

Thomas Leoni, Gudrun Biffi, Alois Guger

Krankenstände in Österreich: Bestimmungsfaktoren und Ausblick

In den letzten Jahren erreichten die Krankenstände in Österreich ihr bisher niedrigstes Niveau. Die durchschnittliche Dauer der Krankenstandsepisoden nahm ab, unter den Krankenstandsursachen verloren vor allem Verletzungen an Bedeutung, während das Gewicht der psychischen Erkrankungen stieg. Diese Trends spiegeln Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt sowie in der Branchen- und Berufsstruktur der Beschäftigung wider. Für die Schwankungen der Krankenstandsentwicklung spielt die Gestaltung des Übergangs zwischen Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Ruhestand eine wichtige Rolle.

Der vorliegende Beitrag basiert auf einer Studie des WIFO im Auftrag der Wirtschaftskammer Österreich: Thomas Leoni, Gudrun Biffi, Alois Guger, Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich (154 Seiten, 50 €) • Begutachtung: Ewald Walterskirchen • Wissenschaftliche Assistenz: Annamaria Rammel, Andrea Sutrich. • E-Mail-Adressen: Thomas.Leon@wifo.ac.at, Gudrun.Biffi@wifo.ac.at, Alois.Guger@wifo.ac.at

Im Jahr 2006 verzeichnete die Krankenstandsstatistik knapp 34 Mio. Krankenstandstage der erfassten Beschäftigten; das entsprach einem Verlust von 3,2% der Jahresarbeitszeit. Der Krankenstand ist somit ein signifikanter Kostenfaktor in der österreichischen Volkswirtschaft, zugleich ist seine Entwicklung auch ein Indikator für Veränderungen in der Arbeitswelt. In früheren Arbeiten (Biffi, 2002, 2005) hat das WIFO für Österreich die krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten untersucht und ihren Zusammenhang mit demographischen und sozioökonomischen Faktoren einerseits sowie mit Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt andererseits aufgezeigt. Der vorliegende Bericht analysiert die Trends und Bestimmungsfaktoren der Fehlzeiten anhand der jüngsten Daten.

Die Krankenstände sind in Österreich seit dem Jahr 2000 rückläufig: 2006 waren die Beschäftigten im Durchschnitt 11,5 Tage krank – das war der bisherige Tiefstwert. Auch in einer längerfristigen Perspektive gingen die krankheitsbedingten Fehlzeiten, nach einem Höchstwert in den späten siebziger Jahren, deutlich zurück.

Diese Entwicklung muss mit Vorsicht interpretiert werden, da neben gesundheitlichen Faktoren demographische, institutionelle, wirtschaftliche und wirtschaftspolitische Einflüsse auf das Krankenstandsniveau wirken: Aufgrund des Strukturwandels der Wirtschaft wächst die Bedeutung der Dienstleistungen, während die Sachgütererzeugung an Gewicht verliert. Die damit einhergehende Verlagerung von arbeitsintensiven Prozessen und körperlich anspruchsvollen Tätigkeiten ins Ausland sowie der verstärkte Einsatz von Technologie dämpfen die Zahl der Krankenstandstage. Auch die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfestigung der Arbeitslosigkeit, dürften dazu beigetragen haben, die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage zu senken. Demographische Veränderungen und – vor allem – die Gestaltung des Übergangs aus dem Erwerbsleben in den Ruhestand sind weitere Faktoren, die das Krankenstandsniveau beeinflussen.

Neben dem Niveau haben sich auch die Merkmale der Krankenstandsepisoden, insbesondere ihre Dauer und ihre gesundheitlichen Ursachen, verändert. Der Krankenstand gewinnt als wirtschafts- und gesundheitspolitische Größe vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und des beschäftigungspolitischen Zieles einer Steigerung der Erwerbsbeteiligung von Älteren ständig an Bedeutung. Eine besondere Rolle spielt deshalb die Frage nach den Auswirkungen, die die Alterung der Erwerbsbevölkerung auf die Höhe der Krankenstände haben wird.

Krankenstände mittel- und langfristig rückläufig

Die Zahl der Krankenstände schwankt über die Zeit beträchtlich (Abbildung 1). In den späten sechziger und frühen siebziger Jahren entfielen auf jede versicherte Person im Durchschnitt knapp 15 Krankenstandstage pro Jahr; das entsprach einer Krankenstandsquote¹⁾ von etwa 4%. In den späten siebziger Jahren war ein sprunghafter Anstieg zu verzeichnen, 1980 waren die Beschäftigten im Durchschnitt 17,4 Tage krank (Krankenstandsquote 4,8%). Gegenüber diesem Höchstwert verringerte sich die Häufigkeit der Krankenstandstage recht kontinuierlich. Nach dem besonders starken Rückgang seit 1999 wurde 2006 der bisherige Tiefstwert erreicht (11,5 Tage). Das krankheitsbedingte Fehlzeitenniveau liegt demnach derzeit mit 3,2% der Jahresarbeitszeit um rund ein Drittel unter dem Stand von 1980.

Die verwendete Datenbasis

Die vorliegende Untersuchung basiert auf administrativen Daten aus der jährlichen Krankenstandsstatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. Als Krankenstandstage werden Kalendertage gezählt, die Statistik unterscheidet nicht zwischen Arbeits- und Werktagen oder Sonn- und Feiertagen. Demnach ist die Summe der ausgewiesenen Krankenstandstage größer als die der effektiv verlorenen Arbeitstage. Im Durchschnitt dürfte die Zahl der verlorenen Arbeits- bzw. Werktage fünf Siebentel der insgesamt verlorenen Kalendertage ausmachen (Biffi, 2002). Im Jahr 2004 waren 2,9 Mio. Versicherte in der Statistik erfasst, über 90% der unselbständig Beschäftigten in Österreich¹⁾. Da die gesetzliche Krankenversicherung eine Mehrfachversicherung zulässt, werden in den Statistiken nicht die krankenversicherten Personen, sondern die Krankenversicherungsverhältnisse gezählt²⁾. Diese Differenz wird hier aber vernachlässigt.

¹⁾ Die Krankenstandsstatistik erfasst allerdings nicht die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie die Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten. Von 1970 bis 1984 wurde die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen in die Statistik eingeschlossen. Die pragmatisierten, bei einer Betriebskrankenkasse versicherten Bediensteten (3.814 Personen im Jahr 2004) sind in der Statistik durchgehend enthalten. – ²⁾ Dies gilt auch für die Beschäftigungsstatistiken des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger: Der Begriff "Beschäftigung" bezeichnet Beschäftigungsverhältnisse und nicht Beschäftigte. Die Differenz zwischen der Zahl der Beschäftigten und jener der Beschäftigungsverhältnisse (und demnach zwischen Krankenversicherten und Krankenversicherungsverhältnissen) ist jedoch gering und langfristig stabil.

Entsprechend den statistischen Einflussfaktoren der Fehlzeiten (Erkrankungsquote, Inzidenz und Dauer der Krankenstände; Biffi, 2002) schwankt die Krankenstandsquote bei einer Veränderung

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

Die Bedeutung der einzelnen Komponenten für die Entwicklung der Krankenstände kann anhand einer einfachen mathematischen Zerlegung untersucht werden²⁾. Demnach hatten Veränderungen der durchschnittlichen Dauer der Fehlzeiten den größten Einfluss auf Schwankungen der Fehlzeiten in der Periode 1970 bis 2004 (fast 80% der Varianz der Krankenstandsquote), während die Zahl der Fälle je erkrankte Person (Inzidenz) knapp 20% der Varianz bestimmte. Die Erkrankungsquote ist hingegen als Erklärungsfaktor für diesen Zeitraum statistisch unbedeutend. Der langfristige Rückgang der Krankenstände war von einem deutlichen Trend zur Verkürzung der Krankenstandsepisoden begleitet (Abbildung 1).

