischen Behandlungen) dürften die zunehmende Verbreitung von kurzfristigen Krankschreibungen gefördert haben. Zudem ist nicht auszuschließen, dass hinter der seit langem beobachtbaren Verkürzung der Krankenstandsepisoden auch Veränderungen der Krankheitsmuster bzw. des Umgangs mit Krankheit stehen.

Angesichts der insgesamt deutlich höheren Krankenstandsquoten bei den ArbeiterInnen fallen die Kurzkrankenstände bei den Angestellten (gemessen an den Krankenstandstagen) stärker ins Gewicht. Gemessen an der Verteilung der Fehlzeiten nach Krankenstandsdauer sind 2010 bei den Angestellten 7,9% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (Abbildung 1.6; 1990 3,3%), die Quote bei Männern liegt bei 7,7% (1990 3%), während sie bei Frauen etwas höher ist (2010 8,1% bzw. 1990 3,6%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei ArbeiterInnen ist, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: 5,4% in 2010 (Abbildung 1.5), 2,2% in 1990. Auch hier ist zwischen den Geschlechtern nur ein geringfügiger Unterschied beobachtbar. Anders als bei den Angestellten haben Arbeiterinnen einen geringeren Anteil an Kurzkrankenstandstagen als Männer (2010 4,9% gegenüber 5,6%).

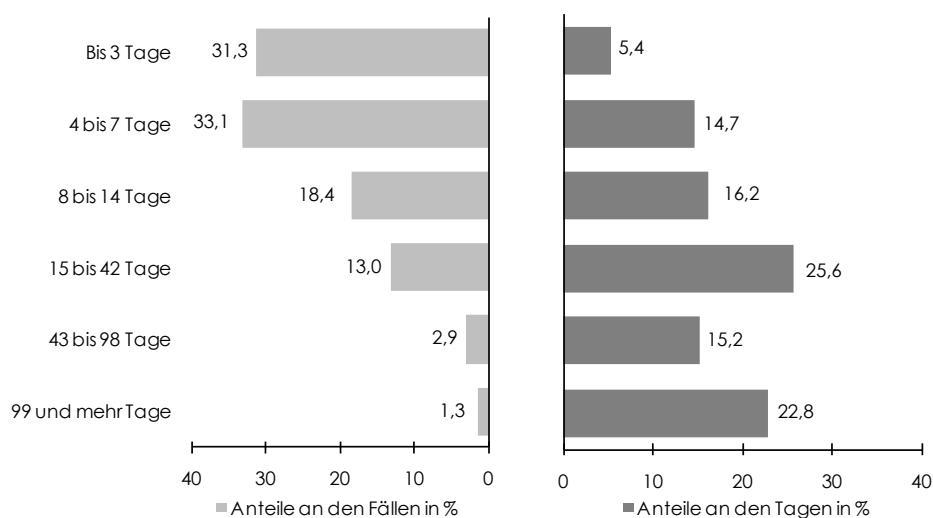
Die steigende Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Gesamtheit der Beschäftigten kann sowohl an der Entwicklung der Krankenstandstage als auch der Krankenstandsfälle abgelesen werden. 1990 stellten Fälle mit einer Dauer von bis zu drei Tagen 16,4% der Krankenstandsfälle, aber nur 2,6% der Krankenstandstage dar. Im Jahr 2010 waren zwar rund 35% der gemeldeten Krankenstände bis zu drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten haben Kurzkrankenstände trotz ihrer Zunahmen weiterhin eine vergleichsweise geringe Bedeutung, ihr Anteil an der Summe der Krankenstandstage liegt bei 6,6%. 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 weniger als 4% der Gesamtsumme dar, verursachen aber über ein Drittel der Krankenstandstage. Ein Vergleich zwischen Beschäftigtengruppen zeigt, dass bei den ArbeiterInnen Langzeitkrankenfälle noch stärker als bei Angestellten ins Gewicht fallen: Bei den ArbeiterInnen entfallen 37% der Fehlzeiten auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten sind es 34,8%.

Im deutschen Fehlzeitenreport (*Badura et al.*, 2008) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2006 auf Krankenstandsfälle mit einer Dauer von bis zu drei Tagen 6,1% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 36% betrug¹⁴). Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da viele ArbeitgeberInnen in den ersten drei Tagen einer Erkrankung keine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verlangen. Nach einer Befragung des Instituts der deutschen Wirt-

¹⁴) Der im Vergleich zu Österreich hohe Anteil der Kurzkrankenstände an den Krankenstandsfällen in Deutschland geht zum Teil auf eine statistische Ursache zurück. Anders als in der Statistik zur Krankenstandsdauer des HV wird im deutschen Fehlzeitenreport jedem Fall nur die Dauer zugerechnet, die sich auf das entsprechende Beobachtungsjahr bezieht. Durch diese zeitliche Abgrenzung wird die Anzahl der Kurzkrankenstände überschätzt, da beispielsweise ein Langzeitkrankenstand, der am 2. Jänner 2009 zu Ende gegangen ist, im deutschen Fehlzeitenreport für das Jahr 2009 als Kurzkrankenstand angeführt wird.

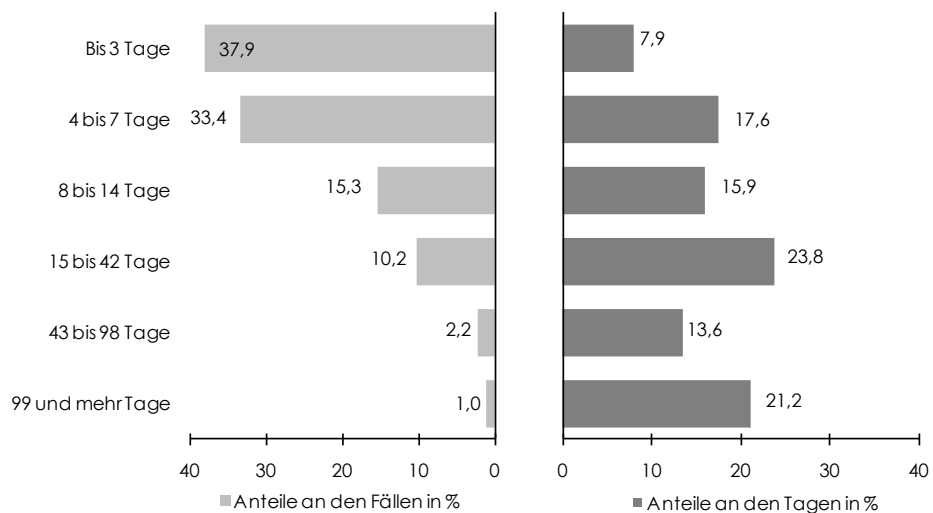
schaft (Marstedt – Müller, 1998) liegt der Anteil der Fälle von bis zu drei Tagen an den krankheitsbedingten Fehltagen etwa doppelt so hoch wie in der offiziellen Statistik (insgesamt durchschnittlich 11,3%).

Abbildung 1.5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen Österreich, 2010



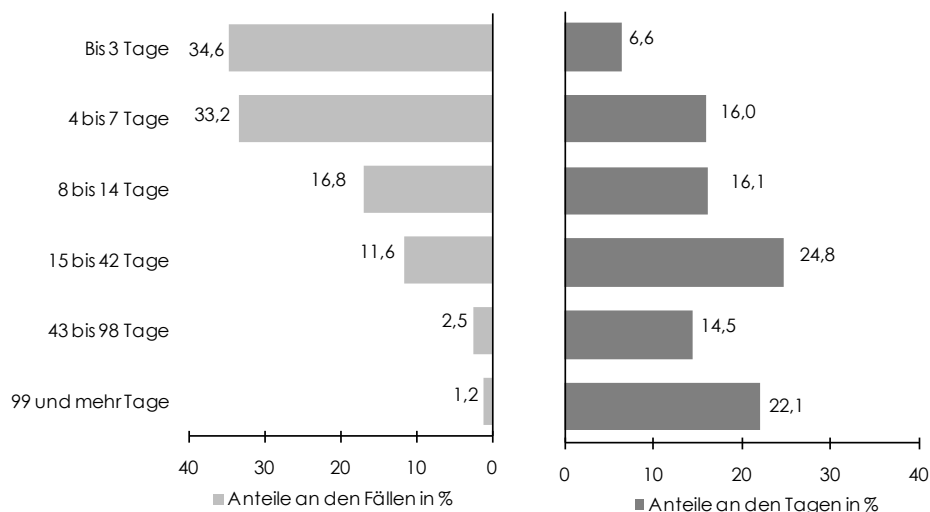
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte Österreich, 2010



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte Österreich, 2010



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Welche Bedeutung hat die Untererfassung der Kurzkrankenstände für die Statistik?

Da keine Information zur tatsächlichen Häufigkeit von Kurzkrankenständen in der österreichischen Wirtschaft verfügbar ist, können hinsichtlich der quantitativen Bedeutung dieser Untererfassung für die Statistik nur Vermutungen angestellt werden.

Eine mögliche Annäherung an die tatsächliche Anzahl der Kurzkrankenstände führt über eine Schätzung der erfassten Kurzkrankenstände, wobei davon ausgegangen wird, dass die Untererfassung bei den ArbeiterInnen nur geringfügig, bei den Angestellten signifikanter ist¹⁾. Im Jahr 2008 wurden etwa 500.000 Kurzkrankenstände von ArbeiterInnen und 570.000 Kurzkrankenstände von Angestellten gemeldet. Einem plausiblen Szenario zufolge könnten die Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen in Wirklichkeit um 30%, jene der Angestellten um 150% höher liegen als in der Statistik. Das würde eine Verdoppelung der Gesamtzahl von kurzen Fehlzeiten bedeuten²⁾. In diesem Szenario, d. h. bei 1.000.000 zusätzlichen Kurzkrankenständen, würde das Volumen der Fehlzeiten um 5,4% steigen, Kurzkrankenstände würden rund 10% der Krankenstandstage bzw. 46% der Krankenstandsfälle darstellen. Die Anzahl der Krankenstandstage pro Person würde um etwas mehr als einen halben Tag auf 13,6 Tage im Jahr ansteigen, die Krankenstandsquote 3,8% statt 3,6% betragen.

Ein zweiter Anhaltspunkt könnten die Kurzkrankenstände im öffentlichen Dienst sein. Wie von einer jüngst erschienenen Studie mit Auswertungen der Fehlzeiten des Bundespersonals aufgezeigt wird, gingen im Jahr 2008 bei den Bundesbediensteten durchschnittlich 2,6 Arbeitstage infolge von Kurzkrankenständen verloren (*Bundeskanzleramt, 2009*). Überträgt man diesen Wert auf die Versicherten im ASVG-Bereich ergeben sich pro Kopf 14,2 Krankenstandstage im Jahr. Der tatsächliche Anteil der Kurzkrankenstände am gesamten Fehlzeitenvolumen würde demnach bei 15,3% liegen, die Krankenstandsquote für 2008 von 3,6% auf 3,9% ansteigen.

¹⁾ Dabei wird angenommen, dass die nicht erfassten Kurzkrankenstände die gleiche durchschnittliche Dauer der tatsächlich in der Krankenstandsstatistik enthaltenen Kurzkrankenstände haben.

²⁾ Dieses Szenario entspricht der Annahme, dass die Krankenstandsfälle einer Gammaverteilung folgen.

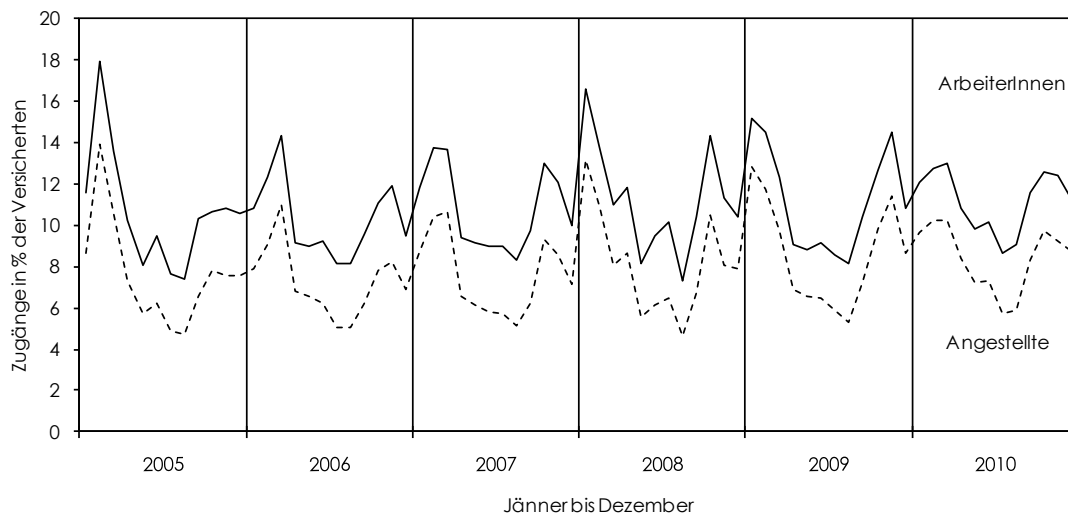
Eine Sensitivitätsanalyse (siehe Kasten) zeigt, dass auch in Österreich eine vollständige Erfassung der Kurzkrankenstände das Gesamtbild der *Krankenstandsstatistik* beeinflussen, aber nicht wesentlich verändern würde. Eine Verdoppelung der Kurzkrankenstände entspricht einem durchschnittlichen Anstieg von etwas mehr als einem halben Krankenstandstag pro Jahr und Beschäftigten. Unter der Annahme, dass kurze Krankenstandsfälle im privatwirtschaftlichen Bereich genauso häufig sind wie im öffentlichen Bereich, erhöht sich die Krankenstandsquote um knapp 10%. *Badura et al.* (2008) kommen zu dem Schluss, dass Maßnahmen, die auf eine Senkung des Krankenstands abzielen, vorrangig bei den Langzeitfällen ansetzen sollten. Kurzkrankenstände haben dennoch oft einen störenden Einfluss auf den Betriebsablauf und können hohe Folgekosten verursachen. Das betrifft insbesondere Kleinbetriebe, die weniger flexibel als Großbetriebe auf das Entfallen einer Arbeitskraft reagieren können sowie jene Betriebe, in denen die Arbeitsplätze mit einem hohen Sachkapitalaufwand (z. B. teure Maschinen) ausgestattet sind.

1.4 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag

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

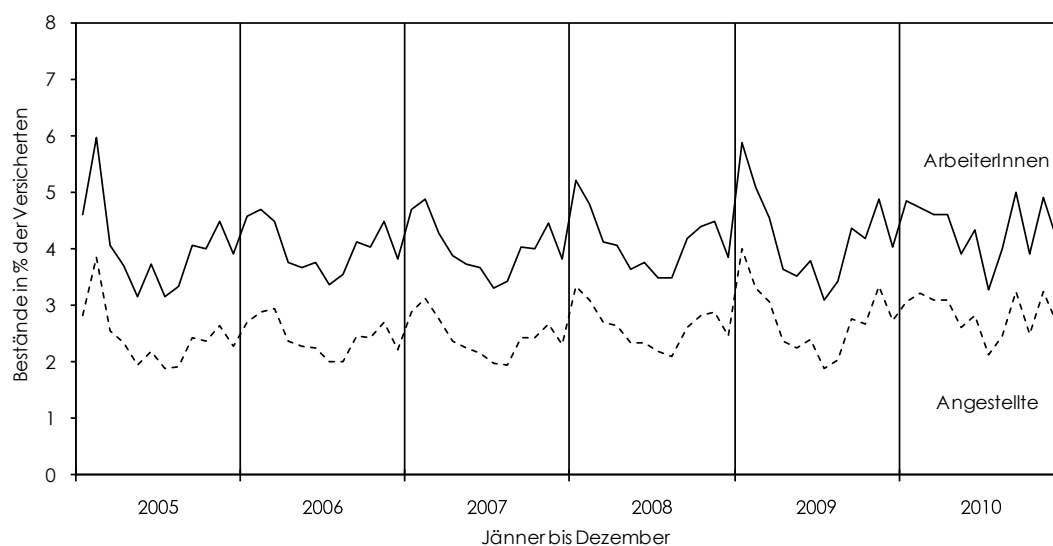
Das jährliche Muster zeigt sich sowohl bei ArbeiterInnen als auch bei Angestellten. Die relative Differenz zwischen ArbeiterInnen und Angestellten ist bei den Zugängen kleiner als bei den Beständen, was mit den durchschnittlich kürzeren Krankenstandsfällen der Angestellten zu erklären ist. Anhand des Verlaufs der Zugänge in den Krankenstand über mehrere Jahre können auch besonders starke Grippewellen erkannt werden: Eine solche hat beispielsweise zu Jahresanfang 2005 Österreich getroffen und insbesondere im Februar 2005 zu einem sprunghaften Anstieg der Zugänge in den Krankenstand geführt. In diesem Monat verzeichnete die Statistik rund 430.000 Neuzugänge in den Krankenstand, statistisch betrachtet wurden somit fast 18% aller ArbeiterInnen und 14% aller Angestellten krankgeschrieben. Auch zu Beginn und gegen Ende des Jahres 2009 kam es zu Spitzenwerten im Krankenstandszugang. In 2010 ist dagegen keine solche Grippewelle erkennbar, was mitunter ein Grund dafür sein dürfte, dass die Krankenstandsquote gegenüber dem Vorjahr zurückging.

Abbildung 1.8: Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis
Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.9: Krankenstandsbestände auf Monatsbasis
Österreich



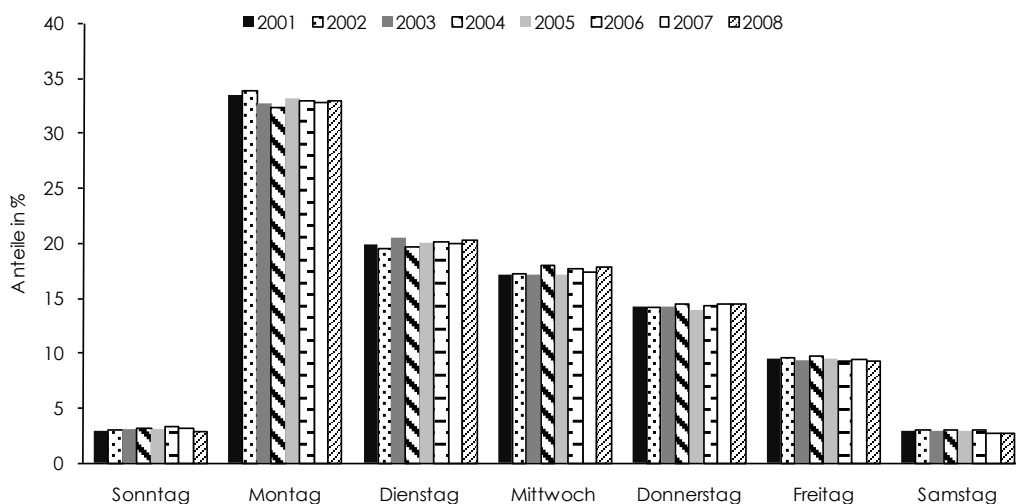
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Der Zugang in den und der Abgang aus dem Krankenstand sind sehr unregelmäßig auf die Wochentage verteilt¹⁵⁾. Anders als die Verteilung der Krankenstände im Jahresverlauf, die stark vom saisonalen Krankheitsmuster abhängt, wird die Häufigkeit von Krankschreibungen im Verlauf der Woche von den Öffnungszeiten der Arztpraxen und dem Verhalten von Ärzten

¹⁵⁾ Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf Auswertungen des Individualdatensatzes der Gebietskrankenkasse Oberösterreich, der auch als Ausgangspunkt für die Analysen im zweiten Kapitel des vorliegenden Berichts dient und dort ausführlich beschrieben wird. Vergleichbare Daten für Gesamtösterreich liegen nicht vor.

und Patienten geprägt. Geht man davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit zu erkranken an allen Wochentagen gleich hoch ist, müssten auf jeden Tag etwa 14% der Krankenstands-meldungen entfallen. Wie Abbildung 1.10 zeigt, entfallen allerdings kaum Krankschreibungen auf das Wochenende. Dafür beginnt jeder dritte Krankenstandsfall an einem Montag. Das hat weniger mit dem so genannten "blauen Montag", als mit dem Zeitpunkt zu tun, an dem erkrankte Beschäftigte einen Arzt aufsuchen bzw. aufsuchen können. Man kann davon ausgehen, dass der Arzt am Wochenende nur im Notfall aufgesucht wird 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. Sieht man von diesem "Montags-Effekt" ab, 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, wird der Freitag nur in jedem zehnten Fall als der Wochentag angegeben, an dem der Krankenstand begonnen hat. Der unterproportionale Anteil an Krankmeldungen am Freitag signalisiert, dass viele ArbeitnehmerInnen im Fall eines Krankheitsbeginns kurz vor dem Wochenende dazu tendieren, mit dem Arztbesuch bis Montag zu warten.

Abbildung 1.10: Beginn des Krankenstands nach Wochentag
Oberösterreich

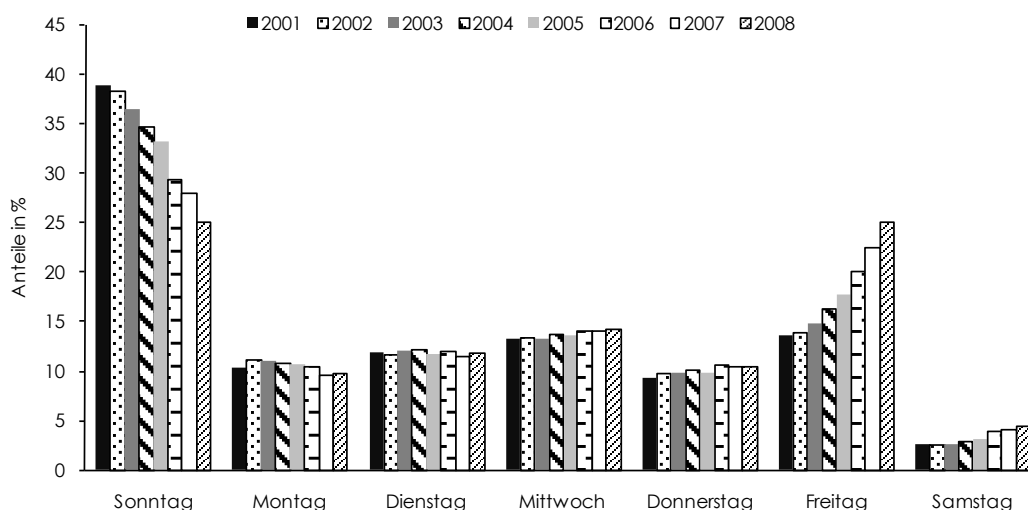


Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Die meisten Krankenstandsepisoden werden entweder an einem Freitag oder an einem Sonntag (je ein Viertel aller Fälle) beendet (Abbildung 1.11). Es gibt kaum Fälle, die am Samstag zu Ende gehen, auch die Zahlen der Krankenstandsbeendigungen am Montag und Donnerstag sind unterdurchschnittlich. Dieses Muster lässt sich vermutlich mit der Tatsache erklären, dass sich der Arzt bei Krankheitsfällen, die in die zweite Wochenhälfte fallen, oftmals veranlasst sieht, das Wochenende als Genesungsperiode zu inkludieren. Zudem ist es üblich, dass im Krankheitsfall der Patient für den Montag zu einem Kontrolltermin "wiederbestellt" wird.

Ist zwischenzeitlich über das Wochenende die Genesung eingetreten, wird dieser Termin nicht wahrgenommen, ArbeitnehmerInnen gehen direkt wieder in die Arbeit. Da der Montag für die Mehrheit der Beschäftigten der erste tatsächliche Arbeitstag ist, wird der vorangehende Sonntag als Ende der Krankheitsepisode auf der Krankmeldung festgehalten. Im Laufe der letzten Jahre nahm der Anteil an Krankschreibungen, die an einem Freitag enden, allerdings deutlich zu, während der Anteil der Krankschreibungen bis Sonntag zurückging¹⁶⁾. Das trifft besonders auf Krankenstandsepisoden von ein oder zwei Wochen zu. Vermutlich sehen sich die Ärzte heute stärker als in der Vergangenheit dazu veranlasst, die Krankschreibung schon vor dem Wochenende zu beenden bzw. weniger oft als früher einen Kontrolltermin zu vereinbaren. Zugleich hat auch der Anteil an Kurzkrankenständen, die sich naturgemäß nur selten auf das Wochenende erstrecken, zugenommen (siehe Abschnitt 1.3)¹⁷⁾.

Abbildung 1.11: Ende des Krankenstands nach Wochentag
Oberösterreich



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Für Österreich kann pauschal angenommen werden, dass die Zahl der Kalendertage, die in die *Krankenstandsstatistik* eingehen, mit dem tatsächlichen Krankheitsverlauf annähernd konsistent ist: Bei Krankheitsepisoden, die am Wochenende beginnen, wird die Zeit bis zur Krankenstandsmeldung am Montag nicht in die Statistik inkludiert. Umgekehrt fließen die Wochentage, die am Ende einer Krankheitsepisode anfallen, in die *Krankenstandsstatistik* ein, obwohl die Krankheit tatsächlich vielleicht schon am Samstag nicht mehr bestand. Eine systematische Verschiebung des Endes der Krankschreibungen von Sonntag auf Freitag (wie sie zumindest für die Periode 2001 bis 2008 anhand der oberösterreichischen Daten beobachtet werden kann) würde allerdings dazu führen, dass die statistisch erfassten Krankenstands-

¹⁶⁾ In dieser Periode zwischen 2001 und 2008 sank in Oberösterreich der Anteil der Krankenstandsbeendigungen am Sonntag von 39% auf 25%, jener am Freitag stieg von 14% auf 25%.

¹⁷⁾ Das legt den Schluss nahe, 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.

tage die Zahl der tatsächlichen Krankheitstage leicht unterschätzen. Beschäftigte, die am Wochenende erkranken, würden mit ein bis zwei Tagen Verspätung erfasst werden, während der Freitag vor ihrer Rückkehr am Arbeitsplatz als letzter Krankenstandstag gezählt werden würde. Ein solches Muster prägt die statistische Erfassung von Krankenständen in Deutschland. Die Daten aus dem deutschen Fehlzeitenreport (Badura et al., 2008) zeigen eine Verteilung des Krankenstandbeginns, die sich stark mit der österreichischen deckt. In Deutschland endet aber fast die Hälfte der Krankenstandsepisoden an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Sonntag zu Ende gehen, ist nicht höher als an anderen Tagen. Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt 14% der Fälle zu Ende gehen, entfallen in Deutschland auf die restlichen Tage jeweils etwa 8% der Krankenstandsbeendigungen.

1.5 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung

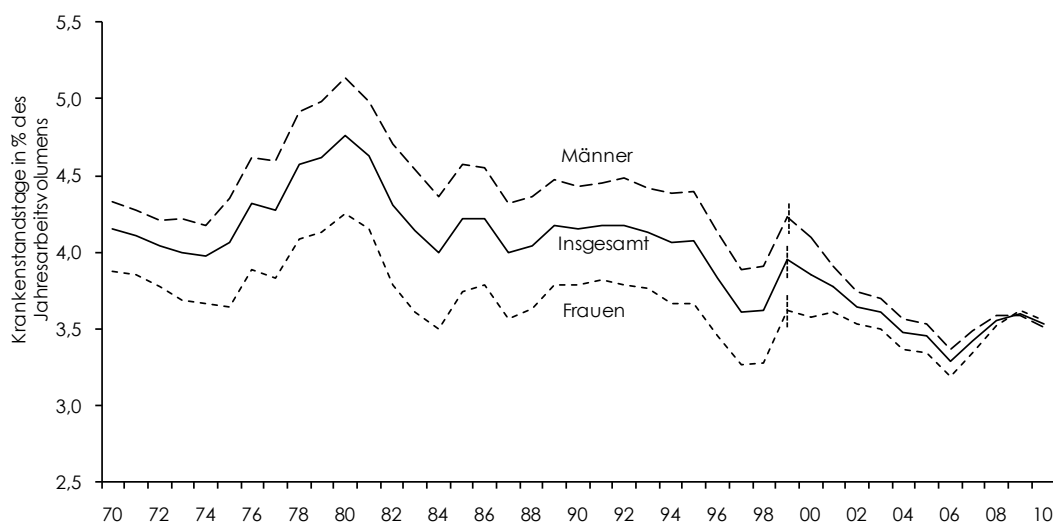
1.5.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht

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

In Österreich waren – genauso wie in Deutschland – in der Vergangenheit die Krankenstandsquoten der Männer deutlich höher als jene der Frauen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hat sich im Beobachtungszeitraum zuerst ausgeweitet und dann wieder verringert. 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%), 2010 lag die Krankenstandsquote der Männer mit 3,5% (2010) geringfügig unter jener der Frauen (3,6%). Diese Entwicklung geht zum Teil auf die

Umstellung der *Krankenstandsstatistik* auf Versichertenzahlen ohne PräsenzdienerrInnen und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen 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% in 2000 auf 6,4% in 2009.

Abbildung 1.12: Krankenstandsquote nach Geschlecht
Österreich



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

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

Tatsächlich ist die Verteilung von Männern und Frauen nach Branchen und Berufen ein wichtiger Bestimmungsgrund für die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Fehlzeiten.

Die Ergebnisse der Untersuchungen im Fehlzeitenreport 2008 (Leoni – Mahringer, 2008, 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)¹⁸⁾.

1.5.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten verläuft im Lebenszyklus der Erwerbstätigen in einem leichten U-Muster (Abbildung 1.13). Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, was auch mit der starken Konzentration dieser Altersgruppe auf ArbeiterInnenberufe in Verbindung gebracht werden kann¹⁹⁾. Ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten, die 20- bis 24-Jährigen liegen leicht unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Im Alter von 25 bis 39 Jahren erreichen die Krankenstandsquoten die niedrigsten Werte. Ab dem Alter von 40 Jahren steigt die Quote wieder leicht an, bleibt aber noch unter dem Durchschnitt. Ab 45 Jahren steigt die Summe der Krankenstandstage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 55 und 60 Jahren den Höchstwert. Die 60- bis 64-Jährigen haben eine etwas geringere Krankenstandsquote, bei noch älteren Erwerbstätigen sinkt sie auf das Niveau der 25- bis 39-Jährigen. Die rückläufige Entwicklung der Krankenstandstage bei den älteren ArbeitnehmerInnen ist allerdings die Folge eines Selektionsprozesses ("Healthy-Worker"-Effekt), da in höherem Alter vorwiegend Personen mit überdurchschnittlicher Gesundheit und/oder einer besonders starken Motivation zur Erwerbstätigkeit in Beschäftigung bleiben. Die Krankenstandsquoten der höheren Altersgruppen müssen deshalb vor dem Hintergrund der vergleichsweise geringen Besetzung dieser Kohorten betrachtet werden: 2010 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 107.690 Männer und 76.002 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 6,2% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 27.173 Männer und 7.973 Frauen (1,2% der Versicherten).

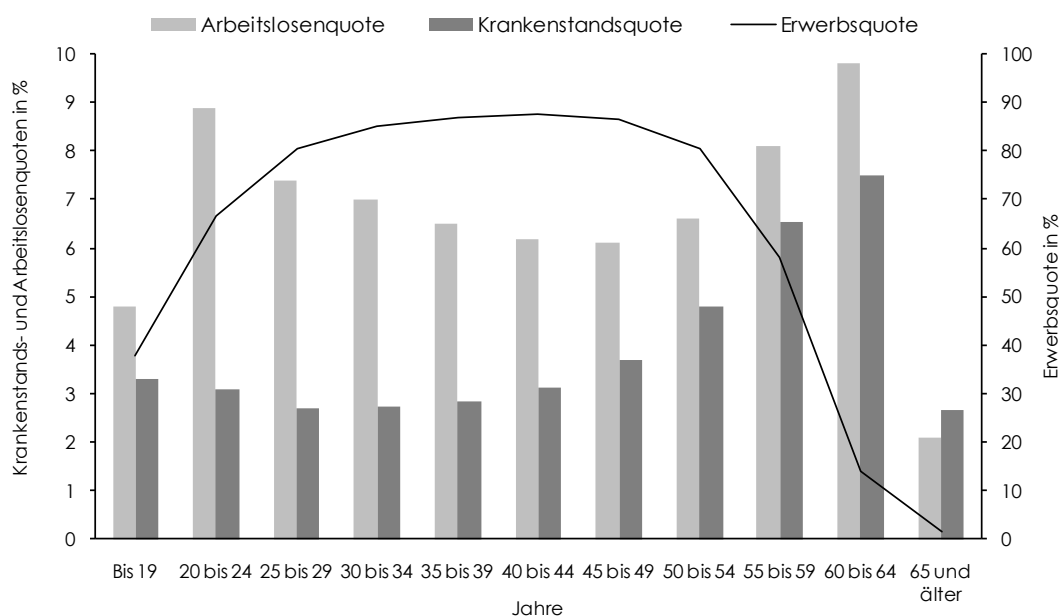
Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren knapp 4.674 Männer und 2.805 Frauen beschäftigt; die Über-65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,3% an der gesamten Beschäftigung dar. Die Erwerbsquote, die bei den 50- bis 54-Jährigen 80,5% beträgt, fällt in der nächsten Altersgruppe auf rund 58% und bei den 60- bis 64-Jährigen auf 14% ab (Jahr 2010; Abbildung 1.13). Zudem steigt die Arbeitslosigkeit im Alter an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen lag 2010 mit 8,1%, jene der 60- bis 64-Jährigen mit 9,8% deutlich über dem Durchschnittswert von 6,9%. Ein weiterer Hinweis dafür, dass bei älteren Beschäftigten ein starker Selektionsmechanismus am Werk ist, kann an den Zugängen in die Invaliditätspension abgelesen werden. Der

¹⁸⁾ Allerdings beziehen sich internationale Vergleiche oftmals auf Erhebungen, wie die *Arbeitskräfteerhebung* und den *European Community Household Panel*, die auf Selbstauskunft basieren. Für Österreich (und Deutschland) liegen hingegen Auswertungen aus den administrativen Statistiken der Trägerinstitutionen vor.

¹⁹⁾ Im Jahr 2010 betrug der Anteil der ArbeiterInnen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 42%, bei den Bis-19-Jährigen allerdings 67%.

stärkste Zugang in die Invaliditätspension kann für Männer mit 57 und 58 Jahren, für Frauen mit 56 und 57 Jahren beobachtet werden. Insgesamt gab es 2009 in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen 5.033, in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 9.812 Neuzuerkennungen in die Invaliditätspension²⁰⁾. Diese Zahlen weisen mit Nachdruck darauf hin, dass ein bedeutender Teil der Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen besonders ab dem 55. Lebensjahr den Arbeitsmarkt verlässt oder arbeitslos wird.

Abbildung 1.13: Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter Österreich, 2010



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

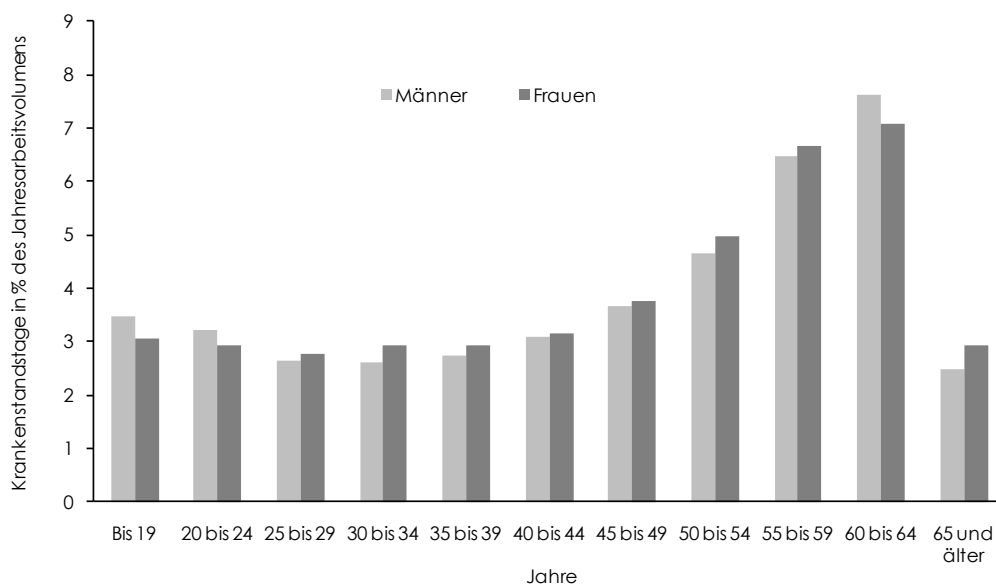
Wie man Abbildung 1.14 entnehmen kann, folgen die Krankenstandsquoten der Männer und Frauen nach Alter trotz einiger Abweichungen dem gleichen Muster. Die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen können wiederum in zwei unterschiedliche Komponenten zerlegt werden: Die Häufigkeit der Krankenstandsfälle und die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle²¹⁾. 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 von ihrem Arbeitsplatz aus. Vor allem Personen bis 19 Jahre aber auch die Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen weisen eine deutlich überdurchschnittliche Krankheitsinzidenz auf. Das kann unter anderem damit zusammenhängen, dass bei jungen Menschen neben den beruflichen Belastungen auch andere gesundheitsschädigende Verhaltensformen (z. B. risikofreudiges (Fahr-)Verhalten, Extremsportarten) vergleichsweise stark ins Gewicht fallen. Internationale Statistiken belegen, dass Jugendliche in Öster-

²⁰⁾ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2010*, Tabelle 3.31.

²¹⁾ Die Möglichkeit eine dritte Dimension – jene der altersspezifischen Erkrankungsquoten – zu untersuchen, ist bei der vorliegenden Datenbasis nicht gegeben.

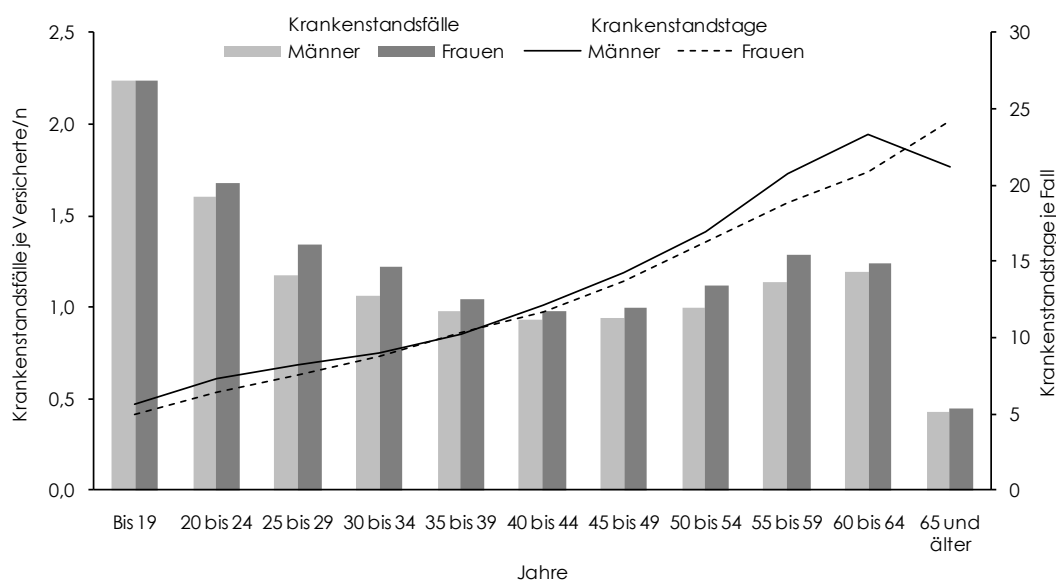
reich einen auffallend hohen Konsum von Tabak und Alkohol aufweisen (Eppel – Leoni, 2011). Zudem spielt vermutlich auch das Arbeitsangebotsverhalten zu Beginn des Erwerbslebens eine Rolle: Die Bindung einer jungen Arbeitskraft an den Betrieb ist noch schwach, das Lohnniveau vergleichsweise gering. Jugendliche haben demnach weniger als ältere Arbeitskräfte zu verlieren, wenn sie sich krank melden (Biffi, 1999).

Abbildung 1.14: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht Österreich, 2010



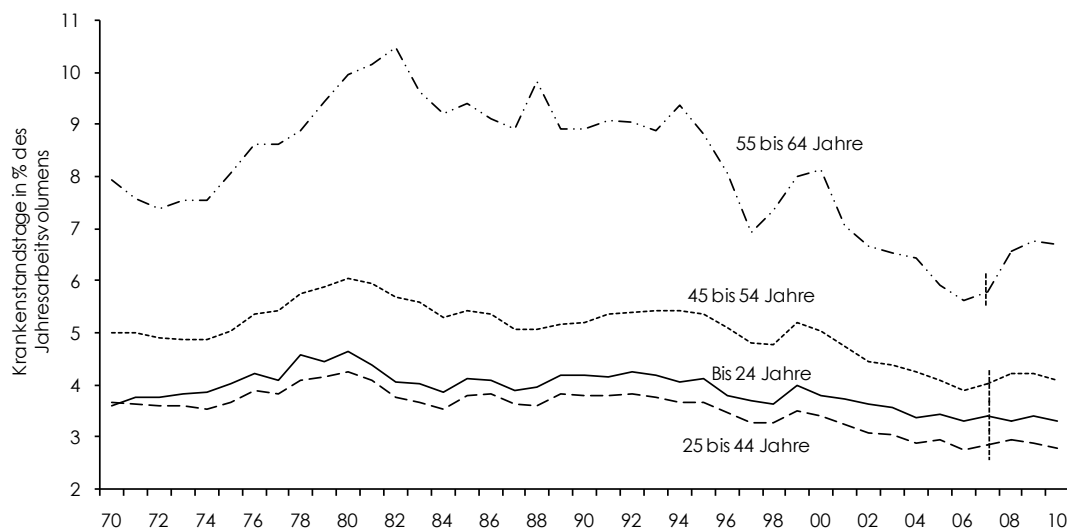
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.15: Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht Österreich, 2010



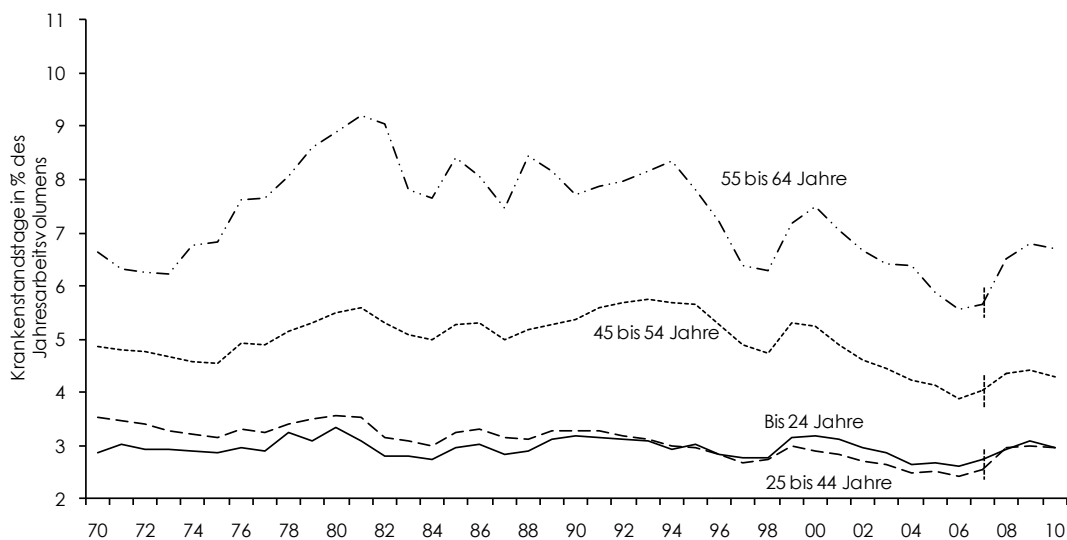
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.16: Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen Österreich



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

Abbildung 1.17: Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen Österreich



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

Die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandsfällen nimmt im Haupterwerbsalter ab, bleibt bis zur Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen weitgehend konstant, und sinkt in den höchsten Altersgruppen weiter. Die Dauer der Krankenstände verlängert sich hingegen im Alter merklich. Der durchschnittliche Krankenstandsfall dauert bei Unter-25-Jährigen 6,2 Tage, bei 60- bis

64-Jährigen mehr als dreimal so lang (22,8 Tage). Insgesamt ergibt sich daraus eine mit dem Alter steigende Krankenstandsquote.

