

■ DER KRANKENSTAND ALS WICHTIGER ARBEITSMARKTINDIKATOR

Die Krankenstandshäufigkeit hängt nicht nur von der Alters- und Geschlechtsstruktur der Arbeitskräfte ab, sondern auch von der Wirtschaftsstruktur, den Arbeitsbedingungen und gesetzlichen Regelungen. In den letzten 20 Jahren blieb sie in Österreich dank des umfangreichen Einsatzes von Erwerbsunfähigkeits- und Frühpensionen niedrig. Maßnahmen zur Verlängerung der Erwerbstätigkeit älterer Arbeitskräfte im Gefolge der Umsetzung der Ziele der EU-Beschäftigungspolitik und der Lösung der Finanzierungsprobleme der Pensionen werden die Krankenstandsquote anheben. Damit wird ein Anstieg der Lohnnebenkosten verbunden sein ebenso wie ein zunehmender finanzieller Druck auf die Krankenversicherungen durch vermehrte Lohnersatzleistungen für längerfristigen Krankenstand.

Die Entwicklung des Krankenstands der erwerbstätigen Bevölkerung liefert einen Einblick in einen wesentlichen Aspekt der Wohlfahrt in Österreich. Nach einer langen Phase des Rückgangs der Krankenstände setzte gegen Ende der neunziger Jahre eine Trendumkehr ein. Diese Entwicklung hängt mit der Alterung der Erwerbsgesellschaft zusammen sowie mit der restriktiveren Gestaltung der Gewährung von Frühpensionen und Erwerbsunfähigkeitspensionen. Zwischen den frühen achtziger und der Mitte der neunziger Jahre hatte der sozial- und arbeitsmarktpolitisch motivierte starke Einsatz von Erwerbsunfähigkeits- und Frühpensionen die Krankenstände tendenziell verringert. Der Eintritt der „Babyboomgeneration“ in das Pensionsalter belastet das Versorgungssystem jedoch wesentlich stärker als der Abgang der relativ schwachen Geburtsjahrgänge Mitte der achtziger Jahre.

Nicht nur finanzielle Überlegungen im Pensionsbereich lassen einen längeren Verbleib der Älteren auf dem Arbeitsmarkt erwarten, sondern auch die demographisch bedingte Verknappung von Arbeitskräften (Biffel, 1998). Überdies ist Österreich bemüht, im Rahmen der Ziele der europäischen Beschäftigungspolitik ältere Arbeitskräfte länger im Erwerbsprozess zu halten (Europäischer Rat, 2001). Das ist für Österreich eine größere Herausforderung als für die meisten anderen EU-Länder, da es zusammen mit Belgien und Italien den geringsten Integrationsgrad älterer Arbeitskräfte in den Arbeitsmarkt aufweist. Dies legt eine Auseinandersetzung mit der Größenordnung und der Entwicklung der Abwesenheit vom Arbeitsplatz infolge Krankheit oder Unfall nahe, um wirtschafts-, ar-

Begutachtung: Helmut Mahringer •
Wissenschaftliche Assistenz: Julia Bock-Schappelwein, Peter Bartunek •
E-Mail-Adresse: Gudrun.Biffel@wifo.ac.at • Der Artikel baut auf einer umfassenden Studie des WIFO im Auftrag des AMS-Österreich auf. Besonderer Dank gilt Karl Grillitsch vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der die Daten der Arbeiter und Angestellten zur Verfügung stellte, sowie Rozalija Fodor und Christine Voigt vom Bundesministerium für öffentliche Leistung und Sport für die Daten des Bundes und Ewald Bartunek von Statistik Austria.

beitsmarkt- und sozialpolitische Maßnahmen treffen zu können, die dem zu erwartenden Anstieg des Krankenstands und den damit verbundenen finanziellen Belastungen der Betriebe und Sozialversicherungsträger entgegenwirken.

Die Absenzquote der Arbeitskräfte infolge von Krankheit unterscheidet sich stark zwischen Branchen, Berufen, Tätigkeiten, Alter und Geschlecht. Im Ausland wird ihre Entwicklung häufig zusätzlich zu den Streikaktivitäten als Indikator für eine Veränderung der Arbeitsbeziehungen herangezogen (Kenyon – Dawkins, 1989, Allen, 1984). Da in Österreich die Streikaktivitäten äußerst gering sind, eignen sie sich allein nicht als Basis für diesen Indikator; die Entwicklung der Krankheitsabsenz nach Branchen könnte aber Anhaltspunkte dafür liefern. Der Krankenstand hat zudem für die Entwicklung der direkten und indirekten Arbeitskosten sowie für das Finanzierungssystem des Gesundheitswesens einerseits und die Verhaltensmuster der Arbeitskräfte andererseits große Bedeutung. Dennoch wurde der Ausfall an Arbeitsstunden infolge von Krankheit und Unfällen in Österreich bisher kaum analysiert.

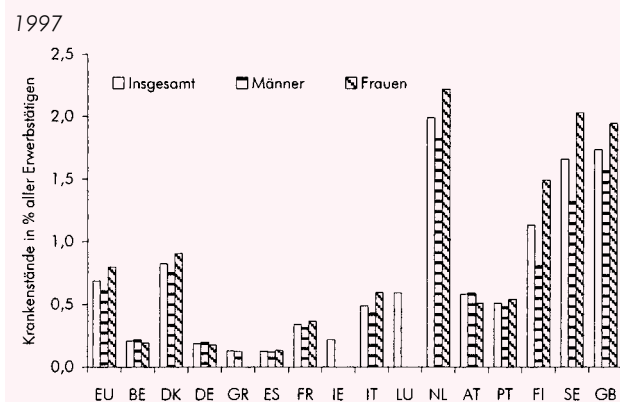
ÖSTERREICH IM INTERNATIONALEN MITTELFELD DER ARBEITSAUSFÄLLE INFOLGE KRANKENSTANDS

Ein internationaler Vergleich des Verlustes an Arbeitszeit infolge von Krankenständen ist schwierig, da sich viele Aspekte, die das Arbeitsvolumen beeinflussen, zwischen den Ländern unterscheiden. So variiert etwa die Zahl der Feiertage, ebenso das Ausmaß an Voll- und Teilzeitbeschäftigung (OECD, 1991) und die Wirtschaftsstruktur. Da längere Krankheit (mehr als 3 Tage) auch im Ausland üblicherweise den Urlaub unterbricht, dürften unterschiedliche Urlaubsstrukturen nach Alter und Branchen keinen Einfluss auf den Verlust an Arbeitszeit infolge Krankheit bzw. Unfall haben. Internationale Abweichungen der Krankenstandsquote können aber auch die Folge unterschiedlicher Krankenstandsregelungen einerseits und unterschiedlicher Arbeitsbedingungen andererseits sein.

Einen ersten Einblick gewährt die Arbeitskräfteerhebung der EU, die den Krankenstand in der Erhebungswoche erfasst (Inzidenzquote: Krankenstandsfälle je Erwerbstätigen). Für einen Vergleich der Zahl der verlorenen Arbeitstage infolge von Krankheit bzw. Unfall in einem Jahr (Krankenstandsquote: verlorene Arbeitstage infolge von Krankheit oder Unfall im Jahr in Prozent des Jahresarbeitsvolumens in Tagen) müssen die institutionellen Unterschiede in der Erfassung (ab welchem Tag der Krankheit) und im Leistungsumfang¹⁾ berücksichtigt werden.

¹⁾ Der Leistungsumfang unterscheidet sich vor allem durch die Dauer der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber, die Höhe des Kranken-

Abbildung 1: Krankenstandsinzidenz in der EU nach Mitgliedsländern und Geschlecht



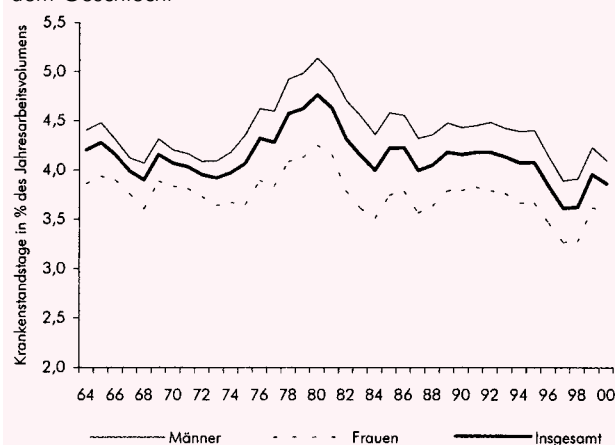
Q: Eurostat.

Die Arbeitskräfteerhebung ist international weitgehend standardisiert; die privaten Haushalte werden befragt, welche Haushaltsmitglieder erwerbstätig sind und ob sie in der Erhebungswoche wegen eines Krankenstands keiner Erwerbstätigkeit nachgehen konnten. Diesen Daten zufolge waren im Jahr 1997 (letzte verfügbare Daten für alle EU-Länder) 0,7% aller Erwerbstätigen in der Erhebungswoche (im Monat März) krank. Am höchsten war die Krankenstandsinzidenz in den Niederlanden mit 2% vor Schweden und Großbritannien mit jeweils 1,7%. In Österreich blieb sie mit 0,6% etwas unter dem Durchschnitt. Am geringsten war die Arbeitsabsenz infolge Krankenstands in Griechenland und Spanien mit 0,1% vor Irland mit 0,2%. Die Rangordnung der Länder veränderte sich zwischen 1995 und 1997 nicht. In den meisten Ländern ist die Inzidenzquote des Krankenstands der Frauen höher als die der Männer. Ausnahmen sind Österreich, Belgien und Deutschland.

Hinweise auf das Ausmaß des krankenstandsbedingten Produktionsausfalls im Laufe eines Jahres liefert die Krankenstandsquote aufgrund der administrativen Daten aus der Sozialversicherung der einzelnen Länder. In Deutschland und Norwegen ähneln die Regelungen und institutionellen Strukturen jenen in Österreich, in Schweden ist das Leistungsspektrum umfassender (Bliksvær – Helliesen, 1997). Ein Vergleich der Entwicklung des Krankenstands in Österreich mit Deutschland ist daher mit relativ geringen Problemen der mangelnden Ver-

gelds im Falle eines längeren Krankenstands, den Beginn der Lohnfortzahlung (nach einem oder mehreren Krankenstandstagen), dem Umfang des Mutterschutzes und der Verteilung der Kosten auf Arbeitgeber und Krankenversicherung. In Österreich hängt die Dauer der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber von der Dauer des Dienstverhältnisses ab. Bis zum Jahr 2000 waren Arbeiter und Angestellte arbeitsrechtlich nicht gleichgestellt. Die gesetzliche Gleichstellung, die mit einer Verringerung des Krankenversicherungsbeitrags der Dienstgeber verbunden war, erhöht die Motivation der Betriebe, den Krankenstand (insbesondere der Arbeiter) zu verringern, nicht zuletzt wegen der Änderung des Kostenersatzes für Arbeiter. Das dürfte zu einer Annäherung der Krankenstandsquoten von Arbeitern und Angestellten beitragen (Bundesarbeitskammer, 2001).

