



Fehlzeitenreport 2025

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten
in Österreich

Struktur der Langzeitkrankenstände

Christine Mayrhuber, Benjamin Bittschi

Data Science: Georg Böhs

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Juli 2025

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Fehlzeitenreport 2025

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich

Struktur der Langzeitkrankenstände

Christine Mayrhuber, Benjamin Bittschi

Juli 2025

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag von Bundesarbeitskammer, Wirtschaftskammer Österreich,

Dachverband der Sozialversicherungsträger

Data Science: Georg Böhs

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Von krankheitsbedingten Fehlzeiten waren im Jahr 2024 70,1% der unselbständig Beschäftigten in Österreich betroffen. Sie verbrachten durchschnittlich 15,1 Kalendertage im Krankenstand, woraus sich ein Verlust an Jahresarbeitszeit von 4,1% ergab. Das stellt einen leichten Rückgang gegenüber dem Höchstwert im Jahr 2023 dar. Im Schnitt dauerte ein Krankenstand 9,2 Tage, wobei es große Heterogenität bei den Krankenstandsdauern nach Krankheitsgruppen gibt. Langzeitkrankenstände – also solche mit einer durchgängigen Dauer von 40 Tagen und länger – machten 3,1% aller Krankenstandsfälle, jedoch 39,8% aller Krankenstandstage aus. Muskel- und Skelett-Erkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen verursachten den größten Anteil der Abwesenheitstage bei langen Krankenständen.

2025/2/S/WIFO-Projektnummer: 24141

© 2025 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Medieninhaber (Verleger), Hersteller: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

1030 Wien, Arsenal, Objekt 20 • Tel. (43 1) 798 26 01 0 • <https://www.wifo.ac.at> • Verlags- und Herstellungsort: Wien

Kostenloser Download: <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/58823550>

Fehlzeitenreport 2025

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Struktur der Langzeitkrankenstände

Christine Mayrhuber, Benjamin Bittschi

INHALTSVERZEICHNIS	SEITE
Hauptergebnisse	I
1. Entwicklung und Verteilung der Krankenstände	1
1.1 Definitionen und Datenbeschreibung	2
1.2 Entwicklung der Krankenstände	5
1.3 Erkrankungsquote sowie Zahl und Dauer der Krankenstandsfälle	7
1.4 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten	9
1.5 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag	16
1.6 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung	19
1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht	19
1.6.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter	22
1.6.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche	29
1.6.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst	36
1.7 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung	40
1.8 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen	45
1.9 Die Entwicklung und Verteilung der Arbeitsunfälle	52
1.9.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle	53
1.9.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche	55
1.10 Kostenschätzung der betrieblichen Fehlzeiten	59
1.10.1 Kostenkomponenten des Krankenstands	60
1.10.2 Kosten der krankheitsbedingten Fehlzeiten	63
2. Struktur der Langzeitkrankenstände	65
2.1 Einleitung	65
2.2 Definition und Abgrenzung der Langzeitkrankenstände	66
2.3 Empirische Befunde zu Langzeitkrankenständen	66
2.3.1 Internationale Befunde	68
2.3.2 Interventionsansätze	69
2.4 Daten und methodischer Ansatz	72
2.5 Abwesenheiten von 40 Tagen und länger	74
2.5.1 Verteilung der Krankenstandstage	75
2.5.2 Verteilung der Krankenstandsfälle	77
2.5.3 Absolutzahlen der Krankenstandstage und Krankenstandsfälle	84
2.6 Ausschließlich Krankenstände, die mindestens 40 Tage dauern	91
2.6.1 Verteilung der Krankenstandstage	91
2.6.2 Verteilung der Krankenstandsfälle	94
2.6.3 Absolutzahlen der Krankenstandstage und Krankenstandsfälle	101

3. Literatur	108
Anhang A: Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände	113
Anhang B: ICD-10-Klassifikation	123
Anhang C: Bezeichnungen der Wirtschaftsklassen nach ÖNACE 2008	125
Anhang D: Struktur aller Krankenstände einer Person mit zumindest einem Langzeitkrankenstand	127

VERZEICHNIS DER ÜBERSICHTEN	SEITE
Übersicht 1.1: Verwendete Begriffe und Indikatoren	4
Übersicht 1.2: Entgeltfortzahlungsstatistik 1999	10
Übersicht 1.3: Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht	33
Übersicht 1.4: Krankenstandskennzahlen der Bundesbediensteten	38
Übersicht 1.5: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht	43
Übersicht 1.6: Normierung der Krankenstandsquote	43
Übersicht 1.7: Krankheitsgruppenstatistik	46
Übersicht 1.8: Kostenkomponenten des Krankenstandes nach Kostenstelle	59
Übersicht 1.9: Schätzung der Aufwendungen und Kosten im Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbstständig Beschäftigter, 2023	63
Übersicht 2.1: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Geschlecht: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger	78
Übersicht 2.2: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Branchen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger	79
Übersicht 2.3: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Altersgruppen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger	81
Übersicht 2.4: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Bundesländern (I): Abwesenheiten von 40 Tagen und länger	82
Übersicht 2.5: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Bundesländern (II): Abwesenheiten von 40 Tagen und länger	83
Übersicht 2.6: Krankheitsgruppen nach Geschlecht: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger	85
Übersicht 2.7: Krankheitsgruppen nach Branchen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger	86
Übersicht 2.8: Krankheitsgruppen nach Altersgruppen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger	88
Übersicht 2.9: Krankheitsgruppen nach Bundesländern (I): Abwesenheiten von 40 Tagen und länger	89
Übersicht 2.10: Krankheitsgruppen nach Bundesländern (II): Abwesenheiten von 40 Tagen und länger	90
Übersicht 2.11: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Geschlecht: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände	94
Übersicht 2.12: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Branchen: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände	95
Übersicht 2.13: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Altersgruppen: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände	98
Übersicht 2.14: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Bundesländern (I): 40 Tage und länger dauernde Krankenstände	99
Übersicht 2.15: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Bundesländern (II): 40 Tage und länger dauernde Krankenstände	100
Übersicht 2.16: Krankheitsgruppen nach Geschlecht: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände	101
Übersicht 2.17: Krankheitsgruppen nach Branchen: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände	102
Übersicht 2.18: Krankheitsgruppen nach Altersgruppen: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände	105
Übersicht 2.19: Krankheitsgruppen nach Bundesländern (I): 40 Tage und länger dauernde Krankenstände	106
Übersicht 2.20: Krankheitsgruppen nach Bundesländern (II): 40 Tage und länger dauernde Krankenstände	107

Übersicht A1:	Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten	113
Übersicht A2:	Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung	115
Übersicht A3:	Krankenstandsquote nach Altersgruppen	117
Übersicht A4:	Krankenstandsquote nach Geschlecht	119
Übersicht A5:	Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt	121
Übersicht A6:	ICD-10-Klassifikation der Krankheiten	123
Übersicht A7:	Abkürzungen und Bezeichnungen der Wirtschaftsklassen nach ÖNACE 2008	125
Übersicht A8:	Verteilung der Krankheitsgruppen nach Geschlecht: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand	128
Übersicht A9:	Verteilung der Krankheitsgruppen nach Branchen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand	129
Übersicht A10:	Verteilung der Krankheitsgruppen nach Altersgruppen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand	130
Übersicht A11:	Verteilung der Krankheitsgruppen nach Bundesländern (I): Abwesenhei- ten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand	131
Übersicht A12:	Verteilung der Krankheitsgruppen nach Bundesländern (II): Abwesenhei- ten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand	132
Übersicht A13:	Krankheitsgruppen nach Geschlecht: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand	133
Übersicht A14:	Krankheitsgruppen nach Branchen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand	133
Übersicht A15:	Krankheitsgruppen nach Altersgruppen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand	134
Übersicht A16:	Krankheitsgruppen nach Bundesländern (I): Abwesenheiten von 40 Ta- gen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand	135
Übersicht A17:	Krankheitsgruppen nach Bundesländern (II): Abwesenheiten von 40 Ta- gen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand	136

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

SEITE

Abbildung 1.1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten sowie der Krankenstandstage je Versicherte bzw. Versicherten	6
Abbildung 1.2: Anteil der Erkrankten an den Versicherten	8
Abbildung 1.3: Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte bzw. Erkrankten sowie der Tage je Krankenstandsfall	8
Abbildung 1.4: Entwicklung der Kurzkrankenstände nach Stellung im Beruf	12
Abbildung 1.5: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Arbeiterinnen und Arbeiter	14
Abbildung 1.6: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte	15
Abbildung 1.7: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte	15
Abbildung 1.8: Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis	16
Abbildung 1.9: Krankenstandsbestand auf Monatsbasis	17
Abbildung 1.10: Beginn des Krankenstands nach Wochentag	18
Abbildung 1.11: Ende des Krankenstands nach Wochentag	18
Abbildung 1.12: Krankenstandsquote nach Geschlecht	20
Abbildung 1.13: Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter	24
Abbildung 1.14: Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht	24
Abbildung 1.15: Krankenstandsfälle je Versicherte bzw. Versicherten und Krankenstandstage je Fall nach Alter und Geschlecht	25
Abbildung 1.16: Krankenstandsquote der Männer nach Altersgruppen	26
Abbildung 1.17: Krankenstandsquote der Frauen nach Altersgruppen	26
Abbildung 1.18: Versichertenstruktur nach Altersgruppe	28
Abbildung 1.19: Krankenstandsquote nach Stellung im Beruf und Geschlecht	31
Abbildung 1.20: Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppe	35
Abbildung 1.21: Krankenstände nach Bundesländern	41
Abbildung 1.22: Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern	41
Abbildung 1.23: Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen	49
Abbildung 1.24: Entwicklung der Krankenstandstage von psychischen Krankheiten als Anteil an allen Krankenstandstagen	50
Abbildung 1.25: Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten	54
Abbildung 1.26: Unfallquote (einschließlich Wegunfälle) nach Stellung im Beruf und Geschlecht	55
Abbildung 1.27: Unfallquote der unselbständig Beschäftigten nach Altersgruppen	56
Abbildung 1.28: Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)	57
Abbildung 1.29: Unfallquote nach Betriebsgröße	58
Abbildung 1.30: Entwicklung der Entgeltfortzahlung in Relation zu den Arbeitnehmer:innenentgelten, Krankengeld und Krankenstandsquote im Zeitverlauf	62
Abbildung 2.1: Bedeutung der Langzeitkrankenstände bei den Krankenstandstagen im Zeitverlauf	67
Abbildung 2.2: Bedeutung der Langzeitkrankenstände bei den Krankenstandsfällen im Zeitverlauf	67
Abbildung 2.3: Durchschnittliche Krankenstandsdauer der 20- bis 64-Jährigen in Europa, 2022	71
Abbildung 2.4: Ausmaß an Krankenstandsfällen und -tagen von Langzeitabwesenheiten von im Jahr 2024 endenden Krankenständen der definierten Gruppen	74
Abbildung 2.5: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Altersgruppen sowie Branchen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger	76
Abbildung 2.6: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Bundesländern: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger	77

Abbildung 2.7: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Altersgruppen sowie Branchen: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände	92
Abbildung 2.8: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Bundesländern: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände	93
Abbildung A1: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Altersgruppen sowie Branchen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand	127
Abbildung A2: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Bundesländern: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand	128

Hauptergebnisse

Das Krankenstandsgeschehen in Österreich

Die *Krankenstandsstatistik* verzeichnete 2024 gegenüber dem Vorjahr einen leichten Rückgang. Die unselbständig Beschäftigten verbrachten im Jahresverlauf durchschnittlich 15,1 Kalendarstage im Krankenstand, um 1,6% weniger als 2023 (15,4 Tage). Die **Krankenstandsquote**, die Relation der Krankenstandstage zum gesamten Arbeitsvolumen als Indikator für den Verlust an Arbeitszeit, reduzierte sich auf 4,1%. Der Anteil der Versicherten, die 2024 mindestens einmal im Krankenstand waren, ging auf 70,1%, die Krankenstandstage je Krankheitsfall auf 9,2 zurück.

Es wirkten unterschiedliche Effekte auf das Krankenstandsgeschehen: Zum einen gab es einen Anstieg bei den Atemwegserkrankungen und einen starken Rückgang bei den übrigen Ursachen, zu denen u. a. die COVID-19-Erkrankungen zählen. Atemwegserkrankungen treten im Allgemeinen häufig auf, haben aber einen eher kurzen Verlauf.

Aufgrund der meldetechnischen Untererfassung von **kurzen Krankenstandsepisoden** (ein bis drei Tage) liegt die tatsächliche Krankenstandsquote etwas höher, als aus der Statistik hervorgeht. Auch ohne eine vollständige Erfassung sind Kurzkrankenstände sehr häufig: 2024 dauerten 43,2% aller erfassten Krankenstandsfälle weniger als vier Tage. Gemessen an der Summe der Krankenstandstage war ihr Gewicht aber gering (9,5% aller krankheitsbedingten Fehlzeiten), weshalb ihre Untererfassung die Statistik nicht stark verzerrt. Längere Krankenstandsepisoden waren selten – nur 10,4% aller Fälle dauerten 2024 länger als zwei Wochen und 2,9% dauerten länger als sechs Wochen. Dennoch verursachte diese vergleichsweise geringe Anzahl an Krankenstandsepisoden einen erheblichen Teil der Fehlzeiten von 57,9% bzw. von 39,2%.

Langfristig gesehen liegt derzeit das Krankenstandsniveau auf dem Niveau von 1990. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten erreichten 1980 mit 17,4 Krankenstandstagen pro Kopf ihren Höchstwert. Im Jahr 1990 verzeichnete die Statistik noch durchschnittlich 15,2 Tage pro Kopf, 2000 waren es 14,4 Tage, zwischen 2001 und 2021 schwankte die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf zwischen 12,3 und 13,3. Dieser längerfristige Rückgang ist nicht durch einen einzelnen Faktor erklärbar. Einerseits wirken die Reduktion der Arbeitsunfälle und die Verschiebung der Wirtschaftsstruktur in Richtung Dienstleistungen – mit einem rückläufigen Anteil der Arbeiter:innen – dämpfend auf die Entwicklung der Fehlzeiten. Andererseits dürften auch andere langfristige Trends wie die Erhöhung der Teilzeitbeschäftigung und die Zunahme von befristeten Beschäftigungsverhältnissen, Verschiebungen von Tätigkeiten zu neuen Selbständigen usw. die Krankenstandsquote gebremst haben. 2024 lagen die Krankenstandstage pro Kopf bei 15,1 und waren vergleichbar mit jenem Wert von 1990. Da jedoch die durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen je Fall zurückging und den niedrigsten Wert der Beobachtungsperiode erreichte, ist davon auszugehen, dass die Versicherten häufiger als in den Jahren davor krank waren. Dies steht in Verbindung mit der beobachteten Zunahme bei den Atemwegserkrankungen sowie der Abnahme der Arbeitsunfälle, die meist mit langen Ausfallszeiten verbunden sind.

Erkrankungen der Atemwege und des Muskel-Skelett-Systems sind die am weitesten verbreiteten Krankheitsdiagnosen und verursachen die Hälfte der Krankenstandsfälle. Einen geringen Anteil, aber eine hohe Zunahme seit 2018 zeigen psychische Erkrankungen.

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 die Hälfte der Krankenstandsfälle und 42,9% aller Krankenstandstage. Der Anteil der Verletzungen und Vergiftungen an den Krankenstandsdiagnosen nahm dagegen in den vergangenen Jahrzehnten ab. Er betrug 2024 wie auch 2023 14,6%, 2004 waren es noch 21% und 1994 fast 23%. Weiter fortgesetzt hat sich auch der langfristig rückläufige Trend in der Zahl der **Arbeitsunfälle**. 2024 lag die Unfallquote bei 269 je 10.000 Versicherte und setzte damit den seit 1974 beobachteten rückläufigen Trend fort. 1974 waren statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2024 waren es nur 2,7%. Der Rückgang der Unfallquote fiel bei männlichen Arbeitern besonders stark aus, wodurch sich die Differenz zwischen Arbeiter:innen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte verringerte.

Die Bedeutung der **psychisch bedingten Krankenstände**, deren Anteil an allen Krankenstandstagen in einer langfristigen Betrachtung kontinuierlich zugenommen hat, blieb zwischen 2012 und 2018 annähernd konstant. Seither zeigt sich wieder ein ansteigender Trend. Psychische Erkrankungen waren 2024 für 2,8% aller Krankenstandsfälle verantwortlich, machten allerdings 11% aller Krankenstandstage aus. Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Erkrankungen für das gesundheitliche Wohlbefinden der Erwerbsbevölkerung lässt sich allerdings nur schwer aus den Krankenstandszahlen ablesen. Einerseits dürfte das verstärkte Auftreten von psychischen Krankheitsursachen in der Statistik in erheblichem Ausmaß auf eine wachsende Sensibilisierung für psychische Krankheiten aber auch adäquateres Wissen über die Behandlungsmöglichkeiten zurückzuführen sein. Die Frage, inwiefern die Verbreitung von psychischen Erkrankungen über die Zeit im Steigen begriffen ist, wird in der Wissenschaft intensiv und unterschiedlich diskutiert, aber nicht einheitlich beantwortet.

Fehlzeiten variieren weiterhin in Abhängigkeit von der sozialrechtlichen Stellung, allerdings ist eine Annäherung der Fehlzeiten zwischen Arbeiter:innen und Angestellten erkennbar.

Der Unterschied in der Krankenstandsquote nach **sozialrechtlicher Stellung** bleibt ausgeprägt, er hat sich in den letzten Jahren eindeutig verkleinert. 2024 verbrachten die Arbeiter:innen laut Statistik mit 18,9 Tagen um 47% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten, die durchschnittlich 12,9 Tage krankgeschrieben waren. Zu Beginn der 1990er-Jahre verzeichneten Arbeiter:innen noch doppelt so viele Krankenstandstage wie Angestellte. Seit Beginn der 1990er-Jahre ist allgemein eine tendenzielle Angleichung der Fehlzeiten in den einzelnen **Wirtschaftssektoren** beobachtbar: Während die Krankenstandsquote im Dienstleistungsbereich nahezu konstant blieb, kam es in der Herstellung von Waren und – in stärkerem Ausmaß – im Bauwesen zu einem ausgeprägten Rückgang der Krankenstände. Der Rückgang in der Krankenstandsquoten im

Jahr 2024 war besonders bei den Dienstleistungen, aber auch in der Sachgütererzeugung beobachtbar.

Im **öffentlichen Sektor** liegen nur für die Bediensteten des Bundes Krankenstandsdaten vor, die jüngsten verfügbaren Werte beziehen sich auf 2023. Unter Ausschluss der Kurzkrankenstände war die Krankenstandsquote der Beamtinnen, Beamten und Vertragsbediensteten des Bundes im Jahr 2023 erstmals genauso hoch wie jene der Arbeiter:innen und Angestellten in der Höhe von 3,8%. Im Vergleich zu den Angestellten und in einer altersstandardisierten Betrachtung lag die Krankenstandsquote im Bundesdienst 11,5% höher als bei den Beschäftigten in der Privatwirtschaft.

Geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Krankenstandstagen nehmen zu: Frauen weisen im Durchschnitt mehr Fehltage auf als Männer. Ältere sind nicht öfter, aber länger krank als Jüngere.

Die hohe Männerkonzentration in Branchen und Berufsgruppen mit überdurchschnittlich hohen körperlichen Belastungen und Unfallrisiken stellt einen wichtigen geschlechtsspezifischen Unterschied in der Vergangenheit dar. Bis 2008 verbrachten Männer vor allem aus diesem Grund im Durchschnitt mehr Tage im Krankenstand als Frauen. Die größte Abweichung zwischen **Frauen und Männern** wurde zu Beginn der 1980er-Jahre, also zum Zeitpunkt der höchsten Krankenstände, verzeichnet. Damals lag die Krankenstandsquote der Männer um 25% höher als jene der Frauen. Dieser Abstand verringerte sich in den folgenden Jahren kontinuierlich, was zuerst zu einer Angleichung und in den letzten Jahren zu einer Umkehrung im Verhältnis der geschlechtsspezifischen Krankenstandsquoten führte. 2024 verbrachten Frauen im Durchschnitt 9,6% mehr Tage im Krankenstand als Männer (Frauen: 15,9 Tage, Männer: 14,5 Tage). Der Unterschied ist im Steigen begriffen, einerseits weil die Zahl der über 50-jährigen Frauen unter den Beschäftigten stärker steigt als jene der Männer, andererseits weil Frauen vermehrt in Branchen mit überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten (wie dem Gesundheits- und Sozialwesen) beschäftigt sind, während gleichzeitig die Krankenstände in männerdominierten Branchen wie Bauwesen und Warenherstellung auch durch den Einsatz neuer technischer Hilfsmittel langfristig rückläufig sind.

Die Krankenstandsdaten belegen erwartungsgemäß, dass mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit von gesundheitlichen Problemen und Einschränkungen steigt. Allerdings besteht zwischen Krankenstand und Alter kein einfacher, linearer Zusammenhang. Die **Krankenstandsquoten nach Alter** folgen trotz einiger Abweichungen einem leicht U-förmigen Muster: Jugendliche unter 20 Jahren waren – wie im Fehlzeitenreport 2024 näher analysiert – vergleichsweise häufig krank, ab dem 20. Lebensjahr gingen die altersspezifischen Krankenstandsquoten zurück. Ab 45 Jahren stieg die durchschnittliche Zahl an Krankenstandstagen wieder an und erreichte bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert.

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, 2024 waren dort die Beschäftigten im Schnitt 12,8 Tage im Jahr krank. Die Gesundheitskasse verzeichnete in Niederösterreich mit 17,5 Tagen

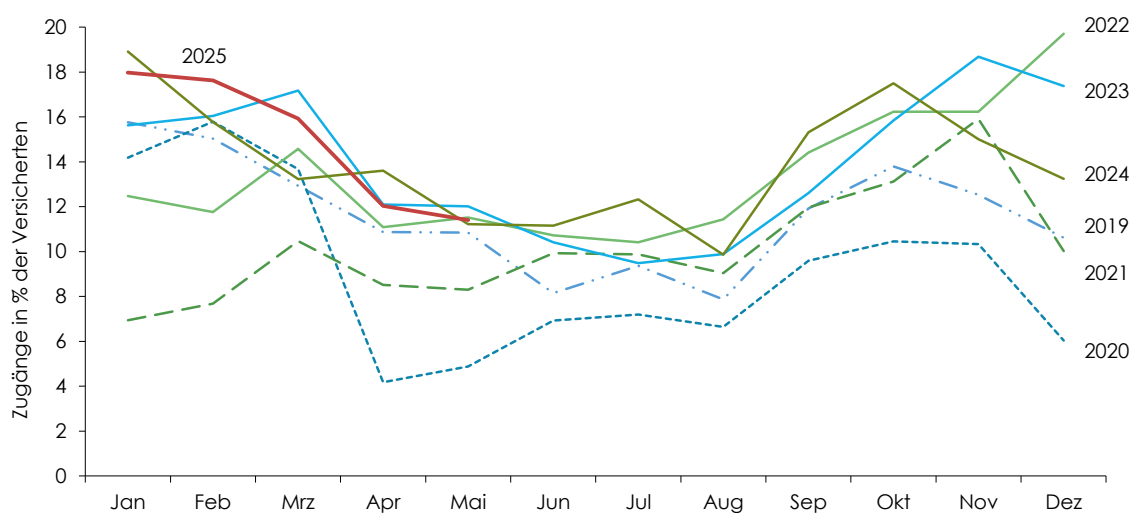
die höchsten Krankenstände, gefolgt von der Steiermark und Oberösterreich mit 16,3 Tagen bzw. 15,6 Tagen. Die Wirtschaftsstruktur kann einen Teil dieser Unterschiede erklären, erwartungsgemäß haben Bundesländer mit einem industriellen Schwerpunkt (wie z. B. Oberösterreich) höhere, solche mit einem großen Dienstleistungssektor tendenziell niedrigere Krankenstandsquoten. Es ist aber davon auszugehen, dass neben der Wirtschaftsstruktur auch zahlreiche andere Bestimmungsgründe (z. B. Altersstruktur der Beschäftigten, Anteil an Teilzeitbeschäftigung, gesundheitlicher Zustand der Bevölkerung, Arbeitsmarktlage, Verhalten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte) die regionalen Krankenstandsunterschiede verursachen.

Das Krankenstandsgeschehen im ersten Quartal 2025

Zum Jahreswechsel, oftmals der Höhepunkt der Grippezeit, steigen die Krankenstandszugänge tendenziell an. Die Pandemiebekämpfungsmaßnahmen führten 2020 und 2021 allerdings zu einem Abflachen der Zugangsdynamik zu Jahresende. Ab 2022 zeigte sich im vierten Quartal wieder der Trend der Vor-COVID-19-Zeit mit einer deutlichen Zunahme bei den Zugängen in den Krankenstand. Eine hohe Zugangsdynamik konnte auch im ersten Quartal beobachtet werden, die Daten der folgenden Monate April und Mai 2025 entsprachen etwa jenen aus den beiden Vorjahren.

Abbildung: **Monatliche Krankenstandsentwicklung der unselbstständig Beschäftigten, 2019 bis 2025**

Zugänge in den Krankenstand auf Monatsbasis



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Direkte und indirekte Kosten der Krankenstände

Krankenstände belasten nicht nur die Erkrankten selbst, sondern verursachen Kosten in verschiedenen Bereichen. Mit dem Verbleib auf hohem Niveau der Krankenstandstage je unselbstständig Beschäftigten bei 15,1 Tagen im Jahr 2024 stiegen sowohl die direkten als auch die indirekten Kosten.

Die finanzielle Absicherung der Arbeitnehmer:innen im Krankheitsfall erfolgt durch die Entgeltfortzahlung und das Krankengeld, die von den Betrieben und der Krankenversicherung gezahlt werden. Gemäß den jüngsten verfügbaren Daten von Statistik Austria (ESSOSS) leisteten die Betriebe 2023 **Entgeltfortzahlungen** in Höhe von 4,6 Mrd. € und die Unfallversicherung übernahm Zuschüsse zur Entgeltfortzahlung für Klein- und Mittelbetriebe in Höhe von 143 Mio. €. Weitere 1,1 Mrd. € wurden von der Krankenversicherung in Form von **Krankengeld** ausbezahlt. Insgesamt beliefen sich die direkt zurechenbaren Krankenstandskosten im Jahr 2023 auf 5,8 Mrd. € bzw. 1,2% der Wirtschaftsleistung.

Auf betrieblicher Ebene entstehen Wertschöpfungsverluste, wenn krankheitsbedingte Arbeitsausfälle nicht durch beispielsweise Überstundenleistungen der verbleibenden Belegschaft ausgeglichen werden können. In Zeiten des wirtschaftlichen Aufschwungs und steigender Nachfrage – wie 2022 – führt dies zu höheren Wertschöpfungsverlusten als in Rezessionsphasen mit ohnehin sinkender Nachfrage – wie 2023 und 2024 –, wo die Wertschöpfungsverluste geringer ausfallen. Diese indirekten Kosten, z. B. durch Produktivitätsverluste, Kosten für Ersatzarbeitskräfte, kommen zu den direkten Kosten hinzu und können auf betrieblicher Ebene sehr unterschiedlich hoch ausfallen. Die Berechnungen der Wertschöpfungsverluste insgesamt lagen für das Jahr 2023 zwischen 5,1 Mrd. € und 8,5 Mrd. € bzw. 1,1% und 1,8% der Wirtschaftsleistung und damit über den direkten Kosten. Auch für die Zeiten des Krankengeldbezugs entstehen indirekte Kosten, da damit Sozialversicherungsbeitragseinnahmen entfallen; sie beliefen sich auf 0,1% des BIP. Darüber hinaus erfordert die Wiederherstellung der Gesundheit bzw. die Behandlung von Krankheiten der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter Mittel und Ressourcen des öffentlichen Gesundheitswesens.

Im Jahr 2023 gingen 4,2% des Arbeitsvolumens der unselbstständig Beschäftigten durch krankheitsbedingte Fehlzeiten verloren, im Jahr 2024 betrug dieser Anteil 4,1%. Da allein die direkten Kosten der krankheitsbedingten Fehlzeiten bei 1,2% der jährlichen Wirtschaftsleistung lagen, dazu noch Wertschöpfungsverluste und Gesundheitsaufwendungen kommen, haben Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit der Erwerbsbevölkerung ein großes Potential, die individuellen, betrieblichen und volkswirtschaftlichen Kosten zu senken.

Langzeitkrankenstände von wenigen Diagnosen bestimmt

Langzeitkrankenstände werden hier als krankheitsbedingte Abwesenheiten, die innerhalb eines Jahres in Summe zumindest 40 Tage erreichen oder durchgängige Abwesenheiten von 40 Tagen und länger umfassen, definiert. Diese Definitionen bieten eine umfassende Sichtweise auf Langzeitkrankenstände. Die Auswertung der Administrativdaten der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) zur krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit in Verbindung mit den Daten des Dachverbands der Sozialversicherungsträger und des Arbeitsmarktservice Österreich be-

stätigt den Befund, dass eine geringe Fallzahl von langen Abwesenheiten ein erhebliches Fehlzeitenenvolumen nach sich zieht. Die Krankenstandsfälle des Jahres 2024, die sich insgesamt auf 40 Fehltage summierten, das waren insgesamt 18,3% aller Krankenstandsfälle, machten mehr als die Hälfte (54,0%) aller Krankenstandstage aus. Krankenständen mit durchgängiger Abwesenheit von 40 Tagen stellten nur 3,1% aller Fälle aber 39,8% aller Krankenstandstage. Getrennt nach Frauen und Männer zeigte sich bei Frauen ein Anteil der Langzeitkrankenstandsfälle von 3,0% und bei Männern von 3,3%, wobei die durchschnittliche Abwesenheitsdauer ähnlich war.

Bei Frauen entfielen 3% aller Krankenstandsfälle auf durchgängige Abwesenheiten von 40 Tagen, bei Männern 3,3%. Diese langanhaltenden Krankheitsfälle waren für 39,8% aller Krankenstandstage im Jahr 2024 verantwortlich.

Da der Großteil langer Krankenstände – sowohl hinsichtlich der Fallzahlen als auch der Fehltage – auf Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie psychische Erkrankungen zurückzuführen ist, kommt der Steigerung der Gesundheitskompetenz, der Gesundheitsförderung und der Prävention bei diesen Befunden eine zentrale Rolle zu. Mit gezielten und verbindlichen Maßnahmen können die gesundheitsbedingten Ausfallzeiten wirksam reduziert und die langfristige Erwerbsfähigkeit verbessert werden.

Diese drei Krankheitsgruppen machten in Abhängigkeit der Definition des Langzeitkrankenstandes (insgesamt 40 Krankenstandstage oder durchgängig 40 Abwesenheitstage) bzw. nach betrachteter Unterteilung nach Geschlecht, Branche, Alter, Bundesländer zwei Drittel bis drei Viertel aller Langzeitkrankenstände aus. In den einzelnen Untergruppen ergaben sich teilweise deutliche Heterogenitäten:

- Nach **Geschlecht** zeigte sich innerhalb der Gruppe der Langzeitkrankenstände, dass Frauen häufiger als Männer lange Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungsdiagnosen aufwiesen. Demgegenüber war bei Männern der dominierende Grund für lange Krankenstände Verletzungen und Vergiftungen. Muskel-Skelett-Erkrankungen waren bei Männern geringfügig häufiger als bei Frauen; allerdings gab es keine ausgeprägten Unterschiede nach Geschlecht.
- Entlang der **Altersgruppen** zeigte sich, dass bei jungen Personen bis 24 Jahren Verletzungen und Vergiftungen dominierten. Psychische Erkrankungen waren in der mittleren Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen der häufigste Grund für krankheitsbedingte Fehlzeiten und nahmen mit steigendem Alter tendenziell in ihrer Bedeutung ab. Eine starke Zunahme mit dem Alter war vor allem bei Muskel-Skelett-Erkrankungen zu beobachten. Diese Krankheitsgruppe dominierte die Fehltage bei Langzeiterkrankungen der Älteren. Eine stark altersabhängige Zunahme verzeichneten auch Neubildungen, welche bei Langzeitkrankenständen auch die höchsten durchschnittlichen Falldauern aufwiesen.
- Eine getrennte Betrachtung nach **Branchen** zeigte wiederum, dass Langzeitkrankenstände im Bauwesen in erster Linie ihre Ursache in Verletzungen und Vergiftungen hatten. Auch Muskel-Skelett-Erkrankungen waren ein häufiger Grund für lange Fehlzeiten. Andere Krankheitsgruppen spielten in dieser Branche eine eher untergeordnete Rolle. In der Industrie und bei den Dienstleistungen waren die Ursachen für lange Krankenstände gleichmäßiger

auf die drei Hauptgruppen verteilt. In der Industrie spielten Muskel-Skelett-Erkrankungen eine bedeutende Rolle, im Bereich der Dienstleistungen fiel die hohe Krankheitslast der psychischen Erkrankungen auf.

- Die Langzeitkrankenstände nach den Krankheitsgruppen auf Ebene der **Bundesländer** ist von der Wirtschaftsstruktur der Bundesländer geprägt. Dies zeigte sich z. B. daran, dass in Wien, welches einen hohen Dienstleistungsanteil hat, Verletzungen und Vergiftungen relativ gering waren und demgegenüber psychische Erkrankungen eine höhere Bedeutung hatten. Dennoch zeigte sich auch hier tendenziell eine relativ gleichmäßige Verteilung der drei großen Krankheitsgruppen.

Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie psychische Erkrankungen waren für 67,9% aller durchgängigen Langzeitkrankenstandsfälle und 66,1% dieser Tage bzw. 34,9% der summierten Langzeitkrankenstandsfälle und 59,6% dieser Krankenstandstage verantwortlich.

Die drei größten Krankheitsgruppen können im betrieblichen Setting mit Arbeitnehmer:innen-schutz, Betrieblichem Eingliederungsmanagement und Betrieblicher Gesundheitsförderung direkt adressiert werden.

Präventionsstrategien in diesen Bereichen haben somit ein hohes Potenzial, die Krankheitslast sowohl für Beschäftigte als auch für Betriebe deutlich zu reduzieren, Studien anderer Länder zeigen hier die kostendämpfenden Effekte. Auch volkswirtschaftlich nehmen Präventionsmaßnahmen eine wichtige Rolle für die Steigerung des Arbeitspotenzials ein. Dies kann anhand der Fehltage von 40 Tagen und länger, resultierend aus mehreren Krankenständen, veranschaulicht werden. Männer und Frauen wiesen zusammen rund 26 Mio. Fehltage auf. Dementsprechend könnten präventive Maßnahmen, welche z. B. eine Senkung der Fehltage um 10% erreichen, bereits 2,6 Mio. zusätzliche Arbeitstage mit sich bringen. Der gezielte Einsatz von Präventionsstrategien würde nicht nur die Kosten der Entgeltfortzahlung und des Krankengeldes reduzieren, sondern durch die Ausschöpfung des Produktionspotentials erheblichen volkswirtschaftlichen Nutzen bringen.

Wären die Langzeitkrankenstände im Jahr 2024 nur um 10% reduziert worden, wäre das Arbeitsvolumen im Ausmaß von rund 7.000 Versicherten höher gewesen.

Die gegenständliche Analyse weist auf die Notwendigkeit zielgruppenspezifischer Instrumente hin. Im Einsatz solcher Strategien sind allerdings die in der Gesundheitsökonomie allgegenwärtigen Selektionseffekte mitzudenken. Dies bedeutet, dass gesundheitsbewusste Personen und Betriebe, die von Grund auf eine bessere Ausgangssituation haben, auch eher bereit sind, weitere gesundheitsfördernde Maßnahmen zu ergreifen. Maßnahmen, die hauptsächlich diesen Gruppen zugutekommen, zeigen dann aber einen volkswirtschaftlich geringeren Effekt und auch ein schlechteres Kosten-Nutzen-Verhältnis. Insofern ist es bei Präventionsmaßnahmen wichtig, in der Adressierung darauf zu achten, Gruppen von Personen und Betrieben anzuspre-

chen, die bisher wenig über Gesundheitsförderung und Prävention nachdachten. Die diskutierte Literatur in Abschnitt 2.3 zeigt, dass es z. B. erfolgversprechend sein könnte, die Selektionsproblematik dadurch zu lösen, dass Rehabilitationsgespräche verpflichtend sind.

Fehlzeitenreport 2025

Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Struktur der Langzeitkrankenstände

1. Entwicklung und Verteilung der Krankenstände

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

Dennoch muss bedacht werden, dass die Krankenstandsentwicklung nicht immer unmittelbar das gesundheitliche Befinden der (erwerbstätigen) Bevölkerung widerspiegelt. Die Krankenstände werden von gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und institutionellen Faktoren beeinflusst. Zum einen wirken sich Veränderungen in der Zusammensetzung der unselbständigen Beschäftigung stark auf die von der Statistik erfassten Krankenstände aus und können mitunter Effekte verursachen, die in einer gesamtwirtschaftlichen Perspektive differenziert betrachtet werden müssen. So kann beispielsweise der Rückzug von Personen mit gesundheitlichen Problemen aus dem Erwerbsarbeitsmarkt die Krankenstandstage reduzieren. Angesichts der demografischen Verschiebungen sowie des steigenden Frauenpensionsantrittsalters bis 2033 ist es notwendig, die Erwerbsbeteiligung der Älteren zu steigern. Durch die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit bereits in jungen Jahren können die Fehlzeiten gegen Ende der Erwerbsphase wie auch ein frühzeitiger Erwerbsaustritt reduziert werden (Alsamiri et al., 2024; Mühlenbrock, 2016). Um langfristige Kosten im Gesundheits-, Sozialversicherungs- und Pensionssystem zu reduzieren und betriebliche und damit volkswirtschaftliche Wertschöpfung zu optimieren, braucht die Verlängerung der Lebensarbeitszeit auch eine begleitende Gesundheitsförderung und Prävention.¹⁾

Zum anderen sind die statistisch erfassten Krankenstände auch ein Produkt des Umgangs mit Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt. Leistungsdruck und Arbeitsplatzunsicherheit kön-

¹⁾ 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.

nen diesbezüglich das Verhalten der Beschäftigten ebenso beeinflussen wie ihre Arbeitszufriedenheit und Motivation. Eine Steigerung der aus gesundheitlicher wie ökonomischer²⁾ Sicht problematischen Bereitschaft der Arbeitnehmer:innen krank arbeiten zu gehen (das Phänomen des Präsentismus, siehe dazu Kapitel 2 in Leoni & Böheim, 2018), kann sich positiv auf die *Krankenstandsstatistik* niederschlagen. Umgekehrt können Fälle von Absentismus, also Fehlzeiten, die aus gesundheitlicher Sicht vermeidbar gewesen wären, die statistisch erfassten Krankenstände erhöhen.

1.1 Definitionen und Datenbeschreibung

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

Die in diesem Kapitel beschriebenen Daten werden vom Dachverband der Sozialversicherungsträger (DVS) erhoben und wurden hauptsächlich der jährlich erscheinenden *Krankenstandsstatistik* bzw. dem *Statistischen Handbuch der österreichischen Sozialversicherung* entnommen. Der Beobachtungszeitraum des diesjährigen Fehlzeitenreports beträgt etwas mehr als ein halbes Jahrhundert und reicht von 2024 bis zum Jahr 1970 zurück³⁾.

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 Dachverbands eignen sich aufgrund ihrer Vollständigkeit sehr gut für einen Gesamtüberblick. Im Jahr 2024

²⁾ Wenn Arbeitnehmer:innen 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.

³⁾ Ab 1970 ist eine durchgehende Darstellung der meisten Ausprägungen in ihrer jetzigen Definition in den Dachverbandsdaten möglich. Für einzelne Ausprägungen wäre es möglich, Zeitreihen bis zum Jahr 1965 zurückzuführen.

waren 3,66 Mio. (2023 3,65 Mio.) unselbständig Beschäftigte in der Statistik erfasst, das entspricht einem Anteil von 94% der unselbständig aktiv Beschäftigten in Österreich⁴⁾. Dazu zählen nach dem ASVG neben den Arbeiterinnen, Arbeitern und Angestellten auch die Vertragsbediensteten der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter. Aus der *Krankenstandsstatistik* sind allerdings die pragmatisierten Bediensteten der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und Bergbau sowie der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter ausgenommen⁵⁾. Ebenso nicht erfasst werden Personen mit geringfügiger Beschäftigung.

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

- Da die gesetzliche Krankenversicherung eine Mehrfachversicherung zulässt, werden in den Statistiken nicht die krankenversicherten Personen, sondern die Krankenversicherungsverhältnisse gezählt. Dies ist auch in den Beschäftigungsstatistiken des DVSV der Fall. Spricht man von Beschäftigung, ist von Beschäftigungsverhältnissen und nicht von beschäftigten Personen die Rede. Die Differenz zwischen Beschäftigten und Beschäftigungsverhältnissen (und demnach zwischen Krankenversicherten und Krankenversicherungsverhältnissen) ist jedoch gering und über die Jahre stabil⁶⁾. Zum Stichtag 1. Juli 2024 war die Zahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,3% höher als die Zahl der beschäftigten Personen; bei Männern lag diese Differenz bei 1,0% und bei Frauen bei 1,6%. Auch in einem längerfristigen Beobachtungszeitraum schwankt dieser Wert kaum: Zum Stichtag im Juli 1990 war die Anzahl der Beschäftigungsverhältnisse um 1,5% höher als die Zahl der beschäftigten Personen. In diesem Kapitel wird diese geringfügige Differenz deshalb vernachlässigt und immer von Versicherten gesprochen.
- Eine grundlegende Unschärfe ergibt sich bei der Statistik der Fehlzeiten aus der Tatsache, dass die Krankenkassen Krankenstandsfälle aufgrund einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfassen. Wenn Arbeitnehmer:innen sich ohne Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses (ein bis drei Tage) krankmelden dürfen, fließen die entsprechenden Krankenstandsfälle nicht in die Statistik ein. Aus dieser Tatsache resultiert eine Untererfassung der tatsächlich eingetretenen Kurzkrankenstandsfälle und damit auch der Gesamtzahl der Krankenstandstage. Auf diese Problematik wird im Abschnitt 1.4 noch im Detail eingegangen.
- Eine weitere Einschränkung im Datenbestand ergibt sich durch das Fehlen von Information zum Beschäftigungsausmaß der Versicherten bzw. der Erkrankten. Dadurch, dass Voll- und Teilzeitbeschäftigung bei den Krankenständen nicht abgegrenzt sind, ist es nicht möglich,

⁴⁾ Im Jahresdurchschnitt 2024 gab es laut DVSV 3,90 Mio. unselbständig aktiv Beschäftigte.

⁵⁾ 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.

⁶⁾ Durch eine jährliche Stichtagerhebung im Juli erteilt der DVSV Auskunft zum Ausmaß der Differenz zwischen Anzahl von Beschäftigungsverhältnissen und von beschäftigten Personen (Gregarova & Mötz, 2025).

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 Absenztage 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 *Krankenstandsstatistik* basiert seit 2010 auf einer Abgrenzung der Versicherten, in der Präsenzdienster und Kinderbetreuungsgeldbeziehende nicht als Beschäftigte gezählt werden. Die Beziehenden von Kinderbetreuungsgeld, die von ihrem Arbeitsplatz karenziert sind und somit in einem aufrechten Dienstverhältnis stehen, wurden von den Sozialversicherungsträgern in der Vergangenheit als Beschäftigte gezählt. Diese Personen erhöhten somit die Grundgesamtheit der Versicherten in der *Krankenstandsstatistik*, obwohl sie in der Praxis wohl kaum Krankenstände verzeichneten. Ähnliches galt auch für die Präsenzdienster. Jährliche Schwankungen in

der Zahl dieser beiden Gruppen konnten daher die Berechnung von durchschnittlichen Krankenstandsindikatoren leicht verzerren⁷⁾. Durch diese Bereinigung 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.