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

Dieser Effekt kann vornehmlich auf Basis von wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Eingriffen erklärt werden, die sich auf Ältere stärker 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 setzen konkrete Anreize und entscheiden darüber, ob ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Problemen in Beschäftigung bleiben und somit Krankenstände verzeichnen oder in einen anderen Status wechseln. Häufig kranke oder chronisch kranke ArbeitnehmerInnen können aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt und in die Langzeitarbeitslosigkeit bzw. in die vorzeitige Pensionierung gedrängt werden (Bergendorff, 2003). Maßnahmen zur Reduktion des Arbeitskräfteangebotes setzten in Österreich in der Vergangenheit besonders bei älteren Arbeitskräften an. Bei steigender Arbeitslosigkeit bestand eine größere Bereitschaft, Pensionen aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit zu gewähren (Meggeneder, 2005). Vor dem Eintritt in die vorzeitige Alterspension dürften – als Voraussetzung für die Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension – vermehrt Krankenstände verzeichnet worden sein. Ab Mitte der 1990er-Jahre wurde Personen mit langer Versicherungsdauer der Übergang in die Pension erleichtert; das ging mit einer Umschichtung der Zugänge von Invaliditätspensionen zu vorzeitigen Alterspensionen einher. In den letzten Jahren wurde der Frühausstieg aus dem Erwerbsleben erschwert; das schlug sich in einem stärkeren Anstieg der Arbeitslosigkeit nieder (Biffi, 2007). Diese Richtungsänderungen der Beschäf-

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.

tigungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik dürften dazu beigetragen haben, die Krankenstände der älteren Beschäftigten stärkeren Schwankungen auszusetzen.

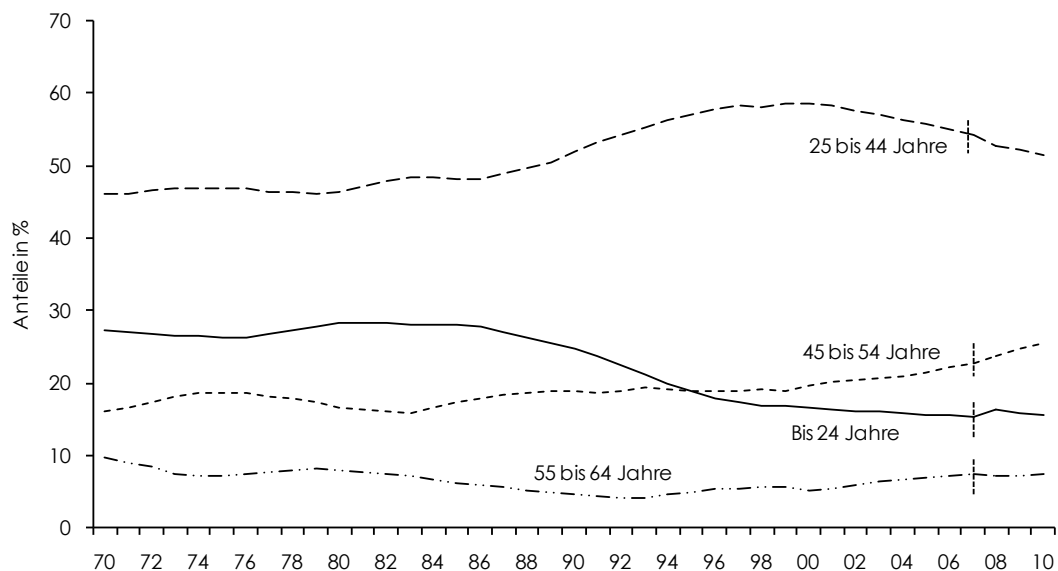
Die Krankenstandsquote in der Wirtschaft ergibt sich nicht nur aus den altersspezifischen Quoten, sondern auch aus der Besetzungsdichte der einzelnen Kohorten. Der demographische Wandel und die Entwicklung der Morbiditätsrate müssen deshalb bei einer Interpretation der Krankenstandsentwicklung auseinander gehalten 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 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. Die Berechnungen ergeben beispielsweise, dass der rapide Anstieg in der Krankenstandsquote zwischen 1975 und 1980 (+0,7 Prozentpunkte, d. h. 17%) im Wesentlichen auf Änderungen in den altersspezifischen Krankenstandsquoten zurückzuführen ist. Mit Ausnahme der Über-65-Jährigen verzeichneten alle Kohorten eine Steigerung der Krankenstandsquote, was sich aufgrund der Besetzung unterschiedlich stark auf das Gesamtbild auswirkte. Der relativ gesehen größte Beitrag zur Steigerung der Krankenstandsquote kam allerdings von der Personengruppe zwischen 50 und 60 Jahren. Der Beitrag der demographischen Strukturverschiebung für diese Entwicklung war dagegen vernachlässigbar bzw. dem Anstieg leicht entgegenwirkend.

Eine Betrachtung des gesamten Zeitraums von den 1970er-Jahren bis heute zeigt bis zu den 1990er-Jahren eine dämpfende Wirkung der Altersstruktur auf die Krankenstandsquote, während in den letzten zwei 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 51,4%. Zudem wurde dieser positive demographische Effekt seit den 1990er-Jahren zunehmend von gegenläufigen Trends überlagert. Der Anteil der Über-55-Jährigen ist seit dem Tiefstand von 1993 (4,1%) gestiegen, er lag 2010 bei 7,4%. Auch die Altersgruppe der 45- bis 54-Jährigen, die eine überdurchschnittliche Krankenstandsquote aufweist, hat verglichen mit den 1990er-Jahren heute ein höheres Gewicht. Parallel dazu

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

reduzierte sich über diesen Zeitraum der Beschäftigungsanteil der Unter-25-Jährigen, die leicht unterdurchschnittliche Krankenstandsquoten verzeichnen, von 24,6% (1990) auf 15,5% (2010).

Abbildung 1.18: Versichertenstruktur nach Altersgruppe
Österreich



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

Der Wandel in der Altersstruktur der Beschäftigung schlägt sich nunmehr seit fast zwei Jahrzehnten, wenn auch nur in geringem Ausmaß, negativ auf die Krankenstandsquote nieder. Der leichte Anstieg der durchschnittlichen Krankenstände zwischen 2008 und 2009 (um knapp 5%) ging zu etwa 40% auf die strukturelle Verschiebung der Altersstruktur der Beschäftigten zurück. Die restlichen 60% des Anstiegs waren die Folge der Steigerung einiger altersspezifischer Krankenstandsquoten – in erster Linie jener der Über-50-Jährigen. Auch zwischen 2009 und 2010 hatte die Verschiebung der demographischen Struktur einen leichten negativen Effekt auf die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen und Angestellten. Dieser wurde allerdings durch eine Reduktion der durchschnittlichen Fehlzeiten der jüngeren Altersgruppen um ein Vielfaches kompensiert, wodurch die Krankenstandsquote 2010 insgesamt gegenüber dem Vorjahr rückläufig war.

Im Normalfall bestimmt die demographische Komponente den Verlauf der Krankenstandsquote nur zu einem geringen Anteil, da der Alterungsprozess der Erwerbsbevölkerung langsam fortschreitet. Betrachtet man beispielsweise den Anstieg der Krankenstände zwischen 2006 und 2009, dann gehen weniger als 10% dieses Anstiegs auf eine ungünstige Verschiebung der Altersstruktur und mehr als 90% auf eine Zunahme der altersspezifischen Krankenstandsquoten zurück.

Der negative Beitrag der demographischen Entwicklung nahm in den letzten Jahren zu, weil der Anteil der Älteren an den Beschäftigten im Steigen ist. Da die Babyboom-Generation²⁴⁾ erst in den kommenden Jahren zur Kategorie der älteren Erwerbstätigen gehören wird, ist für die Zukunft eine Verstärkung dieses für die Krankenstandsentswicklung ungünstigen Effekts zu erwarten. Bestrebungen, die Erwerbsbeteiligung älterer Personen zu erhöhen, werden sich ebenfalls dahingehend auswirken, die Altersstruktur der Beschäftigung und somit die durchschnittliche Krankenstandsquote nach oben zu verschieben. Berechnungen auf Basis der Bevölkerungsprognose haben gezeigt, dass unter der Annahme gleich bleibender altersspezifischer Krankenstandsquoten der Eintritt der Babyboom-Generation in das höhere Erwerbsalter und der Anstieg der Beschäftigungsquote älterer Personen in den kommenden Jahrzehnten einen durchschnittlichen Anstieg um zwei Krankenstandstage pro Kopf und Jahr bewirken werden (Leoni – Biffi – Guger, 2008A). Damit würden die durchschnittlichen Fehlzeiten zwar höher als gegenwärtig, aber noch deutlich unter den Höchstwerten der 1980er- und frühen 1990er-Jahre liegen. 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 schwächere Personen beschäftigt, arbeitslos oder Teil der stillen Reserve sind.

1.5.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche

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

- Es gibt zwischen Krankheitsbild und Arbeitsunfähigkeit je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Zusammenhänge. Das gleiche Krankheitsbild kann je nach beruflichen Anforderungen in einem Fall zur Arbeitsunfähigkeit führen, in einem anderen aber nicht.

²⁴⁾ Der "Babyboom" bewirkte eine starke Besetzung der Kohorten der 1950er-Jahre, die im Jahr 1963 ihren Höhepunkt erreichte.

Bei (schweren) körperlichen Tätigkeiten können Erkrankungen, aber auch Freizeitunfälle viel eher Arbeitsunfähigkeit verursachen als etwa im Falle von Bürotätigkeiten (*Badura et al.*, 2008);

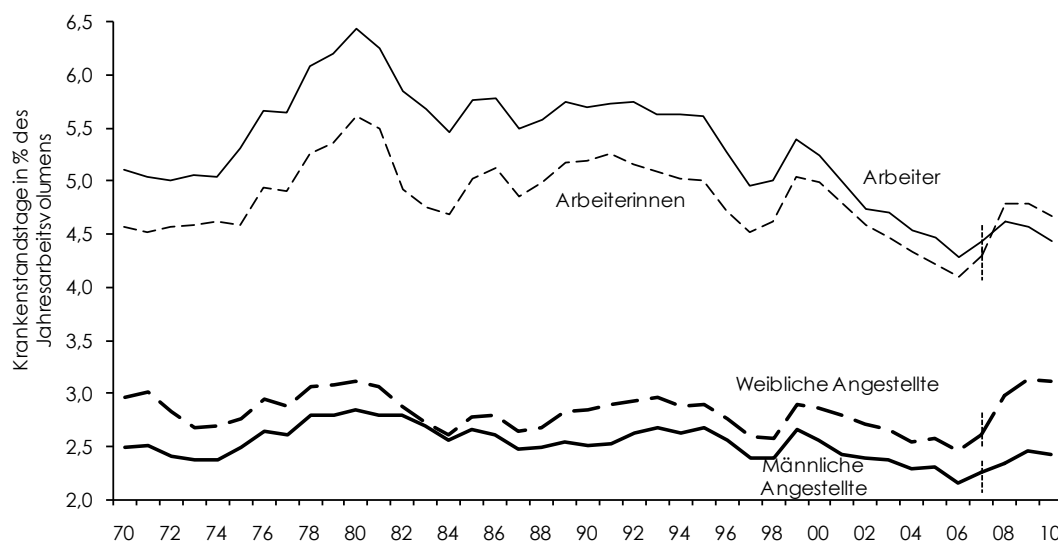
- Es besteht ein Konnex zwischen dem Beruf und der gesundheitlichen Belastung am Arbeitsplatz. Der Tätigkeitsbereich von ArbeiterInnen ist durchschnittlich durch eine höhere Unfallgefährdung und höhere Gesundheitsrisiken gekennzeichnet. Sowohl die Verteilung der Arbeitsunfälle als auch der (physischen) Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz (*Biffi – Leoni*, 2008) bestätigen dieses Bild;
- Allerdings unterscheiden sich nicht nur Form und Ausmaß der Arbeitsbelastungen, sondern in bestimmtem Ausmaß auch das Gesundheitsverhalten der Arbeitskräfte nach Tätigkeit, Bildung, Beruf und Branche. Eine klare Trennung zwischen Arbeitsbelastungen und Lebensstilen ist somit infolge von Interdependenzen und Selbstselektion oftmals schwierig.
- *Badura et al.* (2008) weisen darauf hin, dass in der Regel der Anteil von motivationsbedingten Fehlzeiten bei höherem beruflichen Status geringer ist. Angestellte verknüpfen häufiger als ArbeiterInnen zusammen mit größerer Verantwortung auch stärkere Motivation mit ihrer beruflichen Tätigkeit;
- Hinter den Differenzen in den Krankenständen der ArbeiterInnen und Angestellten kann sich auch die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Einkommen verbergen. Zum einen üben Personen mit einem geringeren Einkommen öfters Tätigkeiten aus, die mit Belastungen und höheren Unfallrisiken verbunden sind. Zugleich hat das niedrigere Einkommensniveau der ArbeiterInnen eine negative Korrelation mit Faktoren wie Ernährung und Erholungsmöglichkeiten, die sich auf die Gesundheit auswirken.

Aus statistischer Sicht tragen in Österreich auch die Kurzkrankenstände, die bei den ArbeiterInnen 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 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 etwa 2 bis 3 Prozentpunkte höher als jene der Angestellten war (Abbildung 1.19). Der Abstand hat sich seit Beginn der 1990er-Jahre sowohl absolut als auch relativ verringert, es ist zu einer Annäherung der Fehlzeiten von ArbeiterInnen und Angestellten gekommen. Während vor zwanzig Jahren die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen um fast 3 Prozentpunkte höher und damit doppelt so hoch war wie jene der Angestellten, waren es im Jahr 2000 knapp 2½ Prozentpunkte und 90% Differenz. Im letzten verfügbaren Jahr (2010) verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik nur noch um 60% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten: Im Schnitt waren die ArbeiterInnen 16½ Tage, die Angestellte gut 10 Tage krankgeschrieben, das entspricht einer Differenz in der Krankenstandsquote von 1,7 Prozentpunkten. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass der starke Anstieg der Fehlzeiten in der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre bei den ArbeiterInnen deutlicher als bei den

Angestellten war. Das hat damit zu tun, dass die strukturellen Anpassungsprobleme, die von Veränderungen in den wirtschaftlichen und technologischen Rahmenbedingungen ausgingen und auch beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit sich zogen, besonders im produzierenden Sektor²⁵⁾ spürbar waren.

Abbildung 1.19: Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht Österreich



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

Die Bedeutung der ausgeübten Tätigkeit und der berufsspezifischen Risiken für die Krankenstände wird durch einen Vergleich der beiden Gruppen nach Geschlecht deutlich. Zwar sind nach der Umstellung der *Krankenstandsstatistik* Frauen sowohl in ArbeiterInnen- als auch in Angestelltenberufen öfter im Krankenstand als Männer. Dennoch ist der Unterschied zwischen Arbeitern und Arbeiterinnen viel schwächer ausgeprägt (5,3%) als zwischen weiblichen und männlichen Angestellten (28,2%). Für dieses Muster dürfte die Tatsache von entscheidender Bedeutung sein, dass Arbeiter häufiger als Arbeiterinnen Tätigkeiten ausüben, die mit einer großen physischen Belastung und einem hohen Unfallrisiko verbunden sind. Die unterschiedliche Häufigkeit von Arbeitsunfällen kann diesbezüglich als Indikator für die Gesundheitsbelastung am Arbeitsplatz dienen. Der Anteil an Krankenstandstagen, der aufgrund von Arbeitsunfällen verloren geht, ist bei den männlichen Arbeitern am höchsten. Bereinigt man die Krankenstandsquote um diese Anzahl von Krankenstandstagen, dann sinkt die Krankenstandsquote der Arbeiter stärker als jene der Arbeiterinnen (Übersicht 1.3). Bei den Angestellten wirkt sich die Bereinigung um die Arbeitsunfälle nur geringfügig stärker bei den Männern als bei den Frauen aus.

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

Übersicht 1.3: Bereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht
Österreich, 2010

	Insgesamt	Krankenstandstage		Krankenstandsquote	
		Arbeitsunfälle		Insgesamt	Um Unfälle bereinigt
	Anzahl	Anzahl	Anteile in %	In %	In %
Insgesamt	38.275.808	2.584.266	6,8	3,6	3,3
Männer	20.581.031	1.977.653	9,6	3,5	3,2
Frauen	17.694.777	606.613	3,4	3,6	3,4
ArbeiterInnen	20.692.720	2.036.842	9,8	4,5	4,1
Männer	13.990.577	1.711.457	12,2	4,4	3,9
Frauen	6.702.143	325.385	4,9	4,7	4,4
Angestellte	17.583.088	547.424	3,1	2,8	2,7
Männer	6.590.454	266.196	4,0	2,4	2,3
Frauen	10.992.634	281.228	2,6	3,1	3,0

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 1.4: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht
Österreich, 2010

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

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

Die Anerkennung der Unfälle als Schadensfälle seitens der Unfallversicherungsträger erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, nur ein Teil der ursprünglich als Arbeitsunfälle definierten Ereignisse wird effektiv auch als Arbeitsunfall anerkannt²⁶⁾. Die Zahl der Krankenstandsfälle und somit der Fehlzeiten, die von den Unfallversicherungsträgern als anerkannte Arbeitsunfälle definiert werden, liegt deutlich unter den Werten, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst werden²⁷⁾. Führt man die Bereinigung der Fehlzeiten anhand der Krankenstandszahlen durch, die auf anerkannte Unfälle zurückgehen, kommt es zu einer geringeren Veränderung in den Krankenstandsquoten. Das Ergebnis, wonach Männer in Arbeiterberufen die höchste Konzentration an unfallbedingten Fehlzeiten aufweisen, findet allerdings Bestätigung (*Leoni – Biffi – Guger, 2008A*).

Die Bedeutung des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsplatzbelastungen kann anhand der Krankenstandsquoten nach Wirtschaftsbereichen weiter verdeutlicht werden. Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 stehen für das Jahr 2010 Krankenstandsquoten nur für diese neue Einteilung nach Wirtschaftsklassen zur Verfügung (Übersicht 1.4)²⁸⁾. Die Auswertung der *Krankenstandsstatistik* nach Branchen ist allerdings durch das Fehlen von Informationen über die Altersstruktur der Beschäftigten eingeschränkt. Es ist somit nicht möglich, gleichzeitig Alter und Branche der ArbeitnehmerInnen zu berücksichtigen. Ein hoher Anteil von älteren Beschäftigten in einer Branche wirkt sich negativ auf die Krankenstandsquote der Branche 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 knapp 19% bzw. 17% der Versicherungsverhältnisse ab, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst sind. Weitere 11% 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 weniger als 1% der Versicherten und sind vergleichsweise homogen. Vor allem hinter den Durchschnittswerten für die großen Wirtschaftsklassen können sich ausgeprägte Unterschiede zwischen Unterbranchen verbergen. Die wichtigsten Ergebnisse zu den branchenspezifischen Krankenstandsquoten für 2010 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 Unterneh-

²⁶⁾ 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.

²⁷⁾ So verzeichnete die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) im Jahr 2010 etwa 1,68 Mio. Krankenstandstage wegen anerkannter Arbeitsunfälle, laut *Krankenstandsstatistik* gingen rund 2,58 Mio. Krankenstandstage auf Weg- und Arbeitsunfälle zurück.

²⁸⁾ Diese neue ÖNACE-Nomenklatur legt ein größeres Augenmerk als bisher auf die Einteilung und Differenzierung der unterschiedlichen Dienstleistungsbereiche, während die Sachgüter erzeugenden Bereiche in stärker aggregierter Form erfasst werden.

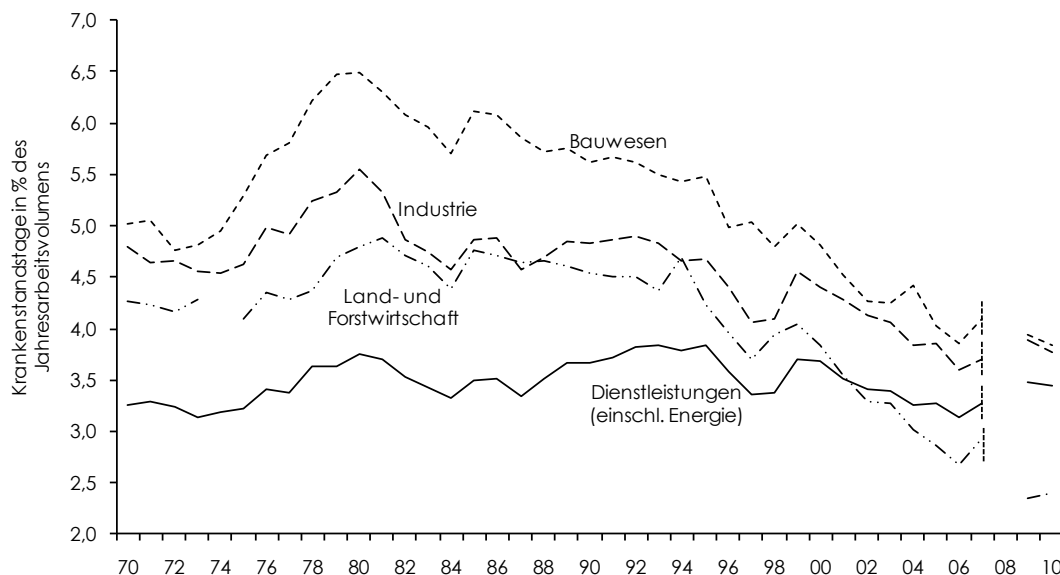
men zusammenfasst. Hier lag die Krankenstandsquote sowohl für Männer als auch für Frauen deutlich über dem Durchschnitt (jeweils 3,8%).

- Im Baugewerbe betrug die Krankenstandsquote ebenfalls 3,8%. Dieser Wert wurde allerdings von der Krankenstandsquote der Männer geprägt (4,0%), der Wert bei den Frauen lag dagegen weit unter dem Durchschnitt (2,4%).
- Der Handel ist die größte Wirtschaftsklasse im Dienstleistungsbereich, fast jeder sechste Krankenstand in der Wirtschaft entfällt auf diesen Bereich. Bei den Frauen lag die Krankenstandsquote im Durchschnitt (3,3%), bei den Männern war sie unterdurchschnittlich hoch (3,1%).
- Sowohl der Bereich der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung als auch das Gesundheits- und Sozialwesen verzeichneten sehr hohe Krankenstandsquoten (respektive 4,0% und 3,8%). Die niedrige Quote im Bereich Erziehung und Unterricht lässt die Vermutung zu, dass es beim Lehrpersonal durch die Ferien in vielen Fällen zu einer Untererfassung des Krankheitsgeschehens kommt.
- Die Auswertungen der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) von *Badura et al.* (2008) zeigen für Deutschland ein ähnliches Bild. Banken und Versicherungen haben die geringsten Krankenstandsquoten, während Baugewerbe, Verkehr und Transport, öffentliche Verwaltung und verarbeitendes Gewerbe überdurchschnittlich hohe Fehlzeiten aufweisen. Ein Teil dieser Unterschiede kann durch die Arbeitsunfälle erklärt werden. Das Unfallgeschehen wirkt sich in den einzelnen Branchen mit unterschiedlicher Stärke auf die Fehlzeiten aus. So gingen beispielsweise im österreichischen Bauwesen 2005 rund 11% aller Krankenstandstage auf Unfälle am Arbeitsplatz zurück (*Leoni – Biffi – Guger, 2008B*). Auch in den anderen Branchen des Sachgüter erzeugenden Bereichs 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%). Eine Bereinigung um die Arbeitsunfälle führt erwartungsgemäß zu einer Reduktion der Abstände zwischen den Branchen im Dienstleistungsbereich und im Güter produzierenden Sektor. Dennoch zeigen die Berechnungen, dass auch nach einer solchen Bereinigung das Gefälle zwischen den Sektoren erhalten bleibt (*Leoni – Biffi – Guger, 2008B*).

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 2010 lag die Krankenstandsquote der Männer um 70% 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. Es gibt auch Branchen, wie Erziehung und Unterricht, Gastgewerbe, Beherbergung sowie Information und Kommunikation, in denen Frauen höhere

Krankenstände als Männer aufweisen. Im Handel und im Bereich Kunst, Unterhaltung, Erholung weisen Frauen und Männer dagegen annähernd gleich hohe Krankenstandsquoten auf.

Abbildung 1.20: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Der Bruch in der Zeitreihe der Land- und Forstwirtschaft im Jahr 1974 geht auf Änderungen der Organisationsstruktur der Sozialversicherungen (Auflösung der Land- und Forstwirtschaftlichen Sozialversicherungsanstalt) und den damit im Zusammenhang stehenden Änderungen in der statistischen Erfassung der Krankenstände zurück. 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 zwischen 2007 und 2009 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

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 Branchen der Industrie, allen voran die Branchen der Metallverarbeitung, der Glas- und Steinwaren und der Chemie, weisen 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 entfernte sich hingegen stärker von den restlichen Branchen. Seit Beginn der 1990er-Jahre glich sich das Krankenstandsgeschehen im Dienstleistungs- und Industriebereich weiter an, die entsprechenden Zeitreihen haben einen ähnlichen, leicht konvergie-

renden Verlauf. In der Zwischenzeit ging die Krankenstandsquote im Bauwesen deutlich stärker als in den anderen Sektoren zurück und näherte sich damit erneut dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.

1.5.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst

Die *Krankenstandsstatistik* des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger erfasst das Krankenstandsgeschehen der ArbeiterInnen und Angestellten. Während in dieser Statistik Vertragsbedienstete des Bundes inkludiert sind, fehlen Informationen zu den pragmatisierten Bediensteten im öffentlichen Dienst. Mit Hilfe der vom Bundeskanzleramt veröffentlichten Statistik zum "Personal des Bundes" (*Bundeskanzleramt*, 2010) ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der BeamtInnen des Bundes (132.908 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten) zumindest bis zum Jahr 2009 zu ergänzen. Zudem hat das Bundeskanzleramt jüngst auch eine detaillierte Auswertung der Fehlzeiten im Bundesdienst veröffentlicht, dieser Bericht bezieht sich auf das Jahr 2008 (*Bundeskanzleramt*, 2009). Informationen zu den öffentlich Bediensteten der Länder und Gemeinden sind allerdings weder in dieser noch in anderen verfügbaren Datenquellen enthalten.

Aus den statistischen Auswertungen des Bundeskanzleramts geht hervor, dass 2009 die Krankenstandsquote der BeamtInnen 4,1% und jene der Vertragsbediensteten 2,9% betrug (Übersicht 1.5). Die Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (BeamtInnen und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 3,6%. In diesen Quoten wurden jedoch die Kurzkrankenstände nicht berücksichtigt. Bei einer Einschätzung hinsichtlich der Höhe der Fehlzeiten der Bundesbeschäftigten ist es wichtig, eine passende Vergleichsbasis mit anderen Beschäftigungssektoren zu schaffen. Zieht man den gesamten ASVG-Bereich (die Grundmenge der *Krankenstandsstatistik*) heran und bereinigt diese Krankenstandsquote um die erfassten Kurzkrankenstände, so erreicht man einen Wert von 3,3% (2009). Im Vergleich zwischen Bund und den restlichen Wirtschaftssektoren soll jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Tätigkeitsbereiche der BeamtInnen denen der Angestellten ähnlicher als denen der ArbeiterInnen sind. Die überdurchschnittliche Krankenstandsquote der ArbeiterInnen legt es nahe, die Fehlzeiten der BeamtInnen mit dem Krankenstandsgeschehen der ASVG-Angestellten zu vergleichen. Eine entsprechende Gegenüberstellung zeigt, dass die (um die Kurzkrankenstände bereinigte) Krankenstandsquote der Angestellten im Jahr 2009 um etwas mehr als 1 Prozentpunkt (das entspricht fast einem Drittel) niedriger als jene im Bundesdienst war (2,5% gegenüber 3,6%, Übersicht 1.5).

Bei der Interpretation dieses Ergebnisses muss mit Vorsicht vorgegangen werden, die Differenz zwischen den Fehlzeiten der Bundesbediensteten und der Angestellten kann durch unterschiedliche Faktoren erklärt werden. Aus Abschnitt 1.5.2 geht hervor, dass das Alter der Beschäftigten einen wesentlichen Erklärungsfaktor für die Höhe der Fehlzeiten darstellt. Das überdurchschnittliche Alter der Beschäftigten im Bundesdienst verzerrt die Krankenstandsquote nach oben: 2009 waren 33,3% der Bundesbediensteten²⁹⁾, aber nur 18,5% der ASVG-

²⁹⁾ Informationen zur Altersstruktur der Bundesbediensteten können der Publikation zum Personal des Bundes (*Bundeskanzleramt*, 2010) bzw. dem dazu gehörenden Kurzfolder entnommen werden. 2009 waren 10,2% der Bundesbediensteten jünger als 30 Jahre, 20% zwischen 30 und 39 Jahren, 36,5% zwischen 40 und 49 Jahren und 33,3% älter als 50 Jahre.

Versicherten älter als 50 Jahre (bei den Angestellten waren es 18%). Um diesen deutlichen Unterschied in der Altersstruktur zu berücksichtigen, wird die Krankenstandsquote der Angestellten auf die Altersstruktur der Bundesbediensteten normiert (d. h. es wird eine hypothetische Krankenstandsquote der Angestellten berechnet, der die Altersstruktur der BeamtInnen und ASVG-Versicherten des Bundes zugrunde liegt). Diese normierte Krankenstandsquote beträgt 2,8%, der Abstand zu den Bundesbediensteten verringert sich auf 0,8 Prozentpunkte.

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

Ohne Kurzkrankenstand (einschließlich Kuren)

		Auf 1.000 Beschäftigte entfallen		Durchschnittliche	Krankenstands-
		Krankenstands-	Krankenstands-	Dauer eines Falles	quote in %
		fälle	tage	in Tagen	
BeamtInnen	2000	833	12.727	15,3	3,5
	2005	906	12.507	13,8	3,4
	2006	841	12.967	15,4	3,5
	2007	894	13.677	15,3	3,7
	2008	940	14.334	15,3	3,9
	2009	1.000	14.849	14,9	4,1
ASVG-Versicherte des Bundes	2000	836	12.084	14,5	3,3
	2005	761	11.135	14,6	3,0
	2006	675	9.931	14,7	2,7
	2007	700	10.303	14,7	2,8
	2008	726	10.610	14,6	2,9
	2009	769	10.659	13,9	2,9
BeamtInnen und ASVG-Versicherte des Bundes	2000	836	12.523	15,0	3,4
	2005	857	12.027	14,0	3,3
	2006	782	11.859	15,2	3,2
	2007	821	12.353	15,0	3,4
	2008	856	12.827	15,0	3,5
	2009	908	13.104	14,4	3,6
ASVG-versicherte ArbeiterInnen und Angestellte	2000	877	13.582	15,5	3,7
	2005	781	11.513	14,7	3,2
	2006	719	10.917	15,2	3,0
	2007	757	11.372	15,0	3,1
	2008	782	11.742	15,0	3,2
	2009	789	11.863	15,0	3,3
ASVG-versicherte Angestellte	2000	656	9.502	14,5	2,6
	2005	626	8.453	13,5	2,3
	2006	565	7.928	14,0	2,2
	2007	600	8.338	13,9	2,3
	2008	627	8.704	13,9	2,4
	2009	664	9.163	13,8	2,5

Q: Personalinformationssystem des Bundes, Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Für den durchgeführten Vergleich zwischen Angestellten und BeamtInnen spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass quantitativ signifikante Gruppen im Bundesdienst (z. B. die BeamtInnen im Exekutivdienst) mit überdurchschnittlichen Belastungen am Arbeitsplatz konfrontiert sind. Die Betrachtung der Krankenstände nach Berufsgruppen zeigt eine sehr große Schwankungsbreite im Krankenstandsverhalten auf (*Bundeskanzleramt*, 2009). Die Beschäftigten im Exekutivdienst, die etwa ein Fünftel des Personals im Bundesdienst bilden, bzw. jene im militärischen Dienst, die ein Zehntel ausmachen, hatten 2008 eine Krankenstandsquote von 5,3% bzw. 4%. Noch höher lag die Krankenstandsquote im Krankenpflagedienst (5,8%), der allerdings gemessen an der Zahl der Beschäftigten eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Demgegenüber waren RichterInnen und StaatsanwältInnen (1,9%), LehrerInnen (2,1%) und die Beschäftigten in der Schulaufsicht (2,2%) deutlich seltener im Krankenstand. Die zahlenmäßig größte Berufsgruppe, der Verwaltungsdienst (über ein Drittel aller Beschäftigten), wies eine vergleichsweise hohe Krankenstandsquote von 4,9% auf.

Ein weiterer Faktor, der beim Vergleich berücksichtigt werden müsste, betrifft die Inanspruchnahme von Kuraufenthalten. Da Kuren einen positiven Beitrag zur Gesundheit und somit zur langfristigen Erwerbsfähigkeit leisten, wäre es sinnvoll, sie von den restlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten zu isolieren. Sowohl bei den BeamtInnen als auch in der *Krankenstandsstatistik* werden Kuraufenthalte aber als Fehlzeiten angerechnet, Unterschiede zwischen den Wirtschaftssektoren können nicht herausgearbeitet werden. Aus den Fehlzeitemauswertungen des Bundeskanzleramts wissen wir, dass im Jahr 2009 im Bundesdienst auf 1.000 Beschäftigte 531 Arbeitstage³⁰⁾ wegen Kuraufenthalte entfielen. Geht man von davon aus, dass ein Jahr pauschal betrachtet 250 Arbeitstage beinhaltet, dann entspricht dieser Wert einer Krankenstandsquote von 0,2%. 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

³⁰⁾ Die Auswertungen des Bundeskanzleramts beziehen sich auf tatsächlich entfallene Arbeitstage und nicht auf die Gesamtzahl der Kalendertage (einschließlich Wochenenden und Feiertage), in denen der Kuraufenthalt stattfand.

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 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 ArbeitgeberInnen³¹).

Die detaillierten Auswertungen des Bundeskanzleramts (Bundeskanzleramt, 2009) zeigen, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten im Bundesdienst in ihrer Struktur und Verteilung auf die einzelnen Beschäftigtengruppen große Ähnlichkeit mit dem privatwirtschaftlichen Bereich aufweisen. Obwohl fast alle Auswertungen – wie es bei einer Betrachtung aus Sicht der ArbeitgeberInnen üblich ist – auf die tatsächlich entfallenen Arbeitstage und nicht auf die im Krankenstand verbrachten Kalendertage eingehen, bestätigen sie das Bild, das sich aus den Darstellungen in den vorangegangenen Abschnitten dieses Kapitels ergeben hat. Bei der Auswertung der Krankenstandstage nach Geschlecht liegen im Bundesdienst die Werte der Männer um etwa 10% über jenen der Frauen. Frauen sind dabei etwas öfter, aber dafür kürzer im Krankenstand. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten verhalten sich umgekehrt proportional zur Qualifikation der Beschäftigten: 2008 entfielen auf Beschäftigte mit akademischer Bildung pro Kopf 6,3 Arbeitstage, auf Bedienstete des Hilfsdienstes 17,4 Arbeitstage Krankenstand. Die Darstellung der Krankenstände nach Altersgruppen bestätigt das bereits bei den ASVG-Beschäftigten beobachtete U-Muster, wonach die Krankenstandsquote mit zunehmendem Alter zuerst abnimmt und dann wieder deutlich ansteigt. Die 55- bis 59-Jährigen sind am häufigsten im Krankenstand, während in Folge des "Healthy-Worker"-Effekts die Krankenstandsquote bei älteren Kohorten wieder sinkt.

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. Ein Vergleich nach Krankenstandsdauern zeigt auch, dass mit Ausnahme der Kurzkrankenstände die Zahl der anfallenden Krankenstandstage pro Kopf für alle Krankenstandskategorien nach Dauer im Bereich der Bundesbediensteten und im ASVG-Bereich sehr ähnlich ist³²). Allerdings spielen Kurzkrankenstände, die im öffentlichen Dienst voll-

³¹) Laut Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich (Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, 2003) wurde im Jahr 2000 die Beschäftigungsquote von begünstigten Behinderten im Bund zu 80% erfüllt (5.823 von 7.400 Pflichtstellen waren besetzt), in einer Durchschnittsbetrachtung für das Jahr 2001 kamen sämtliche einstellungspflichtige ArbeitgeberInnen nur zu 65% ihrer Beschäftigungspflicht nach (54.818 von 84.869 Pflichtstellen waren besetzt).

³²) Da die Krankenstandsdauern in den Auswertungen des Bundeskanzleramts nach Arbeitstagen, in der Krankenstandsstatistik aber nach Kalendertagen bemessen werden, ist dieser Vergleich nicht gültig. Es wurde die

ständig erfasst sind, in den Auswertungen des Bundeskanzleramts eine deutlich größere Rolle als in der *Krankenstandsstatistik*. Das hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Kurzkrankenstände bei den Bundesbediensteten in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. 2009 entfielen 62% aller Krankenstandsepisoden und 22% der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jeder Beschäftigte bzw. jede Beschäftigte im Laufe des Jahres 2,6 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich: laut *Krankenstandsstatistik* waren es bei den ASVG-Beschäftigten nur 0,7 Tage³³). 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.

1.5.5 Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse

Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht nicht, zwischen Betrieben unterschiedlicher Größe zu unterscheiden; diese Lücke konnte allerdings mit Hilfe eines Individualdatensatzes der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK)³⁴ gefüllt werden. Eine Einteilung der DienstgeberInnen in drei breite Größenklassen (bis zu 50 Beschäftigte, 51 bis 250 Beschäftigte, über 250 Beschäftigte) lässt erkennen, dass Klein- und Kleinstbetriebe geringere Krankenstandsquoten als größere Unternehmen aufweisen. Demnach lag 2007 die Krankenstandsquote in Betrieben mit 51 bis 250 Beschäftigten bei 31%, in Betrieben mit über 250 Beschäftigten rund ein Drittel höher als in Betrieben mit maximal 50 Beschäftigten. Abbildung 1.21 zeigt, dass bei einer feineren Gliederung der Größenklassen ein nicht-lineares Muster in der Beziehung zwischen Betriebsgröße und Krankenständen zum Vorschein kommt. Die Krankenstandsquote nimmt zunächst mit zunehmender Betriebsgröße zu, allerdings bleibt sie in den höheren Betriebsgrößenklassen weitgehend konstant.

Ein ähnlich gearteter Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Krankenstand kann auch in Deutschland beobachtet werden. Auswertungen, die von *Badura et al.* (2008) anhand der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) durchgeführt wurden, zeigen in Betrieben bis 1.000 Beschäftigte ansteigende Krankenstandsquoten und ab 1.000 Beschäftigte wieder

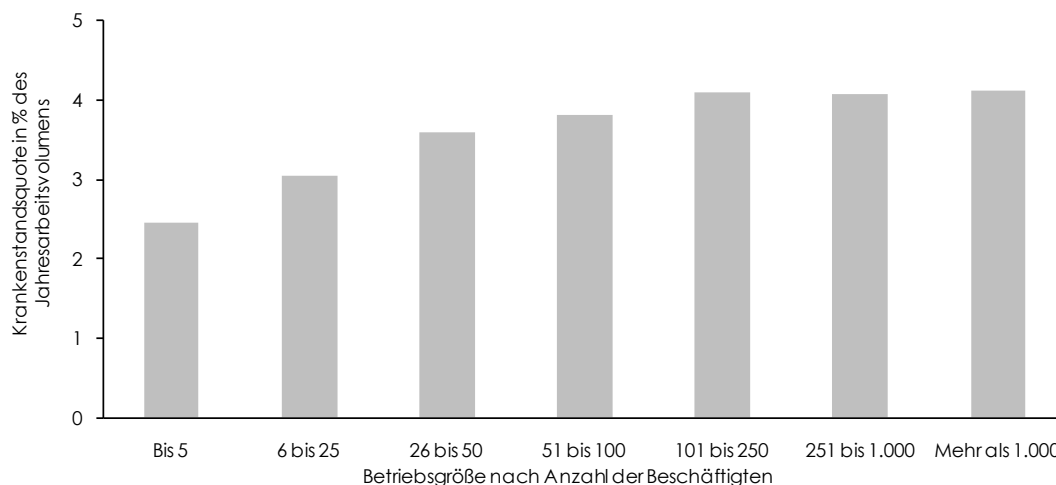
vereinfachende Annahme getroffen, dass es über alle Krankenstandsepisoden hinweg ein konstantes Verhältnis zwischen Arbeitstagen und Kalendertagen gibt.

³³) Da es sich bei den Kurzkrankenständen um Krankenstände von bis zu drei Tagen handelt, wird angenommen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeitstage und Kalendertage hier unberücksichtigt bleiben kann.

³⁴) Dieser Individualdatensatz dient als Basis für die Analysen im zweiten Kapitel des Berichts und wird dort ausführlicher beschrieben.

geringere Krankenstandsquoten³⁵). Winkelmann (1999) kommt in einer Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Lohnniveau, Betriebsgröße und Krankenstand ebenfalls zur Schlussfolgerung, dass Krankenstände in größeren Unternehmen häufiger vorkommen als in kleineren.

Abbildung 1.21: Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse
Oberösterreich, 2007



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

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

Eine Unterscheidung der Krankenstandsquoten nach Betriebsgrößenklasse bei gleichzeitiger Berücksichtigung der Branche ermöglicht es, diese Überlagerung des Branchen- und des Betriebsgrößeneffekts zu vermeiden. Entsprechende Auswertungen im Fehlzeitenreport 2008 (Leoni – Mahringer, 2008) haben gezeigt, dass der Konnex zwischen Krankenstand und Betriebsgröße auch bei einer Gliederung nach Branchen erhalten bleibt. Unterschiede ergeben sich nach Branche hinsichtlich der Stärke dieser Beziehung sowie hinsichtlich der Frage, ob ab einer bestimmten Betriebsgröße die Krankenstandsquote wieder zurückgeht.

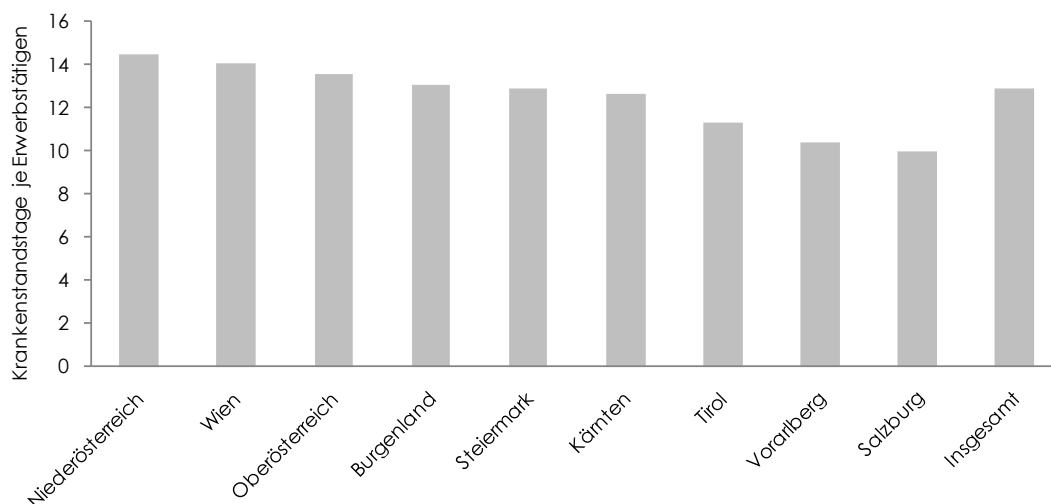
³⁵ Die Berechnungsergebnisse in Badura et al. (2006) unterscheiden sich in einigen Punkten von den Auswertungen im vorliegenden Bericht, wodurch die absoluten Werte nicht direkt vergleichbar sind. Zum einen messen die Autoren die Betriebsgröße an der Zahl der AOK-Mitglieder im Betrieb, wodurch in der Regel nur ein Teil der gesamten Belegschaft erfasst wird. Zudem schließen sie Betriebe mit weniger als zehn Beschäftigten von ihren Berechnungen aus.

1.6 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung

Obwohl nicht alle ArbeiterInnen und Angestellten bei den Gebietskrankenkassen des entsprechenden Bundeslandes versichert sind³⁶⁾, ergibt die Summe der Krankenstandstage der neun österreichischen Gebietskrankenkassen gegenüber der Gesamtheit aller in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Krankenstände eine Abdeckungsquote von 93% (2010). Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten aus den einzelnen Gebietskrankenkassen für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen.

Die Werte aus dem Jahr 2010 zeigen, dass die Krankenstandsquote über alle Gebietskrankenkassen mit einem Durchschnitt von 13,1 Tagen je Erwerbstätigen marginal über dem Wert für alle von der Statistik erfassten Versicherten (12,9) liegt. Die niederösterreichische, Wiener und oberösterreichische Gebietskrankenkassen verzeichneten mit respektive 14,5, 14,1 und 13,5 Tagen die höchsten Krankenstände in diesem Jahr (Abbildung 1.22). Die Gebietskrankenkassen Burgenland (13), Steiermark (12,9) und Kärnten (12,7) lagen nahe am bundesweiten Durchschnitt, während die Versicherten in Tirol (11,3) und Vorarlberg (10,4) weniger Krankenstände als die Beschäftigten im Durchschnitt der Bundesländer verzeichneten. Die größte Abweichung konnte allerdings in Salzburg beobachtet werden, dort waren die Versicherten der Gebietskrankenkasse im Schnitt nur 9,9 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 2,7% um rund ein Fünftel unter dem österreichischen (3,5%) und um 30% unter dem niederösterreichischen (4,0%) Wert.