Abbildung 2: Entwicklung der Krankenstandsquoten nach dem Geschlecht



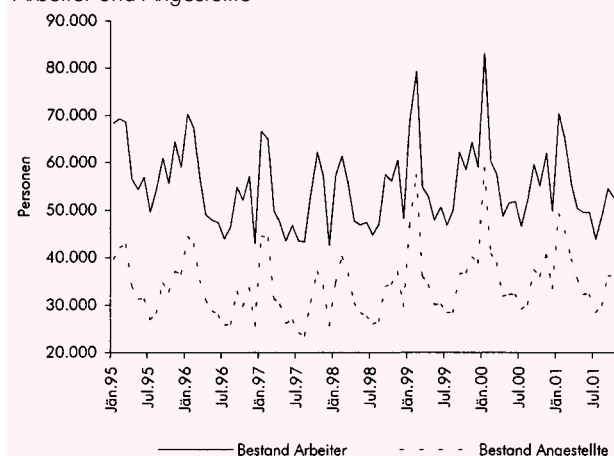
gleichbarkeit infolge von leistungs- und erfassungsbedingten Unterschieden verbunden.

Die Grundlage für die österreichischen Krankenstandsdaten bildet die jährlich veröffentlichte Krankenstandsstatistik des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger; sie enthält neben den Arbeitern und Angestellten auch die Vertragsbediensteten des Bundes, nicht jedoch die Beamten. Als Krankenstand werden Krankheit und Kuraufenthalte in Kalendertagen gezählt; die Krankenstandsquote wird für die Angestellten ohne Kurzkrankenstände (d. h. Krankenstände, die weniger als 3 Tage dauern) angegeben, für die Arbeiter werden die Krankenstände meist vom ersten Tag an erfasst. Der Hauptverband schätzt die Untererfassung der Krankenstandstage für Angestellte auf 1%; die Krankenstandstage der Arbeiter dürften nahezu vollständig registriert werden. Die Krankenstandsquote der Angestellten wird durch die Untererfassung der ersten zwei Krankenstandstage nur in der zweiten Kommastelle beeinflusst.

Die Summe der Kalendertage, an denen unselbständig Erwerbstätige (ohne Beamte) im Laufe eines Jahres krank (verunfallt) waren, weist ein deutliches Konjunkturmuster auf. Das Niveau hat sich aber den Hauptverbandsdaten zufolge im Durchschnitt der letzten 36 Jahre nicht wesentlich verändert. Darin schlägt sich – angesichts der Steigerung der Zahl der Versicherten über diese Periode um rund 420.000 oder 18% – die Verringerung der durchschnittlichen Krankenstandstage je unselbständig Beschäftigten und damit der Krankheitsabsenzzrate nieder.

Da die Statistik des Hauptverbandes zwischen Arbeitstagen oder Sonn- und Feiertagen nicht unterscheidet, ist der Verlust an Arbeitstagen geringer als die Summe der Krankenstandstage. Im Durchschnitt dürfte die Zahl der verlorenen Arbeitstage fünf Siebentel der Gesamtsumme der verlorenen Kalendertage ausmachen.

Abbildung 3: Monatliche Krankenstände in Österreich für Arbeiter und Angestellte

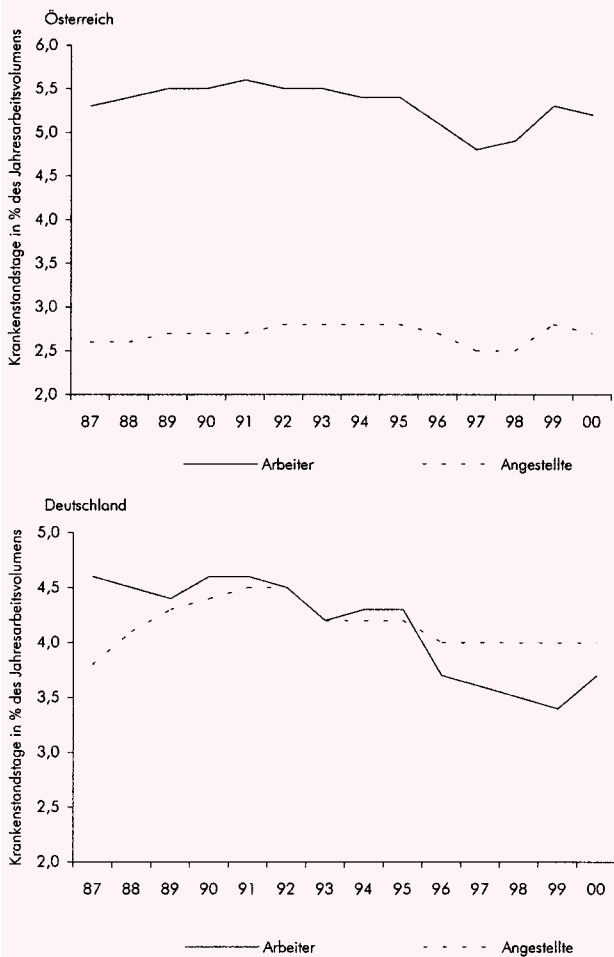


Im Jahr 1964 fielen 36,2 Mio. Kalendertage infolge von Krankheit oder Unfall als Arbeitstage aus; 2000 waren es 39,2 Mio. Tage, um 3 Mio. Tage oder 8% mehr. Die Zahl der Krankenstandstage ist stets im Tiefpunkt der Rezession am geringsten und steigt im Konjunkturaufschwung. Das ist vor allem eine Folge der Verringerung der Beschäftigung. Die Krankenstandsquote, d. h. die relative Belastung der Erwerbstätigen durch Krankheit oder Unfall, schwankt aber ebenfalls prozyklisch – in Phasen steigender Arbeitslosigkeit verlieren jene Personengruppen, die häufiger krank sind, den Arbeitsplatz zuerst. Dieses Phänomen wird auch in anderen Ländern beobachtet und wird in der angelsächsischen Literatur als „healthy worker effect“ bezeichnet, d. h. die Beschäftigten sind im Durchschnitt gesünder als die Erwerbslosen.

Der Verlust an Jahresarbeitszeit als Folge von Krankheit und Unfällen setzt sich aus drei Komponenten zusammen: der Zahl der Krankenversicherten, die im Laufe eines Jahres krank werden, der Häufigkeit und der Dauer der Krankenstandsfälle. Im Laufe eines Jahres waren in den neunziger Jahren im Durchschnitt zwischen 50% und 60% aller Beschäftigten zumindest einmal im Jahr im Krankenstand. Den Hauptverbandsdaten zufolge erhöhte sich die durchschnittliche Zahl der Krankenstandsfälle je Versicherten zwischen 1964 und 2000 von 0,8 auf 1,1 pro Jahr. Die Dauer eines Krankenstandsfalles verringerte sich in derselben Zeitspanne allerdings von 19,3 auf 12,6 Tage. Die Krankenstandsquote lag im Jahr 2000 bei 3,9%²⁾. Da zur Berechnung der Krankenstandsquote sowohl für das Arbeitsvolumen der Versicherten als auch für die Krankenstandstage Kalendertage verwendet werden, wird der Verlust an Arbeitstagen durch Krankheit von der Krankenstandsquote relativ ge-

²⁾ Die Krankenstandsquote von 3,9% im Jahr 2000 ergibt sich aus der Summe der Krankenstandstage im Jahr (39,204.749) dividiert durch das Arbeitsvolumen der Versicherten im Jahresdurchschnitt (2,783.478, multipliziert mit 365 Kalendertagen).

Abbildung 4: Krankenstandsquoten von Arbeitern und Angestellten in Österreich und Deutschland



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Bundesministerium für Gesundheit, Bonn-Berlin.

nau gemessen; er war demnach um ein Drittel geringer als im Fall der Arbeitslosigkeit der Unselbständigen (5,8%).

Die Krankheitsabsenz weist in Österreich ebenso wie im Ausland eine deutliche Saisonalität auf³⁾. Sie ist im Sommer am geringsten, steigt im Herbst und erreicht in der Zeit der Grippewellen im Jänner und Februar einen Höhepunkt. Im Jahresvergleich kann die Zahl der Krankenstandstage vor allem in den Wintermonaten je nach Intensität der Grippewellen deutlich schwanken. Nach *Andrén* (2001A) ist in Schweden zwar die Krankenstandsquote in den Sommermonaten am geringsten, die Krankenstandsepisoden sind aber besonders lang; im Sommer schlagen demnach vor allem langwierige und schwierige Krankenstandsfälle durch.

In Deutschland war die Krankenstandsquote im Jahr 2000 mit 4,2% etwas höher als in Österreich, obwohl Kuraufenthalte in Deutschland nicht in die Berechnung einbezogen werden. Im mehrjährigen Vergleich ist die

³⁾ Sie ist auch nicht unabhängig von der Beschäftigungsform der Arbeitskräfte; *Barmby – Treble* (1991) weisen nach, dass befristet Beschäftigte besonders selten krank sind.

Krankenstandsquote in Österreich stets niedriger als in (West-)Deutschland, und zwar sowohl für Männer als auch für Frauen. Das ist das Resultat einer merklich geringeren Krankenstandsquote der Angestellten in Österreich, während sich die Quote für Arbeiter und Angestellte in Deutschland kaum unterscheidet: Die Krankenstandsquote der Arbeiter ist in Österreich etwa doppelt so hoch wie die der Angestellten (2000: 5,2% gegenüber 2,7%), während sie in Westdeutschland ohne Betriebskrankenkassen sogar etwas niedriger ist als die der Angestellten (2000: 3,7% gegenüber 4%). Wenn man die Betriebskrankenkassen und die allgemeinen Ortskrankenkassen mit berücksichtigt, erhöht sich zwar vor allem die Krankenstandsquote von Arbeitern; dennoch bleibt der Unterschied zwischen Arbeitern und Angestellten in Deutschland relativ gering (*Schnabel*, 1997).