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

Die Zahl der Krankenstände, die durch die Ausweitung der Beschäftigung in den Jahren 2022 und 2023 nach Abklingen der COVID-19-Pandemie 2021 mitgeprägt wurde, verharrte auch 2024 auf hohem Niveau. Gegenüber dem Höchstwert von 2023 zeigte sich allerdings ein leichter Rückgang.

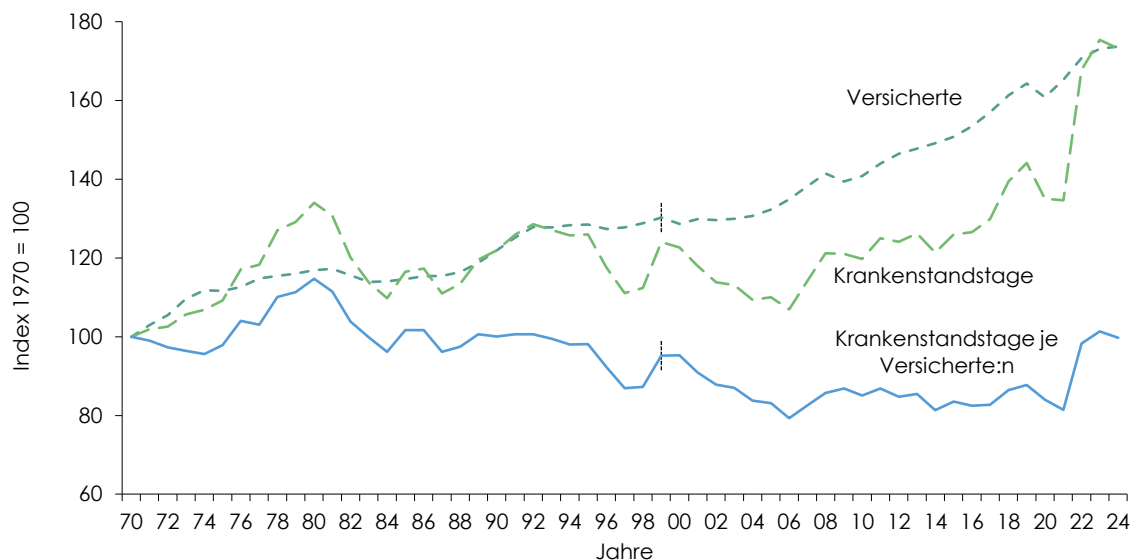
Im Zeitraum 1970 bis 2024 unterlag die jährliche Anzahl an Krankenstandstagen, absolut und relativ zum Versichertenstand, beträchtlichen Schwankungen (Abbildung 1.1). Absolut betrachtet war die Entwicklung der Krankenstände während der 1970er-Jahre steigend, der Höhepunkt wurde mit dem Jahr 1980 erreicht. Die Gesamtsumme der Krankenstandstage betrug 1970 knapp 32 Mio., 1980 waren es 42,8 Mio. Ab diesem Zeitpunkt ging die Zahl der Krankenstandstage zunächst stark zurück und unterlag in den folgenden Jahrzehnten – bei stets steigenden Versichertenzahlen – einigen Schwankungen. 2018 wurde mit 44,6 Mio. Tagen erstmals

⁷⁾ Zieht man die Gesamtheit der Versicherten heran, dann sind die jährlichen Schwankungen im Anteil der Kinderbetreuungsgeldbeziehenden und Präsenzdiener 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.

das absolute Niveau der Krankenstandstage aus dem Jahr 1980 übertroffen, allerdings bei einem Versichertenstand, der um knapp 40% höher lag als damals. Nach einem leichten Rückgang in den Jahren 2020 und 2021 – aufgrund der COVID-19-Maßnahmen – auf etwa das Niveau von 1980 kam es 2022 zu einem kräftigen und auch 2023 zu einem weiteren Anstieg der Krankenstandstage auf 53,6 Mio. (+24,6%) bzw. 56,1 Mio. (+4,6%), begleitet von einem Anstieg der Versichertenzahl (+3,3% bzw. +1,4%). 2024 verzeichnete einen Rückgang bei den Krankenstandstagen (–1,3% bzw. 55,4 Mio. Tage) bei einem geringen Anstieg der Versichertenzahl (+0,3%).

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

Österreich



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

Diese beschriebene Entwicklung, mit dem Jahr 1980 als Wendepunkt, wird durch die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandstagen je Versicherte bzw. Versicherten verdeutlicht. In den frühen 1970er-Jahren entfielen auf jede versicherte Person knapp 15 Krankenstandstage. Nach der Erreichung eines Spitzenwertes im Jahr 1980 (17,4 Tage) verringerte sich die Häufigkeit der Krankenstandstage wiederum und erreichte 2006 ihren bisher niedrigsten Wert. Im Jahr 2006 betrug der Quotient aus Krankenstandstagen und Versicherten 12,0 und lag somit ein Drittel unter dem Wert im Jahr 1980 (17,4) bzw. ein Sechstel unter dem Wert im Jahr 2000 (14,4). 2007 und in den Folgejahren kam es erneut zu einem leichten Anstieg der Fehlzeiten, seither sind jährlich kleinere Schwankungen beobachtbar. Nach Anstiegen in 2018 und 2019 auf gut 13 Tage wurde diese Zahl 2023 (15,4 Tage) noch übertroffen und blieb 2024 mit 15,1 Tagen auf hohem Niveau.

Die Entwicklung der Fehlzeiten kann zusätzlich anhand der Krankenstandsquote, die ein Maß für den Verlust an Arbeitstagen im Jahresverlauf darstellt, veranschaulicht werden. Die Krankenstandsquote entspricht dem Quotienten aus der Summe der Krankenstandstage im Jahr und dem Arbeitsvolumen der Versicherten im Jahresdurchschnitt, die Berechnung des Arbeitsvolumens erfolgt auf der Basis eines 365-Tage-Arbeitsjahres. Dadurch, dass sowohl für das Arbeitsvolumen der Versicherten als auch für die Krankenstandstage Kalendertage verwendet werden, erfasst die Krankenstandsquote die durch Krankheit und Unfälle verlorenen Arbeitstage relativ genau (Biffl, 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 2024 4,1% (2023 4,2%). Entsprechend hohe Werte wurden zuletzt Anfang der 1990er-Jahre gemessen. Der höchste Wert wurde 1980 mit 4,8% erreicht, der niedrigste 2006 mit 3,3%. Der Verlauf der Krankenstandsquote ist identisch zu jenem der Krankenstandstage pro Kopf, es handelt sich im Wesentlichen um die gleiche Größe, die in zwei unterschiedlichen Einheiten ausgedrückt wird. Für die hohen Krankenstandswerte in den späten 1970er- und frühen 1980er-Jahren und den darauffolgenden Rückgang sind vermutlich mehrere Faktoren verantwortlich. Einerseits wurde in der Vergangenheit der Anstieg der Arbeitslosigkeit mit Maßnahmen zur Reduktion des Arbeitskräfteangebotes bei älteren Arbeitskräften bekämpft, insbesondere durch einen leichten Übertritt in die Pension aufgrund geminderter Arbeitsfähigkeit. Vor dem Eintritt in die vorzeitige Alterspension dürften – als Voraussetzung für die Invaliditäts- bzw. Erwerbsunfähigkeitspension – vermehrt Krankenstände verzeichnet worden sein (Meggeneder, 2005). In den 1990er-Jahren kam es dagegen zu einer Umschichtung der Zugänge von Invaliditätspensionen zu vorzeitigen Alterspensionen. Seit den 1980er-Jahren konnte zudem die Unfallquote in der österreichischen Wirtschaft spürbar gesenkt werden, eine Entwicklung, die sich ebenfalls günstig auf die Krankenstände auswirkte. Darüber hinaus dürften auch der Anstieg der Teilzeitbeschäftigung und die Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse diese Entwicklung beeinflussen. Auch gehen bei älteren Arbeitskräften und Langzeitarbeitslosen schlechte Arbeitsmarktperspektiven oft mit gesundheitlichen Einschränkungen einher, wobei sowohl gesundheitliche Probleme die Wahrscheinlichkeit von Arbeitslosigkeit erhöhen als auch Arbeitslosigkeit die Gesundheit negativ beeinflussen kann. Die Krankenstandsquote der Arbeitslosen verzeichnete längerfristig einen spürbaren Anstieg, was als Hinweis auf eine negative Selektion von Personen mit gesundheitlichen Problemen aus Beschäftigung in Arbeitslosigkeit gewertet werden kann (Eppel et al., 2016, 2024). Für kurzfristige Schwankungen in der Krankenstandsentwicklung können auch andere Faktoren verantwortlich sein, wie die Dauer und Intensität von Grippewellen, auf die noch in Abschnitt 1.8 eingegangen wird, oder der Konjunkturzyklus.

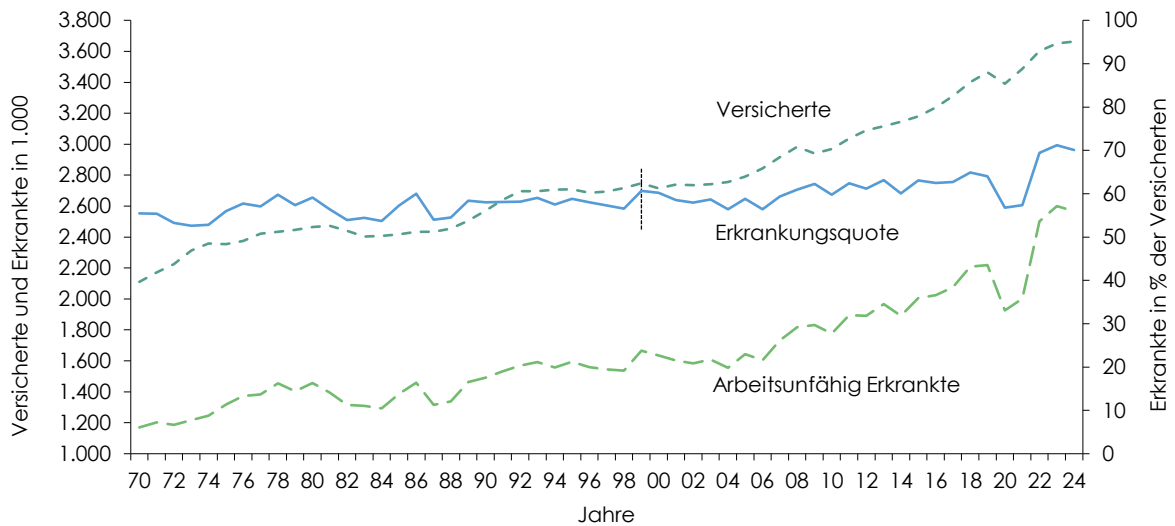
1.3 Erkrankungsquote sowie Zahl und Dauer der Krankenstandsfälle

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

- die Zahl der Krankenversicherten, die im Laufe eines Jahres erkranken,

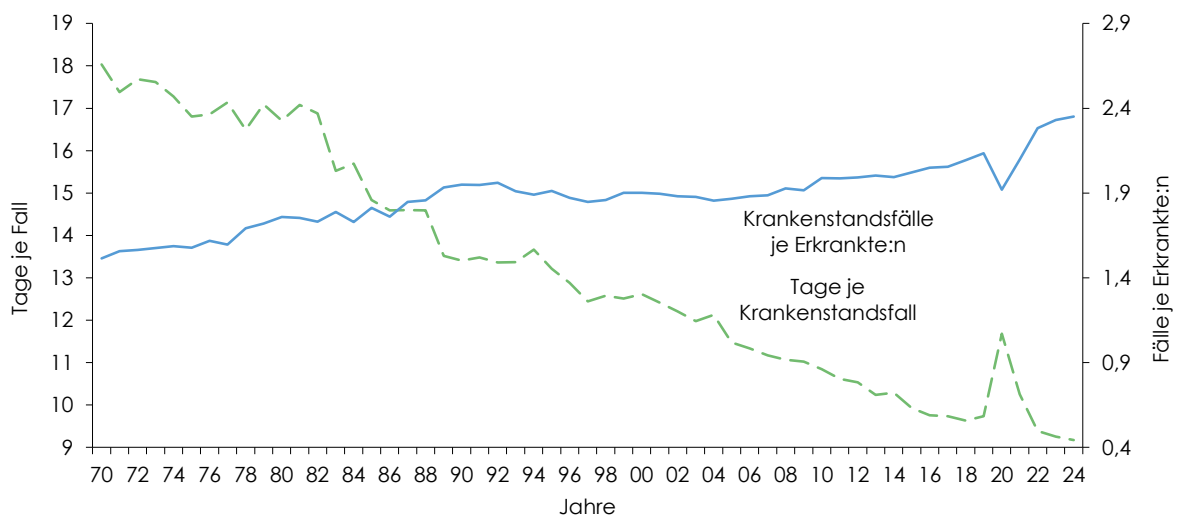
- die Anzahl an Krankenstandsepisoden je erkrankter Person und
- die Dauer der einzelnen Krankenstandsfälle.

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



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

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



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Anzahl der Versicherten verzeichnete 2024 einen Anstieg um 0,3% und ergaben damit einen neuen Höchstwert. Die Zahl der Versicherten, die im Laufe eines Kalenderjahres mindestens einen Krankenstand meldeten, sank um 1,3% und repräsentiert nach dem Jahr 2023 den zweithöchsten gemessenen Wert. Die Relation der beiden Größen ermöglicht die Berechnung einer Erkrankungsquote. Diese Erkrankungsquote schwankte von 2010 bis 2021 zwischen 57% und 65% (Abbildung 1.2). Somit waren jährlich etwa sechs von zehn Versicherten mindestens einmal wegen Krankheit oder Unfall als arbeitsunfähig gemeldet. Den absolut niedrigsten Wert verzeichnete die Statistik in den Jahren 1973 und 1974, wo weniger als 53% der Versicherten einen Krankenstand hatten. Im Jahr 2024 wurde eine Erkrankungsquote von 70,1% registriert, womit nach 2023 der zweithöchste Werte seit 1970 erreicht wurde. 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 2024 2,4-mal (Abbildung 1.3). Damit wurde das Jahr 2023 mit 2,3-mal übertraffen. 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, 2024 waren es 1,6 Fälle (zweithöchster Wert nach 2023; Übersicht A2).

Diese langfristige Erhöhung der Frequenz von Krankenstandsepisoden geht im Wesentlichen auf eine Zunahme der statistisch erfassten Kurzkrankenstände zurück (siehe auch Abschnitt 1.4). Die Kombination aus steigender Krankenstandsfrequenz und fallender Krankenstandszeit spiegelt sich in einer starken Verkürzung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer wider. Während 1970 ein Krankenstandsfall im Durchschnitt 18 Tage dauerte, halbierte sich dieser Wert beinahe auf 9,2 Tage im Jahr 2024, dem niedrigsten Wert in der Beobachtungsperiode.

1.4 Die Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Fehlzeiten

Die erwähnten statistischen Daten werden auch durch die Kurzkrankenstände (Krankenstände von ein bis drei Tagen) beeinflusst. Durch den Umstand, dass ärztliche Bescheinigungen seitens der Arbeitgeber:innen für Krankenstände, die nur ein bis drei Tage dauern, nicht immer eingefordert werden, sind Kurzkrankenstände in der Statistik untererfasst. Für Österreich liegen bislang keine flächendeckenden empirischen Daten oder wissenschaftlichen Studien zum Verhalten von Unternehmen hinsichtlich der Dauer vor, ab der sie eine ärztliche Krankmeldung einfordern. Folgende unterschiedliche Faktoren können sich auf das tatsächliche Ausmaß der Meldung von Kurzkrankenständen auswirken:

- Unterschiedliches Verhalten der Arbeitnehmer:innen (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 Arbeitgeber:innen (je nach Unternehmen), innerhalb desselben Unternehmens könnten Kurzkrankenstände unterschiedlich gehandhabt werden.

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

Übersicht 1.2: **Entgeltfortzahlungsstatistik 1999**

Österreich

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

Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger.

Obwohl der Entgeltfortzahlungsfonds und der Erstattungsanspruch im Jahr 2001 abgeschafft wurden, ist zu vermuten, dass die Erfassungsquote von Kurzkrankenständen bei den Arbeiter:innen weiterhin höher ist als bei den Angestellten. Neben dem Nachwirken des Entgeltfortzahlungsgesetzes dürften diesbezüglich auch grundsätzliche Unterschiede im Berufsbild der Arbeiter:innen und der Angestellten eine Rolle spielen. In Arbeiter:innenberufen 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 Arbeitgeber:innen nicht immer stark ins Gewicht. Andererseits legen Betriebsräte und Arbeitnehmer:inneninteressenvertretungen sowohl den Arbeiter:innen 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. Ob-

wohl nachträgliche Krankschreibungen von Seiten niedergelassener Ärztinnen bzw. Ärzte möglich⁸⁾ sind, lässt anekdotische Evidenz darauf schließen, dass solche Krankschreibungen heutzutage seltener vorgenommen werden als früher.

Aus der langfristigen Entwicklung der Statistik der Krankenstandsdauer 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 ist⁹⁾. Zwischen 2008 und 2019 entwickelte sich die Pro-Kopf-Quote der Kurzkrankenstände von 35,8% auf 57,0%. Nach einem Rückgang in den Jahren 2020 und 2021 aufgrund der COVID-19-Pandemie stieg der Quotient 2024 auf 71,2%. In anderen Worten gab es 2008 358 Kurzkrankenstände je 1.000 Versicherte, im Jahr 2024 erreichte der Wert mit 712 Fällen den höchsten in der Beobachtungsperiode.

Zugleich glich sich im Laufe der Zeit die Inzidenz von Kurzkrankenständen bei Arbeiter:innen und Angestellten an. Während der 1970er-Jahre waren Kurzkrankenstände bei Arbeiter:innen deutlich häufiger als bei Angestellten. 1975, ein Jahr nach Einführung des Entgeltfortzahlungsfonds, gab es im Schnitt etwa 120 Kurzkrankenstände je 1.000 Arbeiter:innen, aber weniger als 75 Kurzkrankenstände je 1.000 Angestellte. 1990 gab es bei den Arbeiter:innen durchschnittlich noch deutlich häufiger Kurzkrankenstände als bei den Angestellten (Kurzkrankenstände je Versicherte: 220 gegenüber 149 Kurzkrankenstände). Bei den jüngsten Daten kann in der Verteilung der Krankenstandsfälle zwischen Arbeiter:innen und Angestellten nur ein vergleichsweise geringer Unterschied beobachtet werden: Bei den Angestellten entfielen 2024 auf 1.000 Versicherte 674 Kurzkrankenstände, bei den Arbeiter:innen waren es 777 (Abbildung 1.4). Damit waren die Kurzkrankenstände der Arbeiter:innen um nur 15% höher (1990 48%).

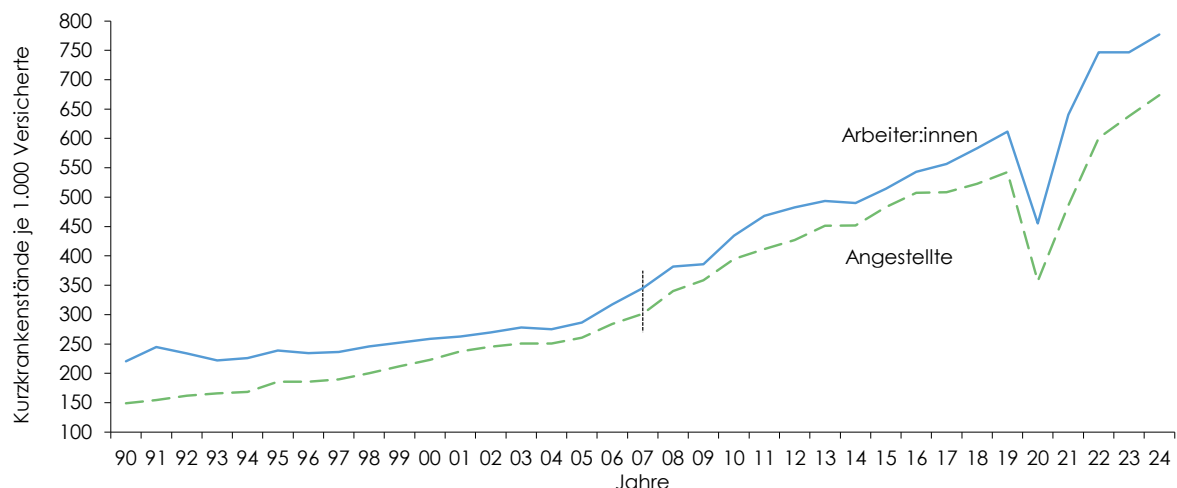
Die Zunahme der Kurzkrankenstände, mit der Ausnahme von 2020 und 2021 bei den Angestellten, folgt einem kontinuierlichen Trend, der sich auch nach dem Jahr 2000 fortsetzte, obwohl man in Folge der Abschaffung des Entgeltfortzahlungsfonds (und des damit zusammenhängenden Anreizes zur Erfassung von Kurzkrankenständen) zumindest bei den Arbeiter:innen eine gegenteilige Entwicklung hätte erwarten können. Wie aus Abbildung 1.4 zu sehen ist, war der Anstieg seit 2003 besonders stark. Es könnte sein, dass es in der jüngsten Vergangenheit zu einer Verringerung oder zumindest zu keinem weiteren Anstieg der Untererfassung von Kurzkrankenständen in der Statistik kam. Allerdings dürften weitere Faktoren den Anstieg der Kurzkrankenstände und damit die Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer verursacht haben. Dafür spricht die Tatsache, dass bei den Bundesbeschäftigten, wo die Erfassung von kurzen Krankenständen vollständig ist, in den jüngsten Jahren ebenfalls ein starker Anstieg der kurzen Krankenstandsepisoden (allerdings abgegrenzt nach Arbeitstagen, nicht Kalendertagen) be-

⁸⁾ Rückwirkende Krankschreibung ist für einen Kalendertag möglich, darüber hinaus nur durch den Medizinischen Dienst der ÖGK möglich.

⁹⁾ 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 Krankenstandsdaten (2008 35,8%).

obachtet werden kann. Während 2003 je Bundesbeschäftigten durchschnittlich ein Kurzkrankenstand verzeichnet wurde, waren es in der letzten Erhebung aus dem Jahr 2022 2,2 Fälle pro Kopf (Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport, 2023a).

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



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

Zum einen legen Auswertungen des Anfangs bzw. Endes der Krankschreibung nach Wochentag den Schluss nahe, dass in der Vergangenheit in höherem Ausmaß als heute die Beschäftigten von Ärztinnen und Ärzten bis einschließlich Sonntag krankgeschrieben wurden (siehe Abschnitt 1.5, Abbildung 1.11). Eine Vorverlegung des Endes der Krankschreibung auf den Freitag führt dazu, dass einige Fälle, die früher mit mehr als drei Kalendertagen in die Statistik eingingen, heute als Kurzkrankenstände gezählt werden. Dieser Effekt kann aber nur einen Teil der Zunahme an Kurzkrankenständen erklären¹⁰⁾. Sektorale Verschiebungen der Beschäftigten in Richtung Dienstleistungsberufe mit weniger körperlichen Belastungen mit einer verbesserten Möglichkeit zu Homeoffice könnte ebenso zur Reduktion beitragen. Auch Änderungen am Arbeitsmarkt in Richtung Zunahme von Teilzeitbeschäftigung und Verbesserungen im Gesundheitswesen (z. B. durch die Verkürzung der medizinischen Behandlungen) dürften die zunehmende Verbreitung von kurzfristigen Krankschreibungen gefördert haben. Zudem ist nicht auszuschließen, dass hinter der seit langem beobachtbaren Verkürzung der Krankenstandsepisoden auch Veränderungen der Krankheitsmuster bzw. des Umgangs mit Krankheit stehen. Auch

¹⁰⁾ 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.

Veränderungen beim Präsentismus im Zusammenhang mit den jeweiligen Arbeitsplatzbedingungen könnten einen Einfluss auf die Häufigkeit und Dauer von Kurzkrankenständen haben (Kandi, 2024).

Die Kurzkrankenstände haben bei den Angestellten weiterhin einen größeren Anteil am Krankenstandsgeschehen insgesamt, als das bei den Arbeiter:innen der Fall ist. Gemessen an der Verteilung der Fehlzeiten nach Krankenstandsdauer waren 2024 bei den Angestellten 10,7% der Krankenstandstage auf Kurzkrankenstände zurückzuführen (1990: 3,3%; Abbildung 1.6), die Quote bei Männern lag bei 10,8% (1990: 3%), jene der Frauen bei 10,6% (1990: 3,6%). Der Anteil an Kurzkrankenständen bei Arbeiter:innen war, gemessen am Anteil an den gemeldeten Krankenstandstagen, deutlich geringer: Er entwickelte sich von 2,2% in 1990 auf 8,3% in 2024 (Abbildung 1.5). Hier ist zwischen den Geschlechtern ein etwas größerer Unterschied beobachtbar. Arbeiterinnen hatten einen geringeren Anteil an Kurzkrankenstandstagen als Arbeiter (2024: 7,6% gegenüber 8,6%).

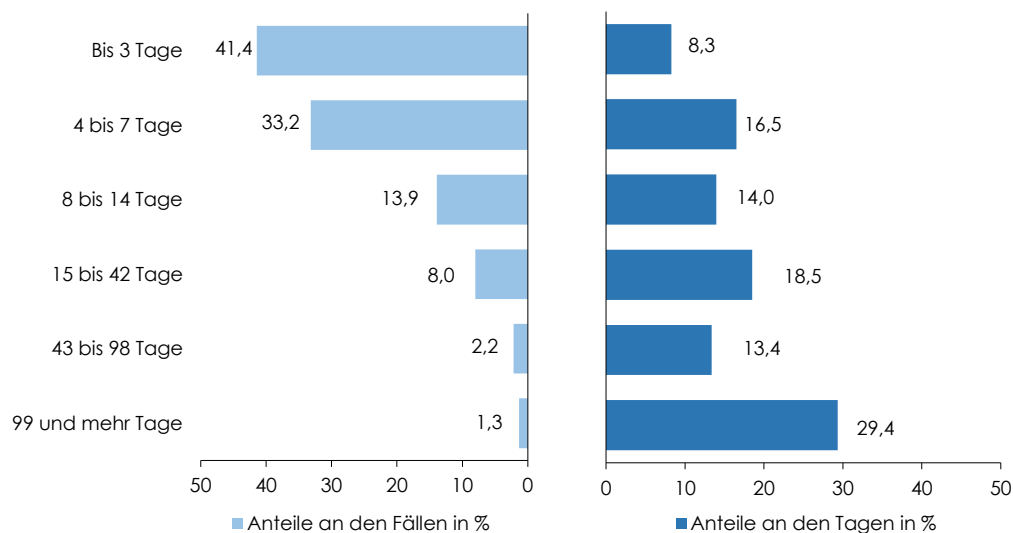
Die langfristige, steigende Bedeutung der Kurzkrankenstände für die Gesamtheit der Beschäftigten kann sowohl an der Entwicklung der Krankenstandstage als auch der Krankenstandsfälle abgelesen werden. 1990 stellten Fälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen 16,4% der Krankenstandsfälle, aber nur 2,6% der Krankenstandstage dar. Im Jahr 2024 waren 43,2% der gemeldeten Krankenstände ein bis drei Tage lang; gemessen an der Gesamtsumme der krankheitsbedingten Fehlzeiten hatten Kurzkrankenstände einen Anteil von 9,5%. Trotz der deutlichen Zunahme gehen somit nach wie vor weniger als 10% der Krankenstandstage in der Statistik auf kurze Krankenstandsepisoden zurück. Umgekehrt zeigt Abbildung 1.7, dass ein großer Teil der anfallenden Krankenstandstage in der Wirtschaft durch eine vergleichsweise geringe Anzahl von Krankenstandsfällen generiert wird. Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, stellten 2,9% der Gesamtsumme dar, verursachen aber 39,2% der Krankenstandstage. Ein Vergleich zwischen Beschäftigtengruppen zeigt, dass bei den Arbeiter:innen Langzeitkrankenstandsfälle etwas stärker als bei Angestellten ins Gewicht fallen: Bei den Arbeiter:innen entfielen 42,7% der Krankenstandstage auf Fälle, die länger als sechs Wochen dauern, bei den Angestellten waren es 36,0%.

Im deutschen Fehlzeitenreport (Badura et al., 2024) finden sich hinsichtlich der Verteilung der Fehlzeiten nach Länge der Episoden durchaus vergleichbare Ergebnisse. In Deutschland gingen 2023 6,6% der gesamtwirtschaftlichen Krankenstandstage auf Krankenstandsfälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen zurück, obwohl ihr Anteil an den Arbeitsunfähigkeitsfällen 35,2% betrug. Auch in Deutschland gibt es eine Untererfassung der Kurzkrankenstände, da viele Arbeitgeber:innen in den ersten drei Tagen einer Erkrankung keine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verlangen. Ergebnisse aus einer früheren Befragung des Instituts der deutschen Wirtschaft (Marstedt & Müller, 1998) zeigten, dass der Anteil der Fälle von ein bis drei Tagen an den krankheitsbedingten Fehltagen fast doppelt so hoch lag wie in der offiziellen Statistik.

Wenn die tatsächlich anfallenden Kurzkrankenstände voll in der *Krankenstandsstatistik* erfasst wären, würde die Krankenstandsquote in Österreich naturgemäß höher liegen. Wie Berechnungen anhand von plausiblen Annahmen zeigen, wirkt sich die Untererfassung der Kurzkrankenstände spürbar auf die *Krankenstandsstatistik* aus, sie verzerrt aber nicht dessen Gesamtbild: Eine Verdoppelung der Kurzkrankenstände entspricht einem durchschnittlichen Anstieg von et-

was weniger als einem Krankenstandstag pro Jahr (+6%). Unter der Annahme, dass kurze Krankenstandsfälle im privatwirtschaftlichen Bereich genauso häufig sind wie im öffentlichen Bereich, erhöht sich die Krankenstandsquote dagegen um etwa 16%.¹¹⁾ 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.

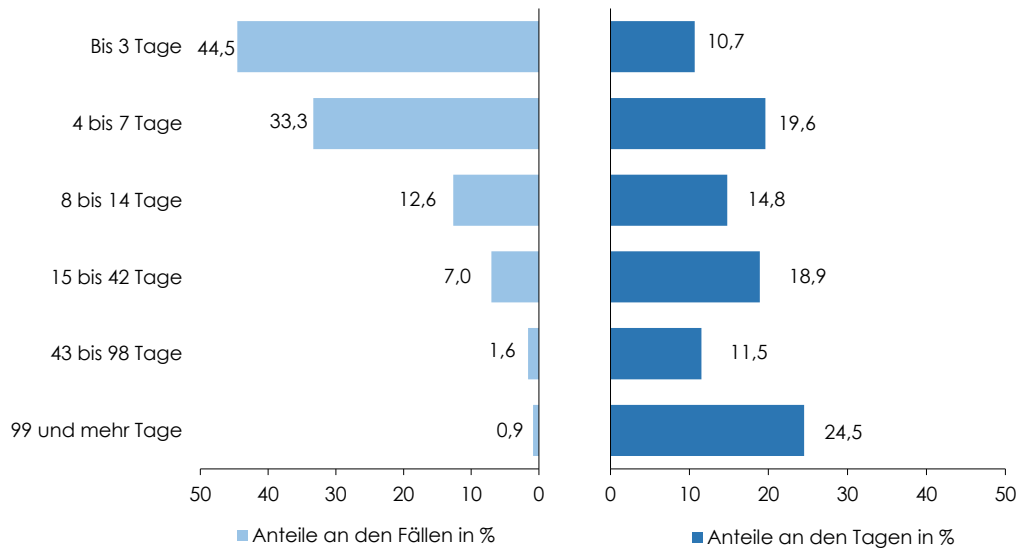
Abbildung 1.5: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Arbeiterinnen und Arbeiter**
Österreich, 2024



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

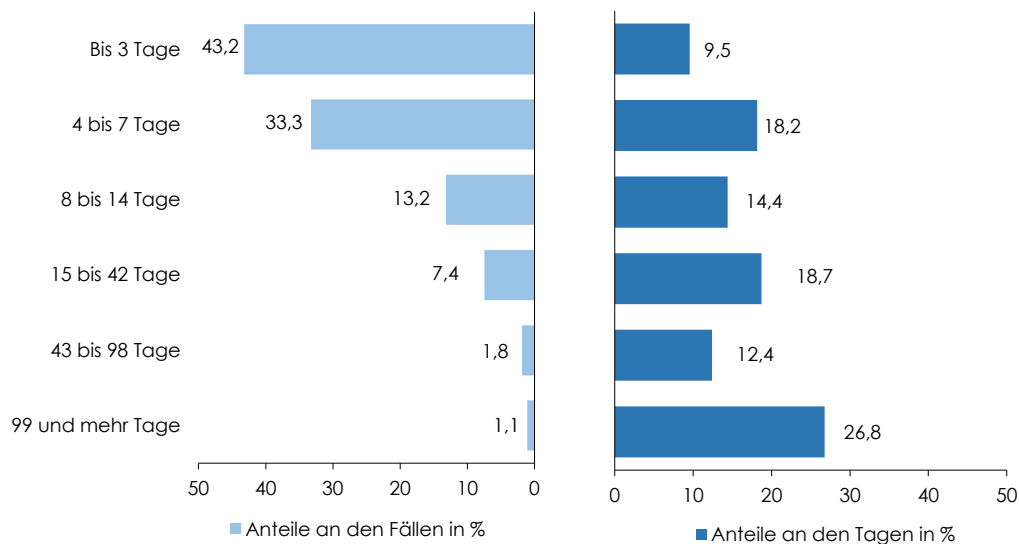
¹¹⁾ Diese Schätzung basiert auf Werten für das Jahr 2018, die sich allerdings auf einer Abgrenzung nach Arbeitstagen, nicht Kalendertagen mit Krankschreibung beziehen (Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport, 2019).

Abbildung 1.6: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, Angestellte**
Österreich, 2024



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.7: **Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte**
Österreich, 2024



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

1.5 Krankenstandshäufigkeit nach Saison und Wochentag

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

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

Österreich

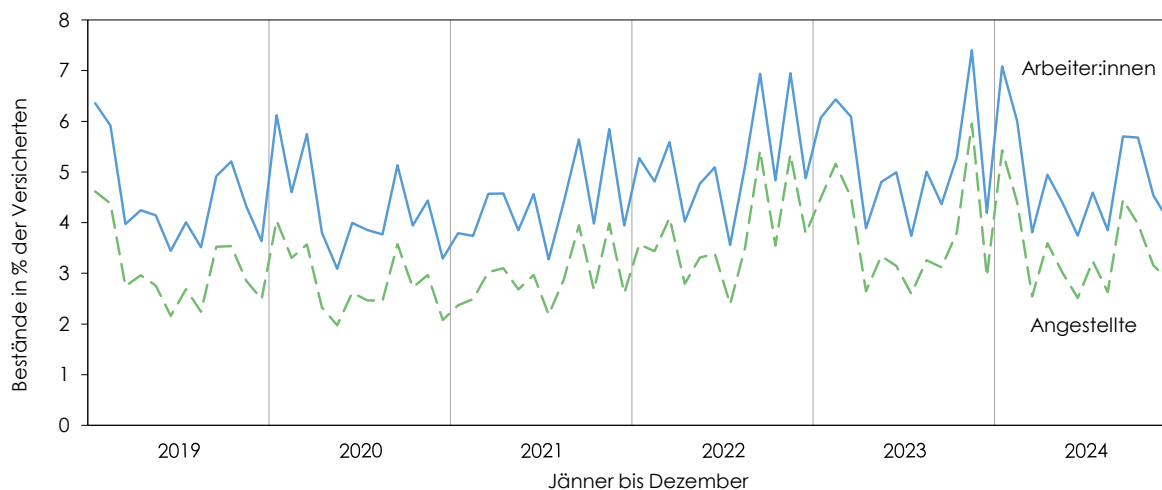


Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Das jährliche Muster zeigt sich sowohl bei Arbeiter:innen als auch bei Angestellten. Die relative Differenz zwischen Arbeiter:innen und Angestellten ist bei den Zugängen kleiner als bei den Beständen, was durch die durchschnittlich kürzeren Krankenstandsfälle der Angestellten zu erklären ist. Anhand des Verlaufs der Zugänge in den Krankenstand über mehrere Jahre können auch besonders starke Grippewellen erkannt werden: Eine solche hat beispielsweise zu Jahresanfang 2018 Österreich getroffen und insbesondere im Jänner und Februar 2018 zu einem sprunghaften Anstieg der Zugänge in den Krankenstand geführt. In diesen Monaten verzeichnete die Statistik je rund 500.000 Neuzugänge in den Krankenstand, statistisch betrachtet wurden somit je rund 17% aller Arbeiter:innen und rund 15,5% aller Angestellten krankgeschrieben. Zu Jahresanfang 2017 gab es ebenfalls eine besonders starke Grippewelle, rein statistisch be-

trachtet verzeichneten damals im Jänner über 18% der Arbeiter:innen und fast 17% der Angestellten einen Krankenstand. Auch in den Wintermonaten der Jahre 2019 und 2023 kam es zu Spitzenwerten im Krankenstandszugang. In 2010, 2012, 2014 und 2016 ist dagegen keine solche Erkrankungswelle erkennbar, was mit ein Grund für die etwas geringere Krankenstandsquote in diesen Jahren ist. 2024 waren die Neuzugänge sowohl zu Jahresbeginn als auch Jahresende auf hohem Niveau. Sie beliefen sich z. B. im Jänner auf 620.000 Neuzugänge, im Oktober auf 580.000 Neuzugänge. Damit verzeichneten 20,7% der Arbeiter:innen und 17,7% der Angestellten im Jänner 2024 einen Krankenstand; im Oktober 19,2% (Arbeiter:innen) und 16,4% (Angestellte).

Abbildung 1.9: **Krankenstandsbestand auf Monatsbasis**
Österreich



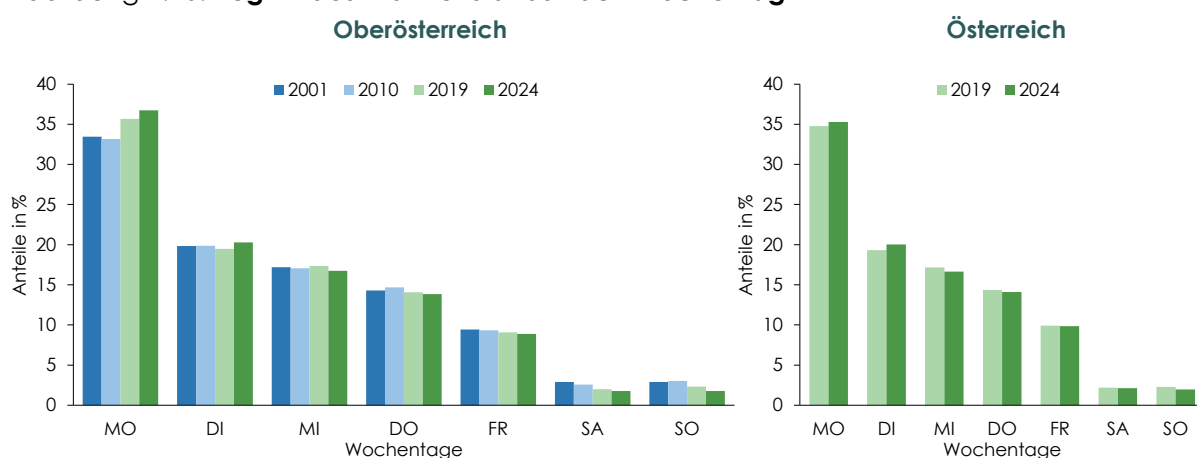
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Zugänge in den und die Abgänge aus dem Krankenstand sind sehr unregelmäßig auf die Wochentage verteilt¹²⁾. 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 Ärzten sowie Patient:innen geprägt. Wie Abbildung 1.10 zeigt, entfallen kaum Krankschreibungen auf das Wochenende. Dafür beginnt jeder dritte Krankenstandsfall an einem Montag. Das hat weniger mit dem so genannten "blauen Montag", als mit dem Zeitpunkt zu tun, an dem Erkrankte Ärztinnen bzw. Ärzte aufsuchen bzw. aufsuchen können. Es ist davon auszugehen, dass Arztpraxen am Wochenende nur im Notfall aufgesucht werden und dementsprechend

¹²⁾ Die nachfolgenden Ausführungen basieren auf Auswertungen von Individualdaten der Gebietskrankenkasse Oberösterreich (OÖGKK), die ab dem Jahr 2001 bzw. 2010 bislang verwendet wurden (für eine Datenbeschreibung siehe Leoni, 2011, 66). Für die Österreichische Gesundheitskasse (ÖGK) liegen die Daten für die Jahre 2019 und 2024 vor und wurden verknüpft mit Informationen von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich.

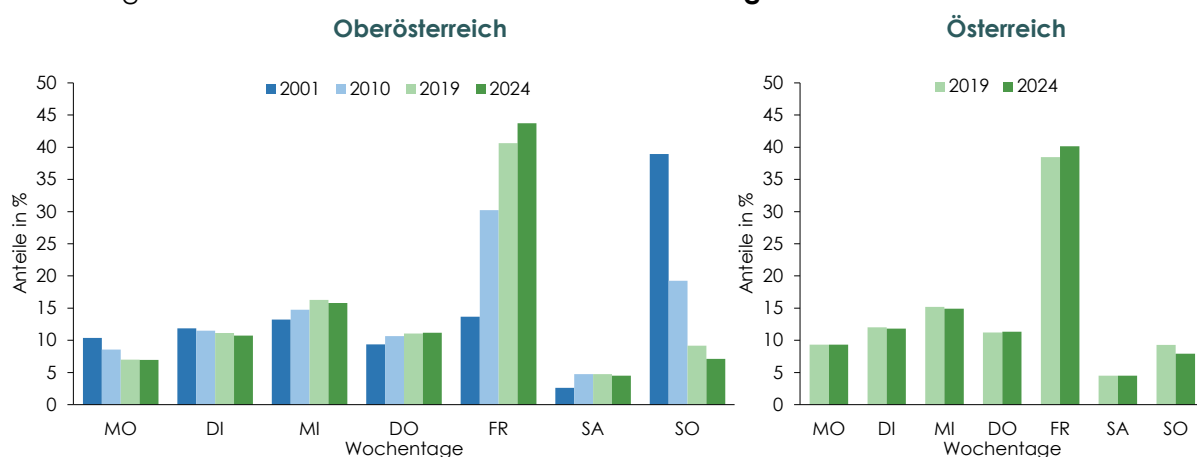
Krankheitsfälle, die sich samstags oder sonntags ereignen, erst am Montag gemeldet werden. Verteilt man die Krankschreibungen von Samstag, Sonntag und Montag gleichmäßig auf diese drei Tage, entfallen auf jeden Wochentag rund 13% der Krankenstandsmeldungen. Abgesehen von diesem "Montags-Effekt", der im Wesentlichen auf die Öffnungszeiten der Arztpraxen zurückzuführen ist, nimmt die Zahl der Krankenstandsmeldungen im Wochenverlauf ab: Während im Durchschnitt jeder fünfte Krankenstand an einem Dienstag beginnt, ist es nur bei jedem zehnten Fall ein Freitag. Der unterproportionale Anteil an Krankmeldungen am Freitag signalisiert, dass viele Arbeitnehmer:innen im Fall eines Krankheitsbeginns kurz vor dem Wochenende dazu tendieren, mit dem Arztbesuch bis Montag abzuwarten.