Abbildung 1.22: Krankenstände nach Bundesländern
Gebietskrankenkassen, 2010

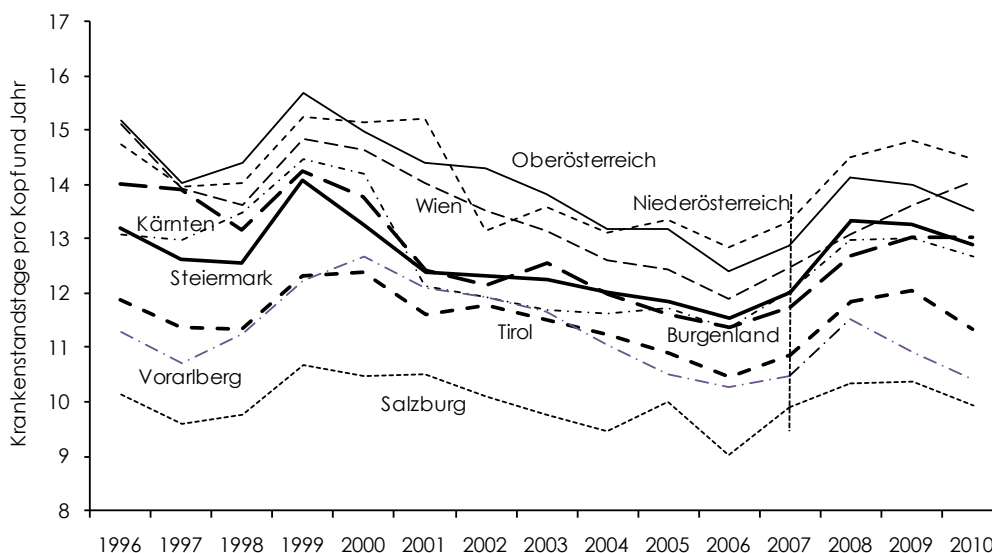


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

³⁶⁾ Weitere Versicherungsträger, deren Versicherte zumindest teilweise in der *Krankenstandsstatistik* inkludiert sind, sind die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie sieben Betriebskrankenkassen.

Die Betrachtung einer längeren Periode (1996/2010) verdeutlicht, dass auch in der Vergangenheit die Krankenstandsquote in Salzburg deutlich niedriger als in den restlichen Bundesländern war (Abbildung 1.23). Sieht man von geringfügigen Verschiebungen ab, war auch die relative Position der anderen Bundesländer in diesem Krankenstandsvergleich über den gesamten Zeitraum konstant: Niederösterreich, Wien und Oberösterreich verzeichneten deutlich überdurchschnittliche Werte, während Steiermark, Kärnten, Tirol und Vorarlberg nahe am Durchschnitt bzw. unter dem Durchschnittswert lagen. Eine Ausnahme bildet in dieser Hinsicht die Gebietskrankenkasse Burgenland, die 1996 bis 1998 noch überdurchschnittliche Krankenstandsquoten hatte, in den darauf folgenden Jahren allerdings eine überproportional starke Senkung der Krankenstände verzeichnete.

Abbildung 1.23: Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern



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

Die Beständigkeit dieser regionalen Unterschiede lässt erkennen, dass sich in den einzelnen Bundesländern strukturelle Faktoren auf das Krankenstandsgeschehen niederschlagen. Das gilt insbesondere für die signifikantesten Abweichungen vom Durchschnitt, die niedrigen Krankenstände in Salzburg und die vergleichsweise hohen Werte in Niederösterreich, Oberösterreich und Wien. In Abschnitt 1.5.3 konnte gezeigt werden, dass die Wirtschaftsstruktur und somit die Verteilung der Beschäftigten auf Branchen und Berufe maßgebend auf das Krankenstandsniveau Einfluss nimmt. Das Fehlen von detaillierten Informationen zu den Krankenstandsquoten einzelner Branchen und Berufsgruppen ermöglicht es zwar nicht, die Bedeutung dieser wirtschaftsstrukturellen Unterschiede zwischen den Bundesländern vollständig abzubilden. Die Unterscheidung der Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen nach

sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht leistet dennoch einen Beitrag zur Erklärung der regionalen Differenzen. Einerseits kann dadurch aufgezeigt werden, wie hoch die Krankenstände der einzelnen Gruppen von Beschäftigten in den Bundesländern sind; andererseits ist die Bedeutung der unterschiedlichen Zusammensetzung der Versicherten in den Gebietskrankenkassen zu berücksichtigen.

Übersicht 1.6: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht
2010

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

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 1.6 veranschaulicht, dass hinter den unter- bzw. überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten der einzelnen Gebietskrankenkassen unterschiedliche Kombinationen im Krankenstandsniveau der einzelnen Beschäftigtengruppen stehen. In Oberösterreich verzeichneten im Wesentlichen nur die Arbeiterinnen (4,7%) und Arbeiter (4,7%) hohe Krankenstandsquoten, die angestellten Frauen und Männer lagen mit ihren Krankenständen am Durchschnitt aller Bundesländer. In diesem Fall dürfte sich die große Bedeutung der Sachgütererzeugung negativ auf das Krankenstandsniveau niederschlagen. In Wien lagen zwar auch die männlichen Arbeiter und Angestellten mit Quoten von 4,9% bzw. 2,6% deutlich über dem bundesweiten Durchschnitt (4,4% und 2,4%), aber vor allem die Frauen verzeichneten sowohl in ArbeiterInnenberufen (5,8%) als auch in Angestelltenberufen (3,8%) unter allen Bundesländern mit Abstand die höchsten Krankenstände (Durchschnitt 4,7% und 3,1%). Der hohe Angestelltenanteil an der Beschäftigung, eine Folge der dienstleistungsorientierten Wirtschaftsstruktur in der Bundeshauptstadt, erklärt, weshalb die Wiener Gebietskrankenkasse insgesamt nur eine etwa 10% höhere Krankenstandsquote hatte als der Durchschnitt aller Bundesländer (3,8%). In Niederösterreich wiederum verzeichneten sowohl die Angestellten als auch die ArbeiterInnen vergleichsweise viele krankheitsbedingte Fehlzeiten. Bei der Gebietskrankenkasse Salzburg ist ebenfalls für alle Gruppen (mit Ausnahme der weiblichen Angestellten, die etwas öfter als in Vorarlberg krank waren) das gleiche Muster beobachtbar, auch wenn es sich hierbei um unter- und nicht um überdurchschnittliche Werte handelt: Sowohl die

Arbeiterinnen (3,6%) und Arbeiter (3,4%) als auch die männlichen Angestellten (1,9%) hatten 2010 die niedrigste Quote aller Bundesländer.

Übersicht 1.7: Normierung der Krankenstandsquote

Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2010

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

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

Die Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen werden nicht nur von den Quoten der einzelnen Beschäftigtengruppen bestimmt, sondern auch von ihrer anteilmäßigen Bedeutung für die gesamte von der Gebietskrankenkasse erfasste Beschäftigung. Übersicht 1.7 gibt das Ergebnis einer Bereinigung der Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen um Unterschiede in der Beschäftigungsstruktur (nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht) wieder. Die erste Datenspalte zeigt die tatsächlichen Krankenstandsquoten in den entsprechenden Gebietskrankenkassen im Jahr 2010. In der zweiten Datenspalte wird dagegen angeführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Versicherten in allen Gebietskrankenkassen dem Durchschnitt entsprochen hätte³⁷⁾. Erwartungsgemäß weisen nach der Bereinigung Bundesländer mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit überdurchschnittlichen Krankenständen (besonders ArbeiterInnen, weibliche Angestellte) eine geringere Krankenstandsquote auf. Insgesamt sind die Effekte der Bereinigung allerdings geringfügig. Einzig in Wien, wo die Beschäftigungsstruktur am stärksten vom Durchschnitt abweicht, macht sich eine Strukturbereinigung in der Krankenstandsquote deutlich bemerkbar: Bei durchschnittlicher Zusammensetzung der Beschäftigung (und gleich bleibenden gruppenspezifischen Krankenstandsquoten) würde sich die Krankenstandsquote der Wiener Gebietskrankenkasse auf 4,1% belaufen, was einem Plus von gut 6% entspricht. In den anderen Bundesländern führt die Bereinigung zu einer leichten Senkung der Krankenstandsniveaus, am stärksten so im Burgenland, in Tirol, in der Steiermark und in Niederösterreich.

³⁷⁾ Die Krankenstandsquoten der einzelnen Beschäftigtengruppen je Gebietskrankenkasse werden dabei konstant gehalten (Übersicht 1.6).

Auch unter Berücksichtigung dieser strukturellen Komponente ändert sich kaum etwas an der Darstellung der regionalen Krankenstandsquoten. Nach wie vor liegen Wien, Niederösterreich und Oberösterreich über dem Durchschnitt der Bundesländer. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung die Gebietskrankenkasse Salzburg (2,7%). Insgesamt bestätigen die Berechnungen somit, dass sich die Wirtschaftsstruktur günstig (wie im Falle Wiens) oder ungünstig (wie beispielsweise im Burgenland und in Oberösterreich) auf die Krankenstände auswirkt. Andererseits liefert die Zusammensetzung der Beschäftigung nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht nur einen geringen Erklärungsbeitrag zu den regional teils erheblichen Krankenstandsunterschieden. Das hängt einerseits damit zusammen, dass die Unterscheidung zwischen ArbeiterInnen- und Angestelltenberufen die Komplexität der Wirtschaftsstruktur nur unzureichend wiedergibt. Innerhalb der Berufsgruppen bestehen zum Teil ausgeprägte branchenspezifische Unterschiede³⁸⁾, zudem spielen auch Determinanten auf betrieblicher Ebene, wie die Größe der Unternehmen und ihre Organisationsstruktur, eine wichtige Rolle.

Die Bedeutung der einzelnen Branchen im gesamtwirtschaftlichen Gefüge und die Betriebsstruktur sind nicht die einzigen wichtigen Merkmale, die nicht ausreichend berücksichtigt werden können: Auch andere wirtschaftliche und soziodemographische Merkmale, in denen sich die Bundesländer unterscheiden (können), sind für die Krankenstände relevant. Hierzu zählen die Arbeitsmarktlage sowie die Altersstruktur und der gesundheitliche Zustand der Erwerbsbevölkerung. Einen weiteren Faktor bildet die regional unterschiedliche Bedeutung des Erwerbsspendelns, das die Anwesenheit am Arbeitsplatz zusätzlich erschweren kann. Die hohen Krankenstandsquoten der Frauen in Wien lassen vermuten, dass auch die Teilzeitquote einen Zusammenhang mit den Krankenständen aufweist. Die Unterschiede zwischen den Gebietskrankenkassen ergeben sich somit aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Bestimmungsgründen, die anhand einer vertieften Analyse mit entsprechendem Datenmaterial untersucht werden müssten.

1.7 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Aus der Statistik nach Krankheitsgruppen (Übersicht 1.8) ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Krankenstandsfälle und -tage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Ursachen zurückzuführen ist. 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 zehn häufigsten Diagnosegruppen über vier Fünftel (81,4%) aller Krankenstandsfälle und drei Viertel (75,0%) der Krankenstandstage. Betrachtet man die Statistik aus der Perspektive der Krankenstandstage, sind die zehn dominierenden Krankheitsgruppen für mehr als drei Viertel (76,4%) aller gemeldeten Krankenstandstage sowie 80,6% der Fälle verantwortlich. Infolge der Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer der Erkrankungen verschiebt sich die

³⁸⁾ So waren beispielsweise ArbeiterInnen in der Metallerzeugung und -bearbeitung (Wirtschaftsklasse ÖNACE 27) durchschnittlich 20,3 Tage, im Maschinenbau (28) 16,7 Tage und im Einzelhandel (52) nur 14,3 Tage krankgeschrieben (Daten aus der *Krankenstandsstatistik* für das Jahr 2007).

Rangordnung der Krankheitsgruppen nach Krankenstandstagen; mit einer Ausnahme³⁹⁾ handelt es sich aber um die gleichen zehn Diagnosegruppen.

Zwei Gruppen von Krankheiten prägen vor allem das Bild des Krankenstandsgeschehens: Die Krankheiten des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes und jene der oberen Atemwege. Zusammen verursachen diese Erkrankungen 45% der Krankenstandsfälle und knapp 40% der Fehlzeiten. Unfälle⁴⁰⁾ sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten. Sieht man von den Arbeitsunfällen⁴¹⁾ ab, gingen immer noch 9,7% der Krankenstandstage auf andere Formen von Unfällen zurück. Sportunfälle waren für 2,6% der Fehlzeiten verantwortlich, Verkehrsunfälle verursachten weitere 1,1% der Krankenstandstage. Sonstige Unfälle (Freizeit, Haushalt) sind allerdings wesentlich häufiger, sie stellen 3,3% der Fälle und 6,0% aller Krankenstandstage dar. Weitere besonders häufige bzw. viele Krankenstandstage verursachende Diagnosegruppen sind Erkrankungen des Verdauungsapparates, des Kreislaufs und der Psyche.

Es kann angemerkt werden, dass die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen, wie z. B. Neubildungen⁴²⁾ und Herz-Kreislaufkrankungen, 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 Österreich⁴³⁾. Allerdings sind vor allem Personen in höherem Alter davon betroffen, bei Personen im Erwerbsalter sind sie als Morbiditäts- und Todesursache weniger stark verbreitet.

³⁹⁾ Virusinfektionen gehören zu den zehn häufigsten Krankheitsgruppen, ihr Anteil an den Krankenstandstagen ist allerdings vergleichsweise gering. Die Sportunfälle sind bei den Krankenstandsfällen nur an 13. Stelle, gemessen an der Anzahl von Krankenstandstagen jedoch an 9. Stelle.

⁴⁰⁾ Vergiftungen gewerblicher und nicht gewerblicher Ursache werden auch zu den Unfällen gezählt; ihr Anteil am Krankenstandsgeschehen ist aber marginal (0,06% der Krankenstandstage im Jahr 2010).

⁴¹⁾ Es besteht in der *Krankenstandsstatistik* eine Diskrepanz hinsichtlich der Erfassung von Arbeitsunfällen: Während die Unfallversicherungsträger die Anzahl der anerkannten Arbeitsunfälle bestimmen, weist die Statistik nach Krankheitsgruppen des Hauptverbands alle Krankenstandsfälle und -tage aus, die zum Zeitpunkt der Erfassung (also typischerweise im Krankenhaus) als Arbeitsunfälle festgehalten wurden. Die Zahl der anerkannten Arbeitsunfälle ist demnach niedriger als der in der Statistik nach Krankheitsgruppen ausgewiesene Wert.

⁴²⁾ Das Kapitel Neubildungen der ICD-Kodierung enthält Schlüssel für bösartige und gutartige Neubildungen sowie Zwischenstufen.

⁴³⁾ In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die mit Abstand häufigste Hauptgruppe von Todesursachen dar; 2009 wurden vier von zehn Sterbefällen (43% bzw. 33.223 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (*Statistik Austria*, Statistik der Todesursachen im Überblick).

Übersicht 1.8: Krankheitsgruppenstatistik
Österreich, 2010

Krankheitsgruppen	Krankenstands-	Krankenstands-	Dauer der Fälle
	fälle	tage	Ø Anzahl Tage
	Anteile in %		
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln, des Bindegewebes	14,3	22,7	17,2
Krankheiten der oberen Luftwege	30,7	16,6	5,9
Psychiatrische Krankheiten	2,1	6,9	35,8
Sonstige Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	3,6	6,2	18,8
Nicht-Arbeitsunfälle (ohne Vergiftungen)	3,3	6,0	19,7
Darminfektionen	11,7	4,6	4,3
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	5,2	4,2	8,7
Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane	5,7	4,1	7,9
Sportunfälle	1,3	2,6	21,9
Krankheiten des Magen-Darm-Traktes	2,8	2,5	9,9
Krankheiten des Nervensystems	1,7	1,8	11,3
Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	1,2	1,2	11,6
Virusinfektionen	2,2	1,2	6,2
Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane	1,0	1,2	13,4
Verschiedene Anlässe zur Spitalsbehandlung	0,5	1,1	24,5
Unbekannte exogene Ursachen	0,9	1,1	13,5
Verkehrsunfälle (ohne Wegunfälle)	0,4	1,1	28,1
Krankheiten der Harnorgane	1,3	0,9	8,0
Endokrinopathien, Immun-Krankheiten	0,5	0,9	18,8
Komplikationen der Gravidität, Entbindung, Wochenbett	0,8	0,9	11,4
Ischämische Herzkrankheiten	0,2	0,8	37,1
Krankheiten der Venen und Lymphgefäße	0,6	0,8	15,1
Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüse, Kiefer	1,9	0,8	4,4
Krankheiten des Ohres	1,0	0,8	8,8
Affektionen des Auges	0,9	0,8	9,0
Krebs der Brust, Harn- und Geschlechtsorgane	0,2	0,8	51,3
Sonstige Herzkrankheiten	0,3	0,7	26,9
Gutartige Neubildungen	0,4	0,7	19,1
Sonstige Neubildungen	0,1	0,6	41,3
Arbeitsunfälle als Wegunfälle	0,2	0,5	24,0
Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	0,3	0,5	19,8
Cerebrovaskuläre Krankheiten	0,1	0,5	66,1
Hypertonie	0,3	0,4	14,4
Sonstige exogene Ursachen (z. B. medizinische Komplikationen)	0,2	0,4	19,6
Sonstige solide Krebse	0,1	0,3	38,9
Sonstige Kreislauferkrankungen	0,6	0,3	6,6
Krebs der Verdauungsorgane	0,0	0,2	65,8
Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane	0,2	0,2	14,2
Krankheiten der Arterien	0,1	0,2	30,1
Hämoblastosen	0,0	0,2	49,9
Absichtliche Verletzungen durch andere Personen, Tötung	0,1	0,2	15,8
Sonstige bakterielle Infektionen	0,1	0,2	12,9
Diagnose nicht feststellbar	0,3	0,2	5,3
Fehlgeburt, Interruptio	0,1	0,2	12,5
Kongenitale Missbildungen	0,1	0,2	21,4
Sonstige Infektionskrankheiten	0,2	0,1	8,3
Krebs der Atmungsorgane	0,0	0,1	76,5
Krankheiten des Blutes	0,1	0,1	18,3
Sonstige Krankheiten	0,2	0,2	15,0

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die unterschiedlichen Diagnosegruppen streuen sehr stark hinsichtlich der Länge von Krankenstandsepisoden; die durchschnittliche Krankenstandsdauer von knapp 11 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Besonders kurz fallen typischerweise Darminfektionen (4,3 Tage), Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüse und des Kiefers (4,4 Tage) sowie Erkrankungen der oberen Atemwege (5,9 Tage) aus. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (17,2 Tage), die Unfälle (zwischen 20 und 28 Tagen) und vor allem die psychiatrischen Krankheiten (35,8 Tage) über dem Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß verursachen besonders schwere Erkrankungen (z. B. Krebs, cerebrovaskuläre Krankheiten) die längsten Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle liegt bei über 50 Tagen.

Die Daten aus der Krankheitsgruppenstatistik bestätigen, dass die gesundheitlichen Risiken und damit auch die gesundheitlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen nicht deckungsgleich sind. Während einige dieser Unterschiede durch biologische Differenzen bedingt sind und hier nicht weiter erörtert werden, wirken sich auf andere Pathologien auch Faktoren gesellschaftlicher, beruflicher und individueller Natur aus. Männer sind durch ihre berufliche Tätigkeit im Schnitt einem höheren Unfallrisiko ausgesetzt. Dementsprechend sind auf Arbeitsunfälle zurückgehende Krankenstandsfälle und Fehlzeiten bei Männern 2½-mal so häufig wie bei Frauen⁴⁴). Ein ähnliches Verhältnis besteht auch bei den Sportunfällen; bei den Nicht-Arbeitsunfällen ist der Unterschied zwischen den Geschlechtern weniger stark ausgeprägt, dennoch gehen bei Männern fast doppelt so viele Krankenstandsfälle und -tage wie bei Frauen aufgrund von sonstigen Unfällen verloren. Sieht man von den Unfällen ab und konzentriert man sich weiterhin auf die häufigsten Ursachen für Fehlzeiten, ergeben sich weitere Differenzen zwischen Männern und Frauen: Erkrankungen der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes sind bei Männern um ein Sechstel häufiger als bei Frauen. Allerdings dauern die Krankheitsepisoden dieser Diagnosegruppe bei Frauen im Schnitt zwei Tage länger, weshalb die Anzahl von Krankenstandstagen, die auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen ist, bei Männern pro Kopf nur 4% höher als bei Frauen ist. Ein weiterer ausgeprägter geschlechtsspezifischer Unterschied betrifft die Herz-Krankheiten, Männer sind gut zweimal so oft wie Frauen von ischämischen Herzkrankheiten (die u. a. koronare Herzkrankheiten und Herzinfarkte umfassen) betroffen, die Anzahl an Krankenstandstagen ist mehr als dreimal so hoch. Umgekehrt sind psychiatrische Erkrankungen bei Frauen deutlich häufiger: Während es im Jahr 2010 auf 100 Männer im Schnitt 1,7 Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich 3,4 Fälle. Als Folge ist die auf diese Krankheitsgruppe zurückgehende Anzahl von Krankenstandstagen bei Frauen pro Kopf doppelt so hoch wie bei Männern. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Krankheiten des Nervensystems. Es fehlt aber auch nicht an Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern, insbesondere bei weit verbreiteten Erkrankungen infektiöser Natur: Drei der vier häufigsten Diagnosegruppen, die Darminfektionen, die Krank-

⁴⁴) Für die Analyse der Geschlechtsspezifika wird das Verhältnis aus Krankenstandsfällen bzw. -tagen und Versicherten der beiden Gruppen miteinander verglichen.

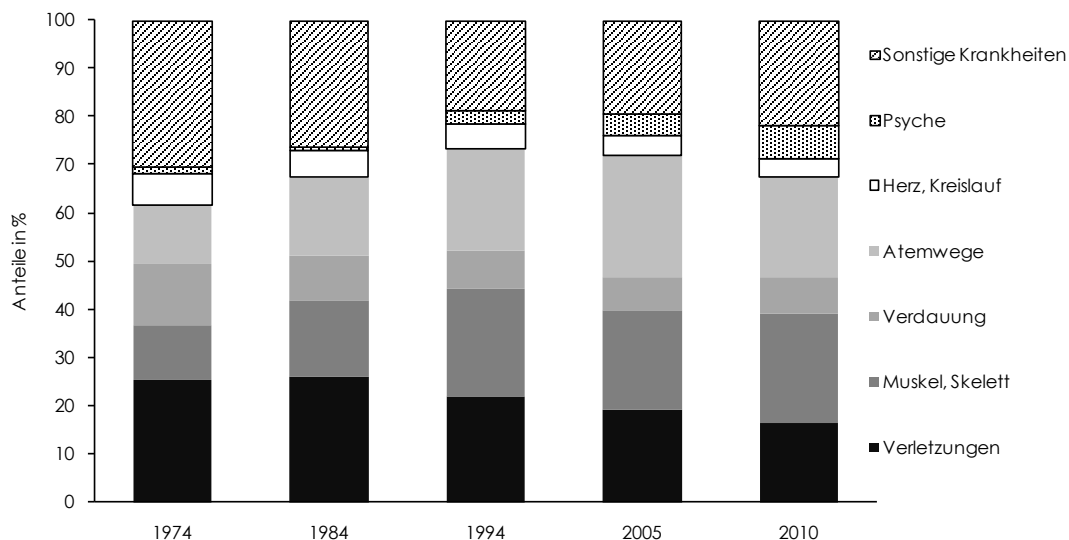
heiten der oberen Luftwege und die sonstigen Krankheiten der Atmungsorgane sind bei Männern und Frauen etwa gleich stark ausgeprägt.

Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht keine gesonderte Auswertung der Krankenstandsdiagnosen nach Altersgruppen. Eine solche Auswertung konnte aber bereits in der Vergangenheit anhand von oberösterreichischen Krankenstandsdaten durchgeführt werden (siehe *Leoni – Biffl – Guger, 2008A*). Erwartungsgemäß zeigen sich je nach Altersgruppe bei den Ursachen für die Fehlzeiten unterschiedliche Muster. Verletzungen spielen bei jungen Arbeitskräften eine besonders wichtige Rolle, fast ein Drittel aller Krankenstandstage dieser Gruppe geht auf Unfälle zurück. Die relative Bedeutung von Verletzungen nimmt mit steigendem Alter konstant ab; im Haupterwerbssalter wurde nur jeder fünfte Krankenstandstag durch einen Unfall verursacht, bei älteren Arbeitskräften jeder achte. 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 Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit steigendem Alter stark zu: Weniger als ein Zehntel der Krankenstandsfälle und der Krankenstandstage junger Arbeitskräfte wird durch diese Diagnosegruppe verursacht, in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen sind es fast ein Drittel der Fälle und mehr als ein Drittel der Tage. Neben Diagnosegruppen, die mit steigendem Alter ihre Bedeutung für das Krankenstandsgeschehen vergrößern oder verringern, gibt es auch eine Reihe von Diagnosegruppen, deren Anteil am Fehlzeitenvolumen in allen Altersgruppen konstant bleibt. Die Krankheiten des Blutes, der Harn- und Geschlechtsorgane, der Haut sowie die Erkrankungen der Verdauungsorgane können zu dieser Kategorie gezählt werden.

Abbildung 1.24 gibt einen Einblick in die langfristigen Trends der Fehlzeitenentwicklung nach Krankheitsgruppen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Statistik im Zeitverlauf auch von Veränderungen der Diagnoseerfassung durch die Ärzte beeinflusst wird. Die Bedeutung von Verletzungen, die alle Formen von Unfällen als Ursache von Fehlzeiten zusammenfassen, für das gesamte Krankenstandsgeschehen verringerte sich merklich; 1974 fielen im Schnitt pro beschäftigter Person 3,6 Krankenstandstage an, im Jahr 2010 waren es nur noch 2,1 Tage. Damit reduzierte sich der Anteil der Verletzungen von mehr als einem Viertel auf gut ein Sechstel aller krankheitsbedingten Fehlzeiten. Diese Entwicklung trug wegen der großen Bedeutung dieser Diagnosegruppe zur Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer bei. Die Zahl der Muskel-Skelett-Erkrankungen ist zwar gegenüber 1994 rückläufig, dieser Rückgang folgt allerdings einer Phase der starken Zunahme dieser Krankheitsgruppe als Ursache von Fehlzeiten: Mit einem Schnitt von 2,9 Tagen pro Person gingen 2010 mehr Tage als 1974 (1,6 Tage) und 1984 (2,3 Tage) infolge von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems verloren. Ihr Anteil an den Krankenstandstagen blieb seit 1994 weitgehend unverändert (etwa 22%). Die Erkrankungen des Verdauungsapparates verzeichneten einen starken Rückgang, ebenso war der Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den beobachteten Jahren, wenn auch in etwas geringerem Maße, kontinuierlich rückläufig. Obwohl Erkrankungen an den Atemwegen 2010 genauso viele Ausfallzeiten wie 2004 verursachten (2,7 Krankenstandstage),

vergrößerte sich in der längerfristigen Betrachtung ihr Anteil am Krankenstandsgeschehen in signifikantem Ausmaß.

Abbildung 1.24: Durchschnittliche Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen Österreich

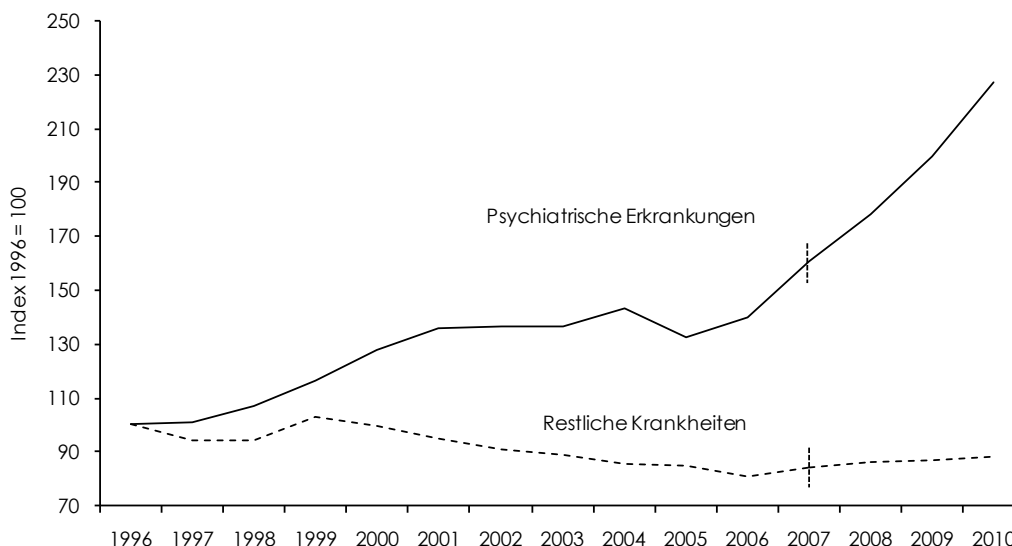


Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Bemerkenswert ist ebenfalls der klare Aufwärtstrend der psychiatrischen Erkrankungen (Abbildung 1.25), der sich vor allem seit Mitte der 1990er-Jahre beschleunigte und auch in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland, beobachtet werden kann. Erkrankungen der Psyche sind die einzige Krankheitsgruppe, die zwischen 1994 und 2010 (von einem niedrigen Niveau ausgehend) einen absoluten Zuwachs an Fehlzeiten je Beschäftigten verzeichnete. Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Problemen für das Krankenstandsgeschehen ist allerdings von diesen Zahlen nicht unmittelbar abzulesen. Einerseits ist davon auszugehen, dass sich im Zeitverlauf die Bereitschaft der Ärzte, gesundheitliche Probleme dem psychischen Bereich zuzuschreiben, tendenziell erhöht hat. Andererseits werden vermutlich zahlreiche Krankenstände, die mitunter auch eine psychische Ursache haben, aufgrund ihrer Symptomatik bei der Diagnoseerfassung anderen Krankheitsgruppen zugeschrieben. So können beispielsweise Allergien, Magenschmerzen, Kreislaufprobleme usw. eine Folge von Stress und psychischen Belastungen sein, ohne dass die daraus resultierenden Krankenstände Problemen der Psyche zugeschrieben werden. Die große Bedeutung von psychischen Belastungen und Erkrankungen für die Arbeitswelt kann durch andere Quellen bestätigt werden. Umfragen haben wiederholt gezeigt, dass Depressionen, Stress und Angstkrankheiten zu den gesundheitlichen Problemen zählen, die am häufigsten von Beschäftigten im Zusammenhang mit ihrer Erwerbstätigkeit erwähnt werden (Dupré, 2001). Zudem kommen die Folgen von psychischen Problemen mit besonderer Stärke im langfristigen Horizont zum

Tragen. So sind psychische Erkrankungen bei den österreichischen Männern die zweithäufigste und bei den Frauen die häufigste Ursache von Invaliditätspensionen.

Abbildung 1.25: Entwicklung der psychischen Krankheiten
Krankenstandstage pro Kopf, Österreich



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

1.8 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle

Es besteht in der Statistik eine Diskrepanz hinsichtlich der Erfassung von Arbeitsunfällen: Während die Unfallversicherungsträger die Anzahl der *anerkannten* Arbeitsunfälle bestimmt, weist die Statistik nach Krankheitsgruppen des HV alle Krankenstandsfälle und -tage aus, die zum Zeitpunkt der Ersterfassung (also typischerweise im Krankenhaus) als Arbeitsunfälle festgehalten wurden. Die Anerkennung der Unfälle als Versicherungsfälle erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, nur ein Teil der ursprünglich als Arbeitsunfälle definierten Ereignisse wird effektiv auch als Arbeitsunfall anerkannt. Hierfür spielt das Prinzip der doppelten Kausalität eine wesentliche Rolle. Der Unfall muss sich sowohl am Arbeitsplatz ereignet haben als auch durch die Arbeitstätigkeit verursacht worden sein. Zudem können sich aus einem anerkannten Arbeitsunfall mehrfache Krankenstandsfälle ergeben, beispielsweise wenn die betroffene Person für die medizinische Behandlung mehrmals vom Arbeitsplatz fern bleiben muss. Aus diesen Gründen liegt die Zahl der anerkannten Arbeitsunfälle, die für die Beschreibung des Unfallgeschehens in der Wirtschaft relevant ist, niedriger als der in der Statistik nach Krankheitsgruppen ausgewiesene Wert (siehe Abschnitt 1.7).

Als Basis für die vorliegende Zusammenstellung dienen Daten zum Unfallgeschehen in der österreichischen Wirtschaft, die von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zur

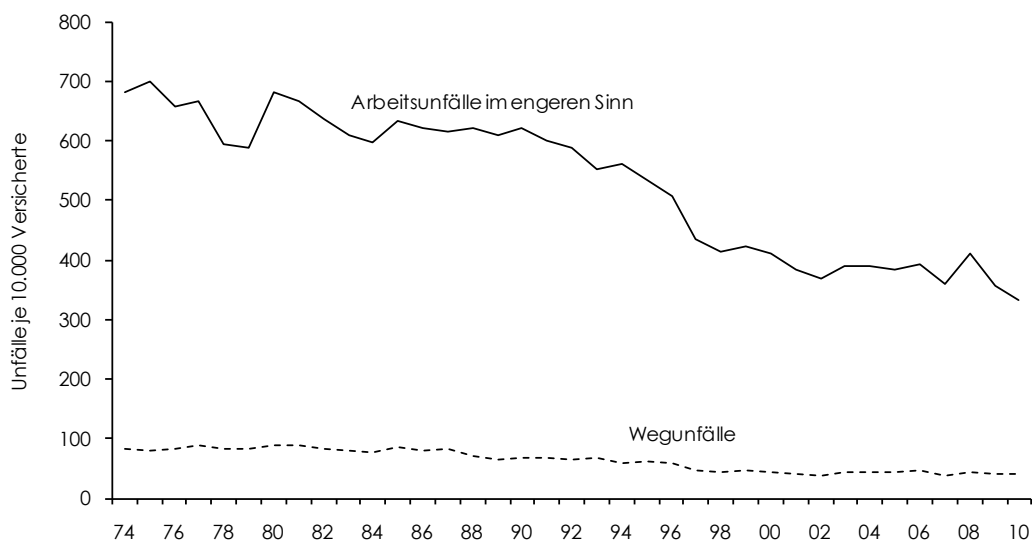
Verfügung gestellt wurden. Die AUVA ist der größte, aber nicht der einzige Unfallversicherungsträger in Österreich. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, die Sozialversicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Sozialversicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen sind ebenfalls für die Unfallversicherung zuständig. Die Daten der AUVA eignen sich aber sehr gut für die Beschreibung des Unfallgeschehens unselbständig Beschäftigter. Im Jahr 2010 waren 2,8 Mio. unselbständig Beschäftigte bei der AUVA versichert, das entspricht einer Quote von 87% aller unfallversicherten unselbständig Beschäftigten. Von den 109.954 anerkannten Arbeitsunfällen und 13.171 Wegunfällen wurden 92.954 (90%) bzw. 11.385 (88%) bei der AUVA erfasst. 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 Darstellungen in diesem Kapitel zielen darauf ab, das Unfallgeschehen möglichst vollständig abzubilden; es werden demnach für die Analysen immer alle anerkannten Versicherungsfälle berücksichtigt. Wichtigste Kenngröße der Unfallstatistik ist die Unfallquote bzw. der dazu synonyme Begriff der Unfallrate. Durch diesen Indikator wird die relative Schadenshäufigkeit abgebildet, die Anzahl der Unfälle wird mit der Zahl der Versicherten in Bezug gebracht. Der Indikator kann sowohl in Prozent als auch als Anzahl von Unfällen je 10.000 Versicherten wiedergegeben werden; beide Varianten und die Begriffe Unfallquote sowie Unfallrate werden hier als gleichwertig verwendet.

1.8.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle

Im Jahr 1974 gab es in Österreich je 10.000 Versicherte 765 Unfälle, dieser Wert reduzierte sich bis 1995 auf etwa 600 Unfälle (Abbildung 1.26). In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre kam es zu einem weiteren, deutlichen Rückgang der Unfälle, sodass im Jahr 2000 statistisch gesehen auf 10.000 Versicherte 455 Unfälle entfielen. Seitdem unterlag die Unfallquote in ihrer Entwicklung einigen Schwankungen, ohne dass sich dabei ein klarer Trend herausbildete. 2010 lag die Unfallquote bei 374 und erreichte ihren tiefsten Stand seit 1974. Anders gesagt waren im ersten Jahr des erfassten Zeitraums statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2010 waren es 3,7%. Zieht man von diesem Wert, der sowohl die Arbeitsunfälle im engeren Sinne als auch die Wegunfälle beinhaltet, letztere ab, so betrug die Unfallquote im Jahr 1974 6,8% und im Jahr 2010 3,3%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2010 um 50% 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 41 Unfällen je 10.000 Versicherte (0,4%) im Jahr 2010, was einer Verringerung von 50% entspricht.

Abbildung 1.26: Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Zusammen mit den Arbeitsunfällen ist auch die Anzahl an Unglücksfällen mit tödlichen Folgen im langfristigen Betrachtungszeitraum rückläufig⁴⁵⁾. 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: Für 2010 weist die Statistik der AUVA 149 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz aus.

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

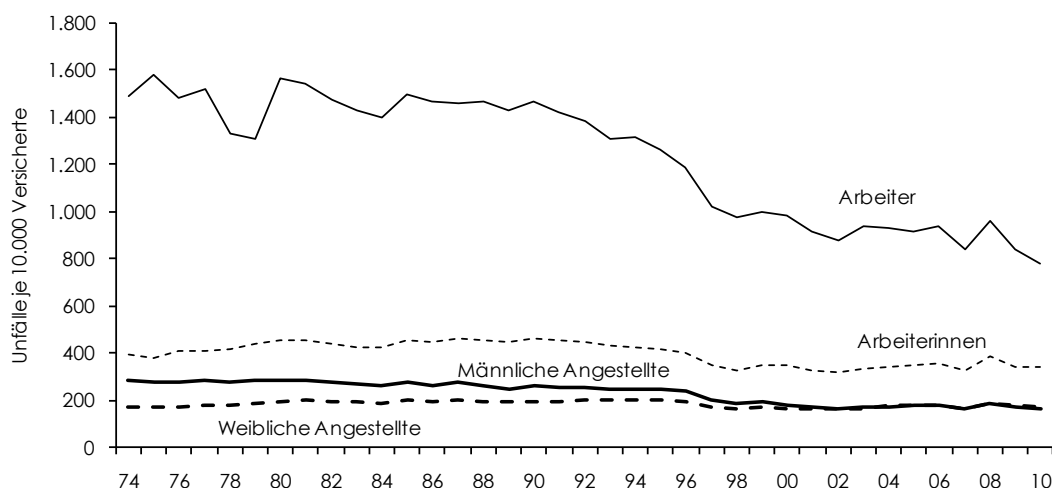
⁴⁵⁾ Diese Werte beziehen sich auf die tödlichen Fälle von Arbeitsunfällen aller bei der AUVA versicherten Erwerbstätigen (einschließlich selbständig Erwerbstätiger), Wegunfälle sind in diesen Zahlen inkludiert, Berufskrankheiten dagegen nicht.

die Unfallbelastung von bestehenden Arbeitsplätzen verringert werden konnte. Die Reduktion der Arbeitsunfälle wurde überdies durch gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz gefördert. Das Inkrafttreten des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen im Zuge des EU-Beitritts Österreichs hat in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle gespielt. Verbesserte ArbeitnehmerInnenschutzbestimmungen, der technologische Wandel sowie Präventivmaßnahmen der Unternehmen dürften gemeinsam dazu beigetragen haben, das Unfallrisiko der bestehenden Arbeitsplätze zu senken.

1.8.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche

Während sich die Wegunfallraten von Frauen und Männern kaum unterscheiden, sind Männer um ein Vielfaches häufiger von Arbeitsunfällen (im engeren Sinne) betroffen als Frauen. Mitte der 1970er-Jahre lag die Unfallquote der Männer etwa fünfmal so hoch wie jene der Frauen. Auch heute weisen Männer eine deutlich höhere Quote als Frauen auf, der Abstand hat sich allerdings verringert. Insgesamt betrug die Unfallquote im Jahr 2010 für Männer 5,0%, für Frauen lag sie bei 2,2%. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hängt mit der Tatsache zusammen, dass Frauen und Männer im Durchschnitt Tätigkeiten mit unterschiedlicher Risikobelastung nachgehen. Abbildung 1.27 zeigt, dass die Stellung im Beruf, die einen Anhaltspunkt für die Berufstätigkeit der beschäftigten Person gibt, zusammen mit dem Geschlecht wesentliche Erklärungsfaktoren des Unfallrisikos darstellen. Die männlichen Arbeiter haben die höchste Unfallrate, auch die Arbeiterinnen weisen eine Unfallhäufigkeit auf, die deutlich höher als jene der Angestellten ist. Die weiblichen bzw. männlichen Angestellten hatten 2010 eine Unfallrate, die die Hälfte bzw. ein Fünftel der Unfallrate der Arbeiterinnen und der Arbeiter betrug.

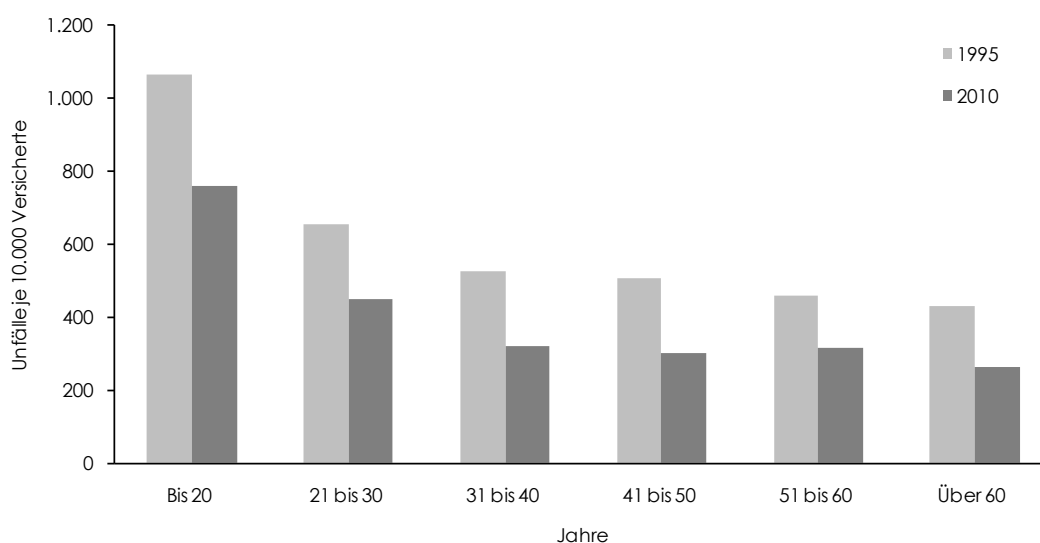
Abbildung 1.27: Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht



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 und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte stark verringert. Im Zeitraum 1974 bis 2010 ging die Unfallrate der ArbeiterInnen von 1.119 auf 642 (–43%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 169 (–25%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen Angestellten von 282 auf 163 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückging, registrierten Frauen in Angestelltenberufen 2010 gleich viele Unfälle wie zu Anfang der Beobachtungsperiode (173 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 Angleichung der geschlechtsspezifischen Unfallraten gekommen. Insgesamt betrug der Rückgang der Unfallhäufigkeit bei den Männern mehr als die Hälfte (–54%), bei den Frauen gut 20%.