¹⁾ Die Krankenstandsquote misst die Summe der Krankenstandstage im Jahr in Prozent des Arbeitsvolumens der Versicherten im Jahresdurchschnitt (berechnet auf der Basis eines Arbeitsjahres von 365 Tagen). Weil die Berechnung sowohl des Arbeitsvolumens der Versicherten als auch der Krankenstandstage auf Kalendertage beruht, erfasst die Krankenstandsquote die durch Krankheit und Unfälle verlorenen Arbeitstage relativ genau (Biffi, 2002).

²⁾ Die Berechnungsmethode wird in Leoni – Biffi – Guger (2008) erläutert.

Abbildung 1: Entwicklung der Indikatoren zu Häufigkeit und Dauer der Krankenstände



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die durchschnittliche Verringerung der Dauer der Krankenstandsfälle zeigt sich vor allem an der starken Zunahme der Kurzkrankenstände, d. h. der Fälle mit einer Dauer von bis zu 3 Tagen (Abbildung 2). Waren 1970 je 1.000 Versicherte 90 Kurzkrankenstände registriert worden, so waren es 1980 112, zehn Jahre später 186 und im Jahr 2005 262 Fälle. Die längeren Krankenstandsepisoden verloren sowohl absolut als auch gemessen an ihrem Anteil an Bedeutung. Dieser Trend ist insofern bemerkenswert, als die Statistik die Kurzkrankenstände nicht vollständig erfasst und die Novellierung des Entgeltfortzahlungsgesetzes im Jahr 2000 das Ausmaß der Untererfassung vergrößert haben dürfte³⁾. Ein über diesen Effekt hinausgehender Trend zur Verkürzung der Krankenstandsepisoden ist nicht einfach zu interpretieren. Ein verbessertes Gesundheitsbewusstsein könnte die Beschäftigten dazu veranlassen, sich bei Auftreten von gesundheitlichen Beschwerden frühzeitig krankschreiben zu lassen und so längere Ausfallzeiten zu vermeiden. Wie die folgende Analyse zeigt, kann die Verkürzung der Krankenstandsepisoden aber auch mit dem Strukturwandel der Wirtschaft und dem damit zusammenhängenden Rückgang von Verletzungen und anderen Krankheitsursachen mit überdurchschnittlich langen Genesungsverläufen in Verbindung gebracht werden⁴⁾.

Die Kurzkrankenstände spielen allerdings für das krankheitsbedingte Fehlzeitenvolumen insgesamt nur eine untergeordnete Rolle. Obwohl jeder vierte gemeldete Krankenstandsfall nicht mehr als 3 Tage dauert, machen die Kurzkrankenstände weniger als 5% aller Krankenstandstage aus. Ein großer Teil der krankheitsbedingten Fehlzeiten in der Wirtschaft geht dagegen auf eine vergleichsweise geringe Zahl von Krankenstandsfällen zurück (Abbildung 3). Krankenstandsepisoden von mehr als sechs Wochen machen nur 3,7% aller Fälle aus, verursachen aber ein Drittel der Krankenstandstage (32,4%). Eine verbesserte Berücksichtigung der untererfassten Kurzkrankenstände würde diese Relationen nur geringfügig verändern: Wäre etwa die

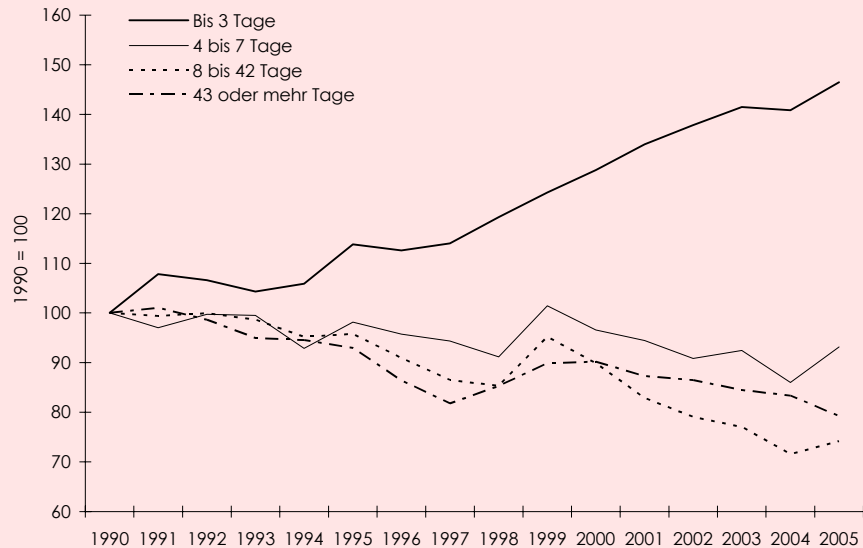
³⁾ Die Untererfassung ergibt sich aus dem Umstand, dass nicht alle Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung für Krankenstände fordern, die nur 1 bis 3 Tage dauern. In der Vergangenheit dürften die Kurzkrankenstände der Arbeiterinnen und Arbeiter besser erfasst gewesen sein als jene der Angestellten, weil ab Inkrafttreten des Entgeltfortzahlungsgesetzes (1974) die Krankenversicherungen dem Unternehmen die Entgeltfortzahlungen rückerstatteten und somit einen Anreiz zur Erfassung der Arbeiterkrankenstände gaben. Mit der Novellierung des Entgeltfortzahlungsgesetzes im Jahr 2000 fiel dieser zusätzliche Anreiz für die Erfassung der Kurzkrankenstände von Arbeiterinnen und Arbeitern weitgehend weg.

⁴⁾ Ein Rückgang in der Inanspruchnahme von Kurarufenthalten, die als längere Krankenstände in die Statistik eingehen, könnte ebenfalls die durchschnittliche Dauer von Krankenstandsepisoden verringert haben. Allerdings kann diese Hypothese anhand des verfügbaren Datenmaterials nicht überprüft werden.

Lange Krankenstands- episoden bestimmen Gesamtbild

Zahl der Kurzkrankenstände doppelt so hoch wie in der Statistik, dann wäre die Zahl der jährlichen Krankenstandstage pro Person um 0,5 Tage höher (zur Berechnungsmethode siehe Kasten "Sensitivitätsanalyse für die untererfassten Kurzkrankenstände"). Die Krankenstandsquote würde 3,5% betragen, die Kurzkrankenstände hätten einen Anteil am gesamten Fehlzeitenvolumen von etwa 9%.