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



Q: OÖGKK; ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

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



Q: OÖGKK; ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

In der Vergangenheit wurden die meisten Krankenstandsepisoden an einem Sonntag beendet (Abbildung 1.11). In den letzten 20 Jahren nahm allerdings der Anteil an Krankschreibungen, die an einem Freitag enden, deutlich zu, während der Anteil der Krankschreibungen am Sonntag ebenso stark zurückging. Vermutlich sehen sich Ärztinnen und Ärzte heute stärker als in der Vergangenheit dazu veranlasst, die Krankschreibung schon vor dem Wochenende zu beenden bzw. weniger oft als früher einen Kontrolltermin am Montag zu vereinbaren. Zugleich bzw. zum Teil als Folge dieser Verschiebung im Krankschreibungsverhalten nahm der Anteil an Kurzkrankenständen zu (siehe Abschnitt 1.4)¹³.

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

Sofern die oberösterreichischen Daten als repräsentativ für die gesamtösterreichische Entwicklung gewertet werden können (siehe Fußnote 12), kam es im Zuge dieser Verschiebung im Krankschreibungsverhalten zu einer stärkeren Angleichung Österreichs an Deutschland. In Deutschland ging bereits in den frühen 2000er-Jahren fast die Hälfte der Krankenstände an einem Freitag zu Ende, weniger als 10% an einem Sonntag (Badura et al., 2005). Dieses Muster blieb weitgehend konstant: 2023 endeten in Deutschland 47,3% der Krankenstandsepisoden an einem Freitag, die Anzahl der Fälle, die am Sonntag zu Ende gingen, lag bei 10,3% (Badura et al., 2024). Mit Ausnahme vom Mittwoch, an dem im Durchschnitt 12,8% der Fälle zu Ende gingen, entfielen auf die restlichen Tage jeweils etwa 7% bis 8½% der Krankenstandsbeendigungen.

1.6 Gruppenspezifische Krankenstandsentwicklung

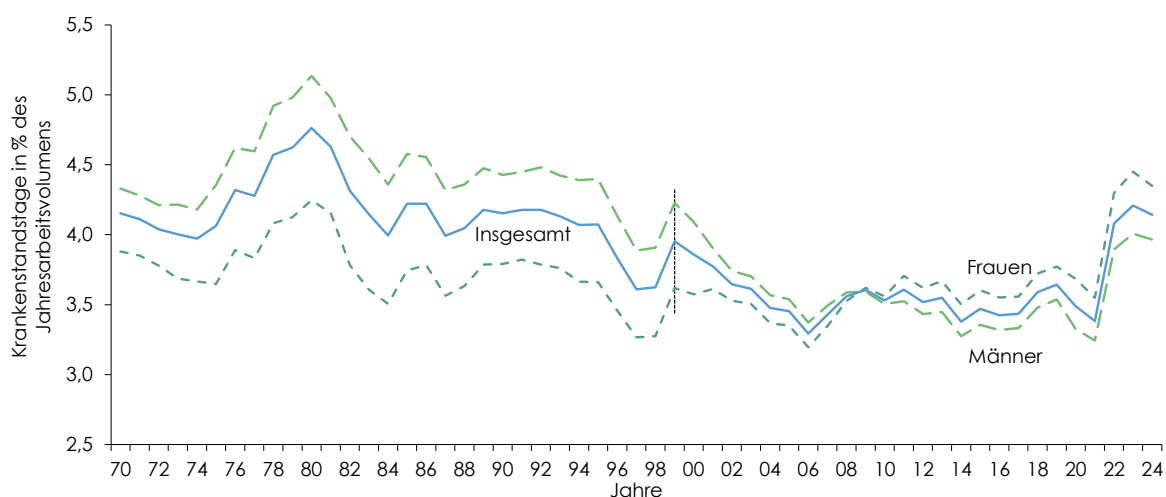
1.6.1 Verteilung der Fehlzeiten nach Geschlecht

Zwar gibt es empirische Hinweise, dass es unzureichende Berücksichtigung des Geschlechts und der Geschlechter in der primären Erfassung von Diagnosen gibt (Bastian-Pétrel et al., 2024).

¹³ Es ist naheliegend, dass die Zunahme der Kurzkrankenstände zum Teil auf eine Verkürzung von Krankenstandsepisoden zurückzuführen ist, die früher infolge der Krankschreibung über das Wochenende mit mehr als drei Kalendertagen in die Statistik eingingen.

Forschungsarbeiten weisen aber 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. Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems ist bei Männern eine häufigere Todesursache als bei Frauen, ebenso Verletzungen und Vergiftungen (Statistik Austria, 2024). Die unterschiedliche Prävalenz einzelner Krankheitserscheinungen bei Frauen und Männern ergibt sich sowohl aus Unterschieden in biologischen Risiken als auch auf der Basis unterschiedlicher Belastung durch Risikofaktoren und unterschiedlicher Gesundheitsrisiken im Lebenszyklus. Zusätzlich zeigen Frauen und Männer ein unterschiedliches Körper- und Krankheitsbewusstsein und haben deshalb auch spezifische Anforderungen an das Gesundheitssystem. Dies kann sich in einer differenzierten Nutzung der Gesundheitseinrichtungen und in einer unterschiedlichen subjektiven Wahrnehmung vom Gesundheitszustand niederschlagen, was letztendlich auch die statistische Erfassung von Gesundheit betrifft. Case & Paxson (2004) weisen darauf hin, dass Umfragen und Erhebungen für Frauen zum Teil schlechtere Gesundheitswerte darstellen, weil die Berichterstattung von Krankheitszuständen bei Frauen akkurater, d. h. vollständiger, erfolgt als bei Männern.

Abbildung 1.12: **Krankenstandsquote nach Geschlecht**
Österreich



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versicherungszahlen 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, dann verringert und zuletzt umgekehrt. Die größte Abweichung zwischen Frauen und Männern wurde zu Beginn der 1980er-Jahre, also zum Zeitpunkt der höchsten Krankenstände, verzeichnet. Damals lag die Krankenstandsquote der Männer etwa 25% über jener der Frauen, dieser Abstand hat sich in den folgenden Jahren deutlich reduziert. Wie aus Abbildung 1.12 hervorgeht, näherten sich die beiden Quoten vor allem in den jüngsten Jahren weiter an. 2009 waren erstmals die Fehlzeiten von

Männern und Frauen gleich hoch (3,6%)¹⁴⁾, seit 2010 liegt die Krankenstandsquote der Männer unter jener der Frauen. Diese Entwicklung geht zum Teil auf die Umstellung der *Krankenstandsstatistik* auf Versichertenzahlen ohne Präsenzdienster und Kinderbetreuungsgeldbeziehende zurück: Vor der Datenrevision lagen beispielsweise die Quoten der Männer und Frauen für das Jahr 2009 mit respektive 3,6% und 3,3% noch deutlich auseinander. Dennoch war bereits vor der Revision der geschlechtsspezifische Unterschied in den Krankenständen stark rückläufig, von 14,5% im Jahr 2000 auf 6,4% im Jahr 2009. Seit 2009 erhöhte sich die Krankenstandsquote der Frauen deutlicher als jene der Männer und erreichte 2024 4,3%, jene der Männer 4,0%.

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 demografischen und gesellschaftlichen Veränderungsprozesse sowie des Strukturwandels am Arbeitsmarkt und in der Wirtschaft insgesamt betrachtet werden. Im Jahr 2024 waren die Altersgruppen der 40- bis 60-Jährigen bei den Frauen relativ stärker besetzt als bei den Männern. Dazu hat die starke Ausweitung der Erwerbsbeteiligung von Frauen auch die Zusammensetzung der Beschäftigung nach Geschlecht wie auch nach Alter stark verändert. Die Erhöhung der Beschäftigungsquoten der Frauen passierte vor allem in jenen Altersgruppen, in denen überdurchschnittlich hohe Krankenstandsquoten vorhanden sind: 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: 2024 fielen 27,0% der Frauen in diese Altersgruppe, gegenüber 21,8% der Männer; im Jahr 2000 lagen die entsprechenden Anteile noch bei 11,9% bei den Frauen und 14,7% bei den Männern. Darüber hinaus führte die Abschaffung der vorzeitigen Pensionsübertrittsmöglichkeiten bei Frauen sowie die laufende Anhebung des gesetzlichen Pensionsantrittsalters zu einer deutlichen Zunahme der Beschäftigung. Allein zwischen 2023 und 2024 stieg die Beschäftigungsquote der 60- bis 64-jährigen Frauen um 4 Prozentpunkte auf 22,9%. Gleichzeitig ist es in den letzten Jahrzehnten zu einer Verlagerung der Wirtschaftsaktivitäten auf den Dienstleistungsbereich und zu tiefgreifenden technologischen und organisatorischen Veränderungen im Güter produzierenden Bereich gekommen. Wie noch in Abschnitt 1.6.3 gezeigt werden wird, gingen die Krankenstandsquoten in den männerdominierten Branchen der Industrie und des Bauwesens in dieser Zeit überproportional stark zurück.

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

¹⁴⁾ Frauen waren in diesem Jahr bereits geringfügig länger im Krankenstand als Männer, durchschnittlich 13,2 Tage gegenüber 13,1 Tagen.

Umfeld sind die Krankenstandsquoten der Frauen typischerweise höher als jene der Männer, die nach Østby et al. (2018) zum Teil durch Unterschiede in den Stressoren am Arbeitsplatz, aber auch in der Familie erklärt werden können (siehe auch Ichino & Moretti, 2006; Martín-Román et al., 2024; Timp et al., 2024).¹⁵⁾

1.6.2 Häufigkeit und Dauer der Krankenstandsfälle nach Alter

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten verläuft im Lebenszyklus der Erwerbstätigen in einem leichten U-Muster (Abbildung 1.13). Jugendliche unter 20 Jahren sind vergleichsweise häufig krank, was auch mit der starken Konzentration dieser Altersgruppe auf Arbeiter:innenberufe in Verbindung gebracht werden kann¹⁶⁾ (siehe auch Kapitel 2 in Mayrhofer & Bittschi, 2024). Ab dem 20. Lebensjahr verringern sich die altersspezifischen Krankenstandsquoten, sie erreichen im Alter von 25 bis 44 Jahren die niedrigsten Werte. Ab dem Alter von 45 Jahren steigt die Quote wieder an, bleibt aber noch unter dem Durchschnitt aller Beschäftigten. Ab 50 Jahren steigt die Summe der Krankenstandstage stark an und erreicht bei Beschäftigten zwischen 60 und 64 Jahren den Höchstwert (7,8%). In der Gruppe der über 65-Jährigen entspricht die Quote mit 4,6% jener der 50- bis 54-Jährigen. Die rückläufige Entwicklung der Krankenstandsquote der älteren Arbeitnehmer:innen ist allerdings die Folge eines 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 Beschäftigungszahlen dieser Kohorten betrachtet werden: 2024 zählte die Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen 214.000 Männer und 226.100 Frauen in Beschäftigung (insgesamt 12,0% der Versicherten), die Gruppe der 60- bis 64-Jährigen allerdings nur noch 103.100 Männer und 43.400 Frauen (insgesamt 4,0% der Versicherten). Ab dem Alter von 65 Jahren verringert sich die Anzahl der Beschäftigten noch stärker: Laut *Krankenstandsstatistik* waren 12.800 Männer und 8.100 Frauen beschäftigt; die über 65-Jährigen stellten somit einen Anteil von 0,6% an der gesamten Beschäftigung dar.

Die Erwerbsquote (d. h. der Anteil der Beschäftigten und Arbeitslosen an der Bevölkerung) erreicht in den Altersgruppen der 45- bis 49-Jährigen den Höchststand und beginnt ab der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen leicht und ab 55 Jahren deutlich zu sinken. In der Gruppe der 60- bis 64-Jährigen sind nur noch 37,3% erwerbstätig (Abbildung 1.13). Die Arbeitslosigkeit steigt dagegen im Alter an: Die Arbeitslosenquote der 55- bis 59-Jährigen lag 2024 bei 7,4% und jene der 60- bis 64-Jährigen bei 10,3%. Ein weiterer Hinweis dafür, dass bei älteren Beschäftigten

¹⁵⁾ Allerdings beziehen sich internationale Vergleiche oftmals auf Erhebungen wie die Arbeitskräfteerhebung oder den EU Survey of Income and Living Conditions (EU-SILC), die auf Selbstauskunft basieren. Für Österreich (und Deutschland) liegen hingegen Auswertungen aus den administrativen Statistiken der Trägerinstitutionen vor.

¹⁶⁾ Im Jahr 2024 betrug der Anteil der Arbeiter:innen an allen in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Versicherten 37%, bei den bis 19-Jährigen allerdings 63%.

starke Selektionsmechanismen am Werk sind, kann an den Zugängen in die Invaliditätspension¹⁷⁾ abgelesen werden, die 2024 bei den vormals unselbständig beschäftigten Männern rund 15% aller neuzuerkannten Direktpensionen stellten.¹⁸⁾ Diese Zahlen weisen zusammen mit der hohen Altersarbeitslosigkeit darauf hin, dass ein bedeutender Teil der älteren Beschäftigten mit gesundheitlichen Problemen den Arbeitsmarkt krankheitsbedingt verlässt oder arbeitslos wird.

Wie man Abbildung 1.14 entnehmen kann, folgen die Krankenstandsquoten der Männer und Frauen nach Alter trotz einiger Abweichungen dem gleichen Muster. Die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen können wiederum in zwei unterschiedliche Komponenten zerlegt werden: Die Häufigkeit der Krankenstandsfälle und die Dauer der einzelnen Krankheitsfälle. Diese beiden Komponenten treten in den Altersgruppen in umgekehrt proportionalem Verhältnis auf (Abbildung 1.15). Junge Personen fallen öfter als Personen höheren Alters infolge einer Krankheit oder eines Unfalls an ihrem Arbeitsplatz aus. Vor allem Personen bis 19 Jahre weisen eine 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 Österreich einen auffallend hohen Konsum von Tabak und Alkohol aufweisen (Eppel & Leoni, 2011). Zudem spielt vermutlich auch das Arbeitsangebotsverhalten zu Beginn des Erwerbslebens eine Rolle (Biffi, 1999): Die Bindung einer jungen Arbeitskraft an den Betrieb ist noch schwach, das Lohnniveau und auch die Verantwortung im Unternehmen vergleichsweise gering.

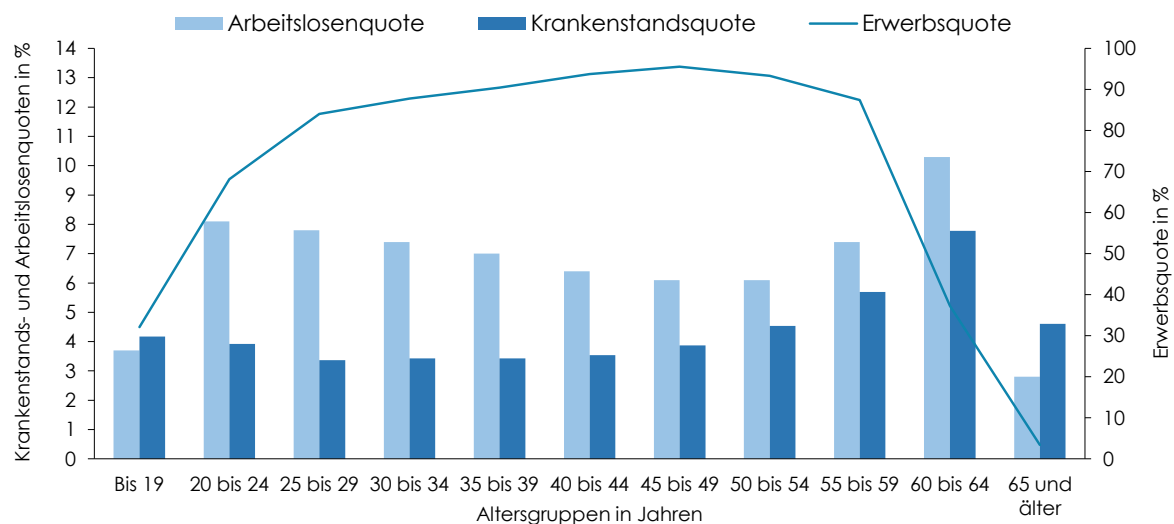
Die durchschnittliche Anzahl von Krankenstandsfällen nimmt im Haupteinwerbalt ab, bleibt bis zur Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen weitgehend konstant und sinkt in der höchsten Altersgruppe merklich. Die Dauer der Krankenstände verlängert sich hingegen im Alter. Der durchschnittliche Krankenstandsfall dauert bei unter 25-Jährigen 5,2 Tage, bei 60- bis 64-Jährigen 3½-mal so lang (18,6 Tage). Insgesamt ergibt sich daraus eine mit dem Alter steigende Krankenstandsquote.

Wie Sonderauswertungen von oberösterreichischen Krankenstandsdaten zeigen konnten, verzeichnet auch bei den über 50-Jährigen – nicht anders als in den anderen Altersgruppen – die Mehrheit der Versicherten keine oder nur sehr wenige Krankenstandstage. Nur ein Drittel der Personen ist im Jahresverlauf eine Woche oder länger krankgeschrieben. Der überwiegende Teil der Fehlzeiten konzentriert sich in allen Altersgruppen auf einen anteilmäßig etwa gleich großen Personenkreis: Bei den Jüngeren in Form einer höheren Zahl an kurzen Krankenständen, bei den Älteren mit einer geringeren Zahl an langen bzw. sehr langen Krankenständen (Leoni & Schwinger, 2017).

¹⁷⁾ 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.

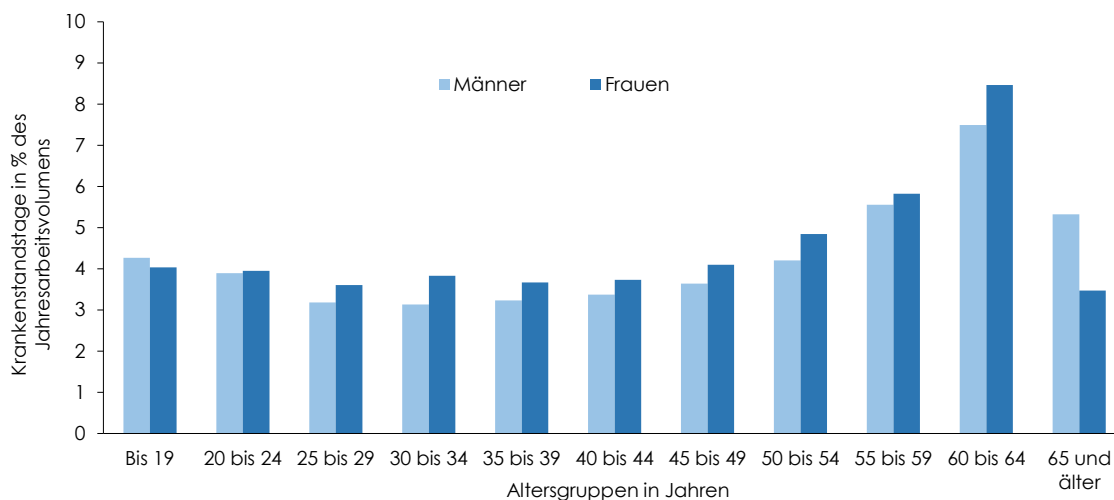
¹⁸⁾ Dachverband der Sozialversicherungsträger, Pensionsversicherung, Berichtsjahr 2024, Tabelle 31.

Abbildung 1.13: **Krankenstands-, Erwerbs- und Arbeitslosenquoten nach Alter**
Österreich, 2024



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

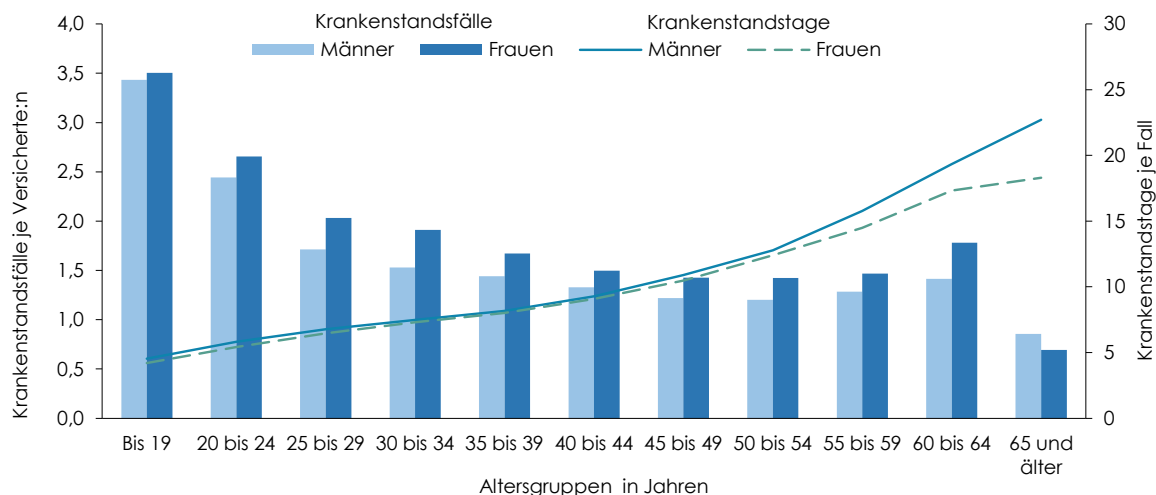
Abbildung 1.14: **Krankenstandsquote nach Alter und Geschlecht**
Österreich, 2024



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

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

Österreich, 2024

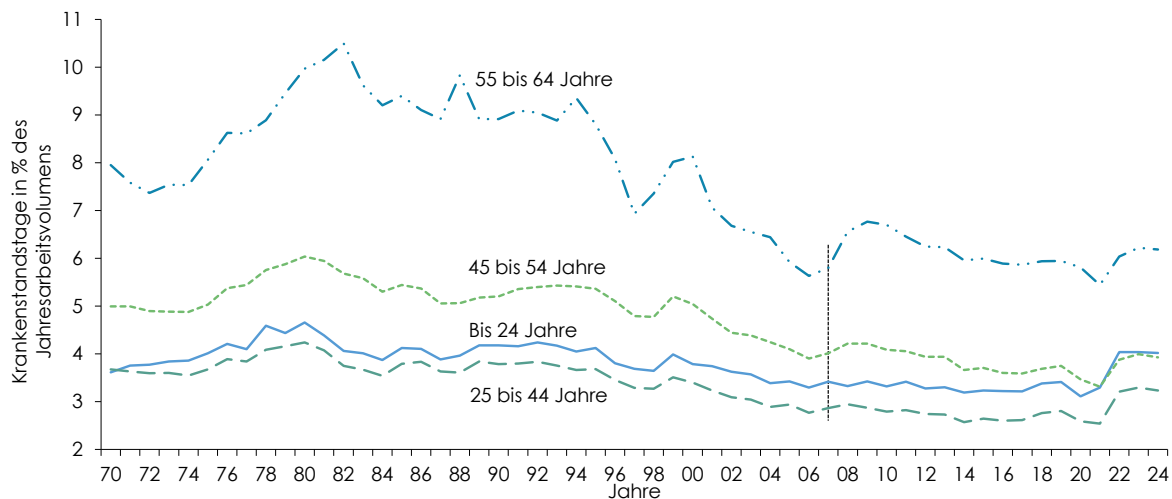


Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Die Entwicklung der Krankenstandsquoten der einzelnen Alterskohorten weist im langfristigen Beobachtungszeitraum sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf (Abbildung 1.16 und Abbildung 1.17). Man kann davon ausgehen, dass eine Reihe von Faktoren die Krankenstände über alle Altersgruppen hinweg in ähnlichem Ausmaß beeinflusst. Das gilt beispielsweise für den Effekt des Konjunkturzyklus und für die Auswirkungen von Grippewellen auf die Krankenstände. Tatsächlich weisen die Zeitreihen der altersspezifischen Krankenstandsquoten zum Teil einen parallelen Verlauf auf. Das ist vor allem an einem ähnlich zyklischen Muster mit zusammenfallenden "Spitzen" und "Tälern" erkennbar. Leichte Abweichungen von diesem gemeinsamen Muster sind dabei durchaus möglich: So waren beispielsweise im Krisenjahr 2009 die Krankenstandsquoten der 25- bis 44-Jährigen gegenüber 2008 bei den Frauen konstant und bei den Männern leicht rückläufig, während jene der jüngeren und insbesondere der älteren Kohorten deutlich zunahmen. Die jährlichen Schwankungen der Krankenstandsquoten von älteren Beschäftigten fallen auch über den gesamten Beobachtungszeitraum deutlich stärker aus als die Schwankungen der restlichen Altersgruppen. Gemessen am Variationskoeffizienten¹⁹⁾ 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.

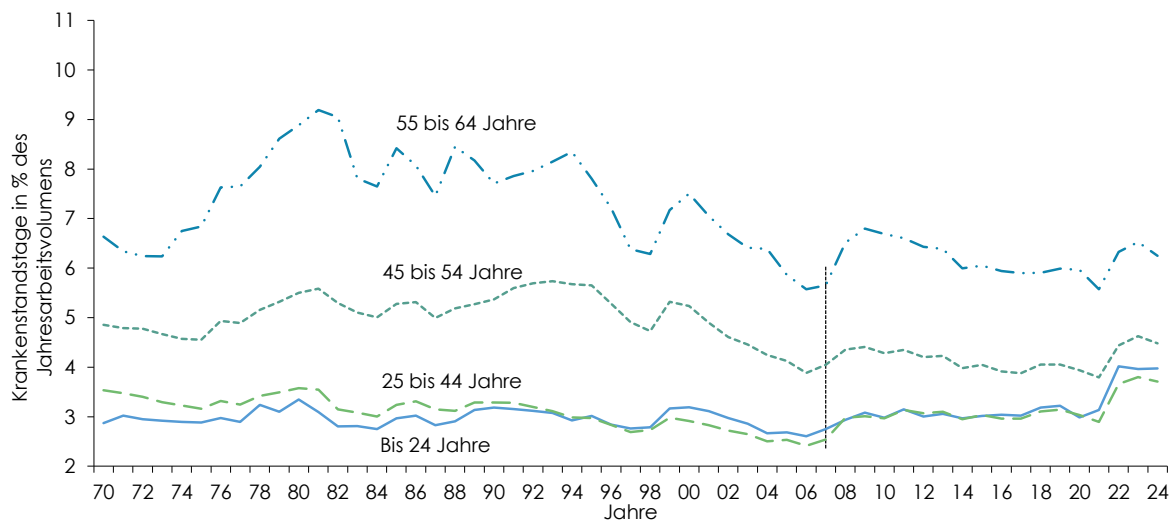
¹⁹⁾ Die Varianz wird durch das Niveau des Mittelwerts, um den die Werte einer Menge schwanken, beeinflusst. Der Variationskoeffizient gleicht diesen Niveaueffekt aus, er ist definiert als die relative Standardabweichung, d. h. die Standardabweichung dividiert durch den Mittelwert.

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



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

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



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

Dieser Effekt kann vornehmlich auf Basis von wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Eingriffen erklärt werden, die sich stärker auf Ältere als auf die restlichen Beschäftigten auswirken. Diesbezüglich spielt vor allem die Gestaltung des Übergangs zwischen Erwerbstätigkeit, Arbeits-

losigkeit und Pensionsbezug eine große Rolle. Die betriebs-, arbeits- und sozialpolitischen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen prägen die Optionen und Beschäftigungschancen der Erwerbspersonen, sie setzen Anreize und entscheiden darüber, ob Arbeitnehmer:innen mit gesundheitlichen Problemen in Beschäftigung bleiben und somit Krankenstände verzeichnen oder in einen anderen Status wechseln. Einschneidende Veränderungen in diesem Bereich wie z. B. die Pensionsreformen der Jahre 2003/04, die Reform der Invaliditätspension im Jahr 2012, die Einführung der Wiedereingliederungsteilzeit 2017, die Kombilohnbeihilfe, Eingliederungsbeihilfe, Aktion 20.000 und weitere Maßnahmen der Beschäftigungs-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik (Horvath et al., 2022) haben dazu beigetragen, die Krankenstände der älteren Beschäftigten stärkeren Schwankungen auszusetzen.

Die Krankenstandsquote ergibt sich nicht nur aus den altersspezifischen Quoten, sondern auch aus der Besetzungsdichte der einzelnen Kohorten. Der demographische Wandel und die Entwicklung der Morbiditätsrate müssen deshalb bei einer Interpretation der Krankenstandsentwicklung 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 hatten²⁰⁾. 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.

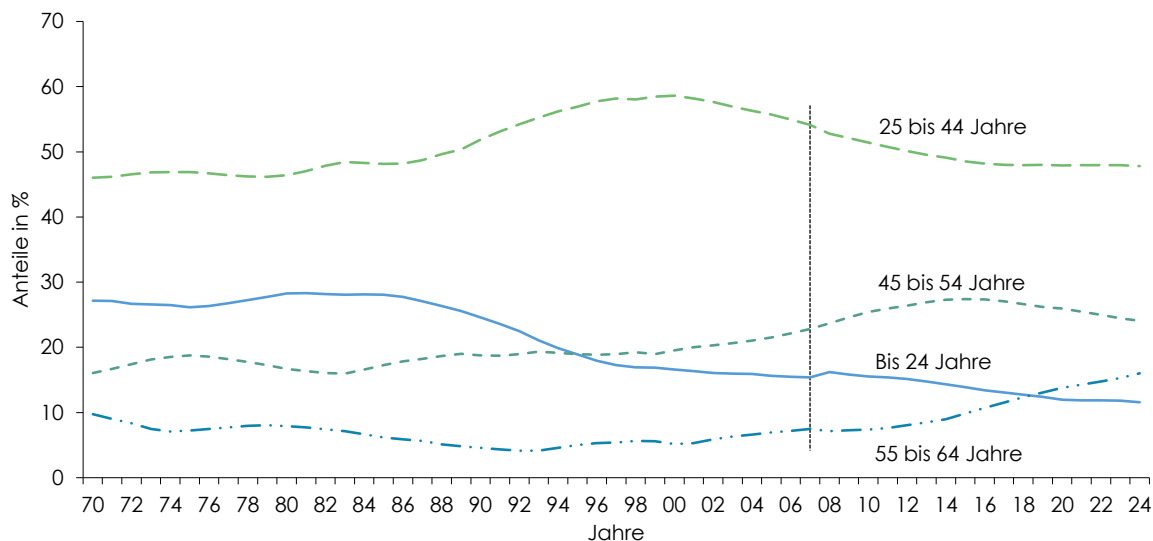
Eine Betrachtung der Krankenstandsentwicklung in Fünf-Jahres-Perioden verdeutlicht, dass sich Verschiebungen in der Altersstruktur der Beschäftigung nur langsam und mit einem untergeordneten Effekt auf das Krankenstandsniveau auswirken (Leoni & Mahringer, 2008, 34ff). Die Berechnungen ergeben beispielsweise,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

Eine Betrachtung des gesamten Zeitraums von den 1970er-Jahren bis heute zeigt bis zu den 1990er-Jahren eine dämpfende Wirkung der Altersstruktur auf die Krankenstandsquote, während in den letzten Jahrzehnten Veränderungen in der demographischen Zusammensetzung der Beschäftigten für sich allein genommen eine Erhöhung der Krankenstandsquote bewirkt hätten. Wie aus Abbildung 1.18 ersichtlich ist, begann sich Anfang der 1980er-Jahre die Altersstruktur der Erwerbstätigen verstärkt zu verändern. Der Durchzug der besetzungstarken Jahrgänge brachte eine Erhöhung des Anteils von Personen im Haupterwerbsalter mit sich, von

²⁰⁾ Eine Beschreibung der entsprechenden Berechnungsmethodik anhand einer Shift-Share-Analyse findet sich im Anhang A zum Fehlzeitenreport 2008 (Leoni & Mahringer, 2008).

46,4% im Jahr 1980 auf 51,8% zehn Jahre später und 58,6% im Jahr 2000. Durch die niedrigen Krankenstandsquoten im Haupterwerbsalter wirkte sich diese demographische Verschiebung günstig auf die Entwicklung der Fehlzeiten aus. Seit dem Jahr 2000 nimmt das Gewicht der 25- bis 44-Jährigen an der Beschäftigung kontinuierlich ab, ihr Anteil betrug zuletzt 47,8%. Gleichzeitig ist der Anteil der 55- bis 64-Jährigen seit dem Tiefstand von 1993 (4,1%) kontinuierlich gestiegen, er lag 2024 bei 16,0%. Dieser Trend wird sich, nicht zuletzt infolge der Reformen im Pensionssystem und der Bemühungen, die Erwerbsbeteiligung der älteren Arbeitskräfte zu erhöhen, in Zukunft weiter fortsetzen. Auch die Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen, die ebenfalls eine überdurchschnittliche Krankenstandsquote aufweist, hat verglichen mit den 1990er-Jahren heute ein höheres Gewicht. Parallel dazu reduzierte sich über diesen Zeitraum der Beschäftigungsanteil der unter 25-Jährigen, die leicht unterdurchschnittliche Krankenstandsquoten verzeichnen, von 24,6% (1990) auf 11,6% (2024).

Abbildung 1.18: **Versichertenstruktur nach Altersgruppe**
Österreich



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

Seit Beginn der 1990er-Jahre hat die demographische Verschiebung, also das steigende Durchschnittsalter der Erwerbsbevölkerung, die Krankenstandsquote um fast ein Drittel Prozentpunkt erhöht, das entspricht einem Anstieg um gut 1 Krankenstandstag (2024 gab es durchschnittlich 15,1 Krankenstandstage pro Kopf). Der demographische Wandel spielt somit für den langfristigen Trend der Krankenstandsentwicklung eine Rolle. Der kurzfristige Verlauf der Krankenstandsquote wird durch die demographische Komponente aber im Normalfall nur geringfügig beeinflusst, da die Verschiebung der Altersstruktur langsam fortschreitet. Zwischen 2013 und 2014, zum Beispiel, wurde der leichte, steigernde Effekt der demographischen Verschiebung auf die Krankenstandsquote durch eine Reduktion der durchschnittlichen Fehlzeiten der jüngeren Altersgruppen um ein Vielfaches kompensiert, wodurch die Krankenstandsquote 2014

insgesamt gegenüber dem Vorjahr rückläufig war. 2015 summierte sich ein ungünstiger Effekt durch die demographische Verschiebung mit einer Erhöhung der altersspezifischen Krankenstandsquoten, wodurch die Krankenstandsquote insgesamt höher ausfiel als im Vorjahr. 2024 hat die Veränderung in der demographischen Zusammensetzung bei gleichbleibenden altersspezifischen Krankenstandsquoten zu einer geringfügigen Erhöhung der Krankenstandsquote um 0,02 Prozentpunkte geführt. Die tatsächliche Reduktion im Jahr 2024 um 0,07 Prozentpunkte im Vergleich zum Vorjahr ergab sich dadurch, dass die Krankenstandsquoten der einzelnen Altersgruppen in Summe um 0,09 Prozentpunkte sanken.

Der Beitrag der demographischen Entwicklung auf die Krankenstandsquote war in den letzten Jahren eindeutig negativ, weil der Anteil der Älteren an den Beschäftigten im Steigen ist. Da die geburtenstarken Jahrgänge der 1960er-Jahre²¹⁾ eine hohe Erwerbsbeteiligung haben, ist für die Zukunft eine Fortsetzung dieses für die Krankenstandsentwicklung ungünstigen Effekts zu erwarten. Die schrittweise Anhebung des Frauenpensionsantrittsalters ab dem Jahr 2024 und Bestrebungen, die Erwerbsbeteiligung älterer Personen zu erhöhen (beispielsweise Kombilohn- oder Eingliederungsbeihilfe), werden sich ebenfalls dahingehend auswirken, die Altersstruktur der Beschäftigung und somit die durchschnittliche Krankenstandsquote nach oben zu verschieben. Die Größenordnung dieses demographischen Effekts bleibt aber auch in einer längerfristigen Perspektive überschaubar: Wenn wir die Entwicklung der vergangenen drei Jahre (2022 bis 2024) linear für die nächsten 10 Jahre fortschreiben, resultiert daraus kumuliert eine Steigerung der Krankenstandsquote um 0,17 Prozentpunkte, d. h. 0,6 Krankenstandstage pro Kopf.

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 Anpassung der Arbeitsplatzausgestaltung, eine Steigerung des Gesundheitsbewusstseins und eine stärkere Verbreitung von gesundheitlich förderlichen Verhaltensmustern können in diesem Hinblick eine positive Rolle spielen. Die zukünftige Entwicklung der Krankenstände wird aber auch davon abhängen, wie sich die Krankenstandshäufigkeit der älteren Beschäftigten angesichts institutioneller und beschäftigungspolitischer Rahmenbedingungen sowie der Belastungen am Arbeitsplatz gestaltet. Wie die Unbeständigkeit der Krankenstandsquote der älteren Beschäftigten zeigt, bilden Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Ruhestand in einem gewissen Ausmaß "kommunizierende Gefäße": Die Lage am Arbeitsmarkt und die betrieblichen und institutionellen Rahmenbedingungen führen zu Selektionsmechanismen, die darauf Einfluss nehmen, ob gesundheitlich beeinträchtigte Personen beschäftigt, arbeitslos oder Teil der stillen Reserve sind.

1.6.3 Unterschiede in den Fehlzeiten nach beruflicher Stellung und Branche

Der Krankenstand variiert erheblich im Zusammenhang mit der beruflichen Stellung der Beschäftigten. Die Daten der administrativen Statistik beinhalten keine Ausprägung, die einen

²¹⁾ 2021 hatte die Altersgruppe der 50- bis 59-Jährigen eine starke Besetzung. Hier wird in Zukunft auch die schrittweise Anhebung des Frauenpensionsantrittsalters ab dem Jahr 2024 die Erwerbsbeteiligung verändern.

detaillierten Einblick in die Tätigkeit der Arbeitnehmer:innen ermöglicht. Auf der Basis einer Einteilung nach Arbeiter:innen und Angestellten und einer Betrachtung nach Branchen sind dennoch einige aussagekräftige Auswertungen und Analysen möglich. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sind bei Arbeiter:innen 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:

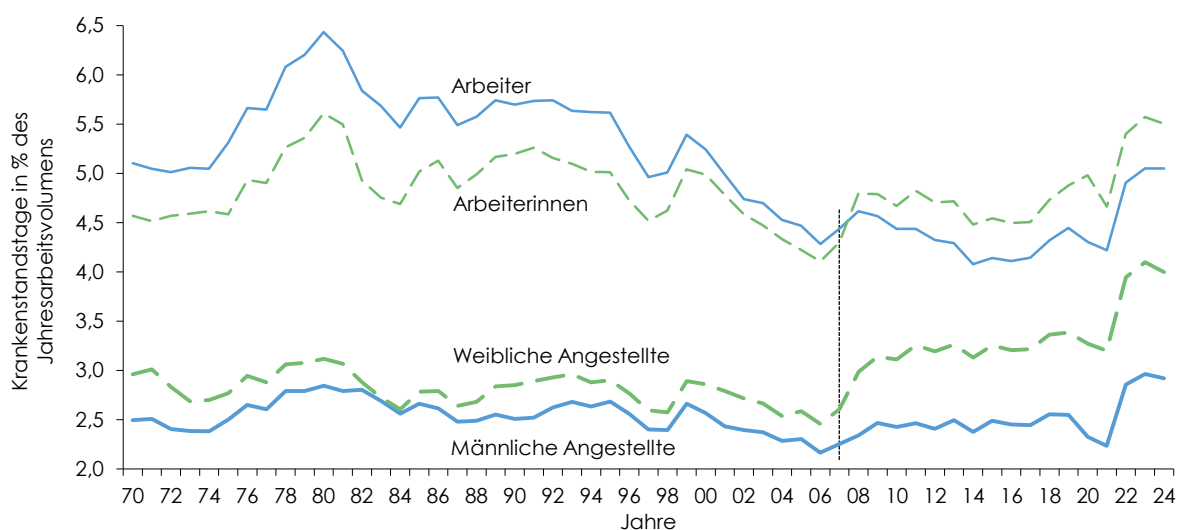
- Es gibt zwischen Krankheitsbild und Arbeitsunfähigkeit je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Zusammenhänge. Das gleiche Krankheitsbild kann je nach beruflichen Anforderungen in einem Fall zur Arbeitsunfähigkeit führen, in einem anderen aber nicht. Bei (schweren) körperlichen Tätigkeiten können 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 Arbeiter:innen ist durchschnittlich durch eine höhere Unfallgefährdung und höhere Gesundheitsrisiken gekennzeichnet. Sowohl die Verteilung der Arbeitsunfälle als auch der (physischen) Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz (Biffl & Leoni, 2008) bestätigen dieses Bild.
- Allerdings unterscheiden sich nicht nur Form und Ausmaß der Arbeitsbelastungen, sondern in bestimmtem Ausmaß auch das Gesundheitsverhalten der Arbeitskräfte nach Tätigkeit, Bildung, Beruf und Branche. Eine klare Trennung zwischen Arbeitsbelastungen und Lebensstilen ist somit infolge von Interdependenzen und Selbstselektion schwierig.
- Badura et al. (2008) weisen darauf hin, dass in der Regel der Anteil von motivationsbedingten Fehlzeiten bei höherem beruflichem Status geringer ist. Angestellte verknüpfen häufiger als Arbeiter:innen zusammen mit größerer Verantwortung auch stärkere Motivation mit ihrer beruflichen Tätigkeit.
- Hinter den Differenzen in den Krankenständen der Arbeiter:innen und Angestellten kann sich auch die Wechselwirkung zwischen Gesundheit und Einkommen verbergen. Arbeiter:innen haben im Durchschnitt ein niedrigeres Einkommensniveau als Angestellte, zahlreiche Studien belegen eine positive Korrelation zwischen Gesundheitszustand und Einkommen bzw. sozioökonomischer Stellung (siehe z. B. Deaton & Paxson, 1998; Marmot et al., 1991)²²⁾.

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

²²⁾ 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.

Die langfristige Entwicklung zeigt, dass über die gesamte Betrachtungsperiode die Krankenstandsquote der Arbeiter:innen etwa 2 bis 3 Prozentpunkte höher war als jene der Angestellten (Abbildung 1.19). Der Abstand hat sich seit Beginn der 1990er-Jahre sowohl absolut als auch relativ verringert, es ist zu einer Annäherung der Fehlzeiten von Arbeiter:innen und Angestellten gekommen. Während Anfang der 1990er-Jahre die Krankenstandsquote der Arbeiter:innen um fast 3 Prozentpunkte höher und damit doppelt so hoch war wie jene der Angestellten, waren es im Jahr 2000 knapp 2½ Prozentpunkte bzw. 90% Differenz. Bis zum Jahr 2015 reduzierte sich dieser Unterschied auf 46% und stieg bis 2019 wieder leicht auf 51% an. Im letzten verfügbaren Jahr (2024) verbrachten die Arbeiter:innen laut Statistik um 47% mehr Zeit im Krankenstand als die Angestellten: Im Schnitt waren die Arbeiter:innen 18,9 Tage, die Angestellten 12,9 Tage krankgeschrieben, das entspricht einer Differenz in der Krankenstandsquote von 1,7 Prozentpunkten. Bemerkenswert ist die Tatsache, dass der starke Anstieg der Fehlzeiten in der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre bei den Arbeiter:innen deutlicher als bei den Angestellten war. Das hat damit zu tun, dass die strukturellen Anpassungsprobleme, die von Veränderungen in den wirtschaftlichen und technologischen Rahmenbedingungen ausgingen und auch beschäftigungs- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen mit sich zogen, besonders im produzierenden Sektor²³⁾ spürbar waren.

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



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

²³⁾ Industrie und Bauwesen, wo der Anteil der Arbeiter:innen 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.