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



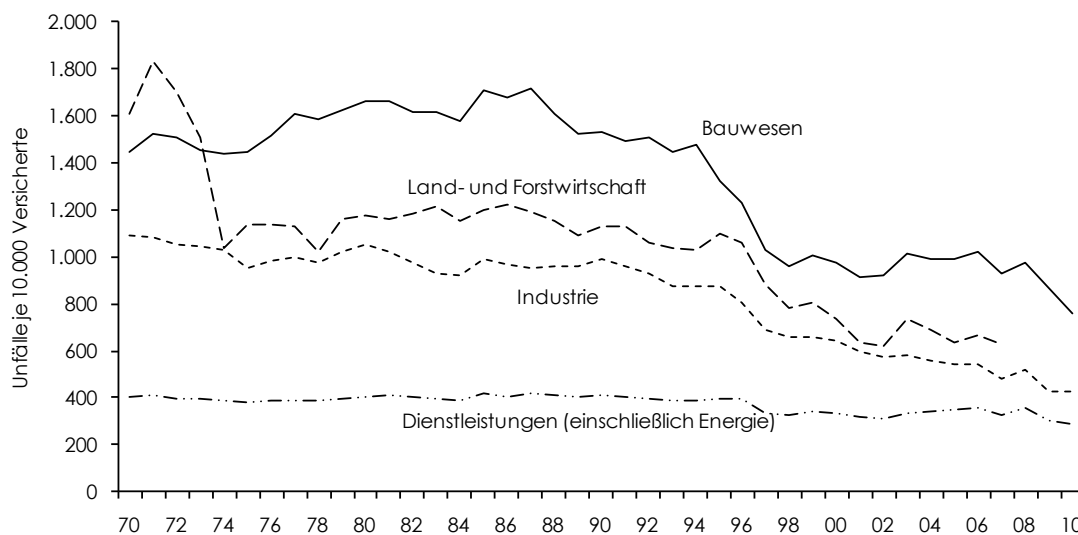
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Geschlecht und Stellung im Beruf sind aussagekräftige Variablen für das Unfallgeschehen am Arbeitsplatz, weil sie indirekt über den Tätigkeitsbereich der Beschäftigten Auskunft geben. Das Alter der Beschäftigten bereichert das Untersuchungsbild um eine zusätzliche Dimension und zeigt, wie sich Erfahrung und Dienstalder auf das Unfallrisiko der ArbeitnehmerInnen auswirken. Dieser Abschnitt der Analyse ist auf den Zeitraum 1995 bis 2010 beschränkt, da nur für diese Jahre eine ausreichend differenzierte Datenbasis zur Verfügung steht. Die Darstellung der Unfallquoten entlang der Altersstruktur gibt für diesen Zeitraum ein konsistentes Bild:

Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls am Arbeitsplatz ist bei Jugendlichen wesentlich ausgeprägter als bei älteren – und somit erfahreneren – Arbeitskräften (Abbildung 1.28). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich das Unfallrisiko in allen Alterskohorten verringert.

Eine weitere Dimension des Unfallgeschehens ist durch eine Betrachtung nach Wirtschaftsbereichen gegeben. Die einzelnen Branchen⁴⁶⁾ sind durch unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und Arbeitsplatzbedingungen gekennzeichnet, dementsprechend stark sind Unterschiede in der Unfallhäufigkeit ausgeprägt. Der landwirtschaftliche Sektor und der Bergbau haben das höchste Unfallrisiko. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2010 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch wie im Durchschnitt, fast ein Fünftel aller Unfälle ereignete sich im Bauwesen. Überdurchschnittlich hohe Unfallquoten verzeichnete auch der Bereich der Sachgüterproduktion, während im Dienstleistungsbereich die Unfallhäufigkeit im Allgemeinen wesentlich geringer ist. Nur die "Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" sowie die Bereiche "Verkehr und Lagerei" und "Kunst, Unterhaltung und Erholung" waren mit einem Unfallrisiko verbunden, das deutlich über dem Gesamtdurchschnitt lag. Der Bereich mit dem geringsten Unfallrisiko ist das Finanz- und Versicherungswesen, wo die Unfallquote unter 1% lag und somit ein Fünftel des Durchschnitts und ein Zehntel der Unfallquote im Bauwesen betrug.

Abbildung 1.29: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)



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

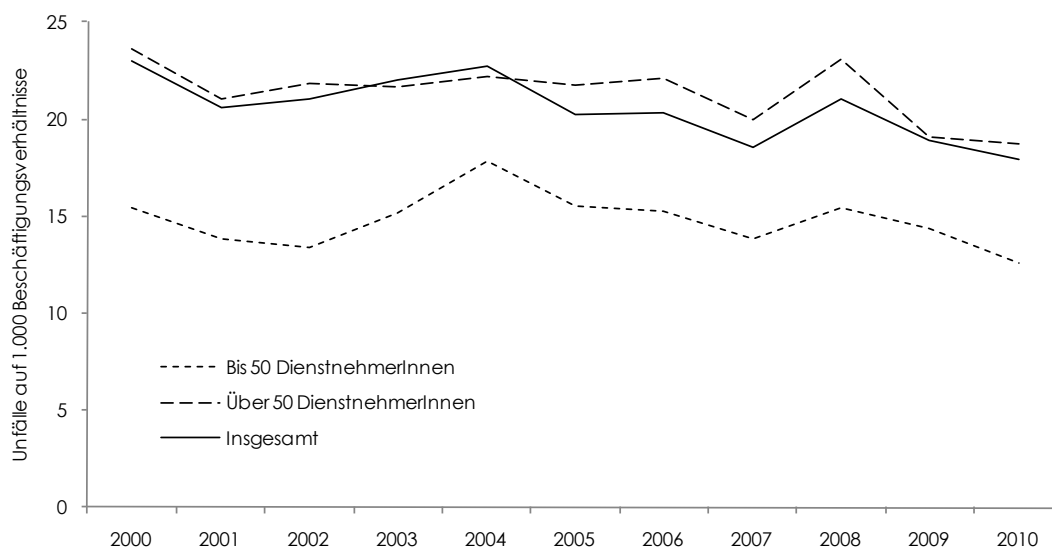
⁴⁶⁾ Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2008 verwendet.

Vergleiche mit der Vergangenheit sind nur schwer darstellbar. Die Erstellung einer nach Branchen differenzierten Zeitreihe ist für die ÖNACE-Gliederung nur ab dem Jahr 1995 möglich, zudem ist seit 2008 aufgrund der Einführung der neuen ÖNACE-Gliederung die Vergleichbarkeit mit den Vorjahren nicht gegeben. Möchte man einen längeren Zeitraum analysieren, muss man auf die ältere Wirtschaftsklassen-Gliederung zurückgreifen. Nur durch die Zusammenfassung in vier Hauptbereiche (Land- und Forstwirtschaft, Sachgütererzeugung, Bauwesen, Dienstleistungen) ist eine langfristige Betrachtung möglich. Eine entsprechende graphische Darstellung (Abbildung 1.29) zeigt in allen Wirtschaftsbereichen ein ähnliches Muster. Zwischen den frühen 1970er- und den frühen 1990er-Jahren haben nur mäßige Veränderungen der Unfallrate stattgefunden. In den Sachgüter erzeugenden Bereichen hat das Unfallrisiko kontinuierlich aber geringfügig abgenommen, während es im Dienstleistungsbereich in etwa konstant geblieben ist und im Bauwesen und in der Landwirtschaft erst nach einem Höhepunkt in den 1980er-Jahren begonnen hat, sich rückläufig zu entwickeln. Zu einer deutlichen Verringerung der Unfallhäufigkeit ist es in allen Wirtschaftsbereichen in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre gekommen. Besonders stark war der Rückgang im Bauwesen und in der Land- und Forstwirtschaft: Hier ist die Unfallrate zwischen 1995 und 1998 um 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 Angleichung 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 Industrie 2½-mal so hoch und im Bauwesen mehr als 3½-mal so hoch wie im Dienstleistungssektor. Im Jahr 2010 betrug die Unfallrate in der Industrie das 1,5-Fache, im Bauwesen das 2,6-Fache der Dienstleistungsbereiche.

Die ungleiche Verteilung des Unfallrisikos in der Arbeitswelt kommt auch bei einer Betrachtung nach Betriebsgröße zum Ausdruck (Abbildung 1.30). Größere Betriebe, solche mit mindestens fünfzig Beschäftigten, verzeichnen 2010 im Durchschnitt um 50% mehr Arbeitsunfälle pro Kopf als Kleinbetriebe mit weniger als fünfzig MitarbeiterInnen. Dieser Unterschied ist im letzten Jahrzehnt über die Zeit weitgehend konstant geblieben. Wie bereits im Zusammenhang mit den Krankenstandsquoten erwähnt wurde, müssen allerdings 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 den Sachgüter erzeugenden Branchen auch das Bauwesen und den Bergbau umfasst. Die vergleichsweise hohe Inzidenz von Arbeitsunfällen in den Betrieben mit fünfzig und mehr Beschäftigten spiegelt also auch branchenspezifische Unterschiede in der Unfallquote wider.

Abbildung 1.30: Unfallquote nach Betriebsgröße



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Darstellung.

2. Krankenstände und gesundheitsbedingte Pensionierungen

2.1 Ausgangslage

Das Krankenstandsgeschehen bildet einen wichtigen Teil der gesundheitlichen Dimension der Arbeitswelt ab. Die Entwicklung *bleibender* Formen von Arbeitsunfähigkeit ist für die Einschätzung der gesundheitlichen Situation der Erwerbsbevölkerung und für die Steuerung durch Gesundheits- und Sozialpolitik jedoch von mindestens ebenso großer Bedeutung. Dieses Kapitel verfolgt das Ziel, den krankheitsbedingten Austritt aus dem Erwerbsleben zu untersuchen und aufzuzeigen, inwiefern eine Verbindung zwischen diesem Ereignis und vorangehenden, krankheitsbedingten Fehlzeiten besteht. Zur Bezeichnung des Versicherungsfalls der geminderten Arbeitsfähigkeit werden in Österreich – in Abhängigkeit von der Berufsgruppe und sozialrechtlichen Stellung – unterschiedliche Begriffe verwendet. Für die ArbeiterInnen gilt der Begriff "Invalidität", für die Angestellten jener der "Berufsunfähigkeit"⁴⁷⁾. In der nachfolgenden Untersuchung, die sich in erster Linie auf die unselbständig Beschäftigten bezieht, wird "Invaliditätspension" ungeachtet der Unterschiede nach sozialrechtlicher Stellung als Sammelbegriff für den gesundheitsbedingten frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben verwendet. Der Zugang zur Invaliditätspension ist nicht nur älteren Erwerbspersonen vorbehalten, dennoch wird er vor allem von der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen in Anspruch genommen. Vor dem Hintergrund der altersspezifischen Arbeitsmarktbeteiligung und der anstehenden Herausforderungen im Lichte des demographischen Wandels, nimmt die Invaliditätsthematik in Österreich einen besonders hohen Stellenwert ein.

Der österreichische Arbeitsmarkt ist im europäischen Vergleich durch eine geringe Erwerbsbeteiligung der Älteren und gleichzeitig durch einen relativ hohen Anteil an krankheitsbedingten Pensionierungen in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen gekennzeichnet. Obwohl die Erwerbsquote der 15- bis 64-Jährigen in Österreich insgesamt mit 75,3% über dem europäischen Durchschnitt liegt (EU 27 71% in 2009), sind in der Gruppe der 55- bis 64-Jährigen nur noch 42,1% am Arbeitsmarkt aktiv. Ein Wert, der in den alten EU-Mitgliedsländern nur von Luxemburg (39,4%), Belgien (37,2%) und Italien (37,0%) unterschritten wird, sowie von einigen Neuen EU-Mitgliedsländern wie Slowenien (36,9%), Ungarn (35,0%), Polen (34,5%) und Malta (29,8%). Die bisher gültigen gesetzlichen Rahmenbedingungen ermöglichen in Österreich einer überwiegenden Mehrheit der Beschäftigten einen Pensionsübertritt vor dem gesetzlichen Pensionsantrittsalter von 60 bzw. 65 Jahren. Im Jahr 2009 erfolgten 71% aller Neuzuerkennungen von Direktpensionen vor dem Erreichen des Regelpensionsalters, bei den Männern betrug dieser Anteil 83,9%, bei Frauen 56,8%. Gesundheitliche Probleme spielen als Beweggrund für den frühzeitigen Rückzug aus dem aktiven Erwerbsleben eine große Rolle. Insgesamt wurden im Dezember 2009 rund 459.710 krankheitsbedingte Pensionen ausbezahlt, wovon 45% an Personen gingen, die sich unter dem Regelpensionsalter (60. bzw. 65. Lebens-

⁴⁷⁾ Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz (GSVG) und das Bauern-Sozialversicherungsgesetz (BSVG) kennen nur den Begriff "Erwerbsunfähigkeit".

jahr) befanden. Von den ausbezahlten Pensionen entfielen bei Männern knapp 53% (145.404), bei den Frauen 33% (61.384) auf Personen im erwerbsfähigen Alter (*Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2010*).

*Übersicht 2.1: Erstmalige Zuerkennungen von Invaliditätspensionen
Österreich, 2009*

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	Insgesamt Anzahl	davon befristet Anteile in %	Insgesamt Anzahl	davon befristet Anteile in %	Insgesamt Anzahl	davon befristet Anteile in %
<i>Versicherungsträger</i>						
Pensionsversicherung insgesamt	30.288	40,2	19.264	32,8	10.867	53,7
PVA – Angestellte	7.192	53,5	3.282	38,9	3.871	66,5
PVA – ArbeiterInnen	18.300	41,9	13.136	35,4	5.129	58,9
VAEB – Bergbau	91	22,0	58	25,9	7	71,4
VAEB – Eisenbahnen	330	34,5	243	30,5	57	70,2
SVA der gewerblichen Wirtschaft	1.535	8,9	1.131	24,7	379	43,5
SVA der Bauern	2.840	2,0	1.414	1,8	1.424	2,3

Q: HV, WIFO-Berechnungen.

*Übersicht 2.2: Befristete Invaliditätspensionen, die nicht weiter verlängert wurden
Österreich, 2009*

	Insgesamt	Männer Anzahl	Frauen
<i>Versicherungsträger</i>			
Pensionsversicherung insgesamt	5.500	2.916	2.584
PVA – Angestellte	1.573	512	1.061
PVA – ArbeiterInnen	3.546	2.165	1.381
VAEB – Bergbau	13	13	–
VAEB – Eisenbahnen	149	90	59
SVA der gewerblichen Wirtschaft	174	118	56
SVA der Bauern	45	18	27

Q: *Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2010)*, HV, WIFO-Berechnungen.

Aus dem Quartalsbericht 4/2010 des *Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2010)* geht zudem hervor, dass 2009 die Invaliditätspensionen einen Anteil von 31,3% an allen neuzuerkannten Direkt Pensionen einnahmen (Männer 38,2%, Frauen 23,7%). Dieser Anteil war im letzten Jahrzehnt rückläufig (2000 37,9%). Gemessen an der Zahl der Invaliditätspensionen an allen neuzuerkannten Direkt Pensionen spielt die Invaliditätspension vor allem bei den Bauern eine dominante Rolle. Im Jahr 2007 (das jüngste verfügbare Jahr mit dieser Auswertung) gingen 76,8% der männlichen Bauern und 58,4% der Bäuerinnen infolge von Invalidität in Pension (siehe *Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008*). Die entsprechenden Quoten waren auch bei männlichen Arbeitern (53,5%) sehr hoch. Bei Angestellten und im Bereich der gewerblichen Wirtschaft gab es einen deutlich geringeren Anteil an Invaliditätspensionsneuzuerkennungen, wobei auch hier Männer öfter als Frauen über eine Invaliditätspension den Weg in den Ruhestand antraten. Wie aus Übersicht 2.1

hervorgeht, bilden in einer absoluten Betrachtung ArbeiterInnen und Angestellte, die den Untersuchungsgegenstand dieses Berichts darstellen, die weitaus größte Gruppe an InvaliditätspensionistInnen. Von den knapp 30.300 Neuzugängen im Jahr 2009 entfielen fast 85% auf die Pensionsversicherungsanstalt. Die Invaliditätspension wird bei erstmaliger Zuerkennung mit einer Befristung von 24 Monaten oder weniger zuerkannt und nur in jenen Fällen unbefristet zugesprochen, in denen keine Besserung der gesundheitlichen Situation zu erwarten ist. Dennoch ist der Anteil an befristeten Zuerkennungen vergleichsweise gering und streut stark zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Die Anzahl an befristeten Pensionsleistungen, die nicht weiter verlängert werden, ist zudem – vor allem wenn man sie in Bezug zur Gesamtzahl aller Invaliditätspensionen der Personen unter dem Regelpensionsalter setzt – sehr gering (Übersicht 2.2). Man kann davon ausgehen, dass mit wenigen Ausnahmen ein Zugang zur Invaliditätspension für die Betroffenen das unwiderrufliche Ende der Erwerbslaufbahn bedeutet.

Das vorliegende Kapitel bezieht sich auf eine empirische Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Krankenstandsgeschehen und dem gesundheitlich bedingten frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben. Abschnitt 2.2 dient einem Überblick der Bestimmungsgründe von Invalidität und versucht neben der gesundheitlichen Dimension, auch die Bedeutung des Sozialsystems und der Entwicklungen am Arbeitsmarkt für den Zustrom in die Invaliditätspension hervorzuheben. Wie bereits in den vorangegangenen Fehlzeitenreporten bilden Auswertungen von Sozialversicherungsdaten den Schwerpunkt dieses Kapitels. Nach einer Beschreibung der Daten (Abschnitt 2.3) wird zuerst die allgemeine Situation von InvaliditätspensionistInnen anhand von soziodemographischen und beruflichen Merkmalen beschrieben (Abschnitt 2.4) und dann spezifisch auf das Krankenstandsgeschehen dieser Personengruppe eingegangen (Abschnitt 2.5). Anschließend wird die Frage untersucht, inwiefern Krankenstände und insbesondere lange Krankenstandsepisoden einen Beitrag zur Erklärung von Invalidität leisten können, um somit schon frühzeitig ein erhöhtes Invalidisierungsrisiko zu erkennen.

2.2 Die Ursachen von Invalidität: Ergebnisse aus der internationalen Forschung

Das Krankenstandsgeschehen ist in vielfacher Hinsicht für die Untersuchung von Invalidität bedeutsam. Die Krankenstandsgeschichte einer Erwerbsperson bildet deren gesundheitliches Wohlbefinden und gesundheitliche Entwicklung zwar nur unvollständig ab. Dennoch stellen die von der Sozialversicherung erfassten Krankenstände einen sehr zuverlässigen und informativen, gesundheitlichen Indikator dar. Zahlreiche Studien, von denen einige in der Folge noch ausführlicher angesprochen werden, belegen, dass das Krankenstandsgeschehen ein wichtiger medizinischer Vorlaufindikator von Invalidität ist. Häufungen von krankheitsbedingten Fehlzeiten weisen auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands hin und können als vorübergehende Arbeitsunfähigkeitsepisoden mit einer späteren, bleibenden Arbeitsunfähigkeit in Verbindung gebracht werden. Krankenstände und Invalidität stehen dabei nicht nur in einem direkten Zusammenhang, weil Erkrankungen und Unfälle zu einer Beeinträchtigung der Gesundheit und damit der Erwerbsfähigkeit führen können. Auf Basis der verfügbaren Studien

– nicht zuletzt der vorangegangenen Fehlzeitenreporte – lässt sich auch ein indirekter negativer Effekt feststellen, der von anfänglichen Krankenständen ausgeht und über eine Verschlechterung der Arbeitsmarktsituation zu weiteren negativen Folgen für Gesundheit und Erwerbsfähigkeit führen kann.

Im Fehlzeitenreport 2008, in dem die langfristigen Folgen von Krankenstandsfällen auf die Erwerbskarriere der Beschäftigten untersucht wurden, konnte ein nachteiliger Zusammenhang zwischen langen Krankenstandereignissen und dem nachfolgenden Beschäftigungs- und Einkommensniveau nachgewiesen werden (Leoni – Mahringer, 2008). Länger andauernde Erkrankungen stellen demnach für die betroffenen Erwerbstätigen ein Risiko für die Erwerbskarriere dar. Sie führen zu einer geringeren Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse, zudem kann sich eine Destabilisierung der Karriereentwicklung in weiterer Folge auch in den längerfristigen Erwerbchancen niederschlagen. Arbeitsplatzwechsel führen zu Verlust von betriebspezifischem Humankapital und wirken sich negativ auf Ausmaß und Qualität der Erwerbsintegration aus. Vor allem in Fällen, bei denen es infolge von gesundheitlichen Problemen zu längeren Arbeitslosigkeitsepisoden kommt, muss eine negative Rückkoppelung auf den gesundheitlichen Zustand der Betroffenen befürchtet werden. Forschungsergebnisse aus internationalen Studien belegen, dass sich im Falle von Arbeitslosigkeit vor allem in einer längerfristigen Betrachtung für die Betroffenen, sowohl die subjektiven als auch objektiven Gesundheitsindikatoren verschlechtern (siehe z. B. Dooley *et al.*, 1996, Mathers – Schofield, 1998, Sullivan – von Wachter, 2009)⁴⁸). Unter den negativen Folgen von Arbeitslosigkeit für die Gesundheit sind insbesondere die psychischen Leiden in der Literatur gut dokumentiert. Obwohl die Rolle des Einkommensverlustes infolge von Arbeitslosigkeit für Veränderungen im Gesundheitsstatus nicht eindeutig geklärt ist, lässt der vielfach beobachtete Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit ebenfalls negative Effekte vermuten. Vor diesem Hintergrund besteht die Gefahr eines Teufelskreises, demzufolge Krankenstände eine ungünstige Auswirkung auf die Beschäftigungssituation haben können und damit auch eine weitere Beeinträchtigung des gesundheitlichen Wohlergehens verursachen können.

Unabhängig vom unterstellten kausalen Wirkungszusammenhang ist in einem internationalen Vergleich eine Korrelation zwischen dem Krankenstandsniveau in der Erwerbsbevölkerung und der Quote von Invaliditätsleistungen beobachtbar (OECD, 2010). Vor allem in den skandinavischen Ländern gehen hohe Krankenstandsquoten mit hohen Invalidisierungsquoten einher. Eine Auswertung von EU-SILC-Daten zeigt auch auf der Ebene von Individualdaten einen statistisch signifikanten positiven Zusammenhang zwischen Krankenständen und der Wahrscheinlichkeit in der Folge eine Invaliditätsleistung zu beziehen. In den meisten Ländern folgt der Bezug von mindestens 50% bis zu 90% der Invaliditätsleistungen einer Periode, in der die Betroffenen Krankengeld oder andere krankensstandsbezogene Leistungen erhalten

⁴⁸) Für einen kommentierten Überblick der Literatur zu diesem Thema siehe Fehlzeitenreport 2009, Abschnitt 2.3 (Leoni, 2010).

hatten⁴⁹⁾. Diese Auswertungen weisen auch darauf hin, dass das Invalidisierungsrisiko – nach Berücksichtigung der Krankenstände – in der Erwerbsbevölkerung nicht gleichverteilt ist. Alleinstehende und Personen mit einem niedrigen Bildungsniveau sind demnach einem höheren Risiko von Invalidität ausgesetzt als Personen, die in einer Partnerschaft leben oder gut qualifiziert sind. Dieser Zusammenhang zwischen Invaliditätsrisiko und bestimmten soziodemographischen Merkmalen wurde auch von anderen Studien – so z. B. *Kemp – Davidson* (2006) und *Beckman et al.* (2006) – bestätigt. Erwartungsgemäß hat sich auch gezeigt, dass gesundheitlich schädliches Verhalten (z. B. rauchen) mit einer erhöhten Invaliditätswahrscheinlichkeit assoziiert ist. Zudem besteht, was ebenfalls nicht überraschend ist, auch zwischen dem Alter der Beschäftigten und der Wahrscheinlichkeit von Invalidität ein starker Konnex. Die Invaliditätspensionen weisen demzufolge eine demographische Dimension auf, die angesichts des gerade stattfindenden Übertritts der Baby-Boom-Generation in das höhere Erwerbsalter von großer sozialpolitischer Relevanz ist.

Eine Handvoll Untersuchungen, die vorwiegend aus dem skandinavischen Raum stammen, untermauern die Hypothese, dass Krankenstände ein wichtiges Warnsignal für ein erhöhtes Invalidisierungsrisiko darstellen. *Wallman et al.* (2009) haben anhand von schwedischen Daten und von verschiedenen Krankenstandsindikatoren (Anzahl und Dauer von Krankenstandsfällen, Intervalle zwischen den Krankenständen) die Wahrscheinlichkeit eines Invaliditätseintritts untersucht. Auch nach Berücksichtigung von zahlreichen Kontrollvariablen (wie Haushaltgröße, Zivilstatus, Geschlecht, Rauchverhalten usw.) leisten die Krankenstandsindikatoren – insbesondere die Dauer von Krankenständen – den größten Beitrag zur Erklärung der Zugänge zur Invaliditätspension. Frauen bzw. Männer, die in einem Jahr 360 Krankenstandstage bzw. über eine Periode von zwei Jahren 540 Krankenstandstage verzeichneten, hatten demnach eine 80% Wahrscheinlichkeit in die Invaliditätspension überzutreten. Bei 245 Krankenstandstagen in einem Jahr bzw. 365 Tagen in zwei Jahren betrug die Wahrscheinlichkeit von Invalidität noch 50%. Personen mit bis zu 180 Krankenstandstagen hatten andererseits sehr gute Chancen (über 85%) wieder in das reguläre Berufsleben zurückzufinden.

Auch *Koopmans et al.* (2008) untersuchen das Invalidisierungsgeschehen anhand von Indikatoren zur Häufigkeit und Dauer von Krankenständen. Ihre Analyse stützt sich auf Daten für Beschäftigte in niederländischen Post- und Telekommunikationsunternehmen. Die Ergebnisse zeigen, dass lange Krankenstände das Invaliditätsrisiko bei Männern gegenüber einer Kontrollgruppe ohne Krankenstände um das Sechsfache erhöhten, im Falle von langen und häufigen Krankenständen um das Achtfache. Die Werte für Frauen waren etwas niedriger, zeigten aber ebenfalls, dass Krankenstände mit einer vier- bis fünfmal höheren Wahrscheinlichkeit von Invalidität einhergehen. Auch diese Untersuchung konnte bestätigen, dass zusätzlich zum gesundheitlichen Zustand Alter, familiärer Status und Qualifikations- bzw. Einkommensniveau

⁴⁹⁾ In dieser OECD-Analyse ist der Koeffizient für Österreich zwar positiv, aber vergleichsweise klein und nicht statistisch signifikant. Das kann auch daher rühren, dass in vielen Fällen der Übertritt in die Invaliditätspension aus Arbeitslosigkeit erfolgt und eine klare Abgrenzung zwischen Leistungen aus der Krankenversicherung und jenen aus der Arbeitslosenversicherung schwierig sein dürfte.

für die Erklärung von Invaliditätsmustern relevant sind. *Gjesdal et al. (2002)* konzentrierten sich in ihrer Analyse auf eine selektierte Gruppe von norwegischen Beschäftigten mit einem Krankenstand von acht Wochen oder mehr. Die Wahrscheinlichkeit dieser Arbeitskräfte, innerhalb von fünf Jahren nach dem Eintreten des Krankenstands eine Invaliditätsleistung zu beziehen, lag bei knapp 23%. Die Autoren konnten nachweisen, dass Krankenstandsfälle infolge einer psychischen Erkrankung vor allem bei Männern das Invalidisierungsrisiko erheblich erhöhten, wohingegen bei Frauen Kreislauferkrankungen überproportional oft zu Invalidität führten⁵⁰).

Die große Bedeutung der gesundheitlichen Dimension darf allerdings nicht vergessen lassen, dass ökonomische Aspekte sowie die Gestaltung von Invaliditätsleistungen und deren Einbettung im Sozial- und Pensionssystem das Invalidisierungsgeschehen mitprägen. Da Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit keine trennscharfen Konzepte sind, ist davon auszugehen, dass neben gesundheitlichen Motivationen auch die Arbeitsmarktsituation die Entscheidung von Personen mit gesundheitlichen Problemen beeinflusst, Invaliditätsleistungen zu beantragen. Eine Verschlechterung der Arbeitsmarktchancen senkt – bei gegebenem Gesundheitszustand – die Opportunitätskosten eines Austritts aus dem Erwerbsleben und erhöht somit dessen individuellen Nutzen. In anderen Worten: Arbeitskräfte mit gesundheitlichen Problemen werden versuchen, sich am Arbeitsmarkt zu halten, solange sie eine angemessene Beschäftigungsoption haben (wobei für die Attraktivität eines Arbeitsplatzes nicht nur das Lohnniveau, sondern auch die Arbeitsbedingungen im weiteren Sinne entscheidend sind). Wenn infolge anhaltender Arbeitslosigkeit die Aussichten auf eine solche Beschäftigung sinken, gewinnt die Perspektive eines Austritts aus dem Erwerbsleben (Invaliditätspension) trotz des damit einhergehenden langfristigen Einkommensverlustes an Attraktivität⁵¹).

Tatsächlich weisen zahlreiche Studien auf einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsmarktsituation in einem Land oder einer Region und dem Bezug von Invaliditätsleistungen hin. *Black et al. (2002)* untersuchten die Entwicklung von Invalidität in amerikanischen Kohleförderungsgebieten und fanden heraus, dass eine Vernichtung von Arbeitsplätzen (wie sie im Zuge der vom Strukturwandel stark betroffenen Kohleregionen vielfach zu beobachten war) den Zustrom in Invalidität stark erhöhte. Auch *Benítez-Silva et al. (2010)* kommen zu dem Schluss, dass regionale Unterschiede in der Arbeitslosigkeit einen wichtigen erklärenden Faktor für die Entwicklung des Invalidisierungsgeschehens darstellen. Die OECD kommt in ihrer internationalen Untersuchung zum Thema "Krankheit, Invalidität und Arbeit" zur Schlussfolgerung, dass in den allermeisten Fällen Rezessionen neben einem Anstieg der Arbeitslosigkeit auch – mit einiger Verzögerung – einen Anstieg der Invalidisierungsquoten verzeichnen lassen (*OECD, 2010*). Diese zyklische Komponente ist allerdings nicht so stark ausgeprägt wie im Falle der

⁵⁰) In beiden Fällen handelt es sich um eine relative Betrachtung des Invaliditätsrisikos, man muss berücksichtigen, dass sich die Ergebnisse auf vergleichsweise kleine Personengruppen beziehen. So waren nur 3% der untersuchten Frauen seit mindestens acht Wochen infolge einer Kreislauferkrankung im Krankenstand.

⁵¹) Invaliditätsleistungen und Leistungen im Falle von Langzeitarbeitslosigkeit können – in Abhängigkeit von den nationalen sozialrechtlichen Bestimmungen – in einem bestimmten Ausmaß substitutiv eingesetzt werden. Laut *OECD (2010)* scheint sich in vielen Ländern ein Trend verfestigt zu haben, wonach Langzeitarbeitslosigkeit oft in einen gesundheitlich bedingten Austritt aus dem Erwerbsleben mündet.

Arbeitslosigkeit. Je nach Land und Periode erzeugen Auf- und Abschwünge eine Abweichung vom langfristigen Trend der Zuerkennung von Invaliditätsleistungen in der Größenordnung von 2% bis 5%. Nur in Ausnahmefällen, wie beispielsweise den Rezessionen in den 1970er-Jahren in den Niederlanden, Irland und Schweden, kam es zu einem temporären Anstieg an Invaliditätszugängen in Höhe von knapp 10%.

Die zum Teil erheblichen internationalen Unterschiede, die hinsichtlich der Verbreitung von Invaliditätsleistungen in der Erwerbsbevölkerung beobachtet werden können, haben neben der Arbeitsmarktsituation und dem gesundheitlichen Zustand der Erwerbsbevölkerung vor allem auch mit der Beschaffenheit des Sozial- und Pensionssystems in den einzelnen Ländern zu tun. Die sozialrechtliche Gestaltung von Invaliditätsleistungen spielt für die Häufigkeit von gesundheitlich bedingten Frühpensionierungen ebenso eine entscheidende Rolle, wie das Vorhandensein von möglichen substitutiven Leistungen der Arbeitslosen- und Pensionsversicherung. Zahlreiche Studien haben die Hypothese untermauert, wonach die Höhe der Ersatzleistungen einen Einfluss auf das Erwerbsverhalten hat (z. B. *Gruber, 2000*). Jüngere Forschungsergebnisse kommen allerdings zu dem Schluss, dass dieser Einfluss zwar besteht, jedoch unter Umständen ein bescheidenes Ausmaß hat (*Campolieti, 2004, Chen – van der Klaauw, 2008*): Wenn ältere Arbeitskräfte mit einem niedrigen Qualifikationsniveau – jene Gruppe mit dem höchsten Invaliditätsrisiko – schlechte Arbeitsmarktchancen haben, dann führt eine Senkung von Invaliditätsleistungen nur zu bescheidenen Beschäftigungseffekten.

Neben der Höhe von Leistungsansprüchen sind auch die Größe des Personenkreises, der eine Invaliditätspension beanspruchen kann, und die Beschaffenheit des Selektionsprozesses bei der Zuerkennung von Leistungen von Bedeutung. Während die individuelle Arbeitsmarktsituation und die sozialrechtlichen Ansprüche für die Beantragung von Invaliditätsleistungen entscheidend sind, dürften Frühpensionierungen in Zeiten steigender Arbeitslosigkeit vor allem in der Vergangenheit immer wieder als Instrument zur Verknappung des Arbeitskräfteangebots eingesetzt worden sein. So wurde beispielsweise in den 1970er-Jahren in den Niederlanden und den skandinavischen Ländern die Invalidenversicherung gezielt auch als Arbeitsmarktinstrument eingesetzt (*Prinz, 1999*). Die OECD stellt fest, dass in etlichen Fällen wirtschaftliche Rezessionen neben einem zyklischen auch einen permanenten, strukturellen Anstieg der Invalidisierungsquoten nach sich zogen.

Auch in Österreich kam es in den frühen 1980er-Jahren im Zuge der Ölschocks und der Krise der verstaatlichten Industrie zu einer Anpassung der Zugangsbestimmungen für Invaliditätspensionsleistungen, die der schwierigen Arbeitsmarktlage älterer Beschäftigter entgegenwirken sollte. So wurden 1981 die Bestimmungen für den Zugang in die Invaliditätspension für Arbeitskräfte ab 55 Jahren erheblich gelockert (*Staubli, 2009*). Diese sozialrechtliche Lockerung trug zu einem starken Anstieg der jährlichen Neuzugänge in die Invaliditätspension während der 1980er-Jahre bei. Während zwischen 1971 und 1980 in jedem Jahr durchschnittlich etwa 14.300 Pensionsneuzuerkennungen erfolgten, waren es zwischen 1981 und 1990 pro Jahr fast 24.800. Seit Mitte der 1990er-Jahre wurden dagegen sukzessive Schritte gesetzt, um den Übertritt in die Invaliditätspension zu erschweren. Laut Berechnungen von *Staubli (2009)*

fürte die Umsetzung des Strukturanpassungsgesetzes von 1996 bei den männlichen Arbeitskräften zwischen 55 und 56 Jahren zu einer Reduktion der Invalidisierungsquote um 5,5 Prozentpunkte. Allerdings waren die Beschäftigungseffekte der Reform etwas bescheidener: die Beschäftigungsquote dieser Zielgruppe erhöhte sich um 2 Prozentpunkte, während gleichzeitig der Anteil an EmpfängerInnen von Krankengeld und Arbeitslosengeld um 3,5 Prozentpunkte stieg.

2.3 Datenbeschreibung und methodische Anmerkungen

2.3.1 Überblick der im Datensatz enthaltenen Informationen

Die Ausführungen zu den Krankenständen in der österreichischen Wirtschaft im ersten Kapitel dieses Berichts erfolgten überwiegend auf Basis der *Krankenstandsstatistik* des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HV). Das statistische Material des HV ermöglicht nur aggregierte Auswertungen für bestimmte Ausprägungen (z. B. Krankenstandsquoten nach Geschlecht und Alter), auch die Verknüpfungsmöglichkeiten unterschiedlicher Merkmale sind sehr begrenzt. Um vertiefende Analysen zu ermöglichen, wurde bereits für den Fehlzeitenreport 2007 ein eigens zusammengestellter Datensatz mit Krankenstandsdaten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) herangezogen⁵²). Dieser Datensatz wurde in anonymisierter Form aufbereitet und mit den am WIFO verfügbaren Individualdaten des HV verknüpft⁵³). Die so entstandene Datenbasis wurde in den Folgejahren aktualisiert und verbessert. Sie umfasst einerseits die Krankenstandsdaten der oberösterreichischen Beschäftigten und Arbeitslosen über die Periode 2001 bis 2008⁵⁴), andererseits sämtliche Sozialversicherungsepisoden (zumeist seit 1972, mit Ausnahme der BeamtenInnen und der bei Krankenfürsorgeanstalten Versicherten) der österreichischen Erwerbsbevölkerung. Diese Daten dokumentieren somit die Beschäftigungs- und Arbeitslosigkeitsepisoden, aber auch andere relevante Leistungsbezüge (wie z. B. Krankengeldbezüge) und den Eintritt in Pension von in Österreich Erwerbstätigen⁵⁵). Zum Zweck der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Krankenständen und Invaliditätspensionen wurden die Daten des HV und der OÖGKK für den diesjährigen Fehlzeitenreport um Informationen zu den Anträgen und Pensionsneuzugängen in die Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension ergänzt. Hierzu

⁵²) Der Datensatz der OÖGKK beinhaltet nur die Teilmenge jener Personen, die im Laufe der Beobachtungsperiode einen Krankenstandsfall zu verzeichnen hatten.

⁵³) Am WIFO werden anonymisierte Individualdaten aus administrativen Quellen im Rahmen der INDI-DV-Gruppe systematisch zum Zweck wissenschaftlicher Analysen organisiert und verarbeitet. Siehe dazu im Detail *Schöberl* (2004).

⁵⁴) Das trifft allerdings nur auf Versicherte der OÖGKK zu. Versicherte von anderen Gebietskrankenkassen und Versicherte von Sondersicherungsanstalten (Eisenbahn, Gewerbe, öffentlich Bedienstete usw.) sind nicht im Datensatz enthalten. Weiters ist anzumerken, dass das Krankenstandsgeschehen für 2008 nicht vollständig erfasst ist, weil Krankenstandsfälle, die zwar 2008 begannen, aber erst nach dem 31.12.2008 zu Ende gingen, im Datensatz nicht enthalten sind.

⁵⁵) Eine detaillierte Übersicht und Beschreibung der in den Daten enthaltenen Informationen findet sich im Fehlzeitenreport 2009, Abschnitt 2.4.1 (*Leoni*, 2010). An dieser Stelle werden nur jene Daten ausführlich beschrieben, die eigens für den vorliegenden Bericht zusammengestellt wurden und die bisherige Datenbasis ergänzt haben.

wurde von der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) ein entsprechend anonymisierter Datensatz zur Verfügung gestellt, in dem für die Jahre 2007, 2008 und 2009 folgende Informationen enthalten sind:

- Antragsdatum, zu dem der Antrag bei einer offiziellen, laut Gesetz berechtigten Stelle gestellt wurde
- Ob es zu einer Zuerkennung oder Ablehnung bzw. einer sonstigen Erledigung des Antrags (Abtretung, Zurückweisung, Zurückziehung oder Abbruch) kam
- Monat, in dem die Bearbeitung des Antrages bei der PVA begonnen bzw. erledigt wurde bzw. Durchführungsmonat in Fällen von Gewährung
- Stichtag für die Leistungsfeststellung
- Medizinische Ursache für die Zuerkennung der Pensionsleistung (erfasst anhand der ICD 10-Kodierung sowie der Krankheitsgruppenklassifikationen der Sozialversicherung)
- Pensionsbeginn – Zeitpunkt zu dem die Pensionsleistung angefallen ist

Die Daten der PVA beziehen sich auf unselbständig Erwerbstätige. Anders als im Falle der Krankenstandsdaten sind sie nicht auf Oberösterreich eingeschränkt, sondern erfassen alle Antragsverfahren und Pensionsneuzugänge von ArbeiterInnen und Angestellten in Österreich. Während das Krankenstandsgeschehen auf Individualdatenbasis nur für das Bundesland Oberösterreich darstellbar ist, können die Informationen zum Zugang zur Invaliditätspension sowie soziodemographische und arbeitsmarktbezogene Merkmale der Erwerbstätigen auch für Österreich insgesamt ausgewertet werden. Abschnitt 2.4, der einer Beschreibung der Neuzugänge zur Invaliditätspension im Jahr 2008 gewidmet ist, beinhaltet deshalb Analysen für gesamt Österreich. Die krankensstandsbezogenen Untersuchungen der Abschnitte 2.5 und 2.6 sind zwangsläufig auf Oberösterreich eingeschränkt. Ein Vergleich der Neuzugangsinformation für Österreich und Oberösterreich (siehe Abbildung C1 bis Abbildung C3 im Anhang) lässt allerdings den Schluss zu, dass zwischen Oberösterreich und dem österreichischen Durchschnitt in Hinblick auf das Invalidisierungsgeschehen nur geringfügige Unterschiede bestehen. Die Zuordnung der Erwerbspersonen und InvaliditätspensionistInnen zu Oberösterreich erfolgte anhand der Versicherungszeiten in Beschäftigung und Arbeitslosigkeit: Jene Personen, die im Zeitraum 2001 bis 2008 bei der OÖGKK als beschäftigt oder bei oberösterreichischen Geschäftsstellen des Arbeitsmarktservice als arbeitslos gemeldet waren, bilden die Grundgesamtheit der oberösterreichischen Erwerbsbevölkerung.

2.3.2 Methodische Anmerkungen

Das Vorhandensein von unterschiedlichen Stichtagen für den Neuzugang zur Invaliditätspension (Antragstellung und Bearbeitung des Antrags, Leistungsfeststellung, Durchführung der Gewährung, Pensionsbeginn) lässt prinzipiell unterschiedliche Möglichkeiten zur Festlegung des Übertritts in die Invaliditätspension offen. Das Datum des Pensionsbeginns, also des Zeitpunkts ab dem eine Pensionsleistung bezogen wird, fehlt in rund 15% der Fälle und ist somit für einen erheblichen Teil der Neuzugänge nicht verfügbar. Es handelt sich dabei um Fälle,

deren Leistung erst zu einem späteren Zeitpunkt angefallen ist, beispielsweise weil zuerst eine Rehabilitationsperiode erfolgte oder weil die betroffene Person noch einer Erwerbstätigkeit nachgehen durfte. Es ist aber nicht auszuschließen, dass es in einigen Fällen zu gar keinem Leistungsbezug kam, beispielsweise weil die Rehabilitation als erfolgreich beurteilt wurde. Die Stichtage, die sich auf die Antragstellung und die Bearbeitung des Antrags beziehen, sind – insbesondere für Fälle, in denen es nach einer Ablehnung zu einer Zuerkennung in einem gerichtlichen Verfahren kam⁵⁶⁾ – aus anderen Gründen nicht für die Bestimmung des Übertritts in die Invaliditätspension geeignet. In den nachfolgenden Analysen wird deshalb die Information zum Stichtag der Leistungsfeststellung als Beginn der Invalidität gewertet. In Fällen, bei denen ein Pensionsbeginndatum vermerkt ist, stimmt es in rund 95% der Fälle mit dem Stichtag der Leistungsfeststellung überein. Der Stichtag zur Leistungsfeststellung hat zudem den Vorteil, dass er auch in Fällen mit Zuerkennung nach einem gerichtlichen Verfahren nahe am Datum des ursprünglichen Antrags liegt und somit den Zeitpunkt widerspiegelt, zu dem die antragstellende Person bereits weitgehend vom aktiven Erwerbsleben ausgeschieden ist.

Die vorliegende Untersuchung verfolgt das Ziel, die Entstehungsgeschichte von langfristiger Arbeitsunfähigkeit (Invalidität) anhand des Krankenstandsgeschehens und des Zusammenhangs zwischen den individuellen Krankenständen und den Erwerbsbiographien ein Stück weit zu beleuchten. Die Analysen beziehen sich auf jene Personen, deren Stichtag zur Leistungsfeststellung (und somit in den allermeisten Fällen auch deren Übergang in die Invaliditätspension) im Jahr 2008 lag. 2008 wurde deshalb ausgewählt, weil im Datensatz 2007 das letzte Jahr mit einem vollständig erfassten Krankenstandsgeschehen ist (was eine vollständige Abbildung der Krankenstandsverläufe der 2008 pensionierten Personen ermöglicht). Für diese Analysen spielt die Gegenüberstellung von InvaliditätspensionistInnen mit vergleichbaren Personengruppen, die ihre Erwerbsfähigkeit erhalten konnten, eine entscheidende Rolle. Die InvaliditätspensionistInnen stellen allerdings eine in vielerlei Hinsicht von der Durchschnittserwerbsbevölkerung abweichende Gruppe dar. Das betrifft zum Beispiel ihre Zusammensetzung nach Alter, Geschlecht, sozialrechtlicher Stellung und beruflicher Tätigkeit sowie den Verlauf der individuellen Erwerbskarrieren. Viele dieser Merkmale weisen einen starken Zusammenhang mit der Krankenstandswahrscheinlichkeit auf. So verbringen beispielsweise ältere Arbeitskräfte deutlich mehr Zeit im Krankenstand als jene im Haupterwerbsalter und ArbeiterInnen sind häufiger im Krankenstand als Angestellte.

Vergleicht man die InvaliditätspensionistInnen mit der Gesamtheit der Erwerbsbevölkerung (bzw. mit deren Durchschnitt) ergeben sich zwangsläufig Unterschiede entlang der relevanten Indikatoren, die auf die unterschiedliche Zusammensetzung der beiden Gruppen zurückzuführen sind. Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde für die nachfolgenden Untersuchungen mit einem Stichprobenverfahren eine passende Kontrollgruppe zusammengestellt.