Unterschiede in der Wirtschaftsstruktur können diese Diskrepanz der Quote nach dem Beschäftigungsstatus nicht erklären: Der Sachgüterbereich, insbesondere die Bauwirtschaft, weist eine überdurchschnittliche Krankenstands- bzw. Unfallquote auf, sodass die Krankenstandsquote aller Arbeitnehmer in Ländern mit hohem Sachgüteranteil an der Beschäftigung ebenfalls höher ist. Die Wirtschaftsstruktur unterscheidet sich jedoch zwischen Österreich und Deutschland wenig – der Anteil der Sachgüterproduktion an der Erwerbstätigkeit ist in Österreich etwas geringer als in Deutschland (1999: 29,8% gegenüber 33,8% in Deutschland; *Europäische Kommission*, 2001), während die Bauwirtschaft ein etwas höheres Gewicht hat. Ein Faktor für die relativ hohe Krankenstandsquote der Arbeiter in Österreich könnte sein, dass im internationalen Vergleich relativ schwache Anreize bzw. Kontrollen für die Einhaltung von Sicherheits- und Gesundheitsstandards für Arbeiter bestehen.

KRANKENSTAND NIMMT MIT STEIGENDER ARBEITSLOSIGKEIT AB

Die Entwicklung der Krankenstandsquote weist international ein deutliches Konjunkturmuster auf. Der im Allgemeinen negative Zusammenhang zwischen Krankenstand und Arbeitslosigkeit ist in der Literatur gut dokumentiert (*Larson – Fukami*, 1985, *Leigh*, 1985, *Drago – Wooden*, 1992, auf Arbeitnehmerebene; *Markham – McKee*, 1991, auf Unternehmensebene; *Leigh*, 1985, auf Branchenebene; *Doherty*, 1979, *Leigh*, 1985, *Lantto – Lindblom*, 1987, *Bæckman*, 1998, *Andrén*, 2001A, auf Länderebene). *Sundberg* (1996) untersucht die Beziehung zwischen Krankenstandsdauer und Arbeitslosigkeitserfahrung für Schweden. Demnach bleiben Arbeitnehmer, die schon einmal arbeitslos waren, im Durchschnitt länger im Krankenstand als jene, die noch niemals arbeitslos waren (*Andrén*, 2001B). Kausalzusammenhänge sind nicht einfach festzulegen, dürften aber wohl in beide Richtungen verlaufen, d. h. Krankheit

kann durch Arbeitslosigkeit ebenso ausgelöst werden wie sie selbst der Auslöser für Arbeitslosigkeit sein kann.

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosen- und Krankenstandsquote wird in der Folge für Österreich und Deutschland mit einer linearen Regressionsanalyse statistisch geschätzt, mit folgendem Ergebnis:

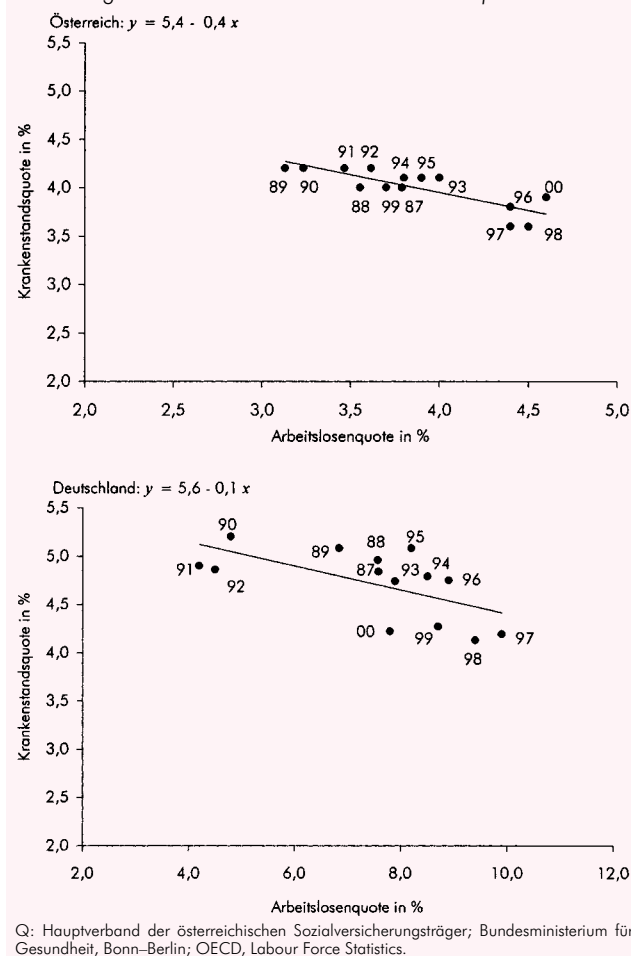
- In Österreich „erklärt“ die Entwicklung der Arbeitslosenquote den Verlauf der Krankenstandsquote in der Periode 1987/2000 zu 68%.
- In Deutschland ist der negative Zusammenhang zwischen Arbeitslosenquote und Krankenstandsquote im selben Zeitraum weniger hoch ($R^2 = 0,38$), im Zeitraum 1974/2000 beträgt der Erklärungswert hingegen 74%. Der geringe Erklärungswert in der Periode 1987/2000 resultiert zum Großteil aus statistischen Brüchen und realen Umbrüchen auf dem Arbeitsmarkt im Gefolge der deutschen Wiedervereinigung, die sich in einer Instabilität mancher Verhaltensmuster niederschlagen.
- Bei einem Anstieg der Arbeitslosenquote um 1 Prozentpunkt sinkt die Krankenstandsquote in Österreich um 0,4 Prozentpunkte.

Für Australien macht eine Zeitreihenanalyse (Kenyon – Dawkins, 1989) ebenfalls eine statistisch hoch signifikante negative Korrelation zwischen dem Verlust an Arbeitstagen infolge Krankheit und der Arbeitslosigkeit deutlich. Die Krankheitsabsenz ist im Winter häufiger als im Sommer; weiters nimmt mit steigendem Einkommen die Krankheitsdauer ab. Der Beruf hat einen signifikanten Einfluss auf Krankenstandsinzidenz und -dauer; eine Verringerung der Normarbeitszeit dämpft die krankheitsbedingte Arbeitsabsenz.

Auch aus anderen Studien geht hervor, dass Arbeitnehmer, die regelmäßig Überstunden leisten (mehr als die Normarbeitszeit), höhere krankheitsbedingte Fehlzeiten aufweisen als Arbeitnehmer ohne Überstunden (Leslie, 1982, Chaudhury – Ng, 1992, Brown, 1999, Biffi, 1999). Auch teilzeitbeschäftigte Arbeitnehmer sind zum Teil überdurchschnittlich häufig im Krankenstand (Australien, Kanada, USA, Türkei), so auch in Österreich im Fall der Männer. Männer dürften in höherem Maße als Frauen aufgrund psychischer und physischer Behinderungen nur einer Teilzeitarbeit nachgehen. Auch in Norwegen liegt die Krankenstandsquote der Teilzeitbeschäftigten in einigen Bereichen über der Krankenstandsquote der Vollzeitbeschäftigten (etwa im öffentlichen Dienst: +2 Prozentpunkte; Statistics Norway, 2000). Teilzeitbeschäftigte ohne physische oder psychische Beeinträchtigungen haben in den meisten Ländern geringere Krankenstandsquoten als Vollzeitbeschäftigte (OECD, 1991).

Die ökonomische Theorie des Arbeitskräfteangebotes liefert folgende Erklärungen für dieses Reaktionsmuster der Arbeitskräfte:

Abbildung 5: Arbeitslosen- und Krankenstandsquote



- Arbeitskräfte fühlen sich in Phasen steigender Arbeitslosigkeit mehr vom Verlust des Arbeitsplatzes bedroht als in Phasen sinkender Arbeitslosigkeit, weil sie annehmen, dass die Wahrscheinlichkeit der Kündigung für krankheitsanfällige Arbeitskräfte größer ist. Arbeitslosigkeit ist somit ein Indikator für die Wahrscheinlichkeit der „Bestrafung“ des Arbeitnehmers durch den Arbeitgeber für die Inanspruchnahme von überdurchschnittlichen Krankenständen (penalty function). Arbeitskräfte signalisieren daher in Phasen steigender Arbeitslosigkeit durch geringe Krankenstände Wohlverhalten, um ihren Arbeitsplatz zu sichern. Dies ist besonders in jenen Berufen und Branchen zu erwarten, in denen die Substitution durch eine andere Arbeitskraft (Arbeitslose) wegen einer geringen betriebspezifischen Qualifikationskomponente einfach ist.
- Eine mögliche Erklärung für die mit steigendem Stundenlohn sinkende krankheitsbedingte Absenzzrate lautet, dass mit steigendem Lohn entweder das Interesse an der Arbeit zunimmt oder schwierigere Arbeitsbedingungen finanziell abgegolten werden, sodass ein individueller „Zeitausgleich“ über eine Steigerung der Krankheitsabsenz nicht nötig ist – die Opportunitätskosten der „Freizeit“ sind zu hoch, Arbeitszeit wird für Freizeit substituiert (Substitutionseffekt).

Übersicht 1: Abweichungen der Krankenstandsquote in der EU 15 als Folge unterschiedlicher Erwerbsquoten

Regressionsergebnisse für 1997

		<i>a</i>	<i>SE (a)</i>	<i>b</i>	<i>SE (b)</i>	<i>SE (y)</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i> -Test	<i>Df</i>
$y = f(x_{eq})$	Männer	-2,39	1,71	0,04	0,02	0,52	0,18	3,05	14
	Frauen	-1,61	0,76	0,04	0,01	0,61	0,41	9,88	14
$y = f(x_{eq})$	Männer	-4,21	2,10	0,06	0,03	0,49	0,27	5,24	14
	Frauen	-2,08	0,90	0,05	0,02	0,60	0,42	10,22	14
$y_d = f(x_{deq})$		-0,52	0,13	0,02	0,01	0,21	0,39	8,95	14
$y_d = f(x_{deq})$		-0,57	0,12	0,02	0,01	0,19	0,50	14,06	14

Q: Eurostat, WIFO-Berechnungen. *y* . . . Krankenstandsquote ($y = a + b x$), x_{eq} . . . Erwerbsquote, x_{eq} . . . Erwerbstätigenquote, y_d . . . Differenz zwischen den Krankenstandsquoten von Männern und Frauen, x_{deq} . . . Differenz zwischen den Erwerbsquoten von Männern und Frauen, *a* . . . Konstante, *b* . . . Koeffizient; *SE* (.) . . . Standardabweichung, *Df* . . . Freiheitsgrade (Werte des *F*-Tests, die über der kritischen Zahl 2,42 liegen, sind mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% statistisch signifikant).

- Die mit einem Anstieg der Arbeitszeit über die persönlich gewünschte Norm verbundene Steigerung der krankheitsbedingten Arbeitsabsenz ist damit zu erklären, dass Freizeit ein „normales Gut“ ist, d. h. dass man bei steigendem Einkommen mehr davon konsumieren möchte. Wer mehr als die gewünschte Normzeit arbeiten muss, schafft sich über vermehrten Krankenstand zusätzliche Freizeit. Gemäß einer nichtökonomischen Erklärung sind Erwerbstätige, die laufend mehr als ihre Normarbeitszeit arbeiten müssen, durch den damit verbundenen Stress krankheitsanfälliger. Arbeitskräfte, die weniger als die gewünschte Arbeitszeit arbeiten, zeichnen sich häufig durch besonders geringe krankheitsbedingte Arbeitsausfälle aus. Sie signalisieren ein überdurchschnittliches Engagement, das eine Weiterbeschäftigung bzw. Anhebung der Beschäftigungsdauer begünstigt.