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 Arbeiter:innen- als auch in Angestelltenberufen öfter im Krankenstand als Männer, dennoch ist der Unterschied zwischen Arbeitern und Arbeiterinnen viel schwächer ausgeprägt (9,0%) als zwischen weiblichen und männlichen Angestellten (36,9%)²⁴). Im Jahr 2024 verteilte sich der Rückgang in der Krankenstandsquote um 1,6% sehr unterschiedlich: Den stärksten Rückgang vermerkten die weiblichen Angestellten mit 2,4%, aber auch die männlichen Angestellten (–1,4%) sowie die Arbeiterinnen (–1,2%) wiesen einen Rückgang aus, während die Quote der Arbeiter stagnierte. Daraus ergaben sich Krankenstandsquoten für 2024 von 5,5% für Arbeiterinnen, 5,1% für Arbeiter, 4,0% für weibliche Angestellte und 2,9% für männliche Angestellte. Dieses unterschiedliche Muster ist Ausdruck der ungleichen Verteilung der Arbeiter und Arbeiterinnen bzw. der männlichen und weiblichen Angestellten auf Branchen und Berufen und kann anhand der Krankenstandsquoten nach Wirtschaftsbereichen weiter verdeutlicht werden. Aufgrund der Umstellung auf ÖNACE 2008 stehen seit 2009 Krankenstandsquoten für diese neue Einteilung nach Wirtschaftsklassen zur Verfügung (Übersicht 1.3)²⁵).

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 Arbeitnehmer:innen zu berücksichtigen. Ein hoher Anteil von älteren Beschäftigten in einer Branche wirkt sich negativ auf die Krankenstandsquote dieser aus und führt beim Vergleich der Fehlzeiten in unterschiedlichen Branchen zu Verzerrungen. Zudem basiert die Betrachtung nach Branchen auf einer Aggregation der Betriebe im Lichte ihrer wirtschaftlichen Tätigkeit. Daraus ergeben sich Branchen von sehr unterschiedlicher Größe und auch Homogenität hinsichtlich der tatsächlich ausgeübten Tätigkeiten und der Arbeitsplatzbedingungen. Die Wirtschaftsklassen Verarbeitendes Gewerbe, Herstellung von Waren bzw. Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen decken beispielsweise 17,4% bzw. 15,5% der Versicherungsverhältnisse ab, die in der *Krankenstandsstatistik* erfasst sind. Weitere 10,9% sind in der Wirtschaftsklasse Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung tätig. Die restlichen Wirtschaftsklassen sind wesentlich kleiner. Einige von ihnen wie die Land- und Forstwirtschaft, die Energieversorgung, die Wasserversorgung und der Bergbau umfassen jeweils weniger als 1% der Versicherten und sind vergleichsweise homogen. Vor allem hinter den Durchschnittswerten für die großen Wirtschaftsklassen können sich ausgeprägte Unterschiede zwischen Unterbranchen verbergen. Die Verteilung der Versicherten über die Branchen hat sich im Vergleich zu den Vorjahren nur wenig verändert. Zwei über einen längeren Zeitraum von den Maßnahmen der COVID-19-Pandemie betroffenen Branchen waren Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie sowie das Gesundheits- und Sozialwesen. Während

²⁴) Der insgesamt geringere Unterschied in der Krankenstandsquote der Frauen und Männer (8,8%, siehe Abschnitt 1.6.1) resultiert daraus, dass Frauen einen viel höheren Anteil an Angestellten haben (bei denen die Krankenstandsquote niedriger als im Durchschnitt aller Beschäftigten ist), Männer hingegen einen vergleichsweise hohen Arbeiteranteil (mit überdurchschnittlich hoher Quote).

²⁵) Diese neue ÖNACE-Nomenklatur legt ein größeres Augenmerk auf die Einteilung und Differenzierung der unterschiedlichen Dienstleistungsbereiche als bisher, während die Sachgüter erzeugenden Bereiche in stärker aggregierter Form erfasst werden.

die Zahl der Versicherten in der Branche Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie in der Pandemiephase einen Rückgang verzeichnete, lag sie 2024 über dem Niveau von 2019. Im Gesundheits- und Sozialwesen kam es in den Pandemie Jahren zu einem Anstieg, die Zahl der Versicherten wurde bis 2024 weiter ausgeweitet.

Übersicht 1.3: **Krankenstandsquoten nach Branchen und Geschlecht**
Österreich, 2024

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

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – Die Branche "Extraterritoriale Organisationen und Körperschaften" sowie die Krankenstände, die keiner Wirtschaftsklasse zugeordnet werden konnten, werden nicht angeführt. – Zu den Details der ÖNACE-2008-Wirtschaftsklassen siehe Übersicht A7 im Anhang C.

Die wichtigsten Ergebnisse zu den branchenspezifischen Krankenstandsquoten für 2024 können wie folgt zusammengefasst werden:

- 18,2% aller Krankenstandstage fielen im Bereich Verarbeitendes Gewerbe und Herstellung von Waren an, der im Wesentlichen die Sachgüter erzeugenden Unternehmen zusammenfasst. Hier lag die Krankenstandsquote insgesamt bei 4,3%, sie betrug für Männer 4,3% und für Frauen 4,5%.
- Im Baugewerbe lag die Krankenstandsquote mit 4,2% nur knapp über dem Gesamtdurchschnitt. Dieser Wert wurde allerdings von der Krankenstandsquote der Männer geprägt (4,3%), der Wert bei den Frauen lag dagegen weit unter dem Durchschnitt (3,1%).

- Die höchsten Krankenstandsquoten wurden im Bereich der Erbringung sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen²⁶⁾ verzeichnet (5,2%), der einen hohen Anteil an niedrig qualifizierten Berufen umfasste. Die zweithöchste Quote fand sich im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen (4,9%). Auch Verkehr und Lagerei lagen mit einer Krankenstandsquote von 4,6% deutlich über dem gesamtwirtschaftlichen Durchschnitt.
- Der Handel war die größte Wirtschaftsklasse im Dienstleistungsbereich, jeder sechste Krankenstandstag in der Wirtschaft entfiel auf diesen Bereich. Bei den Frauen (4,7%) lag die Krankenstandsquote über dem Durchschnitt (4,4%), bei den Männern war sie unterdurchschnittlich hoch (4,1%).
- Der Bereich der öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (4,5%) und jener der Wasserwirtschaft (4,7%) verzeichneten ebenfalls hohe Krankenstandsquoten. Die – wie auch in den Vorjahren – niedrige Quote im Bereich Erziehung und Unterricht (3,1%) lässt die Vermutung zu, dass beim Lehrpersonal durch die unterrichtsfreie Ferienzeit eine Untererfassung des Krankheitsgeschehens vorhanden ist.
- Die niedrigere Krankenstandsquote im Jahr 2024 (4,1%) im Vergleich zum Vorjahr (–1,6%) resultierte aus Rückgängen in fast allen Bereichen.

Die Auswertungen der Daten der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) von (Badura et al., 2024) zeigen für Deutschland ein ähnliches Bild entlang der Wirtschaftsklassen. Banken und Versicherungen haben die geringsten Krankenstandsquoten, während öffentliche Verwaltung/Sozialversicherung sowie das Gesundheits- und Sozialwesen, Energie- und Wasserwirtschaft sowie verarbeitendes Gewerbe die höchsten Fehlzeiten aufweisen. Im Jahr 2023 gehörte auch das Gesundheits- und Sozialwesen zu den Wirtschaftsklassen mit den höchsten Krankenstandsquoten. Ein Teil dieser Unterschiede kann durch die Arbeitsunfälle erklärt werden. Das Unfallgeschehen wirkt sich in den einzelnen Branchen mit unterschiedlicher Stärke auf die Fehlzeiten aus. Auswertungen auf Branchenebene für das Jahr 2005²⁷⁾ zeigen beispielsweise, dass im österreichischen Bauwesen rund 11% aller Krankenstandstage auf Unfälle am Arbeitsplatz zurückgingen (Leoni et al., 2008). 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%).

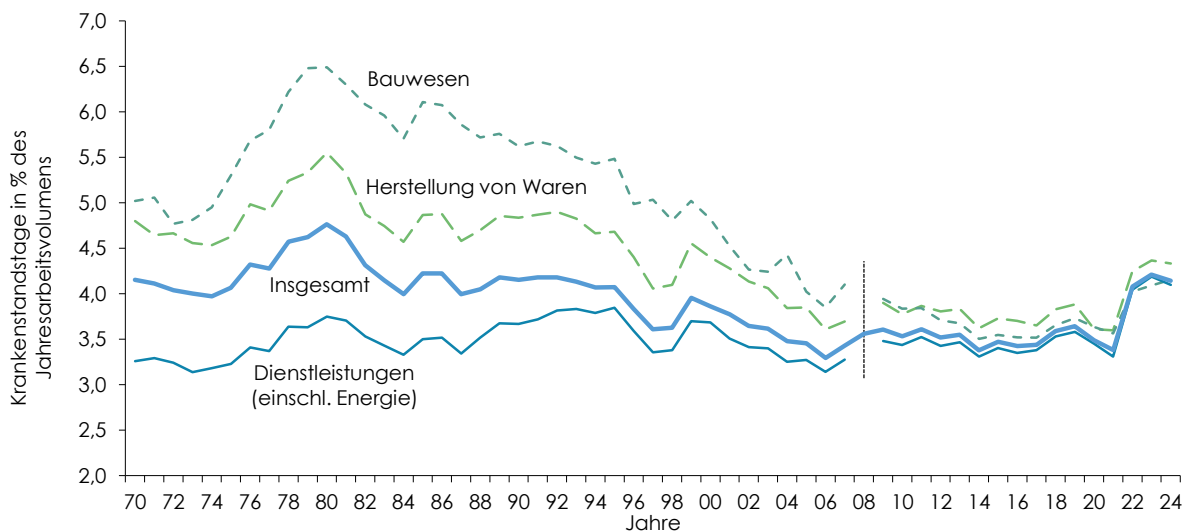
Unterschiede hinsichtlich der Fehlzeiten von Frauen und Männern innerhalb der gleichen Branche gehen zu einem großen Teil auf die Tatsache zurück, dass die geschlechtsspezifische Segmentierung am Arbeitsmarkt nicht nur nach Branchen, sondern auch nach Berufen verläuft.

²⁶⁾ Im Abschnitt N der ÖNACE-2008 sind 2024 5,9% der Versicherten. Er umfasst Vermietung von beweglichen Sachen; Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften; Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen; Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien; Gebäudebetreuung, Garten- und Landschaftsbau; Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a.n.g. (siehe auch Übersicht A7 im Anhang C).

²⁷⁾ Es sind keine jüngeren Auswertungen des Krankenstandsgeschehens nach Branche und Krankenstandsursache verfügbar.

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 2024 lag die Krankenstandsquote der Männer um 37% 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, Information und Kommunikation sowie Gastgewerbe, Beherbergung und Gastronomie weisen Frauen deutlich höhere Krankenstände als Männer auf. Für die Erklärung der geschlechtsspezifischen Unterschiede insgesamt bzw. nach sozialrechtlicher Stellung sind neben den Krankenstandsquoten der Frauen und Männer auch die Besetzungszahlen in den einzelnen Branchen entscheidend. Ein gutes Beispiel dafür ist das Gesundheits- und Sozialwesen, wo der geschlechtsspezifische Unterschied in der Krankenstandsquote in einer relativen Betrachtung weniger stark ausgeprägt ist als in anderen Branchen. Aufgrund der hohen Beschäftigtenzahl und des hohen Frauenanteils wirkt sich die überdurchschnittliche Quote in diesem Sektor viel stärker auf die Gesamt-Krankenstandsquote der Frauen als auf jene der Männer aus (16,7% aller Krankenstandstage der Frauen gingen auf das Gesundheits- und Sozialwesen zurück, bei den Männern waren es 4,2%).

Abbildung 1.20: **Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppe**



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

Die Daten aus der *Krankenstandsstatistik* liegen in einer Auswertung nach Branchen auch für eine längere Zeitperiode (ab 1970) vor. Allerdings entstanden mit der Einführung bzw. Umstellung der ÖNACE-Nomenklatur in den Jahren 1995 und 2008 Brüche in der Zeitreihe, eine detaillierte graphische Darstellung der Krankenstandsentwicklung in den einzelnen Wirtschaftsklassen

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

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. Der überproportional starke Rückgang der Fehlzeiten im Bausektor führte auch dazu, dass seit einigen Jahren in diesem Bereich durchschnittlich gleich viel oder weniger Krankenstandstage je Versicherte bzw. Versicherten anfallen als in der Herstellung von Waren. 2024 lag die Krankenstandsquote im Bauwesen (4,2%) etwas über dem Durchschnitt (4,1%), wie auch jene der Herstellung von Waren (4,3%). Die Branchen im Dienstleistungsbereich lagen am Durchschnitt (4,1%).

1.6.4 Untersuchung der Fehlzeiten im öffentlichen Dienst

Die *Krankenstandsstatistik* des Dachverbands der Sozialversicherungsträger erfasst das Krankenstandsgeschehen der Arbeiter:innen und Angestellten. Während in dieser Statistik Vertragsbedienstete des Bundes inkludiert sind, fehlen Informationen zu den pragmatisierten Bediensteten im öffentlichen Dienst. Mit Hilfe der vom Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport (2024) veröffentlichten Statistik zum "Personal des Bundes" ist es möglich, den bisherigen Überblick mit Informationen zu den Fehlzeiten der Beamt:innen des Bundes (135.497 Beschäftigte in Vollzeitäquivalenten) bis zum Jahr 2023 zu ergänzen. Zudem wurde auch eine detaillierte Auswertung der Fehlzeiten im Bundesdienst für 2022 veröffentlicht (Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport, 2023b). Informationen zu den öffentlich Bediensteten der Länder und Gemeinden sind allerdings weder in dieser noch in anderen verfügbaren Datenquellen enthalten. Veränderungen bei den Pragmatisierungen wirken sich auf die Altersstruktur im Beamtenbereich aus, wo im Vergleich zu den unselbständig Beschäftigten ein deutlich größerer Anteil in höheren Altersgruppen vertreten ist, die tendenziell längere Krankenstände aufweisen.

Aus den statistischen Auswertungen geht hervor, dass 2023 die Krankenstandsquote der Beamtinnen und Beamten 4,8% und jene der Vertragsbediensteten 3,0% betrug (Übersicht 1.4). Die

Krankenstandsquote der Bundesbediensteten (Beamtinnen, Beamte und ASVG-Versicherte) lag insgesamt bei 3,8%. 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 3,8% (2023). Im Vergleich zwischen Bund und den anderen Wirtschaftssektoren soll jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Tätigkeitsbereiche der Beamtinnen und Beamten denen der Angestellten ähnlicher als den Arbeiter:innen sind. Die überdurchschnittliche Krankenstandsquote der Arbeiter:innen legt es nahe, die Fehlzeiten der Beamtinnen und Beamten mit dem Krankenstandsgeschehen der ASVG-Angestellten zu vergleichen. Eine entsprechende Gegenüberstellung zeigt, dass die (um die Kurzkrankenstände bereinigte) Krankenstandsquote der Angestellten im Jahr 2023 um 0,6 Prozentpunkte (das entspricht 15%) niedriger als jene im Bundesdienst war (3,2% gegenüber 3,8%, Übersicht 1.4).

Für den durchgeführten Vergleich zwischen Angestellten und Beamtinnen und Beamten spielt auch die Tatsache eine Rolle, dass quantitativ signifikante Gruppen im Bundesdienst (z. B. die Beamtinnen und Beamten im Exekutivdienst) mit überdurchschnittlichen Belastungen am Arbeitsplatz konfrontiert sind. Die Betrachtung der Krankenstände nach Berufsgruppen zeigt eine sehr große Schwankungsbreite im Krankenstandsmuster auf. Die Beschäftigten im Exekutivdienst, die ein Viertel des Personals im Bundesdienst bilden, bzw. jene im militärischen Dienst, die knapp ein Zehntel ausmachen, hatten 2022 eine Krankenstandsquote von 7,0% bzw. 4,3%. Noch höher lag die Krankenstandsquote im Krankenpflegedienst (8,7%), der allerdings gemessen an der Zahl der Beschäftigten eine sehr untergeordnete Rolle spielt. Demgegenüber waren Richterinnen bzw. Richter und Staatsanwältinnen bzw. Staatsanwälte (2,6%), Lehrpersonen (3,6%), Hochschullehrpersonen (2,6%) und die Beschäftigten in der Schulaufsicht (3,3%) deutlich seltener im Krankenstand. Die zahlenmäßig größte Berufsgruppe, der Verwaltungsdienst (über ein Drittel aller Beschäftigten), wies eine vergleichsweise hohe Krankenstandsquote von 5,7% auf (Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport, 2023a, 2023b).

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 und Beamten als auch in der *Krankenstandsstatistik* werden Kuraufenthalte aber als Fehlzeiten angerechnet, Unterschiede zwischen den Wirtschaftssektoren können nicht herausgearbeitet werden. Aus den Fehlzeitenauswertungen des Bundesministeriums für öffentlichen Dienst und Sport wissen wir, dass im Jahr 2022 im Bundesdienst auf 1.000 Beschäftigte 741 Arbeitstage²⁸⁾ wegen Kuraufenthalte entfielen, das entspricht einer Krankenstandsquote von etwa 0,3%. Für den ASVG-Bereich ist allerdings keine vergleichbare Information verfügbar.

²⁸⁾ Die Auswertungen beziehen sich auf tatsächlich entfallene Arbeitstage und nicht auf die Gesamtzahl der Kalendertage (einschließlich Wochenenden und Feiertage), in denen der Kuraufenthalt stattfand.

Übersicht 1.4: **Krankenstandskennzahlen der Bundesbediensteten**

Vergleich mit Arbeiter:innen und Angestellten; ohne Kurzkrankenstand (einschließlich Kuren)

		Auf 1.000 Beschäftigte entfallen Krankenstands- fälle	Krankenstands- tage	Durchschnittliche Dauer eines Falles in Tagen	Krankenstands- quote in %
Beamtinnen und Beamte	2016	1.063	15.139	14,2	4,1
	2017	1.031	15.571	15,1	4,3
	2018	1.153	16.336	14,2	4,5
	2019	1.116	16.281	14,6	4,5
	2020	1.053	15.853	15,1	4,3
	2021	983	15.243	15,5	4,2
	2022	1.415	18.431	13,0	5,0
	2023	1.305	17.674	13,5	4,8
Vertragsbedienstete des Bundes	2016	677	9.466	14,0	2,6
	2017	672	9.424	14,0	2,6
	2018	720	9.790	13,6	2,7
	2019	689	9.685	14,0	2,7
	2020	660	9.367	14,2	2,6
	2021	553	8.975	16,2	2,5
	2022	1.045	12.860	12,3	3,5
	2023	872	10.785	12,4	3,0
Beamtinnen, Beamte und Vertragsbedienstete des Bundes¹)	2016	878	12.327	14,0	3,4
	2017	852	12.420	14,6	3,4
	2018	933	12.922	13,8	3,5
	2019	900	12.842	14,3	3,5
	2020	854	12.464	14,6	3,4
	2021	764	11.959	15,6	3,3
	2022	1.225	15.447	12,6	4,2
	2023	1.077	13.888	12,9	3,8
ASVG-versicherte Arbeiter:innen und Angestellte²)	2016	759	11.430	15,1	3,1
	2017	761	11.461	15,1	3,1
	2018	813	11.983	14,7	3,3
	2019	796	12.136	15,2	3,3
	2020	695	11.934	17,2	3,3
	2021	658	11.289	17,1	3,1
	2022	929	13.572	14,6	3,7
	2023	980	13.975	14,3	3,8
ASVG-versicherte Angestellte²)	2016	666	9.456	14,2	2,6
	2017	664	9.466	14,3	2,6
	2018	710	9.914	14,0	2,7
	2019	690	9.912	14,4	2,7
	2020	592	9.699	16,4	2,7
	2021	543	9.192	16,9	2,5
	2022	818	11.446	14,0	3,1
	2023	886	11.827	13,4	3,2

Q: Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport (2023a). – ¹⁾ Einschließlich Ausbildungsverhältnisse (Lehrlinge, Praktikant:innen). – ²⁾ WIFO-Berechnungen.

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 Krankheitsdynamik im öffentlichen Sektor zu erklären. Der Arbeitsplatzsicherheits-Effekt stellt demnach eine Komponente für das Verständnis des Krankheitsgeschehens 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 Arbeitnehmer:innen 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 Arbeitgeber:innen²⁹⁾.

Die detaillierten Auswertungen (Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport, 2023b) 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 Arbeitgeber:innen üblich ist – auf die tatsächlich entfallenen Arbeitstage und nicht auf die im Krankenstand verbrachten Kalendertage. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sinken mit dem Qualifikationsniveau der Beschäftigten: 2022 entfielen auf Beschäftigte mit akademischer Bildung pro Kopf 10,0 Arbeitstage, auf Bedienstete des Hilfsdienstes 15,1 Arbeitstage Krankenstand. Die Darstellung der Krankenstände nach Altersgruppen bestätigt das bereits bei den ASVG-Beschäftigten beobachtete U-Muster, wonach die Krankenstandsquote mit zunehmendem Alter zuerst abnimmt und dann wieder deutlich ansteigt. In der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen steigt die Krankenstandsquote merklich an und erreicht bei den 60- bis 64-Jährigen den höchsten Wert. Bei der Auswertung der Krankenstandstage nach Geschlecht liegen im Bundesdienst die Werte der Frauen verglichen mit den Jahren 2014 und 2018 erstmals

²⁹⁾ Laut Bericht über die Lage der behinderten Menschen in Österreich (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2017) erfüllt der Bund seit 2007 die Beschäftigungspflicht nach dem BEinstG vollständig. Nur 22% aller einstellungspflichtigen Dienstgeber:innen erfüllen diese Vorgabe (Daten für 2014). Von den 106.883 Pflichtstellen waren 2014 knapp zwei Drittel (64,42%) besetzt.

um 2,9% über jenen der Männer. Frauen sind gleich oft, aber etwas länger im Krankenstand als Männer.

Hinsichtlich der Verteilung der Krankenstände nach Dauer ist der Vergleich zwischen dem öffentlichen und dem privatwirtschaftlichen Bereich etwas schwieriger. In beiden Bereichen verursachen vergleichsweise seltene, aber lange Krankenstandsepisoden einen signifikanten Anteil aller Fehlzeiten. Allerdings spielen Kurzkrankenstände, die im öffentlichen Dienst vollständig erfasst sind, in den Auswertungen des Bundesministeriums für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport eine deutlich größere Rolle als in der *Krankenstandsstatistik*. Das hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Kurzkrankenstände bei den Bundesbediensteten in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben. 2022 entfielen zwei Drittel aller Krankenstandsepisoden und ein Viertel der verlorenen Arbeitstage auf kurze Krankenstände. Im Durchschnitt war jede bzw. jeder Beschäftigte im Laufe des Jahres 3,6 Arbeitstage im Kurzkrankenstand. Zum Vergleich: laut *Krankenstandsstatistik* war es bei den ASVG-Beschäftigten nur 1,4 Tage³⁰⁾. Allerdings lässt sich anhand der verfügbaren Information nicht sagen, ob die hohe Frequenz von Kurzkrankenständen ein kennzeichnendes Merkmal des öffentlichen Dienstes ist oder ob der Unterschied zwischen dem ASVG-Bereich und dem öffentlichen Sektor lediglich auf die vollständigere Erfassung dieser Form von Fehlzeiten im öffentlichen Bereich zurückzuführen ist. Man kann vermuten, dass beide Effekte eine Rolle spielen. Nachweislich sind die Kurzkrankenstände im ASVG-Bereich deutlich untererfasst. Andererseits dürfte der vielerorts dokumentierte, positive Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzsicherheit und Fehlzeiten vor allem bei kürzeren Fehlzeiten zum Tragen kommen.

1.7 Regionale Unterschiede in der Krankenstandsentwicklung

Obwohl nicht alle Arbeiter:innen und Angestellten bei der Gesundheitskasse des entsprechenden Bundeslandes versichert sind, ergibt die Summe der Krankenstandstage der Österreichischen Gesundheitskasse gegenüber der Gesamtheit aller in der *Krankenstandsstatistik* erfassten Krankenstände eine Abdeckungsquote von 90,0% (2024)³¹⁾. Diese hohe Übereinstimmung erlaubt es, die Daten der Gesundheitskasse für einen Einblick in das Krankenstandsgeschehen auf regionaler Ebene zu nutzen³²⁾.

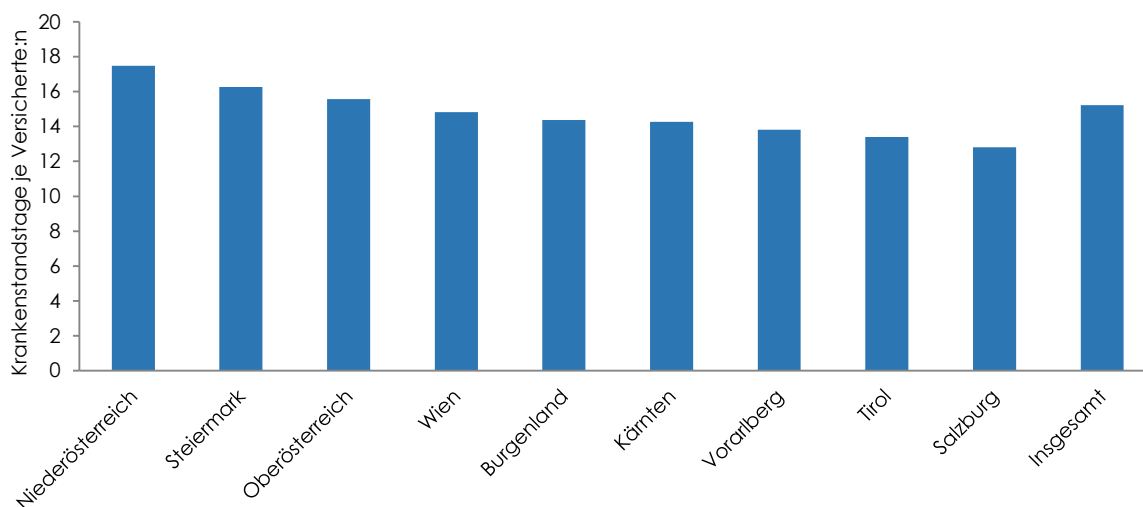
³⁰⁾ Da es sich bei den Kurzkrankenständen um Krankenstände von ein bis drei Tagen handelt, wird angenommen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeitstag und Kalendertag hier unberücksichtigt bleiben kann.

³¹⁾ Weitere Versicherungsträger, deren Versicherte zumindest teilweise in der *Krankenstandsstatistik* inkludiert sind, sind die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie Eisenbahnen und Bergbau. Diese Versicherungsträger sind nicht bzw. nur mit Einschränkungen regional zuordenbar.

³²⁾ Infolge des geringfügigen Unterschieds zwischen der gesamtösterreichischen Statistik und jener, in der nur die Versicherten der Gesundheitskasse inkludiert sind, kann die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf bzw. der Krankenstandsquote für Österreich marginal abweichen.

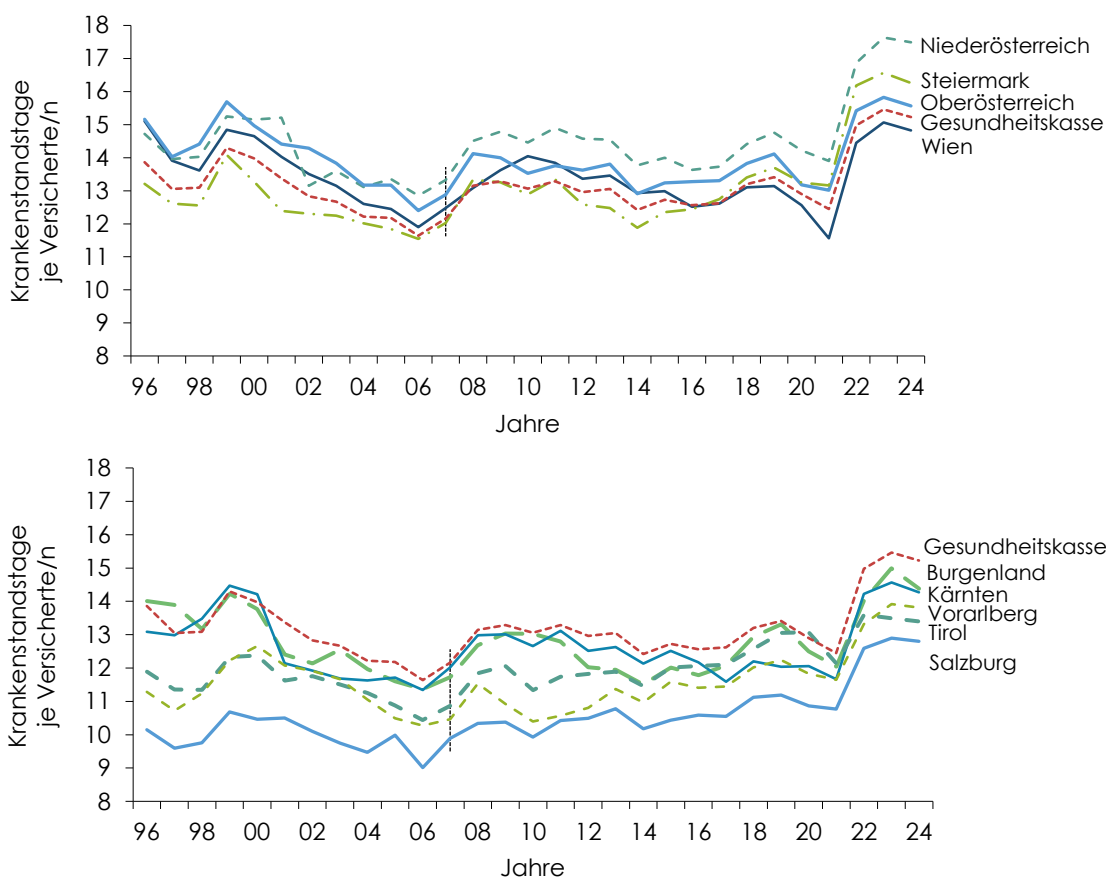
Abbildung 1.21: **Krankenstände nach Bundesländern**

Gesundheitskasse, 2024



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 1.22: **Krankenstandsentwicklung nach Bundesländern**



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

Die Werte aus dem Jahr 2024 zeigen, dass die von der Gesundheitskasse erfassten Krankenstandstage mit durchschnittlich 15,2 Tagen je Erwerbstätige bzw. Erwerbstätigen nur marginal über dem Wert aller Krankenstandstage (15,1) liegen. In Niederösterreich (17,5), der Steiermark (16,3) und Oberösterreich (15,6) wurden überdurchschnittliche Krankenstände in diesem Jahr verzeichnet (Abbildung 1.21). Die Versicherten in Wien (14,8), Burgenland (14,4), Kärnten (14,3), Vorarlberg (13,8) und Tirol (13,4) verzeichneten weniger Krankenstände als die Beschäftigten im Durchschnitt der Bundesländer. Die größte Abweichung konnte allerdings in Salzburg beobachtet werden, dort waren die Versicherten im Schnitt nur 12,8 Tage im Jahr krankgeschrieben, sie lagen mit einer Krankenstandsquote von 3,5% um 16,0% unter dem österreichischen (4,2%) und um gut ein Viertel unter dem niederösterreichischen (4,8%) Wert.

Die Betrachtung einer längeren Periode (1996/2024) verdeutlicht, dass auch in der Vergangenheit die Krankenstandsquote in Salzburg deutlich niedriger als in den restlichen Bundesländern war (Abbildung 1.22). Sieht man von geringfügigen Verschiebungen ab, war auch die relative Position der anderen Bundesländer in diesem Krankenstandsvergleich über den gesamten Zeitraum konstant: Niederösterreich, Oberösterreich und in den letzten Jahren auch die Steiermark verzeichneten deutlich überdurchschnittliche Werte. Wien lag bis Mitte der 2010er-Jahre über dem Durchschnitt und verlief in den letzten Jahren am oder unter dem Durchschnitt. Burgenland, Kärnten, Vorarlberg und Tirol lagen nahe am Durchschnitt bzw. unter dem Durchschnittswert.

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

Übersicht 1.5 veranschaulicht, dass hinter den unter- bzw. überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten der einzelnen Bundesländer unterschiedliche Kombinationen im Krankenstandsniveau der einzelnen Beschäftigtengruppen stehen. Niederösterreich wies für alle Beschäftigtengruppen und demnach für gesamt (4,8%) die höchsten krankheitsbedingten Fehlzeiten aus. Die Steiermark lag mit einer gesamten Krankenstandquote von 4,5% an zweiter Stelle, alle Quoten der Beschäftigtengruppen lagen über der jeweils durchschnittlichen Krankenstandsquote. In Oberösterreich verzeichneten im Wesentlichen nur die Arbeiterinnen (5,6%) und Arbeiter (5,3%) hohe Krankenstandsquoten, die angestellten Männer lagen mit ihren Krankenständen am, die angestellten Frauen unter dem Durchschnitt aller Bundesländer. In diesem Fall dürfte sich die große Bedeutung der Warenherstellung negativ auf das Krankenstandsniveau niederschlagen. In Wien lagen die Arbeiterinnen mit einer Quote von 5,9% und die weiblichen Angestellten mit 4,2% über dem bundesweiten Durchschnitt. Die Quoten der Männer lagen am

Durchschnitt. Der hohe Angestelltenanteil an der Beschäftigung, eine Folge der dienstleistungsorientierten Wirtschaftsstruktur in der Bundeshauptstadt, erklärt, weshalb Wien trotz der hohen Krankenstandsquoten der Frauen mit 4,5% leicht unter dem Durchschnitt aller Bundesländer lag. Die niedrige Krankenstandsquote in Salzburg (3,5%) ergab sich aus sehr niedrigen Werten aller Teilgruppen.

Übersicht 1.5: Krankenstandsquoten nach Bundesland, sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht

2024

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

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht 1.6: Normierung der Krankenstandsquote

Auf Basis der Beschäftigungsstruktur nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht, 2024

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

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

Die Krankenstandsquoten der Österreichischen Gesundheitskasse werden nicht nur von den Quoten der einzelnen Beschäftigtengruppen bestimmt, sondern auch von ihrer anteilmäßigen

Bedeutung für die gesamte von der Gesundheitskasse erfassten Beschäftigung. Übersicht 1.6 gibt das Ergebnis einer Bereinigung der Krankenstandsquoten der Gesundheitskasse um Unterschiede in der Beschäftigungsstruktur (nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht) wieder. Die erste Datenspalte zeigt die tatsächlichen Krankenstandsquoten im entsprechenden Bundesland im Jahr 2024. In der zweiten Datenspalte wird dagegen angeführt, wie hoch die Krankenstandsquoten ausgefallen wären, wenn die Struktur der Versicherten in allen Bundesländern dem Durchschnitt entsprochen hätte¹⁾. Erwartungsgemäß weisen nach der Bereinigung Bundesländer mit einem hohen Anteil an Beschäftigten mit überdurchschnittlichen Krankenständen (besonders Arbeiter:innen, weibliche Angestellte) eine geringere Krankenstandsquote auf. Insgesamt sind die Effekte der Bereinigung allerdings geringfügig. Einzig in Wien, wo die Beschäftigungsstruktur am stärksten vom Durchschnitt abweicht, macht sich eine Strukturbereinigung in der Krankenstandsquote deutlich bemerkbar: Bei durchschnittlicher Zusammensetzung der Beschäftigung (und gleichbleibenden gruppenspezifischen Krankenstandsquoten) würde sich die Krankenstandsquote in Wien auf 4,3% belaufen, was einem Plus von 5,3% entspricht. Die Krankenstandsquote in Vorarlberg und Salzburg bleiben beinahe unverändert. In den anderen Bundesländern führt die Bereinigung zu einer leichten Senkung des Krankenstandsnieaus, am stärksten so im Burgenland und Tirol.

Auch unter Berücksichtigung dieser strukturellen Komponente ändert sich kaum etwas an der Darstellung der regionalen Krankenstandsquoten. Die stärkste prozentuelle Anpassung erfolgt für Wien, wo eine Angleichung an den bundesweiten Durchschnitt in der Verteilung der Arbeiter:innen und Angestellten zu einer Erhöhung der Krankenstandsquote um 5,3% führt. Nach wie vor liegen Niederösterreich und die Steiermark, nun aber auch Wien über dem Durchschnitt der Bundesländer. Den geringsten Wert und somit die stärkste Abweichung vom Durchschnitt verzeichnet auch nach der Bereinigung Salzburg (3,5%). Insgesamt bestätigen die Berechnungen somit, dass sich die Wirtschaftsstruktur günstig (wie im Falle Wiens) oder ungünstig (wie beispielsweise im Burgenland und Tirol) auf die Krankenstände auswirkt. Jedoch liefert die Zusammensetzung der Beschäftigung nach sozialrechtlicher Stellung und Geschlecht nur einen geringen Erklärungsbeitrag zu den regional teils erheblichen Krankenstandsunterschieden. Das hängt damit zusammen, dass die Unterscheidung zwischen Arbeiter:innen- und Angestelltenberufen die Komplexität der Wirtschaftsstruktur nur unzureichend wiedergibt. Innerhalb der Berufsgruppen bestehen zum Teil ausgeprägte branchenspezifische Unterschiede²⁾, zudem spielen auch Determinanten auf betrieblicher Ebene, wie die Größe der Unternehmen und ihre Organisationsstruktur, eine wichtige Rolle.

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

¹⁾ Die Krankenstandsquoten der einzelnen Beschäftigtengruppen je Bundesland werden dabei konstant gehalten (Übersicht 1.5).

²⁾ So waren beispielsweise Arbeiter:innen 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).

die Arbeitsmarktlage sowie die Altersstruktur und der gesundheitliche Zustand der Erwerbsbevölkerung. Einen weiteren Faktor bildet die regional unterschiedliche Bedeutung des Erwerbspendelns, 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 Landesstellen der Österreichischen Gesundheitskasse ergeben sich somit aus dem Zusammenspiel einer Vielzahl von Bestimmungsgründen, die anhand einer vertieften Analyse mit entsprechendem Datenmaterial untersucht werden müssten.

1.8 Verteilung der Krankenstände nach Krankheitsgruppen

Die Darstellung der Krankheitsgruppen wurde für das Jahr 2012 vom DVSV auf die Klassifizierung nach ICD-10³⁾ umgestellt, dadurch wurden die Diagnosegruppen stärker zusammengefasst und manche Detailgruppen werden nicht mehr gesondert ausgewiesen (z. B. Unfälle). Für Vergleichszwecke wurden die Krankheitsgruppen der Jahr 1994 und 2000 bis 2011 vom WIFO ebenfalls nach den neuen Krankheitsgruppen zugeordnet.

Die im Jahr 2020 eingeführten Schlüsselnummern im Rahmen der Entwicklungen durch COVID-19 sind auch 2024 unverändert. Im Jahr 2020 gab es eine Ergänzung der Klassifikation um COVID-19 in dem Kapitel XXII, U07.1 "COVID-19, Virus nachgewiesen" und U07.2 "COVID-19, Virus nicht nachgewiesen". Im Jahr 2021 kamen weitere Diagnosen dazu (U09.9 "Post-COVID-19-Zustand", U12.9 "Unerwünschte Nebenwirkungen bei COVID-19-Impfstoffen" und U10.9 "Multi-systemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet") (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, 2019, 2021). In der ersten Pandemiephase gab es allerdings Absonderungen von krankheits- oder ansteckungsverdächtigen Personen gemäß Epidemiegesetz 1950 (EpiG), die keine Arbeitsunfähigkeitsmeldung bei der Krankenkasse darstellte. Kapitel XXII – also alle Erkrankungen im Zusammenhang mit COVID-19 – findet sich in Übersicht 1.7 in der Gruppe "Übrige Ursachen".

Auch anhand der aktuellen Gliederung ist ersichtlich, dass die Mehrheit der Krankenstandsfälle und -tage auf eine vergleichsweise geringe Anzahl von Ursachen zurückzuführen ist (Übersicht 1.7). Dies gilt sowohl bei einer Betrachtung nach Häufigkeit der Krankheiten als auch bei der Fokussierung auf die daraus resultierenden Krankenstandstage. So erfasst man mit den fünf häufigsten Krankheitsgruppen vier Fünftel (79,1%) aller Krankenstandsfälle und zwei Drittel (67,3%) der Krankenstandstage. Reiht man die Krankheitsgruppen nach der Zahl der verursachten Krankenstandstage sind die fünf dominierenden Gruppen für 74,1% aller gemeldeten Krankenstandstage und drei Viertel der Krankenstandsfälle verantwortlich. Infolge der Unterschiede in der durchschnittlichen Dauer der Erkrankungen verschiebt sich die Rangordnung der Krankheitsgruppen nach Krankenstandstagen; mit einer Ausnahme⁴⁾ handelt es sich aber um die

³⁾ Die ICD-Kodierung (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme.

⁴⁾ "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 achter Stelle, gemessen an der Anzahl von Krankenstandstagen jedoch an vierter Stelle.

gleichen fünf Diagnosegruppen. Die Reihenfolge der Krankheitsgruppen variiert nur geringfügig. Die Gruppe "Übrige Ursachen", die das Geschehen der COVID-19-Erkrankungen umfasst, gewann ab 2020 an Bedeutung und erreichte im Jahr 2022 den bisher höchsten Anteil (Krankenstandstagen: 7,9%, Krankenstandsfälle: 9,4%). 2024 gingen die Anteile auf je rund 3,0% für Tage und Fälle zurück, sie lagen aber noch über den Werten vor Beginn der COVID-19-Pandemie (Fälle: 0,5%, Tage: weniger als 1%).

Übersicht 1.7: Krankheitsgruppenstatistik

Österreich, 2024

Krankheitsgruppen	Krankenstandsfälle Anteile in %	Krankenstandstage Anteile in %	Dauer der Fälle Ø Anzahl Tage
Krankheiten des Atmungssystems	42,0	24,0	5,2
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	11,3	18,9	15,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	6,6	14,6	20,3
Psychische und Verhaltensstörungen	2,8	11,0	36,7
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten*	12,5	5,6	4,1
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind*	6,8	4,3	5,8
Neubildungen*	0,8	3,6	43,9
Krankheiten des Verdauungssystems	4,1	3,4	7,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,4	3,2	21,4
Übrige Ursachen	3,1	3,0	9,2
Krankheiten des Nervensystems*	2,3	2,0	7,8
Krankheiten des Urogenitalsystems*	2,1	2,0	8,7
Krankheiten der Haut und der Unterhaut*	0,9	1,0	10,4
Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett*	0,8	0,9	10,2
Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde*	1,2	0,9	7,0
Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes*	0,9	0,7	7,0
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten*	0,3	0,6	17,3
Diagnose nicht feststellbar*	0,3	0,2	5,0
Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien*	0,1	0,1	21,4
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems*	0,1	0,1	14,8
Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben*	0,0	0,0	12,7

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. – *... In Abbildung 1.23 zusammengefasste Gruppen zu "Sonstige Krankheiten".

Zwei Gruppen von Krankheiten prägen das Bild des Krankenstandsgeschehens: Die Krankheiten des Atmungssystems und jenes des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Zusammen verursachen diese Erkrankungen 53,2% der Krankenstandsfälle und 42,9% der Fehlzeiten.

Verletzungen und Vergiftungen⁵⁾ sind ebenfalls eine weit verbreitete Ursache von Fehlzeiten; 14,6% der Krankenstandstage gingen auf diese Formen von Krankheit zurück. Weitere besonders häufige bzw. viele Krankenstandstage verursachende Diagnosegruppen sind psychische und Verhaltensstörungen sowie bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten.

Es kann angemerkt werden, dass die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen, wie z. B. Neubildungen⁶⁾ 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 Österreich⁷⁾. Allerdings sind vor allem Personen in höherem Alter davon betroffen, bei Personen im Erwerbsalter sind sie als Morbiditäts- und Todesursache weniger stark verbreitet.