⁵⁶⁾ Wenn gegen einen ablehnenden Bescheid der Pensionsversicherungsanstalt Berufung eingelegt wird und das Sozialgericht der antragstellenden Person Recht gibt, wird von der Pensionsversicherungsanstalt ein neuer, fiktiver Pensionsantrag mit der Erledigungsform Zuerkennung und einem neuen Antragsdatum erstellt.

In einem ersten Schritt wurden aus der gesamten Erwerbsbevölkerung alle Personen ausgeschlossen, die entweder zum gewünschten Zeitpunkt (also 2008) oder zu einem anderen Zeitpunkt einen Neuzugang zur Invaliditätspension verzeichneten. Aus der verbleibenden Bevölkerung wurden jedem Pensionsneuzugang im Jahr 2008 auf Basis einer Schichtung nach Geschlecht, Alter in Einzeljahren und sozialrechtlicher Stellung und mithilfe eines Zufallsverfahrens zehn Referenzfälle zugeteilt. Daraus ergibt sich eine Kontrollgruppe, die zehnmal⁵⁷⁾ größer als die untersuchte Gruppe der InvaliditätspensionistInnen ist und in ihrer Zusammensetzung nach Geschlecht, Alter und sozialrechtlicher Stellung exakt dieselbe Struktur aufweist. Es handelt sich in anderen Worten um eine Kontrollgruppe, die hinsichtlich des Geschlechts, des Alters und der sozialrechtlichen Stellung nach dem Muster der untersuchten Gruppe der InvaliditätspensionistInnen standardisiert ist.

Ein weiteres methodologisches Problem für die vorliegende Untersuchung betrifft die teils sehr unregelmäßigen und wechselhaften Erwerbsverläufe der Arbeitskräfte, die aufgrund von Invalidität frühzeitig aus dem aktiven Erwerbsleben ausscheiden. Krankheitsfälle finden nur dann Eingang in die Daten des Sozialversicherungssystems, wenn sie mit einem Leistungsbezug (oder einem möglichen Leistungsbezug) in Verbindung stehen. Das trifft grundsätzlich dann zu, wenn sich Erwerbspersonen in einem aufrechten, voll sozialversicherungspflichtigen Dienstverhältnis befinden oder wenn sie eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung erhalten. Krankheitsfälle, die stattfinden, wenn eine Person nicht am Arbeitsmarkt verfügbar ist bzw. ein atypisches Beschäftigungsverhältnis hat, verursachen im Normalfall keinen Krankenstand und scheinen in den hier untersuchten Datensätzen nicht auf. Es kann deshalb mitunter schwierig sein, die Krankenstandshistorie von Personen zu bewerten, die – wie bei InvaliditätspensionistInnen oftmals der Fall – nicht durchgehend einen sozialrechtlichen Versicherungsstatus innehatten, in dem Krankenstände anfallen und administrativ erfasst werden. Um diesem Problem zumindest teilweise zu begegnen, werden für einige der nachfolgenden Analysen der Krankenstandsentwicklung von oberösterreichischen InvaliditätspensionistInnen jene Personen von den Auswertungen ausgeschlossen, die in der Betrachtungsperiode 2001 bis 2007 nicht mindestens 80% der Zeit als voll sozialversicherungspflichtige Beschäftigte oder als Arbeitslose aufscheinen.

Die statistischen und ökonometrischen Auswertungen der Sozialversicherungsdaten werden um die narrative Darstellung einiger exemplarischer Zugänge in die Invaliditätspension ergänzt. Diese Musterfälle werden im Anhang B präsentiert und dienen der Erläuterung, wie die Erwerbskarriere von InvaliditätspensionistInnen und ihr Weg in den gesundheitlich bedingten Ruhestand verlaufen kann. Die einzelnen Beispielfälle wurden so ausgewählt, dass sie in Hinblick auf die Krankenstandshistorie und die persönlichen Merkmale der PensionistInnen sowie ihrer Invaliditätsdiagnose möglichst aussagekräftig sind. Dennoch erheben diese Darstellungen keinen Anspruch, repräsentativ für die Gesamtheit der Invaliditätsfälle zu sein.

⁵⁷⁾ Da die Besetzungszahlen nach Schichtung für Geschlecht, Alter in Einzeljahren und sozialrechtlicher Stellung in einigen Zellen nicht immer ausreichend groß sind, kann die Kontrollgruppe etwas kleiner als das Zehnfache der untersuchten InvaliditätspensionistInnengruppe ausfallen.

2.4 Was wissen wir über die Neuzugänge in die Invaliditätspension?

Die nachfolgenden Auswertungen dienen einer einführenden Beschreibung der ÖsterreicherInnen, die 2008 einen Neuzugang in die Invaliditätspension verzeichneten. Die Auswertungen beschränken sich auf ArbeiterInnen und Angestellte, also auf jene Kategorien von Erwerbspersonen, die bei der PVA Invaliditätspension beantragen. Für detaillierte Darstellungen aller Neuzugänge zur Invaliditätspension sei einerseits auf die regelmäßig veröffentlichten Statistikdaten der Pensionsversicherungsträger und des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger und andererseits auf die Publikationen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK) zum Thema Invaliditätspension verwiesen (siehe z. B. *Stefanits et al., 2009, Obermayr et al., 2009, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2010*).

Die soziodemographischen Merkmale der InvaliditätspensionistInnen müssen auch vor dem Hintergrund der Zugangsvoraussetzungen zu dieser Leistung betrachtet werden, diesbezüglich bestehen in Abhängigkeit vom Alter und der ausgeübten Tätigkeit zwischen den Beschäftigten zum Teil erhebliche Unterschiede. Die Zugangsvoraussetzungen betreffen einerseits die erforderlichen Beitragszeiten der AntragstellerInnen, andererseits das Ausmaß und die Definition ihrer Erwerbsunfähigkeit. Grundsätzlich ist der Bezug einer Invaliditätsleistung mit 15 geleisteten Beitragsjahren (ohne Ersatzzeiten) unabhängig vom Alter möglich. Versicherte, die das 27. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, müssen mindestens sechs Versicherungsmonate vorweisen. Für Personen, die das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind fünf Versicherungsjahre innerhalb der letzten zehn Jahre erforderlich, während sich zwischen dem 50. und dem 60. Lebensjahr die Mindestversicherungszeit pro Monat um einen Monat (bis maximal 15 Jahre) erhöht (wobei diese Beitragszeiten in einem doppelt so langen Zeitraum liegen müssen). Im Falle einer Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalls sind keine Mindestversicherungszeiten erforderlich. Auch Witwen mit vier Kindern gelten ab dem 55. Lebensjahr als invalide, und zwar unabhängig von ihrem Gesundheitszustand.

Seit der Pensionsreform im Jahr 2000 gelten unselbständig Beschäftigte ab dem 57. Lebensjahr dann als invalid, wenn sie aus Gesundheitsgründen der Tätigkeit nicht mehr nachgehen können, die sie in den letzten 15 Jahren vor dem Stichtag mindestens zehn Jahre lang ausgeübt haben (wobei zumutbare Veränderungen der bisherigen Tätigkeit verlangt werden können). Zudem bestehen folgende Bestimmungen in Abhängigkeit von der ausgeübten Tätigkeit:

- Ungelernte ArbeiterInnen (§ 255 (3) ASVG) gelten als invalid, wenn sie infolge ihres körperlichen oder geistigen Zustands nicht mehr imstande sind, durch eine Tätigkeit, die auf dem Arbeitsmarkt noch bewertet wird und die ihnen unter billiger Berücksichtigung der von ihnen ausgeübten Tätigkeiten zugemutet werden kann, wenigstens die Hälfte des Entgeltes zu erwerben, das ein körperlich und geistig gesunder Versicherter regelmäßig durch eine solche Tätigkeit zu erzielen pflegt.

- Für FacharbeiterInnen und angelernte ArbeiterInnen gibt es keine Verweisung auf andere Berufe, wenn sie ihren Beruf in den letzten 15 Jahren überwiegend ausgeübt haben. Bei angelernten ArbeiterInnen wird geprüft, ob sie alle wesentlichen Kenntnisse von FacharbeiterInnen haben, wenn nicht, gelten sie als HilfsarbeiterInnen.
- Für Angestellte gibt es eine Verweisung auf Tätigkeiten, die maximal eine Verwendungsgruppe unter jener des/der Antragstellers/-in liegen. Hier ist nicht die Tätigkeit der letzten 15 Jahre entscheidend, sondern der zuletzt ausgeübte Beruf.

Bei selbständig Gewerbetreibenden und Bauern gelten Personen als erwerbsunfähig, welche infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche (körperlich sowie geistig) außerstande sind, regelmäßig dem Erwerb nachzugehen, der in den letzten 60 Monaten ausgeübt wurde. Dienstunfähigkeit liegt bei BeamtenInnen vor, wenn durch körperliche oder geistige Gebrechen die Dienstaufgaben nicht mehr erfüllt werden können und im Wirkungsbereich der Dienstbehörde kein mindestens gleichwertiger Arbeitsplatz zugewiesen werden kann.

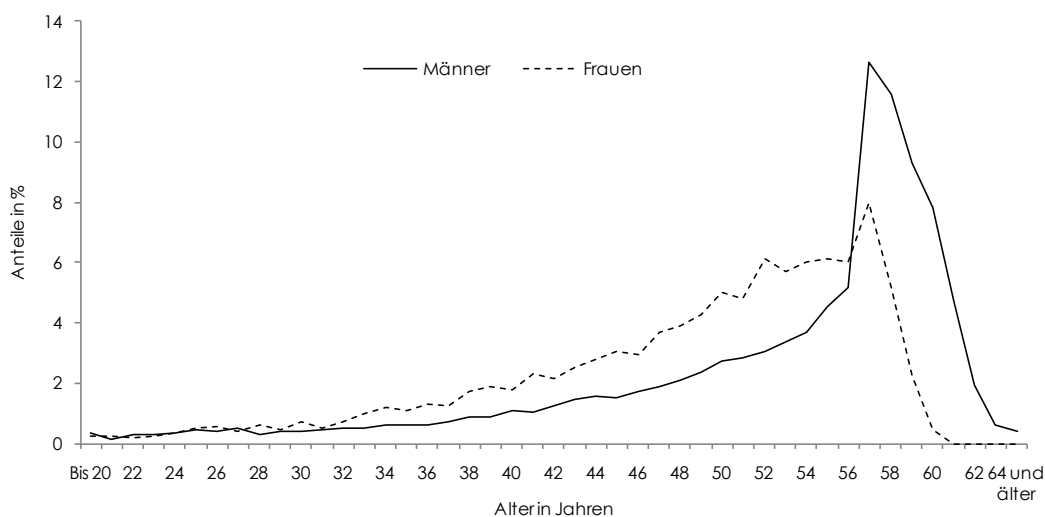
2.4.1 Soziodemographische Merkmale der InvaliditätspensionistInnen

Das Durchschnittsalter zum Zeitpunkt des Neuzugangs zur Invaliditätspension betrug bei den ArbeiterInnen und Angestellten in unserem Datensatz im Jahr 2008 51,2 Jahre. Allgemein lässt sich festhalten, dass im internationalen Vergleich der Anteil der krankheitsbedingten Pensionsübertritte in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen in Österreich überdurchschnittlich hoch ist (OECD, 2005). Im Gegensatz dazu liegen die Neuzuerkennungen in den jungen Altersgruppen unter jenen im OECD-Durchschnitt (zu den Ländern mit höheren Invaliditätsquoten in den jüngeren Altersgruppen zählen z. B. Norwegen, Niederlande und Großbritannien). Für die ausgeprägten Unterschiede in der Invalidisierungsquote nach Alter können mehrere Ursachen herangezogen werden. In erster Linie sind dies Unterschiede in den Anspruchsvoraussetzungen und in den sozialstaatlichen Rahmenbedingungen, aber auch das Ausmaß, in dem die Invaliditätspension als Instrument des vorzeitigen Pensionsantritts genutzt wurde bzw. wird. Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die altersspezifische Verteilung der Neuzugänge von Männern und Frauen in Österreich im Jahr 2008. Wie bereits von Obermayr *et al.* (2009) angemerkt, konzentrieren sich die Neuzugänge zur Invaliditätspension bei Männern auf die Altersbereiche 57 bis 60 Jahre (41% aller gesundheitlich bedingten Frühpensionierungen der Arbeiter und Angestellten finden in dieser Altersgruppe statt; Abbildung 2.1). Der Höhepunkt der Neuzugänge befindet sich demnach unmittelbar vor dem Alter, in dem die vorzeitige Alterspension bei langer Versicherungsdauer beginnt.

Die altersspezifische Verteilung der Neuzugänge von Frauen ist gleichmäßiger verteilt und stärker auf frühere Altersgruppen verlagert. Der Anteil an Neuzuerkennung steigt schon ab 50 Jahren deutlich an, die Spitze an Zugängen entfällt auf die Altersgruppe der 54- bis 57-Jährigen (26% aller Neuzugänge; Abbildung 2.1). Somit besteht ein Überlappungsbereich mit der Altersgrenze für den Zugang zu einer vorzeitigen Alterspension. Dieses Muster dürfte darauf zurückzuführen sein, dass seit Entfall der vorzeitigen Alterspensionierung wegen

Arbeitslosigkeit im Jahr 2004 weniger Frauen die Anspruchsvoraussetzungen für die verbliebenen Formen vorzeitiger Alterspensionierung erfüllen als Männer (Obermayr et al., 2009). Dieses Beispiel zeigt, wie stark die Inanspruchnahme von Invaliditätspension neben Gesundheit und Arbeitsmarktlage auch durch die allgemeine Gestaltung der Übergänge in den Ruhestand, d. h. durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen im Pensionssystem und im Sozialsystem, geprägt wird. Das BMASK hielt im letzten Quartalsbericht aus dem Jahr 2010 fest, dass die Auswirkungen der Pensionsreform 2000 im altersspezifischen Zugang zur Invaliditätspension klar erkennbar sind (siehe Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2010). Demnach führt die graduelle Anhebung des Pensionsantrittsalters auch zu einer stärkeren Besetzung einzelner Altersjahre in der Neuzugangstatistik.

Abbildung 2.1: Verteilung der Neuzugänge in Invaliditätspension nach Alter Österreich, ArbeiterInnen und Angestellte, Neuzugänge 2008

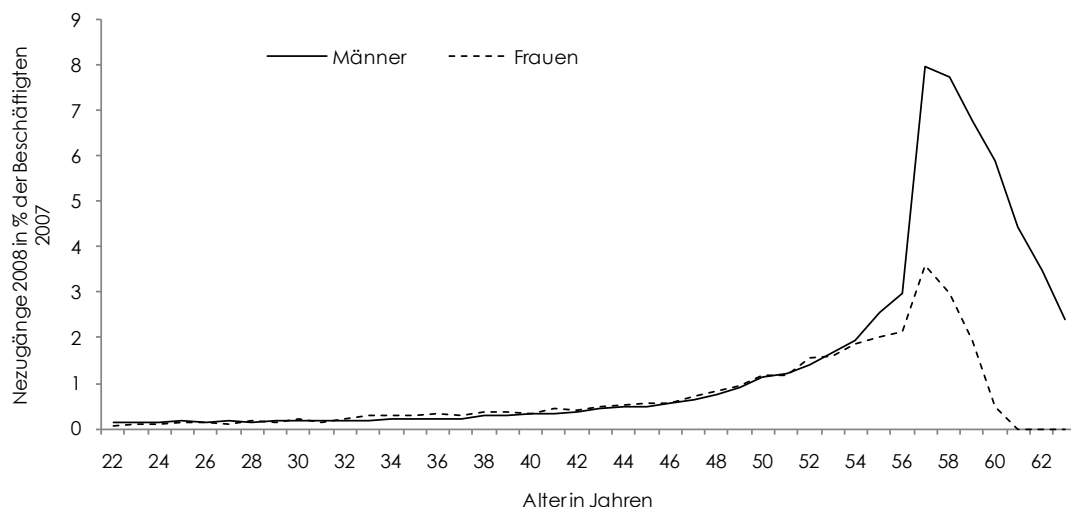


Q: PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 22.853 Fälle.

Setzt man die Zahl der Neuzugänge in den einzelnen Altersjahren mit der Beschäftigungsstruktur (im Vorjahr) in Bezug, lassen sich altersspezifische Invalidisierungsquoten darstellen (Abbildung 2.2). Der Anteil an erwerbstätigen Männern und Frauen, die eine Invaliditätsleistung erhalten, ist in den Altersgruppen bis 55 Jahre nahezu identisch. Sowohl Männer als auch Frauen weisen ab Mitte 50 steigende Invalidisierungsquoten auf, allerdings ist der Anstieg bei Männern deutlich stärker ausgeprägt als bei Frauen. Die Zahl der Männer, die 2008 mit 57 Jahren in Pension ging, entspricht einer Quote von knapp 8% aller Männer dieses Geburtsjahrgangs, die im Vorjahr unselbständig erwerbstätig waren. Bei den Frauen erreichen die 57-Jährigen ebenfalls die höchste Invalidisierungsquote, allerdings mit einem deutlich niedrigeren Wert von 3,6%. Das hängt damit zusammen, dass nur etwas mehr als ein Drittel der Zugänge zur Invaliditätspension von Frauen verzeichnet wird. Auch insgesamt über alle Altersgruppen hinweg liegt die Invalidisierungsquote der Männer deutlich höher als jene der Frauen (0,9% gegenüber 0,6%, gemessen an den unselbständig Beschäftigten im Vorjahr).

Dieser geschlechtsspezifische Unterschied steht im Zusammenhang mit der Verteilung von Männern und Frauen auf die einzelnen Berufsgruppen. Wie aus Abbildung 2.3 hervorgeht, entfallen rund drei Viertel der Zugänge zur Invaliditätspension auf Personen, die in ArbeiterInnenberufen tätig waren, lediglich ein Viertel auf Angestellte. Der überproportionale Anteil der Männer an den Beschäftigten in ArbeiterInnenberufen schlägt sich somit auch in einer höheren Invalidisierungsquote der Männer durch.

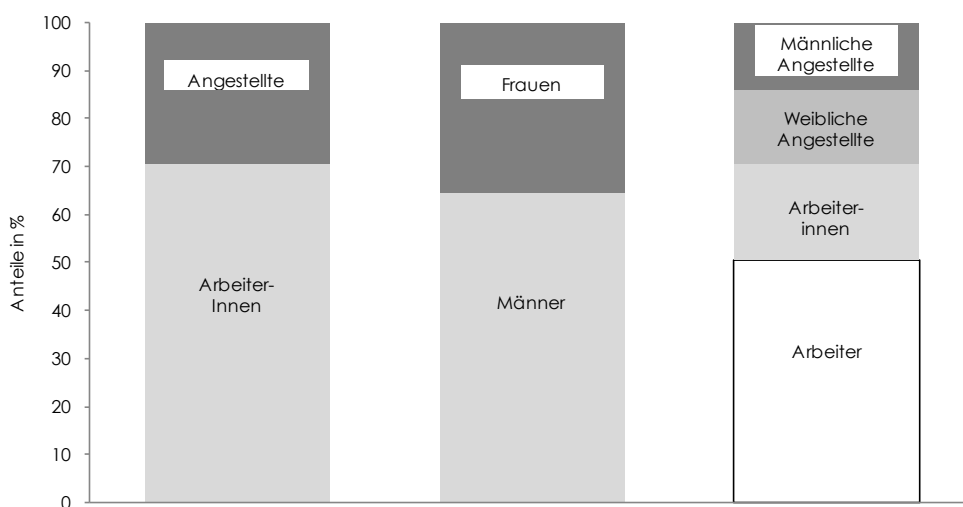
Abbildung 2.2: Invalidisierungsquote nach Alter
Österreich, ArbeiterInnen und Angestellte, Neuzugänge 2008



Q: PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 22.853 Fälle.

Abbildung 2.3: Verteilung der Neuzugänge in die Invaliditätspension nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht

Österreich, ArbeiterInnen und Angestellte, Neuzugänge 2008



Q: PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 22.853 Fälle.

2.4.2 Gesundheitliche Ursachen von Invalidität

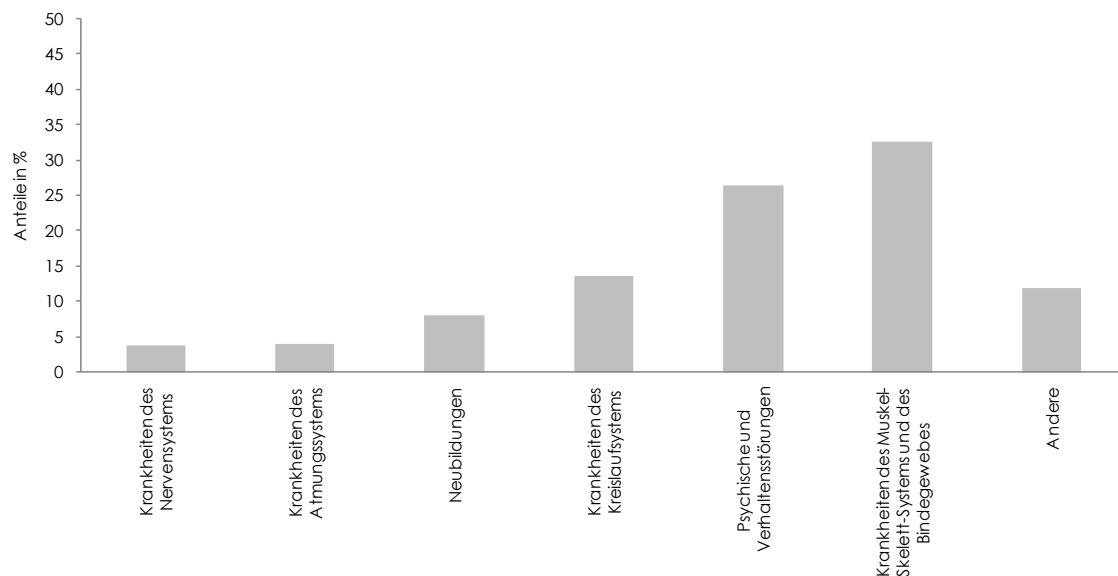
Ausgeprägte Unterschiede nach Geschlecht, Alter und zum Teil auch sozialrechtlicher Stellung, zeigen sich auch bei einer Betrachtung der medizinischen Ursachen von Invalidität. Im Jahr 2008 waren Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeit von Männern (32,5%), gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen (26,3%) und Kreislauferkrankungen (13,6%; Abbildung 2.4). Bei den Frauen entfiel dagegen fast die Hälfte der Neuzugänge auf psychische und Verhaltensstörungen (47,6%) und nur jeder fünfte Zugang auf Krankheiten des Stützapparats (Abbildung 2.5). Neubildungen (Krebserkrankungen) lagen mit einem Anteil von 11,5% an dritter Stelle. Die Zusammenfassung der drei häufigsten Diagnosen reicht bei Männern aus, um fast drei Viertel aller Neuzugänge zur Invaliditätspension zu beschreiben. Bei den Frauen ist die Konzentration auf die drei häufigsten Krankheitsgruppen mit fast vier Fünftel sogar noch etwas stärker. Insgesamt verursachten psychische und Verhaltensstörungen 33,9%, Muskel-Skelett-Erkrankungen 28%, Kreislauferkrankungen 10,7% und Neubildungen 9,3% aller Neuzugänge von ArbeiterInnen und Angestellten im Jahr 2008. Diese Werte sind durchaus mit jenen aus anderen Ländern vergleichbar: Auch in Deutschland stehen mittlerweile psychische Erkrankungen als Ursache von Erwerbsminderungsrenten an erster Stelle. Im Rentenzugang des Jahres 2009 machten sie einen Anteil von fast 38% aus, gefolgt von Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit einem Anteil von 15%, Krebserkrankungen mit 13% und Herz-Kreislauferkrankungen mit 10% (*Deutsche Rentenversicherung*, 2010)⁵⁸).

Die Bedeutung der einzelnen Krankheitsgruppen als Auslöser von Arbeitsunfähigkeit hat sich im Laufe der Zeit stark verändert. Auswertungen des BMASK über die Periode 1995 bis 2007 zeigen, dass seit Mitte der 1990er-Jahre der Anteil von Erkrankungen am Muskel-Skelett-Apparat deutlich gesunken ist⁵⁹). Andererseits kann ein dramatischer Anstieg der psychischen Diagnosen von Invalidität beobachtet werden. Dieser Anstieg war bei den Frauen besonders ausgeprägt, hat sich aber auch bei den männlichen Arbeitskräften spürbar gemacht. Es lässt sich nicht sagen, inwiefern dieser ausgeprägte langfristige Trend auf eine Entwicklung im Diagnoseverhalten der Ärzte bzw. auf ein gestiegenes Bewusstsein der betroffenen Personen für die psychische Dimension des Wohlbefindens zurückzuführen ist. Zudem ist es bemerkenswert, dass psychische Erkrankungen als (diagnostizierte) Krankenstandsursache zwar ebenfalls in den vergangenen Jahrzehnten einen Anstieg erfuhren, ihr Anteil am gesamten Krankenstandsgeschehen jedoch nach wie vor sehr gering ist. In Abschnitt 2.5.2 wird der Frage nachgegangen, inwiefern psychische Probleme erst zum Zeitpunkt des Antrags auf Invaliditätspension als diagnostiziertes Krankheitsbild aufscheinen, ohne in der vorangegangenen Krankenstandsgeschichte einen expliziten Niederschlag zu finden.

⁵⁸) Siehe Tabelle 224.00Z.

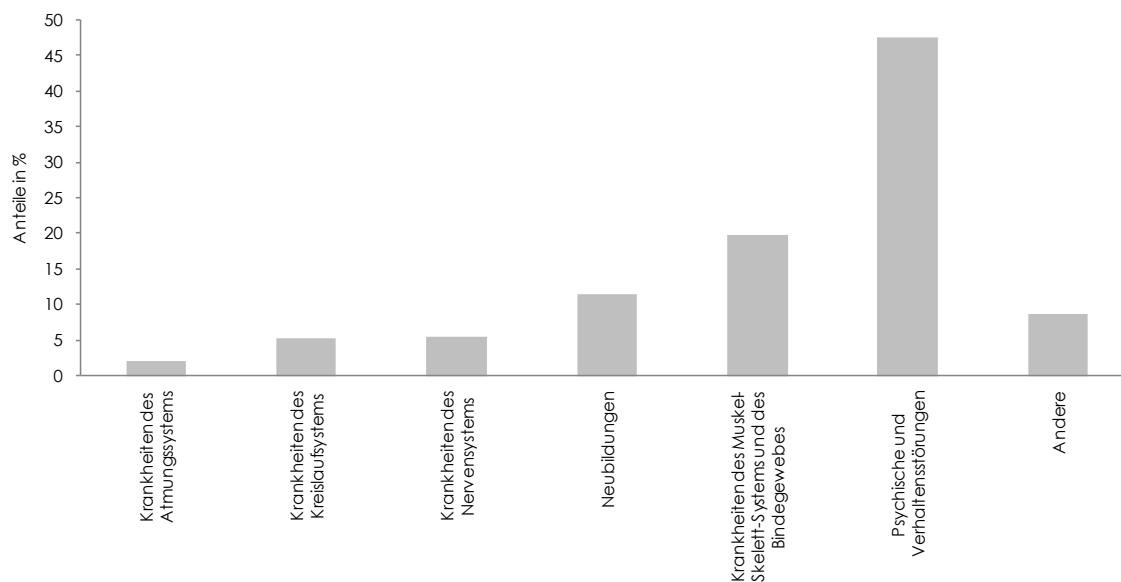
⁵⁹) Die Auswertungen des BMASK beziehen sich auf die gesamte Pensionsversicherung, die genauen prozentuellen Werte können daher nicht unmittelbar mit den vorliegenden Auswertungen der PVA Daten verglichen werden.

Abbildung 2.4: Verteilung der Neuzugänge in die Invaliditätspension der Männer nach Diagnosegruppen
Österreich, Arbeiter und Angestellte, Neuzugänge 2008



Q: PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 14.719 Fälle.

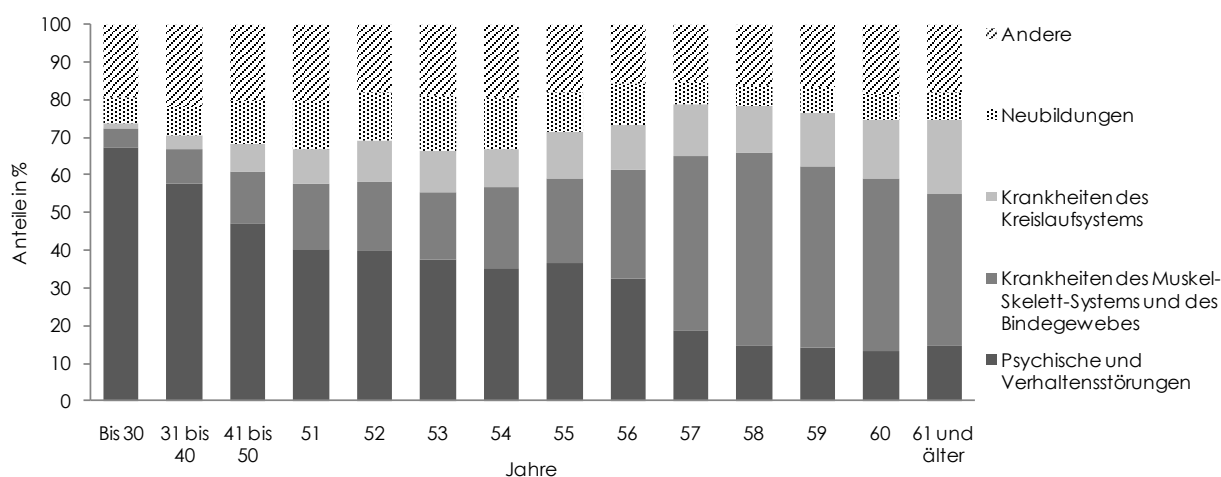
Abbildung 2.5: Verteilung der Neuzugänge in die Invaliditätspension der Frauen nach Diagnosegruppen
Österreich, Arbeiterinnen und Angestellte, Neuzugänge 2008



Q: PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 8.134 Fälle.

Abbildung 2.6 ergänzt die Verteilung der Zugänge zur Invaliditätspension nach Krankheitsgruppen um eine Schichtung nach Altersgruppen. Aus der Darstellung geht klar hervor, dass der Anteil von psychischen Problemen als Grund für die Invalidisierung bei jungen Arbeitskräften sehr hoch ist und dass dieser Anteil mit zunehmendem Alter sinkt. Junge Menschen erleiden auch verhältnismäßig oft infolge von Krebserkrankungen und Verletzungen eine bleibende Arbeitsunfähigkeit. Mit zunehmendem Alter verringert sich der Anteil an psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit, zugleich nehmen Muskel-Skelett-Erkrankungen und Krankheiten des Kreislaufsystems als Invaliditätsursache deutlich zu. Die Bedeutung von Muskel-Skelett-Erkrankungen als anteilmäßige Ursache von Invalidität nimmt entlang der Altersstruktur in etwa dem gleichen Maße zu, wie jene von psychischen Erkrankungen abnimmt. Dadurch erklären die beiden Krankheitsgruppen zusammen in allen Altersgruppen einen in etwa gleich hohen Anteil des Invalidisierungsgeschehens. Krebserkrankungen (Neubildungen) zeigen kein stark ausgeprägtes altersspezifisches Muster. Allerdings ist der Zusammenhang zwischen den diagnostizierten Ursachen von Invalidität und dem Alter in Abhängigkeit von Geschlecht und sozialrechtlicher Stellung wiederum leicht unterschiedlich geartet. So sind beispielsweise Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems als Invaliditätsursache ein typisch männliches Phänomen der Altersgruppe ab 45 Jahren, unabhängig davon, ob es sich um Arbeiter oder Angestellte handelt. Die starke Inzidenz von Muskel-Skelett-Erkrankungen setzt bei Beschäftigten in ArbeiterInnenberufen (und hier insbesondere bei Männern) dagegen deutlich früher an als in Angestelltenberufen, in denen vor allem Über-55-Jährige betroffen sind.

Abbildung 2.6: Verteilung der Neuzugänge nach Diagnosegruppen und Alter Österreich, Neuzugänge 2008



Q: PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 22.853 Fälle.

2.4.3 Welche Erwerbs- und Karriereverläufe haben InvaliditätspensionistInnen?

Die Zahl der Anträge auf Invaliditätspension übersteigt jene der Neuzugänge um ein beträchtliches Ausmaß: 2008 betrug die Ablehnungsquote für Anträge der Pensionsversicherungsanstalt bei den männlichen Arbeitern und Angestellten respektive 57,9% bzw. 47,7%, bei den Arbeiterinnen und weiblichen Angestellten 69,6% bzw. 56,7% (Stefanits et al., 2009). Unter den Personen mit einer Zuerkennung im Jahr 2008 hatten rund 37% in den vorangegangenen Jahren bereits mindestens einen Antrag gestellt und einen negativen Bescheid erhalten. Im Schnitt warteten Personen mit einer Ablehnungsgeschichte im Bereich der Invaliditätspension zwei Jahre auf die Zuerkennung einer Pensionsleistung (siehe Obermayr et al., 2009). Der zum Teil mehrschichtige und komplexe Antragsverlauf zahlreicher Neuzugänge zur Invaliditätspension ist mitunter ein Grund, weshalb in den meisten Fällen zum Zeitpunkt des Übertritts in die Pension die letzte Aktivbeschäftigung der betroffenen Personen bereits lange zurückliegt. Auswertungen des BMASK untersuchen die Pensionsneuzugänge in Bezug auf den Versicherungsstatus unmittelbar vor dem Pensionsantritt. Die Auswertungen für 2006 ergeben, dass bei Männern rund 30% der Zugänge in Invalidität aus dem Bezugsstatus von Krankengeld entstanden, während weitere 40% unmittelbar vor dem Pensionseintritt eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung erhielten. Demgegenüber wechselte nur etwas mehr als ein Viertel der Personen unmittelbar aus einem aufrechten Dienstverhältnis in die Pension (ebenda).

Frauen, die eine Invaliditätsleistung erhalten, dürften diesen Auswertungen zufolge eine noch schwächere Arbeitsmarktanbindung aufweisen: nur 24% der weiblichen Neuzugänge in die Invaliditätspension kamen aus einem Erwerbsverhältnis, 32% aus dem Bezug von Krankengeld und 34% aus dem Bezug einer Leistung aus der Arbeitslosenversicherung. Die Mehrheit jener, die aus der Arbeitslosigkeit in die Invaliditätsleistung übertrat, tat dies im Anschluss an den Bezug von Notstandshilfe, was ein Hinweis auf eine längere Arbeitslosigkeitsepisode ist (Obermayr et al., 2009). Auswertungen auf Basis unserer Daten für die Neuzugänge der PVA im Jahr 2008 bestätigen dieses Bild. Demzufolge bezogen 35% der Personen zum Zeitpunkt des Stichtags für die Leistungsfeststellung Krankengeld. Allerdings ist anzumerken, dass in etwas mehr als 60% dieser Fälle noch ein aufrechtes Dienstverhältnis bestand. Unter denjenigen Fällen, die ohne Krankengeldbezug noch in Beschäftigung waren, befand sich etwas mehr als ein Drittel im Krankenstand und bezog demnach eine Fortzahlung des Entgelts. Insgesamt waren – gemessen an der Gesamtheit aller oberösterreichischen Neuzugänge im Jahr 2008 – nur knapp 15% in einem Beschäftigungsverhältnis und dabei nicht krankgeschrieben. Deutlich mehr als 40% aller Personen mit einer Neuzuerkennung waren am Stichtag der Leistungsfeststellung krank.

Diese Ergebnisse sind nicht überraschend, wenn man bedenkt, dass es sich bei den BezieherInnen von Invaliditätspension um Personen handelt, deren gesundheitlichen Probleme die Erwerbsfähigkeit stark beschnitten haben. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands findet in den meisten Fällen über einen längeren Zeitraum statt. Demzufolge dürfte auch das Ausscheiden aus dem aktiven Erwerbsleben in vielen Fällen ein gradueller Prozess sein. Es stellt sich allerdings die Frage, zu welchem Zeitpunkt die Loslösung vom aktiven Erwerbsleben

eintritt bzw. wie groß die Zeitspanne zwischen dem Auftreten von gesundheitlichen Problemen (der ersten Minderung der Erwerbsfähigkeit) und dem tatsächlichen Austritt aus dem Erwerbsleben ist. Handelt es sich bei InvaliditätspensionistInnen um Arbeitskräfte, die schon seit einem geraumen Zeitraum eine brüchige Erwerbskarriere, gekennzeichnet durch lange Perioden in Arbeitslosigkeit oder außerhalb des Arbeitskräfteangebots, hatten? Oder verlaufen die meisten Erwerbskarrieren von InvaliditätspensionistInnen bis zu einem gewissen Zeitpunkt sehr linear, um dann einen einschneidenden Bruch zu erleben und innerhalb kurzer Zeit in einen Austritt aus dem Erwerbsleben zu münden? Die nachfolgenden Darstellungen umreißen die Beschäftigungssituation der InvaliditätspensionistInnen in einer Betrachtung der fünf Jahre vor dem Pensionseintritt.

Die Erwerbskarrieren der Beschäftigten können sich in Abhängigkeit von persönlichen und beruflichen Merkmalen stark unterscheiden. Für eine Einschätzung der Beschäftigungsverläufe von InvaliditätspensionistInnen ist die Betrachtung von zusammenfassenden Kennzahlen, wie Durchschnitts- oder Medianwerten, alleine nicht ausreichend. Ein differenzierteres Bild ergibt sich bei der Darstellung der Verteilung von Beschäftigungszeiten im Jahresverlauf auf Basis von Perzentilen (Abbildung 2.7). Die Auswertung bezieht sich auf Personen mit einem Pensionsneuzugang im Jahr 2008 und zeigt die Verteilung der Zahl an Beschäftigungstagen in den vorangegangenen fünf Jahren (also über die Periode 2003 bis 2007). Die vertikale Achse gibt die Anzahl an Beschäftigungstagen an, während auf der horizontalen Achse die Verteilung vom kleinsten zum größten Perzentil dargestellt wird⁶⁰). Im Jahr 2003 – also fünf Jahre vor Eintritt in die Invaliditätspension – war rund die Hälfte der späteren PensionistInnen durchgehend beschäftigt. Zählt man auch jene Arbeitskräfte mit, die zumindest einen Großteil des Jahres (mehr als 300 Tage) als unselbständig beschäftigt in der Sozialversicherungsdatenbank aufscheinen, dann erfasst man annähernd 60% der Personen mit einem Neuzugang zur Invaliditätspension im Jahr 2008. Erwartungsgemäß nimmt der Anteil der Personen mit durchgehender Beschäftigung bzw. im Allgemeinen mit Beschäftigungszeiten ab, je näher wir uns an das Jahr 2008 heranbewegen. Zwischen 2006 und 2007 kann ein deutlicher Rückgang der Beschäftigungszeiten beobachtet werden, sodass im letzten Jahr vor der Invaliditätspension nur noch 40% der Personen durchgehend in Beschäftigung waren.

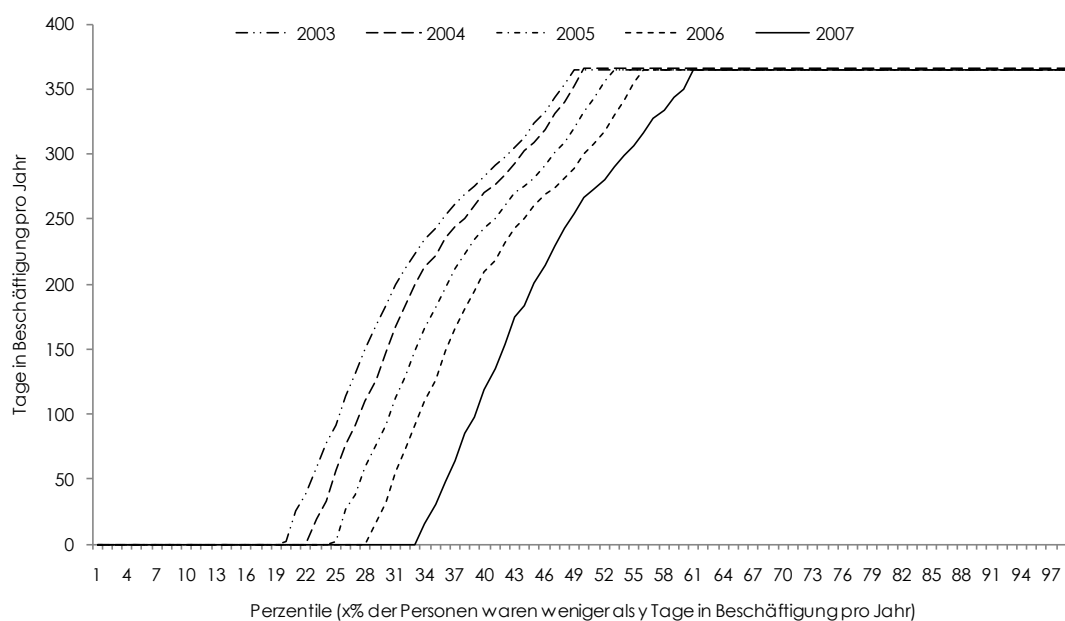
Umgekehrt war 2007 rund ein Drittel der späteren InvaliditätspensionistInnen keinen einzigen Tag in einem unselbständigen Beschäftigungsverhältnis, 2003 waren es nur knapp 20%. Diese Werte sind allerdings als eine Obergrenze für Arbeitslosigkeit zu interpretieren, weil Versicherungszeiten als atypisch oder selbständig Beschäftigte wie auch Beschäftigungszeiten im Ausland nicht in diesen Daten enthalten sind⁶¹). Erwartungsgemäß nimmt der Anteil der Personen ohne Beschäftigungszeiten in den Jahren vor dem Zugang zur Invaliditätspension

⁶⁰) Erfasst werden allerdings nur voll sozialversicherungspflichtige, unselbständige Beschäftigungsverhältnisse. Selbständige Beschäftigungsverhältnisse und atypische Beschäftigungsformen sind davon ausgeschlossen.

⁶¹) In einigen Fällen spielt auch das Alter eine Rolle, weil sehr junge InvaliditätspensionistInnen fünf Jahre vor dem Übergang in die Invaliditätspension womöglich noch nicht am Arbeitsmarkt aktiv waren. Eine Einschränkung der Auswertung auf Personen, die zum Zeitpunkt des Übertritts in die Invaliditätspension über 40 (30) Jahre alt waren, ändert die Auswertungsergebnisse allerdings nur marginal.

kontinuierlich zu. Die soeben beschriebene Auswertung basiert auf einer Verteilung der Beschäftigungszeiten auf Jahresbasis. Es ist nicht zwingend der Fall, dass jemand der 2003 durchgehend beschäftigt war, auch in den Folgejahren zur Personengruppe mit Beschäftigungszeiten gehört (und umgekehrt). Wertet man die Beschäftigungszeiten auf individueller Ebene und kumuliert über die betrachtete Fünfjahresperiode aus, dann zeigt sich folgendes Bild: Rund 30% der Personen mit einem Neuzugang im Jahr 2008 waren in der Periode 2003 bis 2007 durchgehend beschäftigt. Schränkt man die Betrachtung auf jene Arbeitskräfte ein, die in dieser Periode zumindest 90% der Zeit in Beschäftigung waren, erfasst man knapp 40% der späteren InvaliditätspensionistInnen. Diese Werte zeigen, dass zumindest ein Teil der Personen, der aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig in den Ruhestand tritt, einen hohen Grad an Arbeitsmarktbindung aufweisen. Die Frage, inwiefern sich bei diesen Personen schon lange vor dem Zugang in die Invaliditätspension gesundheitliche Probleme abzeichnen, wird im nächsten Abschnitt, in dem auch das Krankenstandsgeschehen beobachtet wird, zu klären versucht.

Abbildung 2.7: Verteilung der Beschäftigungszeiten in den fünf Jahren vor dem Eintritt in die Invaliditätspension
Österreich, Neuzugänge 2008



Q: PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 21.790 Fälle.

