

## **Fehlzeitenreport 2016**

### **Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich**

**Thomas Leoni, Alfred Uhl**

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

## Fehlzeitenreport 2016

### Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni, Alfred Uhl

Dezember 2016

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

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

Begutachtung: Angela Köppl • Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

#### Inhalt

Der Fehlzeitenreport gibt eine Übersicht über Entwicklung und Verteilung der krankheitsbedingten Fehlzeiten in Österreich. 2015 erhöhte sich die Krankenstandsquote gegenüber dem Vorjahr leicht, die Beschäftigten verbrachten im Jahresverlauf durchschnittlich 12,7 Kalendertage im Krankenstand. Das entspricht einem Verlust an Jahresarbeitszeit von 3,5%. Frauen verzeichneten etwas mehr Krankenstandstage als Männer, ältere Beschäftigte wiesen deutlich höhere Krankenstandsquoten als jüngere auf. Der Fehlzeitenreport 2016 behandelt in einem Schwerpunktkapitel das Thema "Alkohol in der Arbeitswelt". Anhand von epidemiologischen Daten werden die Größenordnung und Verteilung von Alkoholproblemen in der österreichischen Erwerbsbevölkerung beleuchtet. In einem weiteren Schritt werden Konzepte zur betrieblichen Suchtprävention präsentiert und diskutiert.

Rückfragen: [Thomas.Leoni@wifo.ac.at](mailto:Thomas.Leoni@wifo.ac.at), [Martina.Einsiedl@wifo.ac.at](mailto:Martina.Einsiedl@wifo.ac.at)

2016/397-1/S/WIFO-Projektnummer: 10515

© 2016 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

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

Verkaufspreis: 70,00 € • Kostenloser Download: <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/59178>

# Fehlzeitenreport 2016

## Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Thomas Leoni, Alfred Uhl

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seiten</b>
<b>Hauptergebnisse</b>	<b>I</b>
<b>1 Entwicklung und Verteilung der Krankenstände</b>	<b>1</b>
1.1 Definitionen und Datenbeschreibung	2
1.2 Entwicklung der Krankenstände	5
1.3 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten	8
1.4 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag	14
1.5 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung	18
1.5.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht	18
1.5.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter	21
1.5.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche	29
1.5.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst	36
1.5.5 Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse	40
1.6 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung	41
1.7 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen	46
1.8 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle	52
1.8.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle	53
1.8.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche	55
<b>2 Alkohol in der Arbeitswelt</b>	<b>60</b>
2.1 Hintergrund	60
2.2 Epidemiologie	62
2.2.1 Definitionen und Abgrenzungen	62
2.2.2 Ursachen (Suchttheorie)	63
2.2.3 Diagnoseschemen für alkoholbezogene Störungen bzw. Erkrankungen	65
2.2.4 Die Erfassung von alkoholassozierten Verhaltensweisen, Problemen und Erkrankungen	66
2.2.5 Korrektur der Untererfassung des Alkoholkonsums	68
2.2.6 Binge Drinking – Rauschtrinken – Komatrinken	69
2.2.7 Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich und in Europa	69
2.2.8 Entwicklung des problematischen und pathologischen Alkoholkonsums in Österreich	72
2.2.9 Alkoholkonsum von Jugendlichen und nach Altersgruppen in Österreich	75
2.2.10 Alkohol und Sterblichkeit	81

2.2.11	Alkoholkonsum und Arbeitslosigkeit	82
2.3	<i>Kosten und Nutzen des Alkoholkonsums für die Einzelnen und die Gesellschaft</i>	86
2.4	<i>Betriebswirtschaftliche Kosten des Alkoholkonsums</i>	89
2.4.1	Schätzung der Krankenstandstage in Verbindung mit erhöhtem Alkoholkonsum	91
2.4.2	Fazit	93
2.5	<i>Das Phänomen Alkohol am Arbeitsplatz und der Umgang damit</i>	93
2.5.1	Gesetzliche Grundlagen zu Alkohol am Arbeitsplatz in unterschiedlichen Arbeitsfeldern	95
2.5.2	Die Entwicklung von Präventionskonzepten in Betrieben	97
2.5.3	Grundlegende Prinzipien zum Umgang mit dem Phänomen "Alkohol am Arbeitsplatz"	100
2.6	<i>Schlussfolgerungen und Diskussion</i>	106
	<b>Literaturhinweise</b>	<b>108</b>
	<b>Anhang</b>	<b>114</b>

## Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1.1: Verwendete Begriffe und Indikatoren	4
Übersicht 1.2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999	9
Übersicht 1.3: Bereinigte Krankenstandsquoten nach Stellung im Beruf und Geschlecht	31
Übersicht 1.4: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht	32
Übersicht 1.5: Krankenstände der Bundesbediensteten im Vergleich zu denen der Angestellten	37
Übersicht 1.6: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	44
Übersicht 1.7: Normierung der Krankenstandsquote	45
Übersicht 1.8: Krankheitsgruppenstatistik	47
Übersicht 2.1: Veränderung des durchschnittlichen Pro-Kopf-Alkoholkonsums	72
Übersicht 2.2: Richtwerte der "Harmlosigkeitsgrenze" und "Gefährdungsgrenze" von Alkoholkonsum	73
Übersicht 2.3: Verteilung der Personen nach Häufigkeit des Alkoholkonsums und Geschlecht, 2015	75
Übersicht 2.4: Verteilung und Entwicklung der Häufigkeit des Alkoholkonsums	75
Übersicht 2.5: Tangible volkswirtschaftliche Kosten des Alkoholkonsums in Europa	88
Übersicht 2.6: Tangible Kosten des Alkoholmissbrauchs	88
Übersicht 2.7: Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Analyse für 2011 von <i>Czypionka et al.</i> (2013)	88
Übersicht 2.8: Ausmaß von Krankenstandstagen aufgrund erhöhten Alkoholkonsums, 2012	92
Übersicht 2.9: Möglichkeit zum Alkoholkonsum während der Arbeitszeit?	94
Übersicht A1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten	114
Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung	115
Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen	116
Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht	117
Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt	118

## Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1.1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte/n	6
Abbildung 1.2: Anteil der Erkrankten an den Versicherten	7
Abbildung 1.3: Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte/n sowie der Tage je Krankenstandsfall	8
Abbildung 1.4: Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf	11
Abbildung 1.5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen	13
Abbildung 1.6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte	13
Abbildung 1.7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte	14
Abbildung 1.8: Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis	15
Abbildung 1.9: Krankenstandsbestände auf Monatsbasis	15
Abbildung 1.10: Beginn des Krankenstands nach Wochentag	16

Abbildung 1.11: Ende des Krankenstands nach Wochentag	17
Abbildung 1.12: Krankenstandsquote nach Geschlecht	19
Abbildung 1.13: Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter	22
Abbildung 1.14: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht	23
Abbildung 1.15: Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht	23
Abbildung 1.16: Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen	24
Abbildung 1.17: Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen	24
Abbildung 1.18: Versichertenstruktur nach Altersgruppe	27
Abbildung 1.19: Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht	30
Abbildung 1.20: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen	35
Abbildung 1.21: Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse	40
Abbildung 1.22: Krankenstände nach Bundesländern	42
Abbildung 1.23: Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern	43
Abbildung 1.24: Durchschnittliche Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen	49
Abbildung 1.25: Entwicklung der psychischen Krankheiten	51
Abbildung 1.26: Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten	54
Abbildung 1.27: Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht	56
Abbildung 1.28: Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen	57
Abbildung 1.29: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)	58
Abbildung 1.30: Unfallquote nach Betriebsgröße	59
Abbildung 2.1: Entwicklung des Pro-Kopf-Alkoholkonsums nach Alkoholarten	70
Abbildung 2.2: Entwicklung der Bandbreite des durchschnittlichen Pro-Kopf-Alkoholkonsums	71
Abbildung 2.3: Durchschnittlicher Pro-Kopf-Alkoholkonsum, 2014	72
Abbildung 2.4: Bedeutung des Alkopopkonsums	76
Abbildung 2.5: Stationäre Aufnahmen von alkoholisierten Personen	77
Abbildung 2.6: Täglicher bzw. fast täglicher Alkoholkonsum nach Altersgruppen	79
Abbildung 2.7: Durchschnittlicher Alkoholkonsum nach Altersgruppen	80
Abbildung 2.8: Problematischer Alkoholkonsum nach Altersgruppen	80
Abbildung 2.9: Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Sterblichkeit	82
Abbildung 2.10: Alkoholkonsum nach Teilnahme im Erwerbsleben	83
Abbildung 2.11: Problematischer Alkoholkonsum nach Teilnahme im Erwerbsleben	84
Abbildung 2.12: Anteil der nicht berufstätigen Personen nach Häufigkeit des Alkoholkonsums	85

## Hauptergebnisse

### *Das Krankenstandsgeschehen in Österreich*

Im Vergleich zum Vorjahr kam es 2015 in Österreich zu einem Anstieg der gesundheitsbedingten Fehlzeiten. Die unselbständig Beschäftigten waren im Jahresverlauf durchschnittlich 12,7 Tage im Krankenstand, um gut 2,5% mehr als 2014 (12,3 Tage). Dieser Wert entspricht einer **Krankenstandsquote**, d. h. einem Verlust an Jahresarbeitstagen, von 3,5% (2014 3,4%). Die Differenz zwischen 2014 und 2015 geht auf eine erhöhte Zahl an Atemwegserkrankungen zurück und kann somit maßgeblich durch die starke Grippewelle in den ersten Monaten des vergangenen Kalenderjahres erklärt werden. Bei konstanten Atemwegserkrankungen wäre die Krankenstandsquote insgesamt leicht rückläufig gewesen.

Aufgrund der Untererfassung von **kurzen Krankenstandsepisoden** (ein bis drei Tage) liegt die tatsächliche Krankenstandsquote etwas höher, als aus der Statistik hervorgeht. Auch ohne eine vollständige Erfassung sind Kurzkrankenstände sehr häufig: 2015 dauerten fast 39% aller erfassten Krankenstandsfälle weniger als vier Tage. Gemessen an der Summe der Krankenstandstage ist ihr Gewicht aber gering (8% aller krankheitsbedingten Fehlzeiten), weshalb ihre Untererfassung eine Unschärfe darstellt, die Statistik aber nicht stark verzerrt. Längere Krankenstandsepisoden sind selten – nur 12½% aller Fälle dauern länger als zwei Wochen. Dennoch verursacht diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten (knapp 60%).

**Langfristig gesehen** ist das Krankenstandsniveau derzeit vergleichsweise niedrig: Die krankheitsbedingten Fehlzeiten erreichten 1980, als pro Kopf 17,4 Krankenstandstage anfielen und die Krankenstandsquote bei 4,8% lag, ihren Höchstwert. Im Jahr 1990 verzeichnete die Statistik durchschnittlich 15,2 Tage pro Kopf, 2000 waren es noch 14,4 Tage. In den vergangenen zehn Jahren schwankte die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf zwischen 12,0 und 13,2. Dieser längerfristige Rückgang lässt sich nicht durch einen einzelnen Faktor erklären. Eindeutig vorteilhaft wirkten sich die Reduktion der Arbeitsunfälle und die Verschiebung der Wirtschaftsstruktur in Richtung Dienstleistungen auf die Entwicklung der Fehlzeiten aus. Auch andere langfristige Trends, wie die Erhöhung der Teilzeitbeschäftigung und die Zunahme von atypischen Beschäftigungsverhältnissen dürften die Krankenstandsquote gedämpft haben. Der Alterungsprozess unserer Gesellschaft und die graduelle Verschiebung in der demographischen Zusammensetzung der Beschäftigten wirken sich dagegen ungünstig auf die Krankenstandsquote aus. Der Anteil der älteren Beschäftigten, die überdurchschnittlich viele Krankenstandstage verzeichnen, steigt stetig und hebt den Krankenstandsdurchschnitt an. Dieser Effekt ist allerdings schwach ausgeprägt. Er bewirkte in einer Betrachtung über die vergangenen zweieinhalb Jahrzehnte einen kumulierten Anstieg der Krankenstandsquote um etwa ein Viertel Prozentpunkt (das entspricht einem Anstieg um etwas weniger als einen Krankenstandstag).

Auch das Bild der wichtigsten **Krankenstandsursachen** wandelt sich im Zeitverlauf. Der Krankenstand wird heute vor allem von den Krankheiten des Atemsystems und jenen des Muskel-Skelett-Systems geprägt. Zusammen verursachen diese Erkrankungen gut 50% der Krankenstandsfälle und gut 40% aller Krankenstandstage. Der Anteil der Verletzungen an den Krankenstandsdiagnosen nahm dagegen in den vergangenen Jahrzehnten deutlich ab. Er betrug 2015 gut 16%, 2004 waren es noch 21% und 1994 fast 23%. Ein klarer Aufwärtstrend ergibt sich weiterhin für die Häufigkeit von psychischen Erkrankungen, die, von einem geringen Niveau ausgehend, sowohl absolut als auch relativ zu den restlichen Krankheitsgruppen deutlich zunehmen. Dieser starke Aufwärtstrend dürfte aber zumindest teilweise auf eine Veränderung des Bewusstseins für und der diagnostischen Erfassung von psychisch bedingten Gesundheitsproblemen zurückgehen.

Die Weiterentwicklung der Arbeitswelt zeigt insbesondere am Rückgang der **Arbeitsunfälle** ihre positiven Seiten. 2015 lag die Unfallquote bei 322 je 10.000 Versicherte und erreichte somit den tiefsten Stand seit 1974. Damals waren statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2015 waren es weniger als die Hälfte. Der Rückgang der Unfallquote fiel bei männlichen Arbeitern besonders stark aus, wodurch sich die Unterschiede zwischen ArbeiterInnen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte verringerten. Diese günstige Entwicklung geht auf Verbesserungen der Arbeitsplatzbedingungen, auf die Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes, aber auch auf den wirtschaftlichen Strukturwandel mit der einhergehenden Verlagerung von arbeitsintensiven Produktionsschritten in Drittländer einher. Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls am Arbeitsplatz ist bei Jugendlichen wesentlich ausgeprägter als bei älteren Arbeitskräften. Große Unterschiede in der Unfallhäufigkeit lassen sich auch in einer Betrachtung nach Branchen feststellen, obwohl langfristig eine Konvergenz zwischen den Wirtschaftsbereichen erkennbar ist. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2015 lag die Unfallhäufigkeit auf den Baustellen deutlich höher als im Durchschnitt der österreichischen Wirtschaft, dennoch war auch im Bausektor das Unfallrisiko 2015 nur halb so hoch wie noch Mitte der 1990er-Jahre.

**Ältere Arbeitskräfte** treten zwar seltener als die Jungen einen Krankenstand an, sie sind jedoch überproportional oft von langen Krankenstandsfällen betroffen. Die Krankenstandsquoten nach Alter folgen trotz einiger Abweichungen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen einem leicht U-förmigen Muster: Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten und erreichen im Alter von 25 bis 39 Jahren die niedrigsten Werte. Ab 40 Jahren steigt die durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert. Der Unterschied in der Krankenstandsquote nach **sozialrechtlicher Stellung** bleibt ebenfalls ausgeprägt, er hat sich in den letzten Jahren aber deutlich verringert. 2015 verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik mit 15,6 Tagen um 45% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten, die durchschnittlich 10,7 Tage krankgeschrieben waren. Zu Beginn der 1990er-Jahre verzeichneten ArbeiterInnen noch doppelt so viele

Krankenstandstage wie Angestellte. Seit Beginn der 1990er-Jahre ist allgemein eine tendenzielle Angleichung der Fehlzeiten in den einzelnen **Wirtschaftssektoren** beobachtbar: Während die Krankenstandsquote im Dienstleistungsbereich weitgehend konstant blieb, kam es in der Herstellung von Waren und – in stärkerem Ausmaß – im Bauwesen zu einem deutlichen Rückgang der Krankenstände.

Die hohe Männerkonzentration in Branchen und Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen körperlichen Belastungen und Unfallrisiken stellt einen wichtigen geschlechtsspezifischen Unterschied dar. In der Vergangenheit verbrachten Männer vor allem aus diesem Grund im Durchschnitt mehr Tage im Krankenstand als Frauen. Die größte Abweichung zwischen **Frauen und Männern** wurde zu Beginn der 1980er-Jahre, also zum Zeitpunkt der höchsten Krankenstände, verzeichnet. Damals lag die Krankenstandsquote der Männer um 25% höher als jene der Frauen. Dieser Abstand verringerte sich in den folgenden Jahren kontinuierlich, was im letzten Jahrzehnt zu einer Angleichung der geschlechtsspezifischen Krankenstandsquoten führte. 2009 verbrachten Frauen erstmals mehr Zeit im Krankenstand als Männer (durchschnittlich 13,2 Tage gegenüber 13,1 Tagen), 2015 vergrößerte sich die Differenz: 13,2 Tage für Frauen und 12,3 Tage für Männer. Hinter dieser Entwicklung stehen einerseits Änderungen in der Zusammensetzung der Beschäftigung: So wuchs das Segment der 50- bis 59-Jährigen bei den weiblichen Versicherten im letzten Jahrzehnt stärker als es bei den Männern der Fall war. Andererseits begünstigte der überproportionale Rückgang der Unfälle und Krankenstände im Bauwesen und im Waren erzeugenden Sektor infolge der hohen Männerkonzentration in diesen Branchen die Entwicklung der Fehlzeiten der Männer. Darüber hinaus verursachte eine methodische Änderung, die rückwirkend bis zum Jahr 2000 angewendet wurde, in der *Krankenstandsstatistik* einen Niveausprung in der Krankenstandsquote der Frauen.

Im **öffentlichen Sektor** liegen nur für die Bediensteten des Bundes Krankenstandsdaten vor, die jüngsten verfügbaren Werte beziehen sich auf 2014. Schließt man die Kurzkrankenstände von der Betrachtung aus, dann lag die Krankenstandsquote der BeamtInnen und Vertragsbediensteten des Bundes im Jahr 2014 um gut 9% über jener der ArbeiterInnen und Angestellten. Zieht man nur die Angestellten als Vergleichsbasis heran und führt man eine Standardisierung der Altersstruktur aufgrund der Verteilung der BeamtInnen und Vertragsbediensteten durch, dann lagen die Krankenstände im Bundesdienst etwa ein Fünftel höher als im ASVG-Bereich. Beim Bundespersonal fällt zudem pro Kopf eine deutlich höhere Anzahl an Kurzkrankenständen als bei den ArbeiterInnen und Angestellten an. 2014 entfielen zwei Drittel aller Krankenstandsepisoden und mehr als ein Fünftel der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jeder Beschäftigte bzw. jede Beschäftigte im Laufe des Jahres 2,5 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich: laut *Krankenstandsstatistik* war es im selben Jahr bei den ASVG-Beschäftigten nur 1 Tag. Es lässt sich aber nicht sagen, welcher Anteil dieser Differenz auf die vollständige Erfassung der kurzen Fehlzeiten im öffentlichen Sektor zurückzuführen ist.

Wie bereits in den vorangegangenen Fehlzeitenreporten aufgezeigt wurde, unterscheiden sich die Krankenstandsquoten auf **regionaler Ebene** zum Teil erheblich. Salzburg ist seit Jahren das Bundesland mit den geringsten Fehlzeiten, 2015 waren dort die Beschäftigten im Schnitt nur 10,4 Tage im Jahr krank. Die niederösterreichische Gebietskrankenkasse verzeichneten mit 14,0 Tagen die höchsten Krankenstände, gefolgt von der oberösterreichischen und Wiener Gebietskrankenkasse mit 13,2 bzw. 13,0 Tagen. Die Wirtschaftsstruktur kann einen Teil dieser Unterschiede erklären, erwartungsgemäß haben Bundesländer mit einem industriellen Schwerpunkt (wie z. B. Oberösterreich) höhere, solche mit einem großen Dienstleistungssektor tendenziell niedrigere Krankenstandsquoten. Es ist aber davon auszugehen, dass neben der Wirtschaftsstruktur auch zahlreiche andere Bestimmungsgründe (z. B. Altersstruktur der Beschäftigten, Anteil an Teilzeitbeschäftigung, der gesundheitliche Zustand der Bevölkerung, die Arbeitsmarktlage, das Verhalten der niedergelassenen ÄrztInnen usw.) die regionalen Krankenstandsunterschiede verursachen.

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

*Übersicht: Schätzung der Kosten in Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbständig Beschäftigter, 2014*

	Mio. €	In % des BIP
Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten	bis zu 8.988	bis zu 2,7
Direkte Kosten (direkte Zahlungen) <sup>1)</sup>	3.388	1,0
Indirekte Kosten (Wertschöpfungsverluste) <sup>2)</sup>	bis zu 5.600	bis zu 1,7
Gesundheitsausgaben <sup>3)</sup>	bis zu 8.225	bis zu 2,5
Direkte öffentliche Kosten	6.192	1,9
Direkte private Kosten	2.032	0,6

Q: Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz/Statistik Austria, ESSOSS-Datenbank; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; WIFO-Berechnungen, für eine detaillierte Erläuterung siehe *Leoni et al. (2008A)*. – <sup>1)</sup> Entgeltfortzahlungen und Krankengeldzahlungen. – <sup>2)</sup> Auf Basis der Annahme, dass sich etwa ein Viertel bis zur Hälfte des krankenstandsbedingten Verlusts an Jahresarbeitszeit in Form von Wertschöpfungsverlusten und anderen Nicht-Lohn-Kosten niederschlägt. – <sup>3)</sup> Auf Basis einer Zuordnung der Kosten im Gesundheitssystem auf die unselbständig Beschäftigten. Die Schätzung bildet eine Obergrenze ab (siehe Fußnote 1).

In 2014, dem jüngsten Jahr mit verfügbarem Datenmaterial, zahlten die Arbeitgeber laut Angaben des Sozialministeriums in Summe 2,7 Mrd. € an Entgeltfortzahlungen. Weitere 674 Mio. € wurden von den Sozialversicherern in Form von Krankengeld ausbezahlt. Damit beliefen sich die direkt zuordenbaren Krankenstandskosten in Summe auf 3,4 Mrd. € oder 1% des BIP. Die krankheitsbedingten Abwesenheiten vom Arbeitsplatz führen zudem zu Wertschöpfungsverlusten und gegebenenfalls zu anderen betrieblichen Kosten (z. B. weil die Produktivität sinkt oder Ersatzarbeitskräfte gesucht werden müssen), die über die direkten Entgeltfortzahlungskosten hinausgehen. Diese Kosten sind schwer quantifizierbar, sie schwanken stark in Abhängigkeit vom Konjunkturzyklus (d. h. dem Auslastungsgrad der Produktionskapazitäten) und von der betrachteten Branche und Betriebsgröße. Unter stark vereinfachenden Annahmen kann geschätzt werden, dass infolge der krankheitsbedingten Fehlzeiten zusätzlich zu den Lohnersatzkosten indirekte betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten in der Höhe von 0,8% bis 1,7% des BIP entstehen.

Die bereits genannten Kostenfaktoren stehen im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Krankenstand, ein Rückgang der krankheitsbedingten Fehlzeiten würde sich entsprechend positiv auf diese Faktoren auswirken. Eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten würde sich aber nicht nur über die Reduktion von direkten und indirekten wirtschaftlichen Krankenstandskosten, sondern auch durch Kostensenkungen im Gesundheitssystem auswirken. Der Ausgabenrahmen, der mit den Gesundheitsausgaben der unselbständig Beschäftigten in Verbindung gebracht werden kann, belief sich im Jahr 2014 auf rund 2,5% des BIP<sup>1)</sup>. Der größte Teil dieser Kosten entfällt auf das öffentliche Gesundheitssystem für ärztliche Betreuung, BetriebsärztInnen, Spitäler, Medikamente usw., ein Viertel der Kosten wurde über private Gesundheitsausgaben erbracht. Wie bedeutsam der Erhalt und die Förderung der Gesundheit der Erwerbstätigen für die Volkswirtschaft ist, zeigt sich auch daran, dass in Österreich im Jahr 2014 rund 131.100 Männer unter 65 Jahren und 56.500 Frauen unter 60 Jahren eine Pension der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsunfähigkeit bezogen<sup>2)</sup>. Daraus resultierten insgesamt Zahlungen in Höhe von 3.096 Mio. € an Invaliditätspensionen. Für die Auszahlung einer Versehrtenrente an Männer und Frauen, die noch nicht das gesetzliche Pensionsalter erreicht haben, wurden weitere 297 Mio. € aufgewendet<sup>3)</sup>.

---

<sup>1)</sup> Als Basis für diese Berechnung dienten die vom IHS zur Verfügung gestellten Altersprofile der öffentlichen Gesundheitsausgaben für 2009 (zur Methodik siehe *Riedel – Röhring*, 2007). Dabei wurde die vereinfachende Annahme getroffen, dass für Beschäftigte pro Kopf im System die gleichen durchschnittlichen Kosten anfallen, wie für die Bevölkerung in der entsprechenden Altersgruppe insgesamt. Es ist allerdings davon auszugehen, dass beschäftigte Personen im Schnitt einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als gleichaltrige, die nicht beschäftigt sind. Die durch diese Annahme den unselbständig Beschäftigten zugeordneten Gesundheitskosten sind deshalb leicht überschätzt und bilden eine Obergrenze ab.

<sup>2)</sup> Siehe *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2015*, Tabelle 3.11.

<sup>3)</sup> Siehe [www.bmask.gv.at](http://www.bmask.gv.at), ESSOSS Tabellen, Funktionelle Gliederung der Sozialausgaben, Tabelle 2.4.

### *Alkohol in der Arbeitswelt*

Der diesjährige Fehlzeitenreport setzt sich in einem Schwerpunktkapitel mit der Thematik "Alkohol am Arbeitsplatz" auseinander. Alkoholkonsum und Alkoholmissbrauch sind in der österreichischen Gesellschaft stark verbreitet und beeinflussen über unterschiedliche Kanäle auch den Alltag in den Betrieben.

Grundsätzlich ist es zweckmäßig hinsichtlich des Alkohols zwischen **verantwortungsbewusstem Konsum**, **Problemkonsum** und **pathologischem Konsum** zu unterscheiden. Österreich lag Mitte der 1970er-Jahre bezüglich des durchschnittlichen Alkoholkonsums im europäischen Mittelfeld. Trotz eines Rückgangs seither um 20%, liegt Österreich heute im europäischen Spitzfeld. Das erklärt sich dadurch, dass der Alkoholkonsum in den Ländern, die früher die Spitzenposition einnahmen noch viel stärker zurückgegangen ist. Nach den jüngst verfügbaren Daten konsumieren über-15-jährige ÖsterreicherInnen pro Kopf und Jahr durchschnittlich 12,1 Liter Reinalkohol. Einen höheren durchschnittlichen Alkoholkonsum findet man in Europa im Jahr 2014 nur in Litauen, Weißrussland, Tschechien und Belgien. Geringfügig unter den österreichischen Werten liegen Kroatien, Bulgarien, Estland, Frankreich, Luxemburg und Deutschland.

Wesentlicher als der durchschnittliche Alkoholkonsum ist das Ausmaß des **Alkoholmissbrauchs** und des **Alkoholismus**. Beide Phänomene sind in Österreich weit verbreitet und ziehen erhebliche gesellschaftliche und wirtschaftliche Implikationen nach sich. Die Zahl der erwachsenen ÖsterreicherInnen, die an Alkoholismus erkrankt sind, wird auf rund 5% geschätzt und jene Personen, die in gesundheitsgefährdendem Ausmaß Alkohol konsumieren, aber (noch) nicht als AlkoholikerInnen zu klassifizieren sind, machen weitere 9% aus. In Summe weisen damit 14% der erwachsenen Bevölkerung problematische Alkoholkonsumgewohnheiten auf. Erwähnenswert ist hier als positive Entwicklung, dass auch der problematische Alkoholkonsum über die letzten beiden Dekaden von 18% im Jahre 1998 auf 14% im Jahre 2015 zurückgegangen ist. Diese Angaben bauen auf einem **kombinierten Ansatz** auf, mit dem mehrere Datenquellen verbunden werden, um die Untererfassung des Alkoholkonsums in Bevölkerungsbefragungen zu korrigieren. Anhaltspunkt für diese "adjustierten Werte" ist der durchschnittliche Alkoholkonsum, der aus Wirtschaftsdaten zu Produktion, Verkauf, Lagerung, Import und Export von alkoholischen Getränken relativ genau errechnet werden kann. Es ist bekannt, dass Bevölkerungsbefragungen nur einen Teil des tatsächlichen Alkoholkonsums abbilden und sowohl den durchschnittlichen als auch den Problemkonsum stark unterschätzen. Die nicht-adjustierten Rohdaten aus Bevölkerungsumfragen, die in Statistiken oftmals ausgewiesen werden, sind deshalb nicht unmittelbar mit den adjustierten Werten vergleichbar.

Der **Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen** spielt, wenn es um Fehlzeiten im Berufsleben durch Alkoholkonsum geht, indirekt eine Rolle, weil aus dem Alkoholkonsumverhalten von Kindern und Jugendlichen gewisse Rückschlüsse auf den Alkoholkonsum in der Zukunft gezogen werden können. Kinder und Jugendliche dürften zwar aufgrund der früher einsetzenden Reife bzw. Pubertät ihre ersten Alkoholerfahrungen – und in Verbindung damit ihre

ersten Rausche – in einem jüngeren Alter erleben, als das früher der Fall war. Vertraut man jedoch den in den meisten europäischen Ländern regelmäßig durchgeführten Schülererhebungen, so kann man auch bei Kindern und Jugendlichen über die letzten Jahre einen deutlichen Konsumrückgang feststellen.

Der Anteil jener Menschen, die täglich bzw. fast täglich Alkohol konsumieren, nimmt in Österreich mit **steigendem Alter** annähernd linear zu, wobei im Pensionsalter fast ein Drittel der männlichen Bevölkerung in diese Kategorie zu rechnen ist. Der Alkoholkonsum von Frauen liegt diesbezüglich deutlich unter jenem von Männern. Es ist allerdings zu beachten, dass regelmäßiger Konsum von geringen Mengen Alkohol erheblich weniger bedenklich ist, als der unregelmäßige Konsum von sehr großen Mengen. Am problematischsten ist der regelmäßige Konsum großer Mengen, auf den wir unter dem Begriff "problematischer Alkoholkonsum" bereits eingegangen sind. Hier liegt der Schwerpunkt bei den Altersgruppen rund um das 50. Lebensjahr.

Der Zusammenhang zwischen **Arbeitslosigkeit und Alkoholkonsum** ist sehr komplex. Wer arbeitslos wird, konsumiert in der Regel weniger Alkohol als zuvor, weil bei den Ausgaben eingespart werden muss. Wer in problematischem Ausmaß Alkohol konsumiert wird eher arbeitslos und konsumiert auch als Arbeitsloser deutlich mehr Alkohol als der Bevölkerungsdurchschnitt. Daraus ergibt sich, dass es unter Arbeitslosen einerseits überproportional viele Alkoholabstinente und Personen, die sehr wenig Alkohol konsumieren, gibt und gleichzeitig überproportional viele Menschen mit hohem und problematischem Alkoholkonsum.

**Alkoholkonsum**, und ganz besonders **exzessiver Alkoholkonsum**, spielt in der **Arbeitswelt** aus **zwei Gründen** eine Rolle. Erstens, weil Alkoholkonsum während der Arbeit und in den Arbeitspausen, wenn man von ganz geringfügigem Konsum absieht, das Unfallrisiko erhöht und auch andere negative Folgen mit sich bringt. Zweitens, weil problematischer und pathologischer Alkoholkonsum in der Freizeit und während der Arbeitszeit Fehlzeiten und Minderleistungen im Betrieb bewirkt. Im nicht-pathologischen Bereich geht es darum, die Grundhaltung so zu ändern, dass dem Betrieb aus dem Alkoholkonsum keine Nachteile erwachsen. Im pathologischen Bereich geht es darum, die betroffenen ArbeitnehmerInnen dabei zu unterstützen, ihre Probleme mit professioneller Hilfe zu lösen, ohne dass diese ihren Arbeitsplatz verlieren. Diese Zielsetzungen stellen sowohl die ArbeitgeberInnen als auch die DienstnehmerInnen vor eine wichtige Aufgabe. Die negativen Folgen von Alkoholkonsum für die betreffenden Personen, für deren KollegInnen und für den Betrieb müssen **präventiv** möglichst gering gehalten werden und Personen mit **manifesten Suchtkrankheit** gezielt dabei unterstützt werden, ihre Probleme in den Griff zu bekommen.

In diesem Zusammenhang ist es üblich **betriebswirtschaftliche** und **volkswirtschaftliche Verluste** infolge des Alkoholkonsums der MitarbeiterInnen zu errechnen, um den Stellenwert des Problems und die Notwendigkeit von Maßnahmen noch zusätzlich zu unterstreichen. Der Wert dieser Berechnungen sollte allerdings nicht zu hoch angesetzt werden. Den Schätzungen liegen große methodische Schwierigkeiten und Einschränkungen bei der Datenerfassung zugrunde. Diese kommen auch in den großen Schwankungsbreiten der in der Literatur verfüg-

baren Zahlen zum Ausdruck. Europäische Studien berechnen die Kosten des Alkoholkonsums in einer Bandbreite von 0,3% bis 5,5% des BIP. Eine für Österreich anhand von Daten für das Jahr 2011 durchgeführte Schätzung liegt am unteren Ende dieses Spektrums (0,3% des BIP), wobei dieser Wert als Basiswert zu betrachten ist. In Bezug auf die Arbeitsunfälle liegen Schätzungen von 8% bis 25% vor. Schätzungen des Anteils der alkoholassoziierten Krankenstandstage am Krankenstandsgeschehen der Beschäftigten ergeben basierend auf Daten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse einen Wert von 0,5%. Dieser Wert ist allerdings aufgrund der angesprochenen methodischen und datentechnischen Schwierigkeiten als wenig verlässlich zu interpretieren ist und vermutlich weit höher anzusetzen ist.

Alkoholkonsum, auch während der beruflichen Tätigkeit, war bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts in Europa eine Selbstverständlichkeit. Heute spielt Alkoholkonsum während der Arbeit eine immer geringere Rolle. **Alkoholkonsum ist in vielen Arbeitsbereichen**, ganz besonders wenn es um das Hantieren mit Maschinen, das Steuern von Kraftfahrzeugen oder gefährliche Tätigkeiten geht, explizit verboten. Selbst moderater Alkoholkonsum während der Arbeitspausen wird immer seltener. Inzwischen existiert die Mehrheitsposition, dass Alkoholkonsum während der Arbeit gänzlich fehl am Platz ist. Obgleich es in manchen Branchen ein **gesetzliches Alkoholverbot** während der Arbeit gibt und es den Betrieben auch in anderen Branchen möglich ist, Alkoholverbote zu verhängen, gibt es kein generelles gesetzliches Alkoholverbot am Arbeitsplatz und nur sehr begrenzte Möglichkeiten den Alkoholkonsum in Pausen, die als Freizeit gelten, zu verbieten. Zur Diskussion steht allerdings nach wie vor, ob in allen Arbeitsfeldern ein kategorischer Verzicht auf Alkohol zu fordern ist, oder ob moderater Alkoholkonsum bei genau definierten Anlässen in den Betrieben – z. B. bei besonderen festlichen Anlässen – nach wie vor tolerierbar ist.

Im Zusammenhang mit den angesprochenen Problemen ist zu begrüßen, dass Konzepte zur **betrieblichen Gesundheitsförderung** sowie Aktivitäten gegen Substanzmissbrauch und Sucht in den Betrieben laufend an Stellenwert gewinnen und unter dem Motto "**Alkohol am Arbeitsplatz**" oder "**betriebliche Suchtprävention**" verstärkt angeboten und in Anspruch genommen werden. Das Spektrum reicht hier von ausgearbeiteten manualisierten Programmen, über flexiblere Konzepte, die stärker an die jeweiligen situativen Anforderungen und Problemstellungen angepasst werden, bis zu einer Palette an allgemeinen Beratungs- und Betreuungsangeboten, die sowohl in Betrieben als auch in anderen Settings anwendbar sind und nicht explizit unter den Begriffen "Alkohol am Arbeitsplatz" oder "betriebliche Suchtprävention" zusammengefasst werden, aber trotzdem als relevante Angebote zu betrachten sind.

Die Erfahrungen in den Betrieben, die im Sinne von "Alkohol am Arbeitsplatz" oder "betriebliche Suchtprävention" tätig wurden, sind durchwegs positiv und diese Initiativen sind aus gesundheitspolitischen und betriebswirtschaftlichen Gründen zu begrüßen. Die sukzessive **Haltungsänderung der Gesellschaft**, die exzessiven Alkoholkonsum generell und Alkoholkonsum am Arbeitsplatz im Besonderen als unangemessen erachtet, erleichtert es, Maßnahmen zur betrieblichen Suchtprävention einzuführen. Diese Maßnahmen beeinflussen im Gegenzug indirekt auch die Haltung der Menschen außerhalb der Betriebe.

Alkoholassoziierte Probleme stellen darüber hinaus auch spezifische Anforderungen an die **Arbeitsmarktpolitik**. Die gesundheitliche Dimension der Beschäftigungsfähigkeit gewinnt im Lichte des demographischen Wandels und der angestrebten Steigerung der Erwerbsbeteiligung von Älteren zunehmend an Bedeutung. Gleichzeitig stellen für Arbeitslose gesundheitliche Einschränkungen auch dann, wenn sie nicht der auslösende Grund für die Arbeitslosigkeit sind, einen erschwerenden Faktor bei der Rückkehr in die Beschäftigung dar. Angesichts der Tatsache, dass Alkoholismus in sehr vielen Fällen in Zusammenhang mit oder als Folge von psychischen Problemen auftritt, sind Angebote und Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen in diesem Kontext von besonderer Bedeutung. Die internationalen Forschungsergebnisse zeigen, dass sich psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen besonders negativ auf die Erwerbschancen auswirken und eine besondere Herausforderung für die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz darstellen. Gerade im Falle von Alkoholproblemen kann es deshalb, wie bei **psychischen Gesundheitsproblemen** im Allgemeinen, sinnvoll sein, eigene Frühinterventions-, Rehabilitations- und Wiedereingliederungsverfahren zu entwickeln. Anders als bei den meisten anderen Erkrankungen, wo der sequentielle Einsatz von gesundheitlichen und beruflichen Maßnahmen zweckmäßig ist, sind bei Alkoholkranken oft integrierte Maßnahmen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation notwendig. Erkenntnisse aus der medizinischen Forschung zeigen darüber hinaus, dass bei psychischen Problemen regelmäßige Betätigung durch adäquate Arbeit nicht nur möglich, sondern auch für Genesung und Rehabilitation förderlich sein kann. Vor diesem Hintergrund kann auch die bereits angebaute Einführung von flexiblen Modellen zum stufenweisen Wiedereinstieg nach einem längeren Krankenstand dazu beitragen, die Anbindung an den Arbeitsplatz von Personen mit Alkoholproblemen aufrechtzuerhalten und ihre Arbeitsmarktintegration zu fördern.



# Fehlzeitenreport 2016

## Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

### 1 Entwicklung und Verteilung der Krankenstände

**Thomas Leoni**

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

Dennoch muss bedacht werden, dass die Krankenstandsentwicklung nicht immer unmittelbar das gesundheitliche Befinden der (erwerbstätigen) Bevölkerung widerspiegelt. Die Krankenstände werden von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und institutionellen Faktoren beeinflusst. Zum einen wirken sich Veränderungen in der Zusammensetzung der unselbständigen Beschäftigung stark auf die von der Statistik erfassten Krankenstände aus und können mitunter Effekte verursachen, die in einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive differenziert betrachtet werden müssen. So schlägt sich beispielsweise der frühzeitige Erwerbsaustritt von Personen mit gesundheitlichen Problemen günstig in der *Krankenstandsstatistik* nieder. Angesichts der Zielsetzung, die Erwerbsbeteiligung der Älteren zu steigern, und der Notwendigkeit, den demographischen Alterungsprozess der Gesellschaft durch die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit zu bewältigen, ist ein frühzeitiger Erwerbsaustritt allerdings weder wünschenswert noch nachhaltig. Dem betriebs- und volkswirtschaftlichen Nutzen, der sich kurzfristig durch die Reduktion von Fehlzeiten ergibt, stehen in so einem Fall langfristige, hohe Kosten im Gesundheits-, Sozialversicherungs- und Pensionssystem gegenüber<sup>4)</sup>.

Zum anderen sind die statistisch erfassten Krankenstände auch ein Produkt des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt. Leistungsdruck und Arbeitsplatzunsicherheit können diesbezüglich das Verhalten der Beschäftigten ebenso beeinflussen wie ihre Arbeitszufriedenheit und Motivation. Eine Steigerung der aus gesundheitlicher wie ökonomischer<sup>5)</sup> Sicht problematischen Bereitschaft der ArbeitnehmerInnen krank arbeiten zu gehen (das

---

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

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

Phänomen des so genannten Präsentismus), kann sich positiv auf die *Krankenstandsstatistik* niederschlagen. Umgekehrt können Fälle von Absentismus, also Fehlzeiten, die aus gesundheitlicher Sicht vermeidbar gewesen wären, die statistisch erfassten Krankenstände erhöhen.

## 1.1 Definitionen und Datenbeschreibung

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

Die in diesem Kapitel beschriebenen Daten werden vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) erhoben und wurden hauptsächlich der jährlich erscheinenden *Krankenstandsstatistik* bzw. dem *Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung* entnommen. In der Statistik werden alle im Berichtsjahr abgeschlossenen Krankenstandsfälle erfasst. Als Krankenstandstage werden Kalendertage gezählt, die Statistik unterscheidet nicht zwischen Arbeits- bzw. Werktagen oder Sonn- und Feiertagen. Demnach ist die Summe der ausgewiesenen Krankenstandstage größer als die der effektiv verloren gegangenen Arbeitstage. Im Durchschnitt dürfte die Zahl der verlorenen Arbeits- bzw. Werkstage etwa fünf Siebtel der Gesamtsumme der verlorenen Kalendertage ausmachen (Biffi, 2002). Die Daten des Hauptverbands eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2015 waren 3,18 Mio. unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 92% der unselbständig aktiv Beschäftigten in Österreich<sup>6)</sup>. Dazu zählen nach dem ASVG neben den ArbeiterInnen und Angestellten auch die Vertragsbediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Aus der *Krankenstandsstatistik* sind allerdings die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie die

---

<sup>6)</sup> Im Jahresdurchschnitt 2015 gab es laut HVB 3,45 Mio. unselbständig aktiv Beschäftigte.

Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten ausgenommen<sup>7)</sup>). Ebenso nicht erfasst werden Personen mit geringfügiger Beschäftigung sowie freien Dienstverträgen.

Die *Krankenstandsstatistik* basiert seit 2010 auf einer Abgrenzung der Versicherten, in der Präsenzdienster und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen nicht als Beschäftigte gezählt werden. Durch diese Bereinigung, die zum Teil rückwirkend bis zum Jahr 2000 durchgeführt wurde, ergeben sich geringere Versichertenzahlen und in der Folge höhere durchschnittliche Pro-Kopf-Krankenstandswerte als nach der alten Methodik. Die Auswirkungen dieser Bereinigung sind zwar für die statistische Erfassung des Krankenstandsgeschehens insgesamt von geringfügiger Bedeutung, sie führen allerdings zu einem statistischen Bruch in der Zeitreihenbetrachtung. Dieser statistische Bruch betrifft alle Auswertungen, in denen die Krankenstandsdaten mit Beschäftigungszahlen verknüpft werden, um Quoten zu errechnen. Für bestimmte Untergruppen von Beschäftigten – vor allem Frauen in der Reproduktionsphase – nehmen die Abweichungen gegenüber der früheren Methodik ein signifikantes Ausmaß an. In diesen Fällen wird bei der Dateninterpretation ausdrücklich auf die Auswirkungen der Umstellung eingegangen. Auch in Zeitreihen, wo die Umstellung der Beschäftigtenzahlen keine größeren Veränderungen nach sich gezogen hat, wird der statistische Bruch in den graphischen Darstellungen entsprechend gekennzeichnet. Der Beobachtungszeitraum des diesjährigen Fehlzeitenreports reicht von 2015 bis zum Jahr 1970 zurück<sup>8)</sup>.

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

- Da die gesetzliche Krankenversicherung eine Mehrfachversicherung zulässt, werden in den Statistiken nicht die krankenversicherten Personen, sondern die Krankenversicherungsverhältnisse gezählt. Dies ist auch in den Beschäftigungsstatistiken des HVB der Fall. Spricht man von Beschäftigung, ist von Beschäftigungsverhältnissen und nicht von beschäftigten Personen die Rede. Die Differenz zwischen Beschäftigten und Beschäftigungsverhältnissen (und demnach zwischen Krankenversicherten und Krankenversicherungsverhältnissen) ist jedoch geringfügig und über die Jahre stabil<sup>9)</sup>. Zum Stichtag 1. Juli 2015 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,2% höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei Männern lag diese Differenz bei 1,0% und bei Frauen bei 1,4%. Auch in einem längerfristigen Beobachtungszeitraum schwankt dieser Wert kaum: Zum Stichtag im Juli 1990 war die Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,5% höher als die Zahl der beschäftigten Personen. In diesem Kapitel wird diese geringfügige Differenz deshalb vernachlässigt und immer von Versicherten gesprochen.

---

<sup>7)</sup> Von 1970 bis 1984 wurde die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen in die Statistik inkludiert. Die pragmatisierten, bei einer Betriebskrankenkasse versicherten Bediensteten (2.773 Personen im Jahr 2010) sind in der Statistik durchgehend enthalten.

<sup>8)</sup> Ab 1970 ist eine durchgehende Darstellung der meisten Ausprägungen in ihrer jetzigen Definition in den Hauptverbandsdaten möglich. Für einzelne Ausprägungen wäre es möglich, Zeitreihen bis zum Jahr 1965 zurückzuführen.

<sup>9)</sup> Durch eine jährliche Stichtagerhebung im Juli erteilt der Hauptverband Auskunft zum Ausmaß der Differenz zwischen Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und von beschäftigten Personen (Haydn, 2016).

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

### Übersicht 1.1: Verwendete Begriffe und Indikatoren

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

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

Die BezieherInnen von Kinderbetreuungsgeld, die von ihrem Arbeitsplatz karenziert sind und somit in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen, wurden von den Sozialversicherungsträgern in der Vergangenheit als Beschäftigte gezählt. Diese Personen erhöhten somit die Grundgesamtheit der Versicherten in der *Krankenstandsstatistik*, obwohl sie in der Praxis wohl kaum Krankenstände verzeichneten. Ähnliches galt auch für die Präsenzdienere. Jährliche Schwankungen in der Zahl dieser beiden Gruppen konnten daher die Berechnung von durchschnittlichen Krankenstandsindikatoren leicht verzerren<sup>10)</sup>. Mit dem Jahr 2010 wurde die *Krankenstandsstatistik* wie bereits erwähnt auf eine neue Grundlage gestellt und um die beiden erwähnten Personengruppen bereinigt. Auswertungen für frühere Jahre können allerdings nur dort erstellt werden, wo die Daten auch rückwirkend angepasst wurden (das ist vereinzelt bis 2000, sonst bis 2008 der Fall). Auf die Gesamtzahlen der Statistik bezogen, fällt diese Bereinigung nicht stark ins Gewicht: Nach der alten Berechnungsmethode entfielen beispielsweise 2008 und 2009 12,5 bzw. 12,6 Krankenstandstage pro Person. Die revidierte Statistik weist für 2008 13,0 Tage und für 2009 13,2 Tage aus, was einer Steigung um etwa 4,5% entspricht. Für einzelne Personengruppen fällt die Anpassung jedoch viel stärker aus. Die Pro-Kopf-Zahl der Krankenstandstage von Frauen zwischen 25 und 29 Jahren (eine Altersgruppe, wo die Konzentration von Kinderbetreuungsgeldbezieherinnen sehr hoch ist) hat sich durch die Revision für 2008 von 7,9 auf 10,2 erhöht, 2009 von 8,2 auf 10,4. Das entspricht einer Erhöhung um mehr als 25%.

## 1.2 Entwicklung der Krankenstände

Im Zeitraum 1970 bis 2015 unterlag die jährliche Anzahl von Krankenstandstagen, absolut und relativ zum Versichertenstand, beträchtlichen Schwankungen (Abbildung 1.1). Absolut betrachtet war die Entwicklung der Krankenstände während der 1970er-Jahre steigend, der Höhepunkt wurde mit dem Jahr 1980 erreicht. Ab diesem Zeitpunkt setzte eine Trendwende ein. Besonders während der frühen 1980er-Jahre, Mitte der 1990er-Jahre und in der Periode 2000/06 verringerte sich die Summe der Krankenstandstage deutlich. Die Gesamtsumme der Krankenstandstage betrug 1970 knapp 32 Mio., 1980 waren es 42,8 Mio. und 2015 40,3 Mio. Während im Jahrzehnt 1970 bis 1980 die Zahl der Krankenstandstage viel schneller als die Zahl der Versicherten stieg, entwickelten sich Beschäftigungsstand und Fehlzeiten im folgenden Jahrzehnt in etwa im Gleichklang. Seit den 1990er-Jahren nahm der Versichertenstand weiterhin zu, während das Krankenstandsvolumen nach einigen Schwankungen 2010 etwa gleich groß war wie zu Ende der 1980er-Jahre, wodurch sich eine deutliche Reduktion der Pro-Kopf-Werte ergab.

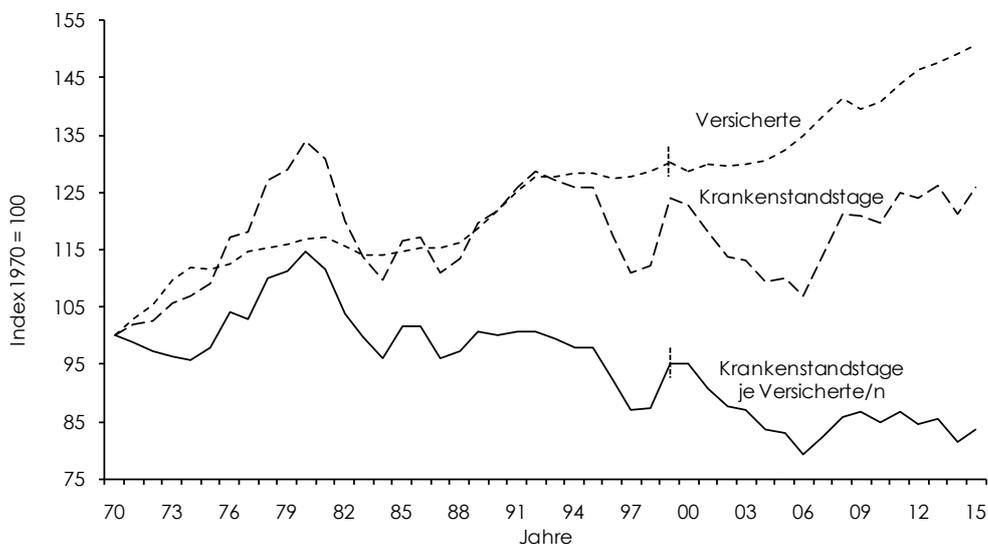
Die soeben beschriebene Entwicklung, mit dem Jahr 1980 als Wendepunkt, wird durch die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen je Versicherte/n verdeutlicht. In den frühen 1970er-Jahren entfielen auf jede versicherte Person knapp 15 Krankenstandstage. Nach der Erreichung eines Spitzenwertes im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

---

<sup>10)</sup> Zieht man die Gesamtheit der Versicherten heran, dann sind die jährlichen Schwankungen im Anteil der KinderbetreuungsgeldbezieherInnen und Präsenzdienere für die Berechnung der Krankenstandsquote vernachlässigbar. Bezogen auf spezifische Untergruppen von Versicherten – insbesondere Frauen im gebärfähigen Alter – ist die Verzerrung ausgeprägter, sie kann anhand der verfügbaren Daten allerdings nicht akkurat gemessen werden.