Angesichts der Komplexität der Faktoren, die das Angebotsverhalten beeinflussen, ist eine allgemeingültige Aussage über den Effekt einer Senkung der Arbeitszeit auf die krankheitsbedingte Absenz vom Arbeitsplatz nicht möglich. Da die vom Arbeitnehmer gewünschte Arbeitszeit häufig nicht mit der tatsächlichen Arbeitszeit übereinstimmt, ist die Nettoaktion der Arbeitskräfte auf eine Senkung der Arbeitszeit nicht ohne vorhergehende empirische Analyse vorherzusagen. Je nach „Norm“-Arbeitszeitregelung gelten andere Überstundensätze; die Bereitschaft zur Leistung von zusätzlicher Arbeit wird von dem auf dem Markt zu erreichenden Lohn ebenso abhängen wie vom Haushaltseinkommen, der Arbeitsaufteilung innerhalb der Familie sowie Bildungs- und/oder Freizeitpräferenzen. Dabei ist zu bedenken, dass es unterschiedliche Teilzeitarbeitsmärkte gibt, die von unqualifizierten Routinearbeiten bis zu höchstqualifizierten Führungstätigkeiten reichen. In welchem Maße das Krankenstandsverhalten eine Rolle in der Arbeitsangebotsentscheidung spielt, ist eine empirische Frage. Die Antwort wird je nach Rolle der Arbeitszeitflexibilität in der gesellschaftlichen Arbeitsorganisation, insbesondere auch der Aufteilung der Erwerbs- und Hausarbeit zwischen den Geschlechtern und dem Staat, anders ausfallen.

In Österreich und Deutschland ist die Krankenstandsquote der Männer höher als die der Frauen. Dies ist im internationalen Vergleich eher selten – gemäß einer

In der EU ist der Krankenstand der Frauen meist höher als jener der Männer. Ausnahmen sind Österreich, Deutschland und Belgien.

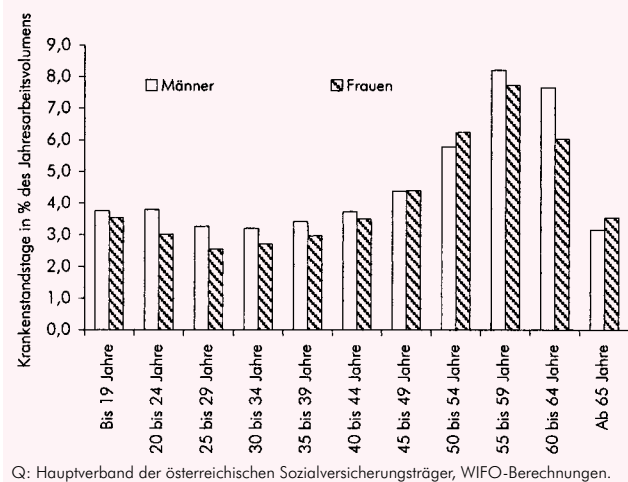
Untersuchung für 9 europäische Länder haben überwiegend die Männer geringere Arbeitsabsenzquoten infolge

Abbildung 6: Krankenstandsquoten in Österreich und Deutschland nach dem Geschlecht



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Bundesministerium für Gesundheit, Bonn-Berlin.

Abbildung 7: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht im Jahr 2000



Krankheit als die Frauen (Barmby – Ercolani – Treble, 2000).

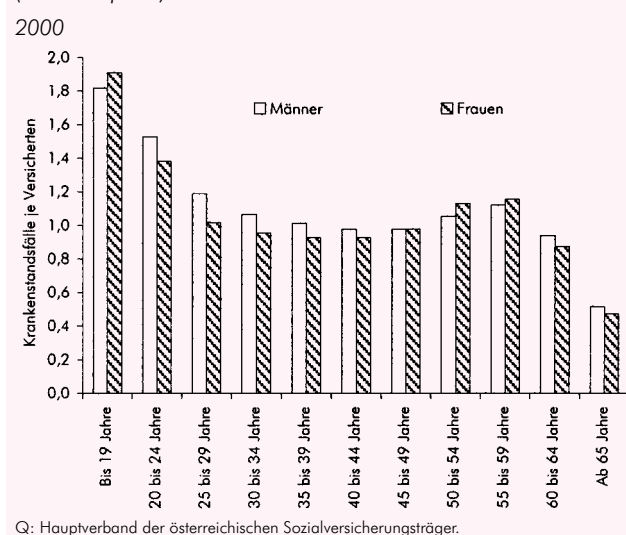
Einen hohen Erklärungswert für das Ausmaß des Krankenstands haben der Integrationsgrad der Bevölkerung ins Erwerbsleben (Erwerbsquote), insbesondere der Frauen ($R^2 = 0,41$), sowie der Unterschied zwischen den Erwerbsquoten von Männern und Frauen. Demnach ist die Krankenstandsquote in Ländern mit hoher Erwerbsquote höher als in Ländern mit niedriger Erwerbsquote. Der Unterschied zwischen den Absenzquoten von Männern und Frauen steigt mit zunehmender Differenz der Erwerbsquote zwischen Männern und Frauen (gender gap). In Österreich ist der im EU-Vergleich hohe Unterschied zwischen der Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen (gender gap) ein wesentlicher Faktor für die höhere Krankenstandsquote der Männer.

Das Zusammenwirken von vielen Faktoren – Struktureffekten, Unterschieden zwischen alters- und geschlechtsspezifischen Erwerbsquoten, Arbeitsteilung zwischen Haus- und Erwerbsarbeit nach dem Geschlecht, unterschiedliche institutionelle Verankerung der Elternkarenz – resultiert somit in internationalen Unterschieden der Arbeitsabsenz infolge Krankheit. Wenn die Karenzzeit als Krankenstandsepisode gezählt wird (wie etwa in Norwegen), ist die Krankenstandsquote der Frauen höher als die der Männer. Österreich und Deutschland erfassen die Karenzzeit nicht als Krankenstandsepisode, sodass der Krankenstand der Frauen besser die Belastung durch Krankheit wiedergibt.

Die Krankenstandsquote ist für die 55- bis 64-Jährigen am höchsten, für Erwerbstätige im mittleren Alter am geringsten und liegt für Jugendliche im Mittelfeld.

Die Summe der Krankenstandstage im Jahr setzt sich aus der Krankenstandsinzidenz (Krankenstandsfälle je

Abbildung 8: Krankenstandsfälle je Versicherten (Inzidenzquote) nach Alter und Geschlecht



Versicherten) und der Dauer der Krankenstandsfälle zusammen. Beide Komponenten unterscheiden sich deutlich nach Geschlecht und Alter. Im Jahr 2000 (letzte verfügbare Daten) hatten Frauen unter 19 Jahren die höchste Krankenstandsinzidenz (1,9) vor gleichaltrigen Männern (1,8 Krankenstandsfälle je Versicherten pro Jahr). Jugendliche unter 24 Jahren rangieren an zweiter Stelle mit 1,5 Krankenstandsfällen je Versicherten pro Jahr. Im mittleren Alter ist die Krankenstandsinzidenz am geringsten; für die über 50-Jährigen liegt sie etwas höher, wenngleich kaum über dem Durchschnitt aller Altersgruppen. Zwischen 50 und 60 Jahren beträgt die Inzidenzquote im Durchschnitt 1,1 Krankenstandsfälle je Versicherten und Jahr. Über 60-jährige Arbeitskräfte werden noch seltener krank. Das bestätigt die eingangs angeführte Beobachtung, dass schwächere und kränklichere Arbeitskräfte frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Abbildung 9: Krankenstandstage pro Fall nach Alter und Geschlecht

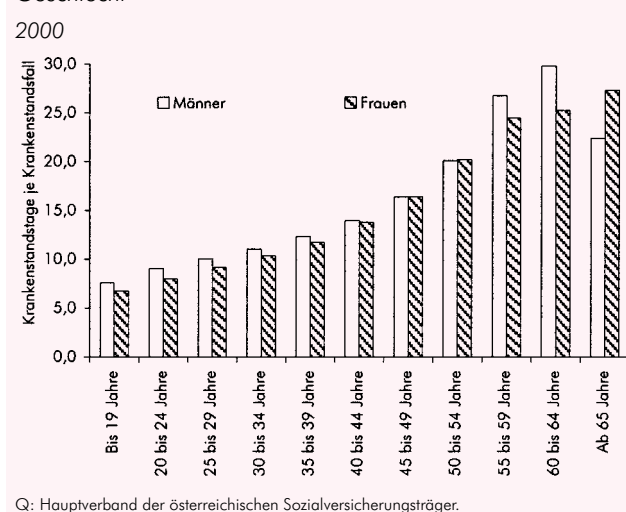
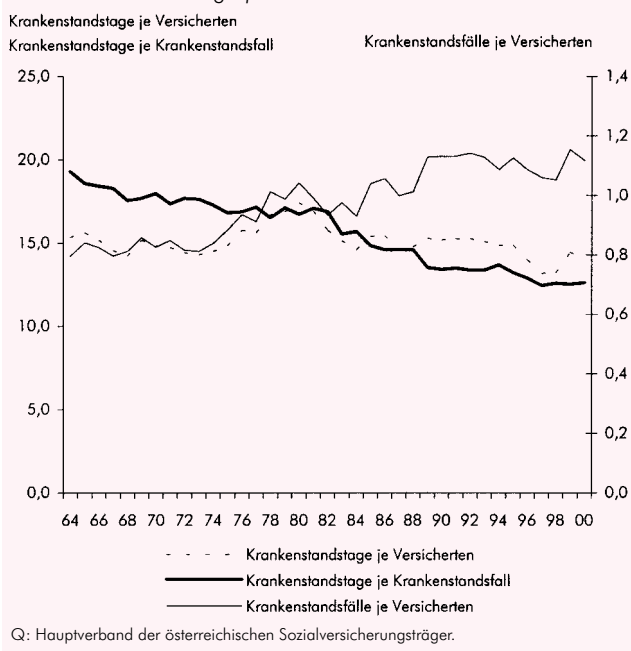


Abbildung 10: Längerfristige Entwicklung der Komponenten der Krankenstandstage je Versicherten in Österreich