Es ist gleichzeitig nicht von der Hand zu weisen, dass vor allem ein Teil der InvaliditätspensionistInnen schon geraume Zeit vor dem Eintritt in den Ruhestand mit Schwierigkeiten am Arbeitsmarkt zu kämpfen hat. Das zeigt die folgende Übersicht, in der die Verteilung von Arbeitslosigkeit dargestellt wird. Um diese Werte besser einschätzen zu können, ist es hilfreich

sie einer identisch gearteten Auswertung für eine Kontrollgruppe gegenüberzustellen⁶²). Im Durchschnitt waren Personen mit einem Neuzugang 2008 fünf Jahre vorher rund 80 Tage arbeitslos. Dieser Durchschnittswert steigt in den folgenden Jahren und insbesondere im Jahr vor Pensionsantritt deutlich an, nämlich auf über 130 Tage. Die Verteilung der Arbeitslosigkeit ist allerdings sehr schief. Während in jedem Jahr mindestens rund 10% der Personen durchgehend arbeitslos waren, verbrachten bis 2007 in jedem Jahr weniger als die Hälfte der Personen überhaupt einen Tag in Arbeitslosigkeit. Zieht man die Daten über die gesamte Fünfjahresperiode auf Personenebene zusammen, ergibt sich folgendes Muster: Etwa 5% der Personen waren über die ganze Periode durchgehend arbeitslos, weitere 5% waren zu 90% der Zeit oder länger arbeitslos. Knapp 45% waren kumuliert in der Zeit zwischen 2003 und 2007 ein Jahr oder länger in Arbeitslosigkeit; umgekehrt waren etwa 40% überhaupt nicht oder nur geringfügig von Arbeitslosigkeit betroffen. Das durchschnittliche Ausmaß an Arbeitslosigkeit lag im Jahr 2003 für die Vergleichspersonen der Kontrollgruppe bei 21 Tagen und betrug somit nur ein Viertel des Wertes der untersuchten Gruppe. Dieser Wert schwankt genauso wie andere Verteilungsmaße über die Zeit nur sehr geringfügig. Zieht man die kumulierten Werte je Person für die gesamte Periode heran, kann man feststellen, dass rund 70% dieser Personen keinen einzigen Tag in Arbeitslosigkeit verzeichneten; weitere 10% verweilten über den gesamten Zeitraum bis zu einem halben Jahr und 11,5% ein Jahr oder mehr in Arbeitslosigkeit. Deutlich weniger als 1% der Personen war in dieser Periode vorwiegend arbeitslos.

*Übersicht 2.3: Verteilung der Zeiten in Arbeitslosigkeit
Österreich, Neuzugänge 2008 und Kontrollgruppe*

	2003		2004		2005		2006		2007	
	Neuzugänge	Kontrollgruppe	Neuzugänge	Kontrollgruppe	Neuzugänge	Kontrollgruppe	Neuzugänge	Kontrollgruppe	Neuzugänge	Kontrollgruppe
	Tage in Arbeitslosigkeit									
Mittelwert	80	21	88	22	99	23	112	23	134	20
1. Quartil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Median	0	0	0	0	0	0	0	0	42	0
3. Quartil	120	0	144	0	181	0	238	0	332	0
9. Dezil	353	84	366	88	365	92	365	90	365	77
Perzentil 95	365	149	366	152	365	159	365	153	365	145

Q: PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 21.790 Fälle der Neuzugänge, 210.456 Stichprobenfälle der Kontrollgruppe. Zur Interpretation der Daten: Perzentil 95 zeigt an, dass 95% der Personen der Kontrollgruppe im Jahr 2003 weniger als 149 Tage in Arbeitslosigkeit waren. Der Median der Neuzugänge im Jahr 2007 zeigt an, dass die Hälfte der Personen weniger als 42 Tage in Arbeitslosigkeit war.

Ein ähnliches Bild ergibt sich auch bei einer Betrachtung der Einkommen, die anhand der beitragspflichtigen Einkommen (einschließlich Sonderzahlungen) ermittelt werden können. Wie aus Übersicht 2.4 hervorgeht, verdienten InvaliditätspensionistInnen 2003 im Schnitt rund 330 € weniger als die Referenzpersonen in der Kontrollgruppe, was einer Differenz von 18,4% entspricht. Im Median war der Einkommensunterschied mit etwas mehr als 15% nur geringfügig.

⁶²) Die Vorgehensweise für die Auswahl der Kontrollgruppe wird in Abschnitt 2.3.2 beschrieben.

gig kleiner. In den oberen Bereichen schrumpft der Unterschied auf unter 15%, während er im 1. Quartil deutlich größer ist. In den folgenden Jahren stiegen die Einkommen der Kontrollgruppe kontinuierlich an – eine Folge der jährlichen Lohnsteigerungen aber auch der Senioritätsentlohnung. Im Falle der Personen mit Neuzugang in die Invaliditätspension kommt es dagegen zu einem Rückgang der durchschnittlichen Einkommen, was zu einer beträchtlichen Ausweitung der Einkommenslücke zwischen den beiden Gruppen führt (rund 35% im Jahr 2007). Allerdings entwickeln sich die Einkommen der InvaliditätspensionistInnen entlang der Verteilung recht unterschiedlich. Während die obersten Perzentile zwischen 2001 und 2007 ein steigendes Einkommen verzeichneten, wuchs gleichzeitig die Zahl der Personen, die überhaupt kein Einkommen aus unselbständiger Arbeit erwirtschaftete. Sowohl die Einkommensverteilung zu Beginn der Beobachtungsperiode als auch ihre Entwicklung über die Zeit lassen erkennen, dass das geringe Einkommensniveau der InvaliditätspensionistInnen in erster Linie auf fehlende Beschäftigungszeiten bzw. auf die hohe Konzentration von Arbeitslosigkeit in dieser Gruppe zurückzuführen ist. Der Einkommensunterschied zwischen den InvaliditätspensionistInnen und der Kontrollgruppe reduziert sich in beträchtlichem Ausmaß, wenn man die gleiche Analyse auf Personen einschränkt, die zwischen 2003 und 2007 durchgehend beschäftigt waren. Eine solche Einschränkung führt dazu, dass sowohl das durchschnittliche als auch das mediane Einkommen der InvaliditätspensionistInnen in den einzelnen Jahren nur noch um 5% bis 7% geringer ist als jenes der Kontrollgruppe. Allerdings bedeutet eine solche Einschränkung auch, dass man nur mehr knapp 30% aller Pensionsneuzugänge erfasst.

*Übersicht 2.4: Verteilung der Einkommen
Österreich, Neuzugänge 2008 und Kontrollgruppe*

	2003		2004		2005		2006		2007	
	Neuzugänge	Kontrollgruppe	Neuzugänge	Kontrollgruppe	Neuzugänge	Kontrollgruppe	Neuzugänge	Kontrollgruppe	Neuzugänge	Kontrollgruppe
	Monatliches Bruttoeinkommen (einschließlich Sonderzahlungen) in €									
Mittelwert	1.472	1.804	1.467	1.868	1.452	1.950	1.430	2.042	1.386	2.141
1. Dezil	0	0	0	0	0	0	0	0	0	594
1. Quartil	496	1.011	0	1.091	0	1.172	0	1.260	0	1.358
Median	1.577	1.862	1.573	1.911	1.548	1.970	1.503	2.038	1.374	2.113
3. Quartil	2.218	2.538	2.240	2.594	2.263	2.668	2.288	2.758	2.308	2.848
9. Dezil	2.827	3.427	2.845	3.513	2.891	3.645	2.934	3.779	3.024	3.907
Perzentil 95	3.370	3.866	3.413	3.959	3.479	4.177	3.546	4.315	3.713	4.419

Q: PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 21.790 Fälle der Neuzugänge, 210.456 Stichprobenfälle der Kontrollgruppe. Zur Interpretation der Daten: Perzentil 95 zeigt an, dass 95% der Personen der Kontrollgruppe im Jahr 2003 weniger als 3.866 € Einkommen hatten. Der Median der Neuzugänge im Jahr 2007 zeigt an, dass die Hälfte der Personen weniger als 1.374 € Einkommen hatten.

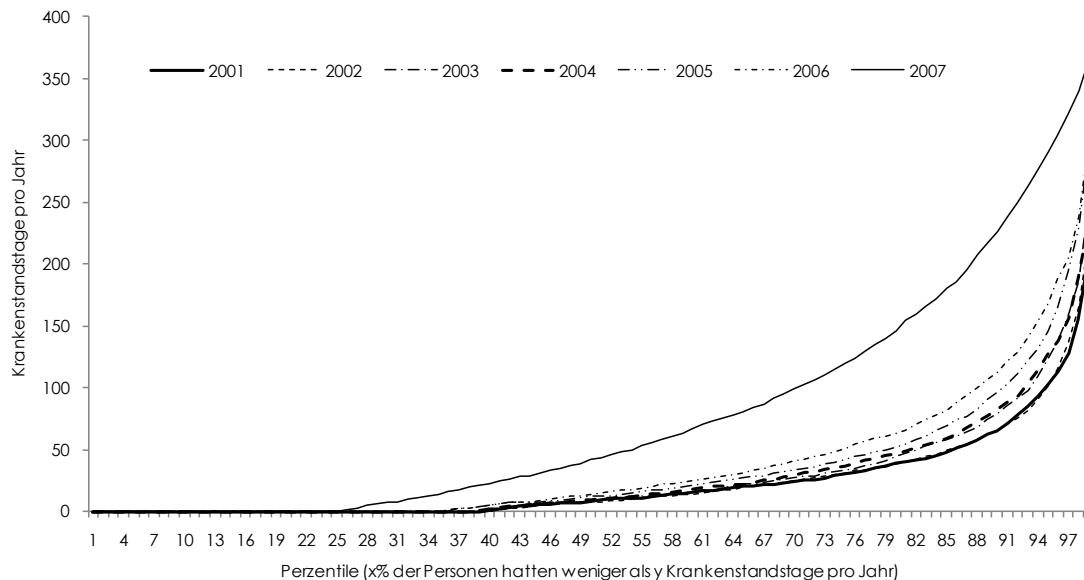
2.5 Das Krankenstandsgeschehen von InvaliditätspensionistInnen

2.5.1 Krankenstandsverläufe der Personen in Invaliditätspension

Während sich die bisherigen Auswertungen auf Österreich insgesamt bezogen, liegt der Fokus dieses Abschnitts auf der oberösterreichischen Erwerbsbevölkerung. Die Verfügbarkeit von vollständigen Krankenstandsdaten für die Jahre 2001 bis 2007 ermöglicht einen Einblick in die mittelfristige Krankenstandsentwicklung von Personen mit einem Zugang in die Invaliditätspension im Jahr 2008. Man kann davon ausgehen, dass Personen, die eine Invaliditätsleistung erhalten, kurz vor Austritt aus dem Erwerbsleben häufig bzw. lange krank waren. Allerdings stellt sich die Frage, inwiefern schon einige Jahre vor Übertritt in den Ruhestand die Krankenstandsdaten gesundheitliche Probleme dieser Personengruppe bzw. signifikante Unterschiede im Vergleich zur restlichen Erwerbsbevölkerung erkennen lassen. Die Ergebnisse aus der einschlägigen Literatur legen die Vermutung nahe, dass gesundheitliche Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auch in einer langfristigen Betrachtung erkennbar sind, wenn auch klar ist, dass diese Unterschiede über die Zeit größer werden und unmittelbar vor Pensionsübertritt am stärksten ausgeprägt sind. Abbildung 2.8 zeigt, wie viele Krankenstandstage bei Personen mit Invaliditätspensionsneuzugang im Jahr 2008 in den Jahren vor der Pensionierung anfielen. Die Untersuchungsperiode erstreckt sich über die Jahre 2001 bis 2007. Für jedes Jahr ist die gesamte Verteilung vom untersten Prozent der Arbeitskräfte mit den geringsten, zum obersten Prozent mit den meisten Krankenständen abgebildet.

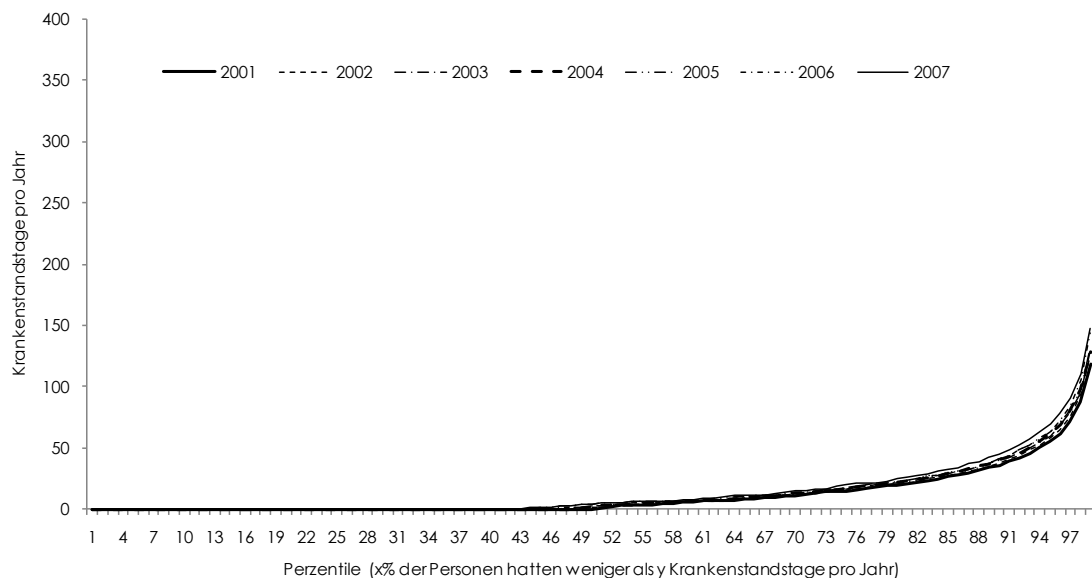
Die zuerst sehr flachen und dann steiler werdenden Kurven zeigen, dass vor allem in den Jahren 2001 bis 2006 die Verteilung der Krankenstände sehr ungleich war. Der Großteil der Personen verzeichnete keine oder nur verhältnismäßig wenige Krankenstandstage, während in den höheren Perzentilen der Verteilung die Zahl der Krankenstandstage sehr hoch war. Über die Jahre kommt es zu einer Verschiebung wodurch der Anteil an Personen ohne Krankenstände kontinuierlich abnimmt, während über die ganze Verteilung die Zahl der Krankenstandstage steigt. Je mehr wir uns dem Zeitpunkt des Übergangs in die Invaliditätspension nähern, umso mehr Krankenstände fallen an. Diese Verschiebung verläuft bis 2006 sehr graduell, was daran zu erkennen ist, dass die untersten sechs Kurven in der Abbildung nur geringfügig voneinander abweichen. Größere Veränderungen ergeben sich kumuliert über die Zeit, ein richtig großer Sprung findet aber erst 2007 statt, also im Jahr unmittelbar vor der Invaliditätspension. Zu diesem Zeitpunkt verzeichnen drei Viertel der Personen mindestens einen Krankenstandsfall, die Hälfte der Personen ist sechs Wochen oder länger im Krankenstand, rund 15% sind mehr als das halbe Jahr krank, jene 5% mit den meisten Krankenstandstagen sind mindestens vier Fünftel des Jahres krankgeschrieben. Dagegen hatten noch im Jahr 2001 fast 40% der Arbeitskräfte keinen Krankenstand, nur 1% verbrachte mehr als ein halbes Jahr im Krankenstand.

Abbildung 2.8: Verteilung der Krankenstandstage pro Jahr, 2001 bis 2007
Oberösterreich, Neuzugänge 2008



Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 3.794 Fälle.

Abbildung 2.9: Verteilung der Krankenstandstage pro Jahr, 2001 bis 2007
Oberösterreich, Kontrollgruppe



Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 37.594 Fälle.

Eine Gegenüberstellung mit der Krankenstandsverteilung der Kontrollgruppe (Abbildung 2.9) zeigt folgendes Bild: Zum einen gibt es – erwartungsgemäß – im Falle der Vergleichspersonen kaum eine Veränderung über die Jahre hinweg. Die Zahl der Krankenstandstage nahm zwar

zwischen 2001 und 2007 geringfügig zu, was aber auch dadurch erklärt werden kann, dass die beobachtete Personengruppe Jahr für Jahr ein bisschen älter und somit anfälliger für lange Krankenstandsepisoden wurde. Zum anderen kann man leicht erkennen, dass die Kontrollgruppe entlang der gesamten Verteilung viel weniger Krankenstandstage aufweist, als die Personengruppe mit Pensionsneuzugang im Jahr 2008. Der Anteil an Arbeitskräften ohne einen einzigen Krankenstandstag liegt pro Jahr zwischen 45% und 50%. Auch die fünf höchsten Perzentile liegen mit Werten zwischen 50 und 150 Tagen viel niedriger als bei den InvaliditätspensionistInnen. Der gesundheitliche Unterschied zwischen den BezieherInnen von Invaliditätspension und der Kontrollgruppe dürfte in der Realität noch etwas stärker ausgeprägt sein als es der Vergleich von Abbildung 2.8 und Abbildung 2.9 suggeriert. Es muss nämlich berücksichtigt werden, dass es sich bei den InvaliditätspensionistInnen überproportional oft um Arbeitskräfte handelt, die zeitweise weder arbeitslos noch beschäftigt waren und somit in diesen Zeiträumen aufgrund ihres sozialversicherungsrechtlichen Status gar keine Krankenstände verzeichnen konnten.

Abbildung C4 im Anhang zeigt, inwiefern sich das Bild der Krankenstandsverteilung verändert, wenn man die Neuzugänge auf jene Personen einschränkt, die von 2001 bis 2007 durchgehend oder fast durchgehend in Oberösterreich beschäftigt oder arbeitslos waren. In dieser selektierten Untergruppe von InvaliditätspensionistInnen lag der jährliche Anteil an Personen ohne einen einzigen Krankenstandstag niedriger als im Durchschnitt aller Personen mit Neuzugang im Jahr 2008. Auch ergibt sich durch die Einschränkung über die gesamte Verteilung eine höhere Anzahl an Krankenstandstagen. Dennoch lassen sowohl Abbildung 2.8 als auch Abbildung C4 ein sehr ähnliches Muster erkennen, sowohl was die Krankenstandsverteilung in den einzelnen Jahren betrifft, als auch den kontinuierlichen Anstieg zwischen 2001 und 2006 und die sprunghafte Intensivierung von gesundheitlichen Problemen im Jahr vor der Pensionierung.

In einer kumulierten Betrachtung des Krankenstandsgeschehens über die Jahre 2001 bis 2007 kommen deutliche Unterschiede innerhalb der InvaliditätspensionistInnen zum Vorschein. Schränkt man auf einen Wert ein, der dem Durchschnitt der kumulierten Krankenstände der Kontrollgruppe entspricht (etwa 108 Tage in den sieben Jahren von 2001 bis 2007), dann erfasst man ziemlich genau ein Fünftel der Personen mit Neuzugang in 2008. Im Median verbrachten Personen mit einer Neuzuerkennung in 2008 zwischen 2001 und 2007 acht Monate im Krankenstand. Das Krankenstandsvolumen der InvaliditätspensionistInnen am oberen Ende der Verteilung war aber deutlich größer: 25% der Personen hatten mehr als 400 Krankenstandstage, fast 10% waren insgesamt 600 Tage oder mehr krankgeschrieben. Wie aus Abbildung C5 im Anhang hervorgeht, waren es besonders Frauen, die vor der Invaliditätspension eine hohe Anzahl an Krankenständen hatten. Sowohl der Durchschnitts- als auch der Medianwert der kumulierten Krankenstandstage der Frauen lag mehr als 50 Tage über den entsprechenden Werten der Männer.

Der starke Anstieg der Krankenstandswahrscheinlichkeit über die Jahre und vor allem die Häufung von Krankenständen unmittelbar vor Übertritt in den Ruhestand stellen das auffal-

lendste Merkmal der Krankenstandshistorie von InvaliditätspensionistInnen dar. In Hinblick auf präventive Maßnahmen ist es allerdings besonders wichtig zu verstehen, inwiefern schon etliche Jahre vor Eintreten der Invalidität gesundheitliche Probleme erkennbar sind. Eine Betrachtung der Krankenstandsquoten bestätigt, dass Personen, die später Invaliditätsleistungen beziehen, schon sechs bis sieben Jahre vorher durch eine deutlich höhere Krankenstandswahrscheinlichkeit gekennzeichnet sind als Erwerbspersonen mit vergleichbaren soziodemographischen Merkmalen, die nicht Invaliditätspension beziehen werden (Übersicht 2.5). Personen mit einem Neuzugang im Jahr 2008 und (fast) durchgehender Versicherungszeit als Beschäftigte oder Arbeitslose waren 2001 durchschnittlich 7,4% der Zeit im Krankenstand, in der Kontrollgruppe waren es 4,1%. Damit waren InvaliditätspensionistInnen rund 80% öfter im Krankenstand anzutreffen als die Referenzpersonen. Dieser Unterschied zieht sich durch alle Altersgruppen, mit Ausnahme der Personen, die zum Zeitpunkt der Invaliditätspension bereits älter als 60 Jahre waren. In dieser Altersgruppe ist die Differenz zur Krankenstandsquote der Kontrollgruppe vor allem zu Beginn der Beobachtungsperiode vergleichsweise gering. Das lässt auf die Existenz eines Selektionseffekts ("Healthy-Worker"-Effekts) schließen, weil vermutlich besonders kranke Personen schon zu einem früheren Zeitpunkt den Arbeitsmarkt verlassen hatten. Eine Unterscheidung nach Geschlecht bestätigt, dass unter den InvaliditätspensionistInnen Frauen durch eine höhere Krankenstandswahrscheinlichkeit gekennzeichnet waren als Männer (Übersicht C1 im Anhang).

Übersicht 2.5: Entwicklung der durchschnittlichen Krankenstandsquoten
Oberösterreich, Neuzugänge 2008 und Kontrollgruppe¹⁾

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	Krankenstandsquote in %						
<i>Neuzugänge</i>							
Bis 39 Jahre	8,5	7,3	9,2	10,0	12,0	14,0	49,4
40 bis 49 Jahre	7,2	9,6	10,4	9,5	11,7	15,2	51,9
50 bis 54 Jahre	7,9	7,2	8,4	8,8	11,0	18,0	46,7
55 bis 59 Jahre	7,6	7,1	8,0	8,1	9,9	12,7	40,9
60 bis 64 Jahre	5,0	5,2	5,8	6,8	8,4	9,2	28,9
Insgesamt	7,4	7,4	8,4	8,5	10,5	14,0	43,7
<i>Kontrollgruppe</i>							
Bis 39 Jahre	3,9	3,9	4,1	3,6	3,7	3,9	3,9
40 bis 49 Jahre	3,8	3,8	3,9	3,7	3,8	3,6	4,1
50 bis 54 Jahre	3,8	3,9	4,1	4,0	4,2	4,4	5,1
55 bis 59 Jahre	4,2	4,5	4,6	5,0	5,0	5,3	5,9
60 bis 64 Jahre	4,6	5,0	4,9	5,2	5,4	4,6	4,6
Insgesamt	4,1	4,2	4,4	4,4	4,5	4,6	5,0

Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 2.200 Personen mit Neuzugang und 29.167 Stichprobenfälle in der Kontrollgruppe. – ¹⁾ Sowohl die Personengruppe mit einem Neuzugang im Jahr 2008 als auch die Kontrollgruppe wurden in diesem Fall auf Personen eingeschränkt, die in den Jahren 2001 bis 2007 mindestens 80% der Zeit unselbstständig beschäftigt oder arbeitslos waren.

Die durchschnittliche Zahl der Krankenstandsfälle zeigt, dass der Unterschied in der Krankenstandsquote zwischen InvaliditätspensionistInnen und Kontrollgruppe zum Teil durch häufigere

Krankenstandsepisoden erklärt werden kann (Übersicht 2.6). Sieben Jahre vor der Pensionierung weist die Personengruppe mit Neuzugang eine im Durchschnitt deutlich höhere Zahl von Krankenstandsfällen auf als die Kontrollgruppe (1,6 gegenüber 1,1). Allerdings ist bereits zu diesem Zeitpunkt die Gruppe der späteren InvaliditätspensionistInnen durch längere Krankheitsdauern (und somit schwereren Erkrankungen) gekennzeichnet als die Kontrollgruppe: Ein Krankenstandsfall der Personen mit Neuzugang dauerte 2001 im Schnitt 17,1 Tage, bei der Kontrollgruppe waren es 13,7 Tage. Dieser Unterschied in der durchschnittlichen Krankheitsdauer spitzt sich bei zunehmender Annäherung an den Pensionierungszeitpunkt stark zu. Zwar steigt – wie aus der Übersicht entnehmbar ist – zwischen 2001 und 2007 die Zahl der Krankenstandsfälle pro Kopf und Jahr von 1,6 auf 2,5, jedoch ist dieser Anstieg bei weitem nicht so ausgeprägt wie jener in der Krankenstandsquote. Die durchschnittliche Krankheitsdauer der Personen mit Neuzugang steigt von 17,1 Tagen im Jahr 2001 auf 19,4 Tage im Jahr 2005 und dann sehr stark auf 24 Tage im Jahr 2006 und 64,1 Tage im Jahr 2007. Im Fall der Kontrollgruppe bleibt die Krankheitsdauer über die gesamte Periode nahezu konstant.

Übersicht 2.6: Entwicklung der durchschnittlichen Zahl an Krankenstandsfällen
Oberösterreich, Neuzugänge 2008 und Kontrollgruppe¹⁾

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	Durchschnittliche Zahl an Krankenstandsfällen pro Person						
<i>Neuzugänge</i>							
Bis 39 Jahre	2,1	2,2	2,2	2,3	2,4	2,8	3,0
40 bis 49 Jahre	1,7	1,7	1,8	1,8	2,1	2,2	2,5
50 bis 54 Jahre	1,6	1,6	1,8	1,9	2,2	2,4	2,6
55 bis 59 Jahre	1,5	1,5	1,6	1,7	1,8	2,0	2,4
60 bis 64 Jahre	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,8	2,0
Insgesamt	1,6	1,6	1,7	1,8	2,0	2,1	2,5
<i>Kontrollgruppe</i>							
Bis 39 Jahre	1,4	1,4	1,4	1,3	1,4	1,3	1,4
40 bis 49 Jahre	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
50 bis 54 Jahre	1,0	1,0	1,1	1,0	1,1	1,1	1,2
55 bis 59 Jahre	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2	1,2	1,3
60 bis 64 Jahre	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	1,0	1,1
Insgesamt	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2	1,1	1,3

Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 2.200 Personen mit Neuzugang und 29.167 Stichprobenfälle in der Kontrollgruppe. – ¹⁾ Sowohl die Personengruppe mit einem Neuzugang im Jahr 2008 als auch die Kontrollgruppe wurden in diesem Fall auf Personen eingeschränkt, die in den Jahren 2001 bis 2007 mindestens 80% der Zeit unselbstständig beschäftigt oder arbeitslos waren.

Ein Blick in die Vergangenheit liefert weitere Anhaltspunkte dafür, dass InvaliditätspensionistInnen bereits etliche Jahre vor der Pensionierung in Hinblick auf ihre gesundheitliche Situation vom Durchschnitt der Erwerbsbevölkerung abweichen. Obwohl das Krankheitsgeschehen in den verfügbaren Daten rückblickend nur bis 2001 beobachtet werden kann, ermöglicht die in den Individualdaten des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger enthaltene Information über den Bezug von Krankengeld in einem bestimmten Ausmaß

Rückschlüsse über die Verteilung von Krankenständen. Grundsätzlich kann das Anfallen von Krankengeld als ein Indikator für das Eintreten von langen Krankenstandsfällen gewertet werden, da in den meisten Fällen mindestens die ersten sechs Krankenstandswochen durch Entgeltfortzahlung seitens des Arbeitgebers gedeckt sind. Die Länge der Entgeltfortzahlung wird durch das Arbeitsrecht bestimmt und unterscheidet sich zwischen den einzelnen ArbeitnehmerInnen in Abhängigkeit von der sozialrechtlichen Stellung und von der Dauer des Arbeitsverhältnisses. Ein Krankengeldbezug kann sich auch dann ereignen, wenn aufgrund von Arbeitslosigkeit oder einer zu kurzen Beschäftigungszeit kein Anspruch auf Entgeltfortzahlung besteht, oder wenn dieser Anspruch infolge vorangegangener Krankenstandsepisoden bereits ausgeschöpft wurde.

*Übersicht 2.7: Krankengeldbezüge zwischen 1990 und 2000
Oberösterreich, Neuzugänge 2008 und Kontrollgruppe*

	Neuzugänge			Kontrollgruppe		
	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
	Kumulierte Anzahl an Tagen mit Krankengeldbezug von 1990 bis 1995					
Mittelwert	33	34	32	12	13	10
Perzentil 5	0	0	0	0	0	0
1. Quartil	0	0	0	0	0	0
Median	0	0	0	0	0	0
3. Quartil	31	32	26	0	1	0
Perzentil 95	169	178	159	72	81	53

Kumulierte Anzahl an Tagen mit Krankengeldbezug von 1996 bis 2000

Mittelwert	36	38	33	12	13	10
Perzentil 5	0	0	0	0	0	0
1. Quartil	0	0	0	0	0	0
Median	0	0	0	0	0	0
3. Quartil	35	36	32	0	0	0
Perzentil 95	193	202	156	70	76	57

Kumulierte Anzahl an Tagen mit Krankengeldbezug von 1990 bis 2000

Mittelwert	70	72	65	24	27	19
Perzentil 5	0	0	0	0	0	0
1. Quartil	0	0	0	0	0	0
Median	14	17	9	0	0	0
3. Quartil	83	86	72	15	19	8
Perzentil 95	313	317	275	132	145	106

Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 3.794 Fälle der Neuzugänge, davon 2.571 Neuzugänge der Männer und 1.223 Neuzugänge der Frauen. 37.594 Stichprobenfälle der Kontrollgruppe, davon 25.364 Stichprobenfälle der männlichen Kontrollgruppe und 12.230 Stichprobenfälle der weiblichen Kontrollgruppe.

Da in den Daten nicht erkennbar ist, aus welchem Grund bzw. nach welcher Krankendauer Krankengeld bezogen wurde, ist dieser Indikator mit etwas Vorsicht zu interpretieren: Krankengeldbezüge können demnach sowohl auf lange Krankenstände, als auch auf brüchi-

ge Erwerbskarrieren und auf Arbeitslosigkeitsepisoden hinweisen. Dennoch legen die in Übersicht 2.7 zusammengefassten Auswertungen den Schluss nahe, dass Personen mit einem Neuzugang zur Invaliditätspension im Jahr 2008 bereits in den 1990er-Jahren ein höheres Krankenstandsniveau aufwiesen als vergleichbare Erwerbspersonen, die keine Invaliditätsleistung beziehen. Im Durchschnitt fielen bei den InvaliditätspensionistInnen zwischen 1990 und 2000 70 Tage mit Krankengeldbezug an, wobei zwischen 1996 und 2006 mehr Krankengeld bezogen wurde als zwischen 1990 und 1995. Im Median waren es immer noch 14 Tage. Im Falle der Kontrollgruppe kam es durchschnittlich nur zu 24 Tagen Krankengeldbezug und mehr als die Hälfte der Personen verzeichnete keinen einzigen Tag mit Krankengeld. Sowohl bei den InvaliditätspensionistInnen als auch bei den Referenzfällen der Kontrollgruppe erhielten Männer öfter Krankengeld als Frauen.

2.5.2 Unterschiede in Hinblick auf die Invaliditätsdiagnose

Es stellt sich die Frage, inwiefern die gesundheitliche Ursache von Arbeitsunfähigkeit mit bestimmten persönlichen und beruflichen Merkmalen der InvaliditätspensionistInnen sowie mit Unterschieden in den Krankenstandsverläufen assoziiert werden kann. Übersicht 2.8 beinhaltet eine synthetische Zusammenfassung von Indikatoren in einer Gliederung nach Invaliditätsdiagnose. Die Unterschiede nach Geschlecht und Alter zwischen den einzelnen Diagnosegruppen, die bereits in Abschnitt 2.4.1 angesprochen wurden, sind besonders stark ausgeprägt. So entfiel beispielsweise fast jeder zweite Neuzugang zur Invaliditätspension infolge von psychischen Erkrankungen auf eine Frau, während die Frauenquote bei Krankheiten des Kreislaufsystems und bei Verletzungen nur 12% betrug. In Hinblick auf die Krankengeldbezüge zwischen 1990 und 2000 sowie auf das Krankenstandsgeschehen zwischen 2001 und 2007 sind die Unterschiede nicht so stark ausgeprägt, lassen aber dennoch einige klare Muster erkennen. Invaliditätspensionsneuzugänge aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen weisen mit Abstand die höchste Zahl an Krankengeldbezügen auf. Auch die kumulierte Anzahl an Krankenstandstagen ist in dieser Gruppe deutlich höher als im Durchschnitt aller Neuzugänge. Diese hohen Krankenstandswerte lassen sich dadurch erklären, dass es sich hierbei überproportional oft um Personen mit körperlich belastenden und einem hohen Unfallrisiko ausgesetzten Berufen handeln dürfte. Tatsächlich ist neben dem Männeranteil auch jener der ArbeiterInnen (in der Übersicht aus Platzgründen nicht ausgewiesen) deutlich höher als im Durchschnitt. Fälle von Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Krebserkrankung (Neubildungen) sind im Gegensatz dazu durch eine sehr geringe Zahl von Krankengeldbezügen und Krankenstandstagen gekennzeichnet – ein Hinweis dafür, dass diese Personen in vielen Fällen bis zur Erkrankung, die zur Arbeitsunfähigkeit führt, einen vergleichsweise guten Gesundheitszustand aufweisen. Zu Beginn der Beobachtungsperiode des Krankenstandsgeschehens (2001) ist die Zahl ihrer Krankenstandstage gering. Im Gegenzug dazu, kommt es in Folge der Krebserkrankung zu besonders langen Krankenstandsepisoden unmittelbar vor der Pensionierung, was an der deutlich überdurchschnittlich hohen Zahl von Krankenständen im Jahr 2007 erkennbar ist.

Übersicht 2.8: Selektierte persönliche Merkmale und Krankenstandsindikatoren nach Invaliditätsdiagnose
Oberösterreich, Neuzugänge 2008

		Anteil der Frauen	Alter	Kumulierter Krankengeldbezug 1990 bis 2000	Krankenstand 2001	Krankenstand 2004	Krankenstand 2007	Kumulierter Krankenstand 2001 bis 2007	Fälle
		In %	Jahre	Tage	Tage	Tage	Tage	Tage	
Neubildungen	Mittelwert	34	51	59	20	23	93	235	9
	Median		52	9	5	5	60	200	7
Psychische und Verhaltensstörungen	Mittelwert	47	46	76	25	30	80	269	11
	Median		49	15	8	8	41	222	9
Krankheiten des Nervensystems	Mittelwert	43	47	52	18	25	64	208	11
	Median		49	2	6	6	29	162	8
Krankheiten des Kreislaufsystems	Mittelwert	12	55	86	26	25	78	240	10
	Median		57	25	8	7	34	185	8
Krankheiten des Atmungssystems	Mittelwert	18	55	94	24	34	58	233	12
	Median		57	26	9	14	35	180	10
Krankheiten des Muskel-Skeletts-Systems	Mittelwert	21	55	59	24	32	73	261	12
	Median		57	15	11	15	39	217	11
Verletzungen und Vergiftungen	Mittelwert	12	48	114	25	25	97	268	10
	Median		52	35	10	7	74	224	7
Insgesamt	Mittelwert	32	50	70	24	29	78	255	11
	Median		54	14	8	9	42	207	9

Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Psychische Erkrankungen stellen als Ursache von Invalidität einen besonders interessanten Untersuchungsgegenstand dar. Zum einen nahm – wie bereits in Abschnitt 2.4.2 erwähnt – der Anteil der psychischen Diagnosen am Invalidisierungsgeschehen in den letzten Jahrzehnten drastisch zu. Auch im Hinblick auf das Krankenstandsgeschehen befinden sich psychische Erkrankungen klar im Aufwärtstrend (siehe Abschnitt 1.7), obwohl ihr Anteil am gesamten Fehlzeitenvolumen nach wie vor gering ist. Zudem kann die Zunahme von psychischen Erkrankungsdiagnosen mit dem langfristigen Rückgang des durchschnittlichen Zugangsalters zur Invaliditätspension – vor allem der Frauen – in Verbindung gebracht werden. 1970 lag das durchschnittliche Zugangsalter bei den Invaliditätsleistungen im ASVG Bereich noch bei etwas mehr als 55 Jahren (sowohl bei Männern als auch bei Frauen). Das Pensionszugangsalter der Männer erreichte 2000 den niedrigsten Wert (51,4 Jahre) und ist seither wieder etwas angestiegen (2009 53,1 Jahre). Das durchschnittliche Zugangsalter der Frauen blieb dagegen im vergangenen Jahrzehnt weitgehend konstant und liegt gegenwärtig mehr als sechs Jahre unter dem Wert von 1970 (*Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2010*). Da psychische Probleme besonders oft schon in jungen Jahren zu Arbeitsunfähigkeit führen, kann ein Teil dieses starken Rückgangs im Pensionszugangsalter durch die hohe Konzentration von psychisch bedingter Invalidität bei Frauen erklärt werden. Wie auch aus Übersicht 2.8

hervorgeht, lag das durchschnittliche Zugangsalter zur Invaliditätspension bei psychischen und Verhaltensstörungen mit 46 Jahren deutlich niedriger, als im Fall von anderen gesundheitlichen Ursachen von Arbeitsunfähigkeit. Die Hälfte der Personen ging mit 49 Jahren oder früher in den Ruhestand, ein Viertel war nur 40 Jahre (Frauen 41 Jahre, Männer 39 Jahre) alt oder jünger (siehe Übersicht C2 im Anhang). Zum Vergleich: Muskel-Skelett-Erkrankungen führten statistisch gesehen erst mit etwas mehr als 55 Jahren in die Invaliditätspension, der mediane Wert lag bei Männern bei 58 Jahren, bei Frauen bei 55 Jahren. Dennoch weisen Neuzuerkennungen infolge von psychischen und Verhaltensstörungen eine besonders hohe Zahl von Krankenstandstagen in den sieben Jahren vor der Pensionierung auf.

*Übersicht 2.9: Zusammenhang zwischen Invaliditätsdiagnose und Krankenstandstage in der selben Diagnosegruppe
Oberösterreich, Neuzugänge 2008*

	Anteile der kumulierten Krankenstandstage 2001 bis 2007 in der selben Diagnosegruppe wie die Invalidität			
	Mittelwert	1. Quartil	2. Quartil	3. Quartil
	In %			
Neubildungen	21	0	0	43
Psychische und Verhaltensstörungen	28	0	9	53
Krankheiten des Nervensystems	18	0	0	26
Krankheiten des Kreislaufsystems	31	0	17	55
Krankheiten des Atmungssystems	36	11	27	57
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	47	21	49	73
Verletzungen und Vergiftungen	36	2	27	66

Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.9 zeigt, wie stark der Zusammenhang zwischen der medizinischen Diagnose der Invalidität und den Diagnosen der bis dahin angefallenen Krankenstände ist. Insgesamt kann nur eine eher schwache Übereinstimmung zwischen den Invaliditätsdiagnosen und den Krankenstandsdiagnosen festgestellt werden, allerdings bestehen zwischen den Diagnosegruppen erhebliche Unterschiede. Gesundheitlich bedingte Erwerbsaustritte infolge von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems weisen den stärksten Zusammenhang mit dem vorangegangenen Krankenstandsgeschehen auf: Im Durchschnitt entfielen bei Neuzugängen dieser Krankheitsgruppe 47% der Krankenstandstage auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. Im obersten Quartil der Verteilung waren es sogar 73%, im untersten Quartil immer noch 21%. Dagegen verzeichneten nur wenige Personen, die infolge von Krankheiten des Nervensystems eine Invaliditätsleistung erhielten, in den Vorjahren Krankenstandsfälle, die dieser Krankheitsgruppe zugeordnet werden können. Im Durchschnitt stimmten nur 18% der Krankenstände mit der Invaliditätsdiagnose überein, bei mehr als der Hälfte der Personen entfiel kein einziger Krankenstandstag auf Krankheiten des Nervensystems. Auch im Fall von psychischen und Verhaltensstörungen ist der Zusammenhang zwischen Invalidität und den Krankenstandsdiagnosen schwach. Im Median entfielen in dieser Gruppe von Invaliditäts-

pensionistInnen nur 9% der Fehlzeiten in den Jahren 2001 bis 2007 auf psychische Erkrankungen.

2.5.3 Merkmale der Personen mit einem abgelehnten Antrag

Eine Zuerkennung der Invaliditätspensionsleistung beim ersten Antrag ist angesichts einer Ablehnungsquote, die je nach Versichertenkategorie zwischen 47,7% (männliche Angestellte) und 69,9% (Arbeiterinnen) liegt, nicht die Regel⁶³⁾. Laut *Stefanits et al. (2009)* erhielten in Österreich im Jahr 2008 15.968 Personen eine Pensionsleistung zuerkannt, die in den vorangegangenen vier Jahren noch keinen Antrag gestellt hatten. Mehr als ein Drittel aller Personen mit Pensionsneuzugang (knapp über 9.000 Fälle) hatte allerdings in den vorangegangenen Jahren bereits einen oder mehrere erfolglose Anträge gestellt bzw. ein Verfahren beim Arbeits- und Sozialgericht hinter sich, bevor ihnen eine Pension zugesprochen wurde. Nach Auskunft der PVA kamen 2008 13,6% aller zuerkannten Fälle nach einem gerichtlichen Verfahren zu Stande. Das entspricht in etwa 3.400 Personen, also etwas mehr als einem Drittel der Versicherten, die nicht im ersten Anlauf eine Pensionszuerkennung erhielten. Es ist davon auszugehen, dass von den Personen, die hinter den 37.600 abgelehnten Anträgen aus dem Jahr 2008 stehen, ein hoher Anteil in den folgenden Jahren einen weiteren oder auch mehrere weitere Anträge auf Invaliditätsleistung stellen wird. Berechnungen von *Stefanits et al. (2009)* ergaben, dass die Erfolgsrate bei der zweiten Antragstellung 42% und bei der dritten Antragstellung knapp unter 35% liegt. Die Erfolgchancen der Personen, die vier oder mehr Anträge auf Invaliditätspension stellten, sinkt auf unter 25%. Dabei muss man berücksichtigen, dass es sich bei den Personen mit mehreren Anträgen um eine selektierte Gruppe handelt, da ein bestimmter Anteil nach der ersten Ablehnung keine weiteren Anträge stellt.

Diese Beschreibung der Antragsstatistik wirft die Frage auf, inwiefern zwischen den beiden Personengruppen – jener mit Zuerkennung und jener mit einem abgelehnten Antrag auf Invaliditätspension – Ähnlichkeiten bzw. Unterschiede in Hinblick auf Gesundheit und Beschäftigungssituation bestehen. Es ist anzunehmen, dass sich sowohl die Personen mit einer Zuerkennung als auch jene mit einer Ablehnung zum Zeitpunkt der Antragstellung weitgehend vom aktiven Erwerbsleben verabschiedet haben. Diese Annahme gründet auf der Tatsache, dass Personen, die einen Antrag auf Invaliditätsleistungen stellen, – zumindest aus subjektiver Sicht – gesundheitliche Einschränkungen aufweisen und sich als arbeitsunfähig betrachten. *Stefanits et al. (2009)* stellen zudem die Vermutung auf, dass es sich bei Personen mit einer Ablehnungsgeschichte (unabhängig davon, ob es zuletzt eine Zuerkennung gibt oder es bei einer Ablehnung bleibt) insofern um die arbeitsmarktfernsten handelt, als die letzte Beschäftigungsepisode am längsten in der Vergangenheit zurückliegt. Personen, deren erster Antrag abgelehnt wurde, haben in der Regel eine längere Dauer zu überbrücken, bis letztendlich eine Leistung zuerkannt wird, also eine längere Wartezeit, die mehrheitlich schon abseits des

⁶³⁾ Allerdings sind die Ablehnungsquoten bei den anderen Pensionsversicherungsträgern zum Teil deutlich geringer.

aktiven Erwerbslebens verbracht wird. Das hängt letztendlich auch damit zusammen, dass grundsätzlich eine einjährige Wartezeit zwischen einem abgelehnten Antrag und dem nächstmöglichen Antrag besteht. Nur Personen, deren gesundheitlicher Zustand sich nachweislich seit dem letzten Antrag stark verschlechtert hat, und jene, die gegen einen ablehnenden Bescheid Berufung einlegen, können schon vor Ablauf der Jahresfrist einen Übertritt in die Invaliditätspension verzeichnen. Wie bereits erwähnt wurde, warten Personen mit einer Ablehnungsgeschichte im Bereich der Invaliditätspensionen im Durchschnitt zwei Jahre auf die Zuerkennung der Leistung (Stefanits et al., 2009).