Die unterschiedlichen Diagnosegruppen streuen sehr stark hinsichtlich der Länge von Krankenstandsepisoden; die durchschnittliche Krankenstandsdauer von 9,2 Tagen je Fall gibt nur ein partielles Bild des Krankheitsgeschehens wieder. Unter den stärker verbreiteten Krankheitsgruppen fielen infektiöse und parasitäre Krankheiten (4,1 Tage) und Krankheiten des Atmungssystems (5,2 Tage) besonders kurz aus. Von den häufigeren Krankheitstypen lagen die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (15,4 Tage), Verletzungen und Vergiftungen (20,3 Tage) und vor allem die psychischen und Verhaltensstörungen (36,7 Tage) über dem Gesamtdurchschnitt. Erwartungsgemäß verursachten schwere Erkrankungen (z. B. Neubildungen) ebenfalls lange Fehlzeiten. Die durchschnittliche Dauer dieser Krankenstandsfälle lag bei 43,9 Tagen.

Die durchschnittliche Dauer war in den letzten Jahren bis 2019 tendenziell rückläufig (Abbildung 1.3). Ein deutlicher Anstieg in den Jahren 2020 und 2021 konnte in fast allen Krankheitsgruppen beobachtet werden. Seit 2022 setzt sich der rückläufige Trend wieder fort, und 2024 entsprachen die durchschnittlichen Dauern in den meisten Krankheitsgruppen wieder den Werten von 2019.

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. Dementsprechend waren auf Verletzungen und Vergiftungen zurückgehende Krankenstandsfälle um 51% und Fehlzeiten um 60% bei Männern häufiger als bei Frauen⁸⁾. Konzentriert man sich weiterhin

⁵⁾ 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).

⁶⁾ Das Kapitel Neubildungen der ICD-Kodierung enthält Schlüssel für bösartige und gutartige Neubildungen (Tumoren) sowie Zwischenstufen.

⁷⁾ In Österreich stellen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems die mit Abstand häufigste Gruppe von Todesursachen dar; 2023 wurden 34,7% der Sterbefälle (31.100 Personen) durch solche Erkrankungen verursacht (Statistik Austria, 2024).

⁸⁾ Für die Analyse der Geschlechtsspezifika wird das Verhältnis aus Krankenstandsfällen bzw. -tagen und Versicherten der beiden Gruppen miteinander verglichen.

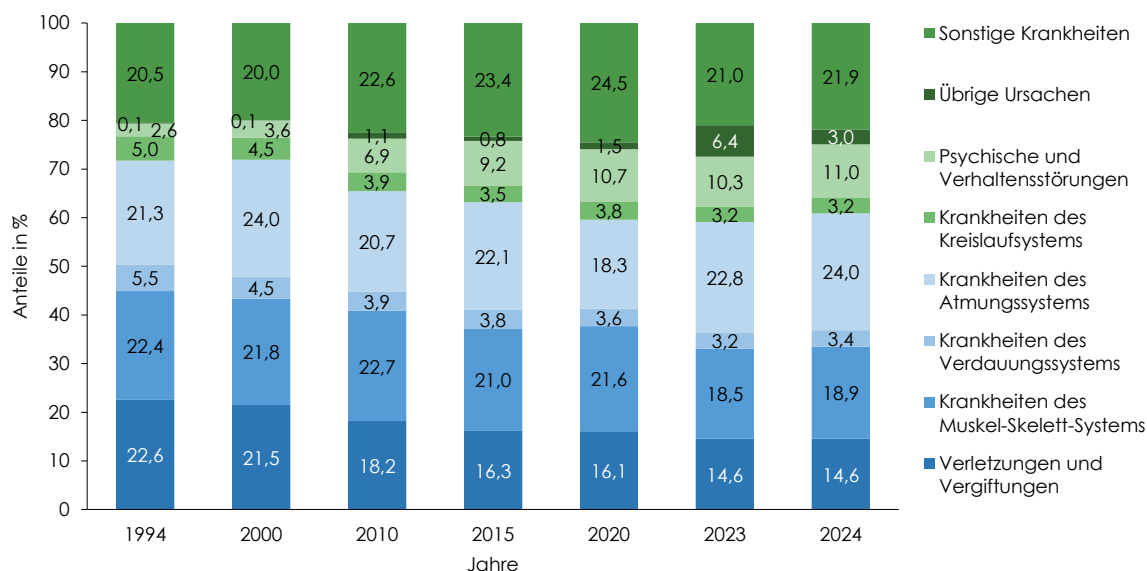
auf die häufigsten Ursachen für Fehlzeiten ergeben sich weitere Differenzen zwischen Männern und Frauen: Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes waren bei Männern um gut ein Fünftel häufiger als bei Frauen. Allerdings dauerten die Krankheitsepisoden dieser Diagnosegruppe bei Frauen im Schnitt 2 Tage länger, wodurch die Anzahl von Fehltagen, die auf diese Krankheitsgruppe zurückzuführen war, bei Männern pro Kopf etwa gleich hoch war wie bei Frauen. Ein weiterer ausgeprägter geschlechtsspezifischer Unterschied betrifft die Krankheiten des Kreislaufsystems (die u. a. koronare Herzkrankheiten und Herzinfarkte umfassen): Männer waren um 5% häufiger als Frauen betroffen, die Anzahl an Krankenstandstagen war jedoch um 73% höher. Psychische und Verhaltensstörungen treten bei Frauen deutlich häufiger auf: Während es im Jahr 2024 auf 100 Männer im Schnitt 3,3 Fälle gab, waren es bei den Frauen durchschnittlich 6 Fälle. Als Folge war die auf diese Krankheitsgruppe zurückgehende Anzahl an Krankenstandstagen bei Frauen pro Kopf fast doppelt so hoch wie bei Männern. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch bei den Krankheiten des Nervensystems. Es fehlt aber auch nicht an Gemeinsamkeiten zwischen den Geschlechtern beispielsweise bei den infektiösen Krankheiten und auch bei den weit verbreiteten Erkrankungen wie die des Atmungssystems.

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

Abbildung 1.23 gibt einen Einblick in die Entwicklung der Fehlzeiten nach Krankheitsgruppen. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Statistik im Zeitverlauf auch von Veränderungen der Diagnoseerfassung durch die Ärztinnen und Ärzte, besonders wenn neue Krankheiten (z. B. COVID-19-Erkrankungen) dazukommen, beeinflusst wird.

Verletzungen und Vergiftungen sind als Krankenstandsursache in einer längerfristigen Betrachtung rückläufig. 1994 fielen im Schnitt pro beschäftigte Person 3,4 Krankenstandstage in dieser Diagnosegruppe an, im Jahr 2024 waren es nur noch 2,2 Tage. Damit reduzierte sich der Anteil der Verletzungen und Vergiftungen von gut einem Fünftel auf ein Siebtel aller krankheitsbedingten Fehlzeiten. Diese Entwicklungen trugen wegen der großen Bedeutung dieser Diagnosegruppe und der überdurchschnittlichen Dauer der damit einhergehenden Krankheitsepisoden zur Senkung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer bei.

Abbildung 1.23: **Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen**
Österreich



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Die Gruppe "Übrige Ursachen" umfasst die ICD-10-Kapitel XXII, worunter COVID-19 fällt, XXa und XXI. In der Gruppe "sonstige Krankheiten" werden jene Krankheitsgruppen zusammengefasst, die in Übersicht 1.7 zusätzlich zu den hier dargestellten ausgewiesen sind.

Die Krankenstandstage der Muskel-Skelett-Erkrankungen (18,9%), der Krankheiten des Verdauungs- und Kreislaufsystems verzeichneten im hier untersuchten Zeitraum anteilmäßig leichte Rückgänge, wobei die beiden letztgenannten einen sehr geringen Anteil am Krankenstandsvolumen haben (3,4% bzw. 3,2%).

Der Anteil der Krankheiten des Atmungssystems schwankt im Vergleich der letzten 20 Jahre etwas. So variierte der Anteil mit einem Höchstwert von 25,4% (2005) bis 15% (2021). 2022 stieg der Anteil auf 20,7% und war mit dem Wert von 2019 (20,3%) vergleichbar. Ein weiterer Anstieg war 2024 auf 24,0% zu beobachten. Die durchschnittliche Anzahl an Krankheitstagen pro Kopf dieser Diagnosegruppe schwankte ebenfalls (2000: 3,5 Tage, 2021: 1,9 Tage, 2024: 3,6 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. Die Jahre 2020 und 2021 stellten in diesem Zusammenhang mit geringen Werten, das Jahr 2022 mit stark ansteigenden Tagen eine Besonderheit dar. Die durch die COVID-19-Maßnahmen (wie etwa Kontaktbeschränkungen, Maskenpflicht, räumliche Distanzierung, Empfehlungen zu Homeoffice, arbeitsmarktpolitische Maßnahme der Kurzarbeit) gesunkene Zahl der Atemwegserkrankungen im Jahr 2020 und 2021 erhöhte sich nach Beendigung dieser Maßnahmen 2022 stark und war auch 2024 hoch.

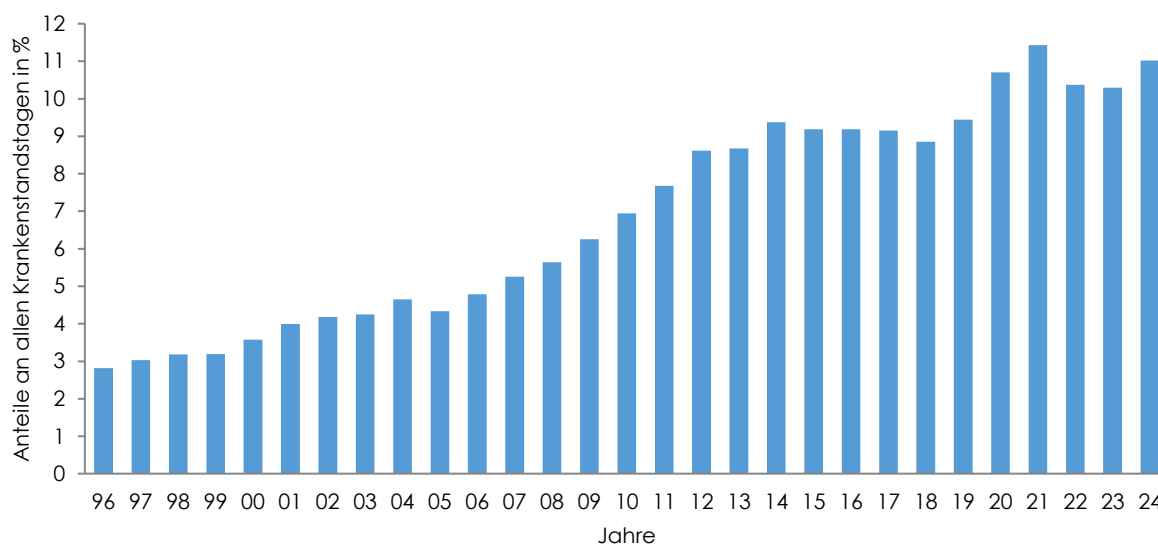
Die Gruppe "Übrige Ursachen", die die COVID-19-Erkrankungen umfasst, gewann im Jahr 2020 mit Beginn der Pandemie an Bedeutung. Vor Beginn der Pandemie verursachte diese Gruppe

weniger als 1% der Krankenstandstage, 2022 waren es 7,9%, 2023 6,4% und 2024 sank dieser Anteil auf 3,0%.

Bei den psychischen und Verhaltensstörungen ist in einer längerfristigen Sicht ein klarer Aufwärtstrend beobachtbar, eine Entwicklung, die auch in anderen Ländern, beispielsweise in Deutschland, vorhanden ist. Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich in Österreich die Zahl der Krankenstandstage infolge psychischer Erkrankungen, ausgehend von einem sehr niedrigen Niveau, vervierfacht, und verharrte zwischen 2012 und 2018 in etwa auf dem gleichen Niveau. 2019 und 2020 (je rund 8,5%) bzw. 2022 (9,5%) kam es zu höheren Zuwächsen, zuletzt stiegen die durchschnittlichen Krankenstandstage je Beschäftigte:n um 5,3%. Entsprechend mit dieser Entwicklung erhöhten sich auch die Fehlzeiten durch psychische und Verhaltensstörungen (Abbildung 1.24): Machten diese Mitte der 1990er-Jahren rund 3% aller Fehlzeiten aus, waren es 2024 11,0%.

Abbildung 1.24: **Entwicklung der Krankenstandstage von psychischen Krankheiten als Anteil an allen Krankenstandstagen**

Österreich



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

Die tatsächliche Bedeutung von psychischen Problemen für das gesundheitliche Wohlbefinden der Erwerbsbevölkerung lässt sich jedoch nur schwer aus diesen Zahlen ablesen. Einerseits sind im Zeitverlauf das Bewusstsein und das medizinische Wissen rund um psychische Störungen gewachsen, was auch das ärztliche Diagnose- und Verschreibungsverhalten verändert haben dürfte (Jacobi, 2009). Andererseits werden vermutlich nach wie vor zahlreiche Krankenstände, die mitunter auch eine psychische Ursache haben, aufgrund ihrer Symptomatik bei der Diagnoseerfassung anderen Krankheitsgruppen zugeschrieben. So können beispielsweise Allergien, Magenschmerzen, Kreislaufprobleme usw. eine Folge von Stress und psychischen Belastungen

sein, ohne dass die daraus resultierenden Krankenstände Problemen der Psyche zugeschrieben werden. Zudem kommen die Folgen von psychischen Problemen mit besonderer Stärke im langfristigen Horizont zum Tragen. So sind psychische Erkrankungen die häufigste Ursache von Neuzugängen in die Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension (Daten für 2023)⁹⁾.

Die OECD schätzt, dass in ihren Mitgliedsländern etwa 20% bis 25% der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter von klinisch relevanten psychischen Leiden betroffen sind. Etwa 5% der Bevölkerung sind durch eine schwere psychische Störung gekennzeichnet, während die restlichen 15% eine leichte bis moderate Störung aufweisen (OECD, 2015). Die Frage, inwiefern die Verbreitung von psychischen Erkrankungen über die Zeit im Steigen begriffen ist, wird in der Wissenschaft intensiv diskutiert und unterschiedlich beantwortet (Heyde & Macco, 2010; Zach, 2014). Obwohl bestimmte Risikofaktoren, wie psychosoziale Belastungen als Folge von gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Veränderungsprozessen, zunehmen¹⁰⁾, deuten die (wenigen) verfügbaren empirischen Befunde darauf hin, dass die Häufigkeit von psychischen Störungen über die Zeit weitgehend konstant geblieben ist. Richter et al. (2008) kommen nach einer Durchsicht von über 40 epidemiologischen Untersuchungen zu dem Schluss, dass die Hypothese einer Zunahme psychischer Störungen nicht von den Daten gestützt wird. Zwei neuere Versionen dieser Untersuchung, die auch die Erkenntnisse aus weiteren Studien berücksichtigen, bestätigen dieses Ergebnis (Richter & Berger, 2013) bzw. finden für die vergangenen Jahrzehnte nur einen geringen Anstieg in der Prävalenz psychischer Erkrankungen, der vorwiegend durch demographische Verschiebungen erklärt werden kann (Richter et al., 2019).

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

In der jüngeren Vergangenheit sind neue Belastungsfaktoren im Rahmen der COVID-19-Maßnahmen hinzugekommen. Potenzielle Stressfaktoren sind hier sowohl der gestiegene Arbeitsdruck in den systemrelevanten Bereichen (Bock-Schappelwein et al., 2021), aber auch der

⁹⁾ Dachverband der Sozialversicherungsträger, *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2024*, Tabelle 3.34.

¹⁰⁾ Die hier angesprochene Verstärkung von psychosozialen Risikofaktoren kann laut der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) mit fünf wichtigen Veränderungsprozessen in der Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt in Verbindung gebracht werden. Es handelt sich dabei neben der Intensivierung der Arbeitsprozesse um die Zunahme von flexiblen Beschäftigungsformen, um das Altern der Erwerbsbevölkerung, um die Zunahme von emotionalen Anforderungen bei der Arbeit und um die schwierige Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben (European Agency for Safety and Health at Work, 2007).

Arbeitsplatzverlust bzw. die Angst davor. Die Wechselwirkung zwischen (subjektiv wahrgenommenen) prekären Einkommens- und Lebenslagen (Hense, 2018) könnte sich im Jahr 2020 verstärkt haben, mit negativen Auswirkungen auf das psychische Erkrankungsgeschehen (Brakemeier et al., 2020; Schiestl et al., 2021; Schiestl & Pinkert, 2021; WHO, 2020). Die Quantifizierung dieser jüngsten Entwicklungen auf das psychische Erkrankungsgeschehen bedeutet einen neuen Forschungsbedarf (OECD, 2021b, 2022).

1.9 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 DVSV 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 fernbleiben muss. Aus diesen Gründen lag die Zahl der anerkannten Arbeitsunfälle, die für die Beschreibung des Unfallgeschehens in der Wirtschaft relevant ist, niedriger als der in der Statistik nach Krankheitsgruppen erfasste Wert.

Die vorliegende Zusammenstellung bezieht sich deshalb ausschließlich auf die Arbeitsunfälle, ohne auf die damit zusammenhängenden Fehlzeiten eingehen zu können. Die hier angeführten Daten zum Unfallgeschehen in der österreichischen Wirtschaft wurden von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) zur Verfügung gestellt. Die AUVA ist der größte, aber nicht der einzige Unfallversicherungsträger in Österreich. Die Sozialversicherung der Selbständigen und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau sind ebenfalls für die Unfallversicherung zuständig. Die Daten der AUVA eignen sich aber sehr gut für die Beschreibung des Unfallgeschehens unselbständig Beschäftigter. Von allen unselbständig Beschäftigten des Jahres 2024 waren 3,3 Mio. bei der AUVA versichert, das entspricht einer Quote von rund 85% aller unfallversicherten unselbständig Beschäftigten. Die von der AUVA im Jahr 2024 erfassten Arbeitsunfälle (76.073) und Wegunfälle (11.872) machten rund 80% der jeweiligen anerkannten Unfälle aller Unfallversicherungsträger einschließlich Selbständige, sonstige geschützte Personen bzw. rund 85% der jeweiligen anerkannten Unfälle der Unselbständigen aller Unfallversicherungsträger aus¹¹⁾.

¹¹⁾ Anteile wurden für das Vorjahr berechnet (Dachverband der Sozialversicherungsträger, *Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen*, Abschnitt "Arbeitsunfälle", März 2025).

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 Versicherte wiedergegeben werden; beide Varianten und die Begriffe Unfallquote sowie Unfallrate werden hier als gleichwertig verwendet.

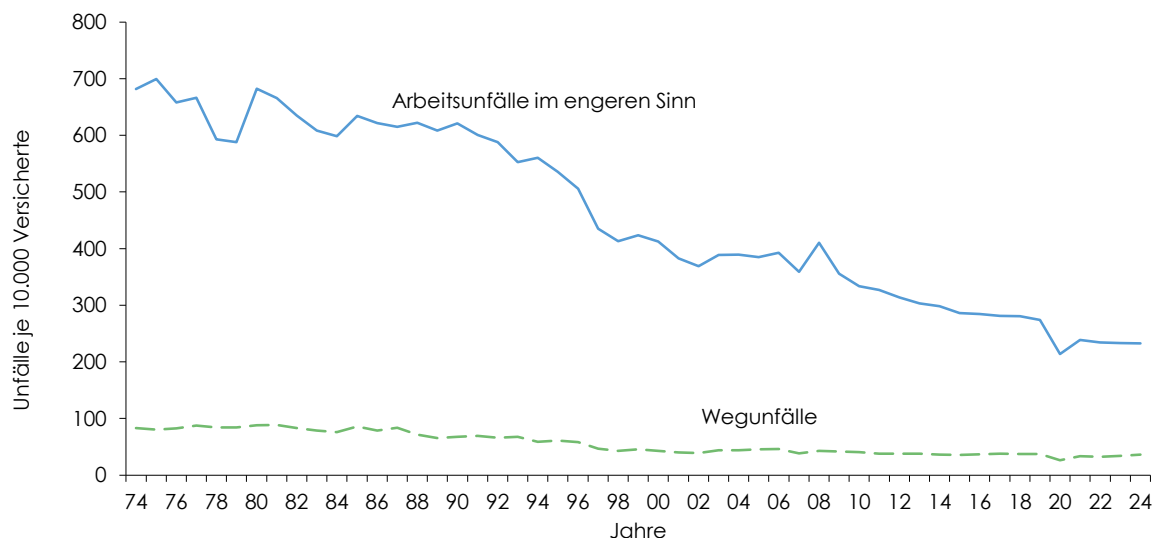
1.9.1 Die Entwicklung der Arbeitsunfälle

Im Jahr 1974 gab es in Österreich je 10.000 Versicherte 765 Unfälle, dieser Wert reduzierte sich bis 1995 auf etwa 600 Unfälle (Abbildung 1.25). In der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre kam es zu einem weiteren, deutlichen Rückgang der Unfälle, sodass im Jahr 2000 statistisch gesehen auf 10.000 Versicherte 455 Unfälle entfielen. Zwischen 2000 und 2008 unterlag die Unfallquote in ihrer Entwicklung einigen Schwankungen, ohne dass sich dabei ein klarer Trend herausbildete. Seit 2008 gingen die Unfälle weiter zurück, sodass 2024 die Unfallquote mit 269 Unfällen auf 10.000 Versicherte im Vergleich zu 1974 ein um 65% niedrigeres Niveau aufwies. Anders gesagt waren im ersten Jahr des erfassten Zeitraums statistisch gesehen 7,6% der Beschäftigten von einem Arbeitsunfall betroffen, im Jahr 2024 waren es 2,7%. Zieht man von diesem Wert, der sowohl die Arbeitsunfälle im engeren Sinne als auch die Wegunfälle beinhaltet, letztere ab, so betrug die Unfallquote im Jahr 1974 6,8% und im Jahr 2024 2,3%. Die Häufigkeit von Arbeitsunfällen im engeren Sinne ist somit zwischen 1974 und 2024 um 66% gesunken. Der Anteil der Wegunfälle am gesamten Unfallgeschehen ist über die Beobachtungsperiode weitgehend konstant geblieben, zuletzt waren etwa 13% 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 Unfälle je 10.000 Versicherte (0,4%) im Jahr 2024, was einer Verringerung um 56% entspricht. Diese Entwicklungen setzten damit den langfristigen, rückläufigen Trend fort.

Zusammen mit den Arbeitsunfällen ist auch die Anzahl an Unglücksfällen mit tödlichen Folgen im langfristigen Betrachtungszeitraum rückläufig¹²⁾. 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. 2024 wurden 94 tödliche Unfälle am Arbeitsplatz in der AUVA-Statistik verzeichnet, was dem niedrigsten Wert seit 1975 entsprach.

¹²⁾ 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.

Abbildung 1.25: Unfallquoten der unselbständig Beschäftigten



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

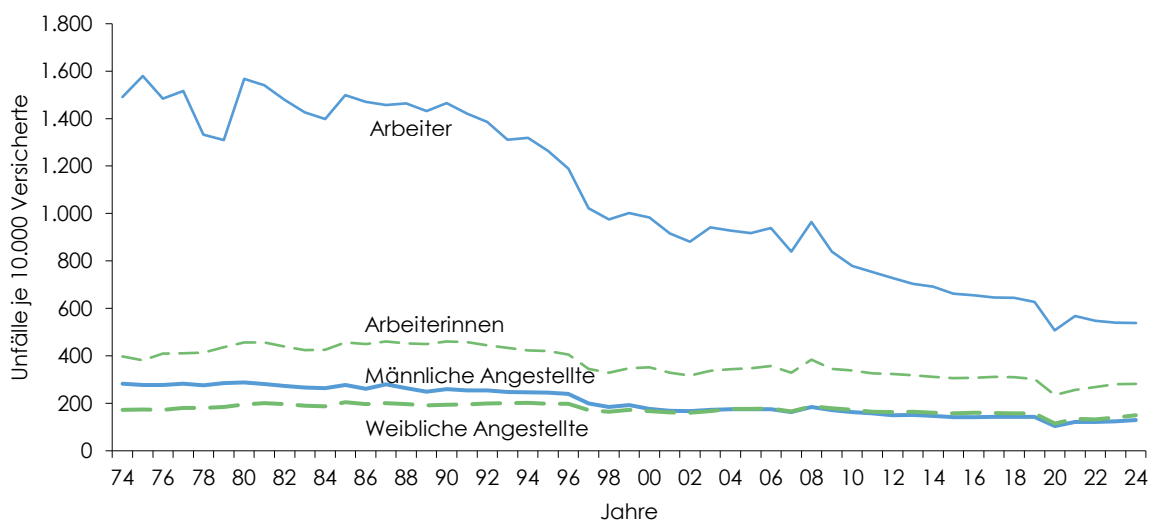
Die Entwicklung im Arbeitsunfallgeschehen kann auf das Zusammenspiel mehrerer unterschiedlicher Faktoren zurückgeführt werden. Einerseits lässt sich der Unfallrückgang durch den strukturellen Wandel in der Wirtschaft, der den Anteil an Arbeitsplätzen mit hohem Unfallrisiko reduziert hat, erklären. Wie in der Folge noch gezeigt wird, geht ein Großteil der Entwicklung auf einen starken Rückgang der Unfälle bei den männlichen Arbeitern zurück. Nicht nur der allgemein beobachtbare Trend in Richtung einer Tertiärisierung der Wirtschaft hat zu einer Verminderung des durchschnittlichen Unfallrisikos der Erwerbsbevölkerung beigetragen. Auch innerhalb des Sachgüter erzeugenden Bereichs haben sich aufgrund des Strukturwandels große Veränderungen in den Tätigkeitsbereichen ergeben. Die allgemeine Berufsstruktur 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 Arbeitnehmer:innenschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen im Zuge des EU-Beitritts Österreichs hat in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle gespielt. Verbesserte Arbeitnehmer:innenschutzbestimmungen, der technologische Wandel und die erwähnte Tertiärisierung der Wirtschaft sowie Präventivmaßnahmen der Unternehmen dürften gemeinsam dazu beigetragen haben, das Unfallrisiko der bestehenden Arbeitsplätze zu senken.

1.9.2 Verteilung der Unfälle auf Beschäftigte und Wirtschaftsbereiche

Während sich die Wegunfallraten von Frauen und Männern kaum unterscheiden, sind Männer um 2,1-mal 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 2024 für Männer 3,4%, für Frauen lag sie bei 1,8%. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied hängt mit der Tatsache zusammen, dass Frauen und Männer im Durchschnitt Tätigkeiten mit unterschiedlicher Risikobelastung nachgehen. Abbildung 1.26 zeigt, dass die Stellung im Beruf, die einen Anhaltspunkt für die Berufstätigkeit der beschäftigten Person gibt, zusammen mit dem Geschlecht wesentliche Erklärungsfaktoren des Unfallrisikos darstellen. Die männlichen Arbeiter haben die höchste Unfallrate, auch die Arbeiterinnen weisen eine Unfallhäufigkeit auf, die deutlich höher als jene der Angestellten ist. Die weiblichen bzw. männlichen Angestellten hatten 2024 eine Unfallrate, die die Hälfte bzw. ein Viertel der Unfallrate der Arbeiterinnen und der Arbeiter betrug.

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



Q: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

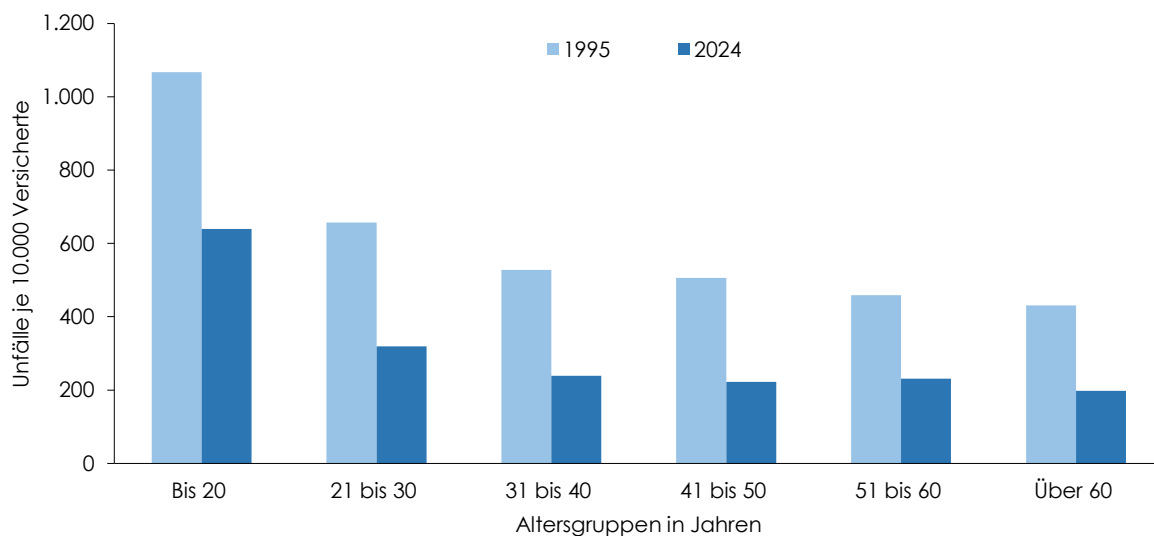
Aus der langfristigen Entwicklung des Unfallgeschehens in der österreichischen Arbeitswelt lassen sich vor allem zwei Trends ablesen. Besonders hervorstechend ist der überproportional starke Rückgang von Unfällen bei männlichen Arbeitern. Durch diese Entwicklung hat sich hinsichtlich der Unfallrate der Abstand zwischen Arbeiter:innen und Angestellten im Laufe der letzten Jahrzehnte stark verringert. Im Zeitraum 1974 bis 2024 ging die Unfallrate der Arbeiter:innen von 1.119 auf 467 (–58%) zurück, die Unfallrate der Angestellten von 226 auf 141 (–38%). Während die Inzidenz von Unfällen am Arbeitsplatz bei den männlichen Angestellten von 282 auf 130 Unfälle je 10.000 Versicherte zurückging, registrierten Frauen in Angestelltenberufen 2024

nur einen geringen Rückgang im Vergleich zum Anfang der Beobachtungsperiode (149 gegenüber 172). Da sich auch bei den Arbeiterinnen die Unfallquote weniger günstig als bei den Arbeitern entwickelt hat, ist es in den letzten Jahrzehnten – und das ist der zweite Trend der langfristigen Entwicklung – zu einer Annäherung der geschlechtsspezifischen Unfallraten gekommen. Insgesamt betrug der Rückgang der Unfallohäufigkeit bei den Männern rund zwei Drittel (–69%), bei den Frauen 36%.

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 Arbeitnehmer:innen auswirken. Dieser Abschnitt der Analyse ist auf den Zeitraum 1995 bis 2024 beschränkt, da nur für diese Jahre eine ausreichend differenzierte Datenbasis zur Verfügung steht. Die Darstellung der Unfallquoten entlang der Altersstruktur gibt für diesen Zeitraum ein konsistentes Bild: Die Wahrscheinlichkeit eines Unfalls am Arbeitsplatz ist bei Jugendlichen wesentlich ausgeprägter als bei älteren – und somit erfahreneren – Arbeitskräften (Abbildung 1.27). Seit Mitte der 1990er-Jahre hat sich das Unfallrisiko in allen Alterskohorten verringert.

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

Anerkannte Arbeitsunfälle mit Wegunfällen



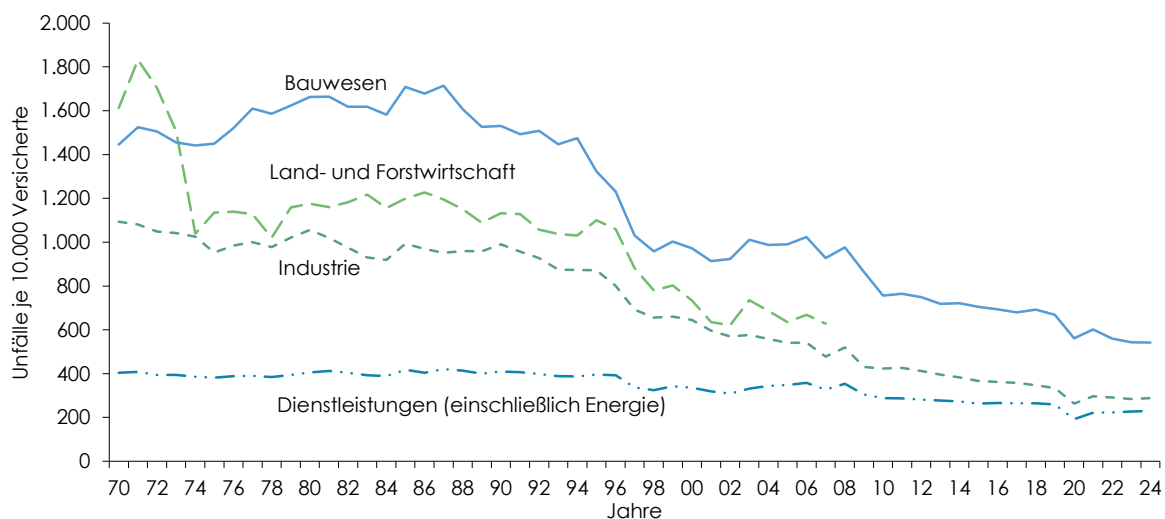
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen.

Die einzelnen Branchen¹³⁾ sind durch unterschiedliche Tätigkeitsbereiche und Arbeitsplatzbedingungen gekennzeichnet, dementsprechend stark sind Unterschiede in der Unfallohäufigkeit ausgeprägt. Der landwirtschaftliche Sektor und der Bergbau haben ein hohes Unfallrisiko. Unter

¹³⁾ Hierzu wird die Einteilung nach ÖNACE 2008 verwendet. Zu den Details der ÖNACE-2008-Wirtschaftsklassen siehe Übersicht A7 im Anhang C.

den beschäftigungsstarken Branchen weist allerdings das Bauwesen traditionell die höchsten Unfallraten aus. Im Jahr 2024 lag die Unfallhäufigkeit in diesem Bereich doppelt so hoch wie im Durchschnitt, 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 "Wasserversorgung", "Kunst, Unterhaltung und Erholung", "Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen" sowie "Verkehr und Lagerei" waren mit einem Unfallrisiko verbunden, das deutlich über dem Gesamtdurchschnitt lag. Die Bereiche mit dem geringsten Unfallrisiko sind das "Finanz- und Versicherungswesen" sowie "Information und Kommunikation", wo die Unfallquote unter 1% lag und somit nur ein Viertel des Durchschnitts und ein Zehntel der Unfallquote im Bauwesen betrug.

Abbildung 1.28: **Langfristige Entwicklung der Unfallquoten (einschließlich Wegunfälle)**



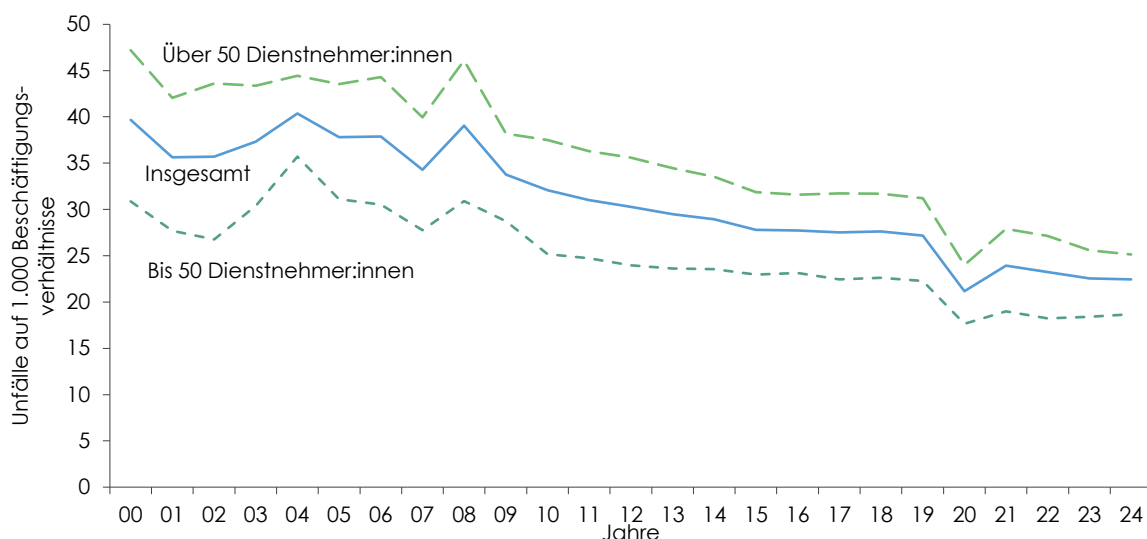
Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Berechnung erfolgte auf Basis der anerkannten Unfälle aller Erwerbstätigen. Für Land- und Forstwirtschaft wird ab 2008 kein Wert ausgewiesen, da die Umstellung auf ÖNACE 2008 einen deutlichen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

Vergleiche mit der Vergangenheit sind nur schwer darstellbar. Die Erstellung einer nach Branchen differenzierten Zeitreihe ist für die ÖNACE-Gliederung nur ab dem Jahr 1995 möglich, zudem ist seit 2008 aufgrund der Einführung der neuen ÖNACE-Gliederung die Vergleichbarkeit mit den Vorjahren nicht gegeben. Möchte man einen längeren Zeitraum analysieren, muss man auf die ältere Gliederung der Wirtschaftsklassen zurückgreifen. Nur durch die Zusammenfassung in vier Hauptbereiche (Land- und Forstwirtschaft, Herstellung von Waren bzw. Industrie, Bauwesen, Dienstleistungen) ist eine langfristige Betrachtung möglich. Eine entsprechende graphische Darstellung (Abbildung 1.28) zeigt in allen Wirtschaftsbereichen ein ähnliches Muster. Zwischen den frühen 1970er- und den frühen 1990er-Jahren haben nur mäßige Veränderungen der Unfallrate stattgefunden. In den Sachgüter erzeugenden Bereichen hat das Unfallrisiko kontinuierlich, aber geringfügig abgenommen, während es im Dienstleistungsbereich in etwa konstant geblieben ist und im Bauwesen und in der Landwirtschaft erst nach einem Höhepunkt in

den 1980er-Jahren begonnen hat, sich rückläufig zu entwickeln. Zu einer deutlichen Verringerung der Unfallhäufigkeit ist es in allen Wirtschaftsbereichen in der zweiten Hälfte der 1990er-Jahre gekommen. Besonders stark war der Rückgang im Bauwesen und in der Land- und Forstwirtschaft: Hier ist die Unfallrate zwischen 1995 und 1998 um 50% bzw. mehr als ein Viertel zurückgegangen. In der Industrie betrug der Rückgang 25%, auch im Dienstleistungsbereich konnte in diesen Jahren eine sehr positive Entwicklung verzeichnet werden (–18%).

Langfristig ist es zu einer Annäherung der Unfallwahrscheinlichkeit in den einzelnen Bereichen der Wirtschaft gekommen. Sowohl der Abstand zwischen dem Dienstleistungssektor und den anderen Branchen als auch zwischen dem Bauwesen und dem Rest des produzierenden Sektors hat sich im Beobachtungszeitraum stark verringert. Zu Beginn der 1970er-Jahre lag die Unfallwahrscheinlichkeit in der Herstellung von Waren 2,5-mal so hoch und im Bauwesen mehr als 3,5-mal so hoch wie im Dienstleistungssektor. Im Jahr 2024 betrug die Unfallrate in der Warenherstellung das 1,3-Fache, im Bauwesen das 2,4-Fache der Dienstleistungsbereiche.

Abbildung 1.29: **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.

Die ungleiche Verteilung des Unfallrisikos in der Arbeitswelt kommt auch bei einer Betrachtung nach Betriebsgröße zum Ausdruck (Abbildung 1.29). Größere Betriebe, solche mit mindestens fünfzig Beschäftigten, verzeichneten 2024 im Durchschnitt 35% mehr Arbeitsunfälle pro Kopf als Kleinbetriebe mit weniger als fünfzig Mitarbeiter:innen. Dieser Abstand ist im letzten Jahrzehnt leicht zurückgegangen. Wie bereits im Zusammenhang mit den Krankenstandsquoten erwähnt wurde, müssen Unterschiede nach Betriebsgröße vor dem Hintergrund der ungleichen Verteilung der Betriebe nach Branchen betrachtet werden. Der Anteil an Klein- und Kleinstbetrieben ist im Dienstleistungsbereich höher als im sekundären Sektor, der neben der Warenherstellung

auch das Bauwesen und den Bergbau umfasst. Die vergleichsweise hohe Inzidenz von Arbeitsunfällen in den Betrieben mit fünfzig und mehr Beschäftigten spiegelt also auch branchenspezifische Unterschiede in der Unfallquote wider.

1.10 Kostenschätzung der betrieblichen Fehlzeiten

Psychische wie physische Gesundheit ist sowohl eine zentrale Voraussetzung für ein gutes Leben als auch die Grundlage für die Möglichkeit produktiv im Erwerbsarbeitskontext zu sein und damit die betriebliche wie gesamtwirtschaftliche Wertschöpfung zu stärken (beispielsweise Commission on Macroeconomics and Health (CMH), 2001; Frijters et al., 2005; Jakovljevic et al., 2020; Wu et al., 2021). Gesundheitsvorsorge und Präventionsmaßnahmen bestimmen sowohl individuelles Wohlbefinden, verringern aber auch Krankenstände und damit betriebliche Kosten. Ein geringeres Erkrankungsgeschehen bedeutet auch Ersparnisse im Gesundheitssystem.

Die volkswirtschaftlichen und betrieblichen Kosten im Zusammenhang mit Krankheitsausfällen und Unfällen setzen sich aus verschiedenen Faktoren zusammen. Nicht alle Bereiche sind gleichermaßen erfassbar und genau quantifizierbar. Direkte Zahlungen von Betrieben und der Krankenversicherung in Form von Lohnfortzahlung und Krankengeld können vergleichsweise genau berechnet werden. Es gibt jedoch nur begrenzte Anhaltspunkte für die indirekten volkswirtschaftlichen, aber auch betriebswirtschaftlichen Kosten sowie für die medizinischen Behandlungskosten von Krankheiten und Unfällen bei unselbstständig Beschäftigten im Gesundheitssystem. Eine Abschätzung auf der Grundlage von getroffenen Annahmen, die im Fehlzeitenreport 2022 (Mayrhuber & Bittschi, 2022) ausführlich beschrieben und diskutiert sind, liefert Hinweise auf das Kostenvolumen bzw. das Potential darauf, welche wirtschaftlichen Auswirkungen Reduzierungen oder Zunahmen von Krankheitsausfällen haben können (Übersicht 1.8).

Übersicht 1.8: **Kostenkomponenten des Krankenstandes nach Kostenstelle**

	Betriebswirtschaftlich	Personen	Sozialversicherung	Volkswirtschaft
Direkte Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Entgeltfortzahlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kostenbeiträge zur Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankengeld • Behandlungskosten • Rehabilitation • Verwaltungskosten 	
Indirekte Kosten	<ul style="list-style-type: none"> • Produktionsausfälle • Überstunden • Verwaltungsaufwand (Organisation des Betriebsablaufs, Neuaufnahmen usw.) • Produktivitätsverlust 	<ul style="list-style-type: none"> • Geringere Erwerbsfähigkeit • Verringeres Einkommen (Konsummöglichkeit) • Kosten informeller Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Dauerleistungen (Renten, Pensionen) • Reduzierte Sozialversicherungseinnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Wertschöpfung • Gesamtwirtschaftliche Opportunitätskosten • Sinkende Nachfrage durch sinkende Kaufkraft • Entgangene Haushaltsproduktion

Q: WIFO-Darstellung.