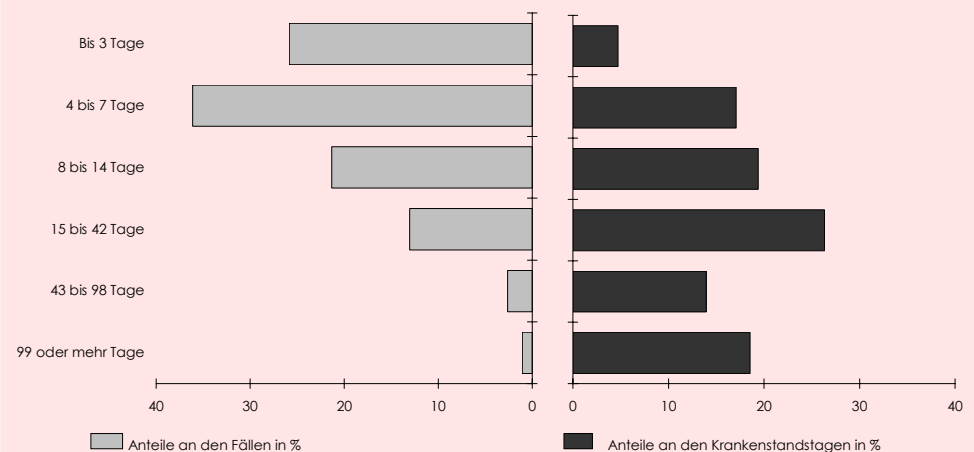
Abbildung 2: Entwicklung der Krankenstandsepisoden nach Dauer



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 3: Krankenstandsfälle und -tage nach der Dauer

2005



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Weniger Verletzungen, psychische Krankheiten nehmen zu

Laut Krankenstandsstatistik geht der Großteil der Fehlzeiten auf eine vergleichsweise geringe Zahl von Ursachen zurück. Zwei Gruppen von Diagnosen prägen das Bild des Krankenstandsgeschehens: Erkrankungen des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes und jene der oberen Luftwege, zu denen die Grippeerkrankungen gezählt werden. Sie verursachen über 40% der Krankenstandsfälle und knapp 40% der Fehlzeiten. Unfälle sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache. Während die anerkannten Arbeitsunfälle etwa 5% aller Krankenstandstage verursachen, gehen knapp 15% der Krankenstandstage auf andere Formen von Unfällen zurück. Ins Gewicht fallen weiters Erkrankungen des Verdauungsapparates, des Kreislaufs und der Psyche.

Sensitivitätsanalyse für die untererfassten Kurzkrankenstände

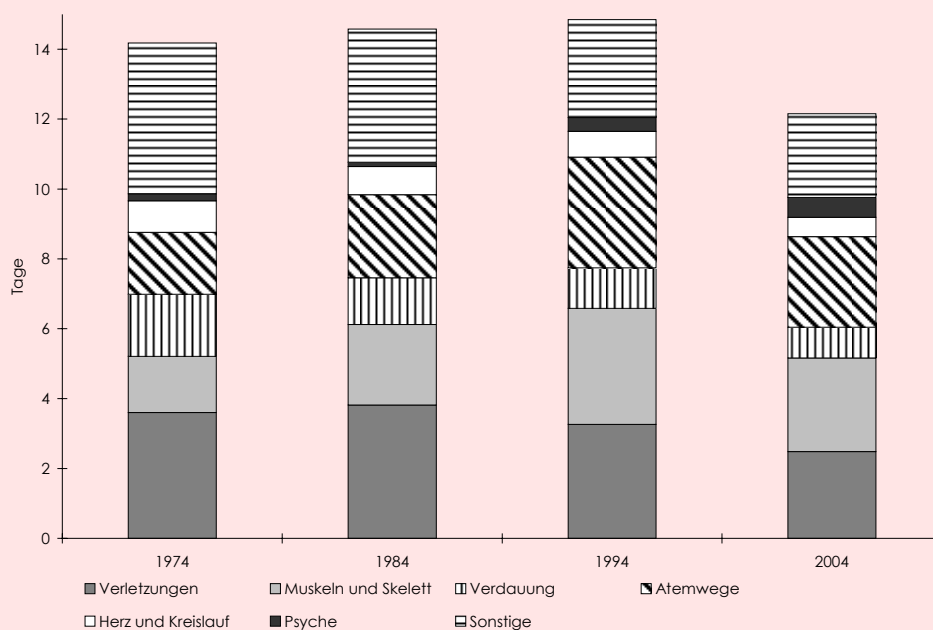
Eine einfache Sensitivitätsanalyse (d. h. eine Anpassung der aus der offiziellen Statistik verfügbaren Daten an eine hypothetische Zahl der Kurzkrankenstände) zeigt, dass eine verbesserte Berücksichtigung der untererfassten Kurzkrankenstände die statistischen Indikatoren beeinflusst, nicht aber das wesentliche Gesamtbild der Krankenstandsstatistik ändert:

- Als Basis der Schätzung dient die in der Statistik erfasste Zahl der Kurzkrankenstände, wobei davon ausgegangen wird, dass die Untererfassung für Arbeiterinnen und Arbeitern geringer ist als für Angestellte.
- Es wird angenommen, dass die nicht erfassten Kurzkrankenstände im Durchschnitt gleich lang dauern wie die in der Krankenstandsstatistik erfassten Kurzkrankenstände.

Im Jahr 2005 wurden etwa 360.000 Kurzkrankenstände von Arbeiterinnen und Arbeitern sowie 430.000 Kurzkrankenstände von Angestellten gemeldet. Wenn ihre Zahl tatsächlich für Arbeiterinnen und Arbeiter um 40%, für Angestellte um 150% höher ist, fällt die Gesamtzahl der kurzen Fehlzeiten doppelt so hoch aus.

Die Krankheitsgruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Dauer der Morbiditätsepi-soden. Im Median dauert ein Krankenstandsfall 6 Tage, die längsten Fehlzeiten werden von psychischen Krankheiten (13 Tage), Verletzungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen (jeweils 10 Tage) verursacht. Krankenstände infolge von Krankheiten der Verdauungsorgane (4 Tage) haben wie Krankheiten des Atmungssystems (6 Tage) einen vergleichsweise kurzen Verlauf.

Abbildung 4: Durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage nach Diagnosegruppen



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die langfristigen Trends der krankheitsbedingten Fehlzeiten nach Diagnosegruppen zeigt Abbildung 4 (diese Statistik wird allerdings auch von Veränderungen der Diagnoseerfassung durch die Ärzte beeinflusst⁵⁾). Die Bedeutung von Verletzungen (alle Formen von Unfällen als Ursache von Fehlzeiten) hat sich verringert: 1984 fielen im Durchschnitt pro Person 3,6 Krankenstandstage an, 1994 noch 3,3 und im Jahr 2004 nur 2,5 Tage. Damit verringerte sich der Anteil der Verletzungen von mehr als einem Viertel auf knapp ein Fünftel aller krankheitsbedingten Fehlzeiten. Diese Entwicklung trug wegen der großen Bedeutung dieser Diagnosegruppe zur Senkung der durch-

⁵⁾ Wegen einer geringfügigen Änderung der Klassifikation ist die Zuordnung der Krankheiten zu den Diagnosegruppen zwischen 1984 und 1994 nicht vollständig vergleichbar.

schnittlichen Krankenstandsdauer bei. Auch die Erkrankungen des Verdauungsapparates gingen zurück, ebenso der Anteil der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Zahl der Muskel-Skelett-Erkrankungen ist zwar seit 1994 rückläufig, ihr Anteil an den Krankenstandstagen blieb allerdings in dieser Zeit weitgehend unverändert (etwa 22%). Erkrankungen der Atemwege verursachten 2004 weniger Ausfallzeiten als 1994 (2,6 gegenüber 3,2 Krankenstandstagen pro Person), längerfristig gewannen sie für das Krankenstandsgeschehen aber signifikant an Bedeutung.