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

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



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

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

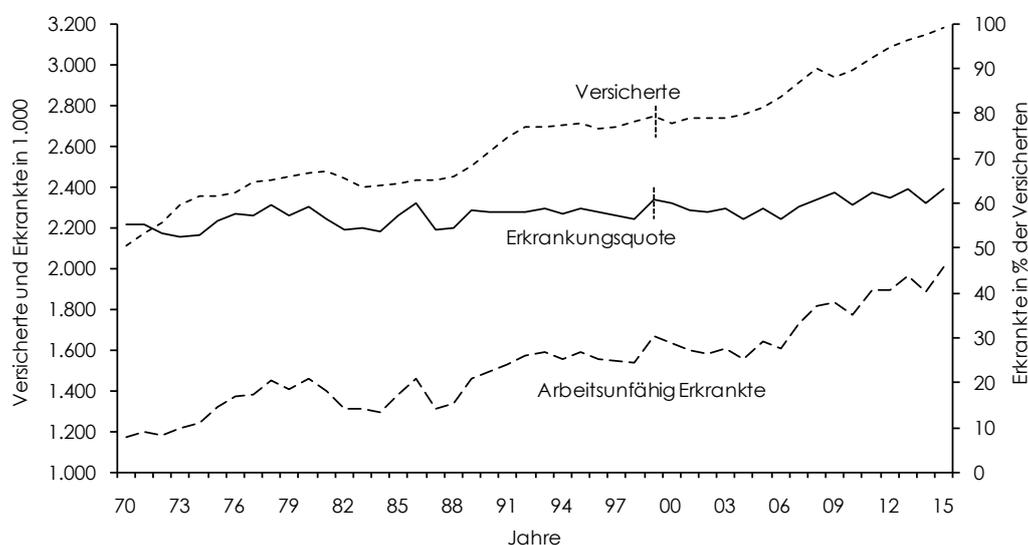
Die Entwicklung der Fehlzeiten kann zusätzlich anhand der Krankenstandsquote, die ein Maß für den Verlust an Arbeitstagen im Jahresverlauf darstellt, veranschaulicht werden. Die Kran-

kenstandsquote entspricht dem Quotienten aus der Summe der Krankenstandstage im Jahr und dem Arbeitsvolumen der Versicherten im Jahresdurchschnitt, die Berechnung des Arbeitsvolumens erfolgt auf der Basis eines 365-Tage-Arbeitsjahres. Dadurch, dass sowohl für das Arbeitsvolumen der Versicherten als auch für die Krankenstandstage Kalendertage verwendet werden, erfasst die Krankenstandsquote die durch Krankheit und Unfälle verlorenen Arbeitstage relativ genau (Biffi, 2002). Unschärfen, die sich aus Unterschieden zwischen ganzjähriger und nicht ganzjähriger Beschäftigung ergeben könnten, wird dadurch Rechnung getragen, dass der Versichertenstand über einen Jahresdurchschnitt ermittelt wird. Die Krankenstandsquote betrug in der österreichischen Wirtschaft 1970 4,2% und 2015 3,5%. Der höchste Wert wurde 1980 mit 4,8% erreicht, der niedrigste 2006 mit 3,3%.

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

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

Abbildung 1.2: Anteil der Erkrankten an den Versicherten Österreich

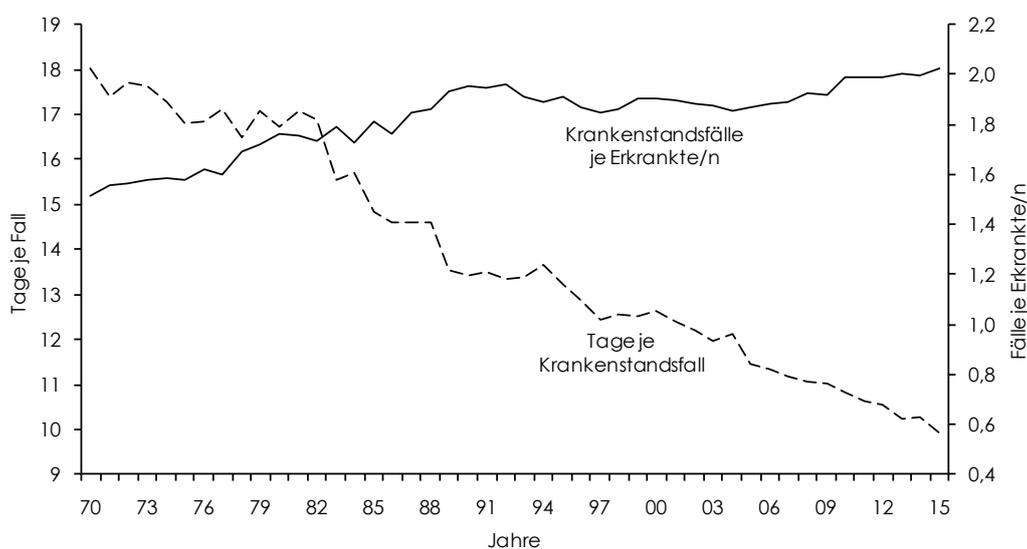


Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versichertenzahlen in der *Krankenstandsstatistik* kommt es in den betroffenen Datenreihen zwischen 1999 und 2000 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

Die Anzahl der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einen Krankenstand meldeten, ist in der *Krankenstandsstatistik* enthalten und ermöglicht die Berechnung einer Erkrankungsquote. Trotz jährlicher Schwankungen lag diese Erkrankungsquote im vergangenen Jahrzehnt immer nahe bei 60% (Abbildung 1.2). Somit sind jährlich etwa sechs von zehn Versicherten mindestens einmal wegen Krankheit oder Unfall als arbeitsunfähig gemel-

det. Den absolut niedrigsten Wert verzeichnete die Statistik in den Jahren 1973 bis 1974, wo weniger als 53% der Versicherten einen Krankenstand hatten. Im Jahr 2015 wurde eine Erkrankungsquote von 63,1% registriert – wobei zu beachten ist, dass die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* die Vergleichbarkeit mit Werten aus der Vergangenheit etwas einschränkt. Nicht nur die Erkrankungsquote, auch die Häufigkeit und die Dauer der Krankheitsepisoden haben sich über die Zeit verändert. Die Anzahl von Krankenstandsfällen je Person hat sich im Beobachtungszeitraum kontinuierlich erhöht: Im Jahr 1970 waren jene Beschäftigten, die erkrankten, durchschnittlich 1,5-mal im Jahr krank, im Jahr 2015 zweimal (Abbildung 1.3). Das gleiche Bild ergibt sich bei einer Betrachtung, bei der die verzeichneten Krankenstandsfälle durch die Gesamtzahl der Versicherten dividiert werden: 1970 entfielen rein statistisch auf jeden Beschäftigten 0,84 Krankenstandsfälle, 2015 waren es 1,28 Fälle (Übersicht A2).

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



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Diese Erhöhung der Frequenz von Krankenstandsepisoden geht im Wesentlichen auf eine Zunahme der statistisch erfassten Kurzkrankenstände zurück (siehe auch Abschnitt 1.3). Die Kombination aus steigender Krankenstandsfrequenz und fallender Krankenstandszeit spiegelt sich in einer starken Verkürzung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer wider. Während 1970 ein Krankenstandsfall im Durchschnitt 18 Tage dauerte, reduzierte sich dieser Wert auf 9,9 Tage im Jahr 2015.

### 1.3 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten

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

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

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

Eine genaue Abschätzung der Untererfassung von Kurzkrankenständen ist auf Basis der bestehenden Daten nicht möglich, eine entsprechende Stichprobenerhebung wäre dazu erforderlich. Im Allgemeinen ist davon auszugehen, dass die Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen besser erfasst sind als jene der Angestellten. Ab Einführung des Entgeltfortzahlungsgesetzes (1974) und bis zum Jahr 2000 erstatteten die Krankenversicherungen den Unternehmen die (für ArbeiterInnen) geleisteten Entgeltfortzahlungen zurück. Diese Regelung stellte einen Anreiz zur Erfassung der ArbeiterInnenkrankenstände dar, der bei den Angestellten in dieser Form nicht gegeben war. Laut Auskunft des HVB bestand im Rahmen des Entgeltfortzahlungsgesetzes auch die Möglichkeit, dass Unternehmen Kurzkrankenstände der ArbeiterInnen beim Sozialversicherungsträger meldeten, ohne notwendigerweise eine ärztliche Bestätigung eingeholt zu haben. In diesen Fällen wurden die Krankenstände auch bei der Gruppe der ArbeiterInnen von der Statistik nicht erfasst. Anhand einer Sonderauswertung der Entgeltfortzahlungsstatistik aus dem Jahr 1999 konnte ermittelt werden, dass etwa 111.000 Krankheitsfälle von ArbeiterInnen nicht ärztlich bestätigt worden waren (Übersicht 1.2). Das entspricht einem Drittel der im selben Jahr gemeldeten Kurzkrankenstände von ArbeiterInnen laut *Krankheitsstandsstatistik*. Gemessen an der Gesamtheit der Fälle (6,8%) und vor allem der Krankheitsstandstage (1,3%) spielte diese Untererfassung eine geringe Rolle. Diese Werte liefern Anhaltspunkte für die Untererfassung von Kurzkrankenständen der ArbeiterInnen in der offiziellen Statistik.

*Übersicht 1.2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999  
Österreich*

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

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Obwohl der Entgeltfortzahlungsfonds und der Erstattungsanspruch im Jahr 2001 abgeschafft wurden, ist zu vermuten, dass die Erfassungsquote von Kurzkrankenständen bei den ArbeiterInnen weiterhin höher ist als bei den Angestellten. Neben dem Nachwirken des Entgeltfort-

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

Aus der Entwicklung der Statistik der Krankheitsdauer sind vor allem zwei Trends abzulesen. Die Häufigkeit von Kurzkrankenständen (bzw. deren Erfassung) nahm kontinuierlich zu: Die Quote aus Kurzkrankenständen und Versicherten betrug 1970 weniger als 9%, 1980 schon 11,2%, im Jahr 1990 18,6% und 2007 32%. Ab 2008 liegen Daten auf Basis der bereinigten Versichertenzahlen vor, wodurch ein kleiner Niveausprung in der Zeitreihe entstanden ist<sup>11)</sup>. 2015 kam es zu einem Höchststand der absoluten Zahl an Kurzkrankenständen: Zwischen 2008 und 2014 entwickelte sich die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände von 35,8% auf 46,8%. 2015 lag der Quotient bei 49,6%. In anderen Worten gab es 2008 358 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2014 waren es 468 und 2015 496 Fälle. Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei den ArbeiterInnen und Angestellten stark an. Während der 1970er-Jahre waren Kurzkrankenstände bei ArbeiterInnen deutlich häufiger als bei Angestellten. 1975, ein Jahr nach Einführung des Entgeltfortzahlungsfonds, gab es im Schnitt etwa 120 Kurzkrankenstände je 1.000 ArbeiterInnen, aber weniger als 75 Kurzkrankenstände je 1.000 Angestellte. 1990 gab es bei den ArbeiterInnen durchschnittlich noch deutlich häufiger Kurzkrankenstände als bei den Angestellten (Kurzkrankenstände je Versicherte: 22% gegenüber 14,9%). Bei den jüngsten Daten kann in der Verteilung der Krankheitsfälle zwischen ArbeiterInnen und Angestellten nur ein vergleichsweise geringer Unterschied beobachtet werden: Bei den Angestellten entfielen 2015 auf 1.000 Versicherte 483 Kurzkrankenstände, bei den ArbeiterInnen waren es 515 (Abbildung 1.4).

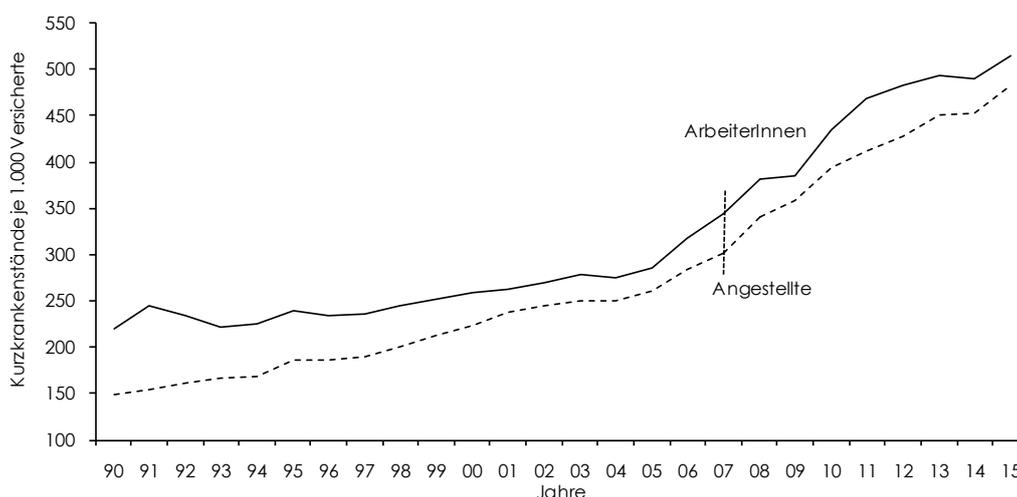
Die Zunahme der Kurzkrankenstände folgt einem kontinuierlichen Trend, der sich auch nach dem Jahr 2000 fortsetzte, obwohl man in Folge der Abschaffung des Entgeltfortzahlungsfonds

---

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

(und des damit zusammenhängenden Anreizes zur Erfassung von Kurzkrankenständen) zumindest bei den ArbeiterInnen eine gegenteilige Entwicklung hätte erwarten können. Wie aus Abbildung 1.4 zu sehen ist, war der Anstieg seit 2003 besonders stark. Es könnte sein, dass es in der jüngsten Vergangenheit zu einer Verringerung oder zumindest zu keinem weiteren Anstieg der Untererfassung von Kurzkrankenständen in der Statistik kam. Allerdings dürften weitere Faktoren den Anstieg der Kurzkrankenstände und damit die Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer verursacht haben. Dafür spricht die Tatsache, dass bei den Bundesbeschäftigten, wo die Erfassung von kurzen Krankenständen vollständig ist, in den jüngsten Jahren ebenfalls ein starker Anstieg der kurzen Krankenstandsepisoden beobachtet werden kann. Während 2003 je Bundesbeschäftigten durchschnittlich ein Kurzkrankenstand verzeichnet wurde, waren es in der letzten Erhebung aus dem Jahr 2014 1,5 Fälle pro Kopf (Bundeskanzleramt, 2015A, 2015B).

Abbildung 1.4: Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf Österreich



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

Zum einen legen Auswertungen nach Wochentag des Anfangs bzw. Endes der Krankschreibung – die allerdings nur für Oberösterreich verfügbar sind – den Schluss nahe, dass in der Vergangenheit in höherem Ausmaß als heute die Beschäftigten von ÄrztInnen bis einschließlich Sonntag krankgeschrieben wurden (siehe Abschnitt 1.4, Abbildung 1.11). Eine Vorverlegung des Endes der Krankschreibung auf den Freitag führt dazu, dass einige Fälle, die früher mit mehr als drei Kalendertagen in die Statistik eingingen, heute als Kurzkrankenstände gezählt werden. Dieser Effekt kann aber nur einen Teil der Zunahme an Kurzkrankenständen erklären<sup>12)</sup>. Auch Änderungen am Arbeitsmarkt, wie die Zunahme von Teilzeitbeschäftigung,

<sup>12)</sup> Um diese Frage zu untersuchen, wurde anhand der oberösterreichischen Krankenstandsdaten (für die Periode 2005 bis 2014) für das Jahr 2014 eine Verteilung der Krankenstandsbeendigungen simuliert, die jener aus dem Jahr 2005 entspricht. Anschließend wurde die Verteilung der Krankenstände nach Dauer neu berechnet. Die Ergebnisse zeigen, dass nur etwa ein Drittel des Anstiegs der Kurzkrankenstände zwischen 2005 und 2014 durch eine systematische Vorverlegung des Endes der Krankschreibung von Sonntag auf Freitag erklärt werden kann.

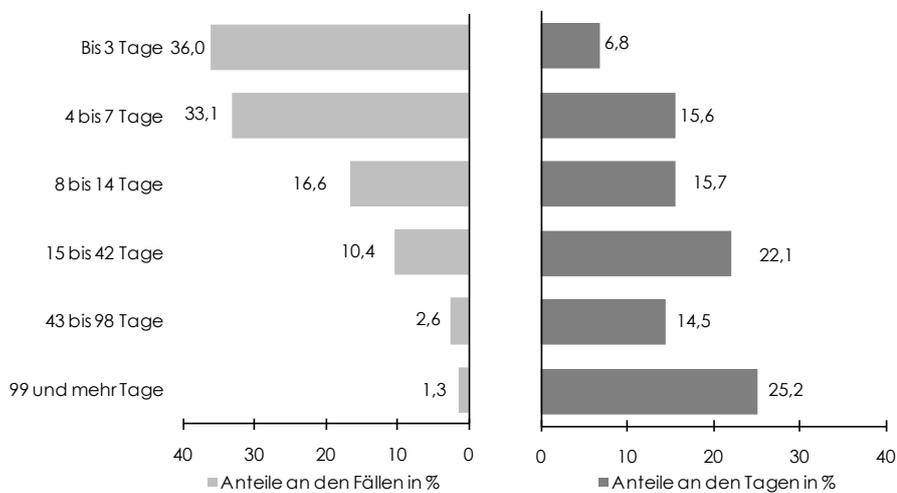
und Verbesserungen im Gesundheitswesen (z. B. durch die Verkürzung der medizinischen Behandlungen) dürften die zunehmende Verbreitung von kurzfristigen Krankschreibungen gefördert haben. Zudem ist nicht auszuschließen, dass hinter der seit langem beobachtbaren Verkürzung der Krankenstandsepisoden auch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

Angesichts der insgesamt deutlich höheren Krankenstandsquoten bei den ArbeiterInnen fallen die Kurzkrankenstände bei den Angestellten (gemessen an den Krankenstandstagen) stärker ins Gewicht. Gemessen an der Verteilung der Fehlzeiten nach Krankenstandsdauer sind 2015 bei den Angestellten 9,4% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (1990 3,3%; Abbildung 1.6), die Quote bei Männern liegt nahe am Durchschnitt mit 9,3% (1990 3%), jene der Frauen im Durchschnitt (2015 9,4% bzw. 1990 3,6%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei ArbeiterInnen ist, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: 6,8% in 2015 (Abbildung 1.5), 2,2% in 1990. Hier ist zwischen den Geschlechtern ein etwas größerer Unterschied beobachtbar. Anders als bei den Angestellten haben Arbeiterinnen einen geringeren Anteil an Kurzkrankenstandstagen als Männer (2015 6,0% gegenüber 7,2%).

Die steigende Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Gesamtheit der Beschäftigten kann sowohl an der Entwicklung der Krankenstandstage als auch der Krankenstandsfälle abgelesen werden. 1990 stellten Fälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen 16,4% der Krankenstandsfälle, aber nur 2,6% der Krankenstandstage dar. Im Jahr 2015 waren zwar 38,9% der gemeldeten Krankenstände ein bis drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten haben Kurzkrankenstände trotz ihrer Zunahme weiterhin eine vergleichsweise geringe Bedeutung, ihr Anteil an der Summe der Krankenstandstage liegt bei 8,1%. Umgekehrt zeigt Abbildung 1.7, dass ein großer Teil der anfallenden Krankenstandstage in der Wirtschaft durch eine vergleichsweise geringe Anzahl von Krankenstandsfällen generiert wird. Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, stellen 3,3% der Gesamtsumme dar, verursachen aber 37,4% der Krankenstandstage. Ein Vergleich zwischen Beschäftigtengruppen zeigt, dass bei den ArbeiterInnen Langzeitkrankenfälle noch stärker als bei Angestellten ins Gewicht fallen: Bei den ArbeiterInnen entfallen 39,8% der Fehlzeiten auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten sind es 35,1%.

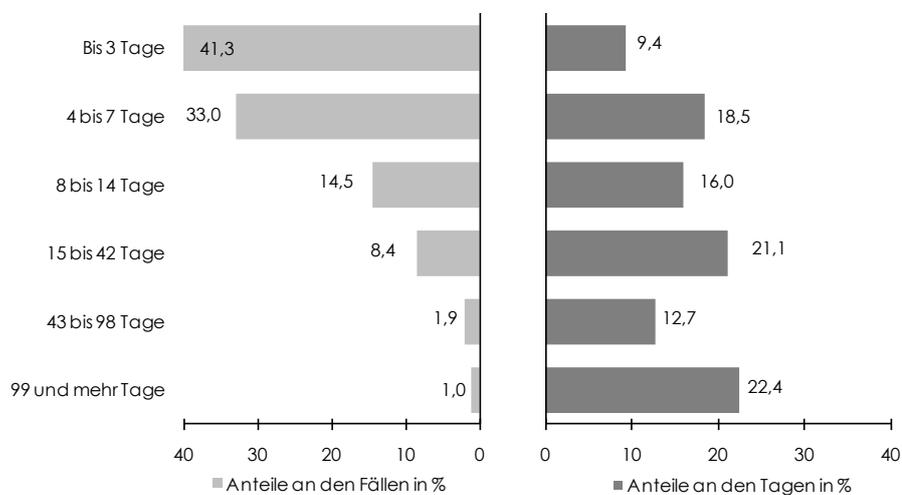
Im deutschen Fehlzeitenreport (*Badura et al., 2016*) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2015 6,2% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage auf Krankenstandsfälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 35,8% betrug. Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da viele ArbeitgeberInnen in den ersten drei Tagen einer Erkrankung keine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verlangen. Ergebnisse aus einer früheren Befragung des Instituts der deutschen Wirtschaft (*Marstedt – Müller, 1998*) zeigten, dass der Anteil der Fälle von ein bis drei Tagen an den krankheitsbedingten Fehltagen fast doppelt so hoch lag wie in der offiziellen Statistik.

Abbildung 1.5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, ArbeiterInnen Österreich, 2015



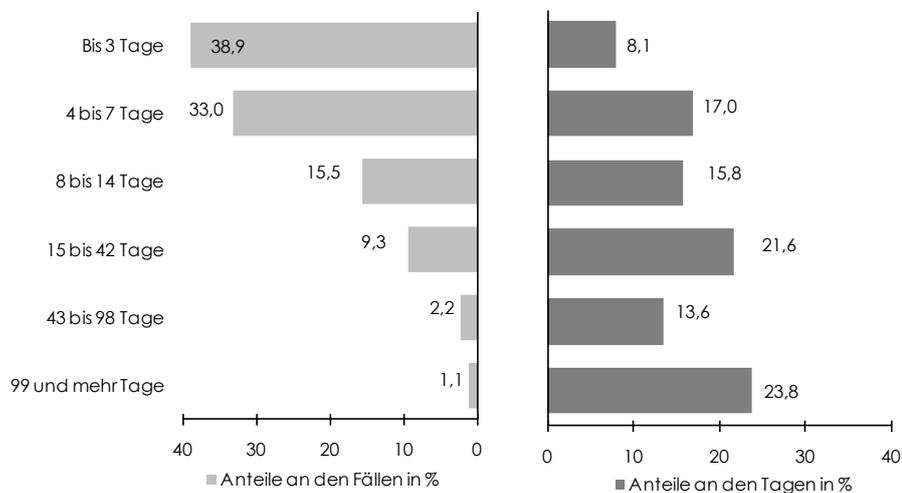
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte Österreich, 2015



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte Österreich, 2015



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

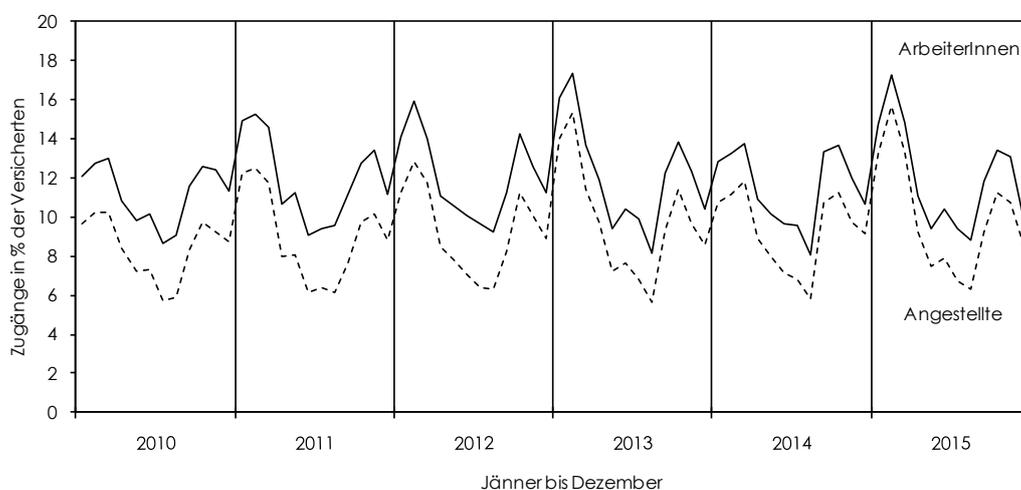
Wenn die tatsächlich anfallenden Kurzkrankenstände voll in der *Krankenstandsstatistik* erfasst wären, würde die Krankenstandsquote in Österreich naturgemäß höher liegen. Wie Berechnungen anhand von plausiblen Annahmen zeigen, wirkt sich die Unterfassung der Kurzkrankenstände spürbar auf die *Krankenstandsstatistik* aus, sie verzerrt aber nicht dessen Gesamtbild: Eine Verdoppelung der Kurzkrankenstände entspricht einem durchschnittlichen Anstieg von etwa einem Krankenstandstag pro Jahr und Beschäftigten (das entspricht einer Erhöhung der Krankenstandsquote um 8%). Unter der Annahme, dass kurze Krankenstandsfälle im privatwirtschaftlichen Bereich genauso häufig sind wie im öffentlichen Bereich, erhöht sich die Krankenstandsquote dagegen um etwa 12% (diese Schätzung basiert auf Werten für das Jahr 2014). *Badura et al.* (2008) kommen zu dem Schluss, dass Maßnahmen, die auf eine Senkung des Krankenstands abzielen, vorrangig bei den Langzeitfällen ansetzen sollten. Kurzkrankenstände haben dennoch oft einen störenden Einfluss auf den Betriebsablauf und können hohe Folgekosten verursachen. Das betrifft insbesondere Kleinbetriebe, die weniger flexibel als Großbetriebe auf das Entfallen einer Arbeitskraft reagieren können sowie jene Betriebe, in denen die Arbeitsplätze mit einem hohen Sachkapitalaufwand (z. B. teure Maschinen) ausgestattet sind.

#### 1.4 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag

Krankheitsbedingte Fehlzeiten sind nicht gleichmäßig auf das Jahr verteilt. Die Wintermonate zu Beginn des Jahres sind jene mit den höchsten Krankenstandszugängen und -beständen. Abbildung 1.8 und Abbildung 1.9 zeigen den Jahresverlauf von Zugängen in den Krankenstand und den Krankenstandsbestand zum jeweiligen Monatsende. Um die saisonalen Schwankungen im Beschäftigten- und Versichertenstand zu berücksichtigen, wurden die

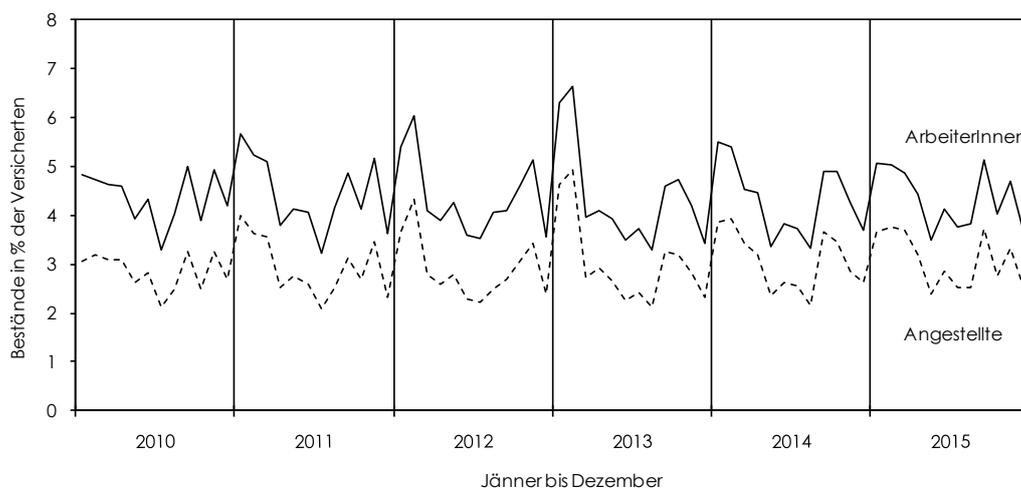
Krankenstände auf die Versicherten im entsprechenden Monat (Stichtag Monatsende) umgelegt. Je nach Jahr treffen die meisten Krankenstandsfälle im Jänner oder Februar ein. Während des Frühlings und des Sommers nimmt die Anzahl der Neuzugänge in den Krankenstand ab, der Herbstanfang verzeichnet regelmäßig mit dem Monat September ein neues Hoch an Krankenständen. Der parallele Verlauf von Zugängen und Beständen deutet darauf hin, dass die Dauer der einzelnen Krankenstandsfälle kein starkes saisonales Muster aufweist.

Abbildung 1.8: Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

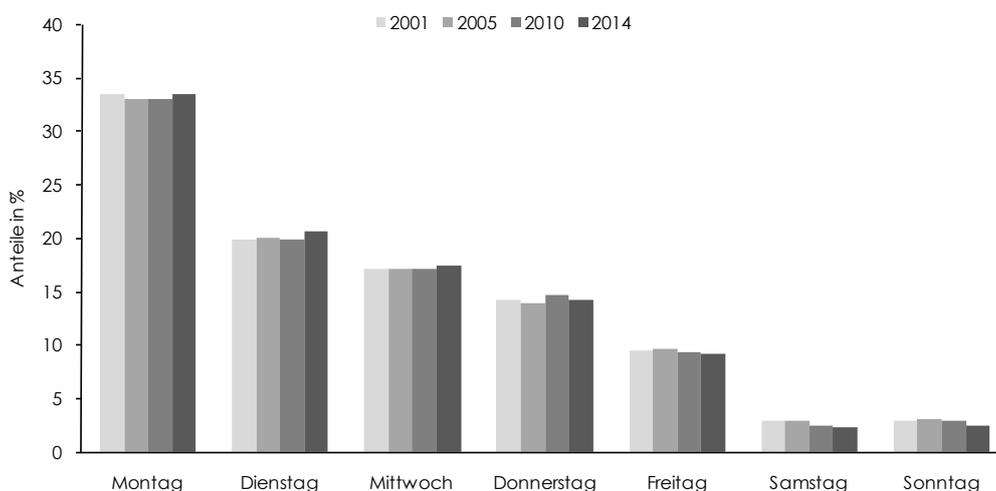
Abbildung 1.9: Krankenstandsbestände auf Monatsbasis Österreich



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Das jährliche Muster zeigt sich sowohl bei ArbeiterInnen als auch bei Angestellten. Die relative Differenz zwischen ArbeiterInnen und Angestellten ist bei den Zugängen kleiner als bei den Beständen, was mit den durchschnittlich kürzeren Krankenstandsfällen der Angestellten zu erklären ist. Anhand des Verlaufs der Zugänge in den Krankenstand über mehrere Jahre können auch besonders starke Grippewellen erkannt werden: Eine solche hat beispielsweise zu Jahresanfang 2008 Österreich getroffen und insbesondere im Jänner 2008 zu einem sprunghaften Anstieg der Zugänge in den Krankenstand geführt. In diesem Monat verzeichnete die Statistik rund 425.000 Neuzugänge in den Krankenstand, statistisch betrachtet wurden somit fast 17% aller ArbeiterInnen und 13% aller Angestellten krankgeschrieben. Zuletzt kam es zu Jahresanfang 2013 und 2015 zu überdurchschnittlich starken Grippewellen. In beiden Jahren verzeichneten im Februar rein statistisch betrachtet über 17% der ArbeiterInnen und über 15% der Angestellten einen Krankenstand. Auch zu Beginn und gegen Ende der Jahre 2009 und 2011 kam es zu Spitzenwerten im Krankenstandszugang. In 2010, 2012 und 2014 ist dagegen keine solche Erkrankungswelle erkennbar, was mit ein Grund für die etwas geringere Krankenstandsquote in diesen Jahren ist.

Abbildung 1.10: Beginn des Krankenstands nach Wochentag  
Oberösterreich



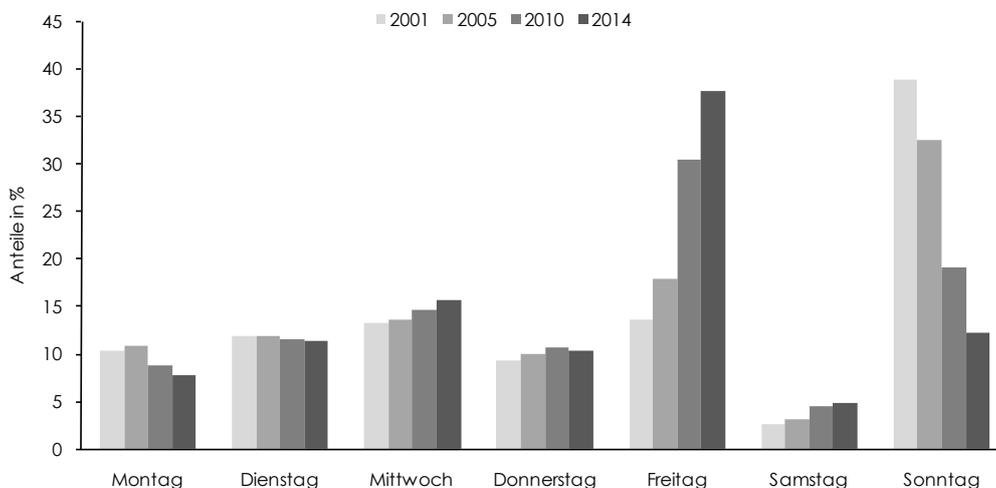
Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Die Zugänge in den und die Abgänge aus dem Krankenstand sind sehr unregelmäßig auf die Wochentage verteilt<sup>13)</sup>. Anders als die Verteilung der Krankenstände im Jahresverlauf, die stark vom saisonalen Krankheitsmuster abhängt, wird die Häufigkeit von Krankschreibungen im Verlauf der Woche von den Öffnungszeiten der Arztpraxen und dem Verhalten von ÄrztInnen und PatientInnen geprägt. Geht man davon aus, dass die Wahrscheinlichkeit zu erkranken

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

ken an allen Wochentagen gleich hoch ist, müssten auf jeden Tag etwa 14% der Krankenstandsmeldungen entfallen. Wie Abbildung 1.10 zeigt, entfallen allerdings kaum Krankschreibungen auf das Wochenende. Dafür beginnt jeder dritte Krankenstandsfall an einem Montag. Das hat weniger mit dem so genannten "blauen Montag", als mit dem Zeitpunkt zu tun, an dem erkrankte Beschäftigte ÄrztInnen aufsuchen bzw. aufsuchen können. Es ist davon auszugehen, dass ÄrztInnen am Wochenende nur im Notfall aufgesucht werden und dementsprechend Krankheitsfälle, die sich samstags oder sonntags ereignen, erst am Montag gemeldet werden. Verteilt man die Krankschreibungen von Samstag, Sonntag und Montag gleichmäßig auf diese drei Tage, entfallen auf jeden Wochentag knapp 13% der Krankenstandsmeldungen. Sieht man von diesem "Montags-Effekt" ab, der im Wesentlichen auf die Öffnungszeiten der Arztpraxen zurückzuführen ist, nimmt die Zahl der Krankenstandsmeldungen im Wochenverlauf ab: Während im Durchschnitt jeder fünfte Krankenstand an einem Dienstag beginnt, ist es nur bei jedem zehnten Fall ein Freitag. Der unterproportionale Anteil an Krankmeldungen am Freitag signalisiert, dass viele ArbeitnehmerInnen im Fall eines Krankheitsbeginns kurz vor dem Wochenende dazu tendieren, mit dem Arztbesuch bis Montag abzuwarten.

Abbildung 1.11: Ende des Krankenstands nach Wochentag  
Oberösterreich



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

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

zum Teil als Folge dieser Verschiebung im Krankschreibungsverhalten nahm der Anteil an Kurzkrankenständen zu (siehe Abschnitt 1.3)<sup>14)</sup>.

Für Österreich konnte in der Vergangenheit pauschal angenommen werden, dass die Zahl der Kalendertage, die in die *Krankenstandsstatistik* eingingen, mit dem tatsächlichen Krankheitsverlauf annähernd konsistent waren: Bei Krankheitsepisoden, die am Wochenende begannen, wurde die Zeit bis zur Krankenstandsmeldung am Montag nicht in die Statistik inkludiert. Umgekehrt flossen die Wochenendtage, die am Ende einer Krankheitsepisode anfielen, in die *Krankenstandsstatistik* ein, obwohl die betroffene Person tatsächlich vielleicht schon am Samstag genesen war. Eine systematische Verschiebung des Endes der Krankschreibungen von Sonntag auf Freitag (wie sie zumindest für die Periode 2001 bis 2014 anhand der oberösterreichischen Daten beobachtet werden kann) führt allerdings dazu, dass der statistisch erfasste Krankenstand die Zahl der tatsächlichen Krankheitstage leicht unterschätzt. Beschäftigte, die am Wochenende erkranken, werden oft mit ein bis zwei Tagen Verspätung erfasst, während der Freitag vor ihrer Rückkehr am Arbeitsplatz als letzter Krankenstandstag gezählt wird. Gleichzeitig verkleinert sich dadurch die Diskrepanz zwischen den in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Kalendertagen und den infolge von Krankenständen tatsächlich verloren gegangenen Arbeitstagen.

Sofern die oberösterreichischen Daten als repräsentativ für die gesamtösterreichische Entwicklung gewertet werden können, kam es im Zuge dieser Verschiebung im Krankschreibungsverhalten zu einer stärkeren Angleichung Österreichs an Deutschland. In Deutschland ging bereits in den frühen 2000er-Jahren fast die Hälfte der Krankenstände an einem Freitag zu Ende, weniger als 10% an einem Sonntag (*Badura et al., 2005*). Dieses Muster blieb in unserem Nachbarland weitgehend konstant: 2015 endeten in Deutschland rund 43% der Krankenstandsepisoden an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Sonntag zu Ende gingen, lag bei 9% (*Badura et al., 2016*). Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt 13,9% der Fälle zu Ende gingen, entfielen auf die restlichen Tage jeweils etwa 7% bis 10% der Krankenstandsbeendigungen.

## **1.5 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung**

### *1.5.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht*

Im Allgemeinen wird festgestellt, dass in industrialisierten Ländern Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer haben, letztere aber eine geringere Inzidenz von Krankheit aufweisen. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Gesundheit können entlang aller Dimensionen beobachtet werden. Forschungsarbeiten weisen auf geschlechtstypische Differenzen im Hinblick auf Erkrankungs- und Mortalitätsrisiken hin. Frauen erkranken beispielsweise im Vergleich zu Männern häufiger an psychischen Störungen wie Ängsten und Depressionen. Män-

---

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

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

Abbildung 1.12: Krankenstandsquote nach Geschlecht  
Österreich



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

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

und Frauen gleich hoch (3,6%)<sup>15)</sup>, seit 2010 liegt die Krankenstandsquote der Männer geringfügig unter jener der Frauen. 2015 betrug die Krankenstandsquote der Männer 3,4%, jene der Frauen 3,6%. Diese Entwicklung geht zum Teil auf die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* auf Versichertenzahlen ohne Präsenzdiener und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen zurück: Vor der Datenrevision lagen beispielsweise die Quoten der Männer und Frauen für das Jahr 2009 mit respektive 3,6% und 3,3% noch deutlich auseinander. Dennoch war bereits vor der Revision der geschlechtsspezifische Unterschied in den Krankenständen stark rückläufig, von 14,5% in 2000 auf 6,4% in 2009.

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

Tatsächlich ist die Verteilung von Männern und Frauen nach Branchen und Berufen ein wichtiger Bestimmungsgrund für die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den Fehlzeiten. Die Ergebnisse der Untersuchungen im Fehlzeitenreport 2008 (*Leoni – Mahringer, 2008, Abschnitt 2.6*), wo anhand von Individualdaten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse multivariate Schätzungen zu den Bestimmungsgründen der Fehlzeiten durchgeführt wurden, haben diesen Zusammenhang aufgezeigt: Unter Berücksichtigung persönlicher und betrieblicher Merkmale (wie z. B. Branche, sozialrechtliche Stellung und Betriebsgröße) waren Frauen bereits in der Vergangenheit nicht seltener, sondern öfter als Männer im Krankenstand. Auch im internationalen Umfeld sind die Krankenstandsquoten der Frauen typischerweise höher als jene der Männer (z. B. *Ichino – Moretti, 2006*)<sup>16)</sup>.

---

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

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

### 1.5.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten verläuft im Lebenszyklus der Erwerbstätigen in einem leichten U-Muster (Abbildung 1.13). Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, was auch mit der starken Konzentration dieser Altersgruppe auf ArbeiterInnenberufe in Verbindung gebracht werden kann<sup>17)</sup>. Ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten, sie erreichen im Alter von 25 bis 39 Jahren die niedrigsten Werte. Ab dem Alter von 40 Jahren steigt die Quote wieder leicht an, bleibt aber noch unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Ab 50 Jahren steigt die Summe der Krankenstandstage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert (7%). In der Gruppe der Über-65-Jährigen sinkt das Niveau auf jenes der Bis-19-Jährigen. Die rückläufige Entwicklung der Krankenstandsquote bei den älteren ArbeitnehmerInnen ist allerdings die Folge eines sehr starken Selektionsprozesses ("Healthy-Worker"-Effekt), da in höherem Alter vorwiegend Personen mit überdurchschnittlicher Gesundheit und/oder einer besonders starken Motivation für Erwerbstätigkeit in Beschäftigung bleiben. Im Allgemeinen müssen die Krankenstandsquoten der höheren Altersgruppen vor dem Hintergrund der Beschäftigungsquoten dieser Kohorten betrachtet werden: 2015 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 141.700 Männer und 116.500 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 8,1% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 42.700 Männer und 11.900 Frauen (insgesamt 1,7% der Versicherten). Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren 6.500 Männer und 3.800 Frauen beschäftigt; die Über-65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,3% an der gesamten Beschäftigung dar. Die Beschäftigungsquote der drei angesprochenen Altersgruppen lag bei respektive 63,8%, 19,9% und 2%, bei den 50- bis 54-Jährigen betrug sie 81,1%.

Die Erwerbsquote (d. h. der Anteil der Beschäftigten und Arbeitslosen an der Bevölkerung), die 2015 bei den 50- bis 54-Jährigen 87,5% betrug, fällt in der nächsten Altersgruppe auf 70% und bei den 60- bis 64-Jährigen auf 22% ab (Jahr 2015; Abbildung 1.13). Die Arbeitslosigkeit steigt dagegen im Alter an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen lag 2015 mit 10,9% und jene der 60- bis 64-Jährigen mit 13,0% deutlich über dem Durchschnittswert von 9,1%. Ein weiterer Hinweis dafür, dass bei älteren Beschäftigten starke Selektionsmechanismen am Werk sind, kann an den Zugängen in die Invaliditätspension<sup>18)</sup> abgelesen werden. Der stärkste Zugang in die Invaliditätspension kann für Männer mit 59 und 60 Jahren, für Frauen mit 56 Jahren beobachtet werden. Insgesamt gab es 2015 in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen 3.097, in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 5.798 und in der Altersgruppe der

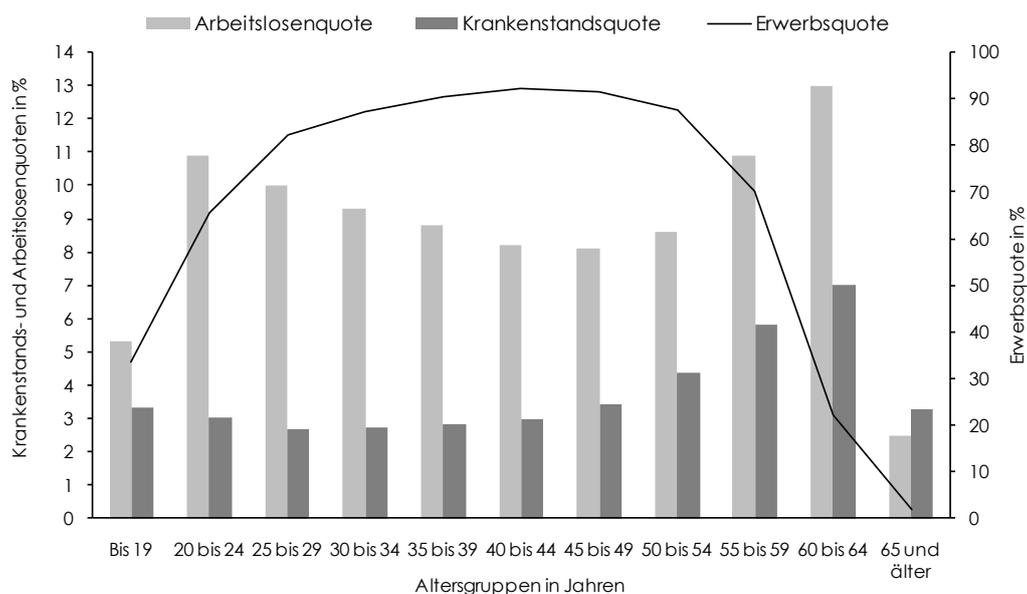
---

<sup>17)</sup> Im Jahr 2015 betrug der Anteil der ArbeiterInnen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 41%, bei den Bis-19-Jährigen allerdings 65%.

<sup>18)</sup> Zur Bezeichnung des Versicherungsfalles der geminderten Arbeitsfähigkeit werden in Österreich – in Abhängigkeit von der Berufsgruppe und sozialrechtlichen Stellung – unterschiedliche Begriffe verwendet. An dieser Stelle wird "Invaliditätspension" ungeachtet dieser Unterschiede als Sammelbegriff für den gesundheitsbedingten frühzeitigen Austritt aus dem Erwerbsleben verwendet.

60- bis 64-Jährigen 2.411 Neuzuerkennungen in die Invaliditätspension der Unselbständigen<sup>19)</sup>. Diese Zahlen weisen zusammen mit den Arbeitslosenquoten darauf hin, dass ein bedeutender Teil der Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen besonders ab dem 55. Lebensjahr den Arbeitsmarkt verlassen muss oder arbeitslos wird.

Abbildung 1.13: Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter Österreich, 2015



Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

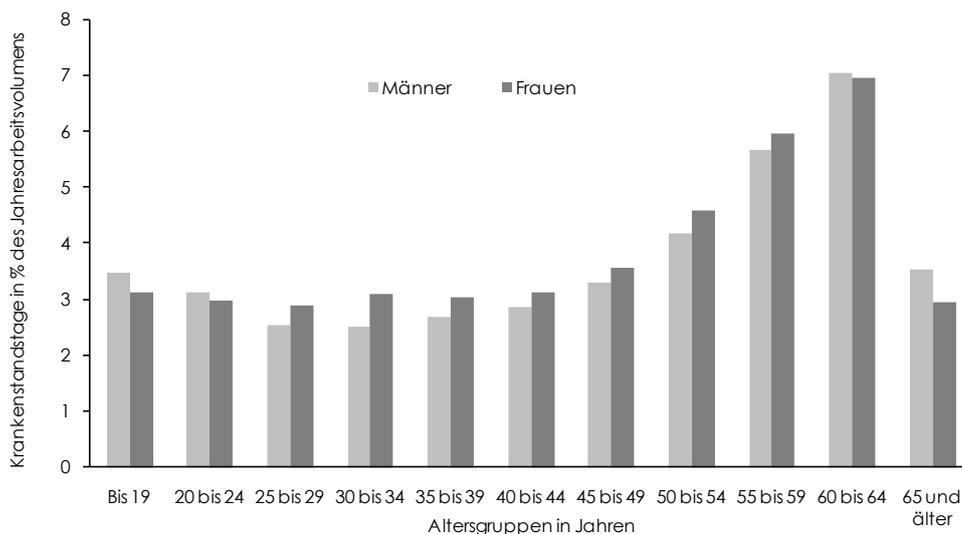
Wie man Abbildung 1.14 entnehmen kann, folgen die Krankenstandsquoten der Männer und Frauen nach Alter trotz einiger Abweichungen dem gleichen Muster. Die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen können wiederum in zwei unterschiedliche Komponenten zerlegt werden: Die Häufigkeit der Krankenstandsfälle und die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle<sup>20)</sup>. Diese beiden Komponenten treten in den Altersgruppen in umgekehrt proportionalem Verhältnis auf (Abbildung 1.15). Junge Personen fallen öfter als Personen höheren Alters infolge einer Krankheit oder eines Unfalls von ihrem Arbeitsplatz aus. Vor allem Personen bis 19 Jahre aber auch die Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen weisen eine deutlich überdurchschnittliche Krankheitsinzidenz auf. Das kann unter anderem damit zusammenhängen, dass bei jungen Menschen neben den beruflichen Belastungen auch andere gesundheitsschädigende Verhaltensformen (z. B. risikofreudiges (Fahr-)Verhalten, Extremsportarten) vergleichsweise stark ins Gewicht fallen. Internationale Statistiken belegen, dass Jugendliche in Öster-

<sup>19)</sup> Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016*, Tabelle 3.31.

<sup>20)</sup> Die Möglichkeit eine dritte Dimension – jene der altersspezifischen Erkrankungsquoten – zu untersuchen, ist bei der vorliegenden Datenbasis nicht gegeben.

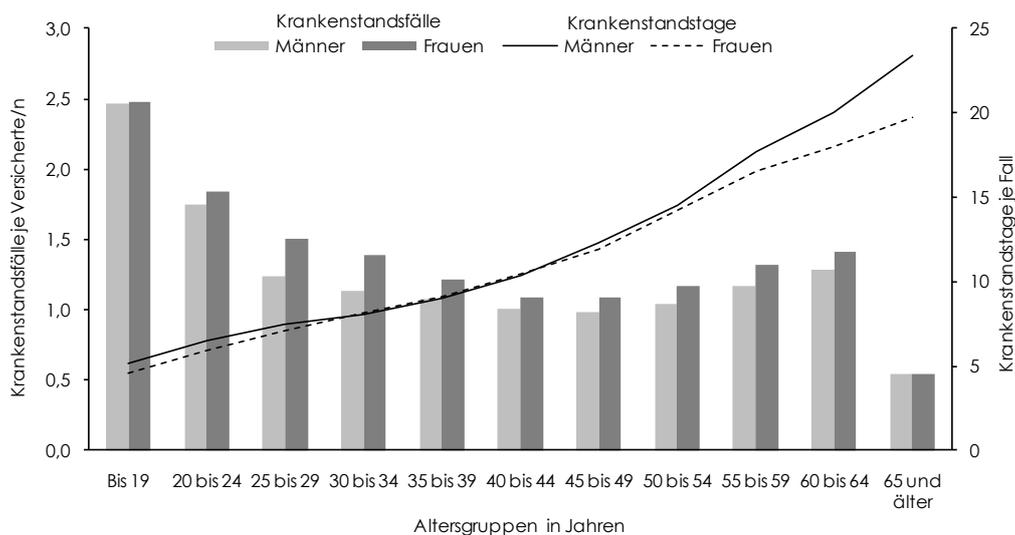
reich einen auffallend hohen Konsum von Tabak und Alkohol aufweisen (Eppel – Leoni, 2011). Zudem spielt vermutlich auch das Arbeitsangebotsverhalten zu Beginn des Erwerbslebens eine Rolle (Biffel, 1999): Die Bindung einer jungen Arbeitskraft an den Betrieb ist noch schwach, das Lohnniveau und auch die Verantwortung im Unternehmen vergleichsweise gering.