Übersicht 2.10: Indikatoren zu Beschäftigungssituation und Krankenstandsentwicklung Oberösterreich, Neuzugänge und Ablehnungen 2008

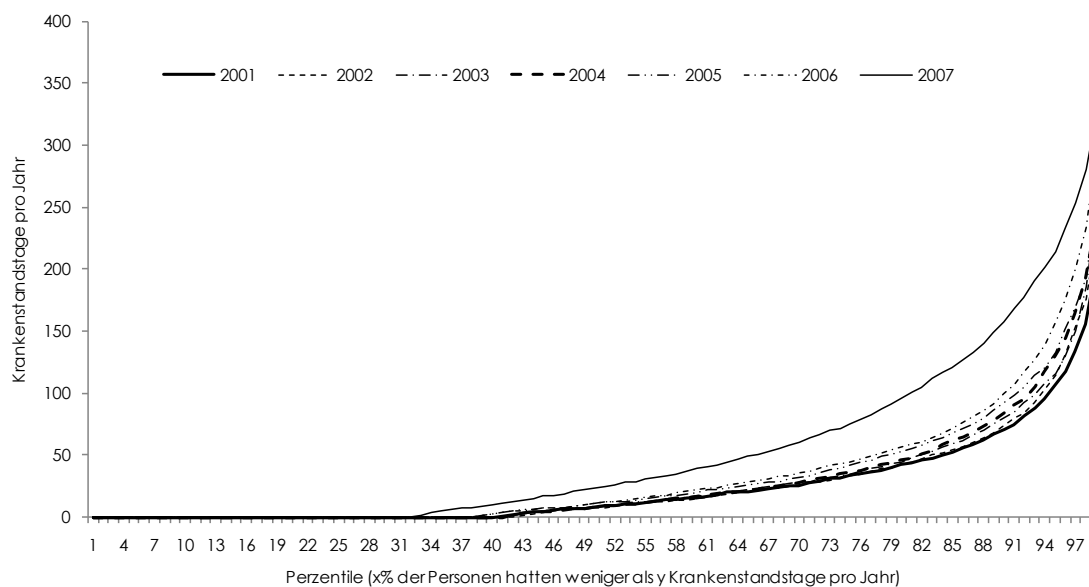
		Mittelwert	1. Quartil	Median	3. Quartil
<i>Neuzugänge</i>					
Anteil der Frauen	In %	32			
Alter	Jahre	50	46	54	57
Kumulierte Beschäftigung 2001 bis 2007	Tage	1.733	1.022	2.026	2.556
Kumulierte Arbeitslosigkeit 2001 bis 2007	Tage	520	0	231	838
Kumulierter Krankengeldbezug 1990 bis 2000	Tage	70	0	14	83
Krankenstand 2001	Tage	24	0	8	30
Krankenstand 2004	Tage	29	0	9	37
Krankenstand 2007	Tage	78	0	42	120
Kumulierter Krankenstand 2001 bis 2007	Tage	255	74	207	380
	Fälle	11	4	9	16
<i>Ablehnungen</i>					
Anteil der Frauen	In %	42			
Alter	Jahre	49	44	51	55
Kumulierte Beschäftigung 2001 bis 2007	Tage	1.371	537	1.390	2.269
Kumulierte Arbeitslosigkeit 2001 bis 2007	Tage	724	28	495	1.202
Kumulierter Krankengeldbezug 1990 bis 2000	Tage	90	0	27	114
Krankenstand 2001	Tage	25	0	8	34
Krankenstand 2004	Tage	29	0	8	36
Krankenstand 2007	Tage	53	0	23	75
Kumulierter Krankenstand 2001 bis 2007	Tage	227	56	175	340
	Fälle	11	3	9	17

Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 3.794 Fälle der Neuzugänge, 4.370 Fälle der Ablehnungen. Zur Interpretation der Daten: Der Median der Neuzugänge zeigt an, dass die Hälfte der Personen weniger als 8 Krankenstandstage im Jahr 2001 aufweisen. Die Werte für Beschäftigung und Arbeitslosigkeit beziehen sich auf Versicherungszeiten dieser Personen insgesamt, nicht nur solche die in Oberösterreich angefallen sind.

Die Gegenüberstellung von Indikatoren zur Krankenstandsentwicklung und Beschäftigungssituation der Personen mit einem positiv beurteilt bzw. mit einem abgelehnten Antrag zeigt viele Ähnlichkeiten aber auch einige ausgeprägte Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Wie auch bereits von Stefanits et al. (2009) herausgearbeitet wurde, befindet sich unter den Versicherten mit Ablehnung ein höherer Anteil von Frauen und von jüngeren Personen. Im Median liegt das durchschnittliche Alter bei Personen mit Ablehnung drei Jahre unter dem von Personen mit einer Neuzuerkennung, die Frauenquote lag 2008 bei 42% (gegenüber 32% bei den Neuzuerkennungen; Übersicht 2.10). Deutliche Unterschiede zeigen sich auch

hinsichtlich der Beschäftigungssituation der beiden Gruppen. Die Versicherten mit Ablehnung verbrachten kumuliert zwischen 2001 und 2007 durchschnittlich rund 350 Tage, also fast ein ganzes Jahr, weniger in Beschäftigung als die Personengruppe mit einer Neuzuerkennung. Mehr als die Hälfte dieses Unterschieds ist darauf zurückzuführen, dass sie deutlich mehr Zeit in Arbeitslosigkeit verbrachten. Im Durchschnitt waren Personen, die 2008 eine Ablehnung erhielten, rund 200 Tage länger arbeitslos als jene mit einer Zuerkennung, im Median waren es sogar 250 Tage. Das bestätigt die Vermutung, dass Personen mit einer Ablehnungsgeschichte sich bereits stark vom aktiven Erwerbsleben entfernt haben.

Abbildung 2.10: Verteilung der Krankenstandstage pro Jahr, 2001 bis 2007
Oberösterreich, Personen mit abgelehnten Antrag im Jahr 2008



Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 4.370 Fälle.

Die Unterschiede im Krankenstandsgeschehen der beiden Gruppen sind dagegen nicht so stark ausgeprägt. Obwohl die Personen mit Ablehnung im Schnitt jünger waren, verzeichneten sie im längerfristigen Zeitraum mehr Krankenstandsepisoden, die zu einem Krankengeldbezug führten. Hinsichtlich der kumulierten Krankenstandswerte der Jahre 2001 bis 2007 zeigt sich das gegenteilige Bild. Allerdings ist der Unterschied zwischen den beiden Gruppen nicht stark ausgeprägt. Arbeitskräfte mit einer Neuzuerkennung waren kumuliert etwa 10% länger krankgeschrieben als jene mit einem abgelehnten Antrag. Eine Betrachtung der einzelnen Jahre zeigt, dass dieser Unterschied im Wesentlichen auf das Jahr 2007 zurückgeht, in dem es bei den Personen mit Neuzugang zur Invaliditätspension zu einem besonders starken Anstieg der Fehlzeiten kam. In den Jahren 2001 und 2004, aber auch in den restlichen Jahren sind sowohl hinsichtlich der Höhe als auch der Verteilung der Krankenstände zwischen den beiden Gruppen kaum Unterschiede beobachtbar. Das zeigt sich auch bei einem Vergleich zwi-

schen Abbildung 2.8 und Abbildung 2.10. In beiden Fällen ist der Verlauf der Verteilungskurven zwischen 2001 und 2006 sehr ähnlich und unterscheidet sich deutlich vom Muster, das für die Kontrollgruppe beobachtet werden kann (Abbildung 2.9). Dabei muss man bedenken, dass die Krankenstandsdaten die gesundheitliche Situation von Versicherten mit einem abgelehnten Antrag unvollständiger abbilden, als dies bei denjenigen mit einer Zuerkennung der Fall ist. Personen mit einem abgelehnten Antrag weisen nämlich weniger krankensstandsrelevante Versicherungszeiten auf als die Vergleichsgruppe mit Zuerkennung (siehe auch Übersicht C3 und Übersicht C4 im Anhang)⁶⁴). Der Unterschied in den Versicherungszeiten beträgt 10% bis 15% und ist über die Jahre weitgehend konstant.

2.6 Krankenstandsentwicklung als Vorlaufindikator von Invalidität

Die in den vorangegangenen Abschnitten dokumentierten, signifikanten Abweichungen im Krankenstandsgeschehen zwischen den InvaliditätspensionistInnen und der restlichen Erwerbsbevölkerung sind ein Hinweis dafür, dass Krankenstände ein Signal für ein erhöhtes Invaliditätsrisiko darstellen. Die nachfolgenden Auswertungen dienen dazu, die Stärke dieses Zusammenhangs vor allem in Hinblick auf den Eintritt von langen Krankenstandsfällen zu quantifizieren. In Abbildung 2.11 bis Abbildung 2.13 wird für unterschiedliche Krankensstandsdauern gezeigt, welcher Anteil der Arbeitskräfte in den Folgejahren in die Invaliditätspension übertritt. Dabei wird zwischen Personen unterschieden, die 2001 einen längeren Krankenstand hatten, und solchen, die entweder nur kurz oder überhaupt nicht krankgeschrieben waren. Es ist zu erwarten, dass sich mit zunehmender Krankensstandsdauer die Wahrscheinlichkeit einer bleibenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und somit auch eines gesundheitlich bedingten Rücktritts aus dem Erwerbsleben erhöht. Dieser Zusammenhang zwischen der Krankensstandsdauer und der Wahrscheinlichkeit von Invalidität ist in den Daten klar erkennbar. Sehr lange Krankensstandsepisoden mit einer Dauer von sechs Monaten oder mehr führen in einer Beobachtungsperiode von sieben bis acht Jahren fast die Hälfte der Versicherten in die Invaliditätspension. Umgekehrt verzeichnen weniger als 5% der Erwerbspersonen ohne (langen) Krankensstand über diesen Zeitraum einen Übertritt in die Invaliditätspension.

Die Chancen, trotz eines zwölfwöchigen Krankensstands weiterhin am Arbeitsmarkt aktiv zu bleiben (oder zumindest das Erwerbsleben nicht infolge von Arbeitsunfähigkeit zu verlassen), stehen schon deutlich besser. Wie aus Abbildung 2.12 erkennbar ist, wechselten etwa 30% der Personen mit einem solchen Krankensstand in den Jahren nach 2001 in die Invaliditätspension. Im Fall von sechswöchigen Krankensstandsfällen waren es knapp 25%. In allen drei Fällen ist der Abstand zur Vergleichsgruppe der Personen ohne Langzeitkrankensstand sehr ausgeprägt. Weitere Unterschiede ergeben sich bei einer Betrachtung des Musters der Austrittswahrscheinlichkeit über die Zeit. Kurz nach Beginn der Krankensstände kommt es typischerweise nicht zu einem Wechsel in die Invaliditätspension. Das ist vor allem in Abbildung 2.13 ersichtlich, bei der der Effekt für Krankensstandsdauern von mehr als einem halben Jahr besonders

⁶⁴) Krankheitsfälle, die sich in diesen Zeiten außerhalb von Beschäftigung und Arbeitslosigkeit ereignet haben, bleiben in unseren Daten unberücksichtigt.

ausgeprägt ist. Hier dürfte sich der Umstand auswirken, dass Arbeitskräfte erst gegen Ende oder nach Beendigung eines langen Krankenstands einen Antrag auf Invaliditätspension stellen. Allerdings ist bei zunehmender Dauer die Wahrscheinlichkeit von Invalidität in Anschluss an den Krankenstand besonders groß – was an der steil abfallenden Kurve in der ersten Phase des Beobachtungszeitraums erkennbar ist. Erwartungsgemäß haben sehr lange Krankenstandsepisoden kurzfristig den stärksten Effekt. Im Fall von sechsmonatigen Krankenständen hat nach etwa eineinhalb Jahren nach Krankenstandsbeginn bereits deutlich mehr als ein Viertel der Betroffenen in die Invaliditätspension gewechselt. Im weiteren Zeitverlauf schwächt sich der negative Effekt des Krankenstands ab, die Übergänge in Invaliditätspension werden seltener.

Der Vergleich zwischen Männern und Frauen ergibt für beide Geschlechter im Falle von langen Krankheitsepisoden ein sehr ähnliches Muster, wobei Männer eine leicht höhere Übertretungswahrscheinlichkeit in die Invaliditätspension zeigen als Frauen. Diese Analysen berücksichtigen allerdings nicht, dass zusätzlich zum Krankenstandsgeschehen weitere Faktoren die Wahrscheinlichkeit eines Zugangs zur Invaliditätspension beeinflussen können, die in den Gruppen der Erkrankten und der Nicht-Erkrankten sowie bei den Männern und den Frauen unterschiedliche Ausprägungen haben können. So steigt beispielsweise das Krankenstandsrisiko (vor allem in Bezug auf lange Krankenstände) mit dem Alter stark an. Das Alter beeinflusst zugleich aber das Risiko von Invalidität.

In den nachfolgenden multivariaten Analysen werden weitere wichtige Bestimmungsfaktoren des Invalidisierungsrisikos berücksichtigt, um den Effekt von Krankenständen möglichst genau zu isolieren. Krankenstände mit einer Dauer von sechs Wochen oder mehr stellen den Schwerpunkt dieser Analysen dar. Diese Auswahl hat mehrere Gründe: Zum einen hat sich bereits in Abbildung 2.11 bis Abbildung 2.13 gezeigt, dass sehr lange Krankenstandsfälle oft unmittelbar in die Invaliditätspension münden. Wartet man demnach das Eintreten von derart langen Krankenstandsfällen ab, ist der Spielraum für Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Reintegration in das Erwerbsleben sehr gering. Zum anderen wird die Schwelle von sechs Krankenstandswochen sowohl in Deutschland als auch seit Kurzem in Österreich zur Identifikation von langzeiterkrankten Arbeitskräften und zur Aktivierung von gesundheitlichen Maßnahmen genutzt. In Deutschland sieht das 2004 eingeführte Gesetz zum betrieblichen Eingliederungsmanagement vor, dass der Arbeitgeber (unter Einbeziehung der Interessenvertretung der MitarbeiterInnen) nach sechs Krankenstandswochen aktiv auf erkrankte Beschäftigte zugehen und klären soll, welche Schritte gesetzt werden können, um die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden bzw. erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen. In Österreich wurde jüngst durch das Arbeits- und Gesundheitsgesetz (AGG) ein Instrument geschaffen, das ebenfalls eine frühzeitige Reaktion auf sich anbahnende gesundheitliche Probleme und auf ein erhöhtes Arbeitsunfähigkeitsrisiko ermöglichen soll (siehe Kasten). Auch in diesem Fall dienen sechs Krankenstandswochen als Schwellenwert für die Aktivierung des Maßnahmenangebots der Sozialversicherungsträger.

Abbildung 2.11: Übergang in Invalidität bei Krankenstand von 42 Tagen oder mehr

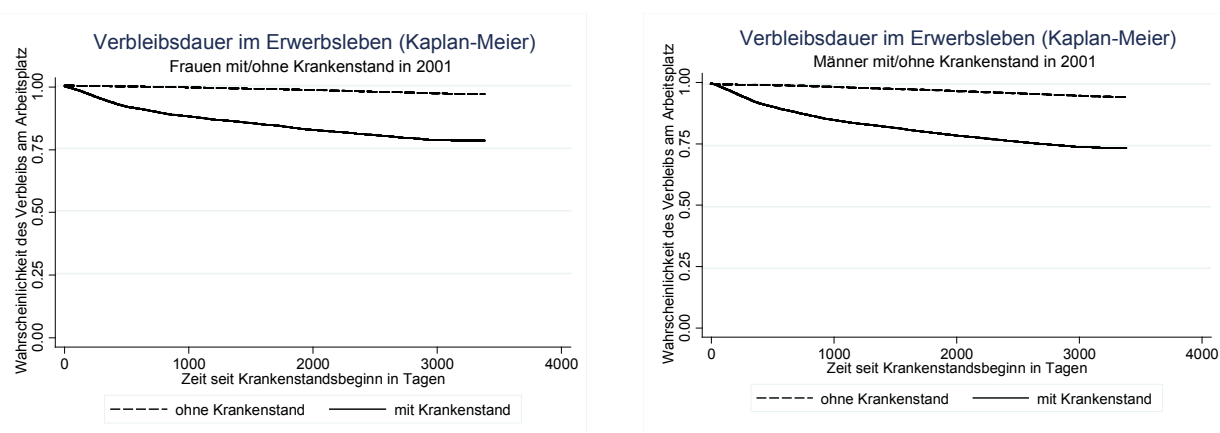


Abbildung 2.12: Übergang in Invalidität bei Krankenstand von 84 Tagen oder mehr

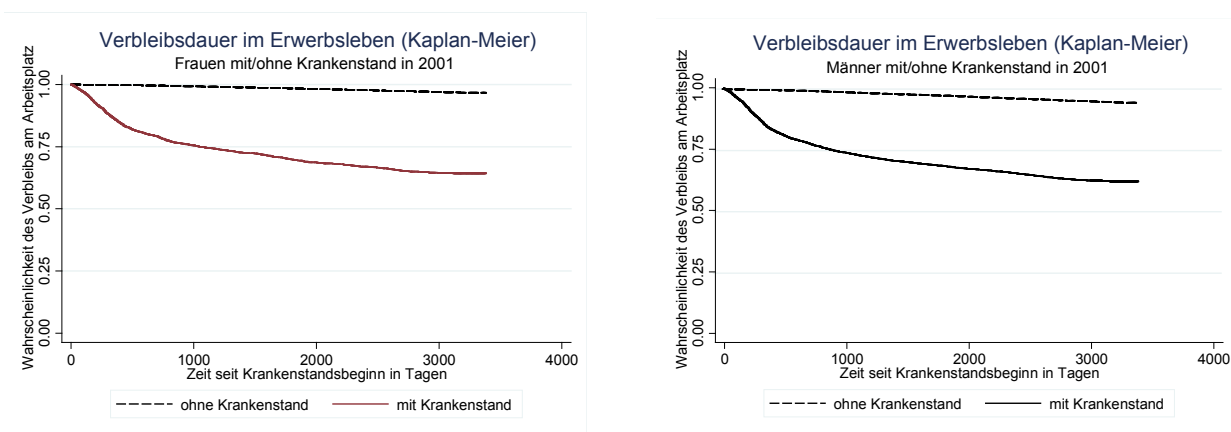
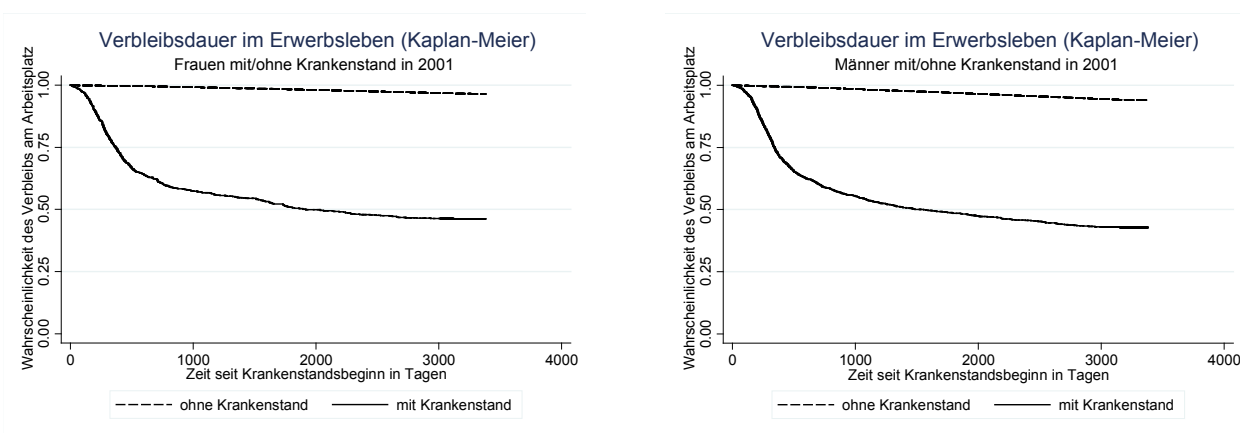


Abbildung 2.13: Übergang in Invalidität bei Krankenstand von 180 Tagen oder mehr



Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Arbeits- und Gesundheitsgesetz (AGG)

Das AGG sieht den Aufbau eines flächendeckenden, niederschweligen Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebots vor ("Fit2Work"). Auf Basis eines Case Managements sollen Beschäftigte, die mehr als sechs Wochen im Krankenstand sind, angesprochen und ihnen auf freiwilliger Basis individuell angepasste Unterstützung angeboten werden. Das Fit2Work-Projekt soll alle Angebote im Bereich der sekundären Prävention bündeln und sozusagen eine einheitliche Marke für die Gesamtheit der Maßnahmen in diesem Bereich darstellen. Obwohl das Projekt in erster Linie an die Beschäftigten gerichtet ist, ist auch Unterstützung für betriebliche Maßnahmen (z. B. zur Wiedereingliederung nach einem Krankenstand) vorgesehen. Das Projekt wird über einen dreijährigen Zeitraum aufgebaut: In einem ersten Schritt wird Fit2Work ab 1. Juli 2011 in Wien, Niederösterreich und der Steiermark implementiert, in den folgenden zwei Jahren in jeweils drei weiteren Bundesländern. Der "Roll-out" sollte somit mit Ende 2013 abgeschlossen sein.

Übersicht 2.11 fasst die Ergebnisse einer Schätzung der Invaliditätswahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von soziodemographischen, beruflichen und gesundheitlichen Indikatoren zusammen. Sowohl die Odds Ratios als auch das Relative Risiko sind ein Maß dafür, wie stark ein Merkmal mit einem erhöhten bzw. verminderten Invaliditätsrisiko assoziiert ist. Werte, die nahe bei 1 liegen, kennzeichnen Merkmale, die keinen nachweisbaren Einfluss auf das Invaliditätsrisiko haben, Werte über 1, dass es zu einem erhöhten Invaliditätsrisiko kommt⁶⁵). Die Schätzergebnisse zeigen, dass ein langer Krankenstand (von sechs Wochen oder mehr) die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitlich bedingten Pensionierung in den Folgejahren um etwa das 2½-Fache erhöht. Eine Differenzierung nach Krankheitsdiagnosen zeigt, dass bis auf eine Ausnahme, keine Krankheitsgruppe in einem statistisch signifikanten Ausmaß in der einen oder der anderen Richtung das Invalidisierungsgeschehen zusätzlich beeinflusst. Die Ausnahme betrifft die psychischen Erkrankungen: Personen, deren Langzeitkrankenstand im Jahr 2001 durch eine psychische und Verhaltensstörung verursacht worden war, hatten ein fast drei Mal so hohes relatives Invalidisierungsrisiko wie Personen, die infolge einer infektiösen Krankheit (die Referenzgruppe) erkrankt waren. Dieses Ergebnis ist statistisch signifikant, auch wenn die vom Konfidenzintervall angegebene Bandbreite zwischen einem um 20% und um das siebenfach erhöhte Risiko liegt. Es deckt sich mit den Erkenntnissen aus der internationalen Literatur (siehe z. B. *Bratberg et al., 2009*), aber auch aus früheren Untersuchungen für Österreich: So konnte bereits im Fehlzeitenreport 2008 nachgewiesen werden, dass psychisch bedingte Krankenstände mit besonders starken negativen Effekten auf die Beschäftigungsstabilität der Betroffenen verknüpft sind. Krankenstände mit psychischen Krankheitsdiagnosen liefern demnach ein besonders starkes Signal in Richtung Invaliditätsrisiko.

Ein weiteres Ergebnis, das von Interesse ist, betrifft den Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Invalidität. Arbeitslosigkeit, in diesem Modell definiert als mindestens ein Monat

⁶⁵) Die Aussagekraft der einzelnen Koeffizienten hängt allerdings nicht nur von ihrem Wert ab, sondern auch von ihrer statistischen Signifikanz. Die statistische Signifikanz der Variablen kann daran gemessen werden, wo die untere bzw. obere Grenze des 95%-igen Konfidenzintervalls liegt.

Arbeitslosigkeit zwischen 2001 und 2003, erhöht das Risiko von Invalidität genauso wie ein langer Krankenstand um etwa das 2½-Fache. Um den Effekt des Krankenstands im Zusammenspiel mit Arbeitslosigkeit zu erfassen, wurde die Schätzung aus Übersicht 2.11 getrennt einmal für Personen mit Arbeitslosigkeit und einmal für jene ohne Arbeitslosigkeit durchgeführt. Die Auswertungsergebnisse (hier nicht dargestellt) zeigen, dass im Falle von Personen mit einem signifikanten Ausmaß von Arbeitslosigkeit ein Langzeitkrankenstand das Invaliditätsrisiko um etwa das Vierfache erhöht. Wenn aus der untersuchten Bevölkerung alle Fälle mit Arbeitslosigkeit ausgeschlossen werden, reduziert sich der Effekt eines langen Krankenstands beträchtlich und er verliert seine statistische Signifikanz. Das bestätigt die Vermutung, dass Krankenstände und Arbeitslosigkeit gemeinsame Determinanten von Invalidität darstellen.

Übersicht 2.11: Determinanten von Invalidität
Abhängige Variable: Eintritt in Invaliditätspension

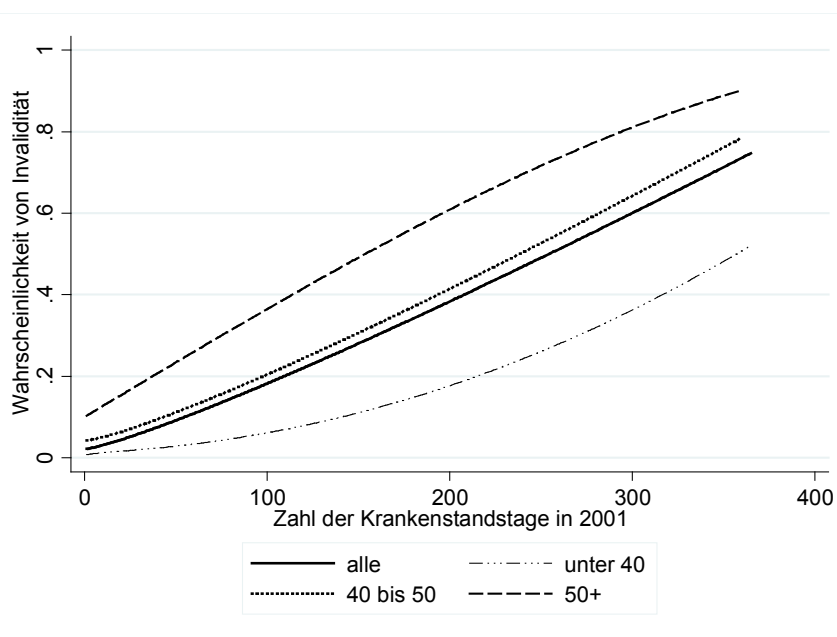
Variable	Odds Ratio	Risk Ratio	95% Konfidenzintervall	
Frau (Referenzgruppe Mann)	0,742	0,751	0,730	0,772
Alter (in Jahren)	1,117	1,111	1,109	1,112
ArbeiterIn (Referenzgruppe Angestellte)	2,035	1,941	1,888	1,995
Krankengeld-Bezüge 1990 bis 2000	1,004	1,003	1,003	1,004
Krankenstand länger als 42 Tage im Jahr 2001	2,627	2,440	1,185	4,713
Krankheitsgruppe (Referenz Infektiöse Krankheiten)	1,169	1,160	0,502	2,572
Neubildungen	1,574	1,533	0,713	3,150
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	1,552	1,513	0,673	3,238
Krankheiten des Blutes und blutbildender Organe	3,019	2,758	0,915	7,028
Psychische und Verhaltensstörungen	3,299	2,977	1,455	5,638
Krankheiten des Nervensystems	1,128	1,121	0,512	2,372
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,569	1,528	0,715	3,125
Krankheiten des Atmungssystems	1,195	1,184	0,541	2,501
Krankheiten des Verdauungssystems	0,870	0,875	0,400	1,864
Krankheiten des Urogenitalsystems	0,863	0,869	0,390	1,881
Komplikationen bei Schwangerschaft, Entbindung	0,909	0,913	0,312	2,529
Krankheiten der Haut	1,536	1,498	0,665	3,214
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	1,042	1,040	0,485	2,165
Kongenitale Anomalien	0,574	0,586	0,179	1,842
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	1,485	1,452	0,664	3,038
Verletzungen, Vergiftungen	0,647	0,658	0,303	1,400
Anderwärtig kodierte Unfälle	0,159	0,166	0,019	1,378
Arbeitslosigkeitsepisoden	2,516	2,349	2,290	2,409
Beobachtungen	682.615			
Pseudo R ²	0,2278			

Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. Ergebnisse basieren auf einer logistischen Regression. Die Umformung der Odds Ratios in Relative Risikofaktoren erfolgte anhand der Methodologie von Zhang – Yu (1998). Die Variable "Arbeitslosigkeitsepisoden" ist binär, wobei einer Person dann Arbeitslosigkeitsepisoden zugeschrieben wurden, wenn sie zwischen 2001 und 2003 mindestens einen Monat arbeitslos war.

Während bisher die Auswirkung eines Krankenstands von bestimmter Dauer auf die nachfolgende Invaliditätswahrscheinlichkeit geschätzt wurde, zeigt die abschließende Abbildung 2.14, wie das Invaliditätsrisiko von Erwerbspersonen in Abhängigkeit von der

Gesamtzahl der in einem Jahr angefallenen Krankenstände steigt. Dabei wurden die wichtigsten soziodemographischen Merkmale (Alter, Geschlecht und sozialrechtliche Stellung) sowie vergangene Episoden von Krankengeldbezug als Kontrollvariablen berücksichtigt. Die Ergebnisse zeigen, dass – über alle Altersgruppen – das Invaliditätsrisiko mit der Zahl an Krankenstandstagen kontinuierlich ansteigt. Bei 100 Krankenstandstagen in 2001 betrug die Wahrscheinlichkeit einer Invaliditätspension in den folgenden Jahren etwa 20%, bei 200 Krankenstandstagen stieg die Wahrscheinlichkeit auf 40% an. Je nach Altersgruppe ist der Zusammenhang zwischen Krankenstands- und Invaliditätsgeschehen unterschiedlich geartet, wobei erwartungsgemäß jüngere Arbeitskräfte bessere Chancen haben, trotz einer hohen Zahl von Krankenstandstagen weiterhin erwerbstätig zu bleiben. So blieben beispielsweise nach einem vollen Jahr Krankenstand fast 50% der Unter-40-Jährigen weiterhin am Arbeitsmarkt, während bei den Über-50-Jährigen die Invaliditätswahrscheinlichkeit bei über 80% lag.

Abbildung 2.14: Invaliditätsrisiko in Abhängigkeit der Krankenstandstage nach Alter
Oberösterreich, geschätzte Wahrscheinlichkeit auf Basis einer logistischen Regression



Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. Das Modell berücksichtigt neben den Krankenstandstagen in 2001 auch Alter, Geschlecht, sozialrechtliche Stellung und Krankengeldbezüge in der Periode 1990 bis 2000.

Diese Werte sind mit jenen aus anderen, früheren Studien vergleichbar: Wallman et al. (2009) kommen zu dem Ergebnis, dass ohne Berücksichtigung von Kontrollvariablen 245 Krankenstandstage in einem Jahr mit einer Invaliditätswahrscheinlichkeit von 45% assoziiert sind. Nach Berücksichtigung von Kontrollvariablen ergeben sowohl die Schätzungen von Wallman et al. (2009) als auch jene von Gjesdal – Bratberg (2001), dass ein 40%-iges Invaliditätsrisiko erst bei kumulierten Krankenständen von 270 bis 285 Tagen erreicht wird. Diese Unterschiede

zwischen den skandinavischen Studien und den Ergebnissen für Oberösterreich dürften in erster Linie auf die Auswahl (bzw. die Verfügbarkeit) von Kontrollvariablen sowie auf die Dauer der Nachbeobachtungsperiode zurückgehen. Grundsätzlich gilt, dass die Inklusion von möglichst vielen aussagekräftigen Kontrollvariablen den Anteil am Invaliditätsgeschehen schmälert, der allein durch die Krankenstände erklärt wird. Bei einer kürzeren Beobachtungsperiode sinkt im Allgemeinen die Wahrscheinlichkeit eines Austritts aus dem Erwerbsleben. Eine weitere Auswertung auf Basis der oberösterreichischen Daten, in der das Jahr 2004 als Basisjahr herangezogen wurde und somit auch die Krankenstandsverläufe zwischen 2001 und 2003 zusätzlich zum Jahr 2004 als erklärende Variablen herangezogen werden konnten, zeigt deshalb auch etwas geringere Invaliditätswahrscheinlichkeiten in Abhängigkeit von den Krankenständen an (siehe Abbildung C6 im Anhang). Demnach waren 200 Krankenstandstage im Jahr 2004 mit einer Invaliditätswahrscheinlichkeit von etwas mehr als 30% assoziiert, 100 Tage mit einem Wert von knapp 15%. Sieht man von diesen vergleichsweise geringfügigen Unterschieden hinsichtlich der geschätzten Invaliditätswahrscheinlichkeiten ab, sind die Auswertungen für 2001 und 2004 weitgehend identisch.

2.7 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Ergebnisse der Analysen

Die Sozialversicherungsdaten zeigen, dass sich sowohl der gesundheitliche Zustand der InvaliditätspensionistInnen als auch ihre Beschäftigungssituation bereits in einem mittel- bis langfristigen Zeitraum von jenen der restlichen Erwerbsbevölkerung unterscheiden. Die Analyse der Erwerbs- und Krankenstandsverläufe von Personen mit einem Pensionsneuzugang in 2008 hat Folgendes ergeben:

- Bereits für jene Jahre, für die keine Krankenstandsdaten vorliegen (bis 2000), können bei den InvaliditätspensionistInnen viel öfter Krankengeldbezüge beobachtet werden als bei den Referenzfällen der Vergleichsgruppe. Diese Häufung von Krankengeldbezügen ist ein Hinweis auf das Eintreten von langen Krankheitsepisoden, aber auch auf brüchige Erwerbskarrieren und fehlende Entgeltfortzahlungsansprüche.
- Im Jahr 2001, also sieben Jahre vor der Pensionierung, waren die Krankenstandsquoten der InvaliditätspensionistInnen rund 80% höher als jene der Vergleichsgruppe. Je näher man an die Pensionierung herankommt, umso größer ist dieser Unterschied. Im Jahr unmittelbar vor der Pensionierung kommt es zu einem sprunghaften Anstieg, die Krankenstandsquote der InvaliditätspensionistInnen verdreifacht sich auf knapp 44%.
- Frauen verzeichnen in den Jahren unmittelbar vor der Invaliditätspension mehr Krankenstände als Männer. Die Unterschiede nach Altersgruppen sind dagegen nicht besonders stark ausgeprägt. Je nach Diagnose der Invalidität lassen sich bestimmte Muster hinsichtlich des Zugangsalters in die Pension, des Geschlechts, der sozialrechtlichen Stellung und auch des vorangegangenen Krankenstandsgeschehens erkennen.

- Die Übereinstimmung zwischen den Invaliditätsdiagnosen und den Diagnosen der Krankenstände in den vorangegangenen Jahren ist allgemein schwach, unterscheidet sich aber deutlich nach Diagnosegruppe. Während sie bei Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems vergleichsweise groß ist, gehen im Fall von Invalidität wegen psychischer und Verhaltensstörungen im Median nur 9% der Fehlzeiten in den letzten sieben Jahren auf diese Diagnosegruppe zurück.
- Im Durchschnitt waren Personen mit einem Pensionsneuzugang 2008 fünf Jahre vorher rund 80 Tage arbeitslos. Während die Beschäftigungszeiten in den Folgejahren deutlich abnehmen, steigt der Anteil an Personen mit langen Arbeitslosigkeitsepisoden. Knapp 45% der InvaliditätspensionistInnen waren zwischen 2003 und 2007 kumuliert ein Jahr oder länger in Arbeitslosigkeit.
- Versicherte mit einem abgelehnten Antrag unterscheiden sich in Hinblick auf das Krankenstandsgeschehen nur geringfügig von den Personen mit einer Pensionsneuzuerkennung. Neuzugänge verzeichnen unmittelbar vor der Pensionierung eine deutlich höhere Zahl an Krankenstandstagen, im mittel- und langfristigen Vergleich sind die Unterschiede vernachlässigbar.
- Personen mit einer Ablehnungsgeschichte weisen allerdings deutlich weniger Zeiten in Beschäftigung und mehr Arbeitslosigkeitsepisoden auf. Die Versicherten mit einer Ablehnung in 2008 verbrachten kumuliert zwischen 2001 und 2007 durchschnittlich rund 350 Tage, also fast ein ganzes Jahr, weniger in Beschäftigung als die Personengruppe mit einer Neuzuerkennung.

Der starke Zusammenhang zwischen Krankenstand und Invalidität bedeutet im Umkehrschluss auch, dass das Krankenstandsgeschehen sich sehr gut als Vorlaufindikator zur Erkennung von erhöhtem Invaliditätsrisiko eignet. Sehr lange Krankenstandsepisoden, solche mit einer Dauer von sechs Monaten oder mehr, führen in einer Beobachtungsperiode von sieben bis acht Jahren fast die Hälfte der Versicherten in die Invaliditätspension. Umgekehrt verzeichnen in der Vergleichsgruppe ohne (langen) Krankenstand über diesen Zeitraum weniger als 5% der Personen einen Übertritt in die Invaliditätspension. Im Falle eines zwölfwöchigen Krankenstands wechselten etwa 30% der Personen in den Jahren nach 2001 in die Invaliditätspension, nach einem sechswöchigen Krankenstandsfall waren es knapp 25%. Auch nach Berücksichtigung von anderen Merkmalen, die nachweislich mit dem Invaliditätsrisiko assoziiert sind (wie z. B. Alter und sozialrechtliche Stellung), liefert ein Langzeitkrankenstand einen erheblichen Beitrag als erklärender Faktor von Invalidität. Arbeitskräfte, die länger als sechs Wochen krankgeschrieben waren, unterlagen den Berechnungen zufolge einem Invalidisierungsrisiko, das gegenüber Vergleichspersonen ohne Krankenstand um das 2½-Fache erhöht war. Eine Betrachtung nach kumulierten Krankenstandstagen zeigt, dass die geschätzte Wahrscheinlichkeit von Invalidität mit der Zahl an Krankenstandstagen kontinuierlich ansteigt. Bei 100 Krankenstandstagen im Jahr liegt die Wahrscheinlichkeit einer Invaliditätspension – je nach Schätzung und Beobachtungszeitraum – zwischen 15% und 20%, bei 200 Krankenstandstagen zwischen 30% und 40%. Erwartungsgemäß haben jüngere Arbeitskräfte bessere Chan-

cen als Ältere trotz einer hohen Zahl von Krankenstandstagen weiterhin erwerbstätig zu bleiben.

Eine Differenzierung nach Krankheitsdiagnosen zeigt, dass Personen, deren Langzeitkrankenstand durch eine psychische Krankheit verursacht wird, einer besonders starken Gefährdung der Arbeitsfähigkeit ausgesetzt sind. Das Invalidisierungsrisiko war in diesen Fällen fast drei Mal so hoch wie bei der Referenzgruppe. Krankenstände mit psychischen Krankheitsdiagnosen liefern demnach ein besonders starkes Signal in Richtung Invaliditätsrisiko. Die Beschäftigungssituation der betroffenen Personen stellt ebenfalls eine wichtige Determinante des Risikos von Invalidität dar. Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen, dass im Falle einer Überlagerung von gesundheitlichen Problemen und Arbeitslosigkeit die Wahrscheinlichkeit eines Übertritts in die Invaliditätspension besonders hoch ausfällt.

Was lässt sich daraus ableiten?

In Hinblick auf die Bestrebungen, die Erwerbsbeteiligung der älteren Arbeitskräfte in Österreich erheblich zu steigern, ist eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema der Erhaltung von Beschäftigungsfähigkeit unerlässlich. Die ausgesprochen ungünstige Ausgangslage in Österreich (geringe Erwerbsquote der Älteren, hoher Anteil an gesundheitlich bedingten Erwerbsaustritten) legt den Schluss nahe, dass in mehreren Dimensionen Potential für Verbesserungen gegeben ist. Aus den Ergebnissen der Individualdatenanalysen im vorliegenden Bericht lassen sich einige Schlussfolgerungen ableiten, die vor allem vor dem Hintergrund des kürzlich beschlossenen Arbeits- und Gesundheitsgesetzes (AGG) relevant erscheinen:

- Die Auswertungen der oberösterreichischen Daten haben gezeigt, dass lange Krankenstandsepisoden und insbesondere auch Fehlzeiten von mehr als sechs Wochen sehr aussagekräftige Vorlaufindikatoren eines Übergangs in die Invaliditätspension darstellen. Vor diesem Hintergrund kann man davon ausgehen, dass das im Rahmen von Fit2Work geplante Case Management tatsächlich die gewünschte Zielgruppe erreichen kann.
- Zusätzliche Informationen wie das Alter der betroffenen Personen und die medizinische Ursache des Krankenstands können nachweislich dazu beitragen, das Invaliditätsrisiko noch näher zu identifizieren. Neben der kumulierten Zahl der Krankenstandstage oder dem Auftreten von Langzeitkrankenständen könnten deshalb beim Monitoring der Beschäftigungsfähigkeit auch weitere Merkmale berücksichtigt werden, wodurch die Treffsicherheit des Maßnahmenangebots erhöht und seine Gestaltung optimiert werden könnte. Das betrifft beispielsweise die starke Assoziation zwischen psychisch bedingten Langzeitkrankenständen und Invalidität oder auch Unterschiede im Invalidisierungsrisiko in Abhängigkeit vom Alter und von den vergangenen Krankenstands- und Beschäftigungsverläufen.
- Das gleichzeitige Auftreten von Arbeitslosigkeit und gesundheitlichen Problemen erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Übertritts in die Invaliditätspension in beträchtlichem Maße. Zwar können kausale Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Arbeitslosigkeit aufgrund der vielfachen Interdependenzen nur schwer voneinander abgegrenzt

werden. Dennoch lässt sich mit Sicherheit sagen, dass im Falle von langen oder häufigen krankheitsbedingten Fehlzeiten die Beschäftigungssituation der Betroffenen nicht unberücksichtigt bleiben sollte. Strategien zur Reduktion des Invaliditätsrisikos sollten nicht nur frühzeitig greifen, sondern auch einen Mix an Maßnahmen vorsehen, der je nach Gegebenheiten neben der gesundheitlichen Situation der Arbeitskräfte auch ihre Beschäftigungssituation und ihr Arbeitsumfeld anspricht.

- Die Tatsache, dass Krankenstände einen effektiven Weg zur Identifikation von Beschäftigten mit einem erhöhten Invalidisierungsrisiko darstellen, bedeutet nicht gleichzeitig, dass eine gesundheitspolitische Intervention bei Eintreten eines langen Krankenstands ausreichend bzw. erfolgreich sein wird. Die Analysen lassen die Existenz von starken Pfadabhängigkeiten vermuten: InvaliditätspensionistInnen weisen bereits etliche Jahre vor Übertritt in den Ruhestand ein überdurchschnittliches Krankenstandsniveau auf. Es lässt sich nicht mit Gewissheit sagen, zu welchem Zeitpunkt eine Früherkennung stattfinden muss, um erfolgreich zu sein. Daher sollten Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention als additiv, nicht substitutiv zu primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen verstanden werden.

Das AGG und das darin enthaltene Fit2Work-Projekt können sicherlich als ein Schritt in die richtige Richtung gewertet werden, um die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der österreichischen Beschäftigten zu stärken. Ein proaktives Case Management und der gezielte Einsatz von sekundärpräventiven Maßnahmen sollten sich positiv auf die Dynamik der Invaliditätspensionszugänge auswirken. Allerdings lässt sich aus heutiger Sicht nicht eindeutig abschätzen, inwiefern und in welchem Ausmaß sich solche positiven Effekte einstellen werden. Obwohl bereits in einigen Ländern (z. B. Spanien und Luxemburg) ein Monitoring von Krankenständen (mit der Zielsetzung bleibende Arbeitsunfähigkeit zu reduzieren) existiert, besteht eine große Wissenslücke hinsichtlich der Wirkungsanalysen solcher Strategien. Die Umsetzung von Fit2Work in Österreich stellt eine sehr gute Chance dar, um die eingesetzten Beratungs- und Unterstützungsangebote anhand von begleitenden Maßnahmen zu evaluieren und dadurch ihre Treffsicherheit und Effektivität über die Zeit zu erhöhen.