Ein deutlicher Aufwärtstrend ergibt sich für psychische Erkrankungen. Er beschleunigt sich seit 1994 und ist auch im Ausland, etwa in Deutschland zu beobachten (Badura – Schellschmidt – Vetter, 2006). Erkrankungen der Psyche sind die einzige Diagnosegruppe, für die zwischen 1994 und 2004 ein Zuwachs der Fehlzeiten pro Kopf zu verzeichnen ist.

Abbildung 5: Krankenstandsquote nach beruflicher Stellung und Geschlecht



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Höhere Krankenstandsquote der Männer wegen physischer Belastungen

In Österreich weisen im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern Männer eine höhere Krankenstandsquote als Frauen auf (3,5% gegenüber 3,1%). Dies gilt auch in einer langfristigen Betrachtung. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist für junge Beschäftigte am größten, im Haupterwerbssalter und bis zum gesetzlichen Pensionsalter sind die Abweichungen etwas geringer⁶⁾. Diese Abweichung geht zum Teil auf geschlechtstypische Erkrankungsrisiken zurück, die nicht mit der Arbeitswelt zusammenhängen (Macintyre – Hunt – Sweeting, 1996): Bestimmte Krankheiten betreffen Frauen und Männer unterschiedlich sowohl wegen der Unterschiede zwischen den biologischen Risiken (vor allem in Zusammenhang mit der Reproduktion) als auch aufgrund der unterschiedlichen Risikofaktoren im Lebenszyklus⁷⁾.

Für die hohen Krankenstände der österreichischen Männer ist allerdings vor allem die geschlechtsspezifische Segmentierung auf dem Arbeitsmarkt maßgebend: Männer sind in Arbeiterberufen, in denen die Krankenstände um rund 80% höher sind als unter den Angestellten (Krankenstandsquote: 4,4% bzw. 2,5%), überproportional vertreten. Dies gilt insbesondere für Branchen wie das Bauwesen, die meisten Bereiche der Sachgütererzeugung und das Transportwesen, in denen die Krankenstandswahr-

⁶⁾ Etliche Studien belegen, dass in den meisten Industrieländern Frauen eine höhere Krankenstandsquote als Männer aufweisen (Bridges – Mumford, 2001, Biffi, 2002, Ichino – Moretti, 2006). Allerdings stützen sich viele dieser Untersuchungen auf Stichprobenerhebungen (z. B. Labour Force Survey), sodass die Ergebnisse durch subjektive Einschätzungen und Auskunftsverhalten geprägt sind: Wie Case – Paxson (2004) zeigen, ermitteln Umfragen und Erhebungen für Frauen schlechtere Gesundheitswerte, weil Frauen Krankheitszustände vollständiger berichten als Männer.

⁷⁾ So fallen für junge Männer einige gesundheitsschädigende Verhaltensweisen stärker ins Gewicht als für Frauen (Extremsportarten, risikofreudiges Verhalten, Drogenkonsum usw.)

scheinlichkeit wegen hoher physischer Arbeitsplatzbelastung und Unfallrisiken überdurchschnittlich ist. Zum geschlechtsspezifischen Unterschied dürfte zudem die hohe Teilzeitquote der Frauen (bei einer sehr geringen Teilzeitquote der Männer) beitragen⁸⁾.

Die Bedeutung der berufsspezifischen Risiken für die Krankenstände verdeutlicht ein Vergleich der Beschäftigung nach Geschlecht und sozialer Stellung: Während Arbeiterinnen eine merklich niedrigere Krankenstandsquote als Arbeiter aufweisen, sind angestellte Frauen im Durchschnitt etwas häufiger krank als Männer (Abbildung 5). Die unterschiedliche Häufigkeit von Arbeitsunfällen trägt als Indikator für die Gesundheitsbelastung am Arbeitsplatz wesentlich zur Erklärung dieses Musters bei, wie eine Bereinigung der Krankenstandsquoten um die Zahl der Krankenstandstage aufgrund von Arbeitsunfällen zeigt. Eine so bereinigte Krankenstandsquote der Arbeiter ist niedriger als die der Arbeiterinnen (Übersicht 1). Für die Angestellten verändert sich die Geschlechterrelation der Fehlzeiten durch die Berücksichtigung der Unfälle nicht. Obwohl die Krankenstandsquoten der Frauen für beide Berufsgruppen höher ist als die der Männer, ist die Quote der Männer wegen des hohen Männeranteils in den Arbeiterberufen nach der Bereinigung höher als jene der Frauen.

Übersicht 1: Unfallbereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht

2004

	Krankenstandstage	Anerkannte Arbeitsunfälle		Krankenstandsquote	
		Insgesamt	Anteile in %	Insgesamt	Bereinigt um Unfälle
				Krankenstandstage in % des Arbeitsvolumens	
Arbeiter	14,098.256	1,359.621	9,6	4,5	4,1
Arbeiterinnen	6,651.926	198.500	3,0	4,3	4,2
Angestellte Männer	5,646.966	148.334	2,6	2,3	2,2
Angestellte Frauen	8,581.080	150.089	1,7	2,5	2,5
Männer insgesamt	19,745.222	1,507.955	7,6	3,5	3,3
Frauen insgesamt	15,233.006	348.589	2,3	3,1	3,0
Insgesamt	34,978.228	1,856.544	5,3	3,3	3,2

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

Im Allgemeinen schwanken die Krankenstände mit dem Konjunkturmuster bzw. mit der Arbeitsmarktlage; häufig ist ein negativer Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und krankheitsbedingten Fehlzeiten festzustellen (Drago – Wooden, 1992, Andrés, 2001, Biffi, 2002). Er wird einerseits auf eine Veränderung der Erwerbstätigenstruktur durch den Konjunkturzyklus zurückgeführt: Im Wirtschaftsaufschwung werden vermehrt Personen mit schwächerer Gesundheit beschäftigt, und durch den Selektionsprozess während eines Wirtschaftsabschwungs verlieren diese Personengruppen mit höherer Wahrscheinlichkeit ihren Arbeitsplatz. Andererseits besteht die Hypothese, dass auch die Stammebelegschaften auf einen Anstieg der Arbeitslosigkeit und schlechte Konjunkturlage zum Teil mit einer Verringerung der Krankenstandstage reagieren (Moral-Hazard-Effekt). Nach den jüngsten Ergebnissen aus der Literatur dürfte dieser zweite Effekt stärker sein als der Selektionseffekt (Askildsen – Bratberg – Nilssen, 2005).

Ein Vergleich der Entwicklung der Krankenstandsquote mit jener der Arbeitslosenquote in Österreich lässt vor allem für die Periode nach 1980 auf einen Zusammenhang zwischen den beiden Größen schließen: Als in den frühen achtziger Jahren die Arbeitslosenquote sprunghaft stieg, gingen die Krankenstände deutlich zurück.

⁸⁾ Teilzeitbeschäftigte dürften im Jahresverlauf weniger Krankenstandstage melden als Vollzeitbeschäftigte. Ihre Zahl wird allerdings als Versicherte vollständig im Nenner der Krankenstandsquote berücksichtigt, sodass sie die Statistik der Krankenstände dämpft.