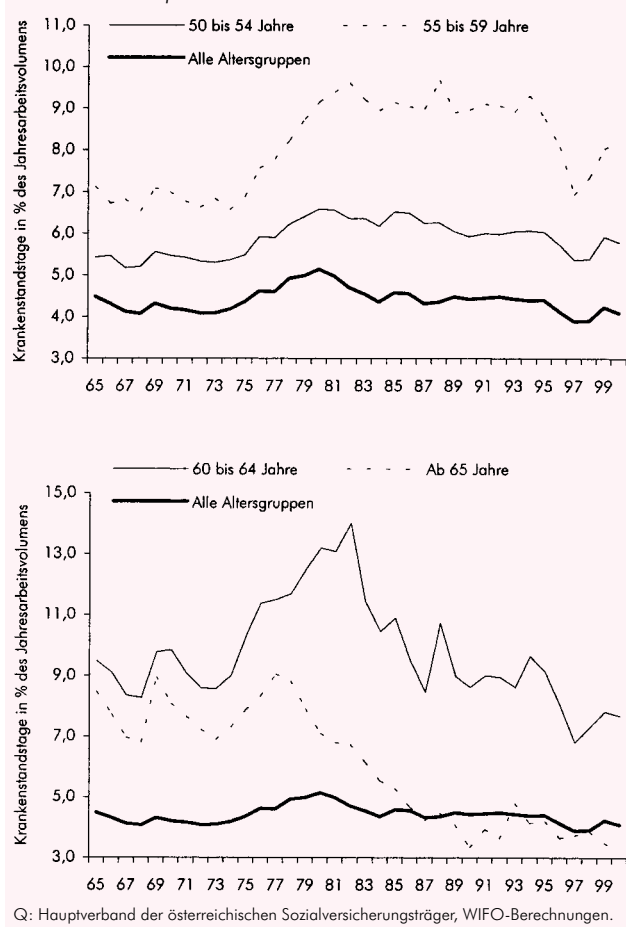


Der Grund für die überdurchschnittliche Krankenstandsquote älterer Arbeitskräfte liegt demnach nicht in der Häufigkeit der Krankenstandsfälle pro Jahr, sondern vielmehr in der Dauer der einzelnen Krankenstandsepisoden – ältere Menschen haben einerseits (zum Teil abnutzungsbedingt) schwerere Krankheiten, andererseits erholen sie sich im Falle einer Krankheit langsamer. Im Jahr 2000 betrug die Krankenstandsdauer der 55- bis 59-Jährigen im Durchschnitt 26 Tage pro Krankenstandsfall (60- bis 64-Jährige: 29 Tage), während ein Krankenstandsfall der Jugendlichen unter 20 Jahren nur 7 Tage währte. Die Summe der Krankenstandstage steigt mit dem Alter (zwischen dem 15. und 64. Lebensjahr) exponentiell.

Dieses altersspezifische Muster der Komponenten der Krankheitsabsenzquote entspricht den internationalen Erfahrungen. Es wird nicht nur als Abbild der unterschiedlichen physischen Konstitution von Jung und Alt gewertet, sondern auch als Resultat der unterschiedlichen Betriebsbindung. Da Jugendliche häufig eine geringe Arbeitsplatzsicherheit (befristete Beschäftigung) und niedrige Löhne erzielen, verlieren sie relativ wenig, wenn sie häufiger krank sind. Ältere Arbeitskräfte hingegen weisen eine engere Betriebsbindung auf als Jugendliche, die ökonomische Motivation zu arbeiten ist daher viel höher (Meggeneder, 1994). Sie haben im Fall des Arbeitsplatzverlustes aufgrund von Senioritätentlohnungssystemen und der Akkumulation von betriebspezifischem Humankapital auch mehr zu verlieren als Jugendliche am Beginn der Karriere.

Im Durchschnitt waren die Versicherten in Österreich im Jahr 2000 14,1 Tage krankgeschrieben (Männer 14,9 Tage, Frauen 13 Tage). In Norwegen zählte Statis-

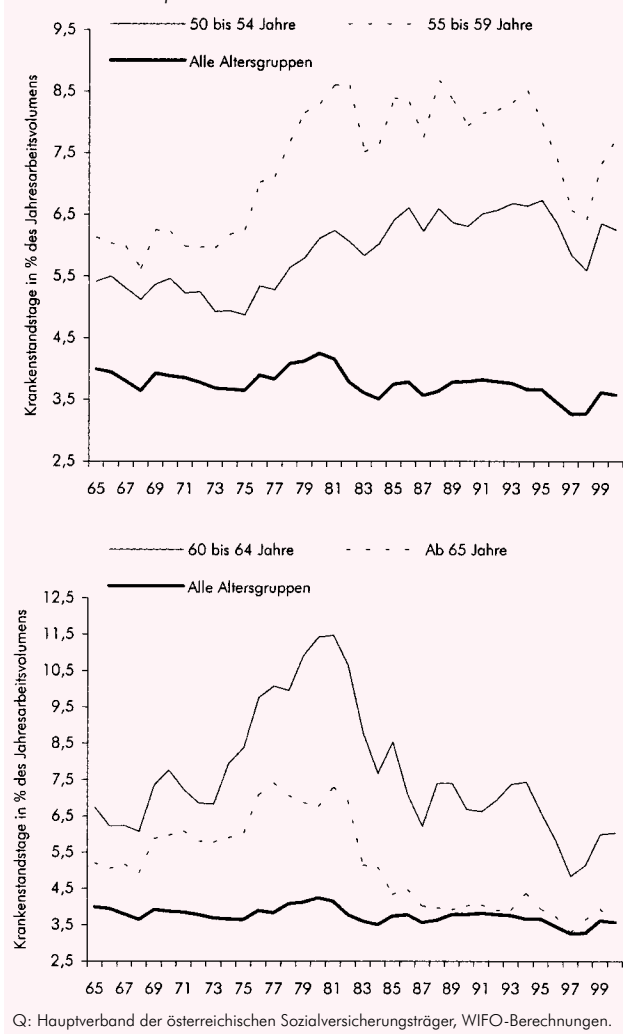
Abbildung 11: Längerfristige Entwicklung der Krankenstandsquote älterer Männer



tics Norway 13,2 Krankenstandstage je Versicherten (ohne öffentlich Bedienstete), um knapp 2 Tage mehr als 1997; im selben Zeitraum stiegen auch in Österreich die Krankenstandstage je Versicherten, und zwar um etwa 1 Tag. In der Periode 1964/2000 dauerte ein Krankenstandsfall durchschnittlich 15,7 Tage. Von 1964 (19,3 Tage pro Fall je Versicherten) bis 2000 (12,6 Tage) hat sich die durchschnittliche Dauer eines Krankenstandsfalls um fast eine Woche auf zwei Wochen verringert. Die Zahl der Krankenstandsfälle je Versicherten pro Jahr stieg von 0,8 auf 1,1. Diese langfristig gegenläufige Entwicklung der beiden Komponenten glich sich in der Wirkung auf die gesamten Krankenstandstage je Versicherten weitgehend aus. Der Eintritt der Babyboomgeneration in den Arbeitsmarkt von Mitte der siebziger bis Mitte der achtziger Jahre war mit einem deutlichen Anstieg der Krankenstandsinzidenz verbunden. In Zukunft ist im Gefolge des verstärkten Verbleibs dieser Generation im Erwerbsleben mit einem merklichen Anstieg der Krankenstandstage je Versicherten zu rechnen.

Die durchschnittliche Krankenstandsquote der Männer ist in den letzten 36 Jahren leicht von 4,6% der Versicherten auf 4,1% gesunken. In der gesamten Periode lag die Krankenstandsquote der über 50-jährigen Männer über dem Durchschnitt (Ausnahme: über 65-Jäh-

Abbildung 12: Längerfristige Entwicklung der Krankenstandsquote älterer Frauen



rige). Ein merklicher Rückgang der Krankenstandsquote mancher Altersgruppen setzte im Gefolge der Erleichterung des Zugangs zur Frühpension und Erwerbsunfähigkeitspension schon in den späten siebziger Jahren ein, für andere erst in den frühen achtziger Jahren. Mit der restriktiveren Handhabung der Gewährung von Früh- und Erwerbsunfähigkeitspensionen kam der Rückgang der Krankenstandsquote der 55- bis 64-Jährigen zum Stillstand und ging in einen Anstieg über. Nur für die über 65-jährigen Männer zeichnet sich noch kein neuerlicher Anstieg der Krankenstandsquote ab.

Ein ähnliches Bild ergibt sich für die Frauen: Die Krankenstandsquote der über 50-Jährigen war in der ganzen Periode von 1964 bis 2000 überdurchschnittlich. Die arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Maßnahmen zur Erleichterung des Abgangs aus dem Erwerbsleben schlugen sich in einer Verringerung des Krankenstands nieder. Die Abkehr von dieser Politik zeigt sich in einem deutlichen Knick der Krankenstandsquote älterer Frauen im Jahre 1997.

Auch im Ausland sind ältere Arbeitnehmer länger krank als junge. Nach Knutsson – Goine (1998) besteht in

Schweden zwischen Alter und Dauer des Krankenstandes eine positive Korrelation.

Auf Frauen entfielen in Österreich in den letzten 36 Jahren im Durchschnitt 38% aller Krankenstandstage (2000: 42%). Jährlich wurde durchschnittlich 1 Krankenstandsfall je versicherten Mann verzeichnet (2000: 1,1) und 0,9 Fälle je versicherte Frau (2000: 1,1). Die Krankenstandsfälle der Männer dauerten durchschnittlich 15,9 Tage (2000: 13 Tage), jene der Frauen 15,4 Tage (2000: 12,1 Tage). Mit Ausnahme der Jahre 1974 bis 1979 wiesen Männer längere Krankenstandsepisoden auf als Frauen, was überwiegend aus der unterschiedlichen Branchenbeschäftigung von Männern und Frauen und dem unterschiedlichen branchenspezifischen Gesundheits- und Unfallrisiko zu erklären ist.