Krankheitskosten zeigen sich an unterschiedlichen Stellen: Direkte Kosten in Formen von Entgeltfortzahlung, Krankengeld und Behandlungskosten, die für die betroffenen Personen, das öffentliche und private Gesundheitssystem sowie für Betriebe entstehen. Die indirekten Kosten

ergeben sich aus dem Wert der entgangenen Wertschöpfung sowie der Verringerung der Erwerbs- und Einkommenschancen im Lebenszyklus infolge von Krankheit und Unfall. Die vorhandene Empirie zeigt höhere indirekte als direkte Kosten (CAFE, 2005, EU-OSHA, 2019, 2017, Biffi & Leoni, 2008). In der neueren Literatur finden weitere nicht-marktwirtschaftliche Kostenkomponenten Berücksichtigung, sogenannte intangible Kosten, deren Zuordnung sowohl zu direkten als auch zu den indirekten Kosten erfolgen kann. Beispielsweise braucht eine verunfallte oder erkrankte Person nach einer Spitalsentlassung Pflege und Betreuung im Haushalt und kann die übliche Sorge- und Haushaltsarbeit nicht leisten, was mit einem Wohlfahrtsverlust einhergehen kann. In einigen Fällen führt dies langfristig zu einer Einschränkung der Lebensqualität oder sogar zu einer verkürzten Lebenserwartung, was als immaterielle Kosten geschätzt und berücksichtigt werden sollte (Dalal & Svanström, 2015; Ryen & Svensson, 2015).

Darüber hinaus bestimmt auch der betrachtete Zeitraum die Höhe von Krankheitskosten. Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (European Occupational safety and health agency, kurz EU-OSHA) berücksichtigt die mit Unfall oder Erkrankung anfallenden Kosten über den gesamten Lebenszyklus bis hin zur verkürzten Lebenserwartung durch Krankheiten und Unfälle (EU-OSHA, 2019). Für Österreich wurden mit diesem breiten Kosten-Schätzungsansatz auf der Grundlage der EU-OSHA-Systematik Schätzungen für Österreich durchgeführt. Die für das Referenzjahr 2015 ermittelten Gesamtkosten von arbeitsbedingten Unfällen und Erkrankungen betrugen 2,9% der Wirtschaftsleistung (Leoni et al., 2020).

1.10.1 Kostenkomponenten des Krankenstands

Krankheitsbedingte Fehlzeiten bedeuten direkte Kosten wie die Entgeltfortzahlung, das Krankengeld, aber auch Behandlungs- und Rehabilitationskosten sowie andere regelmäßige Transferleistungen wie Unfallrenten oder krankheitsbedingte Pensionen. Je nach Art der Erkrankung variieren die Behandlungskosten, die Dauer der Ausfallzeiten und somit das Ausmaß der Lohnfortzahlung sowie das Krankengeld.

Auf betrieblicher Ebene entstehen durch Krankheitsausfälle auch indirekte Kosten wie administrativer Aufwand, Überstunden für die übrige Belegschaft zur Kompensation der Ausfälle, Produktionsverluste oder -verschiebungen, Neueinstellungen usw. Für die Sozialversicherung umfassen die indirekten Kosten mögliche langfristige Leistungen an Personen mit Erwerbsunfähigkeit sowie entgangene Sozialversicherungseinnahmen aufgrund von Krankheitsausfällen.

Die volkswirtschaftlichen Kosten als Teil der indirekten Kosten beschreiben die marktwirtschaftlichen Wertschöpfungsverluste, aber auch entgangene Haushaltsproduktion, negative Humankapital- und Vermögensbildung bis hin zur Dämpfung des Produktionspotenzials durch den Verlust an Lebenszeit und Lebensqualität. Besonders im letztgenannten Bereich hängt das Kostenvolumen vom betrachteten Zeithorizont ab: Bei einer Jahresbetrachtung zeigen sich erwartungsgemäß geringere Kosten als bei einem mehrjährigen Horizont.

Die Entgeltfortzahlung

Im Falle von Krankheit oder bei einem Arbeitsunfall haben unselbständig Beschäftigte Anspruch auf Entgeltfortzahlung. Die Anspruchsdauer hängt von dem Arbeitsverhältnis¹⁴⁾, von der Krankenstandsursache und weiteren Faktoren (Wiedererkrankung usw.) ab. Sie gebührt grundsätzlich für sechs Wochen bzw. bei einem Arbeitsunfall für acht Wochen und verlängert sich bei einer Betriebszugehörigkeit von über 15 Jahren auf zehn Wochen.

Auch die Höhe der Entgeltfortzahlung variiert, es beruht auf dem Ausfallsprinzip, wobei die ausgefallenen Bezüge neben dem Grundgehalt beispielsweise auch Sonderzahlungen oder Überstundenvergütungen enthalten. Gemäß dem Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG) haben Arbeiter:innen und Angestellte zwischen sechs und zwölf Wochen Anspruch¹⁵⁾ auf das volle und jeweils vier Wochen auf das halbe Entgelt.

Gemäß den ESSOSS-Daten von Statistik Austria, die für das Jahr 2023 vorliegen, leisteten die Betriebe 4,6 Mrd. € an Entgeltfortzahlungen. Klein- und Mittelbetriebe (weniger als 50 Beschäftigte im Jahresdurchschnitt) haben die Möglichkeit einen Zuschuss zur Entgeltfortzahlung zu beantragen¹⁶⁾. Im Jahr 2023 bezuschusste die AUVA über diesen Titel die Klein- und Mittelbetriebe in der Höhe von 143 Mio. €.

Das Krankengeld

Im Anschluss an die Entgeltfortzahlung übernimmt die Krankenversicherung die Auszahlung des Krankengeldes. Für die Phase der halben Entgeltfortzahlung gebührt zusätzlich das halbe Krankengeld, nach Beendigung der Entgeltfortzahlung durch den Betrieb übernimmt die Krankenversicherung das volle Krankengeld. Die Anspruchsdauer beträgt grundsätzlich 26 Wochen, kann sich jedoch auf bis zu 52 Wochen verlängern, wenn innerhalb der letzten zwölf Monate vor Beginn des Krankenstands sechs Monate krankenversicherte Beschäftigung liegt. Die Höhe des Krankengeldes variiert entlang der Bezugsdauer¹⁷⁾.

Im Jahresdurchschnitt bezogen laut Statistik Austria (ESSOSS) 2023 61.492 Personen Krankengeld. Insgesamt entstanden den Krankenversicherungsträgern 2023 direkte Kosten für die Entgeltersatzleistung durch das Krankengeld und für das mit 1. Juli 2017 eingeführte Wiedereingliederungsgeld in der Höhe von 1.078 Mio. € (Abbildung 1.30).

Weitere Kosten der Fehlzeiten

Neben den skizzierten direkten Kosten der Ersatzleistungen bedeutet die Krankheitsbehandlung Kosten für öffentliche und private Gesundheitseinrichtungen wie auch für die Betroffenen selbst

¹⁴⁾ Angestellten-, Entgeltfortzahlungs-, Gutsangestellten-, Landarbeits-, Schauspieler-, Vertragsbedienstetengesetz usw.

¹⁵⁾ Bei einer Dauer des Dienstverhältnisses von weniger als einem Jahr gebührt die volle Entgeltfortzahlung für 6 Wochen, von 1 bis unter 15 Jahren 8 Wochen, von 15 bis unter 25 Jahren 10 Wochen, ab 25 Jahren 12 Wochen.

¹⁶⁾ Entgeltfortzahlungs-Zuschuss- und Differenzvergütungs-Verordnung – EFZ-DV-VO, BGBl. II Nr. 146/2018, §2 (1-4).

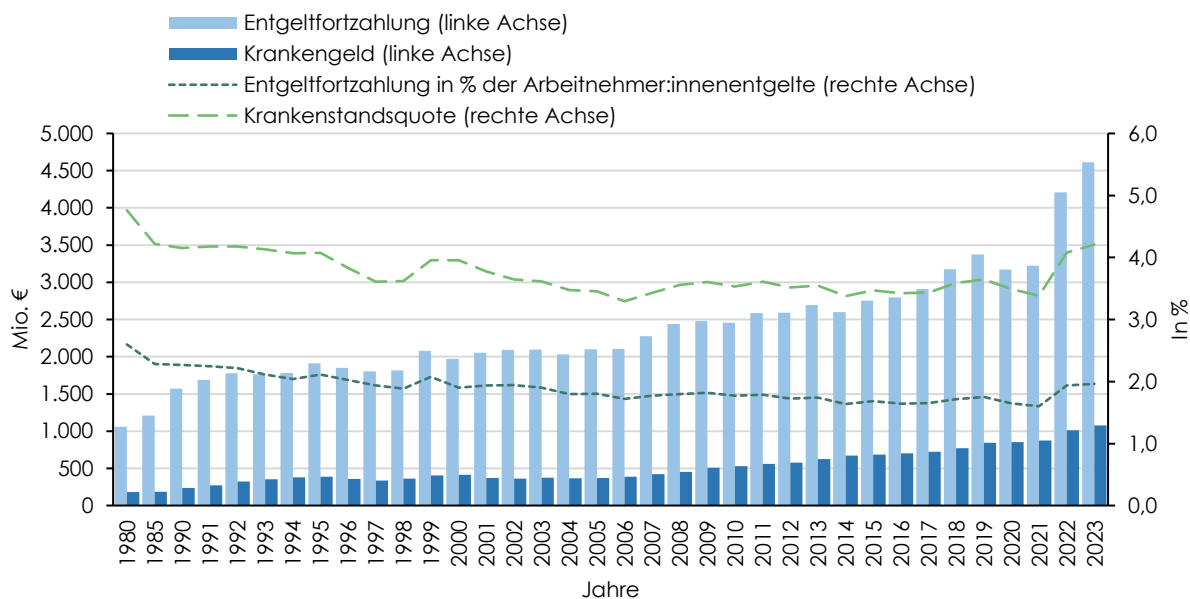
¹⁷⁾ Das Krankengeld beträgt ab dem 4. bis zum 42. Tag 50% der Bemessungsgrundlage (beitragspflichtiger Bruttoarbeitsverdienst bis zur Höchstbeitragsgrundlage, einschließlich anteiliger Sonderzahlungen), erhöht sich ab dem 43. Tag auf 60% der Bemessungsgrundlage.

durch Rezeptgebühren, Selbstbehalte usw. Die Gesundheitsausgaben einschließlich Investitionen 2023 betrugen 55,2 Mrd. €, das waren 11,7% der Wirtschaftsleistung, wovon 77% auf den öffentlichen Sektor entfielen und 23% auf private Ausgaben. Der Anteil der privaten Gesundheitskosten lag damit etwas über den Schnitt der OECD-Länder von 20% (OECD, 2021a).

Darüber hinaus verursachen Produktivitätsverluste durch Fehlzeiten sowohl betriebliche als auch gesamtwirtschaftliche Kosten durch ein gedämpftes Produktionspotenzial, wobei das Ausmaß der Effekte sowohl vom konkreten Arbeitsplatz als auch vom gesamtwirtschaftlichen Umfeld abhängt (Brunner & Schwarz, 2006; Glocker, 2021). In konjunkturellen Hochphasen führen Fehlzeiten auf betrieblicher Ebene zu höheren Wertschöpfungsverlusten als in Phasen der Unterauslastung.

Parallel zur steigenden Krankenstandsquote stieg 2022 und 2023 der Aufwand für die Entgeltfortzahlung (Abbildung 1.30) gegenüber 2021 deutlich an. Die im Jahr 2023 aufgewendeten 4,6 Mrd. € für Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall entsprachen 2,0% der Arbeitnehmer:innenentgelte, also der Summe aus Löhnen und Gehältern einschließlich Arbeitgeber:innenbeiträge zur Sozialversicherung bzw. 1% der Wirtschaftsleistung. Trotz deutlichem Anstieg 2023 sank in den vergangenen vier Jahrzehnten die Entgeltfortzahlung in Relation zu den Arbeitnehmer:innenentgelten. Die Krankenstandsquote im Jahr 2024 wird auch die Aufwendungen für die Entgeltfortzahlung und für das Krankengeld in etwa auf der Höhe von 2023 nach sich ziehen.

Abbildung 1.30: **Entwicklung der Entgeltfortzahlung in Relation zu den Arbeitnehmer:innenentgelten, Krankengeld und Krankenstandsquote im Zeitverlauf**



Q: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Statistik Austria, ESSOSS-Datenbank; WIFO-Berechnungen. Die Leistungen (Ausgaben) werden nach den Definitions- und Klassifikationsvorgaben des Europäischen Systems der Integrierten Sozialschutzstatistik (ESSOSS) erfasst und verbucht.

1.10.2 Kosten der krankheitsbedingten Fehlzeiten

Die im vorigen Abschnitt beschriebenen direkt zurechenbaren Krankenstandskosten im Jahr 2023 für Entgeltfortzahlungen (einschließlich dem Zuschuss der AUVA) der Betriebe mit 4,8 Mrd. € und das von der Krankenversicherung ausbezahlte Krankengeld mit 1,1 Mrd. € beliefen sich insgesamt auf 5,8 Mrd. € oder 1,2% des BIP (direkte Kosten). Darüber hinaus konnten indirekte Kosten quantifiziert werden: So führten krankheitsbedingte Fehlzeiten zu Wertschöpfungsverlusten und gegebenenfalls zu weiteren betrieblichen Kosten (Produktivitätsverluste, Kosten für Ersatzarbeitskräfte, Folgekosten von Arbeitsunfällen usw.), die über die direkten Entgeltfortzahlungskosten hinausgehen. Diese Kosten können nur mit Annahmen quantifiziert werden und schwanken mit dem Konjunkturzyklus. Die Kosten schwanken im Konjunkturverlauf auch zwischen Branchen und Betrieben. Den Aufwendungen für die Entgeltfortzahlung und das Krankengeld stehen weiters Mindereinnahmen gegenüber, da für die Zeiten des Krankengeldbezugs die Sozialversicherungsbeiträge und damit die Sozialversicherungsbeitragseinnahmen entfallen (siehe Fehlzeitenreport 2022, Abschnitt 3.2, Mayrhuber & Bittschi, 2022). Somit zeigt sich unter vereinfachenden Annahmen, dass durch krankheitsbedingte Fehlzeiten zusätzlich zu den Lohnersatzkosten indirekte betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von 1,2% bis 1,9% des BIP entstanden (Übersicht 1.9).

Übersicht 1.9: Schätzung der Aufwendungen und Kosten im Zusammenhang mit Unfällen und Krankheiten unselbständig Beschäftigter, 2023

	Mio. €	In % des BIP
Volks- und betriebswirtschaftliche Kosten	bis zu 14.700	bis zu 3,1
Direkte Kosten (direkte Zahlungen) ¹⁾	5.800	1,2
Indirekte Kosten	bis zu 8.900	bis zu 1,9
Wertschöpfungsverluste ²⁾	bis zu 8.500	bis zu 1,8
Entgangene SV-Beiträge	400	0,1
Gesundheitskosten ³⁾	13.600	2,9
Direkte öffentliche Ausgaben	10.400	2,2
Direkte private Ausgaben	3.200	0,7

Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, Statistik Austria, Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), WIFO-Berechnungen. – Für eine detaillierte Erläuterung siehe Mayrhuber & Bittschi (2022). – ¹⁾ Entgeltfortzahlungen und Krankengeldzahlungen. – ²⁾ Auf Basis der Annahme, dass sich maximal die Hälfte des krankstandsbedingten Verlusts an Jahresarbeitszeit in Form von Wertschöpfungsverlusten und anderen Nicht-Lohn-Kosten niederschlägt. – ³⁾ Auf Basis einer Zuordnung der Kosten im Gesundheitssystem auf die unselbständig Beschäftigten anhand von Altersprofilen der öffentlichen Gesundheitsausgaben für die allgemeine Bevölkerung. Aufgrund der Tatsache, dass Beschäftigte im Schnitt einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als gleichaltrige Nicht-Beschäftigte, sind die hier zugeordneten Kosten leicht überschätzt und bilden eine Obergrenze ab.

Eine Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten durch eine Reduktion der Fehlzeiten würde sich jedoch nicht nur durch eine Verringerung der krankheitsbedingten Fehlzeiten positiv auswirken, sondern auch zu Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem führen. Im Jahr 2023 betrugen die Gesundheitsausgaben der unselbständig Erwerbstätigen rund 2,9% des BIP. Mit 2,2% des BIP entfiel der Großteil dieser Ausgaben auf das öffentliche Gesundheitssystem für ärztliche Versorgung, Betriebsärzte, Krankenhäuser, Medikamente usw., während knapp ein Viertel der Kosten bzw. 0,7% des BIP durch private Gesundheitsausgaben gedeckt werden (Übersicht 1.9).

Durch das endgültige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben durch krankheitsbedingten Pensionsbezug entstehen der gesetzlichen Pensionsversicherung jährliche Kosten in Höhe von rund 2,4 Mrd. €, was rund 0,5% der Wirtschaftsleistung entspricht. Dies setzt sich aus 2,2 Mrd. € Invaliditätspensionen, die an Personen im erwerbsfähigen Alter ausbezahlt werden, sowie 180 Mio. € Ausgleichszulage zusammen.¹⁸⁾ Zusätzlich wurden 407 Mio. € an Rehabilitationsgeld¹⁹⁾ ausbezahlt, das bei vorübergehender Invalidität von mindestens sechs Monaten zusammen mit Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation gewährt wird. Das dauerhafte Ausscheiden von rund 120.000 Invaliditätspensionsbeziehenden²⁰⁾ aus dem Arbeitsmarkt dämpft auch das gesamtwirtschaftliche Produktionspotenzial.

¹⁸⁾ Siehe ESSOSS-Tabelle "Gesetzliche Pensionsversicherung".

¹⁹⁾ Siehe ESSOSS-Tabelle "Gesetzliche Krankenversicherung".

²⁰⁾ Siehe *Statistisches Handbuch der Sozialversicherung 2024*, Tabelle 3.11.

2. Struktur der Langzeitkrankenstände

2.1 Einleitung

Langzeitkrankenstände stellen für die Betroffenen, die Unternehmen und das Gesundheitswesen eine erhebliche Herausforderung dar (Mulfinger et al., 2024). Für die betroffenen Beschäftigten können Langzeitkrankenstände sowohl gesundheitliche als auch soziale und finanzielle Folgen haben²¹⁾. Neben der Erkrankung besteht das Risiko, dass sich die berufliche Identität verändert und die Rückkehr auf den Arbeitsplatz erschwert wird. Langfristige Fehlzeiten können zu einem Verlust von beruflichen Qualifikationen führen und das Selbstwertgefühl beeinträchtigen. Zudem können finanzielle Einbußen auftreten, insbesondere da Krankengeldleistungen den Verlust des Einkommens nur teilweise ausgleichen.

Für Unternehmen führen Langzeitkrankenstände neben der Entgeltfortzahlung (siehe Abschnitt 1.10.2) zu Produktivitätsverlusten, da die betroffenen Mitarbeitenden für längere Zeiträume ausfallen. Dies kann insbesondere in spezialisierten Bereichen problematisch sein, in denen spezifisches Fachwissen erforderlich ist. Die Notwendigkeit, kurzfristig Ersatz zu finden oder Aufgaben umzuverteilen, kann die Arbeitsbelastung der verbleibenden Mitarbeitenden erhöhen und zu einem Anstieg von Überstunden und Stress führen. Aus betrieblicher Sicht führt dies insbesondere für Klein- und Kleinstbetrieben zu großen Herausforderungen. Langfristig können wiederkehrende oder chronische Erkrankungen die Personalplanung und -entwicklung beeinträchtigen und die Betriebskosten erhöhen.

Aus Sicht der Krankenversicherungssysteme stellen Langzeitkrankenstände Aufwendungen dar. Nach der Entgeltfortzahlung übernimmt die finanzielle Absicherung die Krankengeldleistung der Krankenversicherung. Neben den Gesundheitsdienstleistungen die Langzeiterkrankte brauchen, stellte das Krankengeld in der Höhe von rund 1,2 Mrd.€ (2024) knapp 5% aller Versicherungsleistungen der Krankenversicherungsträger dar²²⁾ (Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2025). Zudem besteht die Herausforderung, geeignete Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation zu entwickeln, um die Rückkehr der Betroffenen in den Arbeitsmarkt zu erleichtern und weitere Kosten zu vermeiden.

Insgesamt erfordert die Bewältigung von Langzeitkrankenständen eine enge Zusammenarbeit zwischen Arbeitgeber:innen, Beschäftigten und Krankenversicherungsträgern. Präventive Gesundheitsmaßnahmen, frühzeitige Interventionen und individuelle Unterstützungsangebote können dazu beitragen, die Dauer von Krankheitsausfällen zu verkürzen und die Auswirkungen

²¹⁾ Bryngelson (2009) zeigt für Schweden anhand logistischer Regressionsanalysen basierend auf Längsschnittdaten der schwedischen Lebensstandarderhebung (n = 3.144) verknüpft mit Registerdaten den Zusammenhang zwischen Langzeitkrankenstand (60 Tage und länger) und sozialer Ausgrenzung. Die Ergebnisse zeigen, dass Betroffene – insbesondere Frauen – häufiger wirtschaftliche Schwierigkeiten (fehlende finanzielle Rücklagen) und soziale Isolation (keine engen Freunde, alleinlebend) erleben.

²²⁾ Die größten Aufwendungen sind mit 27% Behandlungskosten, 26% Überweisungen an Krankenanstaltenfonds und 20% Heilbehelfe.

auf alle Beteiligten zu minimieren. Eine systematische Analyse der Ursachen von Langzeitkrankständen und die Entwicklung gezielter Strategien sind entscheidend, um die Herausforderungen nachhaltig zu bewältigen.

2.2 Definition und Abgrenzung der Langzeitkrankstände

In Anlehnung an die Früherfassung der Versicherten nach Diagnosen gemäß § 33a RRK 2021 werden Langzeitkrankstände als krankheitsbedingte Fehlzeiten von mindestens 40 Kalendertagen innerhalb eines Zeitraums von 365 Tagen definiert. Dabei können die Fehlzeiten entweder durchgängig auftreten oder sich aus mehreren, über das Jahr verteilten Episoden zusammensetzen. Langzeitkrankstände in diesem Umfang gelten als Indikator für eine potenziell chronische oder komplexe gesundheitliche Problemlage und erfordern daher besondere betriebliche und medizinische Maßnahmen zur Prävention, Wiedereingliederung und langfristigen Sicherung der Arbeitsfähigkeit. Ein zielgerichteter Umgang erfordert Maßnahmen, die sowohl die gesundheitliche Situation der Betroffenen als auch die Voraussetzungen für eine nachhaltige berufliche Wiedereingliederung berücksichtigen. Dabei ist eine differenzierte Betrachtung unerlässlich, um wirksame Strategien zur Prävention und Intervention entwickeln zu können.

Die vorliegende Analyse verfolgt einen innovativen und in dieser Form in Österreich erstmalig umgesetzten Ansatz: Langzeitkrankstände werden differenziert nach Krankheitsgruppen, Alterskohorten sowie entlang zentraler Wirtschaftsbranchen – namentlich Bauwesen, Industrie und Dienstleistungen (einschließlich Energie- und Wasserversorgung) – systematisch ausgewertet. Diese Feingliederung ermöglicht erstmals eine detaillierte Evidenzbasis für die Entwicklung maßgeschneiderter Maßnahmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement und der arbeitsmarktpolitischen Steuerung²³).

2.3 Empirische Befunde zu Langzeitkrankständen

Die vertiefte Analyse der Langzeitkrankstände 2024 (Abschnitte 2.5 und 2.6) ist nachfolgend überblicksartig in ihrer zeitlichen Entwicklung als auch im internationalen Vergleich kontextualisiert. Die seit 1990 vorliegenden Krankenstände nach Dauer dokumentieren einen deutlichen Anstieg der Zahl der Langzeitkrankstandstage – definiert als Arbeitsunfähigkeiten von mehr als sieben Wochen bzw. mit einer Dauer von 43 Tagen oder länger²⁴) – seit den 1990er-Jahren: Während im Jahr 1990 31,6% aller Krankenstandstage auf Langzeitkrankstände entfielen, lag dieser Anteil im Jahr 2024 bei 39,2% (Abbildung 2.1). Im Gegensatz dazu ist der Anteil der Langzeitkrankstandsfälle an der Gesamtzahl aller Fälle rückläufig: Er sank im selben Zeitraum von 4,3% auf 2,9% (Abbildung 2.2).

Trotz des deutlichen Rückgangs sowohl der Arbeitsunfälle als auch des Anteils körperlich tätiger Beschäftigter nehmen Langzeitkrankstände einen wachsenden Anteil an den betrieblichen

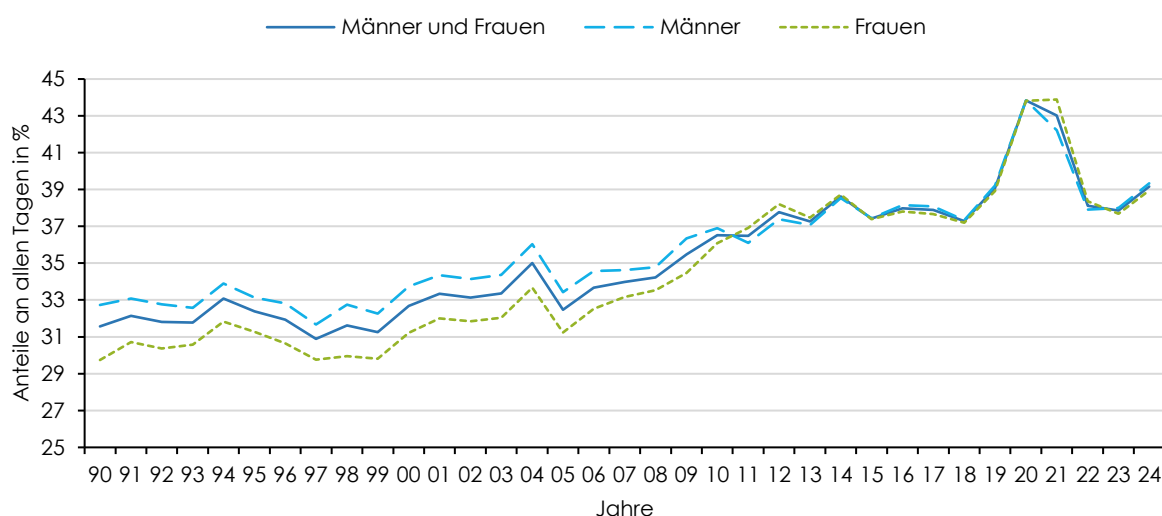
²³) Im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Arbeitnehmer:innenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Eingliederungsmanagement) können Krankenstandstage (neben Fluktuation, Produktivität, Zufriedenheit der Mitarbeiter:innen) als Messgröße verwendet werden (Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020).

²⁴) Die Krankenstandsstatistik definiert die Grenze für Langzeitkrankstände bei sieben Wochen, die empirischen Befunde in Abschnitt 2.5 und 2.6 beruhen auf der Grenzziehung von 40 Tagen.

Fehlzeiten ein. Diese Entwicklung macht deutlich, dass gezielte Präventionsmaßnahmen in einer Wirtschaft mit wachsendem Dienstleistungssektor an Bedeutung gewonnen haben. Studien belegen, dass der Nutzen betrieblicher Gesundheitsprogramme die Kosten deutlich übersteigen (Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020).

Abbildung 2.1: **Bedeutung der Langzeitkrankenstände bei den Krankenstandstagen im Zeitverlauf**

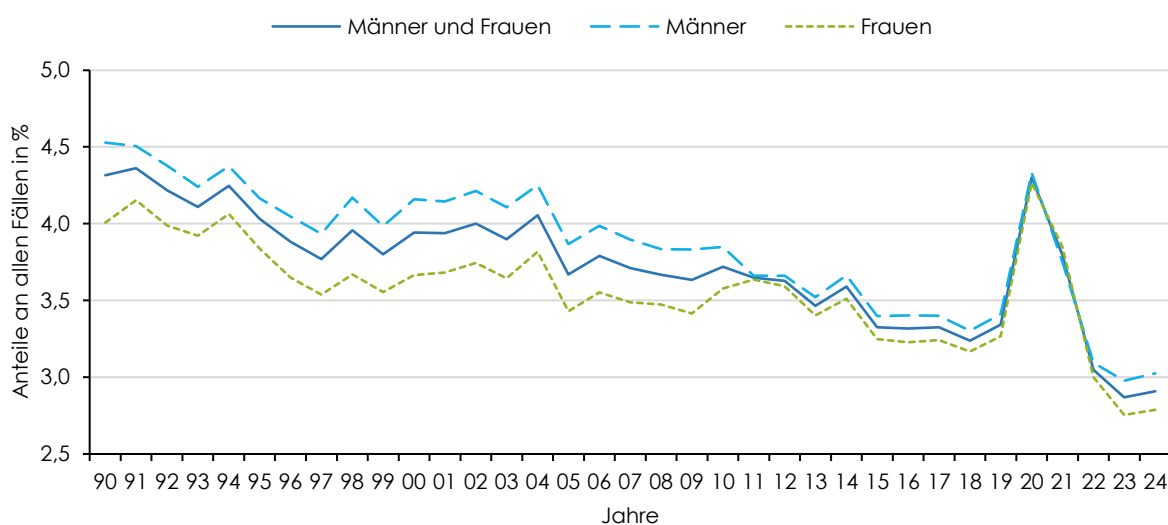
Dauer der Krankenstände von 43 Tagen und länger



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Abbildung 2.2: **Bedeutung der Langzeitkrankenstände bei den Krankenstandsfällen im Zeitverlauf**

Dauer der Krankenstände von 43 Tagen und länger



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

2.3.1 Internationale Befunde

Langzeiterkrankungen, mit einer Dauer von 43 Tagen und länger, machten 2023 im **deutschen Fehlzeitenreport** einen Anteil von 3,4% der Krankenstandsfälle, aber einen Anteil von 39,3% der Krankenstandstage aus. Krankenstände mit einer Dauer von über vier Wochen definierten im Jahr 2023 5,7% aller Krankenstandsfälle, aber fast die Hälfte (46,9%) aller Fehltage. Diese länger andauernden Arbeitsunfähigkeiten waren häufig auf chronische Erkrankungen zurückzuführen und treten vermehrt bei älteren Beschäftigten auf (Schenkel et al., 2024a). Langzeitkrankenstände laut der Definition im deutschen Fehlzeitenreport mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen waren durch Muskel- und Skelett-Erkrankungen sowie psychische und Verhaltensstörungen geprägt. Sie verursachten 2023 42% der Fehltage. An dritter Stelle standen Verletzungen mit einem Anteil von 12%. Die Bedeutung dieser Krankheitsgruppen zeigte sich auch in den Branchen mit hohen Anteilen muskuloskelettaler Erkrankungen, wie im Baugewerbe (28%), und psychischer Erkrankungen, wie bei Banken, Versicherungen sowie im Bildungsbereich (jeweils 29%) (Schenkel et al., 2024b). Der Anteil von Tagen verursacht durch Langzeitkrankenstände (43 Tage und länger) variierte stark zwischen den Branchen und war 2023 in der Land- und Forstwirtschaft (49,6%) sowie im Baugewerbe (46,6%) am höchsten. Auf der anderen Seite lag ihr Anteil im Banken- und Versicherungswesen bei 32,5% (Schenkel et al., 2024a).

Unter den häufigsten Ursachen für Langzeitkrankenstände in **Deutschland** sind psychische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparats (Schenkel et al., 2024b). Hier spiegelt sich ein älterer Befund für die OECD-Länder (OECD, 2012), rund ein Drittel bis zur Hälfte aller neuen Anträge auf Erwerbsunfähigkeitsleistungen ging auf psychische Erkrankungen zurück, die davor mit Langzeitkrankenständen verbunden waren.

Die Studie von (Burr et al., 2022) untersuchte anhand einer repräsentativen deutschen Arbeitnehmer:innenkohorte den Zusammenhang zwischen Mobbing am Arbeitsplatz und dem erstmaligen Auftreten einer Langzeitkrankheit und Langzeitkrankenständen über fünf Jahre. Die Ergebnisse zeigen, dass schweres Mobbing das Risiko von Langzeitkrankenständen um etwa 50% erhöht. Auch nach Kontrolle relevanter Einflussfaktoren und dem Ausschluss früher Erkrankungen blieb ein signifikanter Zusammenhang bestehen, was Mobbing als relevanten Risikofaktor bestätigt. Auf der Basis von SOEP-Daten analysieren (Mutambudzi et al., 2019) für Deutschland den Zusammenhang zwischen beruflicher Belastung und dem Risiko, innerhalb von zehn Jahren einen Langzeitkrankenstand zu haben. Eine hohe Arbeitsbelastung sowie wenig autonomer Gestaltungsspielraum waren signifikant mit einem erhöhten Langzeitkrankenstandsrisiko verbunden, insbesondere in der Gruppe der über 45-Jährigen.

Eine Analyse von Langzeitkrankenständen unter Angestellten in **Schweden** durch (Farrants & Alexanderson, 2022) zeigt für den Zeitraum 2010 bis 2016 einen signifikanten Anstieg, der primär auf die Zunahme psychischer Erkrankungen als Diagnoseursache zurückzuführen ist.

Für **Japan** analysierten (Nishiura et al., 2017) Krankenstände mit einer Dauer von über 30 Tagen in zwölf Unternehmen. Die Ergebnisse zeigen, dass psychische Erkrankungen und Neubildungen (Neoplasien) zu den häufigsten Ursachen für Langzeitkrankenstände zählen. Während des Beobachtungszeitraums wurden insgesamt 1.711 Fälle dokumentiert. Psychische Erkrankungen waren dabei die häufigste Ursache sowohl bei Männern (52%) als auch Frauen (35%). Bei

Frauen spielten zudem Schwangerschaftskomplikationen (14%) eine relevante Rolle; bei beiden Geschlechtern waren Neoplasien häufig vertreten (Männer: 12%, Frauen: 20%). Psychische Erkrankungen traten vor allem bei jüngeren Männern auf, während Neubildungen insbesondere im höheren Lebensalter die führende Ursache für Langzeitkrankenstände darstellten – bei Frauen ab 50 Jahren, bei Männern ab 60 Jahren.

Die Metaanalyse von (In'T Hout et al., 2024) identifiziert zentrale Einflussfaktoren für wiederkehrende krankheitsbedingte Fehlzeiten. Besonders hervorzuheben ist dabei der Befund, dass frühere Fehlzeiten im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen einen starken Prädiktor für spätere Langzeitkrankenstände aufgrund derselben Diagnose darstellen. Die Autor:innen betonen die Bedeutung gezielter, begleitender Unterstützungsmaßnahmen für betroffene Personen nach der Rückkehr an den Arbeitsplatz, um Rückfälle zu vermeiden und eine langfristige berufliche Stabilisierung zu fördern. (Axén et al., 2020) kommen in ihrer Metastudie zu Interventionsmaßnahmen im Zusammenhang mit langen Abwesenheiten aufgrund psychischer Erkrankungen zu dem Ergebnis, dass arbeitsorientierte kognitive Verhaltenstherapien und Maßnahmen zum Erlernen von Problemlösungsfähigkeiten die Krankheitsdauer deutlich verkürzen können.

Während die Erfassung der Krankheitsdiagnosen für Krankenstände auf eine längere Tradition zurückblicken kann, ist die systematische Analyse der zugrunde liegenden **Einflussfaktoren** bislang nur in begrenztem Umfang entwickelt. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass die Entstehung von Krankenständen durch ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Einflussgrößen bedingt ist, die sowohl arbeitsbezogene Belastungen als auch individuelles Gesundheitsverhalten und gesundheitliche Dispositionen umfassen. Diese Vielschichtigkeit erschwert eine isolierte Betrachtung einzelner Einflussfaktoren. Dennoch untersuchten (Sarttila et al., 2024) in einer finnischen Studie den Zusammenhang zwischen sitzender beruflicher Tätigkeit und krankheitsbedingten Fehlzeiten. Personen, deren Beruf mit einem hohen Maß an sitzender Tätigkeit einhergeht, wiesen – bei gleichzeitig fehlender körperlicher Aktivität – ein mehr als doppelt so hohes Risiko für psychisch bedingte Krankenstände und somit für längere Fehlzeiten auf. Für muskuloskelettale Erkrankungen konnte hingegen kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Auch körperlich inaktive Personen mit geringer Sitzzeit sowie mäßig aktive Personen mit hoher Sitzzeit zeigten ein erhöhtes Risiko für Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen. Entgegen den Erwartungen stellten (Clausen et al., 2010) in einer Langzeitstudie in Dänemark fest, dass ein hohes Maß an Autonomie am Arbeitsplatz und starkes berufliches Engagement keinen protektiven Effekt gegenüber Langzeitkrankenständen aufwies. Vielmehr erwies sich ein geringes Maß an erlebter Sinnerfüllung als signifikanter Prädiktor für Langzeitkrankenstände. Ein mittleres Maß an selbstbestimmter Arbeitsplatzgestaltung zeigte jedoch einen moderaten, schützenden Effekt gegenüber Krankenständen mit einer Dauer von mehr als acht Wochen.

2.3.2 Interventionsansätze

Die Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei langen Krankenständen fallen aufgrund der unterschiedlichen institutionellen Rahmenbedingungen von Land zu Land verschieden aus. Schon die Krankheitsdauer unterscheidet sich in Europa, wie vergleichbare Daten basierend auf der European Labour Force Survey, veröffentlicht von Eurostat, zeigen.

Die durchschnittliche Dauer von Krankenständen in der Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen betrug 2022 im EU-27-Durchschnitt 9,5 Tage. Die längsten durchschnittlichen Krankheitsausfälle wurden in den nordischen Ländern registriert, angeführt von Norwegen, Island, Schweden und Finnland (Abbildung 2.3). In diesen Ländern sind die Maßnahmen zur Reduktion langer Abwesenheiten umfassend dokumentiert und evaluiert.

(Markussen et al., 2018) untersucht die Effekte eines obligatorischen Rehabilitationstermins für Langzeitkranke in **Norwegen**²⁵). Das Treffen wird nach einem sechsmonatigen Krankenstand von der örtlichen Sozialversicherungsbehörde organisiert – unter Einbeziehung des Betriebs, des Hausarztes und der erkrankten Person. Durch die Einführung dieser Maßnahme reduzierte sich die Abwesenheitsdauer im Schnitt um zehn Tage. Die Autor:innen stellen dabei fest, dass sowohl die Einladung alleine als auch die Teilnahme an dem Rehabilitationstermin positive Effekte auf die frühere Rückkehr auf den Arbeitsplatz haben. Die Evaluierung kommt zum Schluss, dass die Kosten dieser Intervention den langfristigen Nutzen bei weitem übersteigen und ein früheres Treffen die Effizienz möglicherweise weiter erhöhen könnte.

Das randomisierte Experiment von (Alpino et al., 2022) zur Wirkung von Einladungen zu Beratungsgesprächen in **Norwegen** auf die beschleunigte vollständige Wiedereingliederung in Beschäftigung zeigt einerseits, dass die Einladung die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an einem Gespräch signifikant erhöht und andererseits die durchschnittliche Abwesenheitsdauer um 3,1 Tage reduziert. Das Experiment differenziert jedoch nicht nach der konkreten Ausgestaltung des tatsächlich durchgeführten Beratungsgesprächs. (Hernæs, 2018) evaluierte die Wirksamkeit eines Reaktivierungsprogramms für Langzeitarbeitslose in Norwegen mittels eines regionalen Vergleichsdesigns zwischen Interventions- und Kontrollregionen. Die Ergebnisse zeigen eine Reduktion der krankheitsbedingten Arbeitsausfälle in der Reformregion um 12% im Vergleich zur Referenzregion. Dieser Effekt wird sowohl der verstärkten Integration vorübergehend arbeitsunfähiger Personen in Teilzeitbeschäftigung als auch einer beschleunigten gesundheitlichen Wiederherstellung – insbesondere bei Muskel-Skelett-Erkrankungen – zugeschrieben.

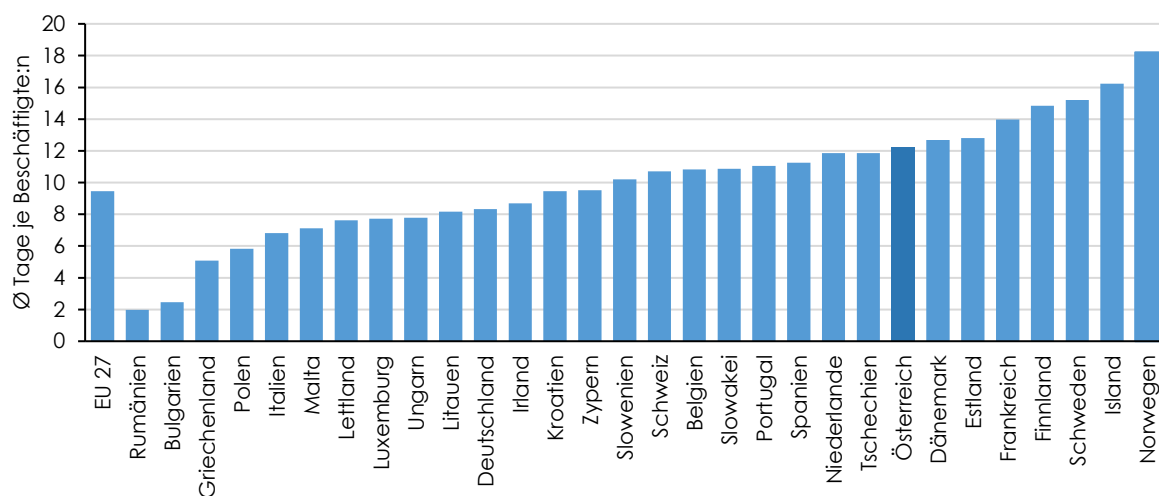
Aufgrund der hohen Krankenstandsquote in Norwegen wurde 2001 von der Regierung und den Sozialpartnern eine Dreiparteienvereinbarung entwickelt. Durch die Unterzeichnung dieser Vereinbarung erhielten Unternehmen Zugang zu Beratungsleistungen und Subventionen, um sie bei der Verringerung krankheitsbedingter Fehlzeiten und der Erhöhung der Erwerbsbeteiligung zu unterstützen. Die Evaluierung dieses Instruments durch (Hanvold et al., 2020) zeigte keinen signifikanten Rückgang des Gesamtrisikos für Langzeitkrankenstände. In einzelnen Gruppen – etwa bei jungen Arbeitnehmer:innen und bei Frauen insgesamt – entwickelten sich die Langzeitkrankenstände in teilnehmenden Unternehmen günstiger als in nicht teilnehmenden. Die Befunde zeigen, dass branchenspezifische Maßnahmen wirksamer sind als allgemeine. (Morgante et al., 2025) zeigen in ihrer Studie darüber hinaus, dass stationäre multimodale Rehabilitationsprogramme – verstanden als integrative Ansätze unter Einbeziehung mehrerer therapeutischer Verfahren – im Vergleich zu ambulanten Therapieformen eine signifikant höhere

²⁵) In Norwegen erhalten Arbeitnehmer:innen nach vier Wochen Beschäftigung bis zu einem Jahr Krankengeld mit 100% Einkommensersatz (bis zu einer gewissen Einkommensgrenze), wobei die ersten 16 Tage von Arbeitgeber:innen und die verbleibende Zeit von der Sozialversicherung getragen werden.

Wirksamkeit bei der Reduktion von Langzeitkrankenständen aufweisen. Dies gilt sowohl für muskuloskelettale als auch für psychische Erkrankungen.

Für **Dänemark** evaluierten (Pons Rotger & Rosholm, 2020) die Wirkung einer Intervention – der Kontaktaufnahme des Betriebes mit der erkrankten Person – auf die Wiederaufnahme der Arbeit. Bei Erkrankten, die überzeugt sind, ihre Situation gestalten zu können (Kontrolloptimisten), führt die Kontaktaufnahme zu einer Verkürzung des Krankenstandes. Bei Personen mit geringem Vertrauen in die eigene Gestaltungsmöglichkeit (Kontrollpessimisten) hingegen nicht.