Konjunktur beeinflusst Krankenstände

Langfristig ist seither zwischen der Arbeitslosigkeit und den Krankenständen eine negative Korrelation zu beobachten. Ökonometrische Analysen zeigen allerdings, dass diese Korrelation zwischen Krankenstands- und Arbeitslosenquote mit Vorsicht interpretiert werden muss (Leoni – Biffi – Guger, 2008). Der einfache konjunkturbedingte Zusammenhang tritt gegenüber Indikatoren, die Strukturveränderungen in der Wirtschaft (Anteil der Arbeiterinnen und Arbeiter an den Beschäftigten, Unfallhäufigkeit) und demographische Verschiebungen in der Erwerbsbevölkerung (Anteil der Älteren an der Erwerbsbevölkerung) widerspiegeln, deutlich zurück.

Großer Einfluss von Strukturwandel und Beschäftigungspolitik

Längerfristige Schwankungen des Volumens der Krankenstände können mit dem Strukturwandel der Wirtschaft in Verbindung gebracht werden. Der technologische Fortschritt, die Tertiärisierung der Wirtschaft und die globale Reallokation von Produktionsfaktoren tragen zu einem überproportionalen Rückgang der Krankenstände in den Berufen mit großen körperlichen Belastungen und Risiken bei: So nahm die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage der Arbeiter zwischen 1980 und 2005 um mehr als 30% ab, jene der angestellten Männer um knapp 20%. Ein Teil dieser günstigen Entwicklung geht auf die Verringerung der Unfälle am Arbeitsplatz zurück, von der vor allem Arbeiter betroffen sind. Zwischen 1980 und 2005 sank die Unfallquote um fast 45%, am stärksten in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre⁹⁾. Neben dem Brancheneffekt, also einer Verlagerung der Beschäftigung vom sekundären in den tertiären Sektor, ist hier auch ein Berufseffekt zu beobachten (Mesch, 2005): Die allgemeine Berufsstruktur verlagert sich kontinuierlich zu den Angestelltenberufen mit höheren Qualifikationsanforderungen; arbeitsintensive Produktionsprozesse mit hohen Belastungen und Verletzungsrisiken werden in Drittländer ausgelagert. Auch die kontinuierliche Ausweitung der Teilzeitbeschäftigung, die in erster Linie Frauen betrifft, wirkt sich – wenn auch nur aus statistischen Gründen – dämpfend auf die Krankenstände aus. Der Strukturwandel der Wirtschaft muss aber nicht zwingend mit einer Verringerung der Arbeitsplatzrisiken und somit der Fehlzeiten einhergehen: Wie die Zunahme der psychischen Erkrankungen nahelegt, können zugleich bestimmte gesundheitliche Risiken abgebaut und andere aufgebaut werden¹⁰⁾.

Die Entwicklung der Krankenstände hängt überdies mit der Gestaltung des Übergangs zwischen Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Pensionsbezug zusammen. Häufig kranke oder chronisch kranke Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer 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 neunziger 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 Beschäftigungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik dürften dazu beigetragen haben, die Krankenstände der älteren Beschäftigten zu senken. Umgekehrt nahmen (nach einem Rückgang in den achtziger Jahren) die Kran-

⁹⁾ 1980 wurden in Österreich je 10.000 Versicherte 770 Unfälle verzeichnet, 1994 619, im Jahr 2002 nur 409. In den neunziger Jahren waren sowohl die Verbesserung des Schutzes der Beschäftigten am Arbeitsplatz als auch die starke Verlagerung von Produktionsstätten aus Österreich ins Ausland, insbesondere nach Osteuropa, dafür maßgebend. In den letzten Jahren nahm die Unfallrate hingegen nicht weiter ab, sie betrug 2006 4,4%.

¹⁰⁾ Laut der europäischen Erhebung der Arbeitsbedingungen nehmen in der EU Zeitdruck und die Intensität der Arbeitsrhythmen am Arbeitsplatz zu: "One of the clearest trends since the first European Survey on Working Conditions was carried out 15 years ago is a rise in the levels of perceived work intensity. This rise, already evident in 2000, is confirmed by national working conditions surveys in most Member states. In almost all countries in the former EU-15, there has been a clear and consistent increase in the levels of the perceived work intensity over the last 15 years" (European Foundation, 2007, S. 58).

kenstände der Arbeitslosen in den letzten 1½ Jahrzehnten stark zu: Die Bezieher und Bezieherinnen von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe hatten im Jahr 1990 im Schnitt 19 Krankenstandstage verzeichnet, dieser Wert ist seither fast kontinuierlich auf 37 Tage (2005) gestiegen. 1990 waren damit die Arbeitslosen durchschnittlich um 4 Tage länger krank als die Beschäftigten, im Jahr 2005 aber um 25 Tage. Diese Entwicklung verdeutlicht, dass heute viele Personen mit gesundheitlichen Problemen arbeitslos sind, die früher direkt aus der Beschäftigung in den vorzeitigen Ruhestand übergetreten wären. Darüber hinaus bildet Arbeitslosigkeit an sich ein Gesundheitsrisiko; vor allem längere Arbeitslosigkeitsepisoden erhöhen das Erkrankungsrisiko stark (Grobe, 2006¹¹⁾).

Übersicht 2: Varianz der Krankenstandsquoten nach Altersgruppen

	Variationskoeffizienten			
	1965/2005	1975/2005	1995/2005	2000/2005
Bis 19 Jahre	0,05	0,05	0,03	0,02
20 bis 24 Jahre	0,05	0,05	0,04	0,04
25 bis 29 Jahre	0,11	0,14	0,06	0,04
30 bis 34 Jahre	0,13	0,15	0,05	0,04
35 bis 39 Jahre	0,11	0,11	0,05	0,03
40 bis 44 Jahre	0,11	0,12	0,07	0,04
45 bis 49 Jahre	0,10	0,13	0,10	0,06
50 bis 54 Jahre	0,16	0,15	0,17	0,13
55 bis 59 Jahre	0,53	0,39	0,27	0,21
60 bis 64 Jahre	1,44	1,85	0,41	0,24
Alle Altersgruppen	0,09	0,12	0,06	0,04

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Dass Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Ruhestand in einem gewissen Ausmaß "kommunizierende Gefäße" bilden, zeigt auch die Unbeständigkeit der Krankenstandsquote der älteren Beschäftigten: Die Krankenstände der über 50-Jährigen schwanken um ein Vielfaches stärker als jene der jüngeren Arbeitskräfte. Übersicht 2 bildet anhand des Variationskoeffizienten die normierte Varianz der Krankenstandsquoten nach Altersgruppen für eine Auswahl von Perioden ab¹²⁾. Die Krankenstandsquoten der 50- bis 54-Jährigen, noch mehr jene der 55- bis 59-Jährigen und der 60- bis 64-Jährigen schwankten demnach stärker als die Quote über alle Altersgruppen. So war im Zeitraum 1995/2005 die Varianz für die 50- bis 54-Jährigen 3-Mal, für die 55- bis 59-Jährigen 5-Mal und für die höchste Altersgruppe 7½-Mal so hoch wie im Durchschnitt. Dieses Ergebnis spricht für die Existenz eines Struktureffekts, wonach Schwankungen der Arbeitslosigkeit und beschäftigungspolitische Maßnahmen den Erwerbsstatus von Älteren und damit das gesamtwirtschaftliche Krankenstandsniveau beeinflussen. Veränderungen des Arbeitsklimas und der Arbeitsplatzbedingungen dürften sich zudem überproportional auf die Krankenstandshäufigkeit der älteren Beschäftigten auswirken.