Abbildung 1.14: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht Österreich, 2015



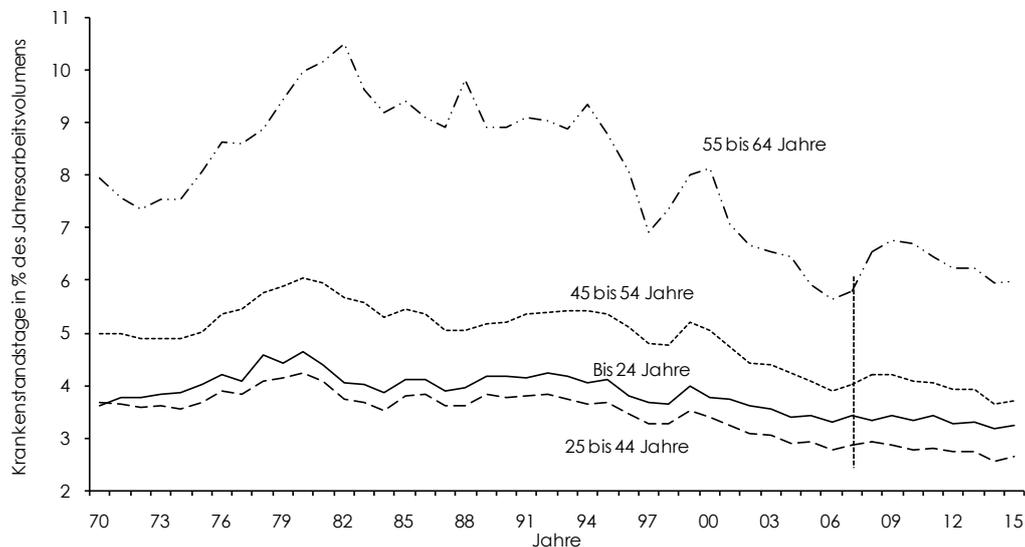
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.15: Krankenstandsfälle je Versicherte/n und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht Österreich, 2015



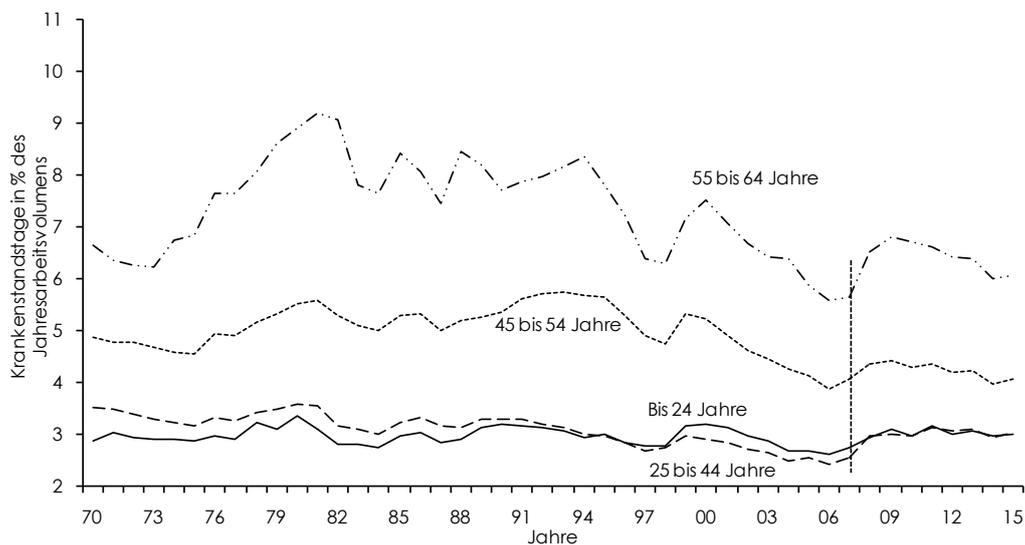
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.16: Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen Österreich



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

Abbildung 1.17: Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen Österreich



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

Die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandsfällen nimmt im Haupterwerbssalter ab, bleibt bis zur Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen weitgehend konstant und sinkt in der höchsten Altersgruppe merklich. Die Dauer der Krankenstände verlängert sich hingegen im Alter. Der durchschnittliche Krankenstandsfall dauert bei Unter-25-Jährigen 5,7 Tage, bei 60- bis 64-Jährigen 3,5-mal so lang (19,6 Tage). Insgesamt ergibt sich daraus eine mit dem Alter steigende Krankenstandsquote.

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten der einzelnen Alterskohorten weist im langfristigen Beobachtungszeitraum sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf (Abbildung 1.16 und Abbildung 1.17). Man kann davon ausgehen, dass eine Reihe von Faktoren die Krankenstände über alle Altersgruppen hinweg in ähnlichem Ausmaß beeinflusst. Das gilt beispielsweise für den Effekt des Konjunkturzyklus und für die Auswirkungen von Grippewellen auf die Krankenstände. Tatsächlich weisen die Zeitreihen der altersspezifischen Krankenstandsquoten zum Teil einen parallelen Verlauf auf. Das ist vor allem an einem ähnlich zyklischen Muster mit zusammenfallenden "Spitzen" und "Tälern" erkennbar. Leichte Abweichungen von diesem gemeinsamen Muster sind dabei durchaus möglich: So waren beispielsweise im Krisenjahr 2009 die Krankenstandsquoten der 25- bis 44-Jährigen gegenüber 2008 bei den Frauen konstant und bei den Männern leicht rückläufig, während jene der jüngeren und insbesondere der älteren Kohorten deutlich zunahm. Die jährlichen Schwankungen der Krankenstandsquoten von älteren Beschäftigten fallen auch über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich stärker aus als die Schwankungen der restlichen Altersgruppen. Gemessen am Variationskoeffizienten<sup>21)</sup> schwankten die Krankenstandsquoten der 55- bis 59-Jährigen und noch mehr jene der 60- bis 64-Jährigen um ein Vielfaches stärker als die Quote über alle Altersgruppen (Leoni et al., 2008A).

Dieser Effekt kann vornehmlich auf Basis von wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Eingriffen erklärt werden, die sich auf Ältere stärker als auf die restlichen Beschäftigten auswirken. Diesbezüglich spielt vor allem die Gestaltung des Übergangs zwischen Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Pensionsbezug eine große Rolle. Die betriebs-, arbeits- und sozialpolitischen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen setzen konkrete Anreize und entscheiden darüber, ob ArbeitnehmerInnen mit gesundheitlichen Problemen in Beschäftigung bleiben und somit Krankenstände verzeichnen oder in einen anderen Status wechseln. Häufig kranke oder chronisch kranke ArbeitnehmerInnen können aus dem Arbeitsmarkt ausgegrenzt und in die Langzeitarbeitslosigkeit bzw. in die vorzeitige Pensionierung gedrängt werden (Bergendorff, 2003). 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 stärkeren Schwankungen auszusetzen.

---

<sup>21)</sup> 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.

Die Krankenstandsquote in der Wirtschaft ergibt sich nicht nur aus den altersspezifischen Quoten, sondern auch aus der Besetzungsdichte der einzelnen Kohorten. Der demographische Wandel und die Entwicklung der Morbiditätsrate müssen deshalb bei einer Interpretation der Krankenstandsentwicklung auseinandergehalten werden. Zerlegt man die Entwicklung der Krankenstandsquote in Komponenten, ist es möglich den Beitrag zu isolieren, den Veränderungen in der Zusammensetzung der Beschäftigung nach Altersgruppen an dieser Entwicklung hatten<sup>22)</sup>. Die Altersstruktur der Beschäftigung wird dabei nicht nur vom demographischen Wandel beeinflusst, sondern auch von Veränderungen im Arbeitsangebotsverhalten der Personen im erwerbsfähigen Alter. Als wichtigstes Beispiel kann diesbezüglich der breite gesellschaftliche Trend erwähnt werden, aufgrund von Bildungsentscheidungen den Eintritt in den Arbeitsmarkt im Lebenszyklus nach hinten zu verschieben.

Eine Betrachtung der Krankenstandsentwicklung in Fünf-Jahres-Perioden verdeutlicht, dass sich Verschiebungen in der Altersstruktur der Beschäftigung nur langsam und mit einem untergeordneten Effekt auf das Krankenstandsniveau auswirken (siehe *Leoni – Mahringer, 2008, S. 34ff.*). Die Berechnungen ergeben beispielsweise, dass der rapide Anstieg in der Krankenstandsquote zwischen 1975 und 1980 (+0,7 Prozentpunkte, d. h. 17%) im Wesentlichen auf Änderungen in den altersspezifischen Krankenstandsquoten zurückzuführen ist. Mit Ausnahme der Über-65-Jährigen verzeichneten alle Kohorten eine Steigerung der Krankenstandsquote, was sich aufgrund der Besetzung unterschiedlich stark auf das Gesamtbild auswirkte. Der relativ gesehen größte Beitrag zur Steigerung der Krankenstandsquote kam allerdings von der Personengruppe zwischen 50 und 60 Jahren. Der Beitrag der demographischen Strukturverschiebung für diese Entwicklung war dagegen vernachlässigbar bzw. dem Anstieg leicht entgegenwirkend.

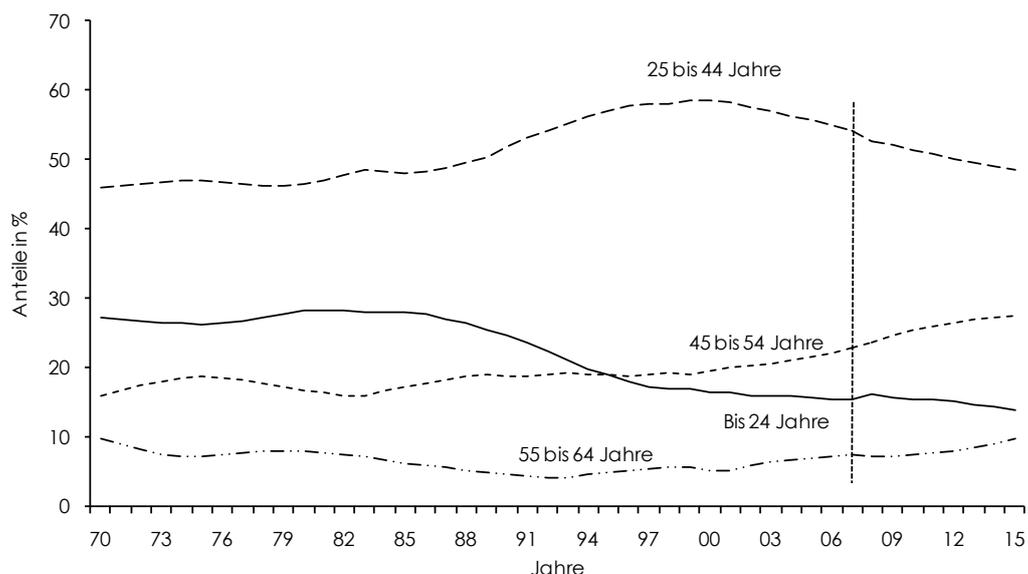
Eine Betrachtung des gesamten Zeitraums von den 1970er-Jahren bis heute zeigt bis zu den 1990er-Jahren eine dämpfende Wirkung der Altersstruktur auf die Krankenstandsquote, während in den letzten zwei Jahrzehnten Veränderungen in der demographischen Zusammensetzung der Beschäftigten für sich allein genommen eine Erhöhung der Krankenstandsquote bewirkt hätten. Wie aus Abbildung 1.18 ersichtlich ist, begann sich Anfang der 1980er-Jahre die Altersstruktur der Erwerbstätigen verstärkt zu verändern. Der Durchzug der besetzungsstarken Jahrgänge brachte eine Erhöhung des Anteils von Personen im Haupterwerbsalter mit sich, von 46,4% im Jahr 1980 auf 51,8% zehn Jahre später und 58,6% im Jahr 2000. Durch die niedrigen Krankenstandsquoten im Haupterwerbsalter wirkte sich diese demographische Verschiebung günstig auf die Entwicklung der Fehlzeiten aus. Seit dem Jahr 2000 nimmt das Gewicht der 25- bis 44-Jährigen an der Beschäftigung kontinuierlich ab, ihr Anteil betrug zuletzt 49,1%. Gleichzeitig ist der Anteil der 55- bis 64-Jährigen seit dem Tiefstand von 1993 (4,1%) kontinuierlich gestiegen, er lag 2015 bei 9,8%. Dieser Trend wird sich, nicht zuletzt infolge der Reformen im Pensionssystem und der Bemühungen, die Erwerbsbeteiligung der älteren Arbeitskräfte zu erhöhen, in Zukunft weiter fortsetzen. Auch die Altersgruppe der 50- bis 54-

---

<sup>22)</sup> Eine Beschreibung der entsprechenden Berechnungsmethodik anhand einer Shift-Share-Analyse findet sich im Anhang A zum Fehlzeitenreport 2008 (*Leoni – Mahringer, 2008*).

Jährigen, die ebenfalls eine überdurchschnittliche Krankenstandsquote aufweist, hat verglichen mit den 1990er-Jahren heute ein höheres Gewicht. Parallel dazu reduzierte sich über diesen Zeitraum der Beschäftigungsanteil der Unter-25-Jährigen, die leicht unterdurchschnittliche Krankenstandsquoten verzeichnen, von 24,6% (1990) auf 13,9% (2015).

Abbildung 1.18: Versichertenstruktur nach Altersgruppe  
Österreich



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

Seit Beginn der 1990er-Jahre hat die demographische Verschiebung die Krankenstandsquote um etwas weniger als ein Viertel Prozentpunkt erhöht, das entspricht einem Anstieg um 0,9 Krankenstandstage (2015 gab es durchschnittlich 12,7 Krankenstandstage pro Kopf). Der demographische Wandel spielt somit für den langfristigen Trend der Krankenstandsentwicklung eine Rolle. Der kurzfristige Verlauf der Krankenstandsquote wird durch die demographische Komponente aber im Normalfall nur geringfügig beeinflusst, da die Verschiebung der Altersstruktur langsam fortschreitet. Zwischen 2011 und 2012, zum Beispiel, hatte die Verschiebung der demographischen Struktur einen leichten steigernden Effekt auf die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen und Angestellten. Dieser wurde allerdings durch eine Reduktion der durchschnittlichen Fehlzeiten der jüngeren Altersgruppen um ein Vielfaches kompensiert, wodurch die Krankenstandsquote 2012 insgesamt gegenüber dem Vorjahr rückläufig war. 2013 summierte sich ein ungünstiger Effekt durch die demographische Verschiebung mit einer Erhöhung der altersspezifischen Krankenstandsquoten, wodurch die Krankenstandsquote insgesamt höher ausfiel als im Vorjahr. 2015 hätte die Veränderung in der demographischen Zusammensetzung bei gleichbleibenden altersspezifischen Krankenstandsquoten – ähnlich wie in den Vorjahren – zu einer geringfügigen Erhöhung der Krankenstandsquote um 0,03 Pro-

zentpunkt geführt. Der tatsächliche Gesamtanstieg um 0,1 Prozentpunkt ergab sich dadurch, dass die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen in Summe eine etwa doppelt so starke Erhöhung bewirkten.

Der Beitrag der demographischen Entwicklung auf die Krankenstandsquote war in den letzten Jahren eindeutig negativ, weil der Anteil der Älteren an den Beschäftigten im Steigen ist. Da die Babyboom-Generation<sup>23)</sup> in den kommenden Jahren vermehrt zur Kategorie der älteren Erwerbstätigen gehören wird, ist für die Zukunft eine Fortsetzung dieses für die Krankenstandsentwicklung ungünstigen Effekts zu erwarten. Bestrebungen, die Erwerbsbeteiligung älterer Personen zu erhöhen, werden sich ebenfalls dahingehend auswirken, die Altersstruktur der Beschäftigung und somit die durchschnittliche Krankenstandsquote nach oben zu verschieben. Die Größenordnung dieses demographischen Effekts bleibt aber auch in einer längerfristigen Perspektive überschaubar: Wenn wir die Entwicklung der vergangenen beiden Jahre (2014/2015)<sup>24)</sup> linear bis zum Jahr 2030 fortschreiben, resultiert daraus kumuliert eine Steigerung der Krankenstandsquote um knapp 0,4 Prozentpunkt, d. h. etwas weniger als 1½ Krankenstandstage pro Kopf. Auch frühere Berechnungen auf Basis der Bevölkerungsprognose haben gezeigt, dass unter der Annahme gleich bleibender altersspezifischer Krankenstandsquoten der Eintritt der Babyboom-Generation in das höhere Erwerbsalter und der Anstieg der Beschäftigungsquote älterer Personen in 2030 die Fehlzeiten höher als gegenwärtig, aber deutlich unter den Höchstwerten der 1980er- und 1990er-Jahre liegen werden (Leoni et al., 2008A).

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

---

<sup>23)</sup> Der "Babyboom" bewirkte eine starke Besetzung der Kohorten der 1950er-Jahre, die im Jahr 1963 ihren Höhepunkt erreichte.

<sup>24)</sup> Durchschnittlich +0,025 Prozentpunkt pro Jahr in der Krankenstandsquote aufgrund von Verschiebungen in der Altersstruktur.

### 1.5.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche

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

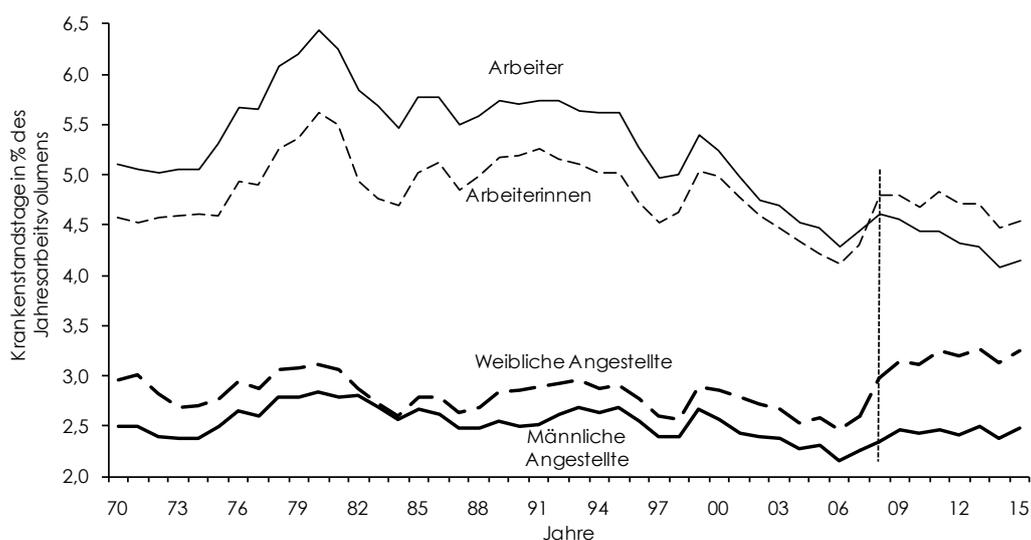
- Es gibt zwischen Krankheitsbild und Arbeitsunfähigkeit je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Zusammenhänge. Das gleiche Krankheitsbild kann je nach beruflichen Anforderungen in einem Fall zur Arbeitsunfähigkeit führen, in einem anderen aber nicht. Bei (schweren) körperlichen Tätigkeiten können Erkrankungen, aber auch Freizeitunfälle viel eher Arbeitsunfähigkeit verursachen als etwa im Falle von Bürotätigkeiten (*Badura et al., 2008*).
- Es besteht ein Konnex zwischen dem Beruf und der gesundheitlichen Belastung am Arbeitsplatz. Der Tätigkeitsbereich von ArbeiterInnen ist durchschnittlich durch eine höhere Unfallgefährdung und höhere Gesundheitsrisiken gekennzeichnet. Sowohl die Verteilung der Arbeitsunfälle als auch der (physischen) Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz (*Biffi – Leoni, 2008*) bestätigen dieses Bild.
- Allerdings unterscheiden sich nicht nur Form und Ausmaß der Arbeitsbelastungen, sondern in bestimmtem Ausmaß auch das Gesundheitsverhalten der Arbeitskräfte nach Tätigkeit, Bildung, Beruf und Branche. Eine klare Trennung zwischen Arbeitsbelastungen und Lebensstilen ist somit infolge von Interdependenzen und Selbstselektion schwierig.
- *Badura et al. (2008)* weisen darauf hin, dass in der Regel der Anteil von motivationsbedingten Fehlzeiten bei höherem beruflichen Status geringer ist. Angestellte verknüpfen häufiger als ArbeiterInnen zusammen mit größerer Verantwortung auch stärkere Motivation mit ihrer beruflichen Tätigkeit.
- Hinter den Differenzen in den Krankenständen der ArbeiterInnen und Angestellten kann sich auch die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Einkommen verbergen. ArbeiterInnen haben im Durchschnitt ein niedrigeres Einkommensniveau als Angestellte, zahlreiche Studien belegen eine positive Korrelation zwischen Gesundheitszustand und Einkommen bzw. sozio-ökonomischer Stellung (siehe z. B. *Marmot et al., 1991, Deaton – Paxson, 1998*)<sup>25</sup>).

---

<sup>25</sup> Diese Korrelation darf nicht als einseitiger kausaler Zusammenhang verstanden werden, da sowohl ein niedriges Einkommen die Gesundheit negativ beeinflussen kann, als auch umgekehrt ein schlechter Gesundheitszustand die Beschäftigungsmöglichkeiten einschränken und ein niedriges Einkommen zur Folge haben kann.

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

Abbildung 1.19: Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht Österreich



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

Die langfristige Entwicklung zeigt, dass über die gesamte Betrachtungsperiode die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen etwa 2 bis 3 Prozentpunkte höher als jene der Angestellten war (Abbildung 1.19). Der Abstand hat sich seit Beginn der 1990er-Jahre sowohl absolut als auch relativ verringert, es ist zu einer Annäherung der Fehlzeiten von ArbeiterInnen und Angestellten gekommen. Während Anfang der 1990er-Jahre die Krankenstandsquote der ArbeiterInnen um fast 3 Prozentpunkte höher und damit doppelt so hoch war wie jene der Angestellten, waren es im Jahr 2000 knapp 2½ Prozentpunkte und 90% Differenz. Im letzten verfügbaren Jahr (2015) verbrachten die ArbeiterInnen laut Statistik nur noch um knapp 50% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten: Im Schnitt waren die ArbeiterInnen rund 15½ Tage, die Angestellte gut 10½ Tage krankgeschrieben, das entspricht einer Differenz in der Krankenstandsquote von 1,3 Prozentpunkten. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass der starke Anstieg der Fehlzeiten in der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre bei den ArbeiterInnen deutlicher als bei den Angestellten war. Das hat damit zu tun, dass die strukturellen Anpassungsprobleme, die von Veränderungen in den wirtschaftlichen und technologischen Rahmenbedingungen aus-

gingen und auch beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit sich zogen, besonders im produzierenden Sektor<sup>26)</sup> spürbar waren.

Die Bedeutung der ausgeübten Tätigkeit und der berufsspezifischen Risiken für die Krankenstände wird durch einen Vergleich der beiden Gruppen nach Geschlecht deutlich. Zwar sind nach der Umstellung der *Krankenstandsstatistik* Frauen sowohl in ArbeiterInnen- als auch in Angestelltenberufen öfter im Krankenstand als Männer. Dennoch ist der Unterschied zwischen Arbeitern und Arbeiterinnen viel schwächer ausgeprägt (9,7%) als zwischen weiblichen und männlichen Angestellten (30,7%). Für dieses Muster dürfte die Tatsache von entscheidender Bedeutung sein, dass Arbeiter häufiger als Arbeiterinnen Tätigkeiten ausüben, die mit einer großen physischen Belastung und einem hohen Unfallrisiko verbunden sind. Die unterschiedliche Häufigkeit von Arbeitsunfällen kann diesbezüglich als Indikator für die körperliche Gesundheitsbelastung am Arbeitsplatz dienen. Der Anteil an Krankenstandstagen, der aufgrund von Arbeitsunfällen verloren geht, ist bei den männlichen Arbeitern am höchsten. Bereinigt man die Krankenstandsquote um diese Anzahl von Krankenstandstagen, dann sinkt die Krankenstandsquote der Arbeiter stärker als jene der Arbeiterinnen (Übersicht 1.3)<sup>27)</sup>. Bei den Angestellten wirkt sich die Bereinigung um die Arbeitsunfälle nur geringfügig stärker bei den Männern als bei den Frauen aus.

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

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

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

Die Anerkennung der Unfälle als Schadensfälle seitens der Unfallversicherungsträger erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt, nur ein Teil der ursprünglich als Arbeitsunfälle definierten Ereignisse

<sup>26)</sup> Industrie und Bauwesen, wo der Anteil der ArbeiterInnen an den Beschäftigten sehr hoch ist, sind auch jene Wirtschaftsbereiche, in denen in der Periode 1975/80 der stärkste Anstieg an Fehlzeiten beobachtet werden konnte.

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

wird effektiv auch als Arbeitsunfall anerkannt<sup>28)</sup>. Die Zahl der Krankenstandsfälle und somit der Fehlzeiten, die von den Unfallversicherungsträgern als anerkannte Arbeitsunfälle definiert werden, liegt deutlich unter den Werten, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst werden<sup>29)</sup>. Führt man die Bereinigung der Fehlzeiten anhand der Krankenstandszahlen durch, die auf anerkannte Unfälle zurückgehen, kommt es zu einer geringeren Veränderung in den Krankenstandsquoten. Das Ergebnis, wonach Männer in Arbeiterberufen die höchste Konzentration an unfallbedingten Fehlzeiten aufweisen, findet allerdings Bestätigung (*Leoni et al., 2008A*).

*Übersicht 1.4: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht  
Österreich, 2015*

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

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

<sup>28)</sup> Hierfür spielt das Prinzip der doppelten Kausalität eine wesentliche Rolle: Der Unfall muss sich sowohl am Arbeitsplatz ereignet haben als auch durch die Arbeitstätigkeit verursacht worden sein.

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

Die Bedeutung des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsplatzbelastungen kann anhand der Krankenstandsquoten nach Wirtschaftsbereichen weiter verdeutlicht werden. Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 stehen seit 2009 Krankenstandsquoten nur für diese neue Einteilung nach Wirtschaftsklassen zur Verfügung (Übersicht 1.4)<sup>30)</sup>. Die Auswertung der *Krankenstandsstatistik* nach Branchen ist allerdings durch das Fehlen von Informationen über die Altersstruktur der Beschäftigten eingeschränkt. Es ist somit nicht möglich, gleichzeitig Alter und Branche der ArbeitnehmerInnen zu berücksichtigen. Ein hoher Anteil von älteren Beschäftigten in einer Branche wirkt sich negativ auf die Krankenstandsquote der Branche aus und führt beim Vergleich der Fehlzeiten in unterschiedlichen Branchen zu Verzerrungen. Zudem basiert die Betrachtung nach Branchen auf einer Aggregation der Betriebe im Lichte ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit. Daraus ergeben sich Branchen von sehr unterschiedlicher Größe und auch Homogenität hinsichtlich der tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten und der Arbeitsplatzbedingungen. Die Wirtschaftsklassen Verarbeitendes Gewerbe, Herstellung von Waren bzw. Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen decken beispielsweise 18,2% bzw. knapp 17% der Versicherungsverhältnisse ab, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst sind. Weitere 10,8% sind in der Wirtschaftsklasse Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung tätig. Die restlichen Wirtschaftsklassen sind wesentlich kleiner. Einige von ihnen, wie die Land- und Forstwirtschaft, die Energieversorgung, die Wasserversorgung und der Bergbau umfassen weniger als 1% der Versicherten und sind vergleichsweise homogen. Vor allem hinter den Durchschnittswerten für die großen Wirtschaftsklassen können sich ausgeprägte Unterschiede zwischen Unterbranchen verbergen.

Die wichtigsten Ergebnisse zu den branchenspezifischen Krankenstandsquoten für 2015 können wie folgt zusammengefasst werden:

- Rund ein Fünftel aller Krankenstandstage fällt im Bereich Verarbeitendes Gewerbe und Herstellung von Waren an, der im Wesentlichen die Sachgüter erzeugenden Unternehmen zusammenfasst. Hier lag die Krankenstandsquote insgesamt bei 3,7%, sie betrug für Männer 3,7% und für Frauen 3,8%.
- Im Baugewerbe betrug die Krankenstandsquote 3,5%. Dieser Wert wurde allerdings von der Krankenstandsquote der Männer geprägt (3,7%), der Wert bei den Frauen lag dagegen weit unter dem Durchschnitt (2,4%).
- Die höchsten Krankenstandsquoten werden im Bereich der Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen verzeichnet (4,3%), der einen hohen Teil an niedrig qualifizierten Berufen umfasst. Die zweithöchste Quote findet sich im Bereich der Wasserwirtschaft, der allerdings eine geringe Zahl an Beschäftigten hat (0,5% aller Versicherten). Auch Verkehr und Lagerei liegen mit einer Krankenstandsquote von 4,1% deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.

---

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

- Der Handel ist die größte Wirtschaftsklasse im Dienstleistungsbereich, fast jeder sechste Krankenstand in der Wirtschaft entfällt auf diesen Bereich. Bei den Frauen lag die Krankenstandsquote im Durchschnitt (3,6%), bei den Männern war sie unterdurchschnittlich hoch (3,0%).
- Sowohl der Bereich der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung als auch das Gesundheits- und Sozialwesen verzeichneten hohe Krankenstandsquoten (4,0% bzw. 4,1%). Die niedrige Quote im Bereich Erziehung und Unterricht (2,6%) lässt die Vermutung zu, dass es beim Lehrpersonal durch die Ferien in vielen Fällen zu einer Untererfassung des Krankheitsgeschehens kommt.

Die Auswertungen der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) von *Badura et al.* (2016) zeigen für Deutschland ein ähnliches Bild. Banken und Versicherungen haben die geringsten Krankenstandsquoten, während Energie- und Wasserwirtschaft, öffentliche Verwaltung sowie verarbeitendes Gewerbe und der Verkehrssektor die höchsten Fehlzeiten aufweisen. Ein Teil dieser Unterschiede kann durch die Arbeitsunfälle erklärt werden. Das Unfallgeschehen wirkt sich in den einzelnen Branchen mit unterschiedlicher Stärke auf die Fehlzeiten aus. Auswertungen auf Branchenebene für das Jahr 2005<sup>31)</sup> zeigen beispielsweise, dass im österreichischen Bauwesen rund 11% aller Krankenstandstage auf Unfälle am Arbeitsplatz zurückgingen (*Leoni et al.*, 2008B). Auch in den anderen Branchen der Warenherstellung verursachten Arbeitsunfälle einen signifikanten Teil der Fehlzeiten, wenn auch der entsprechende Anteil deutlich unter 10% lag. Unter den Dienstleistungen hatte nur der Bereich "Verkehr- und Nachrichtenübermittlung" einen nennenswerten Anteil an unfallbedingten Fehlzeiten (5,1%).

Unterschiede hinsichtlich der Fehlzeiten von Frauen und Männern innerhalb der gleichen Branche gehen zu einem großen Teil auf die Tatsache zurück, dass die geschlechtsspezifische Segmentierung am Arbeitsmarkt nicht nur nach Branchen, sondern auch nach Berufen verläuft. Zudem können Frauen und Männer auch in unterschiedlichen Unterbranchen, die in der Statistik zu größeren Kategorien zusammengefasst werden, konzentriert sein. Ein gutes Beispiel für den ersten Aspekt bietet das Bauwesen, wo sich die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit oder Unfall sehr stark zwischen den Geschlechtern unterscheidet. Im Jahr 2015 lag die Krankenstandsquote der Männer um knapp 60% höher als jene der Frauen, die im Bausektor vorwiegend in Angestelltenberufen tätig sind. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch im Bereich Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, der einen hohen Anteil von männlichen Arbeitskräften aufweist. In anderen Branchen wie Erziehung und Unterricht, Gastgewerbe, Beherbergung sowie Information und Kommunikation weisen Frauen höhere Krankenstände als Männer auf.

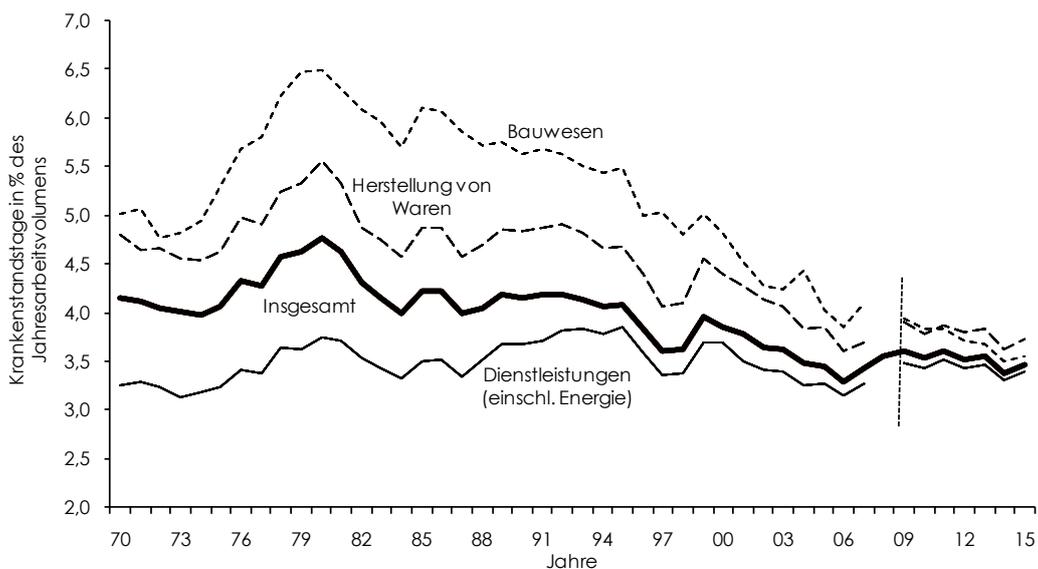
Die Daten aus der *Krankenstandsstatistik* liegen in einer Auswertung nach Branchen auch für eine längere Zeitperiode (ab 1970) vor. Allerdings entstanden mit der Einführung bzw. Umstel-

---

<sup>31)</sup> Es sind keine jüngeren Auswertungen des Krankenstandsgeschehens nach Branche und Krankenstandsursache verfügbar.

lung der ÖNACE-Nomenklatur in den Jahren 1995 und 2008 Brüche in der Zeitreihe, eine detaillierte graphische Darstellung der Krankenstandsentwicklung in den einzelnen Wirtschaftsklassen ist nicht möglich. Abbildung 1.20 gibt einen Überblick der Krankenstandsentwicklung anhand einer Zusammenfassung in breiten Wirtschaftszweigen. Im Allgemeinen bestätigt ein Blick in die Vergangenheit das heutige Muster. Die Industriebranchen, allen voran die Bereiche der Metallverarbeitung, der Glas- und Steinwaren und der Chemie, wiesen in den 1970er- und 1980er-Jahren zusammen mit dem Bauwesen die höchsten Krankenstandsquoten auf. Im Dienstleistungsbereich, der allerdings in der alten ÖNACE-Systematik nur sehr grob zusammengefasst wurde, waren Krankenstände – mit Ausnahme der Branche "Verkehr und Nachrichtenübermittlung" – deutlich seltener. Im Zeitraum 1970 bis 1994 folgte das Krankenstandsgeschehen in den meisten Branchen einem ähnlichen Muster; in den 1970er-Jahren stiegen die Krankenstandsquoten, während seit 1980 eine abnehmende Tendenz beobachtet werden kann. In diesen Jahrzehnten kam es auch zu einer Annäherung der Krankenstandsquoten zwischen Industrie und Dienstleistungssektor, die Krankenstandsquote im Bauwesen entfernte sich hingegen stärker vom gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.

Abbildung 1.20: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen



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

Nach Beginn der 1990er-Jahre kam es zu einer stärkeren Konvergenz in den Krankenstandsquoten aller Wirtschaftssektoren. Während der Krankenstand im Durchschnitt der Dienstleistungsbranchen weitgehend konstant blieb, verzeichneten die Beschäftigten in der Warenherstellung einen spürbaren Rückgang der krankheits- und unfallbedingten Fehlzeiten. Noch stärker ging die Krankenstandsquote allerdings im Bauwesen zurück: In den späten 1980er-Jahren hatten die Beschäftigten der Bauwirtschaft etwa 40% mehr Krankenstandstage als im

gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt. 2015 betrug die Differenz nur noch 2%. Der überproportional starke Rückgang der Fehlzeiten im Bausektor führte auch dazu, dass seit einigen Jahren in diesem Bereich durchschnittlich weniger Krankenstandstage anfallen als in der Herstellung von Waren.

#### 1.5.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst

Die *Krankenstandsstatistik* des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger erfasst das Krankenstandsgeschehen der ArbeiterInnen und Angestellten. Während in dieser Statistik Vertragsbedienstete des Bundes inkludiert sind, fehlen Informationen zu den pragmatisierten Bediensteten im öffentlichen Dienst. Mit Hilfe der vom Bundeskanzleramt veröffentlichten Statistik zum "Personal des Bundes" (*Bundeskanzleramt, 2015B*) ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der BeamtInnen des Bundes (130.992 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten) bis zum Jahr 2014 zu ergänzen. Zudem hat das Bundeskanzleramt auch eine detaillierte Auswertung der Fehlzeiten im Bundesdienst für 2014 veröffentlicht (*Bundeskanzleramt, 2015A*). Informationen zu den öffentlich Bediensteten der Länder und Gemeinden sind allerdings weder in dieser noch in anderen verfügbaren Datenquellen enthalten.

Aus den statistischen Auswertungen des Bundeskanzleramts geht hervor, dass 2014 die Krankenstandsquote der BeamtInnen 4,1% und jene der Vertragsbediensteten 2,6% betrug (Übersicht 1.5). Die Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (BeamtInnen und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 3,4%. In diesen Quoten wurden jedoch die Kurzkrankenstände nicht berücksichtigt. Bei einer Einschätzung hinsichtlich der Höhe der Fehlzeiten der Bundesbeschäftigten ist es wichtig, eine passende Vergleichsbasis mit anderen Beschäftigungssektoren zu schaffen. Zieht man den gesamten ASVG-Bereich (die Grundmenge der *Krankenstandsstatistik*) heran und bereinigt diese Krankenstandsquote um die erfassten Kurzkrankenstände, so erreicht man einen Wert von 3,1% (2014). Im Vergleich zwischen Bund und den restlichen Wirtschaftssektoren soll jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Tätigkeitsbereiche der BeamtInnen denen der Angestellten ähnlicher als denen der ArbeiterInnen sind. Die überdurchschnittliche Krankenstandsquote der ArbeiterInnen legt es nahe, die Fehlzeiten der BeamtInnen mit dem Krankenstandsgeschehen der ASVG-Angestellten zu vergleichen. Eine entsprechende Gegenüberstellung zeigt, dass die (um die Kurzkrankenstände bereinigte) Krankenstandsquote der Angestellten im Jahr 2014 um fast 1 Prozentpunkt (das entspricht einem Viertel) niedriger als jene im Bundesdienst war (2,5% gegenüber 3,4%, Übersicht 1.5).

Für den durchgeführten Vergleich zwischen Angestellten und BeamtInnen spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass quantitativ signifikante Gruppen im Bundesdienst (z. B. die BeamtInnen im Exekutivdienst) mit überdurchschnittlichen Belastungen am Arbeitsplatz konfrontiert sind. Die Betrachtung der Krankenstände nach Berufsgruppen zeigt eine sehr große Schwankungsbreite im Krankenstandsmuster auf. Die Beschäftigten im Exekutivdienst, die fast ein Viertel des Personals im Bundesdienst bilden, bzw. jene im militärischen Dienst, die ein Zehntel ausmachen, hatten 2014 eine Krankenstandsquote von 5,1% bzw. 4,3%. Noch höher lag die

Krankenstandsquote im Krankenpflagedienst (8,4%), der allerdings gemessen an der Zahl der Beschäftigten eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Demgegenüber waren RichterInnen und StaatsanwältInnen (1,9%), LehrerInnen (2,1%) und die Beschäftigten in der Schulaufsicht (1,9%) deutlich seltener im Krankenstand. Die zahlenmäßig größte Berufsgruppe, der Verwaltungsdienst (über ein Drittel aller Beschäftigten), wies eine vergleichsweise hohe Krankenstandsquote von 4,9% auf (Bundeskanzleramt, 2015A, 2015B).

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

*Ohne Kurzkrankenstand (einschließlich Kuren)*

		Auf 1.000 Beschäftigte entfallen		Durchschnittliche	Krankenstands-
		Krankenstands-	Krankenstands-	Dauer eines Falles	quote in %
		fälle	tage	in Tagen	
BeamtInnen	2009	1.000	14.849	14,9	4,1
	2010	962	14.905	15,5	4,1
	2011	978	15.471	15,8	4,2
	2012	970	15.473	16,0	4,2
	2013	1.029	15.899	15,4	4,4
	2014	947	15.104	16,0	4,1
ASVG-Versicherte des Bundes	2009	769	10.659	13,9	2,9
	2010	696	10.263	14,7	2,8
	2011	703	10.585	15,1	2,9
	2012	661	9.937	15,0	2,7
	2013	702	10.095	14,4	2,8
	2014	652	9.671	14,8	2,6
BeamtInnen und ASVG-Versicherte des Bundes	2009	908	13.104	14,4	3,6
	2010	850	12.892	15,2	3,5
	2011	860	13.298	15,5	3,6
	2012	833	12.941	15,5	3,5
	2013	1.116	13.178	11,8	3,6
	2014	1.047	12.488	11,9	3,4
ASVG-versicherte ArbeiterInnen und Angestellte <sup>1)</sup>	2009	823	12.387	15,0	3,4
	2010	777	12.043	15,5	3,3
	2011	805	12.269	15,2	3,4
	2012	768	11.916	15,5	3,3
	2013	796	11.985	15,1	3,3
	2014	731	11.374	15,6	3,1
ASVG-versicherte Angestellte <sup>1)</sup>	2009	699	9.639	13,8	2,6
	2010	647	9.453	14,6	2,6
	2011	673	9.774	14,5	2,7
	2012	644	9.525	14,8	2,6
	2013	686	9.756	14,2	2,7
	2014	630	9.302	14,8	2,5

Q: Bundeskanzleramt (2015B). Die Werte in dieser Übersicht decken sich nur zum Teil mit jenen aus den entsprechenden Übersichten früherer Fehlzeitenreports (vor 2012). Die Zahlen für den ASVG-Bereich wurden rückwirkend angepasst, um die Änderung in der Erfassung der Versicherten (d. h. die Bereinigung um Präsenzdienster und KinderbetreuungsgeldbezieherInnen) zu berücksichtigen. Die Auswertungen des Personalinformationssystems des Bundes beinhalteten diese Personengruppen auch in Vergangenheit nicht, wodurch keine Anpassung der Krankenstandsquoten von BeamtInnen und ASVG-Versicherte des Bundes notwendig war. – <sup>1)</sup> WIFO-Berechnungen.

Ein weiterer Faktor, der beim Vergleich berücksichtigt werden müsste, betrifft die Inanspruchnahme von Kuraufenthalten. Da Kuren einen positiven Beitrag zur Gesundheit und somit zur langfristigen Erwerbsfähigkeit leisten, wäre es sinnvoll, sie von den restlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten zu isolieren. Sowohl bei den BeamtInnen als auch in der *Krankenstandsstatistik* werden Kuraufenthalte aber als Fehlzeiten angerechnet, Unterschiede zwischen den Wirtschaftssektoren können nicht herausgearbeitet werden. Aus den Fehlzeitenauswertungen des Bundeskanzleramts wissen wir, dass im Jahr 2014 im Bundesdienst auf 1.000 Beschäftigte 744 Arbeitstage<sup>32)</sup> wegen Kuraufenthalte entfielen, das entspricht einer Krankenstandsquote von etwa 0,3%. Für den ASVG-Bereich ist allerdings keine vergleichbare Information verfügbar.

Die Höhe der Krankenstände wird neben individuellen Faktoren wie dem Alter der Beschäftigten auch von spezifischen institutionellen Rahmenbedingungen sowie den Arbeitsplatzbedingungen geprägt. Im Vergleich zwischen öffentlichem Dienst und Privatwirtschaft wird oft vermutet, dass die besondere Sicherheit des Arbeitsplatzes zu einer geringeren Symptomtoleranz veranlasse und somit zu höheren Fehlzeiten führe. Tatsächlich sind aus der einschlägigen Literatur Untersuchungen bekannt, die die positive Korrelation zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Krankenstandsquote untermauern (*Drago – Wooden, 1992, Lindbeck et al., 2006*). Der dokumentierte Effekt der Arbeitsplatzsicherheit ist in diesen Studien statistisch signifikant, allerdings quantitativ nicht ausreichend, um alleine die Krankenstandsdynamik im öffentlichen Sektor zu erklären. Der Arbeitsplatzsicherheits-Effekt stellt demnach eine Komponente für das Verständnis des Krankenstandsgeschehens im öffentlichen Dienst dar, ist aber nicht als einzige Ursache für die Höhe der Krankenstände verantwortlich. *Badura et al. (2006)* weisen darauf hin, dass neben der Altersstruktur auch die Tatsache berücksichtigt werden muss, dass die öffentlichen Verwaltungsinstitutionen ihrer Verpflichtung zur Beschäftigung Behinderter stärker nachkommen als andere Branchen. Auch wird vermutet, dass im privaten Sektor aufgrund der starken Konkurrenz um niedrige Kosten eine stärkere "Sozialisierung" der Kosten von vorzeitigem Gesundheitsverschleiß und Krankheit (z. B. im Rahmen des Personalabbaus) als im öffentlichen Bereich stattfindet (*Oppolzer, 2000*). In Deutschland ist laut Studienergebnissen die höhere Anzahl von krankheitsbedingten Fehlzeiten im öffentlichen Dienst knapp zur Hälfte auf den erhöhten Anteil an schwerbehinderten ArbeitnehmerInnen zurückzuführen (*Marstedt et al., 2001*). In Österreich zeigen Auswertungen zur Beschäftigungssituation von begünstigten Behinderten, dass der Bund als Arbeitgeber seiner Beschäftigungspflicht von behinderten Personen in höherem Maße nachkommt als der Durchschnitt aller beschäftigungspflichtigen ArbeitgeberInnen<sup>33)</sup>.

---

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

<sup>33)</sup> Laut Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich (*Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009*) wurde im Jahr 2006 die Beschäftigungsquote von begünstigten Behinderten im Bund zu 95,6% erfüllt (5.834 von 6.102 Pflichtstellen waren besetzt), in einer Durchschnittsbetrachtung kamen sämtliche einstellungspflichtige ArbeitgeberInnen nur zu 65% ihrer Beschäftigungspflicht nach (60.053 von 92.551 Pflichtstellen waren

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

Hinsichtlich der Verteilung der Krankenstände nach Dauer ist der Vergleich zwischen dem öffentlichen und dem privatwirtschaftlichen Bereich etwas schwieriger. In beiden Bereichen verursachen vergleichsweise seltene, aber lange Krankenstandsepisoden einen signifikanten Anteil aller Fehlzeiten. Allerdings spielen Kurzkrankenstände, die im öffentlichen Dienst vollständig erfasst sind, in den Auswertungen des Bundeskanzleramts eine deutlich größere Rolle als in der *Krankenstandsstatistik*. Das hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Kurzkrankenstände bei den Bundesbediensteten in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. 2014 entfielen fast zwei Drittel aller Krankenstandsepisoden und mehr als ein Fünftel der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jeder Beschäftigte bzw. jede Beschäftigte im Laufe des Jahres 2,5 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich: laut *Krankenstandsstatistik* war es bei den ASVG-Beschäftigten nur 1 Tag<sup>34</sup>). Allerdings lässt sich anhand der verfügbaren Information nicht sagen, ob die hohe Frequenz von Kurzkrankenständen ein kennzeichnendes Merkmal des öffentlichen Dienstes ist oder ob der Unterschied zwischen dem ASVG-Bereich und dem öffentlichen Sektor lediglich auf die vollständigere Erfassung dieser Form von Fehlzeiten im öffentlichen Bereich zurückzuführen ist. Man kann vermuten, dass beide Effekte eine Rolle spielen. Nachweislich sind die Kurzkrankenstände im ASVG-Bereich deutlich untererfasst. Andererseits dürfte der vielerorts dokumentierte, positive Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Fehlzeiten vor allem bei kürzeren Fehlzeiten zum Tragen kommen.

---

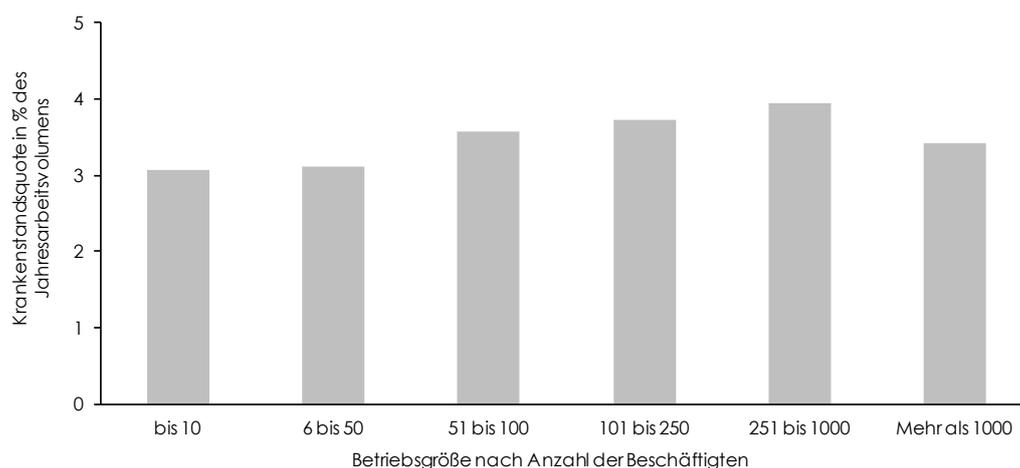
besetzt). Ein neuer Bericht mit Zahlen zur Beschäftigungssituation behinderter Menschen in Österreich wird voraussichtlich Ende 2016 erscheinen.

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

### 1.5.5 Unterschiede in den Krankenständen nach Betriebsgrößenklasse

Die Krankenstandsstatistik ermöglicht nicht, zwischen Betrieben unterschiedlicher Größe zu unterscheiden. Diese Lücke konnte zumindest teilweise mit Hilfe eines Individualdatensatzes der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK)<sup>35</sup> gefüllt werden, wobei sich die aktuellsten verfügbaren Auswertungen auf das Jahr 2014 beziehen. Eine Einteilung der DienstgeberInnen in drei breite Größenklassen (bis zu 50 Beschäftigte, 51 bis 250 Beschäftigte, über 250 Beschäftigte) lässt erkennen, dass Klein- und Kleinstbetriebe geringere Krankenstandsquoten als größere Unternehmen aufweisen. Abbildung 1.21 zeigt, dass bei einer feineren Gliederung der Größenklassen ein nicht-lineares Muster in der Beziehung zwischen Betriebsgröße und Krankenständen zum Vorschein kommt. Die Krankenstandsquote nimmt zunächst mit zunehmender Betriebsgröße zu, allerdings geht sie bei großen Unternehmen wieder leicht zurück.

Abbildung 1.21: Krankenstandsquote nach Betriebsgrößenklasse  
Oberösterreich, 2014



Q: OÖGKK, INDI-DV, WIFO-Berechnungen.