Abbildung 2.3: **Durchschnittliche Krankenstandsdauer der 20- bis 64-Jährigen in Europa, 2022**



Q: Eurostat, Tabelle "Abwesenheit von der Arbeit insgesamt nach Geschlecht und Alter", basierend auf der European Labour Force Survey (EU-LFS); WIFO-Berechnungen. – Der Vergleich der österreichischen Ergebnisse aus dem EU-LFS mit der Krankenstandsstatistik ist nur bedingt möglich. Unterschiede gibt es u. a. bei der Altersabgrenzung, bei der Definition von Beschäftigten bzw. Versicherten und durch die Art der Erhebung.

Ein zentraler Interventionsansatz in **Österreich** ist die Personen- und Betriebsberatung im Rahmen von **fit2work**. Personen mit mehr als 40 Arbeitsunfähigkeitstagen im Laufe eines Jahres und bestimmten Diagnosen²⁶⁾ erhalten ein Einladungsschreiben der Gesundheitskasse zu einem Beratungsgespräch²⁷⁾. Die Wirkung dieser Einladungen auf die Dauer der Krankenstände wurde bislang nicht evaluiert. Die aktuellste Evaluierung einer Teilnahme an einer Beratung (Pohler, 2022) zeigt jedoch, dass eher Personen an einer Beratung teilnehmen, deren Erwerbsintegration sich in den Jahren davor verschlechtert hat. Die stärksten Veränderungen zeigen sich in der Gruppe jener, die vor Beginn der Beratung im Krankenstand waren: Von diesen sind rund 47% eineinhalb Jahre später erwerbstätig, während es bei den zuvor Arbeitslosen nur etwa ein Drittel ist. Die Betriebe, die eine Beratung in Anspruch nahmen, wiesen bereits bei Beginn der Teilnahme unterdurchschnittliche Krankenstandszahlen auf, hier zeigt sich ein Selektionseffekt.

²⁶⁾ ICD-10-Codes Kapitel V und XIII.

²⁷⁾ Stufen der Personenberatung: Erstberatung, Basischeck (zur Abklärung der individuellen Situation), Intensivberatung, Case Management bis zu 10 Monaten.

Die Evaluierung zeigte daher kaum Effekte der Betriebsberatung auf die Krankenstände. Das liegt an der bereits guten Ausgangssituation der teilnehmenden Betriebe sowie an ihrem hohen Bewusstsein für betriebliche Gesundheitsvorsorge. Als Schwächen des Instruments wird die fehlende Verbindung zwischen Personen- und Betriebsberatung gesehen, was strukturelle Anpassungen erschwert (Horvath et al., 2022). Mit der Einführung der Wiedereingliederungsteilzeit und der Integration in die gemeinsame Umsetzung von fit2work liegt eine stärkere Verzahnung von Personen- und Betriebsberatung vor (Horvath et al., 2022). Die fit2work Betriebsberatung wurde auf EU-Ebene als Good Practice anerkannt – 83% der unterstützten Unternehmen sahen ihre Erwartungen erfüllt (Hausegger et al., 2015). Evaluierungen empfehlen die Beibehaltung eines breiten Zugangs wie auch eine Optimierung der Schnittstellen und eine qualitätsgesicherte Beratung (Horvath et al., 2022; Lutz, 2022).

2.4 Daten und methodischer Ansatz

Für die Analyse von Langzeitkrankenständen in Österreich werden Daten zu Krankenstandsfällen und Krankenstandstagen nach Diagnosegruppen auf Basis der Arbeitsunfähigkeitsdaten des ÖGK-Data-Warehouse verwendet. Die von der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) für den Fehlzeitenreport zur Verfügung gestellten anonymisierten Individualdaten über die Krankenstandsdiagnosen bilden die Grundlage der nachfolgenden empirischen Auswertungen der Langzeitkrankenstände. Es handelt sich dabei um Administrativdaten aus dem ÖGK-Data-Warehouse, die auf der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten ICD-10²⁸⁾ beruhen. Der Datensatz der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen zeichnet sich durch eine umfassende und standardisierte Erfassung der Krankheitsdiagnosen aus. Durch die strukturierte Erfassung und Kategorisierung des Krankheitsgeschehens bilden die Daten eine wertvolle Grundlage für weiterführende Analysen, die in weiterer Folge auch als Basis für die Entwicklung gezielter Präventions- und Interventionsmaßnahmen bei Langzeitkrankenständen dienen können. Die ICD-10-Klassifikation der Krankheiten gibt jedoch keine Auskunft darüber, ob die Abwesenheit vom Arbeitsplatz auf eine chronische Erkrankung zurückzuführen ist oder ob es sich um einen chronischen Verlauf handelt. Im Mittelpunkt der Analysen stehen daher lange Abwesenheiten und ihre Krankheitsdiagnosen.

Die Krankheitsdiagnosen der bei der ÖGK erfassten Arbeitsunfähigkeitsmeldungen erfolgen durch Ärzt:innen im niedergelassenen Bereich und in anderen Einrichtungen im stationären und ambulanten Bereich sowie in Primärversorgungseinheiten. Durch die Verknüpfung dieser Daten mit sozio-ökonomischen Merkmalen aus den Daten des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger bzw. des Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) können die Analysen getrennt nach Altersgruppen, Geschlecht, Bundesland des Dienstgebers sowie Branche durchgeführt werden. Es ist wichtig zu beachten, dass die hier dargestellten Fehlzeiten von Langzeitkrankenständen von unselbständig Beschäftigten von den Fehlzeiten im ersten Teil des Berichts abweichen können. Im ersten Teil wurden auch Daten der Versicherungsanstalt für öffentlich Bedienstete,

²⁸⁾ Die ICD-Kodierung (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist eine internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme.

Eisenbahnen und Bergbau berücksichtigt. Außerdem werden bei der Auswertung der Langzeitkrankenstände auch Zeiten mit Arbeitslosigkeit oder Schulungen mit einbezogen. Das ist wichtig, weil lange oder häufige Krankenstände oft mit einem höheren Risiko für Arbeitslosigkeit verbunden sind. Wenn man Personen mit Arbeitslosigkeits- oder Schulungszeiten komplett ausschließen würde, würde man nur eine gesündere Gruppe betrachten und somit kein vollständiges Bild der Langzeitkrankenstände erhalten.

Die Analyse der Langzeitkrankenstände umfasst dabei alle Krankenstände, die zwischen 1.1.2024 und 31.12.2024 beendet wurden. Hat ein Krankenstand vor dem Beginn der Beobachtungsperiode (1.1.2024) begonnen, wird für diese Person der Krankheitsverlauf ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeitsmeldung miteinbezogen.

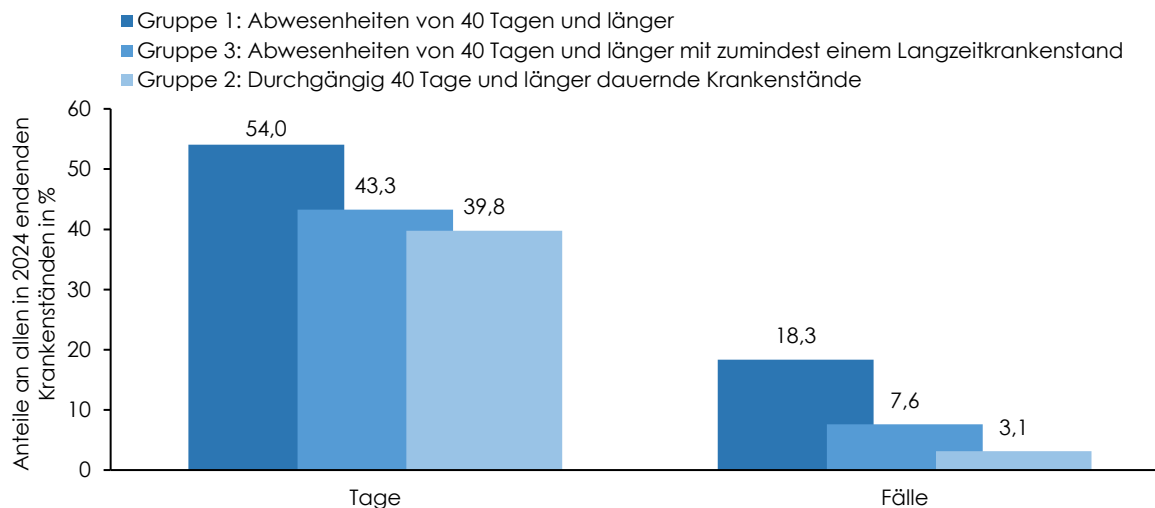
Langzeitkrankenstände können auf unterschiedliche Art und Weise definiert werden. Die Grundgesamtheit bilden dabei alle Krankenstände, die wie beschrieben im Jahr 2024 enden und von Personen stammen, die zumindest einen Krankenstand in Beschäftigung ausweisen. Von dieser Grundgesamtheit können die Nicht-Langzeiterkranken ausgeschlossen werden. Dies sind alle Personen, die in Summe weniger als 40 Tage aufgrund von Krankheit arbeitsunfähig waren. Die Langzeitabwesenheiten werden anhand von drei Gruppen (Abbildung 2.4) ausgewertet:

In der **ersten Gruppe** (Abschnitt 2.5) werden alle Krankenstandsfälle einer Person ausgewertet, wenn die Summe der Tage aller Krankenstandsfälle dieser Person 40 Tage und mehr beträgt (Abwesenheiten von 40 Tagen und länger). Von allen Krankenstandsfällen, die 2024 endeten, verursachte diese Gruppe 18,3% aller Fälle und 54,0% aller Krankenstandstage.

In der **zweiten Gruppe** (Abschnitt 2.6) werden ausschließlich die Krankenstandsfälle, die durchgehend 40 Tage und länger dauern, ausgewertet (durchgehend 40 Tage und länger dauernde Krankenstände). Von allen Krankenstandsfällen, die 2024 endeten, verursachte diese Gruppe 3,1% aller Fälle und 39,8% aller Krankenstandstage.

In der **dritten Gruppe** werden alle Krankenstandsfälle einer Person ausgewertet, wenn zumindest ein Krankenstandsfall 40 Tage und länger dauert (Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand). Von allen Krankenstandsfällen, die 2024 endeten, verursachte diese Gruppe 7,6% aller Fälle und 43,3% aller Krankenstandstage. Diese Überblickszahlen zeigen aber bereits, dass das zusätzliche Krankheitsgeschehen bei den Personen mit zumindest einem Langzeitkrankenstand eher eine untergeordnete Rolle spielte: Trotz mehr als doppelt so vieler Fälle im Vergleich zu Gruppe 2 stiegen die Tage nur geringfügig. Daher werden die Ergebnisse dieser Gruppe nicht näher beschrieben, aber die Abbildungen und Übersichten in **Anhang D** präsentiert.

Abbildung 2.4: **Ausmaß an Krankenstandsfällen und -tagen von Langzeitabwesenheiten von im Jahr 2024 endenden Krankenständen der definierten Gruppen**



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Nachfolgend werden zunächst die Krankenstände für die Gruppe 1 analysiert, anschließend die Krankenstände der Gruppe 2. Die Ergebnisse der dritten Gruppe werden nicht beschrieben, befinden sich aber tabellarisch im Anhang D. Anhand der folgenden Kriterien und Fragestellungen werden die Langzeitkrankenstände näher beleuchtet:

- Sind Langzeitkrankenstände eher durchgängige Abwesenheiten von 40 Tagen und länger oder eher Mehrfachabwesenheiten innerhalb eines Jahres, die sich auf 40 Tage und mehr summieren?
- Welche Diagnosen führen zu den meisten Langzeitkrankenständen, zum einen bei kontinuierlichen Langzeitkrankenständen, zum anderen bei wiederkehrenden Krankenständen innerhalb eines Jahres?
- Gibt es alters- oder geschlechtsspezifische Unterschiede?
- Gibt es Unterschiede nach Bundesländern?
- Gibt es Branchen, in denen Langzeitkrankenstände im Allgemeinen oder nach bestimmten Krankheitsgruppen häufiger auftreten?

Ziel der Analysen ist es, Krankheitsverläufe aufzuzeigen, die sich durch eine lange Dauer auszeichnen und daher Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung und Prävention sein könnten.

2.5 Abwesenheiten von 40 Tagen und länger

Längere Abwesenheiten vom Arbeitsplatz können durch wiederkehrende Krankschreibungen verursacht sein. Die nachfolgenden Analysen beziehen sich auf die Gruppe jener Personen, die innerhalb eines Jahres 40 Abwesenheitstage hatten. Mehrmalige Erkrankungen sind eher von unterschiedlichen Krankheitsdiagnosen verursacht. Gezielte Präventionsmaßnahmen

brauchen eine genaue Analyse der Erkrankungsdiagnosen, die nachfolgend durchgeführt wurde. Ein effizientes Betriebliches Gesundheitsmanagement, das Arbeitnehmer:innenschutz, Wiedereingliederungsmaßnahmen wie auch Betriebliche Gesundheitsförderung gleichermaßen adressiert, sollte stärker bei durchgängigen Abwesenheiten (siehe Abschnitt 1.6) formuliert werden, um nicht nur das individuelle Wohlbefinden zu stärken, sondern auch die Zahl der Krankenstandstage nachhaltig zu senken.

2.5.1 Verteilung der Krankenstandstage

Abbildung 2.5 und Abbildung 2.6 stellen die sieben häufigsten ICD-10-Krankheitsgruppen für in 2024 beendete Krankenstände von Personen dar, die aufgrund von Krankheit in Summe 40 Tage und mehr arbeitsunfähig waren. Diese sieben Krankheitsgruppen²⁹⁾ umfassten in allen dargestellten Merkmalen jeweils mehr als 80% aller Krankenstandstage.

Betrachtet man dabei die Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und **Geschlecht** zeigt sich, dass bei Männern, die in Summe 40 Tage und mehr im Krankenstand waren, mit 24,4% aller Tage Verletzungen und Vergiftungen die häufigste Krankheitsgruppe waren. Mit einem Anteil von 24,1% folgten Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems. An dritter Stelle standen mit einem Anteil von 13,2% psychische Krankheiten. Auch bei Frauen, die in Summe 40 Tage und mehr im Krankenstand waren, entfielen prozentuell die meisten Krankenstandstage auf diese drei Krankheitsgruppen, allerdings in einer anderen Reihenfolge: Hier waren psychische Erkrankungen mit 22,3% anteilmäßig am häufigsten, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (21,3%) und Verletzungen und Vergiftungen (13,7%). In Summe entfielen bei den Männern 62% aller Krankenstandstage und bei den Frauen 57% auf diese drei Krankheitsgruppen.

Dieses Bild ändert sich nicht, wenn die Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen auf Basis von **Altersgruppen** oder **Branchen** betrachtet wird. Den verhältnismäßig geringsten Anteil machten diese drei Krankheitsgruppen in der Altersgruppe bis 24 Jahre aus, erklärten aber auch hier 56% aller Krankenstandstage. In den drei Altersgruppen ab 25 Jahre zeigte sich nur mehr wenig Variation im Gesamtanteil dieser Krankheiten, sehr wohl aber bei der genauen Zusammensetzung. Vor allem Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems nahmen im prozentuellen Anteil mit dem Alter stark zu. Machten sie bei den bis 24-Jährigen, mit in Summe 40 Krankenstandstagen und mehr, nur 10,3% aus, stieg der Anteil auf 29,4% bei den 55- bis 64-Jährigen. Genau umgekehrt verlief der Anteil von Verletzungen und Vergiftungen, die anteilmäßig mit dem Alter³⁰⁾ deutlich abnahmen: von 28,3% bei den bis 24-Jährigen auf 15,9% bei den 55- bis 64-Jährigen. Der Anteil der psychischen Erkrankungen betrug in der Altersgruppe der bis 24-Jährigen 17,4%, war dann in der Gruppe der 25- bis 44-Jährigen mit 22,0% am höchsten und in

²⁹⁾ Dies sind auch bei den Krankenständen insgesamt die häufigsten Ursachen für Krankenstandstage, jedoch in anderer Reihenfolge (siehe Abschnitt 1.8). Eine Ausnahme stellt die Krankheitsgruppe "bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten", die bei den Langzeitkrankenständen eine untergeordnete Rolle spielt, bei den Krankenständen insgesamt an fünfter Stelle ist.

³⁰⁾ Wie der Fehlzeitenreport 2024 (Mayrhuber & Bittschi, 2024) zeigte, sind beim Berufseinstieg Verletzungen und Vergiftungen insgesamt häufiger und verursachen insgesamt längere Abwesenheiten vom Arbeitsplatz.

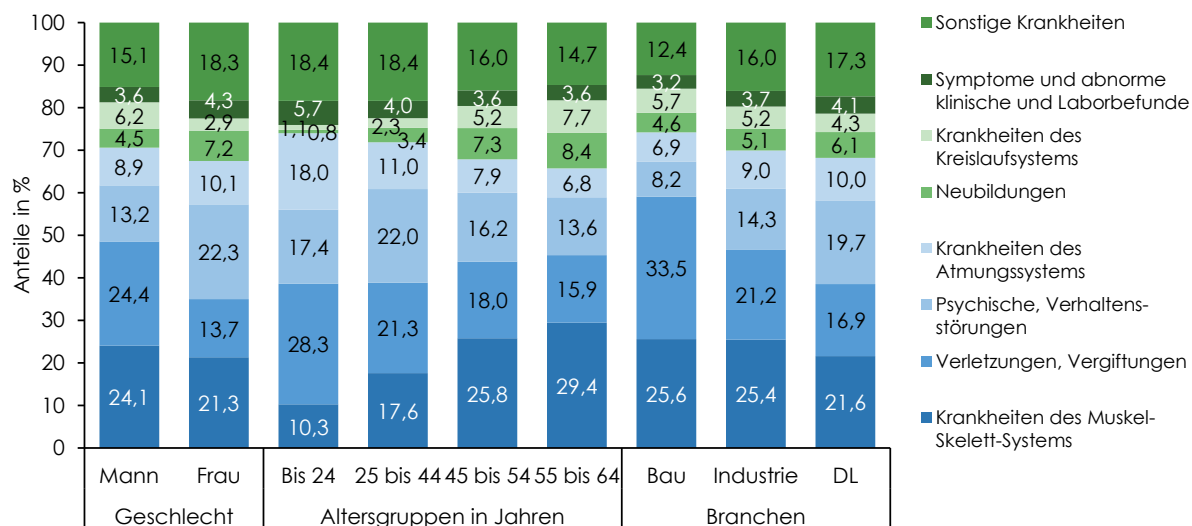
der Folge mit steigendem Alter rückläufig. Die Altersgruppe der bis 24-Jährigen wies als Besonderheit auf, dass auf Krankheiten des Atmungssystems 18,0% der Krankenstandstage entfielen und somit dies die dritthäufigste Krankheitsgruppe war bzw. ohne die "Sammelgruppe" der sonstigen Krankheiten sogar die zweithäufigste.

Eine Betrachtung nach Branchen zeigt, dass im Sektor Bau, für Personen mit 40 Krankenstandstagen und mehr, annähernd 60% der Tage auf die beiden Krankheitsgruppen Verletzungen und Vergiftungen sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen entfielen. Verletzungen und Vergiftungen waren im Bau mit 33,5% mit Abstand am häufigsten und bedeutender als Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 25,6%. In der Industrie und bei den Dienstleistungen war diese Reihung umgekehrt und Muskel-Skelett-Erkrankungen stellten die größten Anteile mit 25,4% bzw. 21,6%. Verletzungen und Vergiftungen spielten auch in der Industrie mit einem Anteil von 21,2% eine bedeutende Rolle, während sie bei den Dienstleistungen hinter den psychischen Erkrankungen lagen. Bei den Dienstleistungen zeigte sich demgegenüber ein relativ hohes anteilmäßiges Gewicht von 19,7% bei den psychischen Erkrankungen.

Bei den anteilmäßig kleineren Krankheitsgruppen zeigte sich, dass Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems mit dem Alter deutlich zunahmen. Der Anteil bei Personen im Alter von 55 bis 64 Jahren, die in Summe 40 Krankenstandstage und mehr aufwiesen, betrug 8,4% bei Neubildungen und 7,7% bei Krankheiten des Kreislaufsystems.

Abbildung 2.5: **Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Altersgruppen sowie Branchen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger**

2024

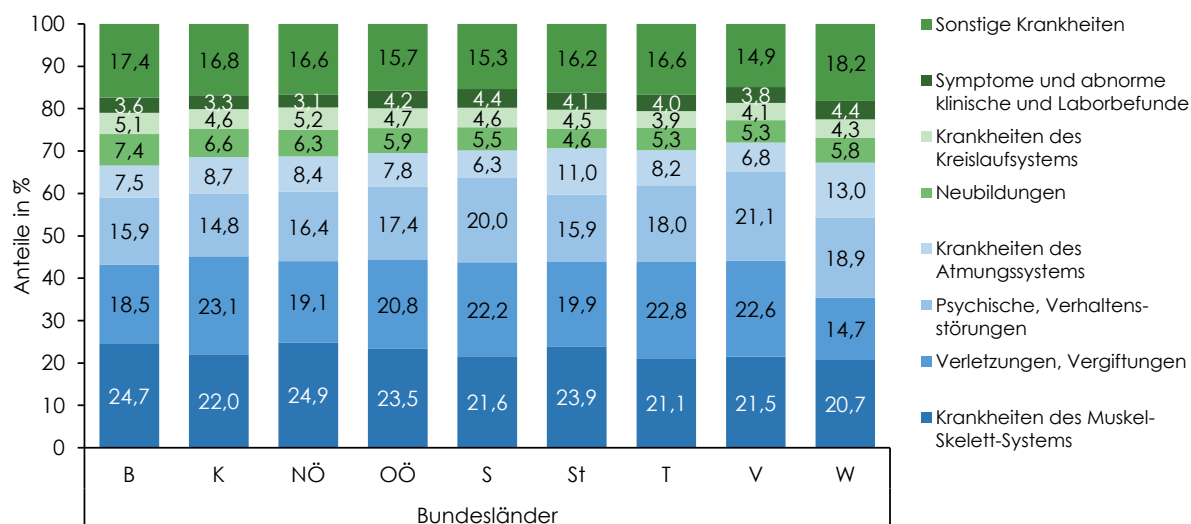


Abkürzungen: DL ... Dienstleistungen.

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen. – Die Einteilung der Branchen erfolgt nach ÖNACE 2008. Bauwesen ... ÖNACE F, Industrie ... ÖNACE C, Dienstleistungen ... ÖNACE G bis U sowie ÖNACE D und ÖNACE E. Zu den Details der ÖNACE-2008-Wirtschaftsklassen siehe Übersicht A7 im Anhang C.

Abbildung 2.6: **Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Bundesländern: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger**

2024



Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Die Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Bundesländern ist von der Wirtschaftsstruktur der Bundesländer geprägt, aber in Summe dennoch relativ gleichmäßig verteilt.³¹⁾ In Wien war der relativ niedrige Anteil an Verletzungen und Vergiftungen auffällig; er lag rund 8 Prozentpunkte unter dem höchsten Anteil in Kärnten. Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems betrugen einheitlich zwischen einem Fünftel und einem Viertel an den Krankenstandtagen. Psychische Erkrankungen kamen anteilmäßig mit 21,1% in Vorarlberg am häufigsten und mit 14,8% in Kärnten am seltensten vor.

2.5.2 Verteilung der Krankenstandsfälle

Neben der prozentuellen Verteilung der Tage nach Krankheitsgruppen können lange Abwesenheiten von Personen, in Summe 40 Tage und mehr, auch auf Basis der Fälle ausgewertet werden. Dabei hatten weiterhin Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Verletzungen und Vergiftungen sowie psychische Krankheiten hohe Bedeutung. Jedoch dominierten die Krankheiten des Atmungssystems, die die höchste Anzahl an Fällen aufwiesen. Aufgrund der geringeren Bedeutung dieser Krankheitsgruppe bei den Tagen, ergaben sich dadurch relativ kurze Dauern je Krankheitsperiode.

Auf die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems entfielen bei Frauen 15,8% der Fälle mit einer durchschnittlichen Dauer von 35,4 Tagen je Fall. Bei Männern stellte diese Krankheitsgruppe

³¹⁾ Die Zuordnung der Bundesländer erfolgt nach dem Ort des Dienstgebers.

19,1% der Fälle und lag damit etwas über dem Anteil bei Frauen. Die durchschnittliche Dauer von 34,6 Tagen je Fall war rund einen Tag kürzer als bei den Frauen (Übersicht 2.1).

Verletzungen und Vergiftungen betrafen bei Frauen 7,6% der Fälle mit durchschnittlich 47,1 Tagen je Fall. Bei Männern entfielen mit 13,4% – wie auch bei den Tagen – mehr Fälle auf diese Krankheitsgruppe als bei den Frauen. Die durchschnittliche Dauer war mit 50,0 Tagen je Fall um 3 Tage länger als bei Frauen.

Die psychischen Krankheiten machten bei Frauen 8,5% der Fälle aus, die mit einer durchschnittlichen Dauer von 68,8 Tagen je Fall eine sehr lange Dauer aufwiesen. Bei Männern entfielen mit 5,3% der Fälle rund 3 Prozentpunkte weniger auf diese Krankheitsgruppe, wobei die durchschnittliche Dauer mit 68,0 Tagen je Fall mit jener bei Frauen vergleichbar war.

Neubildungen kamen sowohl bei Frauen als auch Männern vergleichsweise seltener vor: 2,1% der Fälle bei den Frauen und 1,5% der Fälle bei den Männern. Die durchschnittliche Dauer pro Fall war mit 87,7 Tagen bei den Frauen und 83,2 Tagen bei den Männern allerdings die längste aller Krankheitsgruppen.

Die Verteilung der Krankheitsgruppen variiert auch deutlich zwischen den Branchen Bauwesen, Industrie und Dienstleistungen. Bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems entfielen im Bauwesen 19,5% der Fälle auf diese Krankheitsgruppe und die durchschnittliche Dauer je Fall betrug 42,7 Tage. In der Industrie lag der Anteil der Fälle mit 20,0% in etwa gleich hoch, die durchschnittliche Dauer war mit 31,5 Tagen je Fall jedoch gut 10 Tage kürzer. Im Bereich der Dienstleistungen kamen Fälle dieser Krankheitsgruppe mit 16,5% seltener vor, die Dauer war allerdings mit 35,2 Tagen je Fall etwas länger als in der Industrie (Übersicht 2.2).

Übersicht 2.1: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Geschlecht: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger

2024

	Frauen			Männer		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	21,3	15,8	35,4	24,1	19,1	34,6
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	13,7	7,6	47,1	24,4	13,4	50,0
Psychische und Verhaltensstörungen	22,3	8,5	68,8	13,2	5,3	68,0
Krankheiten des Atmungssystems	10,1	27,7	9,6	8,9	27,1	9,0
Neubildungen	7,2	2,1	87,7	4,5	1,5	83,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	2,9	1,8	41,6	6,2	2,7	62,3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	4,3	8,0	13,8	3,6	6,7	14,9
Sonstige Krankheiten	18,3	28,5	16,8	15,1	24,1	17,2
Insgesamt	100,0	100,0	26,1	100,0	100,0	27,4

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.2: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Branchen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger

2024

	Bauwesen			Industrie			Dienstleistungen		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	25,6	19,5	42,7	25,4	20,0	31,5	21,6	16,5	35,2
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	33,5	19,3	56,2	21,2	11,9	44,3	16,9	9,2	49,3
Psychische und Verhaltensstörungen	8,2	3,4	77,6	14,3	5,6	63,3	19,7	7,6	69,3
Krankheiten des Atmungssystems	6,9	25,4	8,8	9,0	25,9	8,6	10,0	28,1	9,5
Neubildungen	4,6	1,3	110,3	5,1	1,6	78,3	6,1	1,9	85,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,7	2,4	77,4	5,2	2,5	51,0	4,3	2,2	52,9
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	3,2	6,1	16,9	3,7	6,5	14,0	4,1	7,7	14,2
Sonstige Krankheiten	12,4	22,5	17,8	16,0	26,0	15,3	17,3	26,7	17,4
Insgesamt	100,0	100,0	32,4	100,0	100,0	24,8	100,0	100,0	26,8

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen. – Die Einteilung der Branchen erfolgt nach ÖNACE 2008. Bauwesen ... ÖNACE F, Industrie ... ÖNACE C, Dienstleistungen ... ÖNACE G bis U sowie ÖNACE D und ÖNACE E. Zu den Details der ÖNACE-2008-Wirtschaftsklassen siehe Übersicht A7 im Anhang C.

Die Verletzungen und Vergiftungen machten – ähnlich wie Muskel-Skelett-Erkrankungen - im Bauwesen 19,3% der Fälle aus, allerdings mit einer durchschnittlichen Dauer von 56,2 Tagen je Fall. Damit verursachte diese Krankheitsgruppe relativ mehr Abwesenheitsepisoden und längere Dauern als bei den beiden anderen Branchen: In der Industrie lag der Anteil der Fälle bei 11,9%, wobei die durchschnittliche Dauer je Fall 44,3 Tage betrug. Bei den Dienstleistungen entfielen 9,2% der Fälle auf diese Krankheitsgruppe, mit einer durchschnittlichen Dauer von 49,3 Tagen je Fall.

Die psychischen Krankheiten machten im Bauwesen nur 3,4% der Fälle aus, die allerdings mit einer durchschnittlichen Dauer von 77,6 Tagen je Fall deutlich länger dauerten als in den beiden anderen Branchen. In der Industrie lag der Anteil bei 5,6% der Fälle mit einer durchschnittlichen Dauer von 63,3 Tage je Fall. Bei den Dienstleistungen entfielen 7,6% der Fälle mit einer durchschnittlichen Dauer von 69,3 Tagen je Fall auf diese Krankheitsgruppe.

Auffällig waren bei der prozentuellen Verteilung der Fälle bzw. bei der Dauer je Fall wiederum die Krankheiten des Atmungssystems und Neubildungen. Bei den Krankheiten des Atmungssystems lag der Anteil der Fälle in allen drei Branchen relativ hoch bei rund einem Viertel der Fälle. Die durchschnittliche Dauer je Fall war jedoch in allen Branchen vergleichsweise niedrig und lag zwischen 8,6 und 9,5 Tagen. Umgekehrt verhielt es sich mit den Neubildungen, welche in allen Branchen nur einen geringen Anteil der Fälle ausmachten, jedoch die längsten durchschnittlichen Dauern je Fall aufwiesen. Besonders im Bauwesen war die durchschnittliche Dauer

mit 110,3 Tagen je Fall außergewöhnlich lang, während sie in der Industrie 78,3 Tage und bei den Dienstleistungen 85,9 Tage betrug.

Die Verteilung der Fälle nach Krankheitsgruppen und die durchschnittliche Dauer je Fall zeigten auch deutliche Unterschiede nach Altersgruppen (Übersicht 2.3): Die Verletzungen und Vergiftungen zeigten über alle Altersgruppen hinweg ähnliche Anteile der Fälle, die zwischen 10,2% und 10,8% lagen. Mit steigendem Alter nahm jedoch die durchschnittliche Dauer je Fall deutlich zu, und verdoppelt sich nahezu von 31,1 Tagen bei den bis 24-Jährigen auf 61,2 Tage bei den 55- bis 64-Jährigen.

Die Anteile der Fälle von psychischen Krankheiten stiegen zunächst von den bis 24-Jährigen auf die 25- bis 44-Jährigen an, von 5,5% auf 8,2%. Anschließend nahmen die Anteile mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab, bis sie bei den 55- bis 64-Jährigen 5,7% erreichten. Gleichzeitig stieg die durchschnittliche Dauer je Fall deutlich an, von 36,2 Tagen bei den bis 24-Jährigen auf 94,2 Tage bei den 55- bis 64-Jährigen.

Die Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems zeigten mit zunehmendem Alter steigende Anteile bei den Fällen und zunehmende Dauern je Fall. Der Anteil der Fälle stieg von 7,0% bei den bis 24-Jährigen auf 28,0% bei den 55- bis 64-Jährigen, während sich die durchschnittliche Falldauer von 16,7 Tagen auf 41,6 Tage erhöhte.

Die Krankheiten des Atmungssystems waren in der Altersgruppe bis 24 Jahre mit einem Anteil von 34,2% der Fälle besonders häufig, wobei die durchschnittliche Dauer je Fall mit 6,0 Tagen vergleichsweise niedrig war. In den höheren Altersgruppen nahm der Anteil der Fälle ab, während die durchschnittliche Dauer je Fall leicht anstieg.

Die Neubildungen machten in der Altersgruppe bis 24 Jahre mit 0,2% der Fälle nur einen sehr geringen Anteil aus, wiesen jedoch bereits eine durchschnittliche Dauer von 50,4 Tagen je Fall auf. Mit zunehmendem Alter stieg sowohl der Anteil der Fälle als auch die durchschnittliche Dauer deutlich an. In der Altersgruppe von 55 bis 64 Jahren entfielen 3,4% der Fälle auf Neubildungen, mit der höchsten durchschnittlichen Dauer von 97,5 Tagen je Fall.

Die Verteilung nach Krankheitsgruppen auf Basis der Anzahl der Fälle und der durchschnittlichen Dauern je Fall unterscheidet sich auch nach Bundesländern (Übersicht 2.4 und Übersicht 2.5).

Die **Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems** zeigten in allen Bundesländern hohe Anteile der Fälle, wobei die durchschnittliche Dauer je Fall leicht variierte. Die höchsten Anteile der Fälle wiesen das Burgenland (19,0%) und Oberösterreich (18,8%) aus, während Wien mit 15,6% den geringsten Anteil aufwies. Die durchschnittliche Dauer je Fall war im Burgenland und Niederösterreich mit jeweils 40,7 bzw. 40,6 Tagen am längsten, während Oberösterreich mit 30,9 Tagen die kürzeste Dauer verzeichnete.

Die Verletzungen und Vergiftungen wiesen über die Bundesländer hinweg ähnliche Anteile der Fälle auf, mit leicht höheren Anteilen in Vorarlberg (14,0%) und Salzburg (13,1%). Die durchschnittliche Dauer je Fall variiert stärker: Während Tirol mit 45,4 Tagen vergleichsweise kürzere Dauern hatte, lagen das Burgenland (53,9 Tage) und Salzburg (52,8 Tage) an der Spitze.

Übersicht 2.3: **Verteilung der Krankheitsgruppen nach Altersgruppen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger**
2024

	Bis 24 Jahre			25 bis 44 Jahre			45 bis 54 Jahre			55 bis 64 Jahre		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	10,3	7,0	16,7	17,6	14,4	29,5	25,8	22,7	38,3	29,4	28,0	41,6
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	28,3	10,4	31,1	21,3	10,8	47,6	18,0	10,8	56,5	15,9	10,2	61,2
Psychische und Verhaltensstörungen	17,4	5,5	36,2	22,0	8,2	64,8	16,2	6,9	79,7	13,6	5,7	94,2
Krankheiten des Atmungssystems	18,0	34,2	6,0	11,0	29,2	9,1	7,9	24,0	11,0	6,8	21,1	12,8
Neubildungen	0,8	0,2	50,4	3,4	1,1	73,3	7,3	3,0	83,2	8,4	3,4	97,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,1	0,8	16,8	2,3	1,5	36,7	5,2	3,0	58,3	7,7	4,4	69,1
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	5,7	12,8	5,1	4,0	6,9	14,1	3,6	5,4	22,6	3,6	5,0	28,4
Sonstige Krankheiten	18,4	29,2	7,2	18,4	28,0	15,8	16,0	24,2	22,3	14,7	22,2	26,1
Insgesamt	100,0	100,0	11,4	100,0	100,0	24,1	100,0	100,0	33,8	100,0	100,0	39,6

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.4: **Verteilung der Krankheitsgruppen nach Bundesländern (I): Abwesenheiten von 40 Tagen und länger**
2024

	Burgenland			Kärnten			Niederösterreich			Oberösterreich			Salzburg		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	24,7	19,0	40,7	22,0	17,3	33,2	24,9	18,7	40,6	23,5	18,8	30,9	21,6	17,2	38,9
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	18,5	10,8	53,9	23,1	12,8	47,2	19,1	11,1	52,7	20,8	11,1	46,3	22,2	13,1	52,8
Psychische und Verhaltensstörungen	15,9	6,3	78,7	14,8	6,8	57,0	16,4	6,2	81,0	17,4	7,0	61,0	20,0	8,9	69,7
Krankheiten des Atmungssystems	7,5	24,0	9,9	8,7	25,9	8,7	8,4	26,6	9,6	7,8	26,2	7,4	6,3	24,2	8,1
Neubildungen	7,4	2,4	95,1	6,6	2,0	85,5	6,3	2,1	91,9	5,9	1,7	85,9	5,5	1,9	90,1
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,1	2,6	61,0	4,6	2,3	53,4	5,2	2,6	61,9	4,7	2,4	49,0	4,6	2,2	65,0
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	3,6	6,1	18,5	3,3	5,8	14,7	3,1	6,2	15,3	4,2	6,6	15,8	4,4	7,1	19,2
Sonstige Krankheiten	17,4	28,8	18,9	16,8	27,0	16,3	16,6	26,5	19,1	15,7	26,2	14,8	15,3	25,3	18,8
Insgesamt	100,0	100,0	31,4	100,0	100,0	26,1	100,0	100,0	30,5	100,0	100,0	24,7	100,0	100,0	31,1

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger, Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.5: **Verteilung der Krankheitsgruppen nach Bundesländern (II): Abwesenheiten von 40 Tagen und länger**
2024

	Steiermark			Tirol			Vorarlberg			Wien		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	23,9	18,2	37,2	21,1	16,4	32,5	21,5	17,1	36,8	20,7	15,6	31,9
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	19,9	11,5	48,7	22,8	12,7	45,4	22,6	14,0	47,4	14,7	7,1	49,8
Psychische und Verhaltensstörungen	15,9	6,3	70,6	18,0	7,3	62,1	21,1	8,6	72,0	18,9	6,7	68,4
Krankheiten des Atmungssystems	11,0	27,3	11,3	8,2	26,2	7,9	6,8	23,7	8,4	13,0	31,3	10,0
Neubildungen	4,6	1,6	78,4	5,3	1,8	74,7	5,3	1,9	81,8	5,8	1,6	87,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,5	2,4	52,6	3,9	2,0	49,0	4,1	2,1	56,0	4,3	2,0	52,3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	4,1	6,6	17,6	4,0	6,4	15,7	3,8	6,7	16,6	4,4	10,1	10,4
Sonstige Krankheiten	16,2	25,9	17,6	16,6	27,2	15,5	14,9	26,0	16,7	18,2	25,7	17,0
Insgesamt	100,0	100,0	28,3	100,0	100,0	25,3	100,0	100,0	29,2	100,0	100,0	24,1

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Die psychischen Krankheiten zeigten deutliche Unterschiede bei den Anteilen der Fälle und der durchschnittlichen Dauer je Fall. Salzburg wies mit 8,9% die höchsten Anteile bei den Fällen auf, gefolgt von Vorarlberg mit 8,6%. Die längste durchschnittliche Dauer bei psychischen Krankheiten wurde in Niederösterreich mit 81,0 Tagen je Fall erreicht, während Kärnten mit 57,0 Tagen den niedrigsten Wert aufwies.

Krankheiten des Atmungssystems waren in allen Bundesländern häufig, mit den höchsten Anteilen in Wien (31,3%), gefolgt von der Steiermark (27,3%) und in Niederösterreich (26,6%). Die Dauer je Fall blieb jedoch in allen Regionen niedrig und lag zwischen 7,4 Tagen in Oberösterreich und 11,3 Tagen in der Steiermark.

Neubildungen machen in allen Bundesländern nur einen kleinen Anteil der Fälle aus, wiesen jedoch die längsten durchschnittlichen Dauern je Fall auf. Die höchste durchschnittliche Dauer fand sich im Burgenland mit 95,1 Tagen, während Tirol mit 74,7 Tagen die niedrigste durchschnittliche Dauer aufwies. Die Anteile der Fälle variierten zwischen 1,6% in der Steiermark und Wien und 2,4% im Burgenland.

2.5.3 Absolutzahlen der Krankenstandstage und Krankenstandsfälle

Die Auswirkungen von Krankenständen, die Abwesenheiten bei Personen von in Summe 40 Tagen und mehr verursachen, lassen sich auch in Absolutzahlen ausdrücken. Diese werden im Folgenden präsentiert. Absolutzahlen sind aus gesundheitspolitischer Sicht informativ, da sie nochmals verdeutlichen, in welchen Bereichen besonders viele lange Krankenstände stattfinden und welches absolute Ausmaß diese dabei annehmen. Dies kann z. B. dabei helfen, das Potenzial einer Absenkung von Langzeitkrankenstände abzuschätzen. Allerdings muss bei Absolutzahlen immer die zugrunde liegende Grundgesamtheit mitbedacht werden. Bei Altersgruppen ist dies z. B. die Kohortengröße der unselbständig Beschäftigten, welche in der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen mit am größten ist. Im Branchen- bzw. Bundesländervergleich haben große Branchen bzw. Länder Größenbedingt mehr Fälle und Tage und nicht aufgrund schlechterer Gesundheit. Vergleiche zwischen den unterschiedlichen Gruppen sind daher nur sehr eingeschränkt möglich und werden besser anhand der Anteile bzw. Fälle gezogen, welche die Größendimension mitberücksichtigen.

Bei Frauen ergaben sich 74,5 Tausend Fälle aus Muskel-Skelett-Erkrankungen, die in Summe zu mehr als 2,6 Mio. Fehltagen führten. Bei Männern entfielen auf diese Krankheitsgruppe 96,0 Tausend Fälle, die insgesamt 3,3 Mio. Fehltag verursachten (Übersicht 2.6).

Verletzungen und Vergiftungen führten bei Frauen zu 35,9 Tausend Fällen, die sich auf insgesamt nahezu 1,7 Mio. Fehltag summierten. Bei Männern waren es mit 67,3 Tausend Fällen nahezu doppelt so viele, die insgesamt auch zu mehr als 3,3 Mio. Fehltag führten. Psychische Krankheiten führten hingegen bei Frauen zu 39,9 Tausend Fällen und knapp 2,8 Mio. Fehltag, bei Männern mit 26,8 Tausend Fällen zu 1,8 Mio. Fehltag. Sie verursachten bei Frauen die meisten Fehltag.

Krankheiten des Atmungssystems verzeichneten absolut gesehen die höchsten Fallzahlen: bei Frauen 131,1 Tausend und bei Männern 136,4 Tausend Fälle. Allerdings waren die Fehltag mit in Summe jeweils rund 1,2 Mio. demgegenüber niedrig. Das gegenteilige Bild ergab sich bei Neubildungen: Bei den Frauen gab es 10,1 Tausend Fälle, die aber in Summe 887,4 Tausend Fehltag verursachten. Bei Männern waren es 7,4 Tausend Fälle mit 613,8 Tausend Fehltag.

Die Spalte "Fälle je Person" zeigt, dass es bei den meisten Krankheitsgruppen nicht zu Häufungen kommt. Dies ist am ehesten bei Krankheiten des Atmungssystems zu beobachten, bei welchen es durchschnittlich 2,0 Fälle je Person gibt. Verletzungen und Vergiftungen und Krankheiten des Kreislaufsystems hingegen verzeichneten am seltensten mehr als einen Fall je Person.

Insgesamt gab es bei den Frauen 472,5 Tausend Fälle von Krankenständen, die insgesamt 12,3 Mio. Fehltage ausmachten. Bei den Männern waren es 502,3 Tausend Fälle, mit in Summe 13,7 Mio. Fehltagen.

Im Bauwesen führten 14,4 Tausend Fälle von Verletzungen und Vergiftungen zu 808,2 Tausend Fehltagen. In der Industrie waren es 25,8 Tausend Fälle mit 1,14 Mio. Fehltagen und bei den Dienstleistungen 63,0 Tausend Fälle mit 3,11 Mio. Fehltagen (Übersicht 2.7).

Psychische Krankheiten waren im Bauwesen mit 2,5 Tausend Fällen und 197,7 Tausend Fehltagen relativ selten vertreten. In der Industrie gab es 12,2 Tausend Fälle mit 770,1 Tausend Fehltagen und bei den Dienstleistungen 52,0 Tausend Fälle mit rund 3,6 Mio. Fehltagen.