Das Alter der Beschäftigten korreliert stark mit ihrem Gesundheitszustand und hat daher für die Fehlzeiten hohen Erklärungswert (Paringer, 1983). Die Krankenstandsquote steigt unabhängig vom Geschlecht und der beruflichen Stellung mit zunehmendem Alter stark, wenn auch nicht linear. Die 30- bis 40-Jährigen sind im Durchschnitt jährlich 10 Tage krank, die 55- bis 60-Jährigen mehr als doppelt so lang (22 Tage). Junge Arbeitskräfte, insbesondere Männer, weisen ebenfalls eine leicht überdurchschnittliche Krankenstandswahrscheinlichkeit auf, sodass sich für die Kran-

Alterung der Erwerbsbevölkerung: bisher geringer Einfluss

¹¹⁾ Zudem unterbricht in Österreich Krankheit den Arbeitslosengeldbezug, und die Krankenversicherung übernimmt mit dem Krankengeld die Kosten des Einkommensersatzes. Damit kann sowohl von Seiten der Versicherten – die Zeitspanne des möglichen Arbeitslosengeldbezugs wird dadurch verlängert – als auch von Seiten des AMS, das damit Arbeitslosengeld einspart, Interesse an längerer Krankenstandsdauer bestehen.

¹²⁾ 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.

kenstandsquote entlang des Lebenszyklus ein leicht U-förmiger Verlauf ergibt¹³). Altersspezifische Disparitäten der krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten sind durch Unterschiede zwischen der Frequenz, Dauer und letztlich Ursache von Krankenständen bedingt. Während junge Arbeitskräfte typischerweise eine große Zahl kurzer Krankenstandsepisoden verzeichnen, steigt mit zunehmendem Alter die Länge der Krankenstände stark. Die 50- bis 64-Jährigen machen in der österreichischen Krankenstandsstatistik etwa 16% aller Versicherten aus, ihr Anteil an den Krankenständen liegt aber bei 25%. Aufgrund der großen Bedeutung, die das Alter für die Erklärung von Krankenständen hat, ist es hilfreich, demographische Entwicklungen bei der Interpretation langfristiger Trends zu berücksichtigen.

Die Krankenstandsquote einer Volkswirtschaft ergibt sich nicht nur aus den altersspezifischen Krankenstandsquoten, sondern auch aus der Besetzung der einzelnen Kohorten. Übersicht 3 zeigt anhand einer Shift-Share-Analyse den Beitrag von Veränderungen der Besetzung der Beschäftigung nach Altersgruppen und der altersgruppenspezifischen Krankenstandsquote zur Entwicklung der Krankenstandsquote. Veränderungen der Altersstruktur in den ersten drei Perioden dämpften die Krankenstandsquote, während in den letzten 1½ Jahrzehnten Verschiebungen der demographischen Zusammensetzung allein eine Erhöhung der Krankenstandsquote bewirkt hätten. Der negative Beitrag der demographischen Struktur nahm in den letzten Jahren zu, weil der Anteil der über 50-Jährigen an den Beschäftigten stieg. Da die Babyboom-Generation¹⁴) erst in den nächsten fünf bis zehn Jahren zur Kategorie der älteren Erwerbstätigen gehören wird, ist für die Zukunft eine Verstärkung dieses für die Krankenstandsentwicklung ungünstigen Effekts zu erwarten.

Methodik der Shift-Share-Analyse

Formal lässt sich die allgemeine Krankenstandsquote (ksq) als mit dem Beschäftigungsanteil der einzelnen Untergruppen (s_j) gewichtete Summe der Krankenstandsquoten der einzelnen Untergruppen (ksq_j). Die Krankenstandsquote in einem gegebenen Jahr t ergibt sich demnach aus:

$$ksq_t = \sum_j (ksq_{j,t} s_{j,t}).$$

Änderungen der Quote zwischen zwei Jahren lassen sich demnach so definieren:

$$ksq_t - ksq_{t-1} = \sum_j (ksq_{j,t} s_{j,t}) - \sum_j (ksq_{j,t-1} s_{j,t-1}).$$

Diese Gleichung kann durch eine Umformung zu folgendem Ausdruck erweitert werden:

$$ksq_t - ksq_{t-1} = \left[\sum_j (ksq_{j,t} (s_{j,t} - s_{j,t-1})) \right] + \left[\sum_j (s_{j,t-1} (ksq_{j,t} - ksq_{j,t-1})) \right].$$

Dabei beschreibt die erste Komponente der Gleichung $\left[\sum_j (ksq_{j,t} (s_{j,t} - s_{j,t-1})) \right]$ den Anteil des demographischen Wandels, der zweite Teil $\left[\sum_j (s_{j,t-1} (ksq_{j,t} - ksq_{j,t-1})) \right]$ den Effekt der Veränderung der Krankenstandsquote der einzelnen Altersgruppen.

Die Shift-Share-Analyse zeigt, dass in der Vergangenheit der demographische Effekt vergleichsweise schwach war und in den letzten drei Fünfjahresperioden der Rückgang der altersgruppenspezifischen Krankenstandsquoten die Entwicklung der Altersstruktur um ein Vielfaches überkompensierte. So erhöhte zwischen 2000 und 2005 die Veränderung der Altersstruktur die Krankenstandsquote um 0,09 Prozentpunkte, während sie durch Veränderungen der altersgruppenspezifischen Krankenstands-

¹³) Dieses Muster dürfte auch für andere Länder gelten (siehe z. B. Drago – Wooden, 1992, Bergendorff, 2003).

¹⁴) Der "Babyboom" bewirkte eine starke Besetzung der Kohorten der fünfziger Jahre, die im Jahr 1963 ihren Höhepunkt erreichte.

quote um 0,64 Prozentpunkte gesenkt wurde. Insgesamt resultierte daraus ein Rückgang der Krankenstandsquote um mehr als ½ Prozentpunkt (etwa –2 Krankenstandstage pro Kopf und Jahr). Vor allem in der jüngeren Vergangenheit spielten demnach demographische Veränderungen eine untergeordnete Rolle für die Entwicklung der krankheitsbedingten Fehlzeiten.

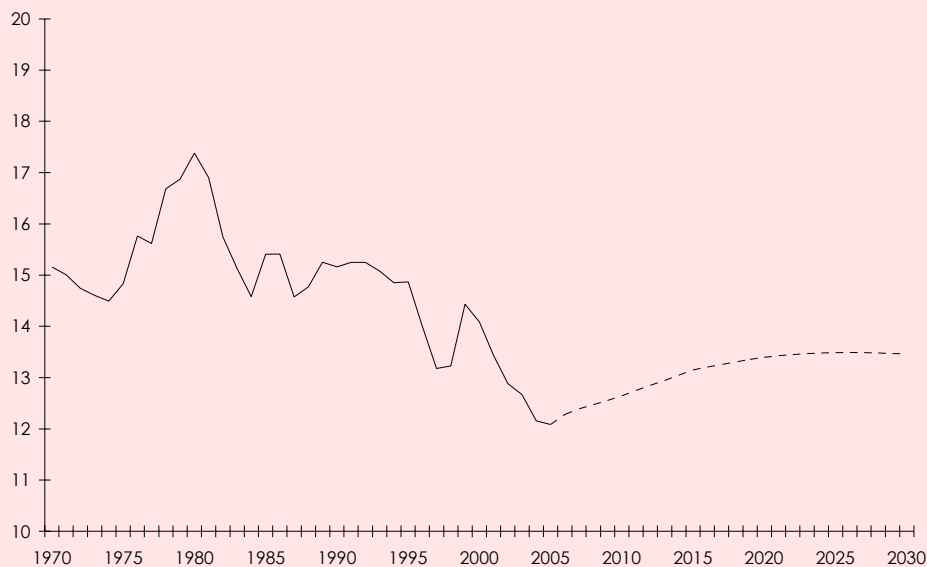
Übersicht 3: Shift-Share-Analyse der Krankenstandsquotenentwicklung