KRANKENSTAND IN PRODUKTION UND ÖFFENTLICHER VERWALTUNG AM HÖCHSTEN

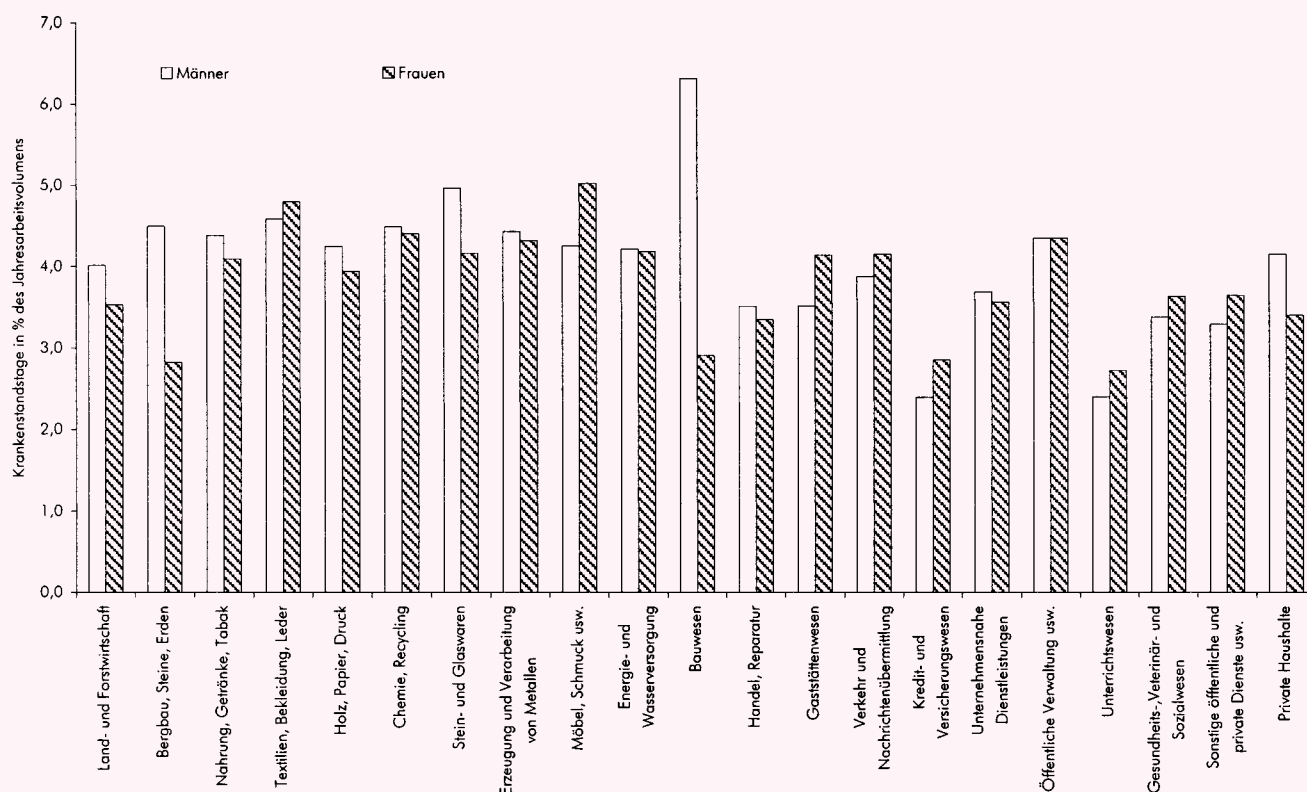
Der krankenstandsbedingte Verlust an Arbeitstagen unterscheidet sich stark zwischen den Branchen. Im Jahr 2000 war die Krankenstandsquote in der Bauwirtschaft am höchsten mit 5,8% vor der Stein- und Glaswarenerzeugung (4,8%) sowie der Textil- und Bekleidungsindustrie (4,7%). Alle Branchen im industriell-gewerblichen Bereich weisen eine überdurchschnittliche Krankenstandsquote von über 4% auf. Im Dienstleistungssektor gilt dies nur für die öffentliche Verwaltung einschließlich Sozialversicherungsträger⁴⁾ und Landesverteidigung. Für die Bundesbediensteten (*Bundesministerium für öffentliche Leistung und Sport*, 2000) ergibt sich ebenfalls ein relativ hoher Wert (1999 Beamte ohne Kurzkrankenstände 3,6%, mit Kurzkrankenständen 4,4%, ASVG-Versicherte des Bundes 4,6% bzw. 5,3%).

Beide Komponenten der Krankheitsabsenz, die Inzidenz oder Betroffenheit und die Dauer des Krankenstandsfalls, können sich in den einzelnen Branchen unterscheiden. Krankenstandsmuster und -verlauf hängen nicht nur von der unterschiedlichen physischen und psychischen Konstitution von Männern und Frauen im Altersverlauf ab (demographische Faktoren), sondern auch von den Arbeitsbedingungen (Berufskrankheiten und Unfälle). Da Männer und Frauen, auch wenn sie in derselben Branche arbeiten, häufig andere Tätigkeiten ausüben und jede Tätigkeit mit einer spezifischen Belastung verbunden ist, ergibt sich ein unterschiedliches Muster der Krankheitsabsenz von Männern und Frauen – häufig sogar innerhalb derselben Branche. Wegen der starken berufs- und branchenspezifischen Segmentierung der Beschäftigung nach dem Geschlecht empfiehlt es sich, die Struktur der Krankenstandsquoten getrennt für Männer und Frauen zu untersuchen.

⁴⁾ Die Daten des Hauptverbandes umfassen weder die Eisenbahner noch die pragmatisierten öffentlich Bediensteten der Länder und Gemeinden, die Bundesbeamten und ASVG-Versicherten des Bundes.

Abbildung 13: Krankenstandsquoten nach Branchen

2000



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Betroffenheit von Krankheit und Unfällen ist in der Bauwirtschaft mit 1,7 Krankenstandsfällen (2000) je Versicherten am höchsten, die Dauer des Krankenstands pro Fall entspricht allerdings dem Durchschnitt von 13,7 Tagen. Am geringsten sind die Krankenstandsfälle je Versicherten unter den Männern in den privaten Haushalten⁵⁾ vor dem Kredit- und Versicherungswesen. Allerdings dauert ein Krankenstandsfall der Männer in den privaten Haushalten mit 23,5 Tagen mit Abstand am längsten von allen 21 Branchenobergruppen. Die geringste durchschnittliche Dauer eines Krankenstandsfalls wird für Männer im Unterrichtswesen (9,5 Tage) sowie in der Möbel- und Schmuckerzeugung ausgewiesen (11,4 Tage).

Für die Frauen ist die Krankenstandsinzidenz in der Möbel- und Schmuckerzeugung (1,6 Krankenstandsfälle je Versicherte) und der Textil-, Bekleidungs- und Lederindustrie am höchsten (1,4), in den privaten Haushalten sowie dem Bauwesen und den unternehmensnahen Diensten am geringsten (1,0). Ein Krankenstandsfall dauert wie für die Männer in den privaten Haushalten am längsten und im Unterrichtswesen am kürzesten (diese Branche ist allerdings als Arbeitgeber sowohl für Frauen als auch für Männer von relativ geringer Bedeutung).

⁵⁾ Die Zahl der Männer, die in privaten Haushalten als Dienstnehmer angestellt sind (etwa als Gärtner, Chauffeur usw.), ist äußerst gering. Das Krankheitsmuster kann die Folge verschiedener Sonderfaktoren sein.

Die Krankenstandsquote der Männer war im längerfristigen Vergleich in der Sachgüterproduktion und in den Dienstleistungen abgesehen von merklichen Konjunkturschwankungen relativ konstant. In der Bauwirtschaft hingegen stieg sie nach einem Rückgang zwischen 1995 und 1998 neuerlich kräftig (Abbildung 14).

Sowohl für Männer als auch für Frauen ist die Krankenstandsquote im Dienstleistungssektor unterdurchschnittlich und in der Sachgütererzeugung überdurchschnittlich. In der Bauwirtschaft hingegen, in der die Krankenstandsquote der Männer besonders weit über dem Durchschnitt liegt, zeigt sich ein merklicher Bruch im Verhaltensmuster bzw. möglicherweise im Arbeitseinsatz der Frauen: Nachdem sie in der zweiten Hälfte der sechziger Jahre zum Teil erheblich über dem Durchschnitt gelegen war, verringerte sich die Krankenstandsquote der Frauen in den frühen siebziger Jahren deutlich und ist seither im Wesentlichen unterdurchschnittlich⁶⁾. Das kann damit zusammenhängen, dass in der Wiederaufbauphase nach dem Zweiten Weltkrieg bis etwa Ende der sechziger Jahre Frauen in der Bauwirtschaft in hohem Maße in der Produktion tätig waren, heute hingegen vor allem im Büro (*Bandhauer-Schöffmann – Hornung, 1993*).

⁶⁾ Der abrupte Anstieg des Krankenstands der Frauen in der Bauwirtschaft im Jahre 1997 dürfte auf ein Problem in der Datenbasis zurückgehen.

Übersicht 2: Krankenstand nach Branchen und Geschlecht in Österreich

2000

	Krankenstandstage je Versicherten		Krankenstandsfälle je Versicherten		Krankenstandstage je Krankenstandsfall		Krankenstandsquote	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Land- und Forstwirtschaft, Fischerei und Fischzucht	14,7	12,9	0,900	0,989	16,3	13,0	4,0	3,5
Bergbau, Steine, Erden	16,4	10,3	1,146	0,801	14,3	12,9	4,5	2,8
Nahrung, Getränke, Tabak	16,0	14,9	1,094	1,128	14,6	13,2	4,4	4,1
Textilien, Bekleidung, Leder	16,7	17,5	1,345	1,426	12,4	12,3	4,6	4,8
Holz, Papier, Verlag, Druck, Vervielfältigung	15,5	14,4	1,176	1,183	13,2	12,1	4,2	3,9
Chemie, Recycling	16,4	16,1	1,237	1,305	13,2	12,3	4,5	4,4
Stein- und Glaswaren	18,1	15,2	1,279	1,329	14,2	11,4	5,0	4,2
Erzeugung und Verarbeitung von Metallen	16,2	15,8	1,328	1,312	12,2	12,0	4,4	4,3
Möbel, Schmuck, Musikinstrumente, Sport-, Spielwaren	15,5	18,3	1,365	1,588	11,4	11,5	4,2	5,0
Energie- und Wasserversorgung	15,4	15,2	1,048	1,170	14,7	13,0	4,2	4,2
Bauwesen	23,0	10,6	1,682	0,882	13,7	12,0	6,3	2,9
Handel, Reparatur	12,8	12,2	1,078	1,070	11,9	11,4	3,5	3,3
Gaststättenwesen	12,8	15,1	0,903	1,086	14,2	13,9	3,5	4,1
Verkehr und Nachrichtenübermittlung	14,1	15,1	0,942	1,289	15,0	11,7	3,9	4,1
Kredit- und Versicherungswesen	8,7	10,4	0,719	0,986	12,1	10,5	2,4	2,8
Unternehmensnahe Dienstleistungen	13,4	12,9	1,123	1,046	11,9	12,4	3,7	3,5
Öffentliche Verwaltung, Landesverteidigung, Sozialversicherung	15,8	15,8	1,148	1,226	13,8	12,9	4,3	4,3
Unterrichtswesen	8,7	9,9	0,918	1,109	9,5	8,9	2,4	2,7
Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen	12,3	13,2	0,972	1,049	12,6	12,6	3,4	3,6
Sonstige öffentliche und private Dienste, exterritoriale Organisationen	12,0	13,2	0,902	1,174	13,3	11,3	3,3	3,6
Private Haushalte	15,1	12,3	0,643	0,671	23,5	18,4	4,1	3,4
Maximum	23,0	18,3	1,682	1,588	23,5	18,4	6,3	5,0
Minimum	8,7	9,9	0,643	0,671	9,5	8,9	2,4	2,7
Mittelwert	14,7	13,9	1,093	1,134	13,7	12,4	4,0	3,8

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Eine Bereinigung um die unterschiedliche Altersstruktur in den einzelnen Branchen (Biffi, 1999) ändert das traditionelle Muster einer überdurchschnittlichen Krankheitsabsenz im Produktionsbereich und einer unterdurchschnittlichen im Dienstleistungssektor nicht.