Ein ähnlich gearteter Zusammenhang zwischen Betriebsgröße und Krankenstand kann auch in Deutschland beobachtet werden. Auswertungen, die von *Badura et al.* (2016) anhand der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) durchgeführt wurden, zeigen in den kleineren Betrieben die niedrigste Krankenstandsquote, in Betrieben bis 1.000 Beschäftigte leicht ansteigende Krankenstandsquoten und ab 1.000 Beschäftigte wieder leicht geringere Krankenstandsquoten<sup>36</sup>). *Winkelmann* (1999) kommt in einer Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Lohnniveau, Betriebsgröße und Krankenstand zur Schlussfolgerung, dass Kranken-

<sup>35</sup> Für eine Datenbeschreibung siehe *Leoni* (2011, S. 66f.).

<sup>36</sup> Die Berechnungsergebnisse in *Badura et al.* (2016) unterscheiden sich in einigen Punkten von den Auswertungen im vorliegenden Bericht, wodurch die absoluten Werte nicht direkt vergleichbar sind. Zum einen messen die Autoren die Betriebsgröße an der Zahl der AOK-Mitglieder im Betrieb, wodurch in der Regel nur ein Teil der gesamten Belegschaft erfasst wird. Zudem schließen sie Betriebe mit weniger als zehn Beschäftigten von ihren Berechnungen aus.

stände in größeren Unternehmen häufiger vorkommen als in kleineren. In einem großen Unternehmen kann der Ausfall einer Arbeitskraft besser als in einem kleinen durch die restliche Belegschaft abgedeckt und somit verkräftet werden, die Kosten eines einzelnen Krankenstandstages sind *ceteris paribus* in einem großen Unternehmen geringer als in einem kleinen (Barmby – Stephan, 2000, Weiss, 1985). Damit dürften in größeren Arbeitsstätten die (soziale) Kontrolle und somit auch der Druck, Fehlzeiten zu vermeiden, geringer sein als in Kleinbetrieben.

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

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

## **1.6 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung**

Obwohl nicht alle ArbeiterInnen und Angestellten bei den Gebietskrankenkassen des entsprechenden Bundeslandes versichert sind, ergibt die Summe der Krankenstandstage der neun österreichischen Gebietskrankenkassen gegenüber der Gesamtheit aller in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Krankenstände eine Abdeckungsquote von 92,5% (2015)<sup>37)</sup>. Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten aus den einzelnen Gebietskrankenkassen für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen<sup>38)</sup>.

Die Werte aus dem Jahr 2015 zeigen, dass die Krankenstandsquote über alle Gebietskrankenkassen mit einem Durchschnitt von 12,7 Tagen je Erwerbstätigen dem Wert für alle von der Statistik erfassten Krankenversicherungsträger (12,7) entspricht. Die niederösterreichische, oberösterreichische und Wiener Gebietskrankenkassen verzeichneten mit respektive 14,0, 13,2

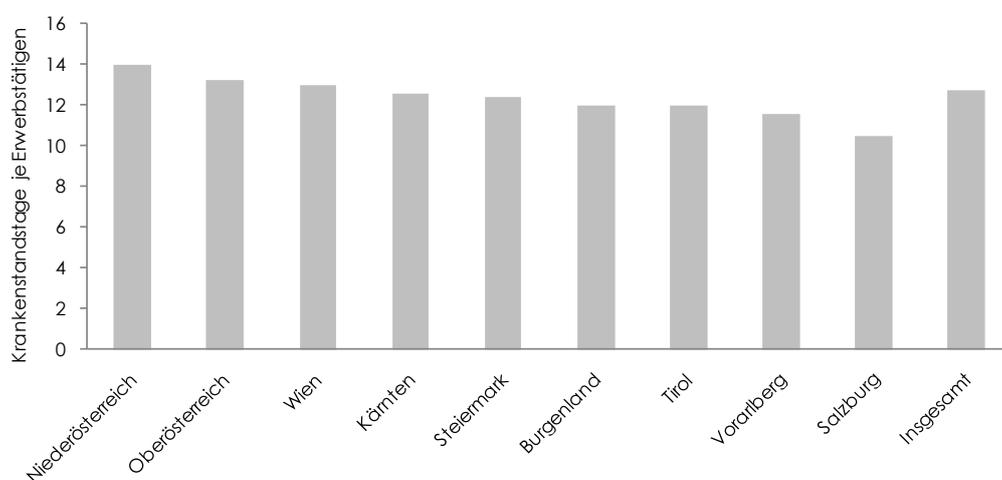
---

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

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

und 13,0 Tagen die höchsten Krankenstände in diesem Jahr (Abbildung 1.22). Die Versicherten in Kärnten (12,5), der Steiermark (12,4), Burgenland und Tirol (je 12,0) und Vorarlberg (11,6) verzeichneten weniger Krankenstände als die Beschäftigten im Durchschnitt der Bundesländer. Die größte Abweichung konnte allerdings in Salzburg beobachtet werden, dort waren die Versicherten der Gebietskrankenkasse im Schnitt nur 10,4 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 2,9% um rund ein Fünftel unter dem österreichischen (3,5%) und um ein Viertel unter dem niederösterreichischen (3,8%) Wert.

Abbildung 1.22: Krankenstände nach Bundesländern  
Gebietskrankenkassen, 2015



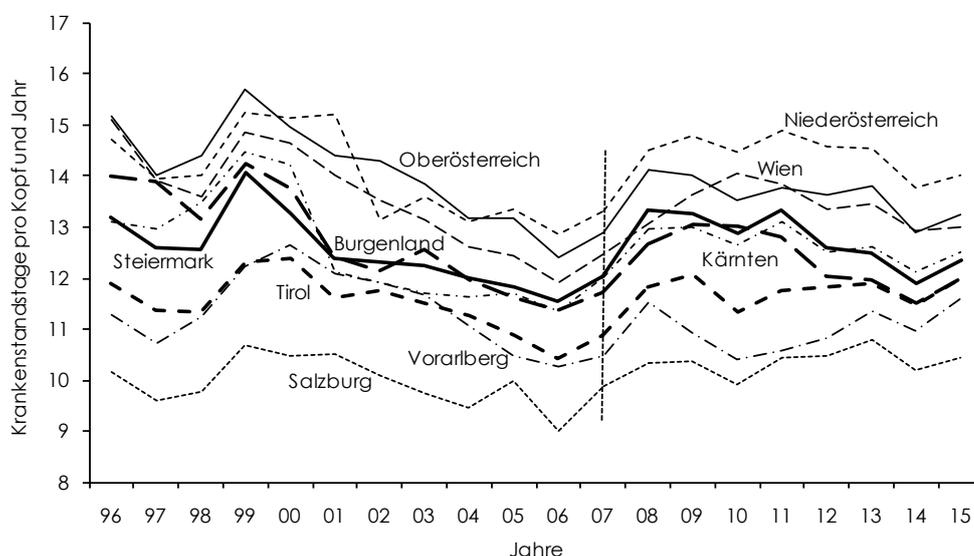
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Betrachtung einer längeren Periode (1996/2015) verdeutlicht, dass auch in der Vergangenheit die Krankenstandsquote in Salzburg deutlich niedriger als in den restlichen Bundesländern war (Abbildung 1.23). Sieht man von geringfügigen Verschiebungen ab, war auch die relative Position der anderen Bundesländer in diesem Krankenstandsvergleich über den gesamten Zeitraum konstant: Niederösterreich, Wien und Oberösterreich verzeichneten deutlich überdurchschnittliche Werte, während Steiermark, Kärnten, Tirol und Vorarlberg nahe am Durchschnitt bzw. unter dem Durchschnittswert lagen. Eine Ausnahme bildet in dieser Hinsicht die Gebietskrankenkasse Burgenland, die 1996 bis 1998 noch überdurchschnittliche Krankenstandsquoten hatte; in den darauf folgenden Jahren allerdings eine überproportional starke Senkung der Krankenstände verzeichnete.

Die Beständigkeit dieser regionalen Unterschiede lässt erkennen, dass sich in den einzelnen Bundesländern strukturelle Faktoren auf das Krankenstandsgeschehen niederschlagen. Das gilt insbesondere für die signifikantesten Abweichungen vom Durchschnitt, die niedrigen Krankenstände in Salzburg und die vergleichsweise hohen Werte in Niederösterreich, Oberösterreich und Wien. In Abschnitt 1.5.3 konnte gezeigt werden, dass die Wirtschaftsstruktur und somit die Verteilung der Beschäftigten auf Branchen und Berufe maßgebend auf das Kran-

kenstands-niveau Einfluss nimmt. Das Fehlen von detaillierten Informationen zu den Krankenstandsquoten einzelner Branchen und Berufsgruppen ermöglicht es zwar nicht, die Bedeutung dieser wirtschaftsstrukturellen Unterschiede zwischen den Bundesländern vollständig abzubilden. Die Unterscheidung der Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen nach sozialrechtlicher Stellung (ArbeiterInnen und Angestellte) und Geschlecht leistet dennoch einen Beitrag zur Erklärung der regionalen Differenzen. Einerseits kann dadurch aufgezeigt werden, wie hoch die Krankenstände der einzelnen Gruppen von Beschäftigten in den Bundesländern sind, andererseits ist die Bedeutung der unterschiedlichen Zusammensetzung der Versicherten in den Gebietskrankenkassen zu berücksichtigen.

Abbildung 1.23: Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern



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

Übersicht 1.6 veranschaulicht, dass hinter den unter- bzw. überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten der einzelnen Gebietskrankenkassen unterschiedliche Kombinationen im Krankenstands-niveau der einzelnen Beschäftigtengruppen stehen. In Oberösterreich verzeichneten im Wesentlichen nur die Arbeiterinnen (4,7%) und Arbeiter (4,4%) hohe Krankenstandsquoten, die angestellten Männer und Frauen lagen mit ihren Krankenständen am Durchschnitt aller Bundesländer bzw. sogar leicht darunter. In diesem Fall dürfte sich die große Bedeutung der Warenherstellung negativ auf das Krankenstands-niveau niederschlagen. In Wien lagen die männlichen Arbeiter und Angestellten mit Quoten von 4,1% bzw. 2,5% am bundesweiten Durchschnitt, die Frauen verzeichneten dagegen sowohl in ArbeiterInnenberufen (5,2%) als auch in Angestelltenberufen (3,7%) unter allen Bundesländern die höchsten Krankenstände (Durchschnitt 4,5% und 3,3%). Der hohe Angestelltenanteil an der Beschäftigung, eine Folge der dienstleistungsorientierten Wirtschaftsstruktur in der Bundeshauptstadt,

erklärt, weshalb die Wiener Gebietskrankenkasse insgesamt mit 3,6% nur eine um 0,1 Prozentpunkt höhere Krankenstandsquote als der Durchschnitt aller Bundesländer (3,5%) hatte. In Niederösterreich wiederum verzeichneten sowohl die Angestellten als auch die ArbeiterInnen vergleichsweise viele krankheitsbedingte Fehlzeiten. Die niedrige Krankenstandsquote der Gebietskrankenkasse Salzburg (2,9%) ergibt sich aus sehr niedrigen Werten aller Teilgruppen.

Übersicht 1.6: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht  
2015

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

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen werden nicht nur von den Quoten der einzelnen Beschäftigtengruppen bestimmt, sondern auch von ihrer anteilmäßigen Bedeutung für die gesamte von der Gebietskrankenkasse erfasste Beschäftigung. Übersicht 1.7 gibt das Ergebnis einer Bereinigung der Krankenstandsquoten der Gebietskrankenkassen um Unterschiede in der Beschäftigungsstruktur (nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht) wieder. Die erste Datenspalte zeigt die tatsächlichen Krankenstandsquoten in den entsprechenden Gebietskrankenkassen im Jahr 2015. In der zweiten Datenspalte wird dagegen angeführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Versicherten in allen Gebietskrankenkassen dem Durchschnitt entsprochen hätte<sup>39)</sup>. Erwartungsgemäß weisen nach der Bereinigung Bundesländer mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit überdurchschnittlichen Krankenständen (besonders ArbeiterInnen, weibliche Angestellte) eine geringere Krankenstandsquote auf. Insgesamt sind die Effekte der Bereinigung allerdings geringfügig. Einzig in Wien, wo die Beschäftigungsstruktur am stärksten vom Durchschnitt abweicht, macht sich eine Strukturbereinigung in der Krankenstandsquote deutlich bemerkbar: Bei durchschnittlicher Zusammensetzung der Beschäftigung (und gleich bleibenden gruppenspezifischen Krankenstandsquoten) würde sich die Krankenstandsquote der Wiener Gebietskrankenkasse auf 3,7% belaufen, was einem Plus von 4,5% entspricht. In den anderen

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

Bundesländern führt die Bereinigung zu einer leichten Senkung des Krankenstands-niveaus, am stärksten so im Burgenland und in Tirol.

### Übersicht 1.7: Normierung der Krankenstandsquote

Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2015

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

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

Auch unter Berücksichtigung dieser strukturellen Komponente ändert sich kaum etwas an der Darstellung der regionalen Krankenstandsquoten. Nach wie vor liegen Niederösterreich, Wien und Oberösterreich über dem Durchschnitt der Bundesländer. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung die Gebietskrankenkasse Salzburg (2,8%). Insgesamt bestätigen die Berechnungen somit, dass sich die Wirtschaftsstruktur günstig (wie im Falle Wiens) oder ungünstig (wie beispielsweise im Burgenland und in Tirol) auf die Krankenstände auswirkt. Andererseits liefert die Zusammensetzung der Beschäftigung nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht nur einen geringen Erklärungsbeitrag zu den regional teils erheblichen Krankenstandsunterschieden. Das hängt einerseits damit zusammen, dass die Unterscheidung zwischen ArbeiterInnen- und Angestelltenberufen die Komplexität der Wirtschaftsstruktur nur unzureichend wiedergibt. Innerhalb der Berufsgruppen bestehen zum Teil ausgeprägte branchenspezifische Unterschiede<sup>40)</sup>, zudem spielen auch Determinanten auf betrieblicher Ebene, wie die Größe der Unternehmen und ihre Organisationsstruktur, eine wichtige Rolle.

Die Bedeutung der einzelnen Branchen im gesamtwirtschaftlichen Gefüge und die Betriebsstruktur sind nicht die einzigen wichtigen Merkmale, die nicht ausreichend berücksichtigt werden können: Auch andere wirtschaftliche und soziodemographische Merkmale, in denen sich die Bundesländer unterscheiden (können), sind für die Krankenstände relevant. Hierzu

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

zählen die Arbeitsmarktlage sowie die Altersstruktur und der gesundheitliche Zustand der Erwerbsbevölkerung. Einen weiteren Faktor bildet die regional unterschiedliche Bedeutung des Erwerbsspendelns, das die Anwesenheit am Arbeitsplatz zusätzlich erschweren kann. Die hohen Krankenstandsquoten der Frauen in Wien lassen vermuten, dass auch die Teilzeitquote einen Zusammenhang mit den Krankenständen aufweist. Die Unterschiede zwischen den Gebietskrankenkassen ergeben sich somit aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Bestimmungsgründen, die anhand einer vertieften Analyse mit entsprechendem Datenmaterial untersucht werden müssten.

## 1.7 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Die Darstellung der Krankheitsgruppen wurde für das Jahr 2012 vom HVB auf die Klassifizierung nach ICD-10<sup>41)</sup> umgestellt, dadurch wurden die Diagnosegruppen stärker zusammengefasst und manche Detailgruppen werden nicht mehr gesondert ausgewiesen (z. B. Unfälle). Für Vergleichszwecke wurden die Krankheitsgruppen der letzten 20 Jahre vom WIFO ebenfalls nach den neuen Krankheitsgruppen zugeordnet.

Auch anhand der aktuellen Gliederung ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Krankenstandsfälle und -tage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Ursachen zurückzuführen ist (Übersicht 1.8). Dies gilt sowohl bei einer Betrachtung nach Häufigkeit der Krankheiten als auch bei der Fokussierung auf die daraus resultierenden Krankenstandstage. So erfasst man mit den fünf häufigsten Krankheitsgruppen vier Fünftel (80,6%) aller Krankenstandsfälle und über zwei Drittel (70,2%) der Krankenstandstage. Reiht man die Krankheitsgruppen nach der Zahl der verursachten Krankenstandstage sind die fünf dominierenden Gruppen für drei Viertel (75,3%) aller gemeldeten Krankenstandstage und -fälle (77,4%) verantwortlich. Infolge der Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer der Erkrankungen verschiebt sich die Rangordnung der Krankheitsgruppen nach Krankenstandstagen; mit einer Ausnahme<sup>42)</sup> handelt es sich aber um die gleichen fünf Diagnosegruppen.

Zwei Gruppen von Krankheiten prägen vor allem das Bild des Krankenstandsgeschehens: Die Krankheiten des Muskel-Skelette-Systems und des Bindegewebes und jene des Atmungssystems. Zusammen verursachen diese Erkrankungen gut 50% der Krankenstandsfälle und gut 40% der Fehlzeiten. Verletzungen und Vergiftungen<sup>43)</sup> sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten; 16,3% der Krankenstandstage gingen auf diese Formen von Krankheit zurück. Weitere besonders häufige bzw. viele Krankenstandstage verursachende Diagnose-

---

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

<sup>42)</sup> "Symptome und abnorme klinische Laborbefunde" gehören zu den fünf häufigsten Krankheitsgruppen, ihr Anteil an den Krankenstandstagen ist allerdings vergleichsweise gering. "Psychische und Verhaltensstörungen" sind bei den Krankenstandsfällen nur an siebter Stelle, gemessen an der Anzahl von Krankenstandstagen jedoch an vierter Stelle.

<sup>43)</sup> Rund 50% der Fälle und Tage dieser Krankheitsgruppe waren 2011 auf Arbeitsunfälle als Wegunfälle, Nicht-Arbeitsunfälle und Sportunfälle zurückzuführen. Vergiftungen, die in der alten Gliederung ebenfalls eigens ausgewiesen wurden, haben einen marginalen Anteil am Krankenstandsgeschehen (0,07% der Krankenstandstage im Jahr 2011).

gruppen sind psychische und Verhaltensstörungen sowie "bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten" (zu denen unter anderem infektiöse Darmkrankheiten zählen).

Übersicht 1.8: Krankheitsgruppenstatistik  
Österreich, 2015

Krankheitsgruppen	Krankenstands-	Krankenstands-	Dauer der Fälle
	fälle	tage	Ø Anzahl Tage
	Anteile in %		
Krankheiten des Atmungssystems	38,5	22,1	5,7
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	13,0	21,0	16,0
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	8,3	16,3	19,3
Psychische und Verhaltensstörungen	2,3	9,2	38,9
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	15,2	6,8	4,4
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	5,5	4,1	7,4
Krankheiten des Verdauungssystems	5,0	3,8	7,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,8	3,5	19,0
Neubildungen	0,8	3,3	39,1
Krankheiten des Urogenitalsystems	2,3	2,2	9,3
Krankheiten des Nervensystems	2,0	1,8	9,3
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,9	1,2	12,9
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,1	1,2	10,9
Übrige Ursachen	0,4	0,8	19,7
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,4	0,8	20,8
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	0,9	0,8	8,0
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,9	0,7	8,0
Diagnose nicht feststellbar	0,3	0,2	6,7
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	0,1	0,1	19,6
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	0,1	0,1	15,3
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,0	0,0	8,1

Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Es kann angemerkt werden, dass die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen, wie z. B. Neubildungen<sup>44)</sup> und Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems, für die Gesundheit der Gesamtbevölkerung in der *Krankenstandsstatistik* nicht vollständig abgebildet wird. So haben Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems beispielsweise einen großen Einfluss auf das Ausmaß der Gesamtsterblichkeit in Österreich<sup>45)</sup>. Allerdings sind vor allem Personen in höherem Alter davon betroffen, bei Personen im Erwerbsalter sind sie als Morbiditäts- und Todesursache weniger stark verbreitet.

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

<sup>45)</sup> In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die mit Abstand häufigste Gruppe von Todesursachen dar; 2015 wurden vier von zehn Sterbefällen (42,8% bzw. 35.500 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (*Statistik Austria*, Statistik der Todesursachen im Überblick).

Die unterschiedlichen Diagnosegruppen streuen sehr stark hinsichtlich der Länge von Krankenstandsepisoden; die durchschnittliche Krankenstandsdauer von 9,9 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Besonders kurz fallen infektiöse und parasitäre Krankheiten (4,4 Tage), Krankheiten des Atmungssystems (5,7 Tage) sowie Krankheiten des Verdauungssystems (7,6 Tage) aus. Von den häufigeren Krankheitstypen liegen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (16,0 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (19,3 Tage) und vor allem die psychischen und Verhaltensstörungen (38,9 Tage) über dem Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß verursachen schwere Erkrankungen (z. B. Neubildungen) ebenfalls lange Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle liegt bei knapp 40 Tagen.

Die Daten aus der Krankheitsgruppenstatistik bestätigen, dass die gesundheitlichen Risiken und damit auch die gesundheitlichen Bedürfnisse von Männern und Frauen nicht deckungsgleich sind. Während einige dieser Unterschiede durch biologische Differenzen bedingt sind und hier nicht weiter erörtert werden, wirken sich auf andere Pathologien auch Faktoren gesellschaftlicher, beruflicher und individueller Natur aus. Männer sind durch ihre berufliche Tätigkeit aber auch durch ihr Freizeitverhalten im Schnitt einem höheren Unfallrisiko ausgesetzt<sup>46)</sup>. Dementsprechend sind auf Verletzungen und Vergiftungen zurückgehende Krankenstandsfälle und Fehlzeiten bei Männern fast zweimal so häufig wie bei Frauen<sup>47)</sup>. Konzentriert man sich weiterhin auf die häufigsten Ursachen für Fehlzeiten ergeben sich weitere Differenzen zwischen Männern und Frauen: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes sind bei Männern um ein Sechstel häufiger als bei Frauen. Allerdings dauern die Krankheitsepisoden dieser Diagnosegruppe bei Frauen im Schnitt gut zwei Tage länger, wodurch die Anzahl von Fehltagen, die auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen ist, bei Männern pro Kopf etwa gleich hoch ist wie bei Frauen. Ein weiterer ausgeprägter geschlechtsspezifischer Unterschied betrifft die Krankheiten des Kreislaufsystems (die u. a. koronare Herzkrankheiten und Herzinfarkte umfassen): Männer sind ein Zehntel weniger als Frauen betroffen, die Anzahl an Krankenstandstagen ist jedoch um knapp 40% höher. Psychische und Verhaltensstörungen treten bei Frauen deutlich häufiger auf: Während es im Jahr 2015 auf 100 Männer im Schnitt zwei Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich vier Fälle. Als Folge ist die auf diese Krankheitsgruppe zurückgehende Anzahl an Krankenstandstagen bei Frauen pro Kopf doppelt so hoch wie bei Männern. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Krankheiten des Nervensystems. Es fehlt aber auch nicht an Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern,

---

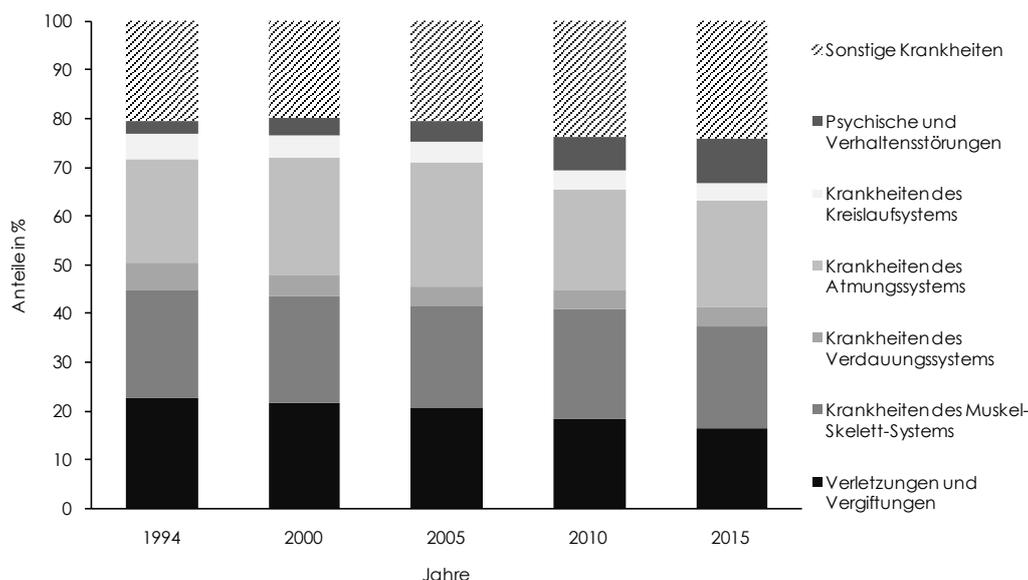
<sup>46)</sup> Männer sind auch deutlich öfter als Frauen von Sportunfällen betroffen, umgekehrt ist die Verletzungswahrscheinlichkeit von Frauen im Bereich "Heim und Freizeit" höher als jene von Männern. Auch ohne den Bereich "Arbeit und Schule" (also in Summe der Bereiche Sport, Heim und Freizeit) weist die Unfallstatistik des Kuratoriums für Verkehrssicherheit für Männer im erwerbsfähigen Alter ein höheres Unfallrisiko als für Frauen aus. Das betrifft insbesondere die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen. Im Alter von 25 bis 64 Jahren ist der geschlechtsspezifische Unterschied vergleichsweise schwach ausgeprägt (siehe <http://unfallstatistik.kfv.at/>).

<sup>47)</sup> Für die Analyse der Geschlechtsspezifika wird das Verhältnis aus Krankenstandsfällen bzw. -tagen und Versicherten der beiden Gruppen miteinander verglichen.

beispielsweise bei den infektiösen Krankheiten und auch bei den weit verbreiteten Erkrankungen wie die des Atmungssystems.

Die *Krankenstandsstatistik* ermöglicht keine gesonderte Auswertung der Krankenstandsdiagnosen nach Altersgruppen. Eine solche Auswertung konnte aber anhand von oberösterreichischen Krankenstandsdaten durchgeführt werden<sup>48)</sup>. Erwartungsgemäß zeigen sich je nach Altersgruppe bei den Ursachen für die Fehlzeiten unterschiedliche Muster. Verletzungen spielen bei jungen Arbeitskräften eine besonders wichtige Rolle, fast 30% aller Krankenstandstage dieser Gruppe geht auf Unfälle zurück. Die relative Bedeutung von Verletzungen nimmt mit steigendem Alter konstant ab; im Haupterwerbalters wird nur jeder fünfte Krankenstandstag durch einen Unfall verursacht, bei älteren Arbeitskräften jeder siebte. Auch infektiöse und parasitäre Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane sind für junge Beschäftigte von größerer Bedeutung als für ältere Arbeitskräfte. Umgekehrt nimmt das Gewicht von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes mit steigendem Alter stark zu: Weniger als ein Zehntel der Krankenstandstage junger Arbeitskräfte wird durch diese Diagnosegruppe verursacht, in der Altersgruppe der 50- bis 64-Jährigen ist es rund ein Drittel aller Tage.

Abbildung 1.24: Durchschnittliche Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen Österreich



Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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

<sup>48)</sup> Die Zahlen in diesem Absatz beziehen sich auf oberösterreichische Daten für das Jahr 2012. Für eine Beschreibung der Daten und der Methodik siehe *Leoni et al. (2008A)*.

und Vergiftungen, die unter anderem alle Formen von Unfällen als Ursache von Fehlzeiten zusammenfassen, für das gesamte Krankenstandsgeschehen verringerte sich. 1994 fielen im Schnitt pro beschäftigte Person 3,4 Krankenstandstage in dieser Diagnosegruppe an, im Jahr 2015 waren es nur noch 2,1 Tage. Damit reduzierte sich der Anteil der Verletzungen von gut einem Fünftel auf ein Sechstel aller krankheitsbedingten Fehlzeiten. Diese Entwicklung trug wegen der großen Bedeutung dieser Diagnosegruppe und der überdurchschnittlichen Dauer der damit einhergehenden Krankheitsepisoden zur Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer bei. Die Zahl der Muskel-Skelett-Erkrankungen blieb im hier untersuchten Zeitraum stabil. Die Krankheiten des Kreislauf- und jene des Verdauungssystems, die jedoch einen sehr geringen Anteil am Krankenstandsvolumen haben (3,5% bzw. 3,8%), gingen dagegen leicht zurück.

Der Anteil der Krankheiten des Atmungssystems ging in den vergangenen 15 Jahren (2000: 24%, 2015: 22,1%) ebenso zurück, wie die durchschnittliche Anzahl an Krankheitstagen pro Kopf dieser Diagnosegruppe (2000: 3,5 Tage, 2015: 2,8 Tage). Kurzfristig unterliegt die Entwicklung der Krankenstandstage, die auf Atemwegserkrankungen zurückgehen, mitunter starken Schwankungen. Diese Schwankungen sind auch deshalb von Interesse, weil sie einen Anhaltspunkt zur Intensität von Grippewellen geben können. Zwischen 2014 und 2015 stieg die Zahl der Atemwegserkrankungen in einer absoluten Betrachtung um rund 226.000 Einheiten, was einem Anstieg von 17% entspricht. Aufgrund eines leichten Anstiegs der durchschnittlichen Krankenstandsdauer in dieser Kategorie war die Erhöhung der Krankenstandstage noch etwas stärker ausgeprägt (+19% bzw. +0,4 Krankenstandstage pro Kopf). Dieser Wert ist höher als der gesamte Anstieg an krankheitsbedingten Fehlzeiten (+0,3 Tage pro Kopf), der 2015 gegenüber dem Vorjahr verzeichnet wurde<sup>49)</sup>. Die Erhöhung der Krankenstandsquote in 2015 ist somit maßgeblich auf die Grippewelle zu Beginn des Jahres und die damit einhergehende erhöhte Inzidenz von Atemwegserkrankungen zurückzuführen.

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

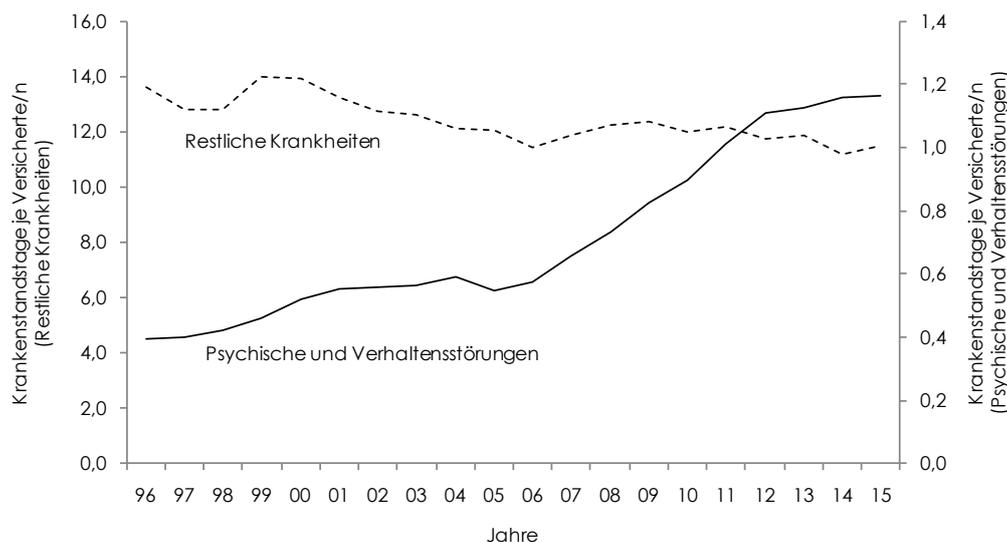
Bemerkenswert ist ebenfalls der klare Aufwärtstrend der psychischen und Verhaltensstörungen (Abbildung 1.25). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich die Zahl der Krankenstandstage infolge psychischer Erkrankungen fast verdreifacht, auch in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland, ist in der jüngeren Vergangenheit eine ähnliche Entwicklung beobachtbar.

---

<sup>49)</sup> Das erklärt sich dadurch, dass einige andere Krankheitsgruppen, insbesondere die Muskel-Skelett-Erkrankungen, gegenüber dem Vorjahr einen sehr leichten Rückgang verzeichneten.

Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Problemen für das Krankenstandsgeschehen ist allerdings von diesen Zahlen nicht unmittelbar abzulesen. Einerseits ist davon auszugehen, dass sich im Zeitverlauf die Bereitschaft der ÄrztInnen, gesundheitliche Probleme dem psychischen Bereich zuzuschreiben, tendenziell erhöht hat. Andererseits werden vermutlich nach wie vor zahlreiche Krankenstände, die mitunter auch eine psychische Ursache haben, aufgrund ihrer Symptomatik bei der Diagnoseerfassung anderen Krankheitsgruppen zugeschrieben. So können beispielsweise Allergien, Magenschmerzen, Kreislaufprobleme usw. eine Folge von Stress und psychischen Belastungen sein, ohne dass die daraus resultierenden Krankenstände Problemen der Psyche zugeschrieben werden. Die große Bedeutung von psychischen Belastungen und Erkrankungen für die Arbeitswelt kann durch andere Quellen bestätigt werden. Umfragen haben wiederholt gezeigt, dass Depressionen, Stress und Angstkrankheiten zu den gesundheitlichen Problemen zählen, die am häufigsten von Beschäftigten im Zusammenhang mit ihrer Erwerbstätigkeit erwähnt werden (Dupré, 2001). Zudem kommen die Folgen von psychischen Problemen mit besonderer Stärke im langfristigen Horizont zum Tragen. So sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache von Neuzugängen in die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension (Daten für 2015)<sup>50</sup>.

Abbildung 1.25: Entwicklung der psychischen Krankheiten Österreich



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

Demzufolge scheint das verstärkte Auftreten von psychischen Krankheitsursachen in der *Krankenstandsstatistik* in erster Linie auf adäquateres Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten,

<sup>50</sup>) Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2016*, Tabelle 3.34.

eine geringere Stigmatisierung und erhöhte Wahrnehmung psychischer Probleme zurückzuführen zu sein. Diese Trends dürften dazu beitragen, dass die wahre Tragweite der Krankheitslast durch psychische Erkrankungen verstärkt zum Vorschein kommt. Die OECD schätzt, dass in ihren Mitgliedsländern etwa 20% bis 25% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von klinisch relevanten psychischen Leiden betroffen sind. Etwa ein Viertel dieser Personen, also 5% der Bevölkerung, ist durch eine schwere psychische Störung gekennzeichnet, während die restlichen 15% eine leichte bis moderate Störung aufweisen (OECD, 2015A). Die Frage, inwiefern die Verbreitung von psychischen Erkrankungen über die Zeit im Steigen begriffen ist, wird in der Wissenschaft intensiv diskutiert und unterschiedlich beantwortet (Heyde – Macco, 2010, Zach, 2014). Obwohl bestimmte Risikofaktoren, wie psychosoziale Belastungen als Folge von gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungsprozessen, zunehmen<sup>51</sup>), deuten die (wenigen) verfügbaren empirischen Befunde darauf hin, dass die Häufigkeit von psychischen Störungen über die Zeit weitgehend konstant geblieben ist. Richter et al. (2008) kommen nach einer Durchsicht von über 40 epidemiologischen Untersuchungen zu dem Schluss, dass die Hypothese einer Zunahme psychischer Störungen nicht von den Daten gestützt wird. Dieses Ergebnis wird in einem Update (Richter – Berger, 2013) im Lichte der Ergebnisse aus 33 neueren Studien bestätigt.

## 1.8 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle

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

---

<sup>51</sup>) Die hier angesprochene Verstärkung von psychosozialen Risikofaktoren kann laut der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) mit fünf wichtigen Veränderungsprozessen in der Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt in Verbindung gebracht werden. Es handelt sich dabei neben der Intensivierung der Arbeitsprozesse um die Zunahme von flexiblen Beschäftigungsformen, um das Altern der Erwerbsbevölkerung, um die Zunahme von emotionalen Anforderungen bei der Arbeit und um die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (EU-OSHA, 2007).

für die Beschreibung des Unfallgeschehens in der Wirtschaft relevant ist, niedriger als der in der Statistik nach Krankheitsgruppen erfasste Wert.

Die vorliegende Zusammenstellung bezieht sich deshalb ausschließlich auf die Arbeitsunfälle, ohne auf die damit zusammenhängenden Fehlzeiten eingehen zu können. Die hier angeführten Daten zum Unfallgeschehen in der österreichischen Wirtschaft wurden von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zur Verfügung gestellt. Die AUVA ist der größte, aber nicht der einzige Unfallversicherungsträger in Österreich. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, die Sozialversicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und die Sozialversicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen sind ebenfalls für die Unfallversicherung zuständig. Die Daten der AUVA eignen sich aber sehr gut für die Beschreibung des Unfallgeschehens unselbständig Beschäftigter. Im Jahr 2015 waren 2,9 Mio. unselbständig Beschäftigte bei der AUVA versichert, das entspricht einer Quote von 86% aller unfallversicherten unselbständig Beschäftigten. Von den 94.429 anerkannten Arbeitsunfällen und 12.366 Wegunfällen der unselbständig Erwerbstätigen im Jahr 2015 wurden 84.118 (89%) bzw. 10.544 (85%) bei der AUVA erfasst<sup>52)</sup>. Überdies besteht eine hohe Konsistenz zwischen den Daten der Unfallversicherungsanstalt und den bisher verwendeten Daten aus der *Krankenstandsstatistik*.

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

### 1.8.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle

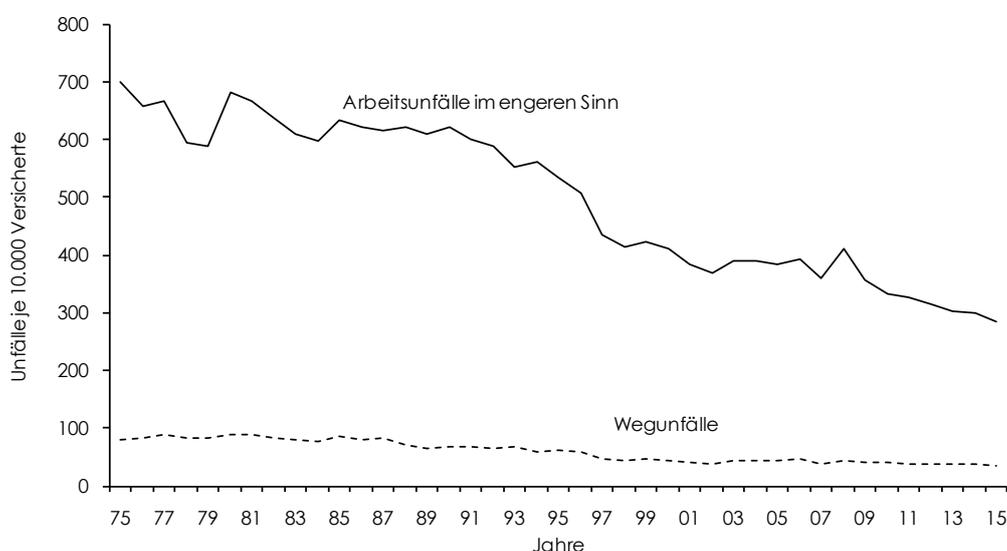
Im Jahr 1974 gab es in Österreich je 10.000 Versicherte 765 Unfälle, dieser Wert reduzierte sich bis 1995 auf etwa 600 Unfälle (Abbildung 1.26). In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre kam es zu einem weiteren, deutlichen Rückgang der Unfälle, sodass im Jahr 2000 statistisch gesehen auf 10.000 Versicherte 455 Unfälle entfielen. Zwischen 2000 und 2008 unterlag die Unfallquote in ihrer Entwicklung einigen Schwankungen, ohne dass sich dabei ein klarer Trend herausbildete. Seit 2008 gingen die Unfälle weiter zurück, sodass 2015 die Unfallquote mit 322 Unfällen auf 10.000 Versicherte ihren tiefsten Stand seit 1974 erreichte. Anders gesagt waren im ersten Jahr des erfassten Zeitraums statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2015 waren es 3,2%. Zieht man von diesem Wert, der sowohl die

---

<sup>52)</sup> *Ibidem*, Tabelle 4.02.

Arbeitsunfälle im engeren Sinne als auch die Wegunfälle beinhaltet, letztere ab, so betrug die Unfallquote im Jahr 1974 6,8% und im Jahr 2015 2,9%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2015 um 58% gesunken. Der Anteil der Wegunfälle am gesamten Unfallgeschehen ist über die Beobachtungsperiode weitgehend konstant geblieben, zuletzt waren etwa 11% aller Unfälle Wegunfälle. Langfristig betrachtet sind die Wegunfälle ähnlich wie die Arbeitsunfälle zurückgegangen: Von 83 Unfällen je 10.000 Versicherte (0,8%) im Jahr 1974 auf 36 Unfällen je 10.000 Versicherte (0,4%) im Jahr 2015, was ebenfalls einer Verringerung von 55% entspricht.

Abbildung 1.26: Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Zusammen mit den Arbeitsunfällen ist auch die Anzahl an Unglücksfällen mit tödlichen Folgen im langfristigen Betrachtungszeitraum rückläufig<sup>53)</sup>. Unter den Versicherten der AUVA gab es 1975 noch 553 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz, 1980 waren es 434, 1990 317. Auch die tödlichen Unfälle verzeichneten in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre einen sehr starken Rückgang, von 304 im Jahr 1995 auf 220 im Jahr 2000. In den jüngsten Jahren hat sich dieser positive Trend, wenn auch nicht gleichmäßig, fortgesetzt: Für 2015 weist die Statistik der AUVA 124 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz aus.

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

<sup>53)</sup> Diese Werte beziehen sich auf die tödlichen Fälle von Arbeitsunfällen aller bei der AUVA versicherten Erwerbstätigen (einschließlich selbständig Erwerbstätiger), Wegunfälle sind in diesen Zahlen inkludiert, Berufskrankheiten dagegen nicht.

auf einen starken Rückgang der Unfälle bei den männlichen Arbeitern zurück. Nicht nur der allgemein beobachtbare Trend in Richtung einer Tertiärisierung der Wirtschaft hat zu einer Verminderung des durchschnittlichen Unfallrisikos der Erwerbsbevölkerung beigetragen. Auch innerhalb des Sachgüter erzeugenden Bereichs haben sich aufgrund des Strukturwandels große Veränderungen in den Tätigkeitsbereichen ergeben. Die allgemeine Berufsstruktur verschob sich kontinuierlich in Richtung Angestelltenberufe mit höheren Qualifikationsanforderungen und hohem Technologieeinsatz, während arbeitsintensive und somit gefährlichere Produktionsprozesse in Drittländer verlagert wurden. Die Arbeitsplatzbedingungen wurden durch die Veränderung der Arbeitsabläufe und vor allem durch technologische Neuerungen in vielerlei Hinsicht gebessert, wodurch in weiterer Folge die Unfallbelastung von bestehenden Arbeitsplätzen verringert werden konnte.

Die Reduktion der Arbeitsunfälle wurde überdies durch gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz gefördert. Das Inkrafttreten des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen im Zuge des EU-Beitritts Österreichs hat in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle gespielt. Verbesserte ArbeitnehmerInnenschutzbestimmungen, der technologische Wandel sowie Präventivmaßnahmen der Unternehmen dürften gemeinsam dazu beigetragen haben, das Unfallrisiko der bestehenden Arbeitsplätze zu senken. Ein weiterer Faktor, der sich günstig auf die Unfallquote auswirkt, ist rein statistischer Natur: Durch die starke Zunahme der Teilzeitbeschäftigung ist die Zahl der Versicherten stärker gestiegen als jene der geleisteten Arbeitszeit, wodurch sich die erfassten Arbeitsunfälle statistisch auf eine größere Zahl von Köpfen verteilen.

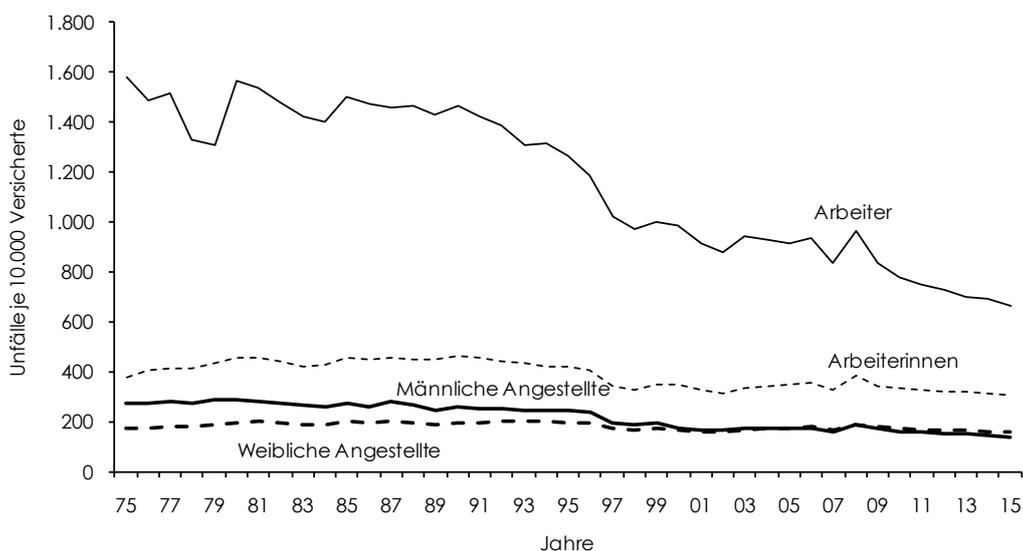
### *1.8.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche*

Während sich die Wegunfallraten von Frauen und Männern kaum unterscheiden, sind Männer um ein Vielfaches häufiger von Arbeitsunfällen (im engeren Sinne) betroffen als Frauen. Mitte der 1970er-Jahre lag die Unfallquote der Männer etwa fünfmal so hoch wie jene der Frauen. Auch heute weisen Männer eine deutlich höhere Quote als Frauen auf, der Abstand hat sich allerdings verringert. Insgesamt betrug die Unfallquote im Jahr 2015 für Männer 4,2%, für Frauen lag sie bei 2,0%. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hängt mit der Tatsache zusammen, dass Frauen und Männer im Durchschnitt Tätigkeiten mit unterschiedlicher Risikobelastung nachgehen. Abbildung 1.27 zeigt, dass die Stellung im Beruf, die einen Anhaltspunkt für die Berufstätigkeit der beschäftigten Person gibt, zusammen mit dem Geschlecht wesentliche Erklärungsfaktoren des Unfallrisikos darstellen. Die männlichen Arbeiter haben die höchste Unfallrate, auch die Arbeiterinnen weisen eine Unfallohäufigkeit auf, die deutlich höher als jene der Angestellten ist. Die weiblichen bzw. männlichen Angestellten hatten 2015 eine Unfallrate, die die Hälfte bzw. ein Fünftel der Unfallrate der Arbeiterinnen und der Arbeiter betrug.

Aus der langfristigen Entwicklung des Unfallgeschehens in der österreichischen Arbeitswelt lassen sich vor allem zwei Trends ablesen. Besonders hervorstechend ist der überproportional starke Rückgang von Unfällen bei männlichen Arbeitern. Durch diese Entwicklung hat sich

hinsichtlich der Unfallrate der Abstand zwischen ArbeiterInnen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte stark verringert. Im Zeitraum 1974 bis 2015 ging die Unfallrate der ArbeiterInnen von 1.119 auf 555 (-50%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 151 (-33%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen Angestellten von 282 auf 141 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückging, registrierten Frauen in Angestelltenberufen 2015 nur einen geringen Rückgang im Vergleich zum Anfang der Beobachtungsperiode (158 gegenüber 172). Da sich auch bei den Arbeiterinnen die Unfallquote weniger günstig als bei den Arbeitern entwickelt hat, ist es in den letzten Jahrzehnten – und das ist der zweite Trend der langfristigen Entwicklung – zu einer Angleichung der geschlechtsspezifischen Unfallraten gekommen. Insgesamt betrug der Rückgang der Unfallhäufigkeit bei den Männern fast zwei Drittel (-61%), bei den Frauen 30%.

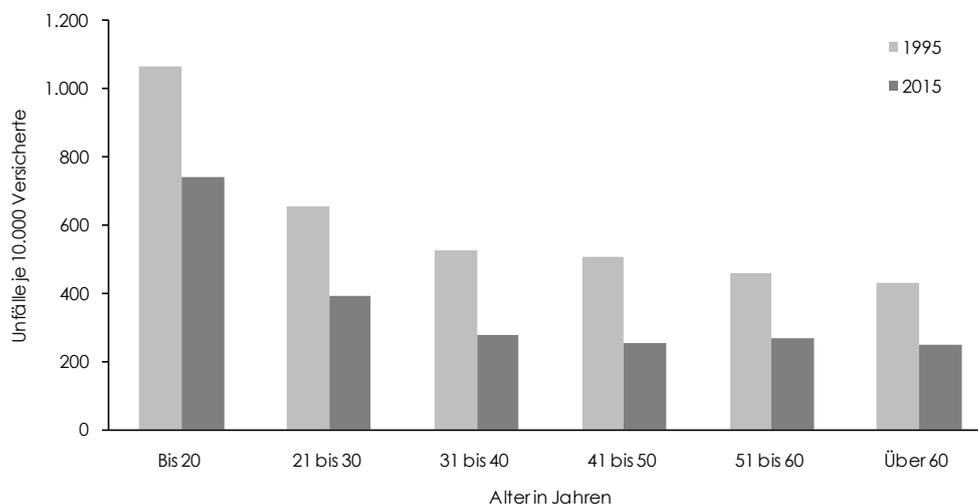
Abbildung 1.27: Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Geschlecht und Stellung im Beruf sind aussagekräftige Variablen für das Unfallgeschehen am Arbeitsplatz, weil sie indirekt über den Tätigkeitsbereich der Beschäftigten Auskunft geben. Das Alter der Beschäftigten bereichert das Untersuchungsbild um eine zusätzliche Dimension und zeigt, wie sich Erfahrung und Dienstalter auf das Unfallrisiko der ArbeitnehmerInnen auswirken. Dieser Abschnitt der Analyse ist auf den Zeitraum 1995 bis 2015 beschränkt, da nur für diese Jahre eine ausreichend differenzierte Datenbasis zur Verfügung steht. Die Darstellung der Unfallquoten entlang der Altersstruktur gibt für diesen Zeitraum ein konsistentes Bild: Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls am Arbeitsplatz ist bei Jugendlichen wesentlich ausgeprägter als bei älteren – und somit erfahreneren – Arbeitskräften (Abbildung 1.28). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich das Unfallrisiko in allen Alterskohorten verringert.