	1975/1980		1980/1985		1985/1990		1990/1995		1995/2000		2000/2005	
	Demographischer Effekt	Andere Effekte	Demographischer Effekt	Andere Effekte	Demographischer Effekt	Andere Effekte	Demographischer Effekt	Andere Effekte	Demographischer Effekt	Andere Effekte	Demographischer Effekt	Andere Effekte
	Veränderung in der Krankenstandsquote in Prozentpunkten											
Bis 19 Jahre	+ 0,03	+ 0,07	- 0,06	- 0,05	- 0,08	+ 0,00	-0,09	-0,00	-0,01	-0,01	-0,03	-0,02
20 bis 24 Jahre	+ 0,05	+ 0,08	+ 0,05	- 0,07	- 0,05	+ 0,04	-0,12	-0,02	-0,07	-0,01	-0,00	-0,05
25 bis 29 Jahre	- 0,05	+ 0,07	+ 0,06	- 0,07	+ 0,06	+ 0,01	+0,00	-0,04	-0,08	-0,03	-0,03	-0,07
30 bis 34 Jahre	- 0,01	+ 0,08	- 0,03	- 0,06	+ 0,07	- 0,01	+0,08	-0,02	+0,00	-0,03	-0,07	-0,07
35 bis 39 Jahre	- 0,00	+ 0,05	+ 0,00	- 0,02	- 0,01	- 0,01	+0,08	-0,02	+0,07	-0,03	-0,02	-0,07
40 bis 44 Jahre	+ 0,06	+ 0,02	+ 0,02	- 0,04	+ 0,01	+ 0,02	-0,00	-0,02	+0,08	-0,04	+0,06	-0,07
45 bis 49 Jahre	- 0,07	+ 0,07	+ 0,08	- 0,06	+ 0,01	+ 0,00	+0,01	+0,02	-0,00	-0,04	+0,07	-0,07
50 bis 54 Jahre	- 0,04	+ 0,11	- 0,07	+ 0,01	+ 0,07	- 0,03	-0,00	+0,02	+0,03	-0,03	+0,01	-0,12
55 bis 59 Jahre	+ 0,13	+ 0,11	- 0,11	+ 0,01	- 0,11	- 0,01	+0,05	-0,01	-0,00	-0,02	+0,09	-0,09
60 bis 64 Jahre	- 0,09	+ 0,07	- 0,05	- 0,04	- 0,02	- 0,02	-0,01	+0,00	+0,01	-0,01	+0,02	-0,02
Ab 65 Jahre	- 0,02	- 0,00	- 0,02	- 0,01	- 0,00	- 0,00	-0,00	+0,00	-0,00	-0,00	-0,00	-0,00
Insgesamt	- 0,03	+ 0,73	- 0,13	- 0,41	- 0,06	- 0,01	+0,01	-0,09	+0,03	-0,25	+0,09	-0,64
Insgesamt	+ 0,70		- 0,54		- 0,07		- 0,08		- 0,21		- 0,55	

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 6: Auswirkung des demographischen Wandels auf die Entwicklung der Krankenstände

Durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage pro Kopf der Versicherten



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Statistik Austria, WIFO-Berechnungen. Szenario der Entwicklung der Krankenstandsquoten auf Basis der altersspezifischen Krankenstandsquoten 2005, unter Berücksichtigung der demographischen Veränderung und der Annahme steigender Beschäftigungsquoten der über 50-Jährigen.

Um zu prüfen, ob der Eintritt der Babyboom-Generation ins höhere Erwerbsalter dieses Muster ändern und die Krankenstände stark steigen lassen wird, wurde auf Basis der österreichischen Bevölkerungsprognose und unter der Annahme einer signifikanten Steigerung der Beschäftigungsquoten der über 50-Jährigen ein Entwicklungsze-

nario der Krankenstandsquote für die nächsten 2½ Jahrzehnte simuliert¹⁵). Demnach wird der demographische Alterungsprozess der Erwerbsbevölkerung die Krankenstände zunehmen lassen. Dieser demographische Effekt allein wird allerdings begrenzt sein, die Simulationsergebnisse zeigen einen Anstieg der durchschnittlichen Krankenstandstage um etwa 2 Tage auf 13,5 pro Kopf und Jahr (Krankenstandsquote 3,7%). Das entspricht dem Stand von 2001 und liegt deutlich unter den Höchstwerten der achtziger und neunziger Jahre. Das lässt den Schluss zu, dass der Eintritt der Babyboom-Generation in das höhere Erwerbsalter unter der Annahme gleichbleibender altersspezifischer Krankenstandsquoten keinen Niveausprung der Fehlzeiten auslösen wird. Die tatsächliche Entwicklung der Krankenstände wird vielmehr davon abhängen, wie sich die Krankenstandshäufigkeit der älteren Beschäftigten, auch angesichts institutioneller und beschäftigungspolitischer Rahmenbedingungen sowie der Belastungen am Arbeitsplatz, entwickelt.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

In Österreich schwankt die Entwicklung der Krankenstände langfristig beträchtlich. Seit 1980 ist allerdings ein tendenzieller Rückgang der Krankenstände der Beschäftigten zu beobachten, der in der Periode 2000/2006 besonders ausgeprägt war. Dahinter stehen zum Teil die Auswirkungen von Maßnahmen der Arbeitsmarkt-, Beschäftigungs- und Sozialpolitik. Diese wirken sich vor allem auf die Krankenstände der älteren Beschäftigten aus, die einen überproportionalen Anteil am Krankenstandsvolumen haben. Die hohe Fluktuation der Krankenstände älterer Arbeitskräfte bestätigt, dass die Gestaltung des Übergangs zwischen Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und Ruhestand für die Krankenstandsentwicklung eine wichtige Rolle spielt: Häufig kranke oder chronisch kranke Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind den Anforderungen ihres Arbeitsplatzes oft nicht mehr voll gewachsen und wählen, je nach betriebs-, arbeits- und sozialpolitischen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen, einen Frühausstieg aus dem Erwerbsleben. Letzterer führt häufig über Arbeitslosigkeit und hohe Krankenstände zur Invaliditäts- oder Frühpension.

Auch vom Strukturwandel der Wirtschaft herbeigeführte Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt beeinflussen die Krankenstände. Wie das Beispiel des langfristigen Rückgangs der Arbeitsunfälle nahelegt, werden die Krankenstände durch die steigende Bedeutung von hochqualifizierten Angestelltenberufen und die Verlagerung von arbeitsintensiven, mit hohen Gesundheitsrisiken behafteten Produktionstätigkeiten ins Ausland gedämpft. Damit verringert sich vor allem für männliche Arbeiter die hohe Krankenstandsquote und nähert sich dem Niveau der Angestellten an. Zugleich verändert sich die Bedeutung einzelner Krankenstandsursachen – Verletzungen verlieren an Gewicht, während psychische Erkrankungen an Bedeutung gewinnen. Der Anstieg der Arbeitslosigkeit seit den achtziger Jahren dürfte in einer langfristigen Betrachtung ebenfalls dazu beigetragen haben, die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage pro Kopf der Beschäftigten zu senken.