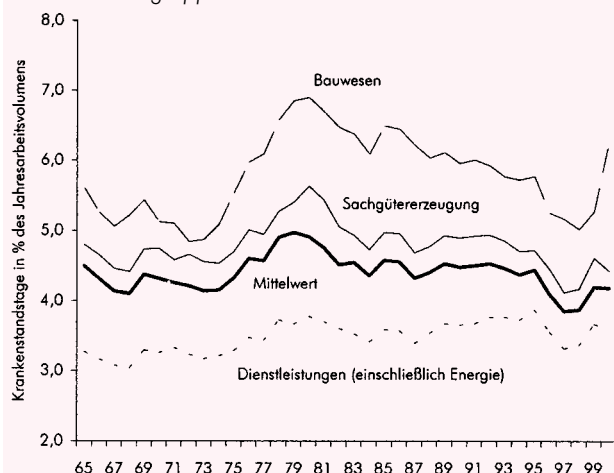
KRANKENSTANDSQUOTE IN ÖSTERREICH SACHGÜTERPRODUKTION ÜBERDURCHSCHNITTLICH

Die Krankenstandsquote der österreichischen Sachgüterproduktion wurde im Jahr 1994 (4,8% einschließlich Kuraufenthalte) nur von den Niederlanden (einschließ-

lich Arbeitsunfälle und Mutterschutz 6,4%), Deutschland (5,5%) und Schweden (5,3%) übertroffen. In Belgien (4,4%), Finnland (einschließlich Kuraufenthalte 4,4%), Italien (1993: 3,9%), Irland (1992: 3,5%) und Großbritannien ist sie niedriger als in Österreich.

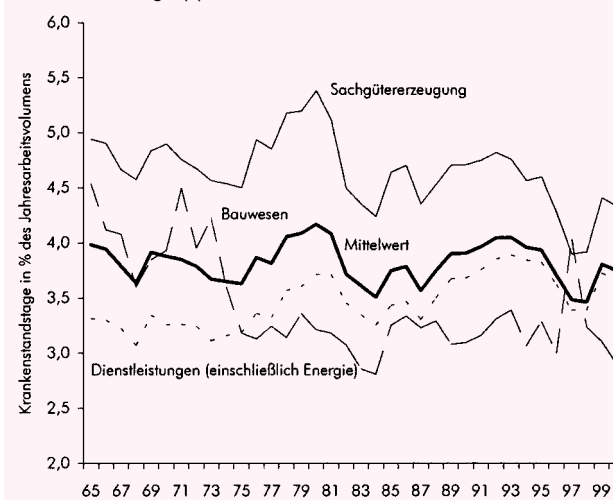
In Deutschland betrug die durchschnittliche Krankenstandsquote für alle Wirtschaftszweige 1999 (Basis: 365 Kalendertage) 4,3%, in den Allgemeinen Ortskrankenkassen 5,4% und in den Betriebskrankenkassen 4,2%. Die Krankenstandsquoten der Ortskrankenkassenversicherten waren in den Branchen Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (6,4%), Baugewerbe

Abbildung 14: Krankenstandsquoten der Männer nach Branchenobergruppen



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

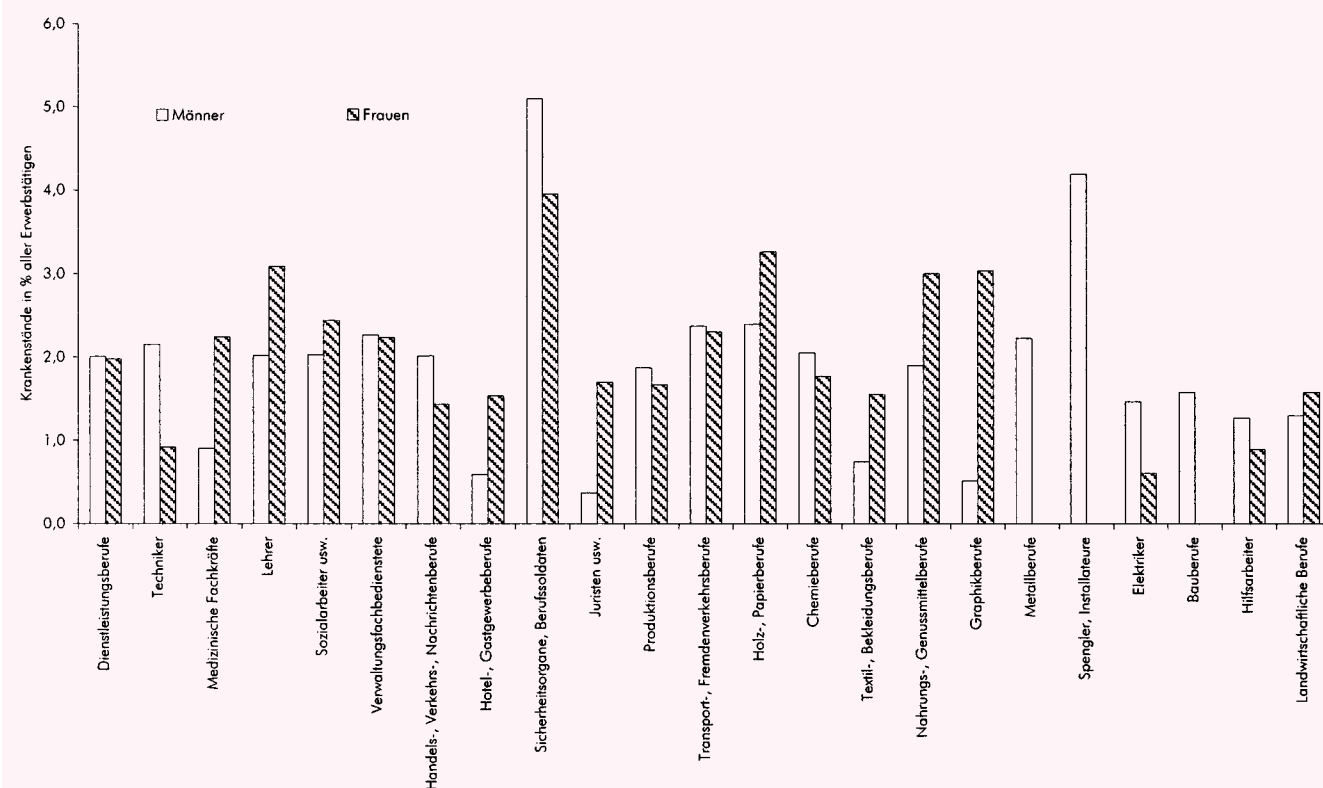
Abbildung 15: Krankenstandsquoten der Frauen nach Branchenobergruppen



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 16: Berufsspezifische Betroffenheit (Inzidenzquote) von Krankheit und Unfällen

Laut Mikrozensus 2000



Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

und Verbände, Parteien, Kirchen (beide 6%) am höchsten, in den Branchen Banken, Versicherungen (3,6%) und Handel am niedrigsten. In den Betriebskrankenkassen ist das Muster ähnlich (Verkehrsbetriebe 7,7%, Verwaltung 7,7%, Baugewerbe 7,1%; Handel, Banken, Versicherungen 2,8%, Leder, Textil, Bekleidung 3,2%). Die Branchen Verkehrsbetriebe und Verwaltungen umfassen ausschließlich öffentliche Einrichtungen, also z. B. Stadtverwaltungen sowie öffentliche Verkehrsbetriebe. Die Versichertenstruktur der Betriebskrankenkassen ist daher nicht repräsentativ für die deutsche Bevölkerung, weil gewerbliche Berufe überdurchschnittlich, handwerkliche Berufe und Angestellte unterdurchschnittlich vertreten sind und Beamte überhaupt nicht erfasst werden (Schnabel, 1997).

In Norwegen lag die Krankenstandsquote jeweils im 2. Halbjahr 2000 und 2001 bei 6,2% (Krankensätze werden aufgrund eines ärztlichen Attests ab dem 3. Tag erfasst). Die höchste Quote ergab sich im Gesundheitswesen und in den Sozialdienstleistungen (8,5%) sowie im Transport-, Bauwesen und in der Lebensmittel- und Getränkeindustrie, die niedrigste in den Finanzdienstleistungen (4,4%) und unternehmensnahen Diensten sowie im Vermögensmanagement (4,8%). Die Krankenstandsquote der öffentlich Bediensteten stieg zwischen 1993 und 1998 von 4,7% auf 5,8%, im Jahr 2000 lag sie bei 5,4%. Im öffentlichen Bereich haben – sowohl vollzeit- als auch teilzeitbeschäftigte – Frauen über-

durchschnittliche Krankenstandsquoten. Die Krankenstandsquote der norwegischen öffentlich Bediensteten lag 1999 (5,7%; Vollzeitbeschäftigte 5,5%, Teilzeitbeschäftigte 7,7%) um 2,5 Prozentpunkte über dem österreichischen Vergleichswert.

Nach Schnabel (1997) sind in Deutschland die Absenkezeiten mit der Unternehmensgröße positiv korreliert, unabhängig von Beschäftigtenstruktur und Schichtarbeit.

IN PRODUKTIONSBERUFEN BESONDERS HOHES GESUNDHEITS- UND UNFALLS-RISIKO

Gemäß internationalen Studien ist das Krankheits- und/oder Unfallrisiko in Berufen der Sachgüterproduktion überdurchschnittlich. Das gilt auch für Österreich. Weil die Haushaltsbefragung von Statistik Austria (EU-Arbeitskräfteerhebung vom März 2000) stichtagsbezogen ist, waren jedoch Dienstleistungsberufe im Durchschnitt am stärksten von Krankheit oder Unfall betroffen (2,0% aller Arbeitskräfte) vor Produktionsberufen (1,8%) und landwirtschaftlichen Berufen (1,4%); von allen Berufsgruppen ergaben sich für Polizei, Militär (5,0%) sowie Installateure (4,0%; Männer 4,2%) die höchsten Krankenstandszahlen je Erwerbstätigen. Im Jahresdurchschnitt folgt Österreich dem internationalen Muster.