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



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

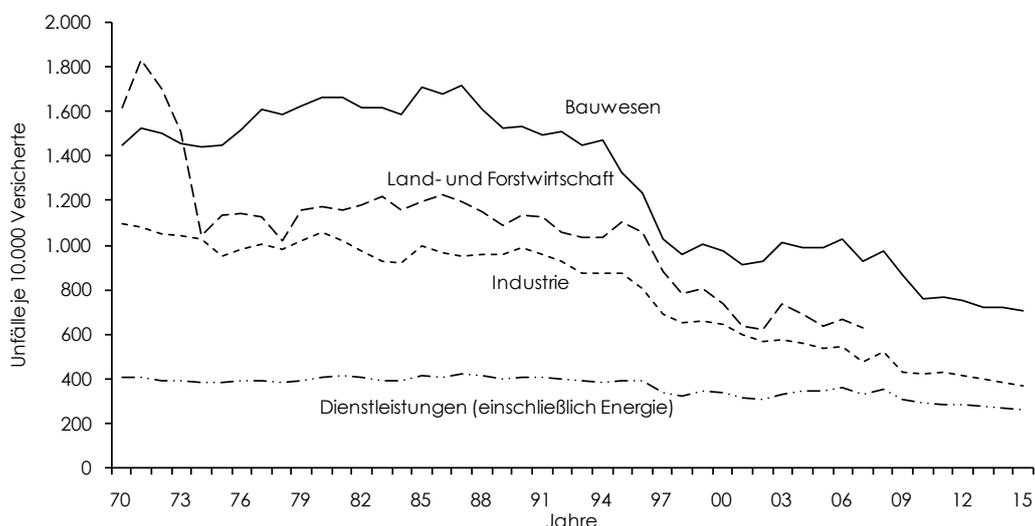
Die einzelnen Branchen<sup>54)</sup> sind durch unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und Arbeitsplatzbedingungen gekennzeichnet, dementsprechend stark sind Unterschiede in der Unfallhäufigkeit ausgeprägt. Der landwirtschaftliche Sektor und der Bergbau haben das höchste Unfallrisiko. Unter den beschäftigungsstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2015 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch wie im Durchschnitt, fast ein Fünftel aller Unfälle ereignete sich im Bauwesen. Überdurchschnittlich hohe Unfallquoten verzeichnete auch der Bereich der Warenherstellung, während im Dienstleistungsbereich die Unfallhäufigkeit im Allgemeinen wesentlich geringer ist. Nur die "Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" sowie die Bereiche "Verkehr und Lagerei" und "Kunst, Unterhaltung und Erholung" waren mit einem Unfallrisiko verbunden, das deutlich über dem Gesamtdurchschnitt lag. Die Bereiche mit dem geringsten Unfallrisiko sind das "Finanz- und Versicherungswesen" sowie "Information und Kommunikation", wo die Unfallquote unter 1% lag und somit ein Fünftel des Durchschnitts und ein Zehntel der Unfallquote im Bauwesen betrug.

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

<sup>54)</sup> Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2008 verwendet.

chende graphische Darstellung (Abbildung 1.29) zeigt in allen Wirtschaftsbereichen ein ähnliches Muster. Zwischen den frühen 1970er- und den frühen 1990er-Jahren haben nur mäßige Veränderungen der Unfallrate stattgefunden. In den Sachgüter erzeugenden Bereichen hat das Unfallrisiko kontinuierlich aber geringfügig abgenommen, während es im Dienstleistungsbereich in etwa konstant geblieben ist und im Bauwesen und in der Landwirtschaft erst nach einem Höhepunkt in den 1980er-Jahren begonnen hat, sich rückläufig zu entwickeln. Zu einer deutlichen Verringerung der Unfallhäufigkeit ist es in allen Wirtschaftsbereichen in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre gekommen. Besonders stark war der Rückgang im Bauwesen und in der Land- und Forstwirtschaft: Hier ist die Unfallrate zwischen 1995 und 1998 um mehr als ein Viertel zurückgegangen, in der Industrie betrug der Rückgang 25%, auch im Dienstleistungsbereich konnte in diesen Jahren eine sehr positive Entwicklung verzeichnet werden (-18%).

Abbildung 1.29: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)



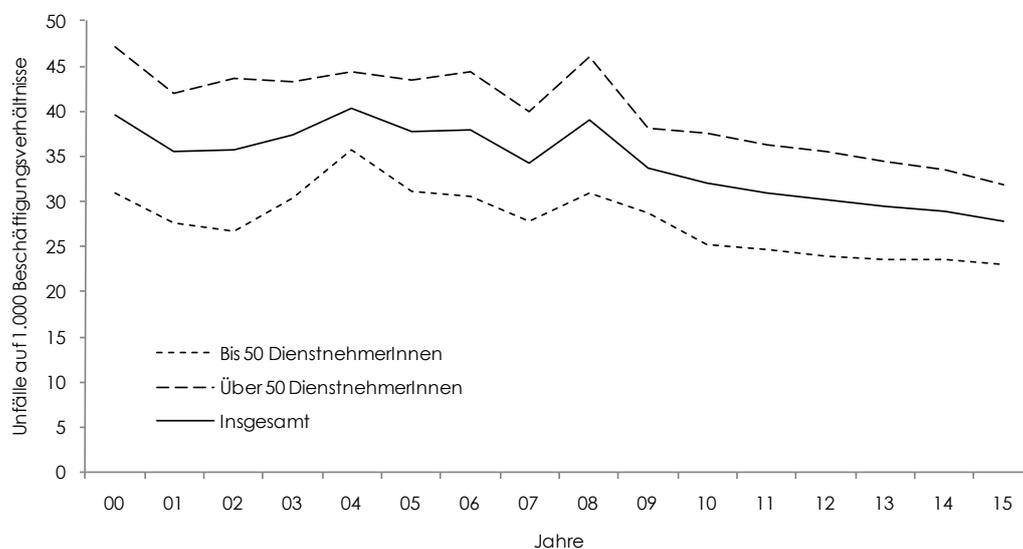
Q: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Berechnung erfolgte auf Basis der anerkannten Unfälle aller Erwerbstätigen. Für Land- und Forstwirtschaft wird ab 2008 kein Wert ausgewiesen, da die Umstellung auf ÖNACE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

Langfristig ist es zu einer Angleichung der Unfallwahrscheinlichkeit in den einzelnen Bereichen der Wirtschaft gekommen. Sowohl der Abstand zwischen dem Dienstleistungssektor und den anderen Branchen, als auch zwischen dem Bauwesen und dem Rest des produzierenden Sektors hat sich im Beobachtungszeitraum stark verringert. Zu Beginn der 1970er-Jahre lag die Unfallwahrscheinlichkeit in der Herstellung von Waren 2,5-mal so hoch und im Bauwesen mehr als 3,5-mal so hoch wie im Dienstleistungssektor. Im Jahr 2015 betrug die Unfallrate in der Warenherstellung das 1,4-Fache, im Bauwesen das 2,7-Fache der Dienstleistungsbereiche.

Die ungleiche Verteilung des Unfallrisikos in der Arbeitswelt kommt auch bei einer Betrachtung nach Betriebsgröße zum Ausdruck (Abbildung 1.30). Größere Betriebe, solche mit mindestens fünfzig Beschäftigten, verzeichnen 2015 im Durchschnitt knapp 40% mehr Arbeitsun-

fälle pro Kopf als Kleinbetriebe mit weniger als fünfzig MitarbeiterInnen. Dieser Unterschied ist im letzten Jahrzehnt über die Zeit weitgehend konstant geblieben. Wie bereits im Zusammenhang mit den Krankenstandsquoten erwähnt wurde, müssen allerdings Unterschiede nach Betriebsgröße vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung der Betriebe nach Branchen betrachtet werden. Der Anteil an Klein- und Kleinstbetrieben ist im Dienstleistungsbereich höher als im sekundären Sektor, der neben den Sachgüter erzeugenden Branchen auch das Bauwesen und den Bergbau umfasst. Die vergleichsweise hohe Inzidenz von Arbeitsunfällen in den Betrieben mit fünfzig und mehr Beschäftigten spiegelt also auch branchenspezifische Unterschiede in der Unfallquote wider.

Abbildung 1.30: Unfallquote nach Betriebsgröße



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

## 2 Alkohol in der Arbeitswelt

Thomas Leoni, Alfred Uhl\*)

### 2.1 Hintergrund

Alkohol wurde im Lauf der Geschichte als Nahrungs-, Stärkungs- und Heilmittel zumeist hoch geschätzt (Spode, 2012). Es gab zwar immer wieder religiös motivierte Abstinenzgebote, aber abgesehen vom Alkoholverbot im Koran blieb die Bedeutung dieser Verbote gesellschaftlich begrenzt. Dazu kam, dass Alkohol im Zusammenhang mit der auf Aristoteles zurückgehenden humoralpathologischen Gesundheitslehre, die das Optimum von Körper und Geist als ausgewogenes Mischungsverhältnis der vier Säfte definierte, bis ins 19. Jahrhundert eine zentrale Rolle in der westlichen Medizin spielte und in der Volksmedizin auch heute noch spielt. Der gut gemeinte Rat bei leichter Übelkeit und Völlegefühl nach einem fetten Essen einen Schnaps zu trinken, beim Anflug einer Erkältung einen starken Grog mit Honig zu trinken oder zur Stärkung ein Wein-Chateau zu genießen, ist auch heute noch alltäglich, wenngleich die moderne Wissenschaft diesen Zugängen die Zweckmäßigkeit abspricht. Darüber hinaus wurde Alkohol bei Festen zumeist als legitimes, unentbehrliches Rauschmittel geschätzt und wegen seiner Wirkung auf die Psyche auch im Alltag gerne konsumiert. Für unseren Kulturraum ganz wesentlich kam dazu, dass das Christentum, das im 4. Jahrhundert nach Christus von einer jüdischen Sekte zur römischen Staatsreligion aufstieg, dem Wein in seinem Ritus einen besonderen Stellenwert einräumte; wobei sich das neu etablierte Christentum im Anfangsstadium mit Vehemenz gegen konkurrierende asketische Religionsgemeinschaften abgrenzen und verteidigen musste.

Stark kritische Töne zum Alkohol entstanden im christlichen Abendland erst mit dem aufkommenden Protestantismus, der sich kritisch gegen genussorientierte Aristokraten und Kleriker wandte und sich konsequent gegen sinnliche Freuden und Genüsse aussprach. Aber selbst Martin Luther und Johannes Calvin, die sich in ihren Schriften vehement gegen den "Saufteufel" wandten, hielten Wein für unentbehrlich und kritisierten bloß den exzessiven Alkoholkonsum als moralische Schwäche.

Alkoholkonsum während der beruflichen Tätigkeit war auch bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts in Europa eine Selbstverständlichkeit. Im bäuerlichen Umfeld sowie bei der manuellen Arbeit war es üblich in den Arbeitspausen Alkohol zu konsumieren und im Geschäftsleben und im Verwaltungsbereich KundInnen und GeschäftspartnerInnen alkoholische Getränke anzubieten und dabei selbst mitzutrinken. Das Lenken von Kraftfahrzeugen im alkoholbeeinträchtigten Zustand wurde erstmals 1934 gesetzlich untersagt und mit Sanktionen bedroht (Beiglböck – Feselmayer, 2015) und erst mit der Straßenverkehrsordnung 1960, die 1961 in Kraft trat, wurde eine Blutalkoholgrenze von 0,8 Promille für KraftfahrzeuglenkerInnen eingeführt. Für BerufschaffeurInnen, motorisierte KundenbetreuerInnen und MonteurlInnen

---

\*) Alfred Uhl ist an der Gesundheit Österreich GmbH und an der Sigmund Freud Privatuniversität tätig.

sowie Personen, die für den Weg zur Arbeit und nach Hause ein Fahrzeug verwendeten, wurde es riskant während der Arbeit Alkohol zu konsumieren. Anfänglich veränderten diese neuen Bestimmungen allerdings nur wenig. LieferantInnen, auch wenn diese motorisiert kamen, und HandwerkerInnen, bei denen man sich erkenntlich zeigen wollte, wurden häufig auf einen Schnaps eingeladen. KellnerInnen und WirtInnen wurden im Lokal bevorzugt auf ein Viertel Wein oder ein Bier eingeladen – eine Praxis, aus der man, nachdem es immer üblicher wurde statt Alkohol kleine Geldsummen zu zahlen, die Bezeichnung "Trinkgeld" ableiten kann.

Heute spielt Alkoholkonsum während der Arbeit eine immer geringere Rolle. Alkoholkonsum ist in vielen Arbeitsbereichen, ganz besonders wenn es um das Hantieren mit Maschinen, Steuern von Kraftfahrzeuge oder gefährliche Tätigkeiten geht, explizit verboten und auch moderater Alkoholkonsum während der Arbeitspausen wird immer seltener. Das ändert allerdings nichts daran, dass es nach wie vor Fälle von übermäßigem Alkoholkonsum in den Betrieben und alkoholabhängige Beschäftigte gibt. Darüber hinaus kann sich Alkoholkonsum von Erwerbstätigen außerhalb des Arbeitsplatzes auch dann auf die Arbeitswelt auswirken. Wie in den nachfolgenden Abschnitten in größerem Detail gezeigt wird, weist Österreich beim durchschnittlichen Alkoholkonsum im internationalen Vergleich einen Spitzenwert auf. Die Zahl der Personen, deren Konsumverhalten als problematisch oder pathologisch einzustufen ist, beruht auf Schätzungen und kann aufgrund unterschiedlicher Definitionen schwanken. Es steht aber außer Frage, dass Alkoholmissbrauch und Alkoholismus in Österreich weit verbreitete Phänomene mit erheblichen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Implikationen sind.

Vor diesem Hintergrund setzt sich dieses Kapitel mit der Bedeutung von Alkohol bzw. dem Umgang mit Alkoholproblemen in der Arbeitswelt auseinander. Zielsetzung des Kapitels ist es einerseits, Daten und Fakten zum Stellenwert des Alkohols und zur Verbreitung von Alkoholmissbrauch sowie eine Analyse der Ursachen zu liefern. Angesichts der großen gesellschaftlichen Bedeutung von Alkohol ist es dabei notwendig, das Thema in einen breiten Kontext einzubetten und die Darstellung nicht ausschließlich auf die Arbeitswelt zu fokussieren. Andererseits wird dieses Kapitel anhand von Konzepten und konkreten Praxisbeispielen Möglichkeiten aufzeigen, um durch Prävention und betriebliche Interventionen die alkoholbezogenen Risiken und Schäden zu minimieren.

In den nachfolgenden Abschnitten wird zuerst die aktuelle Epidemiologie (d. h. die Frage der Verbreitung und der Ursachen von Alkoholismus) skizziert, wobei zwischen verantwortungsbewusstem Konsum, Problemkonsum und pathologischem Konsum unterschieden wird. Daran anschließend wird versucht, Licht in die schwierige Frage nach Kosten und Nutzen des Alkoholkonsums für die Gesellschaft und für die Betriebe zu bringen. Abschließend wird auf bewährte Konzepte und Programme eingegangen, die die Auswirkungen des missbräuchlichen und pathologischen Alkoholkonsums auf Betriebe verringern können.

## 2.2 Epidemiologie

### 2.2.1 Definitionen und Abgrenzungen

Bis ins 19. Jahrhundert wurde moderater Alkoholkonsum als Selbstverständlichkeit gesehen und exzessiver Alkoholkonsum als moralische Schwäche kritisiert (Spode, 2012). Der Ausdruck "Alkoholismus" geht auf Magnus Huss (1849, zitiert in WHO, 1994) zurück, der diesen als Überbegriff für jene körperlichen Erkrankungen verstand, die sich als Folge langanhaltenden starken Alkoholkonsums sekundär ergeben. Mitte des 20. Jahrhunderts definierte Elvin Morton Jellinek (1960) in "The Disease Concept of Alcoholism" "Alkoholkrankheit" als eigenständige Krankheit. In Übereinstimmung mit dem damaligen Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte er "Alkoholismus" als eine Form des Alkoholkonsums, der zu deutlichen körperlichen, geistigen sowie sozialen Problemen führt. Die "Alkoholkrankheit", als Untergruppe des Alkoholismus, definierte Jellinek als eine Form des süchtigen Alkoholkonsums, den die betreffenden Personen selbst nicht erfolgreich kontrollieren können. Jellinek hielt sich allerdings nicht an diese von ihm selbst geprägte Unterscheidung und behandelte den Ausdruck "Alkoholismus" in seiner Publikation oft auch als Synonym für "Alkoholkrankheit", was zu einer erheblichen Sprachverwirrung beitrug, die bis heute weiter existiert. Die Jellinek'sche Klassifikation unterscheidet fünf Typen des Alkoholismus.

Als Vorstufen der "Alkoholkrankheit" bezeichnete Jellinek den Alpha-Typ (Problem-, Erleichterungs- bzw. KonflikttrinkerInnen) und den Beta-Typ (GelegenheitstrinkerInnen, die weder psychisch noch körperlich abhängig sind, die aber an ernsten gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums, wie Polyneuropathie, Gastritis, Leberzirrhose usw. leiden). Als manifest "alkoholkrank" bezeichnete Jellinek den Gamma-Typ (süchtige Rauschtrinker), den Delta-Typ (süchtige "Spiegeltrinker" bzw. "Gewohnheitstrinker") und den Epsilon-Typ ("Quartalssäufer", die oft monatelang abstinent leben und dann in unregelmäßigen Abständen durchbruchsartig kurze Phasen exzessiven Alkoholkonsums durchleben). Um den uneinheitlichen Sprachgebrauch Jellineks zu überwinden, empfiehlt es sich zwischen "Alkoholismus im engeren Sinn" (Alkoholkrankheit ~ Alkoholsucht ~ Alkoholabhängigkeit) und "Alkoholismus im weiteren Sinn" (Alkoholkrankheit sowie nicht-süchtiger schädlicher Gebrauch von Alkohol bzw. Alkoholmissbrauch) zu unterscheiden oder auf den Ausdruck "Alkoholismus" gänzlich zu verzichten. Einen kategorischen Verzicht auf diesen Begriff schlugen z. B. die derzeit im klinischen Kontext primär verwendeten Klassifikationsschemen ICD und DSM vor, auf die in Abschnitt 2.2.3 detaillierter eingegangen wird. Dazu ist allerdings zu bemerken, dass das Wort "Alkoholismus" sowohl im Alltag als auch in der Wissenschaft nach wie vor verwendet wird, weswegen es nötig ist, sich auch heute noch mit der Bedeutung dieses Ausdrucks zu beschäftigen.

Der Umstand, dass die Alkoholsucht bzw. Alkoholabhängigkeit von Jellinek als Krankheit klassifiziert wurde, kam den SuchttherapeutInnen sehr entgegen, da es nun möglich war die Behandlung von "Alkoholkranken" über Krankenkassen zu finanzieren.

## 2.2.2 Ursachen (Suchttheorie)

Solange der exzessive Alkoholkonsum primär als moralische Schwäche interpretiert wurde und als schuldhaft stigmatisiert war, gab es wenig Motivation die Ursachen für Suchtentwicklungen systematisch zu hinterfragen. Nachdem die Alkoholsucht allerdings als Krankheit anerkannt war, die primär über die Kriterien Kontrollverlust ("Unfähigkeit abstinent zu bleiben" bzw. "Unfähigkeit das Trinken zu beenden") und Entzugssymptome, wenn die Alkoholeinnahme längere Zeit unterbrochen wurde, definiert war, stand die körperliche Abhängigkeit im Sinne einer neuroadaptativen Anpassung des Körpers an die chronische Alkoholfuhr im Zentrum des Interesses. Sucht wurde dabei mit "körperlicher Abhängigkeit" gleichgesetzt.

Diese eindimensionale Sichtweise war recht gut mit der noch nicht endgültig überwundenen moralischen Beurteilung des Alkoholmissbrauchs vereinbar. Wer Suchtentstehung primär über die bewusste und freiwillige Entscheidung, Suchtmittel zu konsumieren, erklärt, was in der Folge zu einer von der betroffenen Person selbst nicht mehr kontrollierbaren körperlichen Abhängigkeit führt, definiert Sucht über die Genesungsgeschichte als selbst-verursachte Krankheit. Man kann die Süchtigen zwar für ihr Konsumverhalten zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr verantwortlich machen, weil sie infolge der Suchtkrankheit unfähig sind den Konsum zu kontrollieren oder zu beenden, aber man kann ihnen vorhalten, die Krankheit ursprünglich schuldhaft herbeigeführt zu haben.

Je weiter sich die Betrachtung des Phänomens von einer moralischen Beurteilung weg zu einer sachlichen Beurteilung als Krankheit entwickelte, desto leichter wurde es, komplexere Erklärungsmodelle zu entwickeln, zu überprüfen und zu vertreten. Inzwischen hat sich in der Fachwelt zusehends ein bio-psycho-soziales Erklärungsmodell durchgesetzt, das die Entstehungsbedingungen einer Suchterkrankung über den sogenannten Suchtdrias "Droge-Persönlichkeit-Gesellschaft" erklärt (Kielholz – Ladewig, 1973). Diesen Vorstellungen entsprechend entwickelt sich Sucht, wenn eine vulnerable Persönlichkeit unter gewissen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auf bestimmte psychoaktive Substanzen trifft. Nachdem Süchtige diesem mehrdimensionalen Modell entsprechend als Opfer ihrer Umwelt und ihrer Persönlichkeit erscheinen, ist eine moralische Verurteilung sachlich nicht mehr zu vertreten.

Von ganz besonderer Bedeutung in diesem Zusammenhang ist die Selbstmedikationstheorie von Khantzian (1997), die davon ausgeht, dass ein großer Teil der süchtigen Personen zunächst (also primär) an gravierenden psychischen und sozialen Problemen bzw. Erkrankungen leidet und in der Folge psychoaktive Substanzen zur Behandlung der Primärerkrankung bzw. zur Symptomlinderung einsetzt. Das führt dann häufig zu "sekundärem Problemkonsum" und oft zu einer "sekundären Substanzabhängigkeit". Problemkonsum und Abhängigkeit lassen sich unter dem Ausdruck "Substanzgebrauchsstörung" (englisch "Substance Use Disorder") zusammenfassen. Die sekundäre Substanzkonsumstörung verstärkt die ursprünglichen Probleme noch zusätzlich. Die Unterscheidung in "primäre Substanzkonsumstörung", also in problematische Konsummuster bzw. eine Sucht, die ohne zugrundeliegende psychische und soziale Probleme entwickelt wurde, und in "sekundäre Substanzkonsumstörung", die als Folge einer primären Grundproblematik bzw. Grunderkrankung entstand, ist von großer praktischer

Bedeutung für Prävention und Behandlung. Liegen bei Personen, die noch keine Substanzkonsumstörung entwickelt haben, gravierende psychische oder soziale Probleme vor, so ist es notwendig, rechtzeitig angemessene Hilfe anzubieten, um gegen eine spätere Suchtentwicklung vorzubeugen. Ist eine sekundäre Substanzkonsumstörung bereits eingetreten, so reicht es diesem Modell entsprechend natürlich nicht aus, diese isoliert zu bekämpfen, sondern es ist unerlässlich gleichzeitig auch die der Abhängigkeit zu Grunde liegenden Probleme und Komorbiditäten zu behandeln.

Diese Erkenntnis ist nicht grundsätzlich neu. Erfahrene SuchttherapeutInnen kennen Suchtkranke mit schweren, komorbiden psychiatrischen Erkrankungen; kennen Fälle, in denen eine psychiatrische Erkrankung eindeutig Ursache für die Suchtentwicklung war, Fälle, in denen exzessiver Konsum ohne nennenswerte Grundprobleme zu Sucht und gravierenden Folgeproblemen geführt hat, und Fälle, in denen es nicht eindeutig explorierbar ist, ob psychiatrische Probleme vor der Suchterkrankung oder nach dieser aufgetreten sind. Dass Sucht in manchen Fällen im Sinne von Selbstbehandlung aus einer Primärproblematik entsteht, ist unbestritten. Die Frage, die sich hier stellt, ist bloß, ob wie *Khantzian* (1997) vertritt, ein Großteil der Suchterkrankungen sekundärer Natur ist, oder ob das nur in einem geringen Teil der Fälle zutrifft. Diesbezüglich gibt es in der Fachwelt recht unterschiedliche Meinungen und bei manchen ExpertInnen die Tendenz, eine dieser beiden Varianten im Diskurs zu ignorieren, selbst in Fällen, wo die betreffenden Personen, wenn sie explizit gefragt werden, die Relevanz der anderen Variante nicht bestreiten.

Um Licht in diese Fragestellung zu bringen, haben *Springer et al.* (2006) 50 alkoholranke Frauen und 51 alkoholranke Männer, die im Anton Proksch Institut eine stationäre Entwöhnungsbehandlung absolvierten, zufällig ausgewählt, und einer ausführlichen Exploration und Testung unterzogen. Dabei ergab sich, dass bei 94% der alkoholabhängigen Frauen und bei 57% der alkoholabhängigen Männer (77% insgesamt) bereits vor Beginn des problematischen Alkoholkonsums eine bedeutsame psychiatrische Diagnose vorlag; dass es sich also in mehr als drei Viertel der Fälle um sekundären Alkoholismus handelte. Die große praktische Relevanz der Selbstmedikationstheorie ist nach diesen Ergebnissen offensichtlich.

Inhaltlich verwandt mit der Selbstmedikationstheorie ist auch die in der Suchtprävention sehr populäre Gesundheitsförderungstheorie. Diese Theorie richtet ihr Augenmerk auf den Abbau von Vulnerabilitäten und die Förderung von Lebenskompetenzen, um die Entstehung von problematischen Entwicklungen, zu denen auch eine Suchtentwicklung zählt, zu verhindern. Zentraler Unterschied zwischen diesen beiden Theorien ist, dass die Gesundheitsförderungstheorie auf nicht-pathologische Aspekte abzielt, während die Selbstmedikationstheorie auf pathologische Ausprägungen fokussiert (*Uhl – Gruber, 2004*).

Seit die Alkoholabhängigkeit als Krankheit anerkannt ist, wurde diese von vielen ExpertInnen in Übereinstimmung mit dem Konzept der "anonymen Alkoholiker" (AA), als chronische Erkrankung präsentiert, die grundsätzlich nicht heilbar ist. Nach dieser Vorstellung können AlkoholikerInnen zwar dauerhaft abstinent leben (trockene AlkoholikerInnen), es ist ihnen aber nie wieder möglich, wie andere Menschen kontrolliert Alkohol zu trinken, weil bereits eine unum-

kehrbare körperliche Abhängigkeit eingetreten ist. Sie bleiben dieser Vorstellung entsprechend lebenslang AlkoholikerInnen.

Im Widerspruch zum AA-Verständnis gewinnt in letzter Zeit das Verständnis von "Sucht als chronische Erkrankung", mit von der AA-Konzeption abweichenden Vorstellungen, zusehends an Popularität. Letzteres Verständnis leitet die Chronizität der Suchterkrankungen nicht so sehr aus einer irreversiblen körperlichen Abhängigkeit ab, sondern aus der weiterhin bestehenden Hintergrundproblematik. Nach dieser Vorstellung, die unter anderem von *McLellan et al.* (2000) popularisiert wurde, unterscheiden sich Suchterkrankungen nur wenig von anderen chronischen Erkrankungen, die, weil sie chronisch rezidivierend auftreten, eine lebenslange mehr oder weniger regelmäßige Begleitung und Unterstützung erfordern. Ähnlich wird das auch bei DiabetikerInnen oder HypertonikerInnen für notwendig erachtet, denen im Fall von mangelnder Compliance, bei Krisen oder Rückfällen nach medizinischen Behandlungen die weitere Behandlung nicht verweigert werden kann, womit ein Behandlungsabbruch auch bei Suchtkranken nicht indiziert ist, weil mangelnde Compliance, Krisen und Rückfälle charakteristisch für alle chronischen Krankheitsbilder sind.

### 2.2.3 *Diagnoseschemen für alkoholbezogene Störungen bzw. Erkrankungen*

Die bereits erwähnte Unterscheidung Jellineks in "Vorstufen der Alkoholkrankheit" und "manifeste Alkoholkrankheit" – analog dazu könnte man auch von "problematischem Konsum" versus "pathologischem Konsum" sprechen – fand in den gebräuchlichen Diagnoseschemen Niederschlag. Sowohl in der neunten Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-9) durch die WHO (1980) als auch in der vierten Revision des diagnostischen und statistischen Manuals psychiatrischer Störungen (DSM-IV) der amerikanischen psychiatrischen Vereinigung (*Saß et al.*, 2003) wurde zwischen "Alkoholmissbrauch" und "Alkoholsucht" unterschieden.

Im Zuge der zehnten Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) wurde der Ausdruck "Alkoholmissbrauch" durch den Ausdruck "schädlicher Gebrauch" ersetzt und aus "Alkoholabhängigkeit" wurde das "Alkoholabhängigkeitssyndrom"<sup>55)</sup>. Hinter dieser scheinbar wenig bedeutsamen Umbenennung verbirgt sich allerdings eine nicht unwesentliche Veränderung. Während man jeglichen übermäßigen und problematischen Konsum unter "Missbrauch" subsumieren kann, legen die diagnostischen Leitlinien zu ICD-10 fest, dass die Diagnose "schädlicher Gebrauch" nur dann gestellt werden darf, wenn bei den betreffenden Personen bereits eine "tatsächliche Schädigung der psychischen oder physischen Gesundheit" eingetreten ist (*Institut für Therapieforschung*, 2016). Bis die elfte Revision der Internationalen Klassifikation der Krankheiten vorliegt, ist diese Klassifikation verbindlich für die österrei-

---

<sup>55)</sup> Die Ausdrücke "Alkoholabhängigkeit" und "Alkoholabhängigkeitssyndrom" sind weitgehend synonym. Während "Alkoholabhängigkeit" aber ausschließlich auf den Umstand verweist, dass Abhängige die Kontrolle über ihr Alkoholkonsumverhalten verloren haben, betont der Ausdruck "Alkoholabhängigkeitssyndrom" die Komplexität der mit der Abhängigkeitserkrankung assoziierten Ursachen sowie Folgeprobleme.

chischen Spitalsentlassungsdiagnosen der Krankenanstalten und für die österreichische Todesursachenstatistik.

Einen völlig anderen Weg beschritten die Autoren der fünften Revision des "diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-5)". Im Zuge dieser Revision wurde die qualitative Unterscheidung zwischen "Alkoholmissbrauch" und "Alkoholsucht" gänzlich aufgehoben und durch die quantitative Dimension "Alkoholkonsumstörung (englisch Alcohol Use Disorder)" ersetzt, wobei hier die drei Stufen "mild", "mittel" und "ernst" vorgesehen wurden (NIH, 2015). Ob sich die bei DSM-5 gewählte Strategie auch bei ICD-11 durchsetzen wird, ist derzeit noch nicht absehbar. Die Fertigstellung der Version 11 ist für 2018 geplant und die derzeitige, unverbindliche Arbeitsversion enthält nach wie vor eine Unterscheidung in "schädlichen Gebrauch" und "Alkoholabhängigkeit" (WHO, 2016A).

#### 2.2.4 Die Erfassung von alkoholassoziierten Verhaltensweisen, Problemen und Erkrankungen

Die traditionelle Form der Alkoholdiagnostik ist die klinische Exploration, wobei sich KlinikerInnen in Österreich, wie erwähnt, an der aktuell gültigen Version von ICD (ICD-10) orientieren. Zur Unterstützung der KlinikerInnen bei der Diagnostik gibt es standardisierte, strukturierte klinische Interviewverfahren, die im Zuge von Forschungsprojekten und Bevölkerungsbefragungen auch von mehr oder weniger gut ausgebildeten medizinischen Laien eingesetzt werden. Außerdem gibt es klinische Fragebögen, die von KlinikerInnen, ForscherInnen sowie InterviewerInnen im Rahmen von Face-to-Face Interviews oder als Selbstausfüllerfragebögen zum Einsatz kommen, sowie Kurzfragebögen, die für Screeningzwecke entwickelt wurden, die aber oftmals auch als "Quick-and-Dirty-Erhebungsinstrumente" verwendet werden.

Aus zahlreichen Validierungsversuchen ist bekannt, dass die Verlässlichkeit von klinischen Explorationen alles andere als hervorragend ist. Das Gleiche gilt auch für das standardisierte klinische Interviewverfahren und für klinische Fragebögen. Am niedrigsten ist die Verlässlichkeit von Screening-Verfahren, die entwickelt wurden, um ein erstes grobes Urteil zu ermöglichen. Populäre einfache Screening-Instrumente zur Erfassung des problematischen bzw. pathologischen Alkoholkonsums sind z. B. der CAGE-Fragebogen mit nur 4 Items (**C**ut down drinking / **A**nnoyed by criticism / **G**uilty feelings / **E**ye opener; Ewing, 1984), der RAPS4-Fragebogen mit nur 4 Items (**R**apid **A**lcohol **P**roblems **S**creening; Cherpitel et al., 2005) oder der von der WHO propagierte AUDIT-Fragebogen (**A**lcohol **U**se **D**isorders **I**dentification **T**est; siehe Babor et al., 2001).

Zu Screening-Instrumenten ist zu sagen, dass sie durchaus geeignet sind, bei Personen mit problematischem oder pathologischem Alkoholkonsum Denkprozesse einzuleiten und sich gegebenenfalls auch dazu eignen, einen Teil der Personen mit bedenklichem Alkoholkonsumverhalten vorläufig zu identifizieren. Man darf es mit den Ergebnissen aber nicht bewenden lassen und muss positive Screening-Befunde immer sorgfältig überprüfen. Keinesfalls geeignet sind Screening-Instrumente, um daraus endgültige Diagnosen zu stellen.

Außerdem sollte man sich immer bewusst sein, dass der Einsatz von Screening-Instrumenten im Rahmen von Bevölkerungsbefragungen zum Zweck der Prävalenzschätzung des pathologischen Konsums zu systematisch verzerrten Ergebnissen führt. Dieses Problem ist hinreichend bekannt und lässt sich mit einfachen Berechnungen leicht quantifizieren (siehe dazu *Bossuyt et al.*, 2013), es wird in der Praxis allerdings häufig ignoriert. Um dieses Problem anschaulich zu machen: Wenn ein Screeningverfahren 80% der Alkoholkranken korrekt identifiziert (Sensitivität = 80%) und 80% der Nicht-Alkoholkranken korrekt identifiziert (Spezifität = 80%), so werden diese Werte in der Literatur durchwegs als relativ gut beurteilt<sup>56</sup>). Setzt man dieses Verfahren nun in einer Bevölkerung ein, in der 5% der Personen manifest alkoholkrank sind (Prävalenz = 5%), so bedeutet das, dass 17,4% der Alkoholabhängigkeitsurteile korrekt sind – oder anders ausgedrückt, dass 82,6% der mittels Fragebogen erstellten Alkoholabhängigkeitsdiagnosen falsch sind<sup>57</sup>). Auch wenn 80% Sensitivität und 80% Spezifität oft als gute psychometrische Werte bezeichnet werden, kann daraus eine erhebliche Quote an Fehlurteilen resultieren: Wer die Ergebnisse naiv interpretiert, würde schlussfolgern, dass es in der Bevölkerung 23% Alkoholkranke gibt, obwohl es tatsächlich nur 5% sind. Dass diese Überlegungen nicht rein akademisch sind, zeigt eine Studie von *Unselde et al.* (2012), die österreichischen StudentInnen in Studentenheimen den CAGE-Fragebogen vorlegten und darauf aufbauend schlussfolgerten, dass 22% der in die Studie einbezogenen Personen alkoholabhängig seien.

Erschwerend kommt noch dazu, dass Personen mit gravierenden Alkoholproblemen kaum an Bevölkerungsbefragungen teilnehmen (Undersampling von Problempersonen), was die Wahrscheinlichkeit, dass Personen mit einem positiven Testwert tatsächlich positiv sind, verringert<sup>58</sup>), die Überschätzung der Prävalenz aber etwas mindert.

Geht es nicht um den Anteil der Personen mit pathologischem Konsummuster, sondern um den Durchschnittskonsum in der Bevölkerung, so kann man aus Wirtschaftsdaten relativ verlässliche Aussagen ableiten, da die Daten zu Produktion, Verkauf, Lagerung, Import und Export von alkoholischen Getränken laufend zur Verfügung stehen und relativ präzise erhoben werden.

Diese Maßzahl ermöglicht es aber nicht, das Trinkverhalten von Einzelnen bzw. von relevanten Teilgruppen der Bevölkerung zu beschreiben. Um detaillierte Aussagen machen zu können,

---

<sup>56</sup>) Mit Fragebögen ist eine höhere Genauigkeit kaum zu erzielen (Spezifität und Sensitivität können einzeln verbessert werden, diese erhöhte Genauigkeit bei einem Parameter geht allerdings zulasten der Genauigkeit des anderen Parameters). Zuverlässigere Einstufungen können durch Verfahren mit Biomarkern (z. B. Blutwerten) erzielt werden.

<sup>57</sup>) Zum Nachvollziehen: Wenn 80% (Sensitivität) der 5% (Prävalenz) Alkoholkranken korrekt als alkoholkrank klassifiziert werden, gibt es unter 100 Personen durchschnittlich 4 echt positive (also korrekt als alkoholkrank identifizierte) Fälle ( $80\% \cdot 5\% \cdot 100 = 4$ ). Wenn 20% (wegen Spezifität = 80%) der 95% Nicht-Alkoholkranken fälschlich als alkoholkrank klassifiziert werden, gibt es unter 100 Personen durchschnittlich 19 falsch positive (also fälschlicherweise als alkoholkrank identifizierte) Fälle ( $20\% \cdot 95\% \cdot 100 = 19$ ). Insgesamt kann man demnach 23 positive Befunde ( $19 + 4$ ) erwarten, von denen 4 echt ( $4/23 = 17\%$ ) und 19 falsch ( $19/23 = 83\%$ ) sind.

<sup>58</sup>) Während das Problem mit der nicht perfekten Sensitivität und Spezifität zu einem systematischen Messfehler bei korrekter tatsächlicher Prävalenz in der Stichprobe führt, führt der Umstand, dass pathologische Fälle bei Befragungen stark unterrepräsentiert sind dazu, dass die tatsächliche Stichprobenprävalenz deutlich geringer als die tatsächliche Prävalenz in der Bevölkerung ausfällt.

sind groß angelegte Repräsentativerhebungen zur Ergänzung unerlässlich. Ein Problem bei Repräsentativerhebungen ist allerdings das zuvor erwähnte Undersampling von Problempersonen, und dass AlkoholkonsumentInnen generell dazu neigen, bewusst oder unbewusst weniger Alkohol anzugeben, als sie tatsächlich konsumiert haben (Underreporting). Underreporting entsteht nicht nur weil Menschen bewusst den Konsum untertreiben, sondern auch weil jene, die bereit sind ihren Alkoholkonsum wahrheitsgemäß anzugeben, von dieser Aufgabe oft stark überfordert sind, weil sie einen Teil des konsumierten Alkohols vergessen haben. Das ist kaum verwunderlich, wenn man bedenkt, dass es eine Fülle unterschiedlich starker alkoholischer Getränke gibt, die in unterschiedlich großen Gläsern serviert werden – und dass in privaten Settings oft bereits nachgeschenkt wird, bevor die Gläser geleert wurden. Unter solchen Rahmenbedingungen ist es selbst bei hoher Motivation kaum möglich, den eigenen Alkoholkonsum der letzten Tage erschöpfend anzugeben<sup>59)</sup>.

### 2.2.5 Korrektur der Untererfassung des Alkoholkonsums

Eine Möglichkeit, um unter den genannten Rahmenbedingungen zu relativ verlässlichen Teilergebnissen zu gelangen, liegt in einem kombinierten Ansatz, der mehrere Datenquellen verbindet. Im Anschluss an eine Repräsentativerhebung ist es möglich, in einem ersten Schritt den Anteil der Alkoholkranken, die nicht an der Erhebung teilgenommen haben, zu schätzen und dieses "Undersampling" auszugleichen, indem man eine entsprechend große Stichprobe von AlkoholikerInnen hinzugefügt, deren Alkoholkonsumverhalten über ausführliche Gespräche mit SuchttherapeutInnen erfasst wurde. In einem zweiten Schritt kann man das verbleibende "Underreporting" ausgleichen, indem man die Konsumangaben aller Befragten proportional so erhöht, dass sich im Durchschnitt jene Konsumwerte ergeben, die basierend auf den Wirtschaftsdaten für die Gesamtbevölkerung geschätzt wurden. Diese Methode zur **Adjustierung der Daten** wurde im Zuge der ersten vom Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung im Auftrag des Gesundheitsministeriums durchgeführten bundesweiten Repräsentativerhebung zum Alkoholkonsum 1993/94 angewandt (Uhl – Springer, 1996) und bei den folgenden Repräsentativerhebungen 2004, 2008 und 2015 (Uhl et al., 2005, Uhl et al., 2009A, Strizek – Uhl, 2016A) analog wiederholt. Infolge dieser Korrekturmaßnahmen sind die Ergebnisse erheblich verlässlicher, als jene Ergebnisse, die bloß auf den Rohdaten basieren; obwohl natürlich auch dieser Korrekturansatz keine völlig verlässlichen Ergebnisse garantieren kann.

Bei den vier genannten Erhebungen wurden neben den adjustierten Ergebnissen Rohergebnisse ausgewiesen, um die Vergleichbarkeit mit anderen Erhebungen zu gewährleisten. Sowohl in Österreich als auch im Ausland ist es nämlich üblich, Ergebnisse zu veröffentlichen, die auf den Rohergebnissen von Bevölkerungsbefragungen aufbauen, obwohl aus dem

---

<sup>59)</sup> In den letzten Jahren kommt Repräsentativerhebungen betreffend noch ein weiteres Problem dazu. Immer weniger Menschen in Österreich, aber auch in vergleichbaren anderen Industriestaaten, sind bereit fremden InterviewerInnen unentgeltlich Auskunft über private Verhaltensweisen zu geben. Jene, die sich zur Teilnahme bereit erklären, können deshalb nur mit Vorbehalt als repräsentative Stichprobe der Gesamtbevölkerung gelten.

Vergleich mit dem aus Wirtschaftsdaten berechneten nationalen Alkoholdurchschnittskonsum eindeutig ersichtlich ist, dass die Rohergebnisse die Realität stark unterschätzen.

### 2.2.6 *Binge Drinking – Rauschtrinken – Komatrinken*

Wenn es um krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Betrieben geht, ist im Zusammenhang mit Alkohol einerseits ein hoher Durchschnittskonsum relevant, von dem ein erhöhtes Risiko für alkoholassoziierte Krankheiten ausgeht, und andererseits punktuell hoher Konsum, der zu Beeinträchtigungen und Rauschen führt und so die Fehlzeiten und das Unfallrisiko erhöht. Repräsentativerhebungen zum Alkoholkonsum versuchen aus diesem Grund sowohl den Alkoholdurchschnittskonsum als auch punktuell hohen Alkoholkonsum zu erfassen. Punktuell hoher Konsum wird einerseits darüber ermittelt, wie häufig Rausche auftreten und andererseits darüber, wie oft eine relativ hohe Alkoholmenge konsumiert wird, wobei für letzteres Phänomen der Ausdruck "Binge Drinking" verwendet wird. Beide Indikatoren sind nicht unproblematisch. Der Grad der Berausung reicht vom kaum merkbaren Schwips bis zu Vollräuschen, die im Koma enden. Die Frage, ab welcher Menge Alkohol pro Trinksituation man von "Binge Drinking" sprechen kann, erfordert eine recht willkürliche Grenzziehung.

Die traditionelle Bedeutung von "Binge Drinking" ist "Gelagetrinken" im Sinne einer "über mehrere Tage andauernden Feier mit starkem Alkoholkonsum" bzw. eine "exzessive Saufftour". Inzwischen hat sich in der epidemiologischen Forschung allerdings eingebürgert Personen zu fragen, ob sie bei einer bestimmten Trinkgelegenheit mehr als eine bestimmte Anzahl von Trinkeinheiten zu sich genommen haben und alle Personen, die das bejahen, als "Binge Drinker" zu bezeichnen. Da allerdings weder festgelegt ist, ab wie vielen Trinkeinheiten das Kriterium erfüllt ist, noch wie viel Alkohol in einer Trinkeinheit enthalten ist, noch wie lang der Zeitraum ist, in dem diese Menge getrunken wird, ist dieser Zugang alles andere als befriedigend. Bei manchen Befragungen reicht schon der Konsum von fünf englischen Trinkeinheiten á 8 Gramm Reinalkohol, was in etwa zwei Halbliterflaschen Bier entspricht, getrunken in einer beliebigen Zeit, damit das Kriterium "Binge Drinking" als erfüllt kodiert wird. Bei letzterer Festlegung werden unter Umständen Personen wegen ihres Alkoholkonsums als "Binge Drinker" klassifiziert, die im Verlauf der Trinksituation nicht einmal die für den Straßenverkehr relevante 0,5 Promillegrenze überschritten haben. Eine umfassende Auseinandersetzung mit dem Thema "Binge Drinking" findet sich in *Herring et al. (2008)* und *Uhl (2009)*.

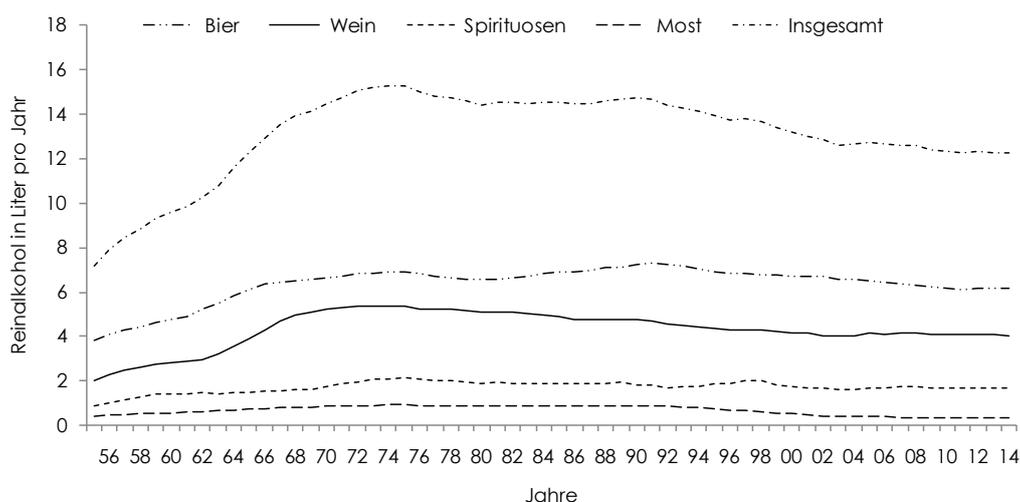
### 2.2.7 *Entwicklung des Alkoholkonsums in Österreich und in Europa*

Der durchschnittliche Alkoholkonsum in Österreich der Personen ab 15 Jahren ist von 1955 bis 1974 von rund 7 Liter Reinalkohol pro Jahr auf rund 15 Liter pro Jahr angestiegen und seit damals stetig auf 12 Liter Reinalkohol pro Jahr gefallen (Abbildung 2.1). Das entspricht einer Reduktion um 20% (1974/2014).

Dieser Rückgang ist vor allem deshalb hervorzuheben, weil der reale Alkoholpreis seit den 1970er-Jahren deutlich gesunken ist und gleichzeitig die Verfügbarkeit deutlich gestiegen ist. So wurden die Öffnungszeiten im Einzelhandel und in der Gastronomie ausgeweitet und alko-

holische Getränke sind inzwischen auch rund um die Uhr in vielen Tankstellen verfügbar. Diese Entwicklung steht im Widerspruch zur These, dass der durchschnittliche Alkoholkonsum eines Landes primär durch Alkoholpreise und Alkoholverfügbarkeit determiniert wird; eine These, die vor allem von den VerfechterInnen einer an Nordeuropa orientierten restriktiven Alkoholkontrollpolitik vertreten wird (Babor et al., 2003, Anderson – Baumberg, 2006). Inwieweit sich diese Entwicklung unabhängig von Gesetzen und darauf aufbauenden Maßnahmen als Trend ergeben hat und inwieweit Gesetze und unterschiedliche Maßnahmen dazu beigetragen haben, kann man nur mutmaßen. Eine relevante Rolle spielen vermutlich der zunehmende Einsatz von Maschinen in der Landwirtschaft und Bauwirtschaft, deren Bedienung Nüchternheit erfordert. Zugleich nehmen Arbeitsinspektorate und Versicherungen verstärkt darauf Einfluss, dass Alkohol während der Arbeit als Unfallquelle vermieden wird und dass Maßnahmen gegen Alkohol am Steuer laufend verstärkt werden. Auch der gesetzeswidrige Verkauf und die Ausschank von Alkohol an zum Konsum noch nicht berechnete Kinder und Jugendliche wurde in den letzten Jahren deutlich verringert<sup>60</sup>).

Abbildung 2.1: Entwicklung des Pro-Kopf-Alkoholkonsums nach Alkoholarten Österreich, Bevölkerung ab 15 Jahren



Q: Uhl et al. (2015). Werte geglättet über jeweils 5 Jahre.

Abbildung 2.2, basierend auf Daten des "WHO – Global Health Observatory Data Repository", weist pro Fünf-Jahresperiode den jeweils höchsten und niedrigsten durchschnittlichen Alkoholkonsum der EU-15-Länder (Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Portugal, Spanien, Schweden, Großbritannien) sowie Norwegen und der Schweiz aus. Die Werte konvergieren kontinuierlich gegen das europäische Mittel (europäische Konvergenzhypothese). Die Standardabweichung

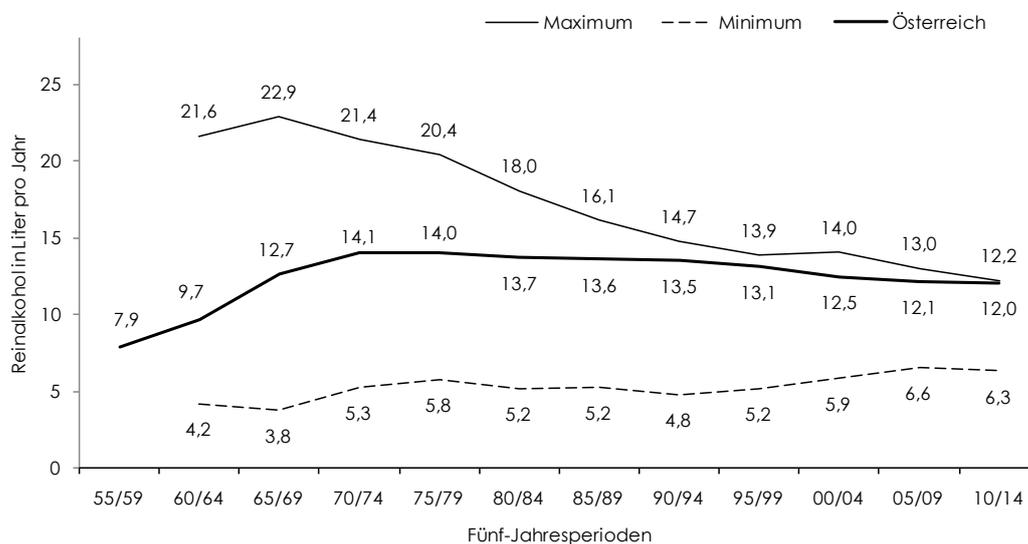
<sup>60</sup>) Angesichts des Umstandes, dass Kinder und Jugendliche nur einen geringen Anteil des insgesamt konsumierten Alkohols zu sich nehmen, dürfte diese Entwicklung den Durchschnittskonsum nur geringfügig gesenkt haben.

chung der Durchschnittskonsummengen ging von 6,4 Liter (1960/64) auf 1,7 Liter (2010/14) zurück. Ergänzend wird der Durchschnittskonsum in Österreich dargestellt. Während Österreich bezüglich des Alkoholkonsums Anfang der 1990er-Jahre relativ zu den 17 analysierten europäischen Ländern im Mittelfeld lag, befindet es sich heute im Spitzenfeld.

Wie man Übersicht 2.1 entnehmen kann, waren Finnland und Norwegen in den 1960er-Jahren die Länder mit dem niedrigsten Alkoholkonsum (3,6 Liter bzw. 4,0 Liter). Die Länder mit dem höchsten Alkoholkonsum waren Italien und Frankreich (18,9 Liter bzw. 23,7 Liter). In Finnland ist der errechnete Alkoholkonsum bis in die 2010er-Jahre fast auf das Dreifache angestiegen. In diesem Zeitraum gab es in Norwegen nur einen Anstieg um 50%. In Frankreich ist der errechnete Alkoholkonsum auf die Hälfte abgesunken und in Italien sogar auf gut ein Drittel.