Abschließend erscheint es angebracht darauf hinzuweisen, dass im vorliegenden Bericht das Thema Invaliditätspension aus einem sehr spezifischen Blickwinkel betrachtet wurde. Gesundheitliche Indikatoren wie die Krankenstandsdaten erlauben aussagekräftige Rückschlüsse hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit von Erwerbspersonen, einen Zugang in die Invaliditätspension zu verzeichnen. Dadurch können individuelle Unterschiede im relativen Invaliditätsrisiko innerhalb der österreichischen Erwerbsbevölkerung erklärt werden. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass der Zugang in die Invaliditätspension nicht nur von gesundheitlichen Bestimmungsfaktoren abhängt. Vor allem für das absolute Niveau der Inanspruchnahme von Invaliditätsleistungen und somit für die Erklärung von Veränderungen über die Zeit und von internationalen Unterschieden spielen gesundheitliche Aspekte eine untergeordnete Rolle. So zeigen beispielsweise die international vergleichbaren SHARE-Daten zur Gesundheit, dass die großen Unterschiede in den Invalidisierungsquoten der einzelnen europäischen Länder nicht

auf Unterschiede im Gesundheitszustand der Erwerbsbevölkerung zurückgeführt werden können (Börsch-Supan – Roth, 2010). Wie aus der einschlägigen Forschungsliteratur zu diesem Thema hervorgeht, prägen auch ökonomische Aspekte wie die Arbeitsmarktlage sowie die Gestaltung von Invaliditätsleistungen und deren Einbettung im Sozial- und Pensionssystem das Invalidisierungsgeschehen. In vielen Fällen treffen Erwerbspersonen ihre Entscheidung, eine Invaliditätsleistung zu beantragen, nicht nur auf Basis ihres gesundheitlichen Zustands, sondern auch ihrer Beschäftigungssituation bzw. ihrer Beschäftigungschancen und der finanziellen Situation im Fall des Bezugs der Invaliditätsleistung. Je schlechter die Beschäftigungssituation und die Arbeitsmarktperspektiven einer Person und je geringer die finanziellen Einbußen bei Inanspruchnahme der Invaliditätsleistung sind, desto geringer sind – bei gegebenem Gesundheitszustand – die Opportunitätskosten eines Austritts aus dem Erwerbsleben.

Für die Frage ob und auf welchem Weg tatsächlich ein Austritt aus dem Erwerbsleben angestrebt wird, ist wiederum die Beschaffenheit des Sozial- und Pensionssystems entscheidend. Anspruchsvoraussetzungen und Zugangsbestimmungen für Invaliditätsleistungen spielen diesbezüglich ebenso eine Rolle, wie das Vorhandensein von möglichen substitutiven Leistungen der Arbeitslosen- und Pensionsversicherung. Die Schwankungen im Zustrom in die Invaliditätspension, die in Österreich über die Zeit beobachtet werden können, gehen zu einem guten Teil auf sozialrechtliche Änderungen zurück. So kam es in Österreich in den frühen 1980er-Jahren im Zuge einer Lockerung der Zugangsbestimmungen für Invaliditätspensionsleistungen älterer Beschäftigter zu einem starken Anstieg der jährlichen Neuzugänge in die Invaliditätspension. Schritte, um den Übertritt in die Invaliditätspension zu erschweren, führten dagegen in den 1990er-Jahren zu einer Reduktion der Invalidisierungsquoten. Demzufolge wird der zukünftige Zustrom von Arbeitskräften in die Invaliditätspension in Österreich auch maßgeblich von der sozialrechtlichen Gestaltung dieser Leistung abhängen, wobei starke Interdependenzen zu den anderen Leistungen aus der Pensions- und Arbeitslosenversicherung bestehen. Die Frage, ob und inwiefern Änderungen in der Gestaltung von Invaliditätsleistungen eine Erhöhung der Beschäftigungsquote erwirken können, sprengt allerdings den Rahmen der vorliegenden Studie und sollte in weiterführenden Untersuchungen geklärt werden.

Literaturhinweise

- Audas, R., Goddard, J., "Absenteeism, Seasonality and the Business Cycle", *Journal of Economics and Business*, 2001, 53(4), S. 405-419.
- Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz*, Berlin–Heidelberg, 2000.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit*, Berlin–Heidelberg, 2006.
- Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit*, Berlin–Heidelberg, 2008.
- Beckman, A., Hakansson, A., Rastam, L., Lithman, T., Merlo, J., "The role country of birth plays in receiving disability pensions in relation to patterns of health care utilisation and socioeconomic differences: a multilevel analysis of Malmö, Sweden", *BMC Public Health*, 2006, 6(71), <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-6-71.pdf>.
- Benítez-Silva, H., Disney, R., Jimenez-Martin, S., "Disability, capacity for work and the business cycle: an international perspective", *Economic Policy*, 2010, 25(63), S. 483-536.
- Bergendorff, S., *Sickness absence in Europe – a comparative study*, National Social Insurance Board Sweden, 2003, <http://www.issa.int/pdf/anvers03/topic5/2bergendorff.pdf>.
- Biffi, G., "Der Krankenstand in Österreich und sein Effekt auf das Arbeitsvolumen", *WIFO Working Paper*, 1999, (124).
- Biffi, G., "Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator", *WIFO-Monatsberichte*, 2002, 75(1), S. 39-52.
- Biffi, G., "Sozialhilfe – Armutsbekämpfung an der Schnittstelle zum Arbeitsmarkt", *WIFO-Monatsberichte*, 2007, 80(9), S. 731-746, http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&id=30062&typeid=8&display_mode=2.
- Biffi, G., Leoni, Th., *Arbeitsbedingte Erkrankungen. Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen*, WIFO, Wien, 2008, [http://www.wifo.ac.at/www/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2008_ARBEITSBEDINGTE_ERKRANKUNGEN_35099\\$.PDF](http://www.wifo.ac.at/www/downloadController/displayDbDoc.htm?item=S_2008_ARBEITSBEDINGTE_ERKRANKUNGEN_35099$.PDF).
- Black, D., Kermit, D., Sanders, S., "The impact of economic conditions on participation in disability programs: evidence from the coal boom and bust", *American Economic Review*, 2002, 92(1), S. 27-50.
- Börsch-Supan, A., Roth, H., "Work disability and health over the life course", *Discussion Papers*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), 2010, (228).
- Bratberg, E., Gjesdal, S., Mæland, J.G., "Sickness absence with psychiatric diagnoses: Individual and contextual predictors of permanent disability", *Health and Place*, 2009, 15(1), S. 308-314.
- Bundeskanzleramt, *Fehlzeiten 2008 und Gesundheitsförderung im Bundesdienst. Daten und Fakten*, Wien, 2009, www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=36433.
- Bundeskanzleramt, *Das Personal des Bundes 2010. Daten und Fakten*, Wien, 2010.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (BMAK), *Quartalsbericht 4/2010, Sektion II/6*, 2010, heruntergeladen am 23.05.2011, http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/5/8/6/CH0982/CMS1304056885870/quartalsbericht_4_2010.pdf.
- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, *Bericht der Bundesregierung über die Lage der behinderten Menschen in Österreich*, Wien, 2003.
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK), *Fakten und Trends bei den Invaliditätspensionen*, Bericht von Stefanits, H., Mayer-Schulz, M., 2008, http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/6/6/3/CH0185/CMS1218442571151/fakten_und_trends_bei_den_ip.pdf.
- Campolieti, M., "Disability Insurance Benefits and Labor Supply: Some Additional Evidence", *Journal of Labor Economics*, 2004, 22(4), S. 863-887.
- Case, A., Paxson, C., "Sex Differences in Morbidity and Mortality", *NBER Working paper*, 2004, (10653).
- Chen, S., van der Klaauw, W., "The Work Disincentive Effects of the Disability Insurance Program in the 1990s", *Journal of Econometrics*, 2008, 142(2), S. 757-784.
- Deutsche Rentenversicherung, *Rentenzugang 2009, Band 178*, Berlin, Juli 2010.
- Dooley, D., Fielding, J., Levi, L., "Health and unemployment", *Annual Review of Public Health*, 1996, 17, S. 449-465.
- Drago, R., Wooden, M., "The Determinants of Labour Absence: Economic Factors and Work Group Norms", *Industrial and Labour Relations Review*, 1992, 45, S. 34-47.

- Dupré, D., "Berufsbedingte Gesundheitsschäden in der EU 1998-1999", Eurostat, Statistik kurz gefasst, Luxemburg, 2001, S. 3-17.
- Eppel, R., Leoni, Th., New Social Risks Affecting Children. A Survey of Risk Determinants and Child Outcomes in the EU, WIFO Working Paper, 2011, (386).
- Fahr, R., Frick, B., On the Inverse Relationship between Unemployment and Absenteeism: Evidence from Natural Experiments and Worker Heterogeneity, Institute for the Study of Labor (IZA), Discussion Paper, November 2007, (3171).
- Gjesdal, S., Bratberg, E., "Diagnosis and duration in sickness-absence as predictors for disability pension. Results from a three-year, multi-register based and prospective study", Centre for Economic Studies in Social Insurance, Bergen University, Working Paper, 2001, (47).
- Gjesdal, S., Haug, K., Ringdal, P., Møeland, J. G., "Medical Predictors of Disability Pension in Long-term Sickness Absence. Results from a population-based prospective study in the Norwegian county of Hordaland 1994-1999", Stein Rokkan Centre for Social Studies, Bergen University, Working Paper, 2002, (28).
- Gruber, J., "Disability Insurance Benefits and Labor Supply", Journal of Political Economy, 2000, 108(6), S. 1162-1183.
- Haydn, R., "Personenbezogene Statistiken 2010", Soziale Sicherheit Online, Februar 2011.
- Ichino, A., Moretti, E., "Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap", NBER Working Paper, Cambridge, MA, Juli 2006, (12369).
- Kemp, P. A., Davidson, J., Routes onto Incapacity Benefit: Findings from a survey of recent claimants, Department for Work and Pensions, Research Report, London, 2006, (469).
- Kenyon, P., Dawkins, P., "A Time Series Analysis of Labor Market Absence in Australia, Review of Economics and Statistics, 1989, 71(2), S. 232-239.
- Koopmans, P.C., Roelen, C.A.M., Groothoff, J.W., "Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector", Occupational Environ. Medicine, 2008, (65), S. 494-499.
- Leoni, T., Biffl, G., Guger, A. (2008A), Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008, http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&id=30919&typeid=8&display_mode=2.
- Leoni, T., Biffl, G., Guger, A. (2008B), "Krankstände in Österreich: Bestimmungsfaktoren und Ausblick", WIFO-Monatsberichte, 2008, 81(1), S. 63-76, http://www.wifo.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&typeid=8&id=31045&display_mode=2&language=1.
- Leoni, T., Fehlzeitenreport 2009. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2010.
- Leoni, T., Mahringer, H., Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008.
- Lindbeck, A., Palme, M., Persson, M., "Job Security and Work Absence: Evidence from a Natural Experiment", CESifo Working Paper, März 2006, (1697).
- Macintyre, S., Hunt, K., Sweeting, H., "Gender Differences in Health: Are Things Really as Simple as They Seem?", Social Science and Medicine, 1996, 42(4), S. 617-624.
- Marstedt, G., Müller, R., "Ein kranker Stand? Fehlzeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft", zitiert von Badura et al., Fehlzeiten-Report 2004, 2005, S. 279, Berlin, 1998.
- Marstedt, G., Müller, R., Jansen, R., "Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im öffentlichen Dienst", in Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor, Berlin-Heidelberg, 2001, S. 19-37.
- Mathers, C. D., Schofield, D. J., "The health consequences of unemployment: the evidence", Medical Journal of Australia, 1998, 168, S. 178-182.
- Meggeneder, O., Krankstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe, Wien, 2005.
- Obermayr, U., Mayer-Schulz, M., Stefanits, J., "Invaliditätspensionen", in Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Sozialbericht 2007-2008, Wien, 2009, S. 184-217, http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/6/6/3/CH0185/CMS1218442571151/fakten_und_trends_bei_den_ip.pdf.
- OECD, Ageing and Employment Policies: Austria, Paris, 2005.
- OECD, Sickness, disability and work. Breaking the barriers, Paris, 2010.
- Oppolzer, A., "Ausgewählte Bestimmungsfaktoren des Krankenstandes in der öffentlichen Verwaltung – Zum Einfluss von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen auf krankheitsbedingte Fehlzeiten", in Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz, Berlin, 2000, S. 343-362.

- Prinz, C., "Invalidenversicherung: Europäische Entwicklungstendenzen zur Invalidität im Erwerbsalter. Band 1", Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 7/99, Bundesamt für Sozialversicherung, Bern, 1999.
- Schnabel, C., Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsgründe und Reduzierungsmöglichkeiten, Köln, 1997.
- Schnabel, C., Stephan, G., "Determinanten des Krankenstandes: Eine Untersuchung mit Betriebs- und Zeitreihendaten", Jahrbuch für Sozialwissenschaft, 1993, 44, S. 132-147.
- Schöberl, M., "Aufbau eines Individualdatenverarbeitungssystems zur Analyse des österreichischen Arbeitsmarktgeschehens", in Huber, P., Mahringer, H., Schöberl, M., Smeral, K., Arbeitsplatzreallokation und Arbeitskräftemobilität, WIFO, Wien, 2004, S. 73-85.
- Staubli, S., Tightening the Purse Strings: The Effect of Stricter DI Eligibility Criteria on Labor Supply, Universität St. Gallen Discussion Papers, 2009, DP 2009-31.
- Stefanits, H., Obermayr, U., Hollarek, F., "Invaliditätspensionen – Anträge, Ablehnungen, Zuerkennungen", in Soziale Sicherheit, September 2009, S. 422-435.
- Sullivan, D., von Wachter, T., "Job Displacement and Mortality: An Analysis using Administrative Data", The Quarterly Journal of Economics, 2009, 124(3), S. 1265-1306.
- Wallman, T., Wedel, H., Palmer, E., Rosengren, A., Johansson, S., Eriksson, H., Svärdsudd, K., "Sick-leave track record and other potential predictors of a disability pension. A population based study of 8,218 men and women followed for 16 years", BMC Public Health, 2009, 9(104).
- Winkelmann, R., "Wages, firm size and absenteeism", Applied Economics Letters, 1999, 6(6), S. 337-341.
- Zhang, J., Yu, K., "What's the Relative Risk", JAMA, 1998, 280(19), S. 1690-1691.

Anhang A

Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände

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

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

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

Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung
ArbeiterInnen und Angestellte

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

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

Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen
ArbeiterInnen und Angestellte

	Männer			Frauen			Insgesamt		
	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre 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

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

Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht
ArbeiterInnen und Angestellte

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

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

Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt
ArbeiterInnen und Angestellte

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

Q: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Für das Jahr 2008 sind keine Krankenstandsdaten nach der Branchengliederung verfügbar. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versicherten-zahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Anhang B

Wege in die Invaliditätspension – einige Beispielfälle

Frau A ging im April 2009 wegen einer psychischen Erkrankung im Alter von 57 Jahren in Pension. Sie war seit jungen Jahren berufstätig. Nach mehreren Beschäftigungsverhältnissen als Arbeiterin im Textilbereich und einer längeren Phase außerhalb des Arbeitsmarkts, wechselte sie Ende der 1980er-Jahre in einen Angestelltenberuf im Bereich der öffentlichen Verwaltung. Hier war sie bis zur Pensionierung durchgehend beschäftigt. Zwischen 1990 und 2000 verzeichnete Frau A keinen Krankengeldbezug. Allerdings kam es zumindest ab 2001 zu regelmäßigen, längeren Krankschreibungen: Insgesamt fielen in den Jahren vor der Invaliditätspension 20 Krankenstandsfälle und fast 380 Tage im Krankenstand an. Es handelte sich dabei vorwiegend um Fälle mit einer Dauer von zwei bis vier Wochen, einige der Krankenstände waren mit Aufhalten in stationären Einrichtungen verbunden. Im Jahr 2007 war Frau A mehrere Monate krankgeschrieben und reichte einen ersten Antrag auf Invaliditätspension ein, der allerdings abgelehnt wurde. Seit diesem Zeitpunkt befand sie sich – mit Unterbrechungen von jeweils einigen Wochen bis zu einem Monat – fast durchgehend im Krankenstand. Ein zweiter, diesmal erfolgreicher Antrag wurde 2009 gestellt. Nur der letzte, lange Krankenstand bis unmittelbar vor der Pensionierung wurde als psychische Erkrankung diagnostiziert. Die Hälfte aller Krankenstandstage wurde Muskel-Skelett-Erkrankungen mit unspezifischen Diagnosen zugeschrieben.

Herr B ging 2008 im Alter von 47 Jahren wegen einer Krebserkrankung in Pension. Er begann seine Erwerbslaufbahn mit 16 Jahren, als Lehrling im gastronomischen Sektor und hatte in den 1980er-Jahren ein sehr instabiles Berufsleben. Bis Mitte der 1990er-Jahre folgten auf Beschäftigungszeiten im Beherbergungs- und Gaststättenwesen immer wieder kurze bis längere Arbeitslosigkeitsepisoden. Nach einer sechsmonatigen Arbeitslosigkeitsepisode wechselte Herr B 1995 als Angestellter in den Großhandel und war dort bis 2008 durchgehend beschäftigt. Sein monatliches Einkommen lag im oberen Fünftel der Einkommensverteilung. Bis auf einen sehr kurzen Krankenstand im Jahr 2007 sind in der Periode 2001 bis 2007 keine Krankheitsfälle verzeichnet. Das Fehlen von Krankengeldbezügen weist darauf hin, dass auch in früheren Jahren keine gravierenden gesundheitlichen Probleme auftraten. 2008 verbrachte Herr B jedoch fast sieben Monate im Krankenstand (Diagnose: "Krankheit des Nervensystems und der Sinnesorgane"), davon eineinhalb Monate in einer stationären Einrichtung. Nach Auslaufen der Entgeltfortzahlungsperiode bezog er Krankengeld, das Beschäftigungsverhältnis blieb weiterhin aufrecht. Im Herbst 2008 reichte Herr B einen Antrag auf Invaliditätspension ein. Der Anspruch auf eine Pensionsleistung wurde wenige Monate später zuerkannt.

Herr C ging im Frühjahr 2008 im Alter von 51 Jahren wegen einer psychischen Erkrankung frühzeitig in Pension. Er war seit dem 16. Lebensjahr berufstätig, zuerst im Bausektor, später im Logistikbereich und dann im Handelswesen. Wiederholte Krankengeldbezüge beginnend in den späten 1970er-Jahren zeugen von anhaltenden gesundheitlichen Problemen. Nach einer kurzen Arbeitslosigkeitsepisode wechselte Herr C Mitte der 1980er-Jahre zu seinem letzten Dienstgeber, bei dem er durchgehend bis 2004 beschäftigt war. Auch diese Zeit war durch mehrere längere Krankheitsfälle gekennzeichnet, die mitunter die Entgeltfortzahlungsansprüche erschöpften und zu Krankengeldbezügen führten. Zwischen 2001 und 2007 war Herr C wiederholt krankgeschrieben, die Dauer der einzelnen Episoden nahm stetig zu: Von 2001 bis zur Invaliditätspension fielen kumuliert 26 Krankenstandsfälle und rund 1.000 Fehltage

an. 23 Krankenstände waren mit Aufenthalten in stationären Einrichtungen verbunden. Nach Beendigung seines letzten Beschäftigungsverhältnisses Ende 2004 bezog Herr C abwechselnd Krankengeld und Arbeitslosengeld, zuletzt Notstandshilfe. Ein erster Antrag auf Invaliditätspension, im Herbst 2007, blieb erfolglos. Aufgrund der sich verschlechternden gesundheitlichen Lage konnte der zweite Antrag schon ein halbes Jahr später eingereicht werden und es folgte die Zuerkennung einer Pensionsleistung. Die Krankenstandshistorie von Herrn C gibt keine Hinweise auf psychische Probleme, keine einzige Diagnose fällt in diese Krankheitsgruppe. Rund 40% der Krankenstandstage gehen auf Muskel-Skelett-Erkrankungen zurück.

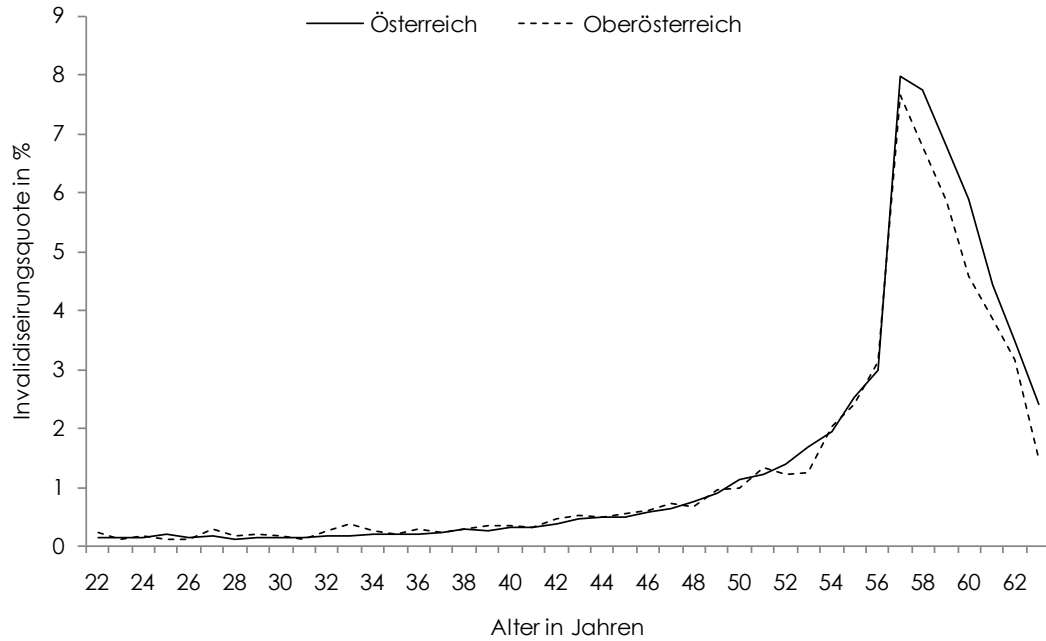
Herr D ging 2008 im Alter von 61 Jahren wegen einer Erkrankung des Muskel-Skelett-Apparats in Pension. Er war zunächst im Bausektor berufstätig gewesen, wo er viele Jahre beim gleichen Dienstgeber beschäftigt war. In den 1970er- und 1980er-Jahren wurde seine Erwerbstätigkeit durch mehrere Krankengeldbezüge unterbrochen. Ende der 1980er-Jahre verbrachte Herr D zwei Mal jeweils drei Monate in Arbeitslosigkeit, anschließend wechselte er in einen Betrieb des Sachgüter erzeugenden Bereichs. Hier war er durchgehend bis Ende 2007 beschäftigt. Ein Krankengeldbezug von 10 Tagen im Jahr 1997 zeugt von einem erneuten Langzeitkrankenstand. Die verfügbaren Daten lassen keine weiteren Rückschlüsse auf das Krankenstandsgeschehen bis zum Jahr 2000 zu, ab 2001 finden sich regelmäßige Krankenstandseinträge von mittlerer Dauer. Herr D wurde 2001 zwei Mal krankgeschrieben (insgesamt 49 Krankenstandstage), 2002 folgte ein fast siebenwöchiger Krankenstand, zwischen 2003 und 2006 weitere acht Krankenstandsfälle von je ein bis zwei Wochen. 2007 stellte er nach einem weiteren, fast sechswöchigen Krankenstand den Antrag auf Invaliditätspension, der wenige Monate später positiv beurteilt wurde. Von den rund 200 Krankenstandstagen, die kumuliert zwischen 2001 und 2007 anfielen, gingen 40% auf Muskel-Skelett-Erkrankungen zurück, fast jede zweite Krankenstandsepisode war mit einem stationären Aufenthalt verbunden.

Frau E ging im Herbst 2008 in Pension. Sie war 57 Jahre alt und infolge von Beschwerden des Muskel-Skelett-Apparats als arbeitsunfähig eingestuft worden. Sie war in der ersten Phase ihres Berufslebens im Handel tätig. In den 1970er-Jahren unterbrach sie ihre Erwerbslaufbahn durch Karenzzeiten. Zwischen 1980 und 1989 erfolgte eine längere Phase abseits des Arbeitsmarktes, ab 1989 war sie – mit einem Arbeitgeberwechsel – fast zehn Jahre durchgehend im Einzelhandel beschäftigt. Ende der 1990er-Jahre und bis 2003 wechselten sich Phasen der (geringfügigen) Beschäftigung und Arbeitslosigkeitsepisoden ab. Von Mitte 2003 bis zum Zeitpunkt der Pensionierung war Frau E durchgehend im Reinigungsgewerbe beschäftigt, mit einem monatlichen Bruttoeinkommen deutlich unter 1.000 €. Ein Krankengeldbezug hatte bereits 1993 stattgefunden, zwei weitere folgten im Jahr 2000. Zwischen 2001 und 2007 sind 25 Krankenstandsfälle vermerkt, kumuliert 305 Krankenstandstage. In den Jahren 2002, 2003, 2005 und 2007 war Frau E jeweils zwei Monate oder länger krankgeschrieben. 2008 erfolgte ein einzelner vier Monate langer Krankenstand aufgrund von Rückenbeschwerden. Nach Beendigung dieses Krankenstands reichte Frau E einen Antrag auf Invaliditätspension ein, dieser wurde jedoch abgewiesen. Der zweite, positiv beurteilte Antrag trägt ein nur um wenige Monate jüngeres Datum. Der Beginn der Pensionsleistung wurde auf den Stichtag des ersten Antrags gesetzt, was nahe legt, dass es sich in diesem Fall um eine erfolgreiche Anfechtung vor Gericht des ursprünglichen negativen Bescheids handelt.

Anhang C

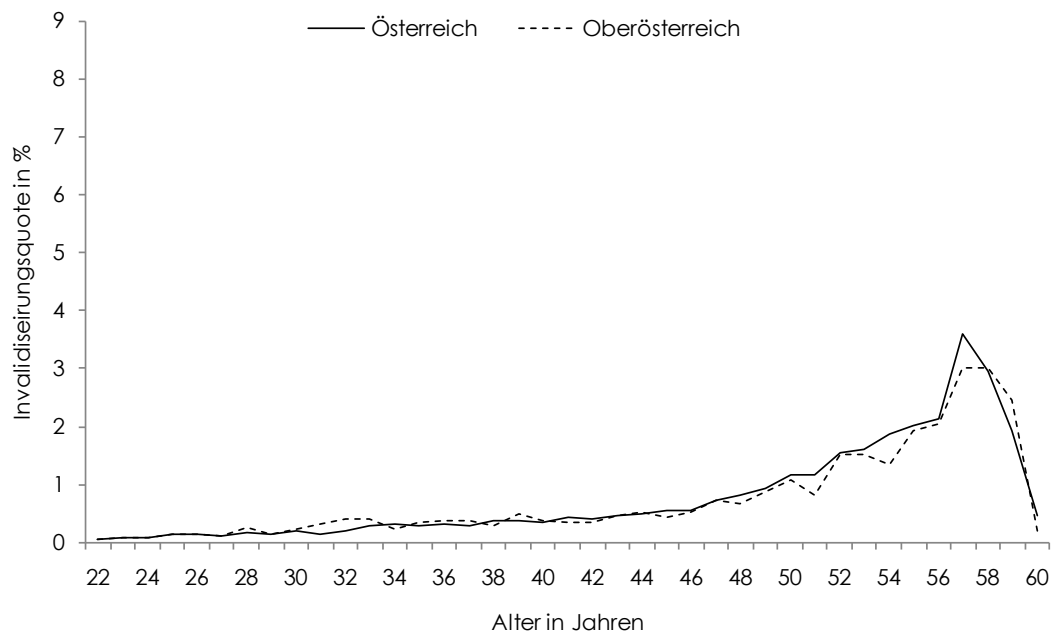
Zusätzliche Übersichten und Abbildungen zu Kapitel 2

Abbildung C1: Invalidisierungsquote nach Alter
Neuzugänge 2008, Männer



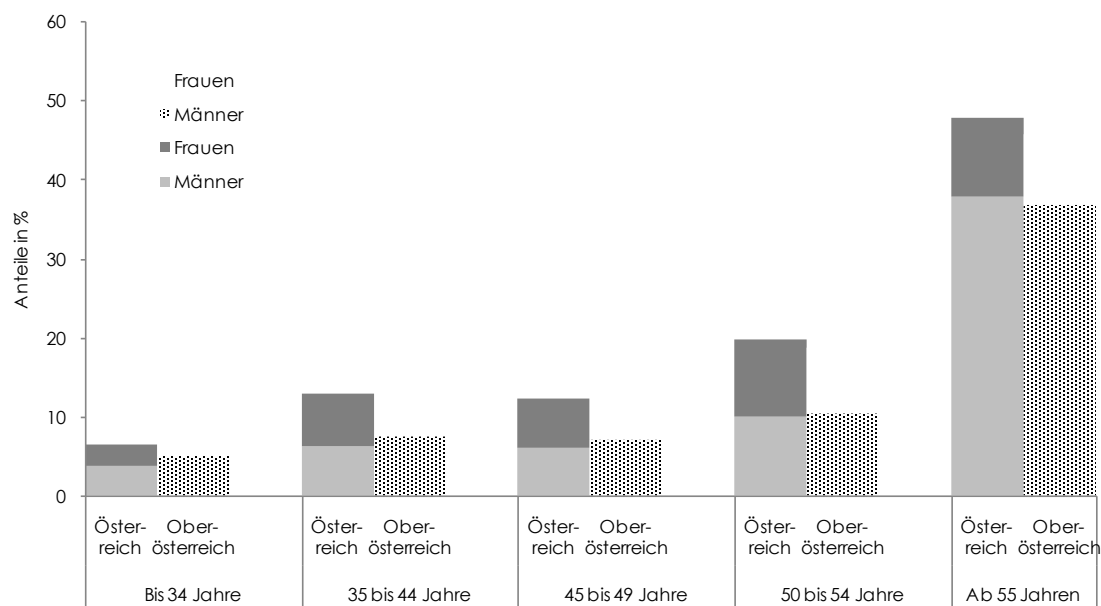
Q: PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Abbildung C2: Invalidisierungsquote nach Alter
Neuzugänge 2008, Frauen



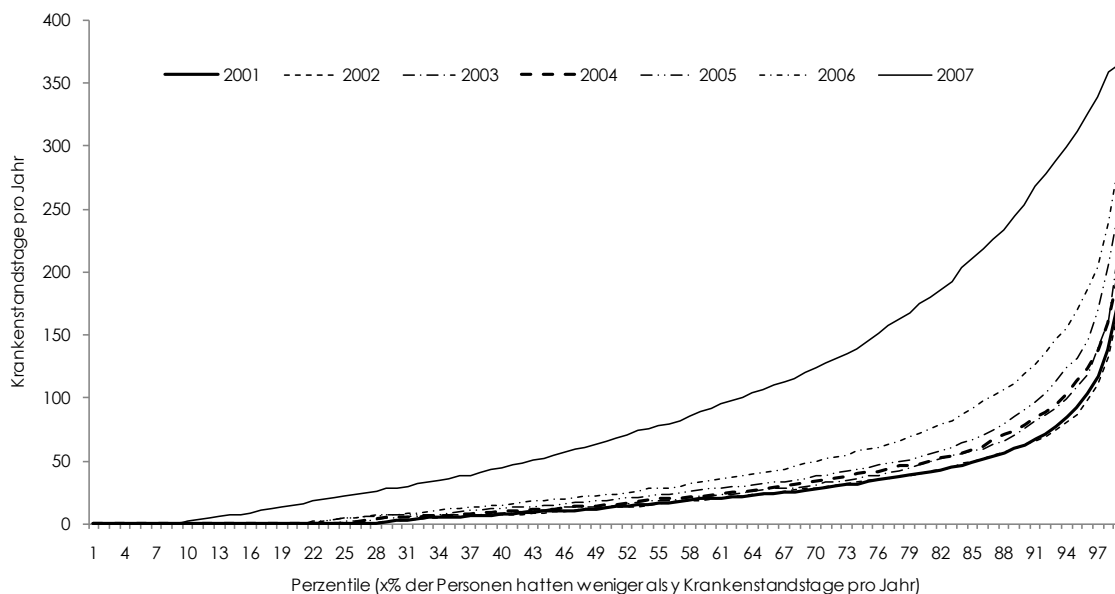
Q: PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Abbildung C3: Verteilung der Neuzugänge in Invaliditätspension nach Alter und Geschlecht Neuzugänge 2008



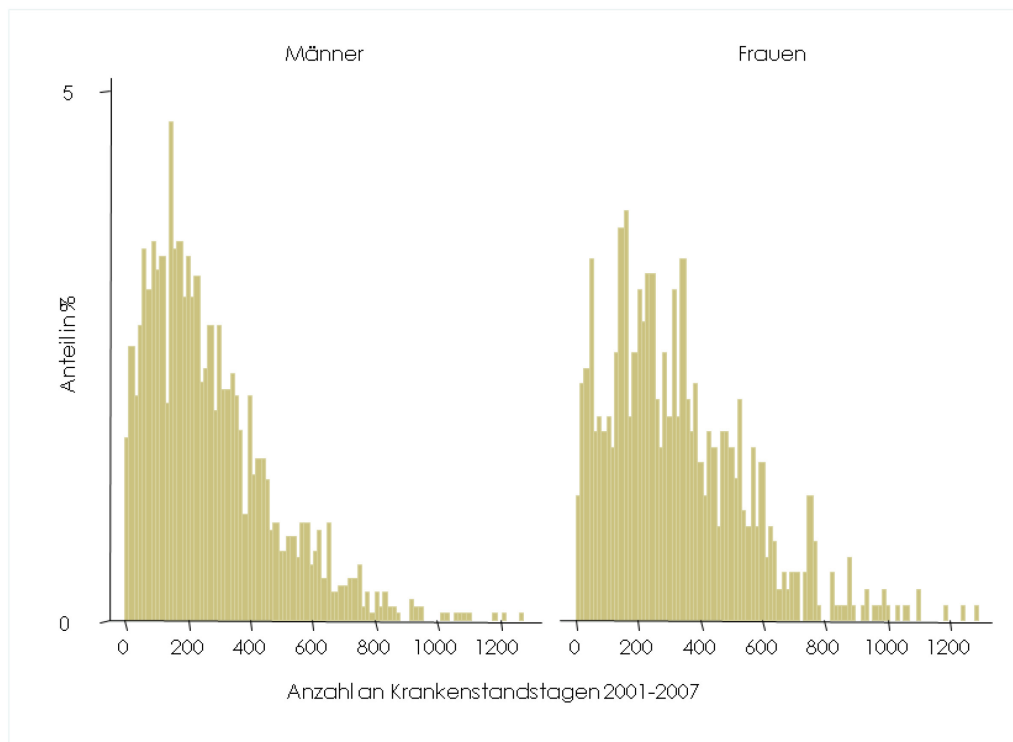
Q: PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Abbildung C4: Verteilung der Krankenstandstage Oberösterreich, Neuzugänge 2008 mit Einschränkung¹⁾



Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 2.200 Fälle. – ¹⁾ Die Personengruppe mit einem Neuzugang im Jahr 2008 wurde in diesem Fall auf Personen eingeschränkt, die in den Jahren 2001 bis 2007 mindestens 80% der Zeit unselbstständig beschäftigt oder arbeitslos waren.

Abbildung C5: Verteilung der kumulierten Krankenstandstage 2001 bis 2007 nach Geschlecht Oberösterreich, Neuzugänge 2008



Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 3.794 Fälle.

Übersicht C1: Entwicklung der durchschnittlichen Krankenstandsquoten nach Geschlecht Oberösterreich, Neuzugänge 2008¹⁾

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Krankenstandsquote in %							
<i>Männer</i>							
Bis 39 Jahre	7,1	7,6	9,3	9,4	12,8	14,5	45,8
40 bis 49 Jahre	7,3	7,3	9,9	9,3	11,6	14,3	46,6
50 bis 54 Jahre	8,1	7,1	8,4	7,9	10,5	17,3	43,5
55 bis 59 Jahre	7,7	6,9	8,3	7,8	9,8	11,9	40,0
60 bis 64 Jahre	5,0	5,2	5,9	6,8	8,4	9,2	28,7
Insgesamt	7,3	6,8	8,3	8,0	10,2	12,9	40,4
<i>Frauen</i>							
Bis 39 Jahre	10,5	6,8	9,2	10,8	10,9	13,4	54,5
40 bis 49 Jahre	7,2	12,6	11,0	9,9	11,9	16,4	58,4
50 bis 54 Jahre	7,5	7,2	8,5	9,8	11,6	18,8	50,3
55 bis 59 Jahre	7,2	7,8	7,1	9,2	10,1	15,7	44,2
60 bis 64 Jahre	-	-	-	-	-	-	-
Insgesamt	7,6	8,9	8,8	9,7	11,1	16,6	50,9

Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 2.200 Personen mit Neuzugang. – ¹⁾ Die Personengruppe mit einem Neuzugang im Jahr 2008 wurde in diesem Fall auf Personen eingeschränkt, die in den Jahren 2001 bis 2007 mindestens 80% der Zeit unselbständig beschäftigt oder arbeitslos waren.

Übersicht C2: Alter bei Antritt der Invaliditätspension nach Diagnose der Invalidität

	Mittelwert		Alter				3. Quartil	
	Männer	Frauen	1. Quartil	Median	3. Quartil	Männer	Frauen	
	Jahre							
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	49	51	42	42	54	52	58	58
Neubildungen	51	49	48	45	54	50	57	55
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	53	51	49	47	55	54	58	58
Krankheiten des Blutes und blutbildender Organe	59	–	59	–	59	–	59	–
Psychische und Verhaltensstörungen	46	46	39	41	49	49	56	53
Krankheiten des Nervensystems	49	45	42	39	52	46	57	52
Krankheiten des Kreislaufsystems	55	51	52	48	57	52	59	55
Krankheiten der Atmungssysteme	56	51	54	47	57	53	59	56
Krankheiten des Verdauungssystems	49	48	42	44	51	52	56	55
Krankheiten des Urogenitalsystems	49	47	43	35	52	53	57	54
Krankheiten der Haut	45	47	36	38	51	49	54	56
Krankheiten des Muskel-Skeletts-Systems	56	52	56	50	58	55	59	57
Kongenitale Anomalien	52	46	46	46	57	51	57	55
Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	56	51	54	51	57	53	59	55
Verletzungen und Vergiftungen	48	50	41	44	52	51	57	56
Sonstige	44	52	30	52	44	52	58	52
Insgesamt	52	48	47	43	55	50	58	55

Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 2.571 Männer, 1.223 Frauen.

Übersicht C3: Verteilung der Krankenstandstage und Versicherungszeiten
Oberösterreich, Neuzugänge 2008 und Kontrollgruppe

Neuzugänge 2008

		Mittelwert	Perzentil 5	1. Dezil	1. Quartil	Median	3. Quartil	9. Dezil	Perzentil 95
		Tage							
2001	Versicherungszeit	273	0	0	190	365	365	365	365
	Krankenstand	24	0	0	0	8	30	65	102
2002	Versicherungszeit	270	0	0	166	365	365	365	365
	Krankenstand	24	0	0	0	7	31	66	102
2003	Versicherungszeit	267	0	0	153	365	365	365	365
	Krankenstand	28	0	0	0	9	34	79	124
2004	Versicherungszeit	264	0	0	135	366	366	366	366
	Krankenstand	29	0	0	0	9	37	82	127
2005	Versicherungszeit	259	0	0	119	365	365	365	365
	Krankenstand	34	0	0	0	12	42	96	146
2006	Versicherungszeit	252	0	0	92	365	365	365	365
	Krankenstand	38	0	0	0	14	51	112	168
2007	Versicherungszeit	243	0	0	90	355	365	365	365
	Krankenstand	78	0	0	0	42	120	226	290
Kumuliert 2001 bis 2007	Krankenstand	255	0	7	74	207	380	570	685
	Versicherungszeit in Oberösterreich	1.829	55	216	1.203	2.310	2.556	2.556	2.556

Kontrollgruppe

		Mittelwert	Perzentil 5	1. Dezil	1. Quartil	Median	3. Quartil	9. Dezil	Perzentil 95
		Tage							
2001	Versicherungszeit	293	0	0	354	365	365	365	365
	Krankenstand	12	0	0	0	0	15	36	55
2002	Versicherungszeit	298	0	0	362	365	365	365	365
	Krankenstand	13	0	0	0	1	16	38	58
2003	Versicherungszeit	303	0	0	363	365	365	365	365
	Krankenstand	14	0	0	0	3	17	40	60
2004	Versicherungszeit	309	0	0	366	366	366	366	366
	Krankenstand	14	0	0	0	2	17	40	61
2005	Versicherungszeit	314	0	28	365	365	365	365	365
	Krankenstand	14	0	0	0	4	18	41	63
2006	Versicherungszeit	320	0	98	365	365	365	365	365
	Krankenstand	14	0	0	0	3	17	41	64
2007	Versicherungszeit	328	1	183	365	365	365	365	365
	Krankenstand	16	0	0	0	4	20	45	70
Kumuliert 2001 bis 2007	Krankenstand	98	0	0	16	59	135	243	334

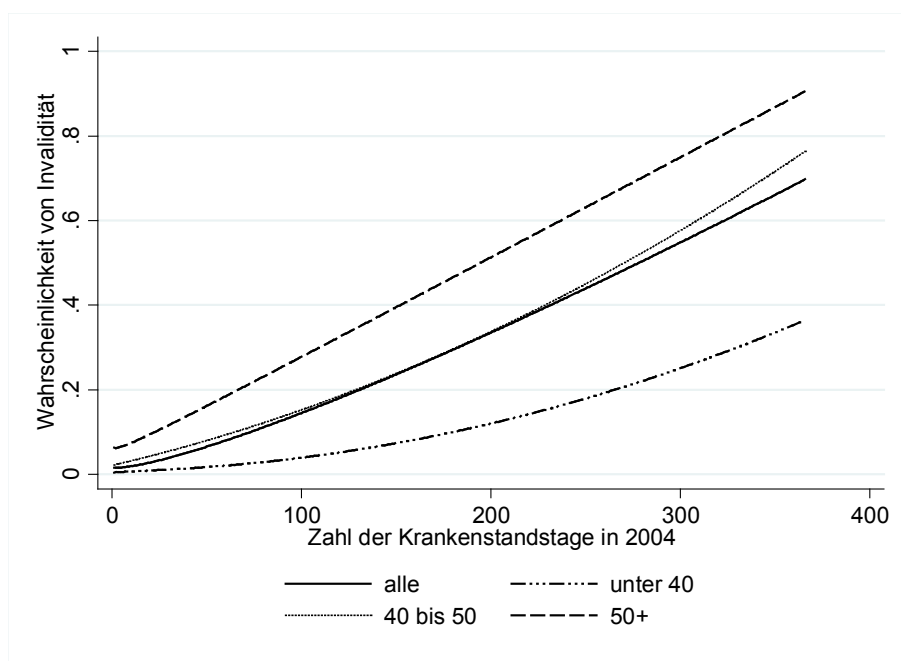
Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 3.794 Fälle der Neuzugänge 2008, 37.594 Stichprobenfälle der Kontrollgruppe. Zur Interpretation der Daten: Perzentil 95 zeigt an, dass 95% der Personen der Kontrollgruppe im Jahr 2003 weniger als 60 Krankenstandstage verzeichneten. Der Median der Neuzugänge im Jahr 2007 zeigt an, dass die Hälfte der Personen weniger als 42 Krankenstandstage verzeichnete.

Übersicht C4: Verteilung der Krankenstandstage und Versicherungszeiten
Oberösterreich, Ablehnungen 2008

		Mittelwert	Perzentil 5	1. Dezil	1. Quartil	Median	3. Quartil	9. Dezil	Perzentil 95
		Tage							
2001	Versicherungszeit	238	0	0	44	355	365	365	365
	Krankenstand	25	0	0	0	8	34	71	107
2002	Versicherungszeit	237	0	0	36	356	365	365	365
	Krankenstand	26	0	0	0	7	34	74	115
2003	Versicherungszeit	232	0	0	31	341	365	365	365
	Krankenstand	28	0	0	0	8	35	80	116
2004	Versicherungszeit	229	0	0	28	335	366	366	366
	Krankenstand	29	0	0	0	8	36	84	130
2005	Versicherungszeit	228	0	0	27	328	365	365	365
	Krankenstand	32	0	0	0	11	42	93	133
2006	Versicherungszeit	220	0	0	25	294	365	365	365
	Krankenstand	35	0	0	0	11	45	100	157
2007	Versicherungszeit	224	0	0	37	295	365	365	365
	Krankenstand	53	0	0	0	23	75	157	214
Kumuliert 2001 bis 2007	Krankenstand	227	0	0	56	175	340	524	635
	Versicherungszeit in Oberösterreich	1.608	25	115	791	1.890	2.514	2.556	2.556

Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. 4.370 Fälle. Zur Interpretation der Daten: Perzentil 95 zeigt an, dass 95% der Personen im Jahr 2003 weniger als 116 Krankenstandstage hatten. Der Median im Jahr 2007 zeigt an, dass die Hälfte der Personen weniger als 23 Krankenstandstage hatte.

Abbildung C6: Invaliditätsrisiko in Abhängigkeit der Krankenstandstage, nach Alter
Oberösterreich, geschätzte Wahrscheinlichkeit auf Basis einer logistischen Regression



Q: OÖGKK, PVA, INDI-DV, WIFO-Berechnungen. Das Modell berücksichtigt neben den Krankenstandstagen in 2004 auch Alter, Geschlecht, sozialrechtliche Stellung und Krankengeldbezüge in der Periode 1990 bis 2000.