Dienstleistungsberufe⁷⁾ mit hoher Krankenstandsinzidenz sind weiters Lehrer, Sozialarbeiter und medizinische Fachkräfte, insbesondere Frauen. Innerhalb der Produktionsberufe haben – abgesehen von den Installateur- und Metallberufen, in denen Frauen kaum vertreten sind – Frauen eine überdurchschnittliche Krankenstands- und Unfallinzidenz, insbesondere in der Holz- und Papierherstellung, der Nahrungsmittelherstellung und den graphischen Berufen. Im März 2000 wiesen Bauberufe keine überdurchschnittliche Krankenstandsinzidenz auf (1,6%).

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Die Krankenstandshäufigkeit der Arbeitskräfte in Österreich liegt im EU-Vergleich eher im unteren Mittelfeld. Das ist u. a. darauf zurückzuführen, dass Österreich einerseits eine der geringsten Erwerbsquoten älterer Arbeitskräfte und andererseits einen vergleichsweise großen Unterschied zwischen der Erwerbsbeteiligung von Männern und Frauen (gender gap) aufweist. Ersteres ist eine Folge des besonders starken Einsatzes von Erwerbsunfähigkeits- und Frühpensionen seit den frühen achtziger Jahren. Der im internationalen Vergleich stärkere Austritt älterer Arbeitskräfte aus dem Erwerbsleben dämpft die Krankenstandshäufigkeit der Erwerbstätigen im Durchschnitt. Letzteres resultiert aus dem relativ geringen Gewicht des Dienstleistungssektors in Österreich, insbesondere der schwachen Verlagerung von Dienstleistungen aus dem Haushaltsektor auf den Erwerbsarbeitsmarkt. Der hohe Anteil der risikoreicheren Sachgüterproduktion und insbesondere der Bauwirtschaft an der Beschäftigung, in der Männer überproportional beschäftigt sind, erklärt, warum Männer eine höhere gesamtwirtschaftliche Krankenstandsquote aufweisen als Frauen.

Aufgrund des Ziels der EU-Beschäftigungspolitik, ältere Arbeitskräfte länger im Erwerbsleben zu halten, sowie der Notwendigkeit der Verlängerung der Lebensarbeitszeit, um dem demographisch bedingten Rückgang des Arbeitskräfteangebotes entgegenzuwirken, dürfte die Krankenstandsquote der österreichischen Arbeitskräfte künftig merklich zunehmen. Die Arbeitskraftreserven, die Österreich in Zukunft stärker nutzen will, sind nämlich einerseits Frauen, andererseits ältere Arbeitskräfte sowie physisch und psychisch Schwächere. Die Erschwerung des Zugangs zur Erwerbsunfähigkeitspension und der spätere Einsatz der Frühpension lösten schon Ende der neunziger Jahre eine Trendwende in der Entwicklung des Krankenstands aus. Der zu erwartende weitere Anstieg des Krankenstands wird nicht nur die Lohnnebenkosten der Betriebe belasten, sondern auch Krankenversicherungsanstalten, die mit steigenden Lohnersatzleistungen

für Krankenstandsfälle konfrontiert werden. Österreichs bisherig günstige Position im internationalen Vergleich wird relativiert, wenn ältere Arbeitskräfte ähnlich wie in den nordischen EU-Ländern länger im Erwerbsprozess bleiben. Um die Dynamik des zu erwartenden Anstiegs des Krankenstands einzudämmen, wäre eine genauere Untersuchung der Gesundheits- und Unfallrisiken sinnvoll. Die Entwicklung von Motivationssystemen und Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheits- und Gesundheitsstandards bzw. zur Kontrolle der Einhaltung der Standards wäre in diesem Zusammenhang ins Auge zu fassen.

LITERATURHINWEISE

- Allen, St. G., „Trade Unions, Absenteeism, and Exit-Voice“, *Industrial and Labor Relations Review*, 1984, 37, S. 331-345.
- Andrén, D. (2001A), „Short-term Absenteeism due to Sickness: The Swedish Experience, 1986-1991“, *Scandinavian Working Papers in Economics*, 2001, (46).
- Andrén, D. (2001B), „Exits from Long-term Sickness in Sweden“, *Scandinavian Working Papers in Economics*, 2001, (48).
- Bäckman, O., „Longitudinal Studies on Sickness Absence in Sweden“, Dissertation an der Universität Stockholm, Swedish Institute of Social Research, Working Paper, 1998, (34).
- Bandhauer-Schöffmann, I., Hornung, E., „Vom 'Dritten Reich' zur Zweiten Republik. Frauen im Wien der Nachkriegszeit“, in Good, D. F., Grandner, M., Maynes, M. J. (Hrsg.), *Frauen in Österreich*, Böhlau Verlag, Wien-Köln-Weimar, 1993, S. 225-246.
- Barmby, T. A., Ercolani, M. G., Treble, J. G., „Sickness Absence: An International Comparison“, *Luxembourg Employment Study Working Paper*, 2000, (18), <http://ceps-nt1.ceps.lu>.
- Barmby, T. A., Treble, J. G., „An Analysis of the Incidence of Absence from Work“, *Labour Economics and Productivity*, 1991, 3(2), S. 163-167.
- Bayrischer Staatsminister der Finanzen, *Argumente zum öffentlichen Dienst: Fehlzeiten der Beschäftigten des Freistaates Bayern 2000*, München, 2001.
- Biffi, G., „The Impact of Demographic Changes on Labor Supply. Main Facts and Trends“, *Austrian Economic Quarterly*, 1998, 3(4).
- Biffi, G., „Der Krankenstand in Österreich und sein Effekt auf das Arbeitsvolumen“, *WIFO Working Papers*, 1999, (124).
- Bliksvær, T., Helliessen, A., „Sickness Absence: A Study of 11 LES Countries“, *Norwegian Social Research*, 1997.
- Brown, S., „Worker Absenteeism and Overtime Bans“, *Applied Economics*, 1999, 31, S. 165-174.
- Bundesarbeitskammer, *Wirtschafts- und sozialstatistisches Taschenbuch 2001*, Wien, 2001.
- Bundesministerium für Gesundheit, *Stichtag 1. Juli: historischer Tiefstand beim Krankenstand*, Berlin-Bonn, 2001, <http://www.bmgesundheit.de/themen/gkv/krankenstand/info.htm>.
- Bundesministerium für öffentliche Leistung und Sport, *Personaljahrbuch 1999. Daten und Fakten des Bundes*, Wien, 2000.
- Chaudhury, M., Ng, I., „Absenteeism Predictors: Least Squares, Rank Regression and Model Selection Results“, *The Canadian Journal of Economics*, 1992, 25, S. 615-635.
- Europäische Kommission, *Employment in Europe 2000*, Luxemburg, 2001, http://europa.eu.int/index_en.htm.

⁷⁾ Die Arbeitskräfteerhebung erfasst alle Haushalte und differenziert nicht nach ASVG-Versicherten und Beamten.

- Europäischer Rat, Joint Employment Report 2001, Luxemburg, 2001, (13610/01), http://europa.eu.int/index_de.htm
- Doherty, N. A., „National Insurance and Absence from Work“, *Economic Journal*, 1979, 89, S. 50-65.
- 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.
- Institut der deutschen Wirtschaft, „Krankenstand: Öffentlicher Dienst macht krank“, Informationsdienst, 2000, 26(14), S. 3.
- Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich, Arbeitsklimaindex, 2000, (2).
- Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich (2001A), Arbeitsklimaindex, 2001, (1).
- Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich (2001B), Arbeitsklimaindex, 2001, (3).
- Kenyon, P., Dawkins, P., „A Time Series Analysis of Labour Absence in Australia“, *The Review of Economics and Statistics*, 1989, 71(2).
- Knutsson, A., Goine, H., Occupation and unemployment rates as predictors of long term sickness absence in two Swedish countries, *Social Science & Medicine*, 1998, 47, S. 25-31.
- Lantto, K., Lindblom, E., „Är arbetslösheten hälsosam?“, *Ekonomisk Debatt*, 1987, 4, S. 33-36.
- Larson, E. W., Fukami, C. V., „Employee Absenteeism: The Role of Ease of Movement“, *Academy of Management Journal*, 1985, 28, S. 464-471.
- Leigh, J. P., „The Effects of Unemployment and the Business Cycle on Absenteeism“, *Journal of Economics and Business*, 1985, 37, S. 159-170.
- Leslie, D., „Absenteeism in the UK Labour Market“, in Artis, M. (Hrsg.), *Demand Management, Supply Constraints and Inflation*, Manchester University Press, Manchester, 1982, S. 97-111.
- Markham, S. E., McKee, G. H., „Declining Organisational Size and Increasing Unemployment Rates: Predicting Employee Absenteeism from Within- and Between-Plant Perspectives“, *Academy of Management Journal*, 1991, 34, S. 952-965.
- Meggeneder, O., „Determinanten krankheitsbedingter Fehlzeiten“, *Soziale Sicherheit*, 1994, (3), S. 131-141.
- OECD, *The OECD Employment Outlook*, Paris, 1991.
- Schnabel, C., „Betriebliche Fehlzeiten: Ausmaß, Bestimmungsgründe und Reduzierungsmöglichkeiten“, *Institut der deutschen Wirtschaft, Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik*, 1997, 236(3).
- Statistics Norway, *Yearbook of Norway*, Oslo, 2000, <http://www.ssb.no/english/yearbook>.
- Sundberg, G., *Health, Work-Hours and Wages in Sweden*, Dissertation an der Universität Uppsala, 1996.

Worker Absenteeism Due to Sickness and Accidents A Key Labour Market Indicator – Summary

Absenteeism due to sickness and accidents depends on labour supply and demand factors. The propensity to be sick varies with age and gender; in the EU the sick leave rate tends to be higher for women than for men; exceptions are Austria, Germany and Belgium. The sick leave rate is highest for older workers (50 to 64 year olds) and lowest for middle-aged workers (25 to 40 year olds). In older workers, absenteeism is high as a result of long spells of sickness; the incidence of sickness in the course of a year is relatively low. This is in stark contrast to young workers who have frequent spells of sick leave over the year, which nevertheless do not last long. The duration of a spell of sickness increases with age.

Absenteeism differs by industry. It is highest in the construction and manufacturing industries as well as in

public administration including defence, and lowest in banking and private sector education.

Austria has a relatively low incidence of absenteeism compared to other EU countries. This is partly the result of the low activity rate of older workers – jointly with Belgium and Italy, Austria has the lowest activity rate of older workers in the EU – partly a consequence of the limited shift of service production from the household to the market sector. The objective of the government to increase the activity rate of older workers, a requirement of coordinated EU employment policy as well as a response to counter the financial pressure on public funds due to population ageing, implies a rise in the sick leave rate of workers in the coming years.