Vergleicht man den durchschnittlichen Alkoholkonsum in Europa und ausgewählten anderen Ländern im Jahr 2014 (Abbildung 2.3), so sieht man, dass nur Litauen, Weißrussland, Tschechien und Belgien vor Österreich liegen und dass Kroatien, Bulgarien, Estland, Frankreich, Luxemburg und Deutschland nur geringfügig darunterliegen. Infolge der geringen Unterschiede ist die Reihenfolge von Jahr zu Jahr etwas anders – die genaue Position in der Länderreihung sollte daher nicht überinterpretiert werden. Wegen dieser Schwankungen und weil derartige Schätzungen nie völlig präzise sind, sollten geringe Unterschiede von weniger als einem Liter Reinalkohol nicht als bedeutsame Unterschiede interpretiert werden.

Abbildung 2.2: Entwicklung der Bandbreite des durchschnittlichen Pro-Kopf-Alkoholkonsums Österreich und EU-15-Länder sowie Norwegen und die Schweiz, Bevölkerung ab 15 Jahren



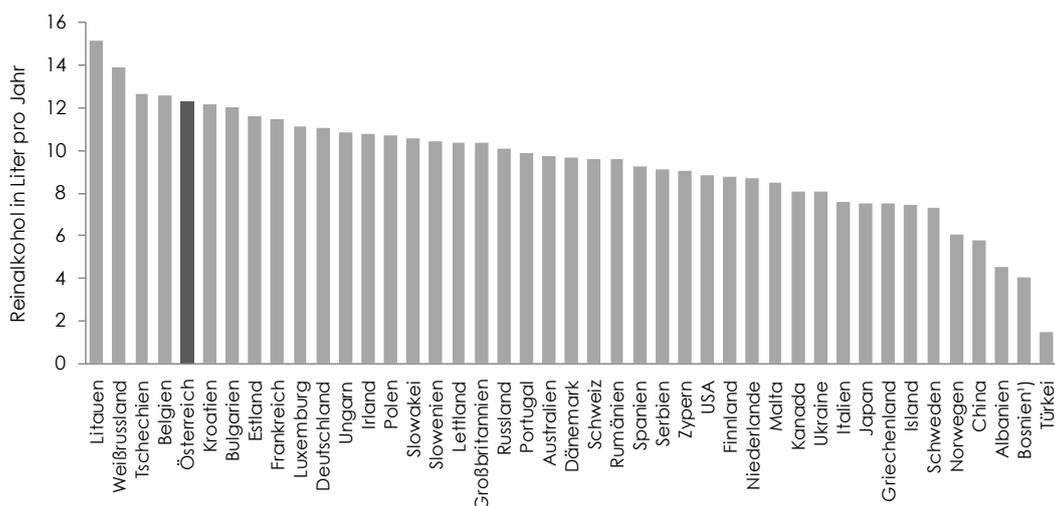
Q: WHO (2016B), eigene Berechnungen. Die Darstellung für Österreich beginnt bereits mit 1955, für die anderen Länder sind jedoch Daten erst ab 1960 verfügbar. Die Standardabweichung der Durchschnittskonsummengen ging von 1960/64 (6,4 Liter) auf etwa die Hälfte für den Zeitraum 1980/84 (3,5 Liter) zurück, bis zum Zeitraum 2010/14 reduzierte sie sich nochmals auf die Hälfte (1,7 Liter).

Übersicht 2.1: Veränderung des durchschnittlichen Pro-Kopf-Alkoholkonsums  
EU-15-Länder sowie Norwegen und die Schweiz, Bevölkerung ab 15 Jahren

Land	1960er-Jahre Mittelwert in Liter	2010er-Jahre Mittelwert in Liter	Land	1960er-Jahre Mittelwert in Liter	2010er-Jahre Mittelwert in Liter
Finnland	3,6	9,3	<b>Österreich</b>	<b>11,2</b>	<b>12,1</b>
Norwegen	4,0	6,3	Deutschland	13,3	11,1
Niederlande	5,3	9,0	Schweiz	14,3	9,8
Schweden	6,6	7,3	Spanien	14,7	9,5
Dänemark	7,4	9,8	Portugal	17,1	11,2
Großbritannien	7,5	10,6	Luxemburg	18,5	11,3
Irland	8,1	11,3	Italien	18,9	7,3
Griechenland	10,0	8,0	Frankreich	23,7	11,5
Belgien	10,7	11,0			

Q: WHO (2016B), eigene Berechnungen.

Abbildung 2.3: Durchschnittlicher Pro-Kopf-Alkoholkonsum, 2014  
Europäische Länder und ausgewählte nichteuropäische Länder, Bevölkerung ab 15 Jahren



Q: WHO (2016B), eigene Berechnungen. In vier Ländern lagen die Werte für 2014 noch nicht vor, weswegen auf Vorjahre zurückgegriffen wurde. – <sup>1)</sup> Und Herzegowina.

### 2.2.8 Entwicklung des problematischen und pathologischen Alkoholkonsums in Österreich

Es ist nicht leicht die Zahl der Alkoholkranken in einem Land verlässlich zu schätzen. Bevölkerungsbefragungen können hier, wie zuvor ausgeführt, nur einen sehr beschränkten Beitrag leisten. Grobe Schätzungen sind allerdings aufgrund von Behandlungsdaten möglich, wobei zu betonen ist, dass die Spitalsentlassungsstatistik nur jene Personen mit Alkoholdiagnosen erfasst, die sich einer stationären Behandlung unterziehen. Alkoholranke, die noch keine stationäre Behandlung absolvierten bzw. die nicht im Zuge von anderen stationären Spitalsbehandlungen eine einschlägige Alkoholdiagnose bekamen, scheinen in dieser Statistik nicht

auf. Aufbauend auf Behandlungsdaten des Anton Proksch Instituts und einer Reihe von Annahmen schätzten Uhl – Springer (1996), dass rund 5% der erwachsenen ÖsterreicherInnen als "alkoholkrank", in dem Sinne, dass sie einer professionellen Behandlung bedürften, zu bezeichnen sind und dass im Laufe des Lebens rund 10% der Bevölkerung an Alkoholismus erkranken<sup>61</sup>). Die Autoren wiesen darauf hin, dass es sich dabei nur um eher grobe Schätzungen handelt, und dass die Realität erheblich von diesen Zahlen abweichen kann. Da seit diesem Zeitpunkt keine weiteren Schätzungen durchgeführt wurden, wurde dieser Schätzwert bis heute unverändert beibehalten. Für das Jahr 2017 ist von WissenschaftlerInnen des "Kompetenzzentrum Sucht" der Gesundheit Österreich GmbH eine neue Schätzung geplant.

Basierend auf adjustierten Werten<sup>62</sup>) von Repräsentativerhebungen ist es allerdings möglich, Schätzungen über die Zahl jener Personen abzugeben, deren durchschnittlicher Alkoholkonsum als gesundheitsgefährdend zu klassifizieren ist. In dieser Zahl sind auch jene Personen enthalten, die als manifest alkoholkrank einzustufen sind. Bei den zuvor erwähnten Repräsentativerhebungen wurden Personen immer dann als "ProblemkonsumentInnen" bezeichnet, wenn ihr Durchschnittskonsum über der "Gefährdungsgrenze" lag. Diese Gefährdungsgrenze entspricht den Empfehlungen des britischen *Health Education Council* (1989); eine Grenzziehung, die in der Folge auch über eine WHO-Publikation (Anderson, 1990) international popularisiert wurde und die seither in zahlreichen österreichischen Publikationen angeführt wird (Übersicht 2.2).

Übersicht 2.2: Richtwerte der "Harmlosigkeitsgrenze" und "Gefährdungsgrenze" von Alkoholkonsum

		Männer	Frauen
		Reinalkohol pro Tag	
Harmlosigkeitsgrenze	Konsum als unbedenklich eingestuft	Bis 24 Gramm ≈ 0,6 Liter Bier oder ≈ 0,3 Liter Wein	Bis 16 Gramm ≈ 0,4 Liter Bier oder ≈ 0,2 Liter Wein
Gefährdungsgrenze	Konsum als gesundheitsgefährdend eingestuft	Ab 60 Gramm ≈ 1,5 Liter Bier oder ≈ 0,75 Liter Wein	Ab 40 Gramm ≈ 1 Liter Bier oder ≈ 0,5 Liter Wein

Q: *Health Education Council* (1989).

Die als "Harmlosigkeitsgrenze" bezeichnete Untergrenze beträgt für Frauen 16 Gramm Reinalkohol und für Männer 24 Gramm Reinalkohol. Die als "Gefährdungsgrenze" bezeichnete Obergrenze beträgt für Frauen 40 Gramm Reinalkohol und für Männer 60 Gramm Reinalkohol. Dazu ist zu ergänzen, dass die Harmlosigkeitsgrenze nur für gesunde Erwachsene gilt und nicht für Schwangere oder für Personen, die riskante Tätigkeiten ausüben. Zur Orientierung:

<sup>61</sup>) Da Menschen im Durchschnitt nicht in ihrer Jugend an Alkoholismus erkranken und da AlkoholikerInnen deutlich früher sterben als Vergleichspersonen, findet man im Querschnitt einen geringeren Anteil als im Längsschnitt. Personen, die erst später an Alkoholismus erkranken, werden bis zu diesem Zeitpunkt als Nicht-AlkoholikerInnen gezählt. Nach einem vorzeitigen Tod scheinen sie im Querschnitt nicht mehr auf.

<sup>62</sup>) Zur Adjustierung der Werte siehe Abschnitt 2.2.5.

20 Gramm Reinalkohol sind etwa in einem halben Liter Bier bzw. in einem Viertelliter leichtem Wein enthalten.

Die unterschiedlichen Grenzen für Männer und Frauen erklären sich daraus, dass Frauen durchschnittlich leichter sind als Männer und dass der weibliche Körper durchschnittlich einen höheren Fettanteil aufweist. Da sich Alkohol nur im Körperwasser verteilt, erzielen Frauen bereits mit durchschnittlich zwei Drittel des konsumierten Reinalkohols jenen Alkoholspiegel, den Männer erzielen.

Anhand der Harmlosigkeitsgrenze und der Gefährdungsgrenze und einer weiteren Abgrenzung (Abstinenz versus geringer Alkoholkonsum) ergeben sich vier Konsumklassen:

- Abstinente und Fast-Abstinente, die maximal viermal im Jahr Alkohol konsumieren
- Personen mit geringem Alkoholkonsum, die mindestens fünfmal im Jahr Alkohol konsumieren aber im Durchschnitt unter der Harmlosigkeitsgrenze liegen
- Personen mit mittlerem Alkoholkonsum, deren Durchschnittskonsum zwischen der Harmlosigkeitsgrenze und der Gefährdungsgrenze liegt
- Personen mit problematischem Alkoholkonsum (Alkoholmissbrauch und Alkoholismus), deren Konsum über der Gefährdungsgrenze liegt.

In Übersicht 2.3 wird der Anteil der ÖsterreicherInnen in den vier definierten Konsumklassen ausgewiesen, wobei hier auf die adjustierten Werte zu achten ist. Parallel dazu werden auch die auf den Rohwerten basierenden Anteile ausgewiesen. Letztere sind vor allem zum Vergleich mit internationalen Daten notwendig, da die meisten Publikationen nicht adjustierte Daten ausweisen. Außerdem gibt der Vergleich Aufschluss darüber, inwiefern sich die Schätzungen auf Basis der Rohwerte und der adjustierten Werte<sup>63)</sup> unterscheiden. Hier sei noch einmal betont: Während die Rohwerte den tatsächlichen Alkoholkonsum erheblich unterschätzen, entsprechen die adjustierten Werte im Aggregat dem ökonomisch erfassten Durchschnittskonsum.

Wie man der Übersicht 2.3 entnehmen kann, ergibt sich auf Basis der adjustierten Werte, dass 14% der ÖsterreicherInnen ab dem 15. Lebensjahr (19% der Männer und 9% der Frauen) in gesundheitsgefährdendem Ausmaß Alkohol konsumieren. Bezieht man sich auf die Rohwerte, so ergeben sich nur 3% Personen mit "problematischem Konsum einschließlich Alkoholismus".

Weitere 14% (18% der Männer und 10% der Frauen) konsumieren Alkohol in einem Ausmaß von dem zwar keine große Gesundheitsgefährdung ausgeht, das aber auch nicht als völlig unbedenklich zu bezeichnen ist. 54% (51% der Männer und 56% der Frauen) konsumieren Alkohol in Maßen, die für gesunde Menschen weitgehend unbedenklich sind und 19% (12% der Männer und 25% der Frauen) geben an, alkoholabstinent oder fast abstinent zu leben.

Vergleichen wir die nach der gleichen Methode adjustierten Werte der Repräsentativerhebungen 1994, 2004, 2008 und 2015, so zeichnet sich eine positive Entwicklung ab. Sowohl der Anteil jener, die in stark gesundheitsgefährdendem Umfang Alkohol trinken, als auch der

---

<sup>63)</sup> Zur Adjustierung der Werte siehe Abschnitt 2.2.5.

Anteil jener, die der mittleren Kategorie zuzuordnen sind, hat sich über die letzten 20 Jahre deutlich verringert (Übersicht 2.4).

*Übersicht 2.3: Verteilung der Personen nach Häufigkeit des Alkoholkonsums und Geschlecht, 2015*

*Österreich, Bevölkerung ab 15 Jahren*

	Insgesamt	Rohwerte		Adjustierte Werte <sup>1)</sup>		
		Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen
Anteile in %						
(Fast) abstinient	19	13	25	19	12	25
Geringer Konsum	69	71	66	54	51	56
Mittlerer Konsum	9	12	6	14	18	10
Problematischer Konsum einschließlich Alkoholismus	3	4	2	14	19	9
Anzahl						
Befragte Personen	4.101	2.051	2.050	4.102	2.051	2.051

Q: Repräsentativerhebung 2015 (Strizek – Uhl, 2016B). Aufgrund von Rundungsdifferenzen ergeben die Spaltensummen nicht in allen Fällen genau 100%. – <sup>1)</sup> Zur Adjustierung der Werte siehe Abschnitt 2.2.5.

*Übersicht 2.4: Verteilung und Entwicklung der Häufigkeit des Alkoholkonsums*

*Österreich, Bevölkerung ab 15 Jahren*

	1994	2004	2008	2015
	Anteile in %			
Abstinenz bis geringer Konsum	61	66	68	72
Mittlerer Konsum	21	18	15	14
Problematischer Konsum einschließlich Alkoholismus	18	16	17	14
Reinalkohol in Liter				
Durchschnittlicher Alkoholkonsum	13,3	12,3	12,1	12,0

Q: Repräsentativerhebungen 1993/94, 2004, 2008 und 2015 (Uhl – Springer, 1996, Uhl et al., 2005, Uhl et al., 2009A, Strizek – Uhl, 2016A).

Nachdem sich, wie wir zeigen konnten, Hinweise dahingehend ergeben, dass sowohl der problematische Alkoholkonsum als auch der durchschnittliche Alkoholkonsum in Österreich langsam rückläufig sind, stellt sich die Frage, ob ein entsprechender Rückgang auch bei Kindern und Jugendlichen festzustellen ist, oder ob, wie Medienberichte oft nahelegen, aktuell eine besonders alkoholauffine Generation heranwächst, deren Verhalten durch Alkoholexzesse und Komasaufen charakterisiert ist.

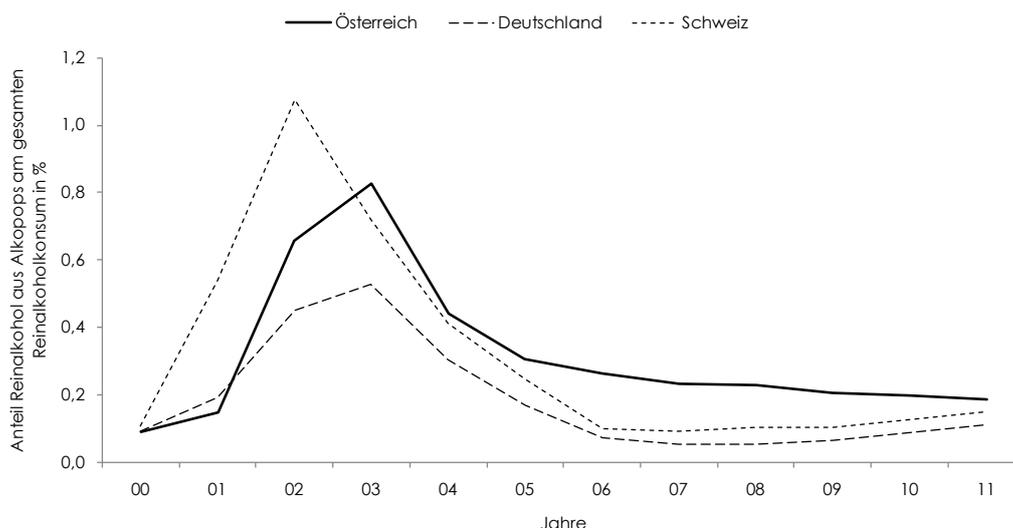
*2.2.9 Alkoholkonsum von Jugendlichen und nach Altersgruppen in Österreich*

Der Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen spielt, wenn es um Fehlzeiten im Berufsleben durch Alkoholkonsum geht, nur eine untergeordnete Rolle. Da viele Menschen aus dem

Alkoholkonsumverhalten von Kindern und Jugendlichen Rückschlüsse auf den Alkoholkonsum in der Zukunft ziehen – auf die Zeit, wenn diese Kinder und Jugendlichen ins Berufsleben eingetreten sind –, ist ein kurzer Exkurs zum Thema "Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen" allerdings auch in diesem Kontext relevant.

Im Jahr 2007 wurde der Alkoholkonsum Jugendlicher unter dem Schlagwort "Komasaufen" zu einem zentralen medialen Thema. Eine Analyse von acht führenden österreichischen Tages- und Wochenzeitungen über die Jahre 2004 bis 2007 durch Strizek (2009) ergab, dass der Ausdruck "Komasaufen" in den Jahren 2004 bis 2006 insgesamt nur dreimal erwähnt worden war, dass dieser Ausdruck im Mai 2007 allerdings 257 mal zum Einsatz kam. Die Forschungsstelle *Österreichisches Deutsch* (2009) der Karl-Franzens-Universität in Graz war von der sensationalisierenden Medienberichterstattung zum Thema "Jugend und Alkohol" so negativ beeindruckt, dass sie das Wort "Komasaufen" zum Unwort des Jahres 2007 wählte. Schon bald danach nahm die Popularität dieses Themas in den Medien wieder rasch ab.

Abbildung 2.4: Bedeutung des Alkopopkonsums  
Österreich, Deutschland und Schweiz



Q: IWSR (2012).

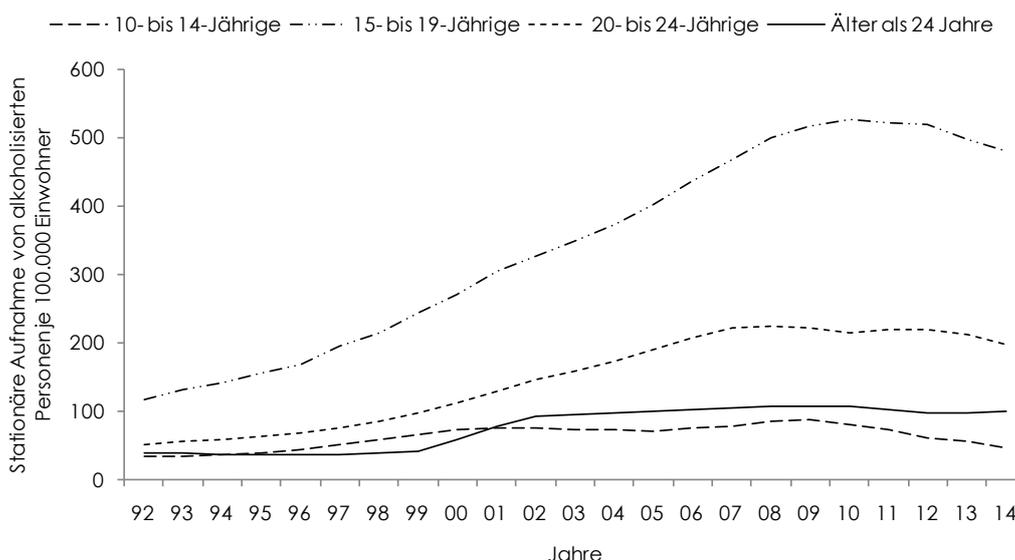
Einer der Gründe, warum das Thema "Jugend und Alkohol" im Jahr 2007 so populär wurde, war, dass süße in bunten Flaschen vorgefertigte alkoholische Getränke – sogenannte "Alkopops" – am Markt erschienen und von zahlreichen AlkoholexpertInnen als mutmaßliche "Einstiegsdroge in den Alkoholkonsum" stark problematisiert wurden. Als Alkopops in Österreich zum medialen Thema wurden, war die Welle in Österreich – wie übrigens auch in der Schweiz und in Deutschland – allerdings bereits vorbei (Abbildung 2.4). In Deutschland und in der Schweiz wurde dieser Rückgang von den Regierungen auf eine spezielle Sondersteuer auf Alkopops zurückgeführt. Da ein analoger Rückgang aber auch in Österreich zu beobachten

war – hier allerdings ohne Sondersteuern – ist naheliegend, dass es sich beim Alkopopphänomen bloß um einen modischen, temporären Hype gehandelt hat, der in Deutschland und der Schweiz auch ohne Sondersteuern spontan weitgehend abgeklungen wäre.

Abbildung 2.4 zeigt, dass der Stellenwert der Alkopops selbst am Höhepunkt ihrer Popularität verschwindend gering war. Im jeweiligen Spitzenjahr wurde in der Schweiz rund 1,1%, in Österreich rund 0,8% und in Deutschland rund 0,5% des im Land konsumierten Reinalkohols über Alkopops konsumiert, wobei ein Teil dieses Konsums auf Erwachsene zurückging (siehe dazu Uhl, 2009).

Der zweite Grund warum das Thema "Jugend und Alkohol" 2007 zum medialen Thema wurde, war, dass die Anzahl der in Spitälern dokumentierten Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen wegen Alkoholräuschen – ganz besonders in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen – von 1992 bis 2007 erheblich angestiegen war (Abbildung 2.5).

Abbildung 2.5: Stationäre Aufnahmen von alkoholisierten Personen  
Österreich



Q: Uhl et al. (2015).

Ein Teil dieses Anstieges bei Jugendlichen ist auch dadurch zu erklären, dass Kinder und Jugendliche immer früher reif werden und deswegen ihre ersten Alkoholerfahrungen und in Verbindung damit ihre ersten Rausche in einem jüngeren Alter erleben, als das früher der Fall war. Großteils ist diese Veränderung allerdings als Artefakt zu interpretieren. Im Zuge der öffentlichen Diskussion über Jugend und Alkohol hat die Bereitschaft behandelnder ÄrztInnen eine "Alkoholintoxikation" zu diagnostizieren, anstatt wie früher eine neutrale Diagnosen zu wählen, zugenommen. Gleichzeitig ist die Bereitschaft der Bevölkerung bei Alkoholisierung die Rettung zu rufen, gestiegen. Da es immer mehr anonyme Großveranstaltungen gibt, bei denen keine Bekannten und Freunde anwesend sind, um Betrunkene zu versorgen, ist die

Rettung zu rufen oft die einzige Alternative, wenn man keine rechtlichen Konsequenzen wegen unterlassener Hilfeleistung riskieren will. In diesem Zusammenhang spielt sicherlich auch eine Rolle, dass ein Großteil der PassantInnen inzwischen über ein Handy verfügt und daher jederzeit und ohne großen Aufwand die Rettung verständigen kann (Uhl – Kobra, 2012).

Unterstützt wird die Vermutung, dass der starke Anstieg der Spitalsaufnahmen wegen Alkoholisierung keinen allgemeinen Trend unter Kindern und Jugendlichen zum exzessiven Alkoholkonsum widerspiegelt, auch von den beiden großen europaübergreifenden Erhebungen an SchülerInnen, die auch den Alkoholkonsum zum Inhalt haben, und die alle vier Jahre wiederholt werden. Bei der HBSC Studie (Health Behavior of School Age Children, *Ramelow et al.*, 2015), die 11-jährige, 13-jährige und 15-jährige SchülerInnen einbezieht, hat sich laut Angaben der Befragten in Österreich im Zeitraum von 1994 bis 2014 in allen drei Altersgruppen eine Verringerung des wöchentlichen Alkoholkonsums um rund 50% ergeben. Bei der ESPAD Studie (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, *Strizek et al.*, 2016), die 14- bis 17-jährige SchülerInnen einbezieht, ist nach deren Angaben der durchschnittliche Alkoholkonsum von 14 Gramm Reinalkohol pro Tag im Jahr 2003 auf 11 Gramm Reinalkohol pro Tag im Jahr 2015 gesunken (*Strizek et al.*, 2016)<sup>64</sup>). Deutliche Rückgänge des Alkoholkonsums bei Jugendlichen in den letzten Jahren wurden auch in vielen anderen Ländern festgestellt, die sich an HBSC bzw. ESPAD beteiligen (*Inchley et al.*, 2016, *ESPAD Group*, 2016).

In der internationalen Fachliteratur und in der Medienberichterstattung wird häufig der Eindruck erweckt, dass der starke Alkoholkonsum primär ein Jugendproblem sei, das mit zunehmendem Alter abnimmt. Dies würde auch der Umstand bestätigen, dass 15- bis 19-Jährige und 20- bis 24-Jährige erheblich öfter wegen Alkoholisierung in Spitälern aufgenommen werden (Abbildung 2.5). Dies widerlegen jedoch die Konsumdaten nach unterschiedlichen Altersgruppen (Abbildung 2.6 bis Abbildung 2.8). Weiters ist hier noch zu erwähnen, dass junge Menschen ihren Alkoholkonsum meist relativ offen angeben bzw. sogar übertreiben, während ältere Menschen dazu neigen ihren Alkoholkonsum zu verniedlichen. Aus diesem Grund kann man davon ausgehen, dass die Werte für junge Menschen in Abbildung 2.6 bis Abbildung 2.8 das tatsächliche Ausmaß etwas überschätzen, während die Werte für ältere Menschen das tatsächliche Ausmaß etwas unterschätzen. Bezüglich der Spitalsaufnahmen ist zu bedenken, dass schwere Rausche, die zu Spitalsaufnahmen führen, vor allem bei Personen auftreten, die im Umgang mit Alkohol noch unerfahren sind und durchschnittlich weniger Alkohol trinken, als jene die an regelmäßigen und intensiven Alkoholkonsum gewöhnt sind. Pointiert könnte man sagen: Wenn jemand, der in kurzer Zeit einen halben Liter Wein getrun-

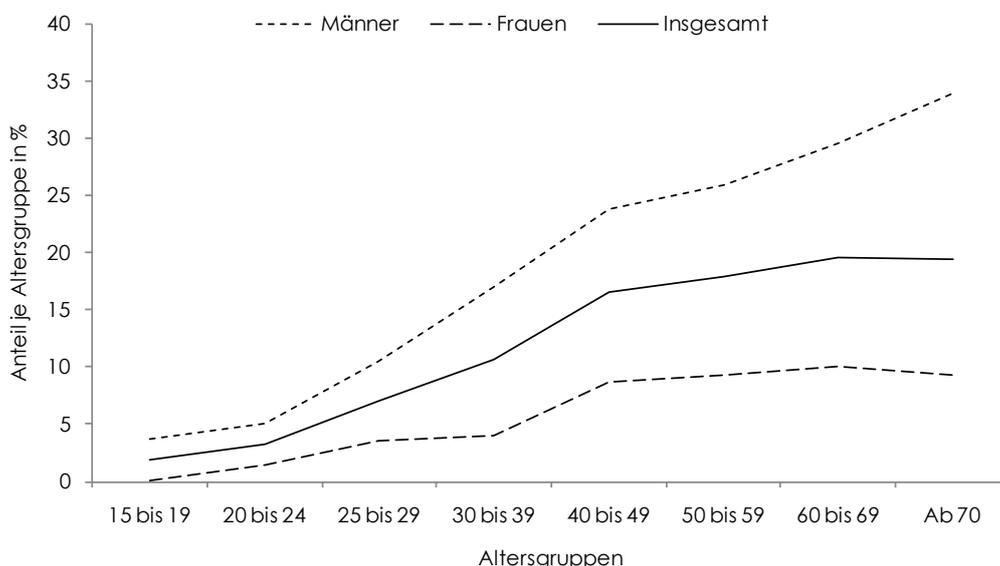
---

<sup>64</sup>) Erfahrungsgemäß tendieren Jugendliche dazu, bei Befragungen ihren Alkoholkonsum zu übertreiben, während Erwachsene ihren Konsum eher unterschätzen. Vor diesem Hintergrund ist vor allem der (in den westlichen Ländern beobachtbare) Trend in Richtung eines Rückgangs des Alkoholkonsums bei Kindern und Jugendlichen zu beachten, während die absoluten Konsummengen der Jugendlichen bei Befragungen generell mit Vorsicht zu interpretieren sind.

ken hat, so stark betrunken ist, dass er ins Spital eingeliefert wird, ist das aus einer gesundheitspolitischen Perspektive weniger alarmierend, als wenn jemand, der in einer kurzen Zeit einen Liter Wein getrunken hat, gar nicht oder kaum beeinträchtigt ist.

Der Anteil jener, die täglich bzw. fast täglich Alkohol konsumieren, nimmt in Österreich mit dem Alter annähernd linear zu, wobei im Pensionsalter fast ein Drittel der männlichen Bevölkerung in diese Kategorie zu rechnen ist (Abbildung 2.6). Frauen liegen diesbezüglich deutlich unter den Männern. (Fast) täglicher Alkoholkonsum kommt bei rund 10% der ab 40-jährigen Frauen vor. Es ist allerdings zu beachten, dass regelmäßiger Konsum von geringen Mengen Alkohol erheblich weniger bedenklich ist, als der unregelmäßige Konsum von sehr großen Mengen.

Abbildung 2.6: Täglicher bzw. fast täglicher Alkoholkonsum nach Altersgruppen Österreich

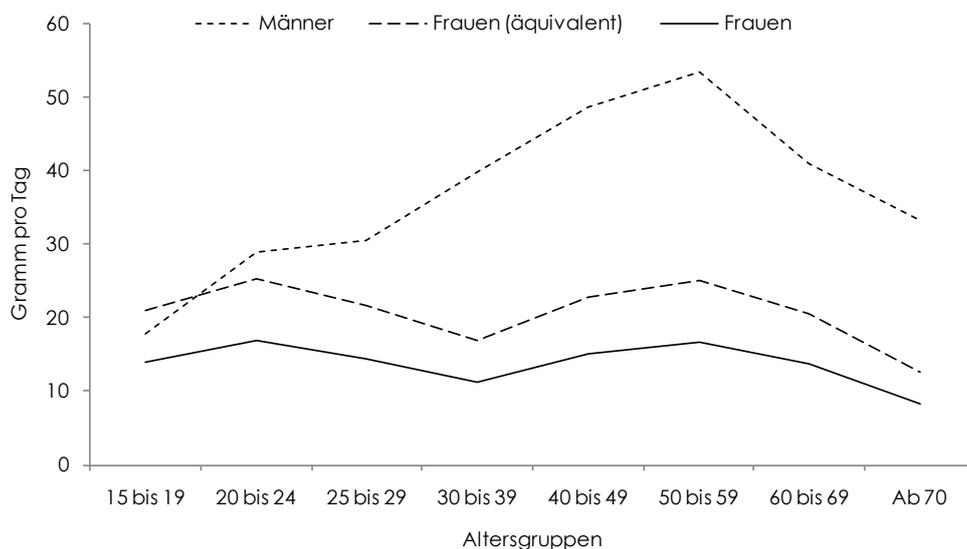


Q: Repräsentativerhebung 2015 (Strizek - Uhl, 2016A), eigene Auswertungen.

Den durchschnittlichen Alkoholkonsum betreffend ergibt sich bei Männern bis zum 60. Lebensjahr ein ähnliches Muster, wobei die durchschnittlich konsumierte Alkoholmenge ab dem 70. Lebensjahr deutlich zurückgeht. Bei Frauen ergibt sich kein entsprechender Anstieg, sondern ein Rückgang in dem Lebensalter, das von Kindererziehung geprägt ist und ähnlich wie bei Männern ein Maximum in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen, danach zeigt sich ein deutlicher Rückgang. Da Frauen durchschnittlich bei zwei Drittel der absoluten Alkoholmenge den gleichen Blutalkoholspiegel wie Männer erreichen, ist in Abbildung 2.7 auch die äquivalente Alkoholkonsummenge eingetragen, die sich ergibt, wenn man den Konsum der Frauen mit 1,5 multipliziert ("Frauen (äquivalent)"). Daraus ergibt sich, dass außer in der jüngsten Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen die Männer sowohl bei absoluter als auch bei relativer

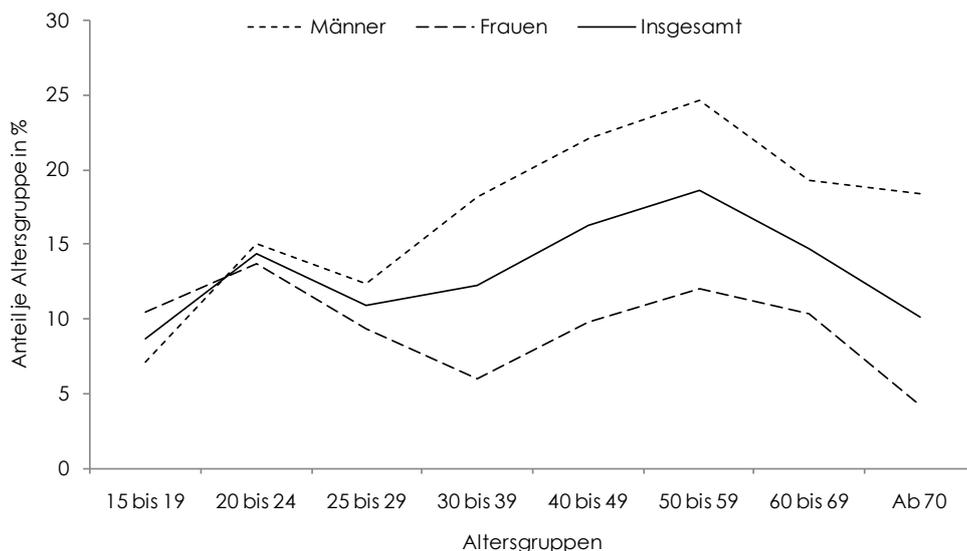
Betrachtungsweise hinsichtlich des durchschnittlichen Alkoholkonsums erheblich über den Frauen liegen.

Abbildung 2.7: Durchschnittlicher Alkoholkonsum nach Altersgruppen Österreich



Q: Repräsentativerhebung 2015 (Strizek – Uhl, 2016A), eigene Auswertungen. "Frauen (äquivalent)" bedeutet die Hochrechnung um das 1,5-Fache der tatsächlich getrunkenen Menge, um den gleichen Alkoholspiegel wie bei Männern zu erzielen.

Abbildung 2.8: Problematischer<sup>1)</sup> Alkoholkonsum nach Altersgruppen Österreich



Q: Repräsentativerhebung 2015 (Strizek – Uhl, 2016B), eigene Auswertungen. –<sup>1)</sup> Durchschnittlich mehr als 40 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Frauen und 60 Gramm bei Männern.

Betrachtet man nicht den durchschnittlichen Alkoholkonsum, sondern den problematischen Alkoholkonsum über der Gefährdungsgrenze (Übersicht 2.2), so ergibt sich ein ähnliches Bild wie den durchschnittlichen Alkoholkonsum betreffend, wobei aber die Zunahme in der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen und der Rückgang bei den Frauen in jenem Alter, das von Kindererziehung geprägt ist, erheblich stärker ausfällt (Abbildung 2.8).

Der Rückgang des durchschnittlichen und des problematischen Alkoholkonsums in den Altersgruppen ab 60 Jahren korrespondiert mit der Empfehlung in höherem Alter weniger Alkohol zu konsumieren, da infolge des Rückgangs des Körperwassers bereits mit geringeren Alkoholmengen identische Blutalkoholspiegel erzielt werden. Ein Teil des Rückganges ist sicherlich auch dadurch zu erklären, dass Personen mit exzessivem Alkoholkonsum in höherem Alter überproportional oft an Alkoholfolgeerkrankungen versterben.

### *2.2.10 Alkohol und Sterblichkeit*

Es ist unbestritten, dass exzessiver Alkoholkonsum eine Fülle von Organsystemen maßgeblich schädigen kann. Die Frage ist allerdings, ob bereits geringe Mengen Alkohol Gesundheitsprobleme verursachen, oder ob geringe Mengen der Gesundheit sogar zuträglich sind. Eine präzise Untersuchung dieser Fragestellung wäre nur über langfristige komplexe Experimente möglich, die allerdings aus ethischen und praktischen Gründen nicht durchführbar sind. Betrachtet man als Alternative dazu epidemiologische Daten, so ist nur schwer zu beurteilen, inwiefern beobachtete Unterschiede durch Selektionsprozesse, über unkontrollierte Drittvariablen (Confounder) oder durch den ausgewiesenen Alkoholkonsum zu erklären sind. Betrachtet man einzelne Todesursachen in Abhängigkeit vom Alkoholkonsum, so findet man teilweise J-Kurven, teilweise lineare Zusammenhänge und teilweise exponentielle Zusammenhänge. Dieser Konnex zwischen einzelnen Todesursachen und dem Alkoholkonsum ist allerdings außer in Fällen, wo die Auswirkungen gravierend sind und man die Wirkzusammenhänge gut versteht, nur schwer interpretierbar.

Dieses Problem lässt sich veranschaulichen, indem man den Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Gesamtsterblichkeit analysiert. Dabei zeigt sich ein für viele unerwarteter J-Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Sterblichkeit: Bei Menschen, die gar keinen Alkohol trinken und bei Menschen die sehr viel Alkohol trinken, ist die Sterblichkeit höher als bei Menschen, die Alkohol in geringem Umfang zu sich nehmen (durchschnittlich 10 Gramm Reinalkohol pro Tag).

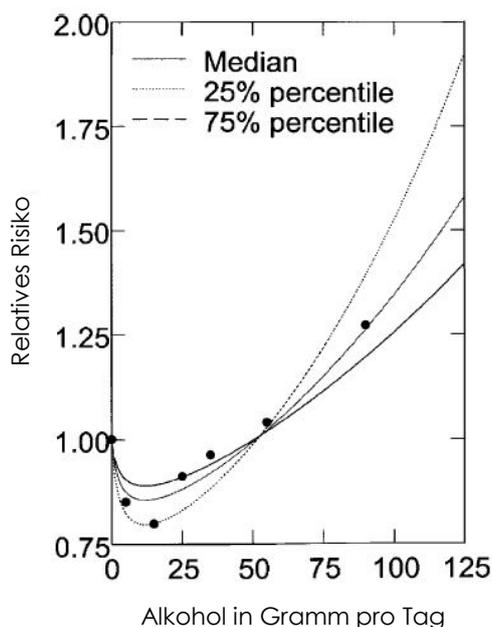
Abbildung 2.9 zeigt die Ergebnisse einer Metaanalyse, bei der zahlreiche andere Studien auf systematische Weise ausgewertet und zusammengefasst wurden. Da bei den in die Metaanalyse einbezogenen Studien unterschiedliche Beobachtungszeiträume zur Anwendung kamen, erfolgte eine getrennte Auswertung der Ergebnisse für kurze Beobachtungszeiträume (25% Perzentil = 6 Jahre), für mittlere Beobachtungszeiträume (Median = 11 Jahre) und für lange Beobachtungszeiträume (75% Perzentil = 16 Jahre). Die implizite Annahme, dass das Alkoholkonsumverhalten nach der Basiserhebung konstant bleibt, wird mit zunehmender Dauer

immer unwahrscheinlicher. Der stärkste Effekt zeigt sich bei der überschaubaren Dauer von 6 Jahren, wo die Konstanzannahme am realistischsten ist.

Es ist durchaus denkbar, dass sich in diesem Zusammenhang eine gesundheitsfördernde Wirkung geringer Alkoholmengen manifestiert, dass also moderater Alkoholkonsum die Gesundheit fördert. Es ist aber auch denkbar, dass dieser Zusammenhang primär über Selektionseffekte zu erklären ist. Es ist plausibel, dass sich psychisch und körperlich gesunde Menschen ohne große soziale Probleme in der Regel den kulturellen Gebräuchen anpassen; in westlichen Gesellschaften bedeutet dies, dass Alkohol moderat konsumiert wird, aber Alkohol-exzesse vermieden werden.

Menschen mit gravierenden Problemen bekämpfen teilweise die aus ihren Problemen resultierenden unangenehmen Gefühlszustände durch vermehrten Alkoholkonsum, wobei sie die Dosis rasch steigern, um Gewöhnungseffekte auszugleichen, oder vermeiden jeglichen Alkoholkonsum – unter Umständen, weil ihnen bewusst ist, dass sie gefährdet sind, wenn sie beginnen Alkohol zu konsumieren.

Abbildung 2.9: Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Sterblichkeit Österreich



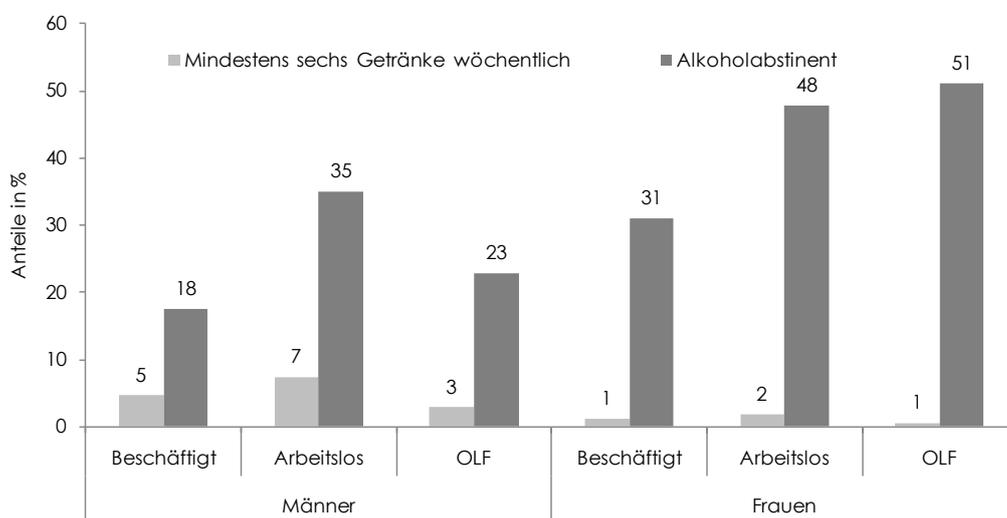
Q: Gmel et al. (2003). Die unterschiedlichen Kurven beziehen sich auf die Ergebnisse von Studien mit unterschiedlich langen Beobachtungszeiträumen: Auswertungen für kurze Beobachtungszeiträume (25% Perzentil = 6 Jahre) für mittlere Beobachtungszeiträume (Median = 11 Jahre) und für lange Beobachtungszeiträume (75% Perzentil = 16 Jahre).

### 2.2.11 Alkoholkonsum und Arbeitslosigkeit

Der Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholkonsum ist komplex. Abbildung 2.10 zeigt, dass es unter beschäftigten Männern und Frauen sowohl weniger AbstinenzlerInnen als auch weniger starke AlkoholkonsumentInnen (mindestens einmal wöchentlich sechs Glas

Alkohol á 20 Gramm Reinalkohol<sup>65)</sup>) als bei Arbeitslosen und Nicht-Erwerbspersonen (OLF) gibt. Arbeitslose weisen demnach einen höheren Anteil an Personen mit hohem Konsum, aber auch einen viel höheren Anteil an abstinenten Personen auf. Diese Polarisierung des Alkoholkonsums bei Arbeitslosen kann über zwei Mechanismen erklärt werden: Wer arbeitslos wird, und in der Folge weniger Geld zur Verfügung hat, muss bei seinen Ausgaben einsparen – und häufig passiert das, indem der Alkoholkonsum verringert oder ganz aufgegeben wird. Gleichzeitig werden Personen, die in problematischem bzw. pathologischem Umfang Alkohol konsumieren, eher arbeitslos und konsumieren auch als Arbeitslose übermäßig viel Alkohol. Das hat zur Folge, dass es unter Arbeitslosen sowohl mehr Abstinente als auch mehr ProblemkonsumentInnen gibt.

Abbildung 2.10: Alkoholkonsum nach Teilnahme im Erwerbsleben  
Österreich, 20- bis 64-jährige Männer und 20- bis 59-jährige Frauen



Q: Österreichische Gesundheitsbefragung 2015 (Klimont – Baldaszi, 2015), WIFO-Berechnungen. OLF beschreibt "Nicht-Erwerbspersonen", also Personen, die nicht am Erwerbsleben teilnehmen. Das sind in dieser Darstellung im Wesentlichen dauerhaft Arbeitsunfähige sowie FrühpensionistInnen. Bei der Auswertung wurden keine SchülerInnen und StudentInnen sowie keine Haushaltsführenden berücksichtigt.

Für die Hypothese, dass Arbeitslosigkeit und die damit verbundenen Einkommenseinbußen zu einem Rückgang des durchschnittlichen Alkoholkonsums führen, sprechen die historischen Erfahrungen im Zuge der Weltwirtschaftskrise 1929/1932. In diesen wenigen Jahren sank der durchschnittliche Alkoholkonsum in Österreich auf weniger als 50% des Ausgangsniveaus (Eisenbach-Stangl, 1991), und im Zuge des Wirtschaftsaufschwungs in den Nachkriegsjahren stieg der Durchschnittskonsum bis 1970 wieder auf ein hohes Niveau an. Ab 1970 war der Alkoholmarkt allerdings gesättigt und trotz steigendem Wohlstand und trotz besserer Verfügbarkeit wurde danach nicht mehr Alkohol getrunken – im Gegenteil dazu sank der Durch-

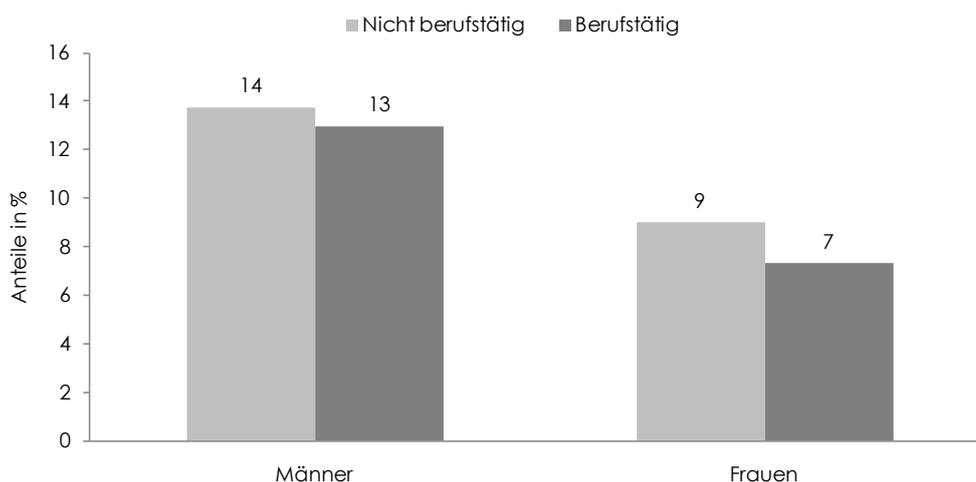
<sup>65)</sup> Sechs Gläser á 20 Gramm Reinalkohol entsprechen in etwa zwei 0,7 Liter Flaschen Wein oder sechs 0,5 Liter Flaschen Bier.

schnittskonsum von 1970 bis 2015 um rund 20% (Uhl et al., 2009B) und der problematische Alkoholkonsum ging von 1994 bis 2015 von 18% auf 14% zurück (Übersicht 2.4).

Für die Hypothese, dass Menschen mit exzessiven bzw. pathologischen Alkoholkonsumgewohnheiten eher arbeitslos werden, sprechen die Alltagserfahrung und die Arbeitslosenstatistiken aus Behandlungseinrichtungen für Alkoholranke.

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn wir der Analyse des Problemkonsums die durchschnittliche Mindestkonsumation an Alkohol von "60 Gramm Reinalkohol pro Tag" für Männer bzw. "40 Gramm Reinalkohol pro Tag" für Frauen zugrunde legen. Auch in dieser Betrachtung liegt der Anteil der Nicht-Berufstätigen<sup>66</sup>), also die Gruppe der Arbeitslosen zuzüglich jener, die sich aus gesundheitlichen oder anderen Gründen vor dem Regelpensionsalter vom Arbeitsmarkt zurückgezogen haben, höher als für Berufstätige (Abbildung 2.11), wenngleich die Unterschiede nicht sehr stark ausgeprägt sind.

Abbildung 2.11: Problematischer<sup>1)</sup> Alkoholkonsum nach Teilnahme im Erwerbsleben Österreich, 20- bis 64-jährige Männer und 20- bis 59-jährige Frauen



Q: Repräsentativerhebung 2015 (Strizek – Uhl, 2016B). "Nicht berufstätig" umfasst die Gruppe der Arbeitslosen und der Nicht-Erwerbspersonen. Bei der Auswertung wurden keine SchülerInnen und StudentInnen, keine Hausfrauen/Hausmänner und keine Personen, die das reguläre Pensionsantrittsalter erreicht haben, berücksichtigt. Diese Berechnung baut auf adjustierte Daten auf, siehe dazu Abschnitt 2.2.5. – 1) Durchschnittlich mehr als 40 Gramm Reinalkohol pro Tag bei Frauen und 60 Gramm bei Männern.

Die detaillierte Darstellung nach der Häufigkeit des Alkoholkonsums verdeutlicht die Polarisierung des Alkoholkonsums von nicht berufstätigen Personen (Abbildung 2.12). Hier ist relativierend anzumerken, dass in üblichen Stichproben bei Bevölkerungsbefragungen AlkoholikerInnen stark unterrepräsentiert sind. In der von uns ausgewiesenen Gruppe der Problemkonsum-

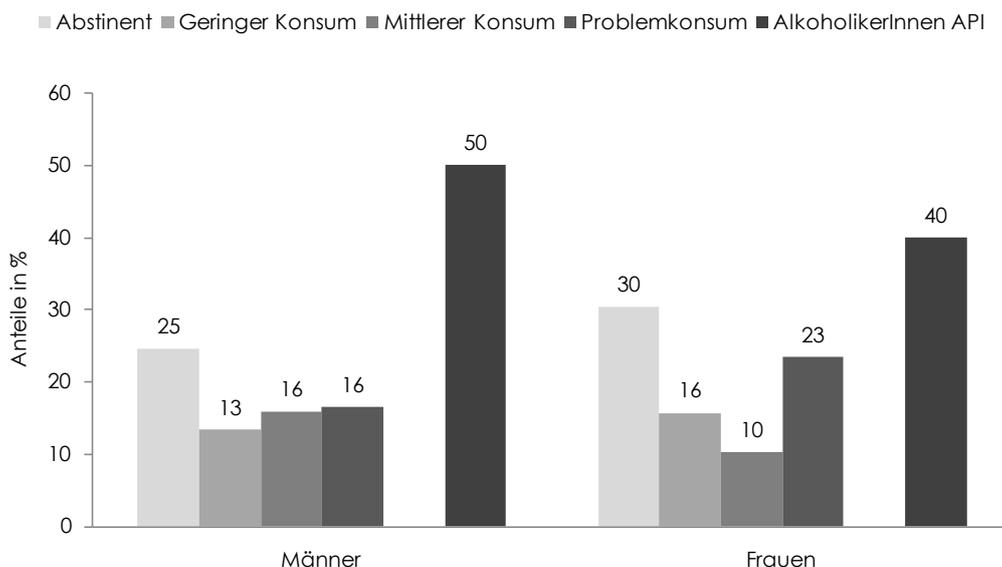
<sup>66</sup>) Die Unterscheidung in Arbeitslose und Nicht-Erwerbspersonen (OLF) ist im Rahmen der Repräsentativerhebung 2015 nicht eindeutig möglich, weswegen in dieser Darstellung auf diese Unterscheidung verzichtet wurde.

mentInnen finden sich daher nur wenige Personen mit pathologischen Alkoholkonsummustern.