Die Wirkung von Veränderungen der demographischen Struktur der Erwerbsbevölkerung kann in den Krankenstandsdaten isoliert werden. Während in den siebziger und achtziger Jahren demnach die demographische Entwicklung die Fehlzeiten begünstigte, erhöht seit den neunziger Jahren die Alterung der Beschäftigten das Krankenstandsniveau. Dennoch prägen bisher nicht demographische, sondern vor allem altersspezifische Veränderungen der Krankenstandsquote das Krankenstandsgeschehen. Bei gleichbleibenden altersspezifischen Krankenstandsquoten bewirkt auch der Eintritt der Babyboom-Generation in das höhere Erwerbsalter einen durchschnittlichen Anstieg um nur 2 Krankenstandstage pro Kopf und Jahr. Der demographische Wandel bildet dennoch eine Herausforderung, wenn die Krankenstandsquote niedrig gehalten werden soll: Die künftige Entwicklung der Krankenstände wird maßgeblich davon abhängen, in welchem Ausmaß und unter welchen Ar-

¹⁵) Die Entwicklung der Krankenstandsquote wurde, ausgehend von der Bevölkerungsprognose von Statistik Austria und von den altersspezifischen Krankenstandsquoten (2005), mit Hilfe folgender Annahmen berechnet: konstante Beschäftigungsquote (Basis 2004) für die Altersgruppen bis einschließlich der 49-Jährigen und lineare Steigerung für die Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen, sodass deren Beschäftigungsquote auf 65% steigt.

beitsplatzbedingungen Ältere am Erwerbsprozess beteiligt und wie die Übergänge zwischen Erwerbstätigkeit und Ruhestand gestaltet sein werden.

Die Vielzahl und Heterogenität der Bestimmungsgründe der Krankenstände lassen erkennen, dass in diesem Bereich Forschungsbedarf besteht. Die Daten der Krankenstandsstatistik sind ein wichtiger Ausgangspunkt; für eine genauere Untersuchung der Ursachen von Krankenständen sind allerdings zusätzliche Datenquellen unerlässlich, die nicht zuletzt Informationen über die Rolle der Arbeitsbedingungen für die Erhaltung der Gesundheit der Beschäftigten geben.

- Alexanderson, K., Söderberg, E., "Sickness Certification Practices of Physicians: A Review of the Literature", *Scandinavian Journal of Public Health*, 2003, 31 (6).
- Andrén, D., "Exits From Long-term Sickness in Sweden", *Scandinavian Working Papers in Economics*, 2001, 48.
- Askildsen, J. E., Bratberg, E., Nilsen, O. A., "Unemployment, Labor Force Composition and Sickness Absence: A Panel Data Study", *Health Economics*, 2005, 14, S. 1087-1101.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit*, Berlin-Heidelberg, 2006.
- Barnby, T., Ercolani, M., Treble, J., "Sickness Absence: An International Comparison", *The Economic Journal*, Juni 2002, S. 315-331.
- Bergendorff, S., *Sickness Absence in Europe – A Comparative Study*, National Social Insurance Board Sweden, Stockholm, 2003, <http://www.issa.int/pdf/anvers03/topic5/2bergendorff.pdf>.
- Biffi, G., "Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator", *WIFO-Monatsberichte*, Wien, 2002, 75(1), S. 39-52, http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&id=21032&typeid=8&display_mode=2.
- Biffi, G., "The Socio-Economic Background of Health in Austria. With Special Emphasis on the Role of the Employment Status", *Austrian Economic Quarterly*, 2005, 10(1), S. 40-54, http://www.wifo.ac.at/www/jsp/index.jsp?fid=23923&id=25501&typeid=8&display_mode=2.
- 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.
- Bonato, L., Lusinyan, L., "Work Absence in Europe", *IMF Working Paper*, 2004, (193).
- Bridges, S., Mumford, K., "Absenteeism in the UK: A Comparison Across Genders", *Manchester School*, 2001, 69(3), S. 276-284.

Literaturhinweise

Sick Leave in Austria: Determinants and Outlook – Summary

In Austria, a decline in the number of persons on sick leave can be observed over the medium as well as long term. This trend is accompanied by a shortening of average sick spells and an increase in short-term sick leaves. At the same time, a shift can be found in the ranking of causes – thus injuries are down while mental problems are on the rise. Underlying these trends are developments caused by structural change, reflected foremost in the sectoral and occupational structure of the labour market. As is indicated by the accidents at work example, the greater prevalence of high-skilled white-collar occupations and the shifting of labour-intensive production with its inherent health-related risks to third countries have had a positive impact on sickness statistics. As a result, the gap between sick leave spells among blue- and white-collar workers is diminishing. Such structural aspects are overlaid by institutional as well as economic cycle and economic policy changes. The high fluctuation of sick leave rates among older workers signals that the modes of transition used between employment, unemployment and retirement are of great importance for sick leave figures.

Shifts in the demographic structure of the gainfully employed part of the population also reflect on the sick leave data. While demography in the 1970s and 1980s acted positively on sick leave statistics, the change in the employees' age structure has been negatively impacting on sick leave figures since the 1990s. Nevertheless it is not demographic change so much as age-specific morbidity that has so far shaped the situation. Were age-specific sick spell rates to remain unchanged, even the ageing of the baby boom generation would not greatly boost sickness absence from work. Nevertheless, demographic change still constitutes a challenge in keeping sick spells at a low level: future sick leave trends will greatly depend on how much and under what working conditions older persons will continue to be actively employed and how transition between employment and retirement will be handled.

- Case, A., Paxson, C., "Sex Differences in Morbidity and Mortality", NBER Working Paper, 2004, (10653).
- Drago, R., Wooden, M., "The Determinants of Labour Absence: Economic Factors and Work Group Norms", *Industrial and Labor Relations Review*, 1992, 45, S. 34-47.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Fourth European Survey on Working Conditions 2005*, Luxemburg, 2007.
- Grobe, T., "Sterben Arbeitslose früher?", in Holleder, A., et al., *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit, Handbuch Gesundheitswissenschaften*, Hogrefe Verlag, Göttingen, 2006.
- Ichino, A., Moretti, E., "Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap", NBER Working Paper, 2006, (12369).
- Leoni, T., Biffl, G., Guger, A., *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.
- 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.
- Mesch, M., "Der Wandel der beruflichen Struktur der österreichischen Beschäftigung 1991-2001", in Mesch, M. (Hrsg.), *Der Wandel der Beschäftigungsstruktur in Österreich. Branchen – Qualifikationen – Berufe*, Wien, 2005, S. 219-286.
- Meggeneder, O., *Krankstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe*, Wien, 2005.
- OECD, *Health Data 2006*, Paris, 2006, http://oberon.sourceoecd.org/vl=1716445/cl=12/nw=1/rpsv/statistic/s37_about.htm?inlissn=99991012.
- Paringer, L., "Women and Absenteeism: Health or Economics?", *The American Economic Review*, 1983, 73(2), S. 123-127.
- Vistnes, J. P., "Gender Differences in Days Lost Due to Illness", *Industrial and Labor Relations Review*, 1997, 50(2), S. 304-323.