Die in Abbildung 2.12 aus Vergleichsgründen hinzugefügten Arbeitslosenrate von AlkoholikerInnen in stationärer Behandlung ("AlkoholikerInnen API") – also Daten aus einer anderen Datenquelle –, zeigt, dass die Arbeitslosenraten in dieser Extremgruppe noch erheblich höher ausfallen als die Nicht-Berufstätigenrate<sup>67)</sup> bei der Repräsentativerhebung 2015.

Dazu ist allerdings zu bemerken, dass AlkoholikerInnen in stationärer Behandlung nicht den Durchschnitt aller AlkoholikerInnen repräsentieren. In Zeiten mit hoher Arbeitslosigkeit riskieren AlkoholikerInnen, die noch über einen Arbeitsplatz verfügen, nur selten diesen zu verlieren, indem sie sich sechs Wochen lang in eine stationäre Entwöhnungsbehandlung begeben, während AlkoholikerInnen, die ihren Arbeitsplatz bereits verloren haben, im diesem Fall nichts mehr riskieren. Man kann also annehmen, dass die Arbeitslosenrate unter allen Alkoholkranken deutlich geringer ist, als die in Abbildung 2.12 ausgewiesene bei AlkoholikerInnen aus dem Anton Proksch Institut.

Abbildung 2.12: Anteil der nicht berufstätigen Personen nach Häufigkeit des Alkoholkonsums Österreich, Personen ab 20 Jahren



Q: Repräsentativerhebung 2015 (Strizek – Uhl, 2016B), PatientInnendaten Anton-Proksch-Institut (API; 2015), eigene Auswertungen. "Nicht berufstätig" umfasst die Gruppe der Arbeitslosen und der Nicht-Erwerbspersonen. Bei der Auswertung wurden keine SchülerInnen und StudentInnen, keine Hausfrauen/Hausmänner und keine Personen, die das reguläre Pensionsantrittsalter erreicht haben, berücksichtigt. Diese Berechnung baut auf adjustierte Daten auf, siehe dazu Abschnitt 2.2.5. "Mittlerer Alkoholkonsum" bedeutet für Frauen zwischen 16 und 40 Gramm Reinalkohol im Tagesschnitt und für Männer zwischen 24 und 60 Gramm Reinalkohol im Tagesschnitt.

<sup>67)</sup> Nicht-Berufstätige sind Arbeitslose sowie Nicht-Erwerbspersonen (OLF).

Abschließend ist noch darauf hinzuweisen, dass man auch bezüglich Alkoholkonsum und Arbeitslosigkeit bzw. Nicht-Berufstätigkeit den zuvor bereits in Bezug zur Mortalität beschriebenen J-Zusammenhang feststellen kann. Personen, die völlig alkoholabstinent leben, sind – aufgrund der bereits besprochenen Selektionseffekte – in höherem Maße von Arbeitslosigkeit bzw. Nicht-Berufstätigkeit betroffen als Menschen mit geringem und mittlerem Alkoholkonsum – ja sogar als Menschen mit problematischem Alkoholkonsum. Nur bei Menschen mit pathologischem Alkoholkonsum ist die Arbeitslosenrate noch höher.

### **2.3 Kosten und Nutzen des Alkoholkonsums für die Einzelnen und die Gesellschaft**

Alkohol spielt in unserer Gesellschaft eine wichtige Rolle – und zwar sowohl eine positive (Nutzen) als auch eine negative (Kosten). Manche Kosten wie z. B. alkoholbedingtes subjektives Leid sind intangibel<sup>48)</sup>, also nicht unmittelbar in monetären Einheiten ausdrückbar, und andere wie z. B. Sachschäden durch alkoholbedingte Unfälle sind tangibel, also relativ leicht monetär bewertbar. Analoges gilt für den Nutzen des Alkohols. Der Genuss beim Konsum eines Glases Wein ist z. B. monetär nur schwer fassbar (intangibel) und der monetäre Gewinn, den die Alkoholwirtschaft macht, wird in Geld ausgedrückt, ist also tangibel.

Wenn es um Kosten und Nutzen geht, ist immer auch die Perspektive wichtig. Wer ist NutznießerIn und wer kommt für die Kosten auf? NutznießerInnen bzw. KostenträgerInnen können AlkoholkonsumentInnen, deren persönliches Umfeld, unbeteiligte Dritte, das Budget eines Landes, die Budgets von einzelnen staatlichen Institutionen, wie der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Pensionsversicherung, sowie Betriebe sein. In manchen Fällen sind mehrere KostenträgerInnen bzw. NutznießerInnen von einer Komponente gleichermaßen betroffen, in anderen Fällen ist das, was sich aus einer Perspektive als Kosten präsentiert aus der Warte anderer ein Nutzen.

Verlorene Lebensjahre von Menschen sind eigentlich intangible Kosten, die allerdings im Zusammenhang mit ökonomischen Kostenberechnungen monetarisiert werden, indem ein verlorenes Lebensjahr nach dem Humankapitalansatz mit der durchschnittlichen Jahresproduktivität eines Menschen gleichgesetzt wird (Rice, 1965). Ob man den Wert eines Menschen legitimer Weise mit der volkswirtschaftlichen Durchschnittsproduktivität eines Erwerbstätigen gleichsetzen darf, ist umstritten. Wenn man in diesem Zusammenhang nicht vom Wert eines Menschen, sondern von einem Produktionsverlust für die Volkswirtschaft spricht, wird diese Gleichsetzung in der Regel akzeptiert und die Volkswirtschaft wird als abstrakter Kostenträger bzw. Nutznießer eingeführt.

Wenn weniger Menschen bei gleicher Kopfproduktivität weniger produzieren (in diesem Zusammenhang wird in der Regel von volkswirtschaftlichen Kosten gesprochen), ist das gesamte Bruttonationalprodukt zwar geringer, die Pro-Kopf-Produktivität und damit das Pro-Kopf-Einkommen bleibt aber unverändert, weswegen man "Verluste für die Volkswirtschaft"

---

<sup>48)</sup> Intangibel ist der englische Ausdruck für "nicht greifbar", "unbestimmt", "vage" aber auch für "immateriell", das Gegenteil davon "tangibel" steht demnach für monetär fassbare Werte.

nicht einfach mit "Kosten für die Allgemeinheit" (soziale Kosten) oder mit "fiskalischen Kosten" gleichsetzen sollte; auch wenn diese Gleichsetzung oft nahegelegt wird (Uhl, 2006). Ähnliches gilt in abgeschwächter Form auch für Produktionsausfälle durch alkoholbedingte Krankheiten: Menschen, die nichts oder weniger produzieren, in der Folge zwar über weniger Geld verfügen, einen erheblichen Teil der Produktionsausfälle aber durch Konsumeinschränkungen ausgleichen. Kosten durch mortalitäts- und morbiditätsbedingte Produktivitätsausfälle werden im Zusammenhang mit volkswirtschaftlichen Kostenberechnungen in der Regel als "indirekte Kosten" bezeichnet.

Ein großes Problem, wenn es um Kosten durch Alkoholkonsum bzw. problematischen Alkoholkonsum geht, ist, dass exzessiver Alkoholkonsum in erheblichem Ausmaß nicht Ursache, sondern Folge einer psychischen oder sozialen Grundproblematik ist. In vielen Fällen kann man daher alleine aus epidemiologischen Beobachtungen nicht fundiert ableiten, welcher Problemanteil verschwinden würde, wenn kein Alkohol konsumiert werden würde, und welcher Problemanteil auch ohne Alkoholbeteiligung unvermeidlich wäre.

Ein weiteres gravierendes Problem ist, dass übliche Schätzungen keine Teilaspekte bewerten, sondern einen Überblick über eine Fülle von relevanten Kosten- und Nutzenaspekten anstreben, wobei unterschiedliche AutorInnen unterschiedliche Komponenten berücksichtigen oder vernachlässigen. Auch ist die Logik, mit denen verlorene Lebensjahre im Zusammenhang mit Alkoholkonsum üblicherweise geschätzt werden, methodologisch nicht einwandfrei (Strizek – Uhl, 2014). Wie die große Bandbreite an Kostenschätzungen in der Literatur zeigt, wirken sich diese unterschiedlichen methodischen Zugänge und Annahmen stark auf die Berechnungsergebnisse aus. Immer wieder wird auch betont, dass viele für diese Berechnungen notwendigen empirischen Zahlen nicht oder nur sehr unvollständig existieren, weswegen vielfach auf Mutmaßungen und grobe Schätzungen zurückgegriffen werden muss.

Grundsätzlich ist hier auch noch zwischen reinen Kostenberechnungen, die je nach AutorIn als "Kostenanalysen", "Krankheitskostenanalysen", "volkswirtschaftliche Kostenanalysen" oder "soziale Kostenanalysen" bezeichnet werden und die Nutzenaspekte des Alkoholkonsums ignorieren, und "Kosten-Nutzenanalysen", die den Kosten den Nutzen gegenüberstellen, zu unterscheiden. Geht es um Alkohol, ist das Kriterium mitunter "jeglicher Alkoholkonsum" und mitunter "problematischer Alkoholkonsum", was ebenfalls zu relevanten Unterschieden führt.

Es ist nicht möglich an dieser Stelle detailliert auf verschiedene Zugänge und die Problematik unterschiedlicher Kosten- bzw. Kosten-Nutzen-Analysen einzugehen. Bezüglich einer Auseinandersetzung mit dieser Thematik sei auf Uhl (2003, 2006) verwiesen. Wir präsentieren hier nur einige internationale Ergebnisse, um anschaulich zu zeigen, wie stark vergleichbare Schätzungen voneinander abweichen können, wobei wir uns hier auf eine Zusammenstellung von Czypionka *et al.* (2013) beziehen, in der die Autoren Ergebnisse unter dem Überbegriff "volkswirtschaftliche Kosten des Alkoholkonsums" (Übersicht 2.5) bzw. "volkswirtschaftliche Kosten des Alkoholmissbrauchs" (Übersicht 2.6) zusammengefasst und jeweils in Relation zum BIP gebracht haben. Die Autoren beschreiben diese Kosten, bezugnehmend auf Anderson – Baumberg (2006), als "Kosten, die in einer alkoholfreien Gesellschaft nicht entstehen würden".

Übersicht 2.5: Tangible volkswirtschaftliche Kosten des Alkoholkonsums in Europa

Land	Jahr	In % des BIP	Land	Jahr	In % des BIP
Belgien	1999	2,4	Norwegen	2001	1,2-2,1
Dänemark	1996	0,9	Portugal	1995	0,5
Finnland	1990	1,3-1,8	Schottland	2002	0,7
Frankreich	1997	1,2-1,4	Slowakei	1994	3,1
Deutschland	1995	1,1	Slowenien	2002	0,3
Irland	2003	1,6	Spanien	1998	0,7
Italien	1994	0,7-0,8	Schweden	1998	5,5
Lettland	1999	1,8	Schweiz	1998	0,5-0,7
Niederlande	1996	0,3	England	2001	1,5-1,7
Niederlande	2000	0,7	EU	2003	1,4

Q: Cypionka et al. (2013).

Übersicht 2.6: Tangible Kosten des Alkoholmissbrauchs

Land	Jahr	In % des BIP
Australien	2004/05	1,1
Kanada	2002	1,3
Schweiz	1996	1,6
USA	1992	2,4
Irland	2007	1,9

Q: Cypionka et al. (2013).

Übersicht 2.7: Ergebnisse der Kosten-Nutzen-Analyse für 2011 von Cypionka et al. (2013)  
Österreich

	Einperiodiges Modell	Lebenszyklusmodell
	Absolut	Annuität (r = 3%)
Kosten in Mio. €		
Direkte medizinische Kosten	373,8	53,6
Direkte nicht-medizinische Kosten		
Krankengeld	6,6	5,0
Pflegegeld	8,0	14,5
Invaliditätspensionen	23,5	61,2
Alterspensionen	-3,7	-54,5
Witwenpensionen	7,1	23,1
Ökonomische Kosten (Produktivität)	441,7	670,8
Alkoholsteuereinnahmen	-119,2	-114,3
Saldo	737,9	659,3
	In % des BIP	
Saldo	0,25	0,22

Q: Cypionka et al. (2013).

Cypionka et al. (2013) gehen einen anderen Weg als die von ihnen zitierten Autoren, die nur Kosten-Aspekte bewerteten, und präsentierten eine "Kosten-Nutzen-Analyse" (Übersicht 2.7). Im Gegensatz zu den reinen Kostenanalysen wurden bei dieser Analyse Einsparungen bei

Alterspensionen durch vorzeitige Mortalität und Alkoholverbrauchssteuereinnahmen (Alkoholsteuer, Biersteuer und Schaumweinsteuer) berücksichtigt. Auch *Czypionka et al.* (2013) verzichteten in einer ihrer Analysen allerdings darauf, die gesamte mit der Erzeugung und dem Vertrieb von Alkohol zusammenhängende volkswirtschaftliche Wertschöpfung und die daraus resultierenden Einkommens-, Lohn- und Umsatzsteuern zu berücksichtigen, weil sie annahmen, dass für den fiktiven Wegfall der Alkoholwirtschaft andere Produkte gleichen Wertes produziert werden würden (Substitutionsverhalten bei Konsumgütern), wobei auch aus dieser Produktivität analoge Steuereinnahmen für den Staat entstehen würden.

Die Berechnungen von *Czypionka et al.* (2013) wurden nach zwei unterschiedlichen Modellen (ein Lebenszyklusmodell und ein einperiodiges, auf ein einzelnes Jahr bezogenes Modell) durchgeführt, die beide zu einem ähnlichen Ergebnis kamen (0,25% versus 0,22%; Übersicht 2.7). Wenn wir von den in Übersicht 2.7 dargestellten Werten ausgehen und die Ergebnisse im Sinne einer reinen Kostenanalyse interpretieren (also die Nutzenkomponenten unberücksichtigt lassen, um die Vergleichbarkeit mit den vorangegangenen Übersichten zu erhöhen), ergeben sich im einjährigen Modell Gesamtkosten von knapp 861 Mio. €, was einem Anteil am BIP von 0,29% entspricht. Dieser Wert ist, verglichen mit jenen aus den internationalen Vergleichsstudien (Übersicht 2.5 und Übersicht 2.6) am unteren Ende des Spektrums angesiedelt. Wie die Autoren betonen, ist ihre Schätzung als ein Basiswert zu betrachten.

## **2.4 Betriebswirtschaftliche Kosten des Alkoholkonsums**

Personen, die durch Alkoholkonsum während der Arbeit beeinträchtigt sind bzw. die wegen alkoholbedingter Probleme öfter fehlen bzw. krank sind, stellen für den Betrieb eine deutliche Belastung dar. Neben den Kosten durch alkoholbedingte Fehlzeiten, Unfälle und Minderleistungen für die Betriebe kommen noch unfallbedingte Sachschäden sowie krankheitsbedingte Leistungseinbußen während des Aufenthalts im Betrieb als Folge des exzessiven Alkoholkonsums in der Freizeit und des Alkoholkonsums im Betrieb dazu.

Die betrieblichen Kosten für alkoholbedingte Fehltage könnten prinzipiell approximiert werden, indem die geleistete Entgeltfortzahlung für die alkoholbedingten Fehltage errechnet wird. In Abschnitt 2.4.1 wird anhand von Daten der oberösterreichischen Gebietskrankenkassen eine solche Schätzung versucht.

Dabei müssen allerdings zwei Aspekte berücksichtigt werden: Ausgewiesen werden häufig alkoholassoziierte Ereignisse und nicht alkoholverursachte Ereignisse, wodurch der kausale Alkoholeinfluss systematisch überschätzt wird. Um das anschaulich zu machen: Wenn jemand depressionsbedingt nicht zur Arbeit gehen kann und zur kurzfristigen Minderung seines Leidensdrucks Alkohol konsumiert, so ist das Fehlen zwar alkoholassoziiert aber nicht alkoholverursacht. Stünde der Person kein Alkohol zur Verfügung, würde sie auch nicht kommen. Darüber, welcher Anteil der alkoholassoziierten Ereignisse nicht alkoholverursacht ist, kann man mangels Daten in den meisten Fällen nur mutmaßen. Der zweite Aspekt betrifft den Umstand, dass in solchen Berechnungen nur jene Krankenstände einfließen können, die aufgrund von einschlägigen Diagnosen als alkoholassoziiert ausgewiesen wurden. Fehlzeiten, die

zumindest teilweise alkoholbedingt sind, aber nicht mit einer entsprechenden Diagnose erfasst werden, bleiben in diesen Fällen unberücksichtigt. Dieser Faktor führt im Gegensatz zum ersten Aspekt zu einer Unterschätzung des Alkoholeinflusses. Erschwerend kommt dazu, dass die über Entgeltfortzahlung hinausgehenden negativen Folgen, die aufgrund von Alkoholproblemen in einem Betrieb entstehen können, wie Auswirkungen auf die Organisationsabläufe, auf die restliche Belegschaft und das Betriebsklima insgesamt, kaum quantifizierbar sind. Die Kostenschätzung der Fehlzeiten auf Basis von Krankenstandsdaten deckt demnach nur einen Teilbereich der alkoholassozierten betriebswirtschaftlichen Folgen ab.

Bei alkoholassozierten Problemen, ganz gleich ob sie ursächlich mit dem Alkoholkonsum zusammenhängen oder Folgen einer Grundproblematik sind, ist davon auszugehen, dass ein Teil der alkoholbedingten Minderleistungen bereits durch geringere Löhne bzw. Gehälter Ausdruck findet. Menschen mit Alkoholproblemen, die im Hintergrund oft soziale oder psychische Probleme haben, weisen im Durchschnitt geringere Einkommen als andere auf (*French – Zarkin, 1998*). Oft scheitern diese Personen bereits in frühen Phasen ihrer Erwerbskarriere, machen bei Bewerbungsgesprächen einen schlechteren Eindruck, werden, wenn sich die Probleme in den Betrieben zeigen, weniger leicht befördert und eher gekündigt und finden infolge schlechterer schulischer und beruflicher Referenzen danach durchschnittlich nur schlechter dotierte Arbeitsplätze<sup>69</sup>). Auch hier ist es allerdings nicht möglich abzuschätzen, wie groß der Anteil der Produktivitätseinbußen ist, die bereits durch niedrigere Gehälter eingepreist sind. In Fällen, in denen MitarbeiterInnen erst im Laufe ihrer Erwerbstätigkeit in einem Betrieb alkoholkrank werden oder die verminderte Leistungsfähigkeit lange unbeobachtet bleibt, kommt es zu größeren Abweichungen zwischen Produktivität und Entlohnung.

Angesichts dieser vielschichtigen Schwierigkeiten können die unterschiedlichen Kostenkomponenten nur sehr schwer erfasst und quantifiziert werden. *Czypionka et al. (2013)* verzichten in ihrer Analyse für Österreich darauf, die Kosten aus alkoholbedingten Arbeitsunfällen sowie Produktivitätseinbußen am Arbeitsplatz infolge von alkoholbedingten körperlichen und geistigen Einschränkungen während der Arbeitszeit (mit Ausnahme jener, die durch Fehlzeiten verursacht werden) zu schätzen. Grund dafür ist, dass die Literatur zu diesen Kennzahlen sehr stark voneinander abweichende Schätzungen liefert und für Österreich keine angemessene Datengrundlage besteht.

Als Beispiel für die Schwierigkeiten in Bezug auf diese Kennzahlen können die Arbeitsunfälle genannt werden. Grundsätzlich sollte es bei Unfällen leichter als bei Erkrankungen sein, einen eindeutigen kausalen Zusammenhang mit Alkoholkonsum festzustellen. Allerdings liegen für Österreich keine Statistiken vor, die die Alkoholbeteiligung bei betrieblichen Unfällen verlässlich abbilden. Das hat nicht zuletzt mit rechtlichen bzw. versicherungstechnischen Aspekten und der Interessenslage der Beteiligten zu tun. Wie im Abschnitt 2.5.1 genauer ausführlich wird,

---

<sup>69</sup>) Hier geht es um Wahrscheinlichkeiten und Durchschnittswerte und nicht um Einzelpersonen. Es ist bekannt, dass es Personen mit Alkoholproblemen in finanziell gut dotierten Positionen gibt und fast jeder kennt Situationen, in denen MitarbeiterInnen mit offensichtlichen Alkoholproblemen sehr lange nicht gekündigt werden – aber prägnante Einzelfälle wirken sich nur schwach auf Durchschnittsverhältnisse aus.

verpflichtet das Arbeitnehmerschutzgesetz 1973 die ArbeitnehmerInnen dazu, sich nicht durch Alkohol, Arzneimittel oder Suchtgifte in einen Zustand zu versetzen, in dem sie sich oder andere Personen gefährden könnten. Außerdem weist das Gesetz ArbeitgeberInnen die Aufgabe zu, im Sinne ihrer Fürsorgepflicht Probleme für die MitarbeiterInnen zu verhindern. DienstgeberInnen, die wissentlich MitarbeiterInnen in alkoholisiertem Zustand gefährliche Aufgaben verrichten lassen, können dafür verantwortlich gemacht werden. Je weniger Alkoholkonsum während der Arbeit üblich ist, desto leichter ist es, entsprechende Verbote durchzusetzen. Zur Fürsorgepflicht kommt noch ein weiterer wichtiger Aspekt: Wenn sich herausstellt, dass eine Alkoholisierung als Ursache für Verletzungen bzw. Sachschäden war, ist es für Versicherungen möglich die Abdeckung der daraus resultierenden Kosten abzulehnen, wobei in vielen Fällen nicht vorhersehbar ist, ob letztlich ArbeitnehmerInnen oder ArbeitgeberInnen für die Kosten aufkommen müssen. Diese Unsicherheit ist einer der Gründe, warum weder ArbeitnehmerInnen noch ArbeitgeberInnen bei alkoholassoziierten Unfällen ein Interesse daran haben, genaue Angaben zur Ursachendynamik zu machen.

Internationale Studien zeigen eine große Bandbreite von Schätzungen zum Anteil von durch Alkoholkonsum verursachten Arbeitsunfällen. *Adams – Effertz (2011)* gehen in ihrer Kostenschätzung für Deutschland davon aus, dass rund ein Viertel der Arbeitsunfälle durch Alkohol verursacht wird. In einer Schätzung auf Basis einer Unternehmensbefragung in der Schweiz kommen *Telser et al. (2010)* dagegen zu dem Ergebnis, dass nur 8% der Arbeitsunfälle alkoholbedingt sind. Für Österreich liegt nur indirekte Evidenz vor: In einer Untersuchung all jener PatientInnen, die innerhalb eines Jahres aufgrund ihrer Verletzungen im Rahmen eines Unfalles an der Unfallchirurgischen Ambulanz in der Universitätsklinik Innsbruck untersucht und anschließend stationär aufgenommen wurden, finden *Kurzthaler et al. (2004)* bei 13,3% der Männer und 1,8% der Frauen einen positiven Blutalkoholspiegel vor. Unter der – starken – Annahme, dass diese Werte auf Gesamtösterreich und auch auf die heutige Situation (d. h. die Arbeits- und Wegunfälle im Jahr 2015) umgelegt werden können, bedeutet das, dass in etwa 10% aller Unfälle ein erhöhter Blutalkoholspiegel nachgewiesen werden könnte. Aus diesem Wert lässt sich allerdings, wie zuvor schon diskutiert, nicht eindeutig ableiten, welcher alkoholassoziierte Anteil tatsächlich einen kausalen Zusammenhang zwischen Alkoholkonsum und Unfallgeschehen repräsentiert.

#### 2.4.1 Schätzung der Krankenstandstage in Verbindung mit erhöhtem Alkoholkonsum

Eine international übliche Methode, um das Ausmaß alkoholassoziierter Krankheitsauswirkungen zu quantifizieren, besteht darin, die Effekte einer Krankheit (vorzeitige Mortalität, Beeinträchtigung und Krankenstände) zu summieren und mit aus der Literatur bekannten alkoholattribuierbaren Anteilen (AAF's)<sup>70)</sup> zu multiplizieren. Die alkoholattribuierbaren Anteile (*Levine,*

---

<sup>70)</sup> Die alkoholattribuierbare Fraktion drückt bei Krankheiten, die einen Zusammenhang mit Alkoholkonsum aufweisen, jenen Anteil der Erkrankungen aus, der auf Alkohol zurückzuführen ist. Ein AAF von 0,5 bedeutet demnach, dass 50% der Fälle einer bestimmten Krankheitsgruppe auf überhöhten Alkoholkonsum zurückzuführen sind.

2007) kann man aus der Prävalenz der Erkrankung und dem relativen Risiko, dass diese Krankheit alkoholverursacht ist, errechnen.

Wendet man die AAF's, die wir den Tabellen 15 und 17 der Publikation von Czypionka *et al.* (2013) entnommen haben<sup>71)</sup>, auf die Daten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) für das Jahr 2012 an, so kann man darauf aufbauend schätzen, welcher Anteil der Krankenstandstage in Verbindung mit alkoholassoziierten Krankheiten stand (Übersicht 2.8). Die Daten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse beinhalten die Gesamtheit der Krankenstandsfälle (mit Anzahl an Tagen) der bei der OÖGKK versicherten Beschäftigten und Arbeitslosen sowie eine nach ICD-10 kodierte Diagnose.

*Übersicht 2.8: Ausmaß von Krankenstandstagen aufgrund erhöhten Alkoholkonsums, 2012  
Oberösterreich*

	AAF-Tage gemessen an den Kranken- standstagen der jeweiligen Gruppe In %
Insgesamt	0,8
Beschäftigte	0,5
Männer	0,7
Frauen	0,3
Arbeitslose	2,0

Q: WIFO-Berechnungen auf Basis von Daten der OÖGKK und AAF-Werten aus Czypionka *et al.* (2013). AAF ... Alkoholattributionbare Fraktionen ist der Anteil der Krankheitsstage, der auf überhöhten Alkoholkonsum zurückzuführen ist.

Übersicht 2.8 zeigt in synthetischer Zusammenfassung, wie hoch der Anteil am Krankenstandsgeschehen der oberösterreichischen Versicherten (bzw. Untergruppen davon) ist, der mit Krankheiten verbunden ist, die mit übermäßigem Alkoholkonsum im Zusammenhang stehen. Hier ist allerdings zu bedenken, dass häufig nur sehr undifferenzierte Diagnosen – auf der 3-Steller-Ebene – vorliegen, dass nicht für alle Krankheitsbilder relative Risiken in Relation zum exzessiven Alkoholkonsum verfügbar sind, dass die vorliegenden AAF-Werte bloß den derzeitigen Wissensstand widerspiegeln und dass diese auch nicht spezifisch für die vorliegende Fragestellung erhoben wurden.

Insgesamt ergeben diese Schätzungen, dass knapp 0,8% der Krankenstandstage mit erhöhtem Alkoholkonsum im Zusammenhang stehen, wobei anzunehmen ist, dass der tatsächliche Anteil deutlich höher ist. Der ausgewiesene Anteil schwankt beträchtlich in Abhängigkeit davon, welcher Personenkreis betrachtet wird. Bei den Arbeitslosen ist der Anteil mit knapp 2% rund 2½-mal so hoch wie bei den Beschäftigten. Bei den (beschäftigten) Männern ist er mit 0,66% doppelt so hoch wie bei den (beschäftigten) Frauen (0,33%).

---

<sup>71)</sup> Die Autoren bedanken sich bei den AutorInnen der IHS-Studie, insbesondere bei Thomas Czypionka und Markus Pock, für die Bereitstellung der Detaildaten zu den AAF-Werten nach Geschlecht und Altersgruppe.

## 2.4.2 Fazit

Aus den in den letzten beiden Abschnitten genannten Gründen ist es kaum möglich, belastbare Aussagen über die ökonomischen Auswirkungen des exzessiven Alkoholkonsums und der Alkoholabhängigkeit auf Krankenstandstage und allgemein auf die betriebswirtschaftlichen Kosten für Österreich zu formulieren. Es ist davon auszugehen, dass alkoholassoziierte Probleme in üblichen Statistiken nur selten vollständig dokumentiert werden, nicht zuletzt weil eine solche Dokumentation für alle Beteiligten negative Auswirkungen haben kann. Das betrifft sowohl Fehlzeiten infolge von Unfällen als auch infolge von Krankheiten. Die Schätzung, die wir im letzten Abschnitt versucht haben, ist aus den genannten Gründen nur mit sehr großer Vorsicht zu interpretieren und stellt höchstwahrscheinlich eine deutliche Unterschätzung des tatsächlichen Ausmaßes dar. Einbußen bei der Produktivität, die in den meisten Schätzungen den größten Kostenfaktor darstellen, und weitere Kostenkomponenten (wie Sachschäden infolge von Arbeitsunfällen) sind ebenfalls schwer quantifizierbar.

In einer der wenigen, aktuellen Studien, die sich umfassend mit den Kosten für Unternehmen durch Alkoholmissbrauch befassen, schätzen *Telser et al.* (2010) die gesamten Kosten von problematischem Alkoholkonsum am Arbeitsplatz in der Schweiz auf rund 1 Mrd. Franken pro Jahr (Basis 2006), umgerechnet 0,17% des BIP. Die StudienautorInnen heben allerdings die Unsicherheit dieser Kostenschätzung hervor und betonen mit Verweis auf die existierende Literatur: "Was sich auf allgemeiner Ebene sagen lässt, ist, dass Alkoholkonsum substantielle Kosten am Arbeitsplatz verursacht. Negative Effekte auf Fehlzeiten, Produktivität und Arbeitsunfälle sind beinahe überall in der Literatur nachgewiesen. Einzig über die Größenordnungen der Effekte sind kaum Aussagen möglich" (*Telser et al.*, 2010, S. 5).

## 2.5 Das Phänomen Alkohol am Arbeitsplatz und der Umgang damit

Wie einleitend bereits erwähnt, wurde Alkohol im Lauf der Geschichte meist als Nahrungs-, Stärkungs- und Heilmittel sehr geschätzt und wenig problematisiert, phasenweise aber auch hochgradig bekämpft und dämonisiert. Starke Tendenzen in Richtung Alkoholprohibition, die in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts im protestantisch geprägten Nordeuropa und in den USA eine sehr wichtige Rolle spielten, fanden in den katholisch geprägten Staaten Europas relativ wenig Widerhall. Um 1900 gab es zwar unter der Arbeiterschaft in Österreich und Deutschland relevante Abstinenzverbände, deren Rolle war aber nie mit jener in Nordeuropa und den USA vergleichbar und hat im Zuge der Weltkriege rasch an Stellenwert verloren (*Eisenbach-Stangl*, 1991, *Wienemann*, 2000). Nach dem Zweiten Weltkrieg war Alkoholkonsum während der Arbeit in der Landwirtschaft, in der Bauwirtschaft, in der Schwerindustrie, in der Gastronomie und auch noch in vielen anderen Branchen eine Selbstverständlichkeit, die kaum kritisiert wurde, sofern der Konsum nicht zu einer erheblichen Beeinträchtigung führte.

Langsam, aber konsequent änderte sich die Einstellung zum Alkoholkonsum während der Arbeit in Richtung Moderation bzw. Abstinenz. Ein wichtiger Faktor war ohne Frage, dass für das Lenken von Kraftfahrzeugen ab 1961 die 0,8 Promillegrenze eingeführt wurde. Für Berufs-

kräftfahrerinInnen, Personen, die für die Kundenbetreuung auf das Auto angewiesen waren, und für Personen, die mit dem Auto zur Arbeit fahren, wurde Alkoholkonsum während der Arbeit zusehends zum Problem und in der Folge immer unüblicher. In dieselbe Richtung ging die Entwicklung, wonach ArbeitgeberInnen über das Arbeitsrecht zusehends verpflichtet wurden, auf das Wohlergehen ihrer Angestellten zu achten und Unfälle zu vermeiden, und dass diese Bestimmungen zusehends strenger überprüft wurden. Gleichzeitig gingen Versicherungen verstärkt dazu über, Schäden, die im Zusammenhang mit der Alkoholisierung von MitarbeiterInnen entstanden, aus ihrem Leistungskatalog zu streichen. All diese Prozesse fanden allerdings langsam und sukzessive statt. Leider gibt es keine systematischen Erhebungen über die Jahre dahingehend, ob und in welchem Umfang während der beruflichen Tätigkeit Alkohol getrunken wurde bzw. getrunken werden durfte, um den Rückgang des Alkoholkonsums in den Betrieben empirisch zu belegen. Uns ist nur eine Untersuchung bekannt, in der Personen darüber befragt wurden, ob in ihrem Arbeitsbereich Alkoholkonsum toleriert wird oder verboten ist. Diese Untersuchung stammt aus den Jahren 1994/95 (Uhl – Springer, 1996). Bei dieser Erhebung bezeichneten 3% der befragten ArbeitnehmerInnen ihren Betrieb als "alkoholfreundlich, mit Druck mitzutrinken", 6% als "alkoholfreundlich, ohne Druck zum Mittrinken", 24% als "alkoholneutral, in dem Sinn, dass Alkoholkonsum toleriert wird aber kein Thema ist", 21% als "alkoholfeindlich, wobei geringe Mengen zum Essen toleriert werden" und 47% als "alkoholfeindlich, in dem Sinn das kein Konsum stattfinden kann" (Übersicht 2.9).

Übersicht 2.9: Möglichkeit zum Alkoholkonsum während der Arbeitszeit?

		Antworten	
		Anzahl	Anteile in %
Alkoholfeindliches Arbeitsmilieu	Alkoholkonsum ist strengstens verboten (auch ein Bier zum Essen)	251	24,6
	Alkoholkonsum ist zwar nicht ausdrücklich verboten aber kaum möglich	226	22,2
	Alkoholkonsum wird zwar nicht gern gesehen, aber kleine Mengen (z. B. ein Bier zum Essen) sind möglich	210	20,6
Neutrales Arbeitsmilieu	Alkoholkonsum ist kein Thema – es kümmert sich niemand darum, ob man während der Arbeitszeit Alkohol trinkt	240	23,6
	Alkoholkonsum ist unter Kollegen zwar üblich, man wird aber auch voll akzeptiert, wenn man nichts trinkt	63	6,2
Alkoholfreundliches Arbeitsmilieu	Alkoholkonsum ist unter Kollegen üblich, man muss sich ständig rechtfertigen, wenn man nichts trinkt	14	1,4
	Alkoholkonsum ist in meiner Tätigkeit gar nicht vermeidbar (z. B. als Kellner oder bei Weinverkostung mit Kunden)	13	1,3

Q: Uhl – Springer (1996).

Angesichts des Umstandes, dass der Stellenwert des Alkohols während der Arbeit laufend abgenommen hat, ist anzunehmen, dass 20 Jahre später der Anteil der Betriebe, die dem Alkoholkonsum positiv oder neutral gegenüberstehen noch deutlich geringer ist, als in

Übersicht 2.9. Es wäre sicherlich von Interesse neuerlich eine solche Befragung durchzuführen – aber eine solche wurde bis dato nicht durchgeführt.

Generell ist anzunehmen, dass gesellschaftliche Grundhaltungen sich nur langsam verändern. So, wie in der Wissenschaft anerkannte Theorien in der Regel nicht plötzlich verschwinden, weil sie widerlegt werden, sondern, weil AnhängerInnen der alten Theorie langsam aussterben (Kuhn, 1962), verändern sich auch kulturelle Gebräuche und Einstellungen einer Kultur nicht über Nacht.

So wie es im Umgang mit einzelnen Menschen notwendig ist, diesen, auch wenn man sie bei Problemlagen unterstützen will und die Intervention in deren Interesse ist, Zeit zum Nachdenken und Verändern ihre Einstellungen und Verhaltensweisen einzuräumen – in der Psychologie und Medizin wird in diesem Zusammenhang von "motivierender Gesprächsführung" gesprochen (Miller – Rollnick, 1991) –, ist es auch im Umgang mit gesellschaftlichen und innerbetrieblichen Problemen notwendig empathisch und moderat zu agieren, weil man sonst massiven Widerstand provoziert ("Reaktanz" nach Brehm, 1966) und in der Folge meist scheitert. Die Bedeutung eines empathischen Zugangs beim Umgang mit Suchtkranken wurde im Rahmen einer Delphi-Studie zur Vorbereitung der ersten nationalen österreichischen Suchtpräventionsstrategie von der überwiegenden Mehrzahl der SuchtexpertInnen bestätigt (Uhl et al., 2013, Bundesministerium für Gesundheit, 2015)

### 2.5.1 Gesetzliche Grundlagen zu Alkohol am Arbeitsplatz in unterschiedlichen Arbeitsfeldern

Das Arbeitnehmerschutzgesetz 1973 (ASchG) verpflichtet die ArbeitnehmerInnen, bestimmte Handlungen zu unterlassen und konkretisiert eine Fürsorgepflicht der ArbeitgeberInnen. Nach § 15 (4) ASchG sind die ArbeitnehmerInnen generell dazu verpflichtet, sich nicht durch Alkohol, Arzneimittel oder Suchtgifte in einen Zustand zu versetzen, in dem sie sich oder andere Personen gefährden können<sup>72</sup>). Die ArbeitgeberInnen sind nach § 3 ASchG wiederum verpflichtet besondere Gefährdungspotentiale festzustellen und durch die klaglose Durchführung von Schutzvorschriften zur Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten beizutragen<sup>73</sup>). Nach § 27 (9) ASchG ist den ArbeitnehmerInnen Trinkwasser oder ein anderes gesundheitlich einwandfreies, alkoholfreies Getränk zur Verfügung zu stellen.

Bis 1994 war nach § 95 (6) der Allgemeinen Arbeitnehmerschutzverordnung (AAV) der Genuss alkoholhaltiger Getränke während der Arbeitszeit generell verboten, und ArbeitnehmerInnen, die durch Alkohol, Medikamente oder Suchtgift beeinträchtigt waren, war das Betreten des Betriebs verboten<sup>74</sup>). Im Zuge der europarechtlich geprägten Neuregelung des Arbeitneh-

---

<sup>72</sup>) ASchG § 15 (4) ArbeitnehmerInnen dürfen sich nicht durch Alkohol, Arzneimittel oder Suchtgift in einen Zustand versetzen, in dem sie sich oder andere Personen gefährden können.

<sup>73</sup>) ASchG § 3 (1) ArbeitgeberInnen sind verpflichtet, für Sicherheit und Gesundheitsschutz der ArbeitnehmerInnen in Bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen, zu sorgen.

<sup>74</sup>) AAV § 95 (6) ArbeitnehmerInnen, die sich in einem durch Alkohol, Medikamente oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand befinden, dürfen den Betrieb nicht betreten. Der Genuß alkoholhaltiger Getränke während der Arbeitszeit ist

merschutzrechtes wurde das generelle Alkoholverbot während der Arbeitszeit wieder aufgehoben. In den Ruhepausen durfte auch vor dieser Anpassung immer Alkohol getrunken werden, sofern sich die Betroffenen nicht in einen Zustand versetzten, in dem sie sich selbst oder andere im Betrieb Beschäftigte gefährdeten (§ 15 (4) ASchG)<sup>72</sup>). Es ist in Österreich nicht zulässig Beschäftigten den Alkoholkonsum in der Freizeit, und Arbeitspausen gelten als Freizeit, generell zu verbieten, weil das sittenwidrig wäre, sofern das Verbot nicht sachlich gerechtfertigt ist. Eine sachliche Rechtfertigung liegt z. B. vor, wenn es bei BerufssportlerInnen auf optimale körperliche Verfasstheit ankommt (Reissner, 2008). Völlige Alkoholverbote auch in der Freizeit, sind laut Schneeberger (2015) über Einzelverträge möglich, da ArbeitnehmerInnen vertraglich auf Persönlichkeitsrechte verzichten können.

DienstgeberInnen können den Alkoholkonsum betreffend keine Weisungen erlassen, die weniger streng als die gesetzlichen Bestimmungen sind, aber strengere Bestimmungen erlassen. Ein generelles Alkoholverbot während der Arbeitszeit und ein Verbot alkoholische Getränke zum Arbeitsplatz mitzubringen, ist laut Schneeberger (2015) grundsätzlich zulässig, wobei in diesem Zusammenhang als Grundlage dienstliche Anordnungen, Betriebsvereinbarungen und Einzelverträge möglich sind. Reissner (2008) geht in seiner Interpretation der Rechtslage nicht ganz so weit, indem er vertritt, dass derartige Einschränkungen ohne besondere sachliche Rechtfertigung unzulässig sind, wobei er allerdings ergänzt, dass die Situation rechtlich nicht völlig eindeutig geklärt ist.

Sollen solche Beschränkungen durch eine Betriebsvereinbarung beschlossen werden, so ist laut Schneeberger (2015) der Betriebsrat verpflichtet eine sachgerechte Auseinandersetzung mit der Frage durchzuführen – er sollte weder Vertreter der Gruppe sein, die möglichst ungehinderten Alkoholkonsum im Betrieb wünscht, noch Vertreter der Gruppe, die ein besonders rigides Alkoholverbot wünscht.

Ein wichtiger Punkt in diesem Zusammenhang betrifft auch, wie die Kontrolle der Einhaltung der geltenden Bestimmungen erfolgen darf. Nach Schneeberger (2015) reicht im Regelfall der Nachweis durch Zeugenwahrnehmung. Der Einsatz von Alkomaten zur Überwachung eines betrieblichen Alkoholverbots sowie von Leibesvisitation und Taschenkontrollen verletzt nach Schneebergers Auffassung die Menschenwürde und können daher auch durch eine Betriebsvereinbarung nicht legitimiert werden. Reissner (2008) sieht zwar auch keine Möglichkeit Alkomaten einzusetzen oder Leibesvisitationen durchzuführen, vertritt aber, dass besonders im Verdachtsfall, Taschenkontrollen, Kastenkontrollen oder Kontrollen der Schreibtischladen zulässig sind. Übereinstimmung zwischen den beiden Autoren besteht dahingehend, dass verdächtige MitarbeiterInnen den Nachweis ihrer Nüchternheit mittels Alkomaten anbieten dürfen, wodurch die Unmöglichkeit, solche Tests anzuordnen, indirekt ausgehebelt wird.

---

verboten. In den Ruhepausen dürfen solche Getränke nur getrunken werden, wenn sich die ArbeitnehmerInnen dadurch nicht in einen Zustand versetzen, in dem sie sich selbst oder andere im Betrieb Beschäftigte gefährden.

Eine wesentliche Frage ist auch, wie ArbeitgeberInnen im Fall von alkoholbedingten Arbeitsausfällen vorgehen dürfen. In diesem Zusammenhang geht es um Entgeltfortzahlungen, um die fristlose Entlassung im Wiederholungsfall und um Schadenersatzpflicht, wenn dem Betrieb Schäden, z. B. an Maschinen entstehen. Die freiwillig herbeigeführte Alkoholisierung gilt laut Reissner (2015) als Verschulden.

Anders stellt sich die Situation dar, wenn die betreffenden MitarbeiterInnen alkoholkrank sind, weil es sich in diesem Falle nicht um eine freiwillig herbeigeführte Alkoholisierung, sondern um eine nicht beherrschbare Abhängigkeit mit Krankheitswert handelt. In diesem Fall ist grundsätzlich wie bei anderen Erkrankungen vorzugehen. Sind allerdings die betreffenden Personen im Betrieb längerfristig nicht mehr sinnvoll einsetzbar (z. B. Führerscheinentzug bei KraftfahrzeuglenkerInnen) und sind die Betroffenen nicht behandlungswillig oder ist nicht mit einer baldigen Genesung zu rechnen, so kann, wie der OGH (*Bundeskanzleramt*, 1994) entschied, eine Entlassung auch bei Alkoholkranken gerechtfertigt sein, da eine länger dauernde Dienstunfähigkeit nach §27 (2) AngG<sup>75</sup>) vorliegt.

### 2.5.2 Die Entwicklung von Präventionskonzepten in Betrieben

Wienemann et al. (2011) führen die aktuellen Konzepte der betrieblichen Suchtpräventionsprogramme in Deutschland zu einem erheblichen Teil auf Standards für arbeitsplatzbezogene Alkoholprogramme zurück, die in den 1940er-Jahren in den USA entwickelt wurden. Zentral war von Anfang an, dass das Programm von der ArbeitgeberInnen- und ArbeitnehmerInnen-seite gemeinsam getragen wurde, dass im Betrieb Verantwortliche für das Programm bestimmt wurden und dass klare Regeln dahingehend erarbeitet und festgelegt wurden, was in Bezug auf Alkohol im Betrieb zulässig und was unzulässig ist. Zu den Programmen gehörte ferner die Schulung von Führungskräften, um diese Regeln durchzusetzen, um Probleme im Zusammenhang mit Alkohol frühzeitig zu erkennen und um Alkoholgefährdete und Alkoholkranken rasch und konsequent an einschlägige Beratungs- und Hilfeangebote der Betriebe heranzuführen.

Dabei ist zu bedenken, dass die Einstellung zu Alkohol in den USA in den 1940er-Jahren, knapp nach der landesweiten Prohibition von 1920 bis 1933, erheblich anders war als in Österreich oder Deutschland, wo regelmäßiger Alkoholkonsum in der Arbeitswelt auch nach dem Zweiten Weltkrieg noch lange die Regel und nicht die Ausnahme war und wo ausschließlich exzessiver Alkoholkonsum und Alkoholismus problematisiert wurden. Die erste professionelle Behandlungseinrichtung für AlkoholikerInnen in Österreich wurde zu Beginn der 1960er-Jahre in Wien Kalksburg gegründet (*Mader et al.*, 1991). Nachdem sich erst mit deutlicher zeitlicher Verzögerung die professionelle Suchtprävention etabliert hatte, wurden in den frühen 1990er-Jahren in Vorarlberg bzw. Oberösterreich die ersten beiden österreichischen Fachstellen für Suchtprävention gegründet (*Uhl – Springer*, 2002).

---

<sup>75</sup>) AngG § 27 Als ein wichtiger Grund, der den Dienstgeber zur vorzeitigen Entlassung berechtigt, ist insbesondere anzusehen: [...] (2) wenn der Angestellte unfähig ist, die versprochenen oder die den Umständen nach angemessenen Dienste (§ 6) zu leisten.

Mitte der 1990er-Jahre kam es dann erstmals dazu, dass sich österreichische SuchtexpertInnen gezielt mit dem Problem "Alkohol am Arbeitsplatz" auseinandersetzten und systematische Programme zur diesbezüglichen Schulung leitender Angestellter entwarfen. Die ersten Konzepte wurden von TherapeutInnen des Anton Proksch Instituts in Wien sowie des Therapie-zentrums in Traun, Oberösterreich gemeinsam mit MitarbeiterInnen von Großbetrieben – konkret in der Generali Versicherung AG (*Feselmayer – Beiglböck, 2001, Jirsa-Friedl, 2001*) und in der Voestalpine Stahl GmbH (*Feuerstein, 2007, Csillag, 2001*) erprobt und seit diesem Zeitpunkt kontinuierlich weiterentwickelt, manualisiert und regelmäßig in einer großen Anzahl von Großbetrieben umgesetzt. Beide Projekte werden im Anschluss kurz beschrieben. Ähnliche Projekte wurden auch in Deutschland entwickelt, wobei wir hier kurz auf das Projekt "Suchtprävention in Verkehrsunternehmen am Beispiel der Deutschen Bahn" (*Gravert, 2013*) und das Projekt "Betriebliche Suchtprävention bei der Berliner Stadtreinigung" (*Seele – Janecke, 2013*) eingehen werden.

### **Das "Alkohol am Arbeitsplatz"-Projekt in der Generali Versicherung AG**

Anstoß für das Projekt in der Generali Versicherung AG war, dass zwei MitarbeiterInnen an den Folgen ihrer Alkoholkrankheit verstarben. In diesem Zusammenhang wurde ein spezifisches Präventionsprogramm entwickelt, um bei Alkoholproblemfällen rechtzeitig adäquat intervenieren zu können. Als erster Schritt nahmen Führungskräfte des Betriebs an einem Weiterbildungsseminar teil. Parallel dazu wurden Richtlinien zum Umgang mit alkoholgefährdeten bzw. Alkohol erkrankten MitarbeiterInnen entwickelt, wobei die Vorgangsweise einem Stufenplan entsprach. Die erste Stufe sah ein Gespräch zwischen der betroffenen MitarbeiterIn und einer Führungskraft, mit dem Ziel dem/der MitarbeiterIn Unterstützung zur Überwindung der Probleme anzubieten, vor. Diese Möglichkeit ist besonders dann optimal gegeben, wenn MitarbeiterInnen einer Behandlungseinrichtung in direktem Kontakt mit Leitungspersonen im Betrieb stehen. Führte dieses Gespräch nicht zum gewünschten Erfolg, erfolgte nach genauen Regeln stufenweise eine Eskalation, in der die Anzahl der am Gespräch beteiligten Personen erhöht wurde. Die klare Grundhaltung dabei war und ist, dass man die Betroffenen bei der Lösung ihrer Probleme aktiv unterstützt und ihnen den weiteren Verbleib im Betrieb in Aussicht stellt, sofern sie sich der Problematik stellen, die Angebote annehmen und das Alkoholproblem überwinden.

Die Evaluation des Projektes ergab, dass es von der Mehrheit der MitarbeiterInnen gut angenommen wurde, dass das Verständnis für die Alkoholkrankheit verbessert wurde und eine Veränderung der "Feierkultur" stattfand – ganz besonders in dem Sinn, dass KollegInnen im Betrieb nicht mehr zum Trinken eines Gläschens animiert wurden und dass das Konzept der Früherkennung und Frühintervention zur Regel im Betrieb wurde. Infolge dieses Projekts wurden Alkoholgefährdete und Alkoholabhängige zusehends als erkrankte Kollegen gesehen, die einer Behandlung bedürfen und denen der Betrieb alle erdenkliche Hilfe und Unterstützung bietet. Seminare zum Thema "Alkohol am Arbeitsplatz" sind seit damals fixer Bestandteil der Betriebskultur.

### **Das "Alkohol am Arbeitsplatz"-Projekt "SUN"**

Ein weiteres wichtiges Projekt nach dem Konzept "Alkohol am Arbeitsplatz" – das Projekt "SUN" (**S**icher – **U**nfallfrei – **N**üchtern) – wurde ungefähr zur gleichen Zeit in Linz für die Voestalpine Stahl GmbH entwickelt. Auch dort ging es darum, leitende Angestellte dabei zu unterstützen, konsequent gegen Alkoholprobleme in ihrer Firma vorzugehen. Ausgangspunkt für dieses Projekt war der Umstand, dass die Belegschaft der Voestalpine Stahl der Überzeugung war, dass Bier für Hitzearbeiter der beste Durstlöcher sei und diesem Grundsatz entsprechend, während der Dienste, regelmäßig große Mengen Bier getrunken wurden. Dazu kam, dass um Geburtstage zu feiern, mit Alkohol angestoßen wurde, und dass MitarbeiterInnen für besonderen Einsatz damit belohnt wurden, dass eine "Runde" spendiert wurde. Als sich die Überzeugung entwickelte, dass als Folge des weitverbreiteten Alkoholkonsums während der Arbeit erhebliche Kosten für den Betrieb entstehen, wurde zunächst ein absolutes Alkoholverbot erwogen. Dieses stieß allerdings spontan auf große Ablehnung in der Belegschaft. Um das Betriebsklima nicht zu gefährden, beschlossen die Verantwortlichen zunächst keine strengen Verbote und Kontrollen einzuführen, und professionellen Rat zu suchen. Gemeinsam mit ExpertInnen des Anton Proksch Instituts und des Therapiezentrum in Traun wurde Mitte der 1990er-Jahre ein Konzept entworfen, um die Alkoholprobleme im Betrieb langfristig zu verringern.

Da bis 1996 Bier (5,2 Volumenprozent) in der Kantine offiziell gekauft werden konnte (ab 1997 nur mehr Leichtbier mit 3 Volumenprozent), war es möglich den durchschnittlichen Bierkonsum im Zeitraum von 1985 bis 2005 quantitativ zu erfassen. Der Tageskonsum pro Person und Tag lag 1997 bei mehr als einem halben Liter Normalbier und sank bis 2005 auf 0,07 Liter Leichtbier. Die durchschnittlich konsumierten Reinalkoholmengen während der Arbeit sanken demnach in diesem Zeitraum um mehr als 95%. Die Anzahl der Unfälle ging in diesem Zeitraum ebenfalls um mehr als 75% zurück, wie eine Evaluation belegt (*Feuerstein, 2007*). Wie Feuerstein betont, waren die Widerstände gegen die Maßnahmen anfänglich zwar sehr groß, diese Widerstände nahmen allerdings im Laufe der Zeit sukzessive ab und die neue Betriebskultur setzte sich allmählich durch.

Von zentraler Bedeutung für diese und ähnliche Projekte ist es die Leitung, den Betriebsrat und die MitarbeiterInnen langsam aber konsequent davon zu überzeugen, dass (weitgehender) Alkoholverzicht am Arbeitsplatz für alle Beteiligten von Vorteil ist und dass man MitarbeiterInnen mit Alkoholproblemen rechtzeitig eine adäquate Hilfestellung anbieten muss, um Probleme im Betrieb zu minimieren und zu verhindern, dass die betroffenen Personen ihren Arbeitsplatz verlieren. Das Programm "SUN" ist in einem gewissen Sinne der Prototyp des Programms "Alkohol am Arbeitsplatz", das auch heute noch in ähnlicher Art und Weise angeboten wird.

### **Suchtprävention in Verkehrsunternehmen am Beispiel der Deutschen Bahn**

Personen, die ein Schienenfahrzeug lenken, ist es aufgrund gesetzlicher Vorschriften nicht erlaubt, sich durch Alkoholkonsum zu beeinträchtigen. 1998 wurde von der Deutschen Bahn in einer "Konzernbetriebsvereinbarung" zusätzlich ein Suchtmittelverbot für alle ArbeitnehmerIn-

nen beschlossen. In diesem Zusammenhang haben sich verschiedene Partner im Konzern zum "Netzwerk Suchtprävention" zusammengeschlossen. Neben der Entwicklung von Informationsschriften und audiovisuellen Medien für Auszubildende, MitarbeiterInnen, Führungskräfte und InteressensvertreterInnen engagieren sich hauptamtliche SozialberaterInnen und ehrenamtliche betriebliche SuchthelferInnen, um MitarbeiterInnen mit Suchtproblemen beizustehen. Die Abteilung Bahnsozialwerk verfügt über qualifizierte SozialarbeiterInnen, die in der Suchtprävention ausgebildet sind und über langjährige Erfahrung im Suchtbereich verfügen. Führungskräfte und MitarbeiterInnen werden in diesem Zusammenhang in Seminaren geschult. Die Konzepte wurden, anders als die beschriebenen österreichischen Beispiele, ausschließlich von betriebsinternen SuchtpräventionsexpertInnen entwickelt und werden ohne Kooperation mit externen Einrichtungen umgesetzt (Gravert, 2013).

### **Betriebliche Suchtprävention bei der Berliner Stadtreinigung**

Ein weiteres Beispiel für betriebliche Suchtprävention im deutschsprachigen Raum findet sich bei der Berliner Stadtreinigung. 1996 verständigten sich die Unternehmensleitung und die Personalvertretung dieses kommunalen Unternehmens auf eine Dienstvereinbarung, die Auffälligkeiten im Umgang mit Alkohol und anderen Suchtmitteln regelte und ein absolutes Alkoholverbot für alle MitarbeiterInnen einführte. Suchtgefährdung wurde als Basisthema in den betrieblichen Gesundheitsseminaren für Beschäftigte und das betriebliche Weiterbildungsangebot für nebenamtliche Präventionskräfte eingeführt. Seit Einführung der Dienstvereinbarung werden Führungskräfte in diesem Zusammenhang durch die betriebliche Beratungsstelle unterstützt. Auch in diesem Fall handelt es sich, um Strukturen die betriebsintern entwickelt wurden und ohne Kooperation mit externen Einrichtungen umgesetzt werden (Seele – Janecke, 2013).

### *2.5.3 Grundlegende Prinzipien zum Umgang mit dem Phänomen "Alkohol am Arbeitsplatz"*

Während bis in die 1990er-Jahre des letzten Jahrhunderts im Zusammenhang mit betrieblicher Suchtprävention ausschließlich an Alkohol gedacht wurde, weswegen die Programme durchwegs unter "Alkohol am Arbeitsplatz" liefen, änderte sich das Verständnis der Suchtprävention bis zum Jahrtausendwechsel kontinuierlich in dem Sinn, dass der problematische und pathologische Gebrauch von psychoaktiven Substanzen ganz generell zum Thema wurde. Seither wird primär von "betrieblicher Suchtprävention" gesprochen, was den betrieblichen Umgang mit Alkohol inkludiert (Wienemann, 2000).

ExpertInnen zum Thema "Alkohol am Arbeitsplatz" bzw. "betriebliche Suchtprävention" bauen auf einer Analyse des traditionellen Umgangs mit Alkohol und Alkoholproblemen in Betrieben auf, analysieren und beschreiben inadäquate Haltungen sowie Verhaltensweisen und formulieren, gestützt auf praktische Erfahrungen sowie moderne sozial- und kognitionspsychologische Erkenntnisse, adäquate Alternativen. In diesem Zusammenhang geht es einerseits um

den alltäglichen Umgang mit Alkohol im Betrieb und andererseits um den Umgang mit Personen, die durch exzessiven Alkoholkonsum bzw. Alkoholismus auffallen.

Den alltäglichen Umgang mit Alkohol im Betrieb zu minimieren, soll Risiken durch eine Alkoholbeeinträchtigung während der Arbeit minimieren und liegt damit sowohl im Interesse der DienstgeberInnen als auch der ArbeitnehmerInnen. ArbeitnehmerInnen mit Alkoholproblemen rechtzeitig und gezielt zu unterstützen, und so möglichst zu verhindern, dass diese den Arbeitsplatz verlieren, verbessert das Betriebsklima und unterstützt einen Personenkreis, der ohne Unterstützung leicht aus dem Arbeitsprozess exkludiert werden kann und in der Folge dem Sozialsystem zur Last fällt.

### **Der inadäquate Zugang zum Thema "Alkohol am Arbeitsplatz"**

*Beiglböck – Feselmayer (2015)* beschrieben – auf ihre Erfahrungen mit Betrieben gestützt – den typischen Umgang mit Suchtproblemen in der Arbeitswelt mit drei Phasen, die sie als "inadäquaten Zugang" kritisieren. Dieser Umgang verdrängt und toleriert Probleme zuerst übermäßig lang, ab einem gewissen Punkt wird plötzlich mit völliger Härte reagiert. Den betreffenden Personen wird keine Chance geboten, die Probleme konstruktiv zu lösen. Die AutorInnen unterscheiden zwischen "Bemutterungsphase", "Helferdrangphase" und "Aussonderungsphase" und beschreiben diese drei Phasen folgendermaßen:

- Phase 1: Bemutterungsphase  
Diese Phase zeichnet sich durch Nachsicht und viel Verständnis für die Betroffenen aus. Es gibt Verständnis für die exzessiven TrinkerInnen. Es wird vermutet, dass es sich bloß um vorübergehende Problemphasen handelt, das Verhalten der Alkoholkranken wird weitgehend toleriert.
- Phase 2: Helferdrangphase  
In dieser Phase wird langsam zur Kenntnis genommen, dass das Alkoholkonsumverhalten der betreffenden Personen in Intensität und Dauer deutlich über das übliche Ausmaß hinausgeht. Es wird offensichtlich, dass sich daraus klare Nachteile für den Betrieb und die KollegInnen ergeben. MitarbeiterInnen beginnen gezielt auf die Alkoholkranken einzuwirken, haben aber noch immer Verständnis für diese und glauben deren Versprechungen sich zu bessern.
- Phase 3: Aussonderungsphase  
Da sich die Probleme mit den Alkoholkranken häufen, sich deren Versprechungen nicht bewahrheiten und der Frust bei betroffenen KollegInnen kumulativ zunimmt, erscheint zusehends eine Kündigung der einzig denkbare Weg zu sein – und dieser Weg wird dann auch rasch beschritten. Diese Vorgangsweise löst zwar das Problem für den Betrieb, hilft ehemaligen MitarbeiterInnen aber nicht, die Probleme in den Griff zu bekommen.

### **Der professionelle Ansatz zum Thema "Alkohol am Arbeitsplatz"**

Als Kontrapunkt zum inadäquaten Zugang wird von ExpertInnen für betriebliche Suchtprävention ein professioneller Zugang zu Suchtproblemen im Betrieb propagiert. Dieser Zugang

zielt darauf ab, durch Bewusstseinsbildung längerfristig den Alkoholkonsum im Betrieb zu minimieren bzw. zu verhindern, indem die Betriebskultur den Alkohol betreffend grundlegend verändert wird. Ein alkoholfreier Arbeitsplatz verringert die Gefahr, dass gefährdete Personen Alkoholprobleme entwickeln und unterstützt Personen mit Alkoholproblematik dabei, alkoholabstinent zu leben.

Da es allerdings auch in einer vordergründig alkoholfreien Arbeitsumgebung nicht zu verhindern ist, dass MitarbeiterInnen Alkoholprobleme haben und mit den daraus resultierenden Auswirkungen das Arbeitsklima belasten bzw. im Betrieb heimlich Alkohol konsumieren, ist auch eine Strategie für derartige Anlassfälle erforderlich. Im Gegensatz zum zuvor beschriebenen inadäquaten Zugang geht es hier darum die Probleme möglichst früh zu erkennen, mit den Betroffenen konsequent aber unterstützend umzugehen, diesen realistische Angebote zu machen, wie sie das Problem in den Griff bekommen können, und erst falls diese Angebote scheitern, sich von den MitarbeiterInnen zu trennen. Erklärter Grundsatz dabei ist, MitarbeiterInnen mit Problemen wenn möglich im Betrieb zu behalten.

### **Fürsorgegespräch, Klärungsgespräch und Stufenplan im Anlassfall**

Alle Programme zur betrieblichen Suchtprävention empfehlen sofort zu reagieren, wenn konkrete Probleme bei MitarbeiterInnen bekannt werden. Dabei sollen die Reaktionen nach einem Stufenplan gesteigert werden, bis eine Lösung des Problems oder die Trennung von den betroffenen MitarbeiterInnen erfolgt. *Wienemann et al.* (2011) beschreiben in den von der deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren (DHS) publizierten "Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention DHS" einen solchen Stufenplan. Konkret wird hier zwischen "Fürsorgegespräch", "Klärungsgespräch" und einem "5-stufigen Stufenplan" unterschieden, wobei festgelegt wird, in allen Fällen, wo Suchtmittelmissbrauch/Suchtverhalten erkennbar ist, sofort mit dem Stufenplan zu beginnen.

- **Fürsorgegespräch:**  
Werden bei Beschäftigten persönliche, gesundheitliche oder soziale Probleme am Arbeitsplatz sichtbar, die eine Vernachlässigung beruflicher Pflichten erwarten lassen, so führen die unmittelbar Vorgesetzten mit den Betroffenen Gespräche, in denen Fürsorge zum Ausdruck gebracht und soziale Unterstützung zugesichert wird. In dieser Phase soll den Betroffenen signalisiert werden, dass sie Unterstützung der ArbeitgeberInnen erwarten können, falls sie das wünschen. Diese Gespräche haben keinen disziplinarischen Charakter.
- **Klärungsgespräch:**  
Sind bereits Vernachlässigungen der beruflichen Pflichten eingetreten, so führen die Vorgesetzten mit den betroffenen Personen Klärungsgespräche und weisen auf innerbetriebliche Hilfsangebote sowie externe Beratungsmöglichkeiten hin. Es wird ein Rückmeldegespräch in etwa zwei Monaten vereinbart. Die Vorgesetzten fertigen Gesprächsnotizen an, die sie den betreffenden Personen aushändigen. Auch diese Gespräche haben keinen disziplinarischen Charakter.

- **Stufenplan:**

(1) Werden im Fürsorgegespräch, im Klärungsgespräch oder auf anderem Wege Suchtmittelmissbrauch oder Suchtverhalten bekannt, so wird eine erste Intervention nach dem Stufenplan gesetzt, die strukturell mit einem Klärungsgespräch identisch ist. (2) Persistiert das Problem, findet ein weiteres analoges Gespräch statt, zu dem zusätzlich ein Mitglied des Betriebsrats und ein Suchtbeauftragter oder eine Suchtbeauftragte beigezogen werden. Auch dieses Gespräch hat noch keinen disziplinarischen Charakter. (3) Persistiert das Problem, findet ein weiteres analoges Gespräch statt, zu dem zusätzlich eine Person der Personalstelle beigezogen wird. An dieser Stelle findet eine Abmahnung statt. (4) Persistiert das Problem, findet ein weiteres analoges Gespräch statt. Ergänzend wird nun die schriftliche Auflage erteilt, eine Beratungsstelle aufzusuchen und regelmäßige Rückmeldegespräche zu führen. Es findet eine weitere Abmahnung statt. (5) Persistiert das Problem, findet ein letztes derartiges Gespräch statt. Nun wird die sofortige Einleitung einer Therapie gefordert. An dieser Stelle kommt es entweder zur Androhung einer Kündigung oder zur Kündigung, wobei im Falle einer Kündigung eine Wiedereinstellungszusage für den Fall erfolgen kann, dass die Therapie erfolgreich war.

### **Zentrale Grundsätze für die betriebliche Suchtprävention**

Idealtypisch kann man zwei unterschiedliche Zugänge bei der Gestaltung und Umsetzung von betrieblichen Präventionsprogrammen unterscheiden. Auf der einen Seite stehen detailliert ausgearbeitete Programme, bei denen alle wesentlichen Schritte in Manualen festgelegt sind, und auf der anderen Seite finden sich allgemein formulierte Grundprinzipien, Konzepte und Kompetenzen, die im konkreten Anwendungsfall nur einen groben Rahmen vorgeben.

Genau definierte manualisierte Konzepte haben dabei den Vorteil, dass diese auch von weniger gut geschulten Personen umgesetzt werden und leichter evaluiert werden können. Weniger eng gefasste Formulierungen, die darauf aufbauen, dass die ausführenden Personen wesentliche Kompetenzen erworben und Strukturelemente internalisiert haben, ermöglichen eine flexiblere Anpassung an Klientel und Rahmenbedingungen. Konkrete Umsetzungen liegen immer zwischen diesen beiden Idealtypen, Manualorientierung und Kompetenzorientierung. Das Handeln erfahrener Fachkräfte ist immer stark von eigenen Perspektiven, Fähigkeiten und Rahmenbedingungen geprägt, auch wenn eigentlich starre Manuale vorliegen. Auch wo keine niedergeschriebenen Manuale vorliegen, entstehen rasch Routinen, welche die weiteren Anwendungen nachhaltig prägen.

Aus unterschiedlichen Publikationen zum Thema "Alkohol am Arbeitsplatz" und "betriebliche Suchtprävention" kann man eine Reihe von zentralen Grundsätzen zusammenfassen, die für alle Zugänge gelten. Wesentliche Quellen sind z. B. *Feuerstein (2007)*, *Wallroth – Schneider (2013)* und *Wienemann et al. (2011)*.

### *Zeitliche Perspektive und emphatische Grundhaltung*

- Interventionen zur Umstellung einer Betriebskultur müssen in der Regel über einen längeren Zeitraum, häufig über einige Jahre, umgesetzt werden, um allen MitarbeiterInnen eine Möglichkeit zu bieten, sich langsam und schrittweise an Veränderungen anzupassen. Werden die Veränderungen zu rasch geplant, ist mit massivem Widerstand der MitarbeiterInnen zu rechnen und das Projekt kann scheitern (Beiglböck, 1994).
- In diesem Sinne ist es oft zweckmäßig Zwischenziele anzustreben, die von den MitarbeiterInnen akzeptiert werden. So wurde z. B. im Projekt "SUN" zunächst bloß das Normalbier verboten und der Verkauf von Leichtbier noch einige Zeit toleriert.
- Alle Maßnahmen, die in diesem Zusammenhang gesetzt werden, sollten empathisch und moderat erfolgen. Nur wenn sich die MitarbeiterInnen verstanden fühlen und ihnen genügend Zeit eingeräumt wird sich umzustellen, sind die erwünschten Veränderungen der Betriebskultur erzielbar. Ganz besonders zweckmäßig ist in diesem Zusammenhang Vertrautheit mit den Grundlagen der motivierenden Gesprächsführung (Miller – Rollnick, 1991).
- Längerfristig geht es darum die Trinkkultur im Betrieb so zu verändern, dass Alkoholkonsum keine Selbstverständlichkeit mehr darstellt und möglichst gar nicht mehr oder bloß in minimalem Ausmaß bei genau definierten Anlässen stattfindet.

### *Angebote und Konsequenzen für Personen mit Suchtproblemen*

- Alkoholabhängigen MitarbeiterInnen muss klargemacht werden, dass sie einerseits zwar vom Betrieb unterstützt werden, um sich geeigneten Therapiemaßnahmen zu unterziehen. Es muss ihnen andererseits aber auch zu verstehen gegeben werden, dass ihre Weigerung diese Maßnahmen anzunehmen und der Beschluss, nichts gegen die Probleme zu unternehmen, rasch zum Verlust des Arbeitsplatzes führen wird.

### *Externe Unterstützung*

- Wünschenswert – und in kleineren und mittleren Betrieben auch notwendig – sind qualifizierte externe ExpertInnen, die den Prozess nicht nur einleiten, sondern längerfristig begleiten, um jene Personen, die das Projekt von Seiten des Betriebs unterstützen und durchführen, zu beraten und zu unterstützen.
- Bei großen Betrieben ist es natürlich auch möglich geeignete Stellen mit ExpertInnen innerhalb des Betriebs zu gründen, die den anderen Abteilungen regelmäßig bzw. bei Handlungsbedarf zur Verfügung stehen.

### *Für MitarbeiterInnen gut erreichbare Beratung*

- Das Prinzip der betrieblichen Suchtprävention erfordert, dass sowohl Führungskräfte als auch MitarbeiterInnen raschen Zugang zu einem inneren Beratungsnetzwerk haben, das

bei Bedarf an qualifizierte externe Beratungs- bzw. Behandlungsangebote vermitteln kann.

#### *Einbeziehung von Leitung und Belegschaftsvertretung*

- Erfolgsversprechend sind derartige Initiativen nur, wenn es gelingt sowohl die Leitung als auch die Belegschaftsvertretung davon zu überzeugen, dass Maßnahmen gegen Alkoholprobleme im Betrieb zweckmäßig sind.
- Den verantwortlichen Personen und Betriebsräten sollte klargemacht werden, dass sie eine Vorbildwirkung innehaben und in diesem Sinne im Betrieb das vorleben sollten, was als Ziel des Projekts intendiert wird.

#### *Erarbeitung eines gemeinsamen Konzepts und Festlegung in einer Betriebsvereinbarung*

- Hat man die Unterstützung von Leitung und Belegschaftsvertretung gewonnen, so ist es zweckmäßig mit diesen gemeinsam ein Konzept zu entwickeln, das diese mittragen können und wollen.
- Das gemeinsam ausgearbeitete und beschlossene Konzept sollte möglichst in einer Betriebsvereinbarung festgeschrieben werden.

#### *Regelmäßige Schulung zentraler Führungskräfte*

- Gibt es ein solches Konzept, so ist es notwendig zentrale Führungskräfte im Umgang mit innerbetrieblichen Alkoholproblemen systematisch zu schulen sowie weiterzubilden und neue Führungskräfte mit den Prinzipien vertraut zu machen und diese ebenfalls zu schulen.

#### *Öffentlichkeitsarbeit*

- Zweckmäßig ist es auch, durch geeignete Öffentlichkeitsarbeit die Auseinandersetzung der MitarbeiterInnen mit den Themen "problematischer" bzw. "pathologischer Alkoholkonsum" zu fördern. Wie *Feuerstein (2007)* betont, sollten die Inhalte nicht moralisierend, sondern eher unterhaltsam gestaltet sein, weil das höhere Akzeptanz gewährleistet.

Betriebe, die zur Implementierung von Präventionsmaßnahmen oder auch im konkreten Anlassfall Unterstützung suchen, können sich unter anderem an die regionalen Fachstellen für Suchtprävention, an die Beratungsstellen der AUVA sowie an unterschiedliche Anbieter von Beratungsleistungen und Programmen wenden. Dieses vielfältige Angebot ist allerdings nicht leicht überschaubar. Die AUVA gibt im Anhang der Broschüre "Vom Konsum zum Genuss. Alkohol im Betrieb"<sup>76)</sup> einen Auszug wichtiger Hilfsangebote und Beratungsstellen. Eine aktuellere, vollständigere Unterlage mit Kontaktinformationen befindet sich derzeit beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger in Arbeit und wird im kommenden Jahr erscheinen.

---

<sup>76)</sup> Die Broschüre kann unter folgendem Link abgerufen werden: <https://www.auva.at/cdscontent/load?contentid=10008.544586&version=1430388112>.

## 2.6 Schlussfolgerungen und Diskussion

Welche Zielvorstellungen in Bezug auf Alkohol am Arbeitsplatz von ArbeitgeberInnen zu formulieren sind, ist überall dort, wo es keine gesetzlichen Vorschriften gibt, nicht eindeutig definiert. Denkbar sind unterschiedliche Herangehensweisen: "völlige Alkoholabstinenz am Arbeitsplatz in Verbindung mit einer Sanktionsdrohung bei Zuwiderhandeln", "die unverbindliche Norm, während der Arbeit keinen Alkohol zu konsumieren" oder "eine Regelung, die moderaten Alkoholkonsum bei genau definierten Anlässen"<sup>77)</sup> toleriert. Aus zahlreichen Publikationen zu diesem Thema ist abzuleiten, dass die meisten ExpertInnen, die sich zum Thema "Alkohol am Arbeitsplatz" äußern, letzterer Möglichkeit eher skeptisch gegenüberstehen und deutlich für das Ziel "absolut kein Alkohol am Arbeitsplatz" eintreten.

Da sowohl die praktisch-psychologische Seite als auch die rechtliche Seite durchaus komplex sind, sollten betriebliche EntscheidungsträgerInnen, die in Bezug auf Alkohol in ihrem Betrieb Veränderungen durchführen wollen, auf die Expertise von erfahrenen ExpertInnen zurückgreifen, von denen es in Österreich eine Reihe gibt.

Jenseits des betrieblichen Umgangs mit dem Konsum von Alkohol am Arbeitsplatz und mit Personen, die ein problematisches Konsumverhalten offenbaren, besitzt Alkohol eine hohe gesellschafts-, gesundheits- und arbeitsmarktpolitische Relevanz. Wie die in den vorangegangenen Abschnitten präsentierten Daten und Fakten zeigen, ist der Personenkreis mit problematischem oder gar pathologischem Alkoholkonsum in Österreich groß. Trotz rückläufiger Konsumzahlen verursacht übermäßiger Alkoholkonsum für die Betroffenen und für die Gesellschaft insgesamt viel Leid und hohe Kosten. Angesichts der Tatsache, dass gerade Alkoholismus in sehr vielen Fällen in Zusammenhang mit oder als Folge von psychischen Problemen auftritt, sind Angebote und Maßnahmen zur Prävention und Behandlung von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Erkrankungen von besonderer Bedeutung.

Die internationalen Forschungsergebnisse zeigen, dass sich psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen besonders negativ auf die Erwerbschancen auswirken und eine besondere Herausforderung für die Wiedereingliederung am Arbeitsplatz darstellen (*Gensby et al.*, 2012). Auch wenn den empirischen Belegen zufolge die Zahl der psychischen Leiden in der Bevölkerung nicht zugenommen hat, dürften erhöhte Anforderungen in Bezug auf soziale Skills und kognitive Fähigkeiten zu einer Verschlechterung der Arbeitsmarktsituation dieser Personengruppe geführt haben (*OECD*, 2012). Personen mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen sind durch eine besonders komplexe Problemlage charakterisiert. Vor diesem Hintergrund haben zahlreiche Länder Schritte unternommen, um Erwerbspersonen mit psychischen Leiden zu identifizieren und ein entsprechendes Maßnahmenangebot für diese Zielgruppe zu entwickeln (*Eppel et al.*, 2016). In Bezug auf den Bereich der Prävention und Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen in der Arbeitswelt weist Österreich dagegen, den aktuellsten Untersuchungen der OECD zufolge, einen Rückstand auf (*OECD*, 2015B).

---

<sup>77)</sup> Z. B. Pensionierungs-, Betriebs-, Weihnachtsfeiern usw.

Gerade im Falle von Alkoholproblemen kann es, wie bei psychischen Gesundheitsproblemen im Allgemeinen, sinnvoll sein, eigene Frühinterventions-, Rehabilitations- und Wiedereingliederungsverfahren zu entwickeln. In diesem Zusammenhang ist von Bedeutung, dass Arbeitsfähigkeit nicht ein "binäres" Phänomen ist, sondern Abstufungen kennt. Gleichzeitig zeigen Erkenntnisse aus der medizinischen Forschung, dass bei Vorliegen von bestimmten Krankheitsbildern und gerade auch bei psychischen Problemen regelmäßige Betätigung durch adäquate Arbeit nicht nur möglich, sondern der Genesung und Rehabilitation auch zuträglich sein kann (siehe z. B. *Waddell – Burton, 2006*). Vor diesem Hintergrund ist die bereits angebahnte Einführung von flexiblen Modellen zum stufenweisen Wiedereinstieg nach einem längeren Krankenstand begrüßenswert. Auch im Falle von alkoholkranken Erwerbspersonen kann ein solches Modell dazu beitragen, die Anbindung an den Arbeitsplatz aufrecht zu erhalten und die Arbeitsmarktintegration zu stärken.

## Literaturhinweise

- Adams, M., Effertz, E., "Volkswirtschaftliche Kosten des Alkohol- und Tabakkonsums", in: Singer, M., Batra, A., Mann, K., Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen, Thieme, Stuttgart, 2011, S. 57-62.
- Anderson, P., Management of Drinking Problems, WHO Regional Publications, European Series, Copenhagen, 1990, (32).
- Anderson, P., Baumberg, B., Alcohol in Europe: A Public Health Perspective, Institute of Alcohol Studies, London, 2006.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J., Monteiro, M., AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care, WHO Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva, 2001.
- Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R., Rossow, I., Alcohol: No Ordinary Commodity – Research and Public Policy, Oxford University Press, New York, 2003.
- Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz, Berlin–Heidelberg, 2000.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, Berlin–Heidelberg, 2005.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit, Berlin–Heidelberg, 2006.
- Badura, B., Schröder, H., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit, Berlin–Heidelberg, 2008.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2016.
- Barmby, T., Stephan, G., Worker absenteeism: Why firm size may matter, The Manchester School, 2000, 68(5), S. 568-577.
- Beiglböck, W., Alkohol am Arbeitsplatz - Probleme und Handlungsmöglichkeiten der Arbeitnehmervertretungen. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 17, 3/4, 47-53, 1994.
- Beiglböck, W., Feselmayer, S., "Sucht am Arbeitsplatz". in: Reissner, G.-P. (Hrsg.), Drogen und Alkohol am Arbeitsplatz, 2. Auflage, Verlag Österreich, Wien, 2015, S. 1-20.
- Bergendorff, S., Sickness absence in Europe – a comparative study, National Social Insurance Board Sweden, 2003, [Link zum Dokument](#).
- Biffi, G., "Der Krankenstand in Österreich und sein Effekt auf das Arbeitsvolumen", WIFO Working Paper, 1999, (124).
- Biffi, G., "Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator", WIFO-Monatsberichte, 2002, 75(1), S. 39-52.
- Biffi, G., "Sozialhilfe – Armutsbekämpfung an der Schnittstelle zum Arbeitsmarkt", WIFO-Monatsberichte, 2007, 80(9), S. 731-746, [Link zum Dokument](#).
- Biffi, G., Leoni, Th., Arbeitsbedingte Erkrankungen. Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen, WIFO, Wien, 2008, [Link zum Dokument](#).
- Bossuyt, P., Davenport, C., Deeks, J., Hyde, C., Leeflang, M., Scholten, R., "Chapter 11: Interpreting results and drawing conclusions", in: Deeks, J.J., Bossuyt, P.M., Gatsonis, C. (Hrsg.), Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Diagnostic Test Accuracy Version 0.9, The Cochrane Collaboration, 2013.
- Brehm, J.W., A Theory of Psychological Reactance, Social Psychology A Series of Monographs, Treatises and Texts Academic Press, New York London, 1966.
- Bundeskazleramt, OGH Entscheidung vom 17.03.1994. Geschäftszahl 8ObA218/94. Arb 11.144, Rechtsinformationssystem, 1994, [Link zum Dokument](#).
- Bundeskazleramt (2015A), Gesundheitsmanagement und Fehlzeiten 2015 im Bundesdienst. Daten und Fakten, Wien, 2015, [Link zum Dokument](#).
- Bundeskazleramt (2015B), Das Personal des Bundes 2015. Daten und Fakten, Wien, 2015.
- Bundesministerium für Gesundheit, Österreichische Suchtpräventionsstrategie – Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik, Wien, 2015, [Link zum Dokument](#).

- Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich, Wien, 2009.
- Case, A., Paxson, C., Sex Differences in Morbidity and Mortality, NBER Working paper, 2004, (10653).
- Cherpitel, C.J., Ye, Y., Bond, J., Borges, G., Cremonese, M., Marais, S., Poznyak, V., Sovinova, H., Moskalewicz, J., Swiatkiewicz, G., "Cross-National Performance of the RAPS4/RAPS4-QF for Tolerance and Heavy Drinking: Data from 13 Countries", Journal of Studies on Alcohol, 2005, 66(3), S. 428-432.
- Csillag, H., "Alkoholpräventionsprogramm in der VOEST ALPINE STAHL LINZ GmbH", in: Brosch, R., Mader, R. (Hrsg.), Alkohol am Arbeitsplatz, Orac, Wien, 2001, S. 199-206.
- Czypionka, T., Pock, M., Röhring, G., Sigl, C., Volkswirtschaftliche Effekte der Alkoholkrankheit – Eine ökonomische Analyse für Österreich, Institut für Höhere Studien, Wien, 2013, [Link zum Dokument](#).
- Deaton, A. S., Paxson, C. H., "Aging and inequality in income and health", American Economic Review, 1998, 88(2), S. 248-253.
- Drago, R., Wooden, M., "The Determinants of Labour Absence: Economic Factors and Work Group Norms", Industrial and Labour Relations Review, 1992, 45, S. 34-47.
- Dupré, D., "Berufsbedingte Gesundheitsschäden in der EU 1998-1999", Eurostat, Statistik kurz gefasst, Luxemburg, 2001, S. 3-17.
- Eisenbach-Stangl, I., Eine Gesellschaftsgeschichte des Alkohols – Produktion, Konsum und soziale Kontrolle alkoholischer Rausch- und Genussmittel in Österreich 1918-1984, Campus, Frankfurt, 1991.
- Eppel, R., Leoni, Th., New Social Risks Affecting Children. A Survey of Risk Determinants and Child Outcomes in the EU, WIFO Working Paper, 2011, (386).
- Eppel, R., Leoni, Th., Mahringer, H., Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit: Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven, WIFO, Wien, 2016.
- ESPAD Group, ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addictions, Lisbon, 2016, [Link zum Dokument](#).
- EU-OSHA (European Agency for Safety and Health at Work), Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health, Luxemburg, 2007.
- Ewing, J.A., "The CAGE Questionnaire for Detection of Alcoholism A Remarkably Useful but Simple Tool", The Journal of the American Medical Association, 1984, 252(14), S. 1905-1907.
- Feselmayer, S., Beiglböck, W., "Das Kalksburger Modell der betrieblichen Suchtprävention", in: Brosch, R., Mader, R. (Hrsg.), Alkohol am Arbeitsplatz, Orac, Wien, 2001, S. 141-149.
- Feuerstein, A., "Alkoholpräventionsprogramm in der voestalpine Stahl GmbH, Linz. Projekt "SUN" (SICHER – UNFALLFREI – NÜCHTERN)", Österreichisches Forum Arbeitsmedizin, 2007, S 11-16, [Link zum Dokument](#).
- Forschungsstelle Österreichisches Deutsch, Pressemitteilung: Die Jury des österreichischen Worts des Jahres hat 2007 folgende Wörter und Aussprüche gewählt, Karl-Franzens-Universität, 2007, [Link zum Dokument](#).
- French, M.T., Zarkin, G.A., Mental Health, "Absenteeism and Earnings at a Large Manufacturing Worksite", The Journal of Mental Health Policy and Economics, 1998, 1(4), S. 161-172.
- Gensby, U., Lund, Th., Kowalski, K., Saidj, M., Klint Jørgensen, A.-M., Filges, T., Irvin, E., Amick III, B.C., Labriola, M., Workplace Disability Management Programs Promoting Return to Work: A Systematic Review, Campbell Systematic Reviews, 2012, 8(17).
- Gmel, G., Gutjahr, E., Rehm, J., "How Stable is the Risk Curve Between Alcohol and all-cause Mortality and what factors influence the Shape? A Precision-Weighted Hierarchical Meta-Analysis", European Journal of Epidemiology, 2003, 18(7), S. 631-642.
- Gravert, C., "Suchtprävention in Verkehrsunternehmen am Beispiel der Deutschen Bahn", in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2013, Springer, Berlin, 2013, S. 243-250.
- Haydn, R., "Personenbezogene Statistiken 2015", Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Soziale Sicherheit Online, Februar 2016, [Link zum Dokument](#).
- Health Education Council, That's the Limit, London, 1989.
- Herring, R., Berridge, V., Thom, B., "Binge drinking: an exploration of a confused concept", Journal of Epidemiology and Community Health, 2008, 62(6), S. 476-479.

- Heyde, K., Macco, K., "Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008", in Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2009, Berlin, Heidelberg, 2010, S. 31-40.
- Ichino, A., Moretti, E., Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap, NBER Working Paper, Cambridge, MA, Juli 2006, (12369).
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M., Barnekow, V. (Hrsg.), Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey, WHO Regional Office for Europe, Health Policy for Children and Adolescents, No. 7, Copenhagen, 2016, [Link zum Dokument](#).
- Institut für Therapieforschung, Die Deutsche Suchthilfestatistik. ICD-10 Diagnose, 20.10.2016, [Link](#).
- IWSR (International Wine and Spirits Research), Sonderauswertung des Alkopopverbrauchs nach Staaten, London, 2012.
- Jellinek, E.M., The Disease Concept of Alcoholism, Martino Publishing Reprint 2010, Mansfield, 1960.
- Jirsa-Friedl, V., "Betriebliche Suchtprävention am Beispiel der Generali Versicherung AG", in: Brosch, R., Mader, R. (Hrsg.), Alkohol am Arbeitsplatz, Orac, Wien, 2001, S. 199-206.
- Khantzian, E.J., "The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications", Harvard Review of Psychiatry, 1997, 4(5), S. 231-244.
- Kielholz, P., Ladewig, D., Die Abhängigkeit von Drogen, Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 1973.
- Klimont, J., Baldaszi, E., Österreichische Gesundheitsbefragung 2014 Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation, Statistik Austria, Wien, 2015.
- Kuhn, T.S., The Structure of Scientific Revolutions, (deutsche Übersetzung: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen, zweite revidierte und um das Postskriptum von 1969 ergänzte Auflage 1976, Suhrkamp), Frankfurt am Main, 1962.
- Kurzthaler, I., Wambacher, M., Golser, K., Sperner, G., Sperner-Unterweger, B., Heidekker, A., Pavlic, M., Kemmler, G., Fleischhacker, W.W., "Alkohol- und/oder Benzodiazepinkonsum bei Arbeitsunfällen im Vergleich zu Unfällen anderer Genese", Wiener Medizinische Wochenschrift, 2004, 154(19), S. 482-488.
- Leoni, T., Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2011.
- Leoni, T., Mahringer, H., Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008.
- Leoni, T., Biffl, G., Guger, A. (2008A), Fehlzeitenreport 2007. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2008, [Link zum Dokument](#).
- Leoni, T., Biffl, G., Guger, A. (2008B), "Krankenstände in Österreich: Bestimmungsfaktoren und Ausblick", WIFO-Monatsberichte, 2008, 81(1), S. 63-76, [Link zum Dokument](#).
- Levine, B., "What does the population attributable fraction mean?", Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice, and Policy, Centers for Disease Control and Prevention, 2007, 4(1), S. 1-5, [Link zum Dokument](#).
- Lindbeck, A., Palme, M., Persson, M., Job Security and Work Absence: Evidence from a Natural Experiment, CESifo Working Paper, März 2006, (1697).
- Macintyre, S., Hunt, K., Sweeting, H., "Gender Differences in Health: Are Things Really as Simple as They Seem?", Social Science and Medicine, 1996, 42(4), S. 617-624.
- Mader, R., Feselmayer, S., Lentner, S., Marx, R., Nimmerichter, A., Uhl, A., Zimmerl, H., "Das Anton Proksch-Institut-Stiftung Genesungsheim Kalksburg", Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 1991, 14(1/2), S. 3-25.
- Marmot, M.G., Smith, G.D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A., "Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study", The Lancet, 1991, 337(8754), S. 1387-1393.
- Marstedt, G., Müller, R., "Ein kranker Stand? Fehlzeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft", zitiert von Badura et al., Fehlzeiten-Report 2004, 2005, S. 279, Berlin, 1998.
- Marstedt, G., Müller, R., Jansen, R., "Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im öffentlichen Dienst", in: Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor, Berlin-Heidelberg, 2001, S. 19-37.

- McLellan, T.M., Lewis, D.C., O'Brian, C.P., Kleber, H.D., "Drug Dependence, a Chronic Medical Illness", *The Journal of the American Medical Association*, 2000, 284(13), S. 1689-1695.
- Meggeneder, O., *Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe*, Wien, 2005.
- Miller, W.R., Rollnick, S., *Motivational Interviewing – Preparing People to Change Addictive Behavior*, Guilford Press, New York, 1991.
- NIH (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism), *Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5*, NIH Publication, Bethesda, July 2016, (13–7999), [Link zum Dokument](#).
- OECD, *Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris, 2012.
- OECD (2015A), *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*, OECD Publishing, Paris, 2015.
- OECD (2015B), *Mental Health and Work: Austria*, OECD Publishing, Paris, 2015.
- Oppolzer, A., "Ausgewählte Bestimmungsfaktoren des Krankenstandes in der öffentlichen Verwaltung – Zum Einfluss von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen auf krankheitsbedingte Fehlzeiten", in: Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz*, Berlin, 2000, S. 343-362.
- Ramelow, D., Teutsch, F., Hofmann, F., Felder-Puig, R., *Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014*, Bundesministerium für Gesundheit, Wien, 2015, [Link zum Dokument](#).
- Reissner, G.-P., "Alkohol am Arbeitsplatz aus arbeitsrechtlicher Sicht", in: Wächter, G., Burger, F. (Hrsg.), *Aktuelle Entwicklungen im Arbeits- und Sozialrecht 2008 – Schwerpunkt: Arbeitszeitrecht*, Innsbruck University Press, Innsbruck, 2008, S. 209-238.
- Reissner, G.-P., "Die Auswirkungen von drogen- und alkoholbedingten Arbeitsausfällen auf arbeitsrechtliche Ansprüche und Kündigungsschutz", in: Reissner, G.-P. (Hrsg.), *Drogen und Alkohol am Arbeitsplatz*, 2. Auflage, Verlag Österreich, Wien, 2015, S. 43-62.
- Rice, D.P., *Estimating the Cost of Illness*, Health Economics Series, U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Washington D.C., 1965.
- Richter, D., Berger, K., "Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien", *Psychiatrische Praxis*, 2013, 40, S. 176–182.
- Richter, D., Berger, K., Reker, T., "Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht", *Psychiatrische Praxis*, 2008, 35(7), S. 321-330.
- Riedel, M., Röhring, G., "Altersprofil der öffentlichen Gesundheitsausgaben in Österreich – ein Update", *Kurswechsel*, 2007, (2), S. 46-57.
- Saß, H., Houben, I., Wittchen, H., Zaudig, M., *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV-TR)*, Textrevision, Hogrefe, Göttingen, 2003.
- Schnabel, C., *Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsründe und Reduzierungsmöglichkeiten*, Köln, 1997.
- Schneeberger, K., "Arbeitsrechtliche Verbote und Kontrollmöglichkeiten in Bezug auf Drogen- bzw. Alkoholkonsum", in: Reissner, G.-P. (Hrsg.), *Drogen und Alkohol am Arbeitsplatz*, 2. Auflage, Verlag Österreich, Wien, 2015, S. 21-42.
- Seele, S., Janecke, A., "Betriebliche Suchtprävention bei der Berliner Stadtreinigung", in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2013*, Springer, Berlin, 2013, S. 251-259.
- Spode, H., "Risiken des Trinkens. Historische Entwicklung und aktuelle Tendenzen", in: Schmidt-Semisch, H., Stöver, H. (Hrsg.), *Saufen mit Sinn? Harm Reduction beim Alkoholkonsum*, Fachhochschulverlag – Der Verlag für angewandte Wissenschaften, Frankfurt am Main, 2012, S. 17-38.
- Springer, N., Gruber, Ch., Springer, A., "Beziehungsstrukturen und Konfliktlösestrategien bei primären und sekundären Alkoholikern", *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 2006, 29(1-2), S. 43-48.
- Strizek, J., *Heavy Alcohol Intoxication Among Young People: How to Approach This Complex Topic*, Paper presented at the 19. EASAR Conference in Mátaháza, Hungary, 2009.
- Strizek, J., Uhl, A., "Gesundheitsindikatoren als zweifelhafte Grundlage für suchtpolitische Entscheidungen", *Suchtmedizin*, 2014, 16(5), S. 223-231, [Link zum Dokument](#).
- Strizek, J., Uhl, A. (2016A), *Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015, Band 1: Forschungsbericht*, GÖG, Wien, 2016, [Link zum Dokument](#).

- Strizek, J., Uhl, A. (2016B), Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015, Band 3: Kreuztabellen, GÖG, Wien, 2016, [Link zum Dokument](#).
- Strizek, J., Anzenberger, J., Kadlik, A., Schmutterer, I., ESPAD Österreich 2015. Band 1: Forschungsbericht, Bundesministerium für Gesundheit, Wien, 2016, [Link zum Dokument](#).
- Telser, H., Hauck, A., Fischer, B., Alkoholbedingte Kosten am Arbeitsplatz, Schlussbericht für das Bundesamt für Gesundheit BAG und die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), Olten, 2010.
- Uhl, A., "Editorial: Wie sinnvoll sind Angaben über die sozialen Kosten des Substanzmissbrauchs?", Sucht, 2003, 49(4), S. 209-211, [Link zum Dokument](#).
- Uhl, A., "Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs", Sucht, 2006, 52(2), S. 121-132.
- Uhl, A., "Absurditäten in der Suchtforschung", Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 2009, 32(3/4), S. 19-39, [Link zum Dokument](#).
- Uhl, A., Gruber, Ch., "Suchtprävention", in: Brosch, R., Mader, R. (Hrsg.), Sucht und Suchtbehandlung Problematik und Therapie in Österreich, LexisNexis, Wien, 2004, S. 393-419.
- Uhl, A., Kobra, U., "Rauschtrinken bei Jugendlichen – Medienhype oder bedenkliche Entwicklung?", Suchttherapie, 2012, 13(1), S. 15–24.
- Uhl, A., Springer, A., Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster, Originalarbeiten – Studien – Forschungsberichte, Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien, 1996, [Link zum Dokument](#).
- Uhl, A., Springer, A., Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention, Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, Wien, 2002, [Link zum Dokument](#).
- Uhl, A., Strizek, J., "Angsterzeugung und Übertreibung als bedenkliche Strategie der Suchtprävention und –forschung", in: Stöver, H., Wersé, B. (Hrsg.), 3. alternativer Drogen- und Suchtbericht, Pabst Science Publishers, Lengerich, 2016, S. 100-108, [Link zum Dokument](#).
- Uhl, A., Springer, A., Kobra, U., Gnambs, T., Pfarrhofer, D., Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch – Erhebung 2004, Band 1: Forschungsbericht, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien, 2005.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Kobra, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsperger, W., Musalek, M. (2009A), Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009, dritte überarbeitete und ergänzte Auflage, Bundesministerium für Gesundheit, Wien, 2009, [Link zum Dokument](#).
- Uhl, A., Strizek, J., Puhm, A., Kobra, U., Springer, A. (2009B), Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2008. Band 1: Forschungsbericht, Bundesministerium für Gesundheit, Wien, 2009, [Link zum Dokument](#).
- Uhl, A., Schmutterer, I., Kobra, U., Strizek, J., Delphi-Studie zur Vorbereitung einer "nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen", Bundesministerium für Gesundheit, Wien, 2013, [Link zum Dokument](#).
- Uhl, A., Bachmayer, S., Strizek, J., Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen, 4. vollständig überarbeitete Auflage, Bundesministerium für Gesundheit, Wien, 2015, [Link zum Dokument](#).
- Unsel, M., Dworschak, G., Tran, U., Plener, P., Erfurth, A., Walter, H., Lesch, O., Kapusta, N., "The concept of temperament in psychoactive substance use among college students", Journal of Affective Disorders, 2012, 141(2-3), S. 324-30.
- Waddell, G., Burton, A.K., Is work good for your health and well-being?, The Stationery Office, 2006.
- Wallroth, M., Schneider, B., "Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe – Maßnahmen, Herausforderungen und Chancen", in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2013, Springer, Berlin, 2013, S. 201-207.
- Weiss, A., Absenteeism and Wages, Economics Letters, 1985, 19, S. 277-279.
- WHO, Problems Related to Alcohol Consumption. Technical Report Series 650, Geneva, 1980, [Link zum Dokument](#).
- WHO, Lexicon of Alcohol and Drug Terms, Brussels, 1994, [Link zum Dokument](#).
- WHO (2016A), Global Health Observatory data repository, 10.06.2016, [Link zum Dokument](#).

WHO (2016B), The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) is due by 2018, 11.10.2016, [Link zum Dokument](#).

Wienemann, E., Vom Alkoholverbot zum Gesundheitsmanagement – Entwicklung der betrieblichen Suchtprävention von 1800 bis 2000, ibidem-Verlag, Stuttgart, 2000.

Wienemann, E., Schumann, G., Wartmann, A., Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS). Ein Leitfaden für die Praxis, 2. aktualisierte und ergänzte Auflage, DHS, Köln, 2011, [Link zum Dokument](#).

Winkelmann, R., "Wages, firm size and absenteeism", Applied Economics Letters, 1999, 6(6), S. 337-341.

Zach, M., Psychische Erkrankungen und Invalidität, Sozialpolitische Studienreihe, Band 16, September 2014.

## Anhang

### Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände

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

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

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

Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung  
ArbeiterInnen und Angestellte

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

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

Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen  
ArbeiterInnen und Angestellte

	Männer			Frauen			Insgesamt		
	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre
	In %								
1970	3,5	4,0	7,1	2,9	4,0	6,1	3,3	4,0	6,7
1971	3,6	4,0	6,7	3,0	3,9	5,8	3,3	3,9	6,3
1972	3,6	3,9	6,5	3,0	3,8	5,7	3,3	3,9	6,2
1973	3,7	3,8	6,4	2,9	3,7	5,5	3,4	3,8	6,0
1974	3,7	3,8	6,4	2,9	3,6	5,7	3,4	3,7	6,1
1975	3,8	3,9	6,7	2,9	3,5	5,7	3,4	3,8	6,2
1976	4,0	4,2	7,2	3,0	3,7	6,3	3,6	4,0	6,8
1977	4,0	4,1	7,2	2,9	3,6	6,3	3,5	3,9	6,8
1978	4,4	4,4	7,5	3,2	3,8	6,8	3,9	4,1	7,2
1979	4,3	4,4	7,9	3,1	3,9	7,2	3,8	4,2	7,6
1980	4,5	4,5	8,2	3,3	3,9	7,5	4,0	4,3	7,9
1981	4,2	4,4	8,3	3,1	3,9	7,7	3,7	4,2	8,0
1982	3,9	4,0	8,3	2,8	3,5	7,4	3,4	3,8	8,0
1983	3,8	4,0	7,9	2,8	3,5	6,7	3,3	3,7	7,5
1984	3,7	3,8	7,6	2,7	3,4	6,7	3,2	3,6	7,3
1985	3,9	4,0	7,9	2,9	3,7	7,2	3,5	3,9	7,7
1986	3,9	4,1	7,8	3,0	3,8	7,2	3,5	4,0	7,6
1987	3,7	3,9	7,5	2,8	3,6	6,7	3,3	3,7	7,2
1988	3,8	3,8	7,9	2,8	3,6	7,3	3,3	3,7	7,7
1989	4,0	4,1	7,3	3,1	3,8	6,9	3,6	3,9	7,1
1990	4,0	4,0	7,1	3,1	3,7	6,7	3,6	3,9	6,9
1991	4,0	4,0	7,1	3,1	3,7	6,9	3,5	3,9	7,0
1992	4,0	4,1	7,0	3,0	3,7	6,9	3,5	3,9	7,0
1993	3,9	4,0	7,0	2,9	3,7	7,0	3,4	3,9	7,0
1994	3,8	3,9	7,3	2,7	3,5	7,1	3,3	3,8	7,2
1995	3,9	3,9	7,2	2,8	3,5	7,0	3,4	3,7	7,1
1996	3,6	3,7	6,8	2,7	3,3	6,6	3,1	3,5	6,7
1997	3,5	3,5	6,1	2,6	3,1	6,0	3,0	3,3	6,0
1998	3,4	3,5	6,3	2,7	3,0	5,8	3,1	3,3	6,1
1999	3,7	3,7	6,9	2,9	3,4	6,6	3,4	3,6	6,8
2000	3,6	3,6	6,8	2,9	3,3	6,6	3,2	3,5	6,7
2001	3,5	3,4	6,1	2,8	3,2	6,1	3,2	3,3	6,1
2002	3,4	3,3	5,8	2,7	3,1	5,8	3,0	3,2	5,8
2003	3,3	3,2	5,7	2,6	3,0	5,6	2,9	3,1	5,7
2004	3,1	3,1	5,6	2,4	2,9	5,5	2,8	3,0	5,6
2005	3,2	3,1	5,2	2,4	2,9	5,1	2,8	3,0	5,2
2006	3,0	3,0	5,0	2,3	2,8	4,9	2,7	2,9	4,9
2007	3,1	3,1	5,1	2,4	2,9	5,0	2,8	3,0	5,1
2008	3,2	3,1	5,3	2,5	3,1	5,1	2,9	3,1	5,2
2009	3,1	3,1	5,7	3,0	3,3	5,7	3,1	3,2	5,7
2010	3,0	3,0	5,6	2,9	3,2	5,5	3,0	3,1	5,6
2011	3,1	3,1	5,4	3,1	3,4	5,5	3,1	3,2	5,5
2012	3,0	3,0	5,3	3,0	3,3	5,4	3,0	3,1	5,3
2013	3,0	3,0	5,3	3,0	3,3	5,3	3,0	3,1	5,3
2014	2,9	2,8	5,0	2,9	3,1	5,1	2,9	2,9	5,0
2015	2,9	2,8	5,0	3,0	3,2	5,1	2,9	3,0	5,1

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

Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht  
ArbeiterInnen und Angestellte

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

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

Übersicht A5: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt  
ArbeiterInnen und Angestellte

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

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