Krankheiten des Atmungssystems verzeichneten in allen Branchen die höchsten Fallzahlen: Im Bauwesen 19,0 Tausend Fälle (167,7 Tausend Fehltage), in der Industrie 56,2 Tausend Fälle (484,4 Tausend Fehltage) und bei Dienstleistungen 192,3 Tausend Fälle (1,83 Mio. Fehltage).

Übersicht 2.6: **Krankheitsgruppen nach Geschlecht: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger**
2024

	Frauen			Männer		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000		Anzahl	Anzahl in 1.000		Anzahl
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	2.633,4	74,5	1,6	3.318,3	96,0	1,7
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1.689,9	35,9	1,2	3.366,7	67,3	1,3
Psychische und Verhaltensstörungen	2.750,2	39,9	1,4	1.821,5	26,8	1,4
Krankheiten des Atmungssystems	1.253,3	131,1	2,0	1.228,0	136,4	2,1
Neubildungen	887,4	10,1	1,5	613,8	7,4	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	352,7	8,5	1,2	851,5	13,7	1,3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	525,4	38,0	1,6	500,3	33,7	1,6
Sonstige Krankheiten	2.257,0	134,5	2,1	2.085,7	121,1	1,9
Insgesamt	12.349,4	472,5		13.785,6	502,3	
Anteile an Frauen und Männern gesamt in %						
Insgesamt	47,3	48,5		52,7	51,5	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.7: Krankheitsgruppen nach Branchen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger 2024

	Bauwesen			Industrie			Dienstleistungen		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	618,7	14,5	1,6	1.370,3	43,5	1,8	3.962,7	112,6	1,6
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	808,2	14,4	1,3	1.142,0	25,8	1,3	3.106,5	63,0	1,2
Psychische und Verhaltensstörungen	197,7	2,5	1,3	770,1	12,2	1,4	3.603,9	52,0	1,4
Krankheiten des Atmungssystems	167,7	19,0	1,9	484,4	56,2	1,9	1.829,3	192,3	2,1
Neubildungen	110,3	1,0	1,4	275,8	3,5	1,5	1.115,0	13,0	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	136,6	1,8	1,3	280,3	5,5	1,3	787,3	14,9	1,3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	77,1	4,6	1,5	198,5	14,2	1,5	750,1	52,9	1,6
Sonstige Krankheiten	298,3	16,8	1,8	864,3	56,4	2,0	3.180,1	182,5	2,0
Insgesamt	2.414,6	74,5		5.385,6	217,2		18.334,9	683,2	
Anteile an Bauwesen, Industrie und Dienstleistungen gesamt in %									
Insgesamt	9,2	7,6		20,6	22,3		70,2	70,1	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen. – Die Einteilung der Branchen erfolgt nach ÖNACE 2008. Bauwesen ... ÖNACE F, Industrie ... ÖNACE C, Dienstleistungen ... ÖNACE G bis U sowie ÖNACE D und ÖNACE E. Zu den Details der ÖNACE-2008-Wirtschaftsklassen siehe Übersicht A7 im Anhang C.

Neubildungen machten in allen Branchen nur einen kleinen Anteil der Fälle aus. Im Bauwesen gab es 1,0 Tausend Fälle, in der Industrie 3,5 Tausend Fälle und bei den Dienstleistungen 13,0 Tausend Fälle. Betrachtet man die Tage zeigte sich wiederum die lange Dauer in dieser Krankheitsgruppe. Im Bauwesen fielen 110,3 Tausend Fehltage, in der Industrie 275,8 Tausend Fehltage und bei den Dienstleistungen 1,12 Mio. Fehltage an.

Die Spalte "Fälle je Person" zeigt, dass es auch bei einer Branchenbetrachtung kaum Häufungen der Krankheitsgruppen gab. Nur Krankheiten des Atmungssystems waren erneut mit durchschnittlich 2 Fällen je Person häufiger vertreten.

Insgesamt entfielen auf im Bauwesen beschäftigte Personen, die in Summe 40 Tage und länger im Krankenstand waren, 74,5 Tausend Fälle über alle ICD-10-Gruppen hinweg, die rund 2,41 Mio. Fehltage verursachten. In der Industrie waren es 217,2 Tausend Fälle mit insgesamt 5,39 Mio. Fehltagen und bei den Dienstleistungen 683,2 Tausend Fälle mit 18,33 Mio. Fehltagen.

Betrachtet man Krankenstände, die Abwesenheiten bei Personen von in Summe 40 Tagen und länger verursachten, auf Basis von Absolutzahlen nach Altersgruppen, zeigte sich bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems erneut die steigende Bedeutung mit dem Alter. Während bei den bis 24-Jährigen 13,7 Tausend Fälle mit 228,2 Tausend Fehltagen auftraten, stiegen die Fallzahlen bei den 55- bis 64-Jährigen auf 56,5 Tausend Fälle mit 2,35 Mio. Fehltagen – die höchsten Werte unter allen Altersgruppen (Übersicht 2.8).

Verletzungen und Vergiftungen waren bei den 25- bis 44-Jährigen mit 40,1 Tausend Fällen und rund 1,9 Mio. Fehltagen in absoluten Zahlen sehr hoch. Mit zunehmendem Alter sanken die

absoluten Fallzahlen und lagen bei der Altersgruppe 45 bis 54 Jahre bei etwa 22 Tausend Fällen und rund 1,3 Mio. Fehltagen.

Psychische Krankheiten führten in der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen mit 30,4 Tausend Fällen zu 1,97 Mio. Fehltagen. Jüngere und ältere Altersgruppen wiesen in absoluten Zahlen weniger Fälle auf, bei den 55- bis 64-Jährigen waren es z. B. 1,09 Mio. Fehltag.

Krankheiten des Atmungssystems zeigten auch in fast allen Altersgruppen die höchsten Fallzahlen. Auffällig war in der Altersgruppe bis 24 Jahre die höchste durchschnittliche Häufung von 3,1 Fällen je Person bei 66,7 Tausend Fällen und rund 400 Tausend Fehltagen. In den beiden höchsten Altersgruppen nahmen die Fallzahlen ab, während die Fehltag in absoluten Zahlen relativ konstant blieben und bei rund 550 Tausend lagen.

Neubildungen hatten in allen Altersgruppen eine niedrige Fallzahl, nahmen jedoch ebenso wie die Fehltag mit steigendem Alter deutlich zu. Während bei den bis 24-Jährigen nur 0,3 Tausend Fälle mit 16,9 Tausend Fehltagen auftraten, erreichten die 55- bis 64-Jährigen mit 6,9 Tausend Fällen und 668,3 Tausend Fehltagen die höchsten Werte.

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern in der absoluten Betrachtung von Fällen und Krankenstandstagen sind naturgemäß stark von der Beschäftigtenzahl der einzelnen Bundesländer bestimmt. In Summe zeigt sich aber, dass abgesehen von größenbedingten Unterschieden, die Verteilung von Krankenstandstagen nach Krankheitsgruppen für Personen mit einer tendenziell hohen Krankheitslast und somit einer hohen Anzahl an Fehltagen über das Bundesgebiet relativ gleich verteilt war (Übersicht 2.9 und Übersicht 2.10).

Die Darstellung mit Absolutzahlen verdeutlicht nochmals, dass besonders hohe Fallzahlen und Fehltag bei Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen und psychischen Erkrankungen auftreten. Männer sind insgesamt etwas häufiger betroffen, insbesondere bei Verletzungen und Muskel-Skelett-Erkrankungen. Im Dienstleistungssektor sowie in den mittleren und höheren Altersgruppen sind die Fallzahlen und Fehltag ebenfalls hoch. Atemwegserkrankungen verursachen viele Fälle, führen aber zu vergleichsweise kurzen Fehlzeiten. Neubildungen sind selten, aber mit langen Ausfallzeiten verbunden. Für die Interpretation ist es wichtig, neben absoluten Zahlen auch relative Kennzahlen zu betrachten, um Verzerrungen durch unterschiedliche Gruppengrößen zu vermeiden. Anhand der Absolutzahlen kann das Potenzial einer Absenkung von Langzeitkrankenständen abgeschätzt werden: Männer und Frauen wiesen zusammen rund 26 Mio. Fehltag auf, die im Jahr 2024 endeten. Dementsprechend könnten präventive Maßnahmen, welche z. B. eine Senkung der Fehltag um 10% erreichen, bereits 2,6 Mio. zusätzliche Arbeitstage mit sich bringen. Neben einer Reduktion der Kosten der Entgeltfortzahlung und des Krankengeldes, wären somit auch ein erheblich volkswirtschaftlicher Nutzen durch die Ausschöpfung des Produktionspotentials möglich.

Übersicht 2.8: **Krankheitsgruppen nach Altersgruppen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger**
2024

	Bis 24 Jahre			25 bis 44 Jahre			45 bis 54 Jahre			55 bis 64 Jahre		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	228,2	13,7	1,7	1.576,2	53,5	1,7	1.796,3	46,9	1,6	2.351,0	56,5	1,7
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	630,4	20,3	1,5	1.907,9	40,1	1,3	1.252,1	22,2	1,2	1.266,3	20,7	1,2
Psychische und Verhaltensstörungen	386,3	10,7	1,7	1.969,1	30,4	1,4	1.131,2	14,2	1,3	1.085,0	11,5	1,3
Krankheiten des Atmungssystems	401,3	66,7	3,1	988,1	108,7	2,0	547,1	49,5	1,7	544,9	42,5	1,6
Neubildungen	16,9	0,3	1,2	304,9	4,2	1,4	511,0	6,1	1,5	668,3	6,9	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	25,6	1,5	1,2	203,6	5,5	1,2	363,1	6,2	1,3	612,0	8,9	1,3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	126,2	24,9	2,3	361,1	25,5	1,4	251,7	11,1	1,3	286,7	10,1	1,3
Sonstige Krankheiten	409,5	56,8	2,9	1.650,4	104,2	2,0	1.112,6	49,8	1,7	1.170,2	44,8	1,6
Insgesamt	2.224,4	194,9		8.961,2	372,1		6.965,1	206,1		7.984,3	201,8	
Anteile an den Altersgruppen gesamt in %												
Insgesamt	8,5	20,0		34,3	38,2		26,7	21,1		30,6	20,7	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.9: **Krankheitsgruppen nach Bundesländern (I): Abwesenheiten von 40 Tagen und länger**
2024

	Burgenland			Kärnten			Niederösterreich			Oberösterreich			Salzburg		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	168,7	4,1	1,6	286,4	8,6	1,7	1.260,5	31,1	1,6	1.097,0	35,5	1,8	333,2	8,6	1,7
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	126,6	2,3	1,2	300,8	6,4	1,3	970,0	18,4	1,2	974,0	21,0	1,3	343,4	6,5	1,3
Psychische und Verhaltensstörungen	108,5	1,4	1,3	192,5	3,4	1,4	829,6	10,2	1,3	813,5	13,3	1,5	308,9	4,4	1,4
Krankheiten des Atmungssystems	51,6	5,2	1,8	112,8	12,9	1,9	423,5	44,2	1,9	367,1	49,6	2,1	97,7	12,0	1,9
Neubildungen	50,6	0,5	1,4	86,2	1,0	1,4	317,9	3,5	1,5	276,5	3,2	1,5	85,4	0,9	1,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	34,6	0,6	1,2	60,3	1,1	1,2	265,4	4,3	1,3	218,9	4,5	1,3	71,3	1,1	1,3
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	24,4	1,3	1,4	42,7	2,9	1,4	157,8	10,3	1,4	196,3	12,4	1,5	68,0	3,5	1,5
Sonstige Krankheiten	118,9	6,3	1,9	219,0	13,5	2,0	842,4	44,1	1,8	734,4	49,6	2,1	237,2	12,6	2,0
Insgesamt	683,9	21,8		1.300,7	49,8		5.067,0	166,1		4.677,7	189,2		1.545,1	49,7	
Anteile an den Bundesländern gesamt in %															
Insgesamt	2,6	2,2		5,0	5,1		19,4	17,0		17,9	19,4		5,9	5,1	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.10: **Krankheitsgruppen nach Bundesländern (II): Abwesenheiten von 40 Tagen und länger**
2024

	Steiermark			Tirol			Vorarlberg			Wien		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	937,4	25,2	1,6	420,9	12,9	1,7	233,6	6,3	1,7	1.214,1	38,1	1,7
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	779,1	16,0	1,2	455,3	10,0	1,3	245,5	5,2	1,3	862,0	17,3	1,2
Psychische und Verhaltensstörungen	620,4	8,8	1,3	359,3	5,8	1,5	228,6	3,2	1,4	1.110,3	16,2	1,4
Krankheiten des Atmungssystems	429,2	37,9	1,9	163,9	20,7	2,1	73,7	8,8	2,0	761,9	76,2	2,3
Neubildungen	178,5	2,3	1,4	106,1	1,4	1,5	57,0	0,7	1,6	343,0	3,9	1,5
Krankheiten des Kreislaufsystems	177,1	3,4	1,2	77,8	1,6	1,3	44,3	0,8	1,3	254,6	4,9	1,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	160,4	9,1	1,4	78,9	5,0	1,5	41,0	2,5	1,5	256,1	24,6	1,9
Sonstige Krankheiten	632,2	35,9	1,9	332,0	21,5	2,1	161,4	9,6	2,1	1.065,2	62,6	2,0
Insgesamt	3.914,3	138,5		1.994,0	79,0		1.085,1	37,1		5.867,3	243,7	
Anteile an den Bundesländern gesamt in %												
Insgesamt	15,0	14,2		7,6	8,1		4,2	3,8		22,4	25,0	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

2.6 Ausschließlich Krankenstände, die mindestens 40 Tage dauern

Im Folgenden wird die Verteilung von Krankenstandstagen nach Krankheitsgruppen präsentiert, bei welchen jeder Krankenstand mindestens 40 Tage dauert. Das heißt, Krankenstände von wiederkehrenden und weit verbreiteten Erkrankungen wie Atemwegserkrankungen, die aufgrund der häufig kürzeren Krankheitsdauer nicht der Definition von einem Langzeitkrankenstand entsprechen, reduzieren sich in dieser Darstellung entsprechend. Der Anteil dieser durchgängigen Krankenstände an allen im Jahr 2024 vorhandenen Krankenständen betrug lediglich 3,1% der Fälle, machte jedoch 39,8% aller Krankenstandstage aus.

2.6.1 Verteilung der Krankenstandstage

Die Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen bei Krankenständen von ausschließlich 40 Tagen und länger zeigt, dass sich die wichtigsten drei Krankheitsgruppen erneut deutlich abhoben. Bei Frauen entfielen anteilmäßig die meisten Krankenstandstage auf psychische Erkrankungen mit einem Anteil von 27,4%. Es folgten Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit 21,5% sowie Verletzungen und Vergiftungen mit 15,6%. Zusammengenommen machten diese drei Krankheitsgruppen bei Frauen nahezu zwei Drittel (64,4%) aller Krankenstandstage aus (Abbildung 2.7).

Bei Männern zeigte sich eine andere Reihenfolge: Der höchste Anteil entfiel auf Verletzungen und Vergiftungen mit 27,6%, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit 24,0%, während psychischen Erkrankungen einen Anteil von 15,9% hatten und damit an dritter Stelle lagen. Insgesamt entfielen damit bei den Männern mit 67,5% aller Krankenstandstage mehr als zwei Drittel auf diese drei Krankheitsgruppen.

In den einzelnen Altersgruppen unterschieden sich die wichtigsten Ursachen für Krankenstände mit ausschließlich 40 Tagen und länger deutlich in ihrer Gewichtung. Bei den bis 24-Jährigen entfielen die mit Abstand meisten Krankenstandstage auf Verletzungen und Vergiftungen (39,0%). Es folgten psychische Krankheiten mit 25,5% sowie Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit 11,7%. Zusammengenommen machten diese drei Krankheitsgruppen in dieser Altersgruppe 76,2% aller Krankenstandstage aus (Abbildung 2.7).

In der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen entfielen die meisten Krankenstandstage auf psychische Krankheiten mit 27,3%, gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen mit 24,9%. An dritter Stelle lagen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit 17,8%. Der gemeinsame Anteil dieser drei wichtigsten Krankheitsgruppen betrug 70,0%.

Bei den 45- bis 54-Jährigen verschob sich die Reihenfolge: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems hatten nun einen Anteil von 25,1% und lagen damit an erster Stelle, gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen (20,1%). Anteilmäßig verringerte sich demgegenüber ab dieser Altersgruppe der Anteil der psychischen Krankheiten; er lag in dieser Altersgruppe bei 19,2%. Zusammen machten diese drei Gruppen 64,4% der Krankenstandstage aus. Zu erwähnen ist außerdem, dass ab dieser Altersgruppe ein deutlicher Anstieg der Neubildungen bei einem Anteil von 8,7% begann.

In der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen dominierten ebenfalls Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit 28,1%, gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen mit 17,5%. Der Anteil der

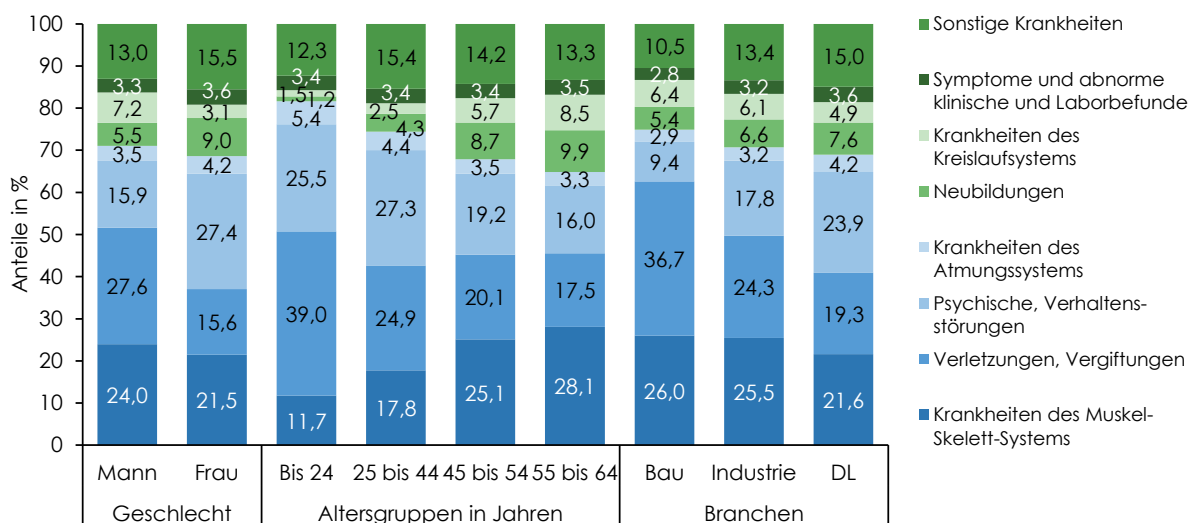
psychischen Erkrankungen ging zurück und machte einen Anteil von 16,0% aus. Der Anteil dieser drei wichtigsten Krankheitsgruppen an allen Krankenstandstagen betrug in dieser Altersgruppe 61,5%. Der Anteil der Neubildungen stieg im Vergleich zur vorigen Altersgruppe weiter an, auf 9,9%.

In den einzelnen Branchen unterschieden sich die wichtigsten Ursachen für Krankenstände mit ausschließlich 40 Tagen und länger deutlich in ihrer Gewichtung. Im Bauwesen entfielen die mit Abstand meisten Krankenstandstage auf Verletzungen und Vergiftungen mit einem Anteil von 36,7%. Es folgten Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit 26,0% sowie psychische Krankheiten mit 9,4%. Zusammen genommen machten diese drei Krankheitsgruppen im Bauwesen 72,0% aller Krankenstandstage aus (Abbildung 2.7).

In der Industrie war die Verteilung deutlich gleichmäßiger und es entfielen die meisten Krankenstandstage auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit 25,5%, gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen mit 24,3%. An dritter Stelle lagen psychische Krankheiten mit 17,8%. Der gemeinsame Anteil dieser drei wichtigsten Krankheitsgruppen betrug 67,5%.

Bei den Dienstleistungen verschob sich die Reihenfolge: Psychische Krankheiten standen mit 23,9% an erster Stelle, gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems mit 21,6% und Verletzungen und Vergiftungen mit 19,3%. Zusammen machten diese drei Gruppen 64,8% der Krankenstandstage aus.

Abbildung 2.7: Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Altersgruppen sowie Branchen: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände
2024



Abkürzungen: DL ... Dienstleistungen.

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen. – Die Einteilung der Branchen erfolgt nach ÖNACE 2008. Bauwesen ... ÖNACE F, Industrie ... ÖNACE C, Dienstleistungen ... ÖNACE G bis U sowie ÖNACE D und ÖNACE E. Zu den Details der ÖNACE-2008-Wirtschaftsklassen siehe Übersicht A7 im Anhang C.

Die prozentuelle Verteilung der Krankenstandstage mit ausschließlich 40 Tagen und länger unterscheidet sich je nach Bundesland in ihrer Gewichtung. Allerdings entfielen auch bei einer Unterteilung nach Bundesländern die meisten Krankenstandstage auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, Verletzungen und Vergiftungen sowie psychische Krankheiten (Abbildung 2.8).

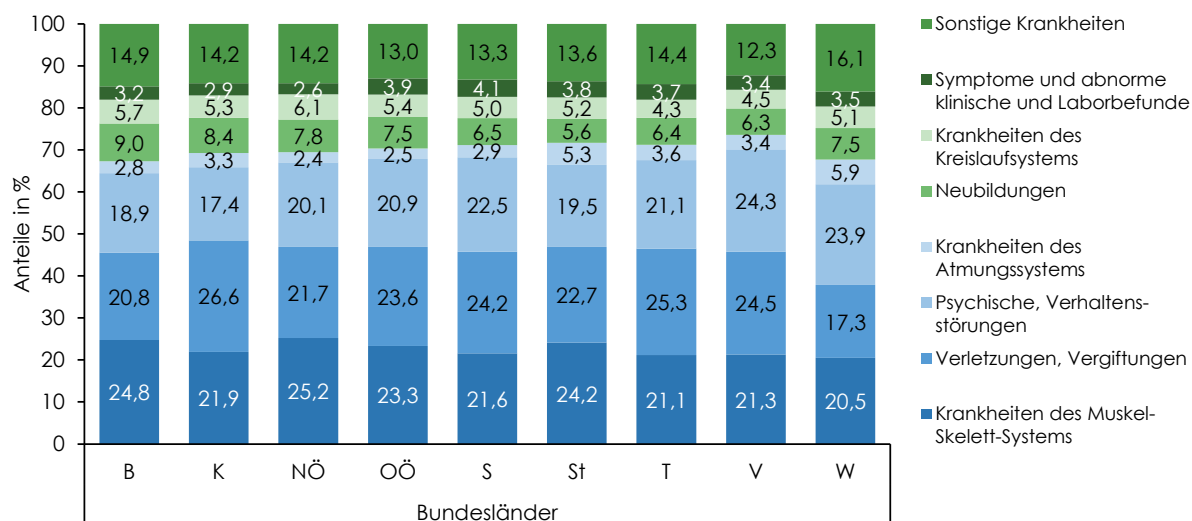
In den meisten Bundesländern wird der Anteil der Krankenstandstage von Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Verletzungen und Vergiftungen dominiert. In Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg lagen Verletzungen und Vergiftungen sogar vor den Muskel-Skelett-Erkrankungen. Im Burgenland, Niederösterreich und der Steiermark hatten Muskel-Skelett-Erkrankungen den höchsten Anteil.

Psychische Krankheiten erreichten in Wien, Vorarlberg und Salzburg besonders hohe Anteile und lagen dort auf bzw. über den Anteilen der anderen beiden Hauptgruppen. In Wien und Vorarlberg waren psychische Krankheiten sogar die häufigste bzw. knapp zweitwichtigste Ursache der Krankenstände mit 40 Tagen und länger.

Insgesamt machten Muskel-Skelett-Erkrankungen, Verletzungen und Vergiftungen sowie psychische Krankheiten in allen Bundesländern rund zwei Drittel aller Krankenstandstage mit 40 Tagen und länger aus. Die Rangfolge dieser drei wichtigsten Gruppen variiert jedoch regional. Eine relativ starke regionale Variation hatten auch die Neubildungen, welche z. B. in der Steiermark nur einen Anteil von 5,6% erreichten, im Burgenland aber 9,0%.

Abbildung 2.8: **Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Bundesländern: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände**

2024



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

2.6.2 Verteilung der Krankenstandsfälle

Die Betrachtung der prozentuellen Verteilung der Fälle für Krankenstände mit einer Dauer von ausschließlich 40 Tagen und länger zeigt Unterschiede zwischen den wichtigsten Krankheitsgruppen sowie zwischen Frauen und Männern. Bei Frauen entfielen die meisten Fälle auf psychische Krankheiten mit einem Anteil von 23,2%, gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 22,4%. Verletzungen und Vergiftungen machten 19,8% der Fälle aus. Zusammen genommen machten diese drei Krankheitsgruppen bei den Frauen 65,4% aller Langzeitfälle aus (Übersicht 2.11).

Bei Männern ergab sich eine andere Reihenfolge: Hier entfielen die meisten Fälle auf Verletzungen und Vergiftungen mit 33,2%, gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 23,8%. Psychische Erkrankungen waren mit 13,2% deutlich seltener der Grund für lang andauernde Arbeitsunfähigkeiten bei Männern. Insgesamt machten diese drei Krankheitsgruppen bei Männern etwa 70% aller Langzeitfälle aus.

Hinsichtlich der durchschnittlichen Krankheitsdauer pro Fall zeigten sich innerhalb der drei häufigsten Krankheitsgruppen ebenfalls klare Muster. Psychische Krankheiten führten bei beiden Geschlechtern zu den längsten Abwesenheiten: Frauen waren im Schnitt 139,0 Tage, Männer 136,2 Tage je Fall arbeitsunfähig. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems folgten mit 112,7 bzw. 114,1 Tagen pro Fall. Verletzungen und Vergiftungen wiesen eine etwas geringere, aber immer noch hohe Ausfalldauer von 92,7 bzw. 94,1 Tagen auf.

Übersicht 2.11: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Geschlecht: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände

2024

	Frauen			Männer		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	21,5	22,4	112,7	24,0	23,8	114,1
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	15,6	19,8	92,7	27,6	33,2	94,1
Psychische und Verhaltensstörungen	27,4	23,2	139,0	15,9	13,2	136,2
Krankheiten des Atmungssystems	4,2	4,8	102,2	3,5	4,2	94,4
Neubildungen	9,0	5,7	185,2	5,5	3,4	184,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	3,1	2,4	150,6	7,2	5,3	154,0
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	3,6	3,5	121,9	3,3	2,9	128,9
Sonstige Krankheiten	15,5	18,1	100,8	13,0	14,1	104,1
Insgesamt	100,0	100,0	117,6	100,0	100,0	113,0

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.12: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Branchen: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände

2024

	Bauwesen			Industrie			Dienstleistungen		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	26,0	24,7	121,1	25,5	24,9	115,3	21,6	22,4	111,7
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	36,7	42,8	98,7	24,3	30,5	89,7	19,3	23,8	93,8
Psychische und Verhaltensstörungen	9,4	7,3	146,8	17,8	14,7	136,3	23,9	20,1	137,7
Krankheiten des Atmungssystems	2,9	3,5	96,0	3,2	3,3	110,0	4,2	5,0	96,2
Neubildungen	5,4	3,0	207,6	6,6	4,0	183,1	7,6	4,8	183,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	6,4	4,2	173,1	6,1	4,4	154,3	4,9	3,8	149,4
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	2,8	2,4	135,1	3,2	2,9	124,0	3,6	3,3	124,7
Sonstige Krankheiten	10,5	12,1	99,4	13,4	15,3	98,4	15,0	16,7	103,8
Insgesamt	100,0	100,0	115,1	100,0	100,0	112,6	100,0	100,0	115,9

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen. – Die Einteilung der Branchen erfolgt nach ÖNACE 2008. Bauwesen ... ÖNACE F, Industrie ... ÖNACE C, Dienstleistungen ... ÖNACE G bis U sowie ÖNACE D und ÖNACE E. Zu den Details der ÖNACE-2008-Wirtschaftsklassen siehe Übersicht A7 im Anhang C.

Hinsichtlich langer Dauern stachen auch Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems hervor. Erstere hatten bei beiden Geschlechtern eine Dauer je Fall von rund 185 Tagen, zweitere bei Frauen 150,6 Tage und bei Männern 154,0 Tage.

Die Betrachtung der Anteile in Prozent der Fälle für Krankenstände mit einer Dauer von ausschließlich 40 Tagen und länger zeigte ebenso Unterschiede nach Branchen. Im Bauwesen entfielen die meisten Langzeitfälle auf Verletzungen und Vergiftungen mit einem Anteil von 42,8%. Es folgten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 24,7%. Psychische Erkrankungen waren mit 7,3% vergleichsweise selten vertreten. Zusammengenommen machten diese drei Krankheitsgruppen im Bauwesen 74,8% aller Langzeitfälle aus (Übersicht 2.12).

In der Industrie ergab sich ein ähnliches Bild, allerdings mit einer anderen Verteilung: Hier entfielen 30,5% der Langzeitfälle auf Verletzungen und Vergiftungen, gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 24,9%. Psychische Erkrankungen waren in dieser Branche mit 14,7% fallmäßig doppelt so häufig verglichen mit dem Bauwesen. Insgesamt entfielen damit in der Industrie 70,0% aller Langzeitfälle auf diese drei Krankheitsgruppen.

Im Bereich Dienstleistungen standen psychische Erkrankungen mit 20,1% ebenfalls an dritter Stelle, waren aber deutlich häufiger als in den beiden anderen Branchen. Verletzungen und Vergiftungen mit 23,8% aller Fälle und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 22,4% waren auch bei den Dienstleistungen die beiden häufigsten Ursachen für ausschließlichen Krankenstände von 40 Tagen und länger. Zusammengenommen machten diese drei Gruppen im Dienstleistungssektor 66,4% aller Langzeitfälle aus.

Hinsichtlich der durchschnittlichen Krankheitsdauer pro Fall zeigten sich innerhalb der drei häufigsten Krankheitsgruppen ebenfalls branchenspezifische Muster. Psychische Erkrankungen führten in allen drei Branchen zu den langen Abwesenheiten: Im Bauwesen lag die durchschnittliche Dauer bei 146,8 Tagen, in der Industrie bei 136,3 Tagen und im Dienstleistungsbereich bei 137,7 Tagen je Fall. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems folgten mit durchschnittlich 121,1 Tagen im Bauwesen, 115,3 Tagen in der Industrie und 111,7 Tagen im Dienstleistungssektor. Verletzungen und Vergiftungen wiesen mit rund 90 bis 99 Tagen eine etwas geringere, aber immer noch hohe Ausfalldauer auf.

Auffällig ist zudem, dass Neubildungen in allen Branchen mit durchschnittlich rund 183 bis 208 Tagen je Fall zu den längsten Ausfallzeiten führten. Auch Krankheiten des Kreislaufsystems waren mit 149 bis 173 Tagen je Fall durch besonders lange Abwesenheitszeiten gekennzeichnet, obwohl sie einen geringeren Anteil an den Fällen ausmachten.

Die Betrachtung der prozentuellen Verteilung der Fälle für Krankenstände mit einer Dauer von ausschließlich 40 Tagen und länger variiert auch nach Altersgruppen. Bei den bis 24-Jährigen entfielen mit einem Anteil von 43,3% die mit Abstand meisten Langzeitfälle auf Verletzungen und Vergiftungen. Psychische Erkrankungen folgten mit 19,9%, während Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems 12,1% der Fälle ausmachten. Zusammengenommen machten diese drei Krankheitsgruppen in der jüngsten Altersgruppe 75,4% aller Langzeitfälle aus (Übersicht 2.13).

In der Altersgruppe von 25 bis 44 Jahren blieb der Anteil der Fälle durch Verletzungen und Vergiftungen mit 29,1% weiterhin am höchsten, gefolgt von psychischen Erkrankungen mit 22,2% und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 18,2%. Damit entfielen in dieser Altersgruppe 69,6% aller Langzeitfälle auf diese drei Krankheitsgruppen.

Bei den 45- bis 54-Jährigen verschob sich das Bild: Hier standen Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 26,2% an erster Stelle, gefolgt von Verletzungen und Vergiftungen mit 24,4% und psychischen Erkrankungen mit 16,0%. Insgesamt machten diese drei Gruppen 66,6% aller Langzeitfälle aus.

In der ältesten betrachteten Altersgruppe von 55 bis 64 Jahren entfiel der größte Anteil der Langzeitfälle auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 30,0%. Verletzungen und Vergiftungen (22,0%) sowie psychische Erkrankungen (12,8%) folgten auf den weiteren Plätzen. Zusammengenommen machten diese drei Gruppen 64,8% aller Langzeitfälle aus.

Mit zunehmendem Alter stieg die durchschnittliche Dauer der Langzeitfälle deutlich an. Psychische Erkrankungen führten in allen Altersgruppen zu besonders langen Abwesenheiten: Bei den bis 24-Jährigen lag die durchschnittliche Dauer bei 109,3 Tagen und stieg bis zur ältesten Gruppe (55- bis 64-Jährige) kontinuierlich auf 167,6 Tagen je Fall an. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems führten in der jüngsten Altersgruppe zu durchschnittlich krankheitsbedingten Abwesenheiten von 82,8 Tagen und erreichten bei den 55- bis 64-Jährigen 125,9 Tagen. Verletzungen und Vergiftungen wiesen mit einem Anstieg über die Altersgruppen von 77,0 auf 106,8 Tage eine etwas geringere, aber dennoch hohe Ausfalldauer auf.

Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems führten in den älteren Altersgruppen mit durchschnittlich rund 202 bzw. 167 Tagen je Fall zu den längsten Ausfallzeiten, auch wenn sie einen vergleichsweise geringeren Anteil an den Fällen ausmachten.

Die Analyse der Krankenstandsfälle mit einer Dauer von ausschließlich 40 Tagen und länger unterschied sich auch auf Ebene der Bundesländer, wobei auch hier Verletzungen und Vergiftungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems sowie psychische Erkrankungen dominierten. Die Reihenfolge und die Anteile dieser Gruppen variierten jedoch regional (Übersicht 2.14 und Übersicht 2.15).

Auffällig ist, dass Verletzungen und Vergiftungen in westlichen Bundesländern wie Tirol (33,0%), Vorarlberg (32,9%) und Salzburg (31,6%) hohe Anteile der Fälle aufwiesen. Auch Kärnten (33,3%) und Oberösterreich (29,3%) zeigten hier hohe Werte. In Wien hingegen lag die Fallzahl von Verletzungen und Vergiftungen mit 20,2% deutlich niedriger und hatte den gleichen Anteil wie psychische Erkrankungen. Im Burgenland (25,1%) und Niederösterreich (25,9%) wiesen Muskel-Skelett-Erkrankungen die höchsten prozentuellen Fallzahlen auf.

Neben Wien nahmen psychische Erkrankungen auch in Vorarlberg (20,3%) und Salzburg (18,7%) bei den Anteilen der Fälle einen vergleichsweise hohen Stellenwert ein, während sie in Kärnten (15,3%) und Burgenland (15,7%) seltener als Ursache für lange Krankenstände auftraten. Insgesamt bewegten sich die Anteile psychischer Erkrankungen in den meisten Bundesländern zwischen 15% und 20%.

Ein weiteres Muster zeigte sich bei der durchschnittlichen Krankheitsdauer pro Fall: Psychische Erkrankungen führten in allen Bundesländern zu langen Abwesenheiten, mit Werten zwischen 123 Tagen in Kärnten und bis zu 145 Tagen in Niederösterreich. Muskel-Skelett-Erkrankungen lagen bei der durchschnittlichen Falldauer zwischen 106 und 134 Tagen, wobei Vorarlberg mit 133,9 Tagen einen Ausreißer nach oben darstellte. Verletzungen und Vergiftungen führten in allen Bundesländern zu etwas kürzeren, aber dennoch erheblichen Ausfallzeiten von etwa 84 bis 101 Tagen.

Die längsten Ausfalldauern zeigten wiederum Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems. In beiden Gruppen lagen die durchschnittlichen Krankenstandsdauern in allen Bundesländern deutlich über 140 Tage und erreichten bei Neubildungen in Niederösterreich, Salzburg und Wien Spitzenwerte von über 190 Tagen pro Fall. Beide Krankheitsgruppen machten jedoch nur vergleichsweise geringe prozentuelle Fallzahlen aus.

Übersicht 2.13: **Verteilung der Krankheitsgruppen nach Altersgruppen: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände**
2024

	Bis 24 Jahre			25 bis 44 Jahre			45 bis 54 Jahre			55 bis 64 Jahre		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	11,7	12,1	82,8	17,8	18,2	100,5	25,1	26,2	115,6	28,1	30,0	125,9
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	39,0	43,3	77,0	24,9	29,1	88,4	20,1	24,4	99,0	17,5	22,0	106,8
Psychische und Verhaltensstörungen	25,5	19,9	109,3	27,3	22,2	127,2	19,2	16,0	144,6	16,0	12,8	167,6
Krankheiten des Atmungssystems	5,4	6,4	71,9	4,4	5,3	84,9	3,5	3,9	108,0	3,3	3,4	130,0
Neubildungen	1,2	0,7	145,0	4,3	2,7	164,7	8,7	5,9	178,5	9,9	6,6	202,7
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,5	1,1	116,1	2,5	2,0	125,3	5,7	4,6	150,3	8,5	6,8	167,5
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	3,4	3,4	85,6	3,4	3,3	109,0	3,4	3,0	137,5	3,5	3,1	149,7
Sonstige Krankheiten	12,3	12,9	81,5	15,4	17,1	93,0	14,2	16,0	106,9	13,3	15,3	117,1
Insgesamt	100,0	100,0	85,6	100,0	100,0	103,3	100,0	100,0	120,4	100,0	100,0	134,5

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.14: **Verteilung der Krankheitsgruppen nach Bundesländern (I): 40 Tage und länger dauernde Krankenstände**
2024

	Burgenland			Kärnten			Niederösterreich			Oberösterreich			Salzburg		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	24,8	25,1	110,5	21,9	21,4	110,2	25,2	25,9	116,7	23,3	23,0	117,7	21,6	21,5	118,9
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	20,8	24,3	95,7	26,6	33,3	86,0	21,7	25,6	101,2	23,6	29,3	93,7	24,2	31,6	90,8
Psychische und Verhaltensstörungen	18,9	15,7	135,4	17,4	15,3	123,0	20,1	16,6	145,0	20,9	17,6	137,7	22,5	18,7	142,9
Krankheiten des Atmungssystems	2,8	3,2	98,9	3,3	2,9	123,8	2,4	3,1	91,8	2,5	2,7	106,9	2,9	2,6	127,9
Neubildungen	9,0	6,0	168,8	8,4	5,0	179,1	7,8	4,8	193,5	7,5	4,5	192,5	6,5	4,4	175,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,7	4,3	146,6	5,3	3,9	148,4	6,1	4,5	160,6	5,4	4,1	153,7	5,0	3,4	176,7
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	3,2	3,4	105,4	2,9	2,6	119,5	2,6	2,6	116,6	3,9	3,4	131,1	4,1	3,3	146,9
Sonstige Krankheiten	14,9	18,0	92,7	14,2	15,5	98,5	14,2	16,8	100,7	13,0	15,3	98,6	13,3	14,4	109,7
Insgesamt	100,0	100,0	112,1	100,0	100,0	107,9	100,0	100,0	119,6	100,0	100,0	116,3	100,0	100,0	118,8

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.15: **Verteilung der Krankheitsgruppen nach Bundesländern (II): 40 Tage und länger dauernde Krankenstände**
2024

	Steiermark			Tirol			Vorarlberg			Wien		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	24,2	24,6	110,3	21,1	20,9	110,8	21,3	19,1	133,9	20,5	22,1	106,3
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	22,7	27,8	91,8	25,3	33,0	84,0	24,5	32,9	89,5	17,3	20,2	98,2
Psychische und Verhaltensstörungen	19,5	16,1	136,0	21,1	17,2	134,1	24,3	20,3	144,1	23,9	20,2	135,5
Krankheiten des Atmungssystems	5,3	5,8	103,1	3,6	3,1	126,6	3,4	3,2	129,2	5,9	8,1	83,9
Neubildungen	5,6	3,7	172,8	6,4	4,2	169,3	6,3	4,2	181,3	7,5	4,5	191,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,2	3,8	151,9	4,3	3,3	141,8	4,5	3,7	144,9	5,1	4,0	147,0
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	3,8	3,3	131,7	3,7	3,1	131,9	3,4	3,1	132,0	3,5	3,5	116,7
Sonstige Krankheiten	13,6	14,9	103,2	14,4	15,3	102,9	12,3	13,4	109,8	16,1	17,5	105,2
Insgesamt	100,0	100,0	112,4	100,0	100,0	109,4	100,0	100,0	120,3	100,0	100,0	114,4

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

2.6.3 Absolutzahlen der Krankenstandstage und Krankenstandsfälle

Abschließend lassen sich erneut auch die Absolutzahlen von Tagen und Fällen darstellen sowie die Fallzahlen je Person. Dabei ist es erneut wichtig, die jeweilig zugrunde liegenden Grundgesamtheiten mitzudenken.

Die Betrachtung der absoluten Zahlen bestätigt die bereits erkannten Muster bei den wichtigsten Krankheitsgruppen. Bei Frauen mit Krankenständen von ausschließlich 40 Tagen und länger verursachten 17.700 psychische Erkrankungen die höchste Zahl an Krankheitstagen (2,45 Mio. Tage). Bei Männern hingegen standen Verletzungen und Vergiftungen im Vordergrund: Sie verursachten mit 2,83 Mio. Tagen und 30.100 Fällen die höchsten Werte (Übersicht 2.16).

Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems bildeten bei beiden Geschlechtern die zweitwichtigste Ursache: Sie verursachten sowohl bei Frauen als auch bei Männern jeweils über 1,9 bzw. 2,4 Mio. Krankheitstage und erreichten 17.100 Fälle bei den Frauen und 21.600 Fälle bei den Männern.

Die übrigen Krankheitsgruppen, darunter Neubildungen, Kreislauferkrankungen und Atemwegserkrankungen, machten jeweils nur einen kleineren Anteil an den Gesamttagen und -fällen aus. Langandauernde Kreislauferkrankungen führten bei Männern mit 4.800 Fällen zu 735.000 Krankheitstagen, bei Frauen führten 1.900 Fälle zu 280.800 Krankheitstagen.

Übersicht 2.16: Krankheitsgruppen nach Geschlecht: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände

2024

	Frauen			Männer		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000		Anzahl	Anzahl in 1.000		Anzahl
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	1.922,8	17,1	1,03	2.462,4	21,6	1,03
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1.398,7	15,1	1,02	2.834,3	30,1	1,02
Psychische und Verhaltensstörungen	2.454,7	17,7	1,05	1.628,6	12,0	1,04
Krankheiten des Atmungssystems	375,3	3,7	1,01	363,0	3,8	1,01
Neubildungen	810,8	4,4	1,02	564,5	3,1	1,02
Krankheiten des Kreislaufsystems	280,8	1,9	1,02	734,7	4,8	1,02
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	326,2	2,7	1,01	337,9	2,6	1,01
Sonstige Krankheiten	1.393,0	13,8	1,02	1.335,6	12,8	1,02
Insgesamt	8.962,4	76,2		10.261,0	90,8	
Anteile an Frauen und Männern gesamt in %						
Insgesamt	46,6	45,6		53,4	54,4	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.17: Krankheitsgruppen nach Branchen: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände

2024

	Bauwesen			Industrie			Dienstleistungen		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	498,5	4,1	1,03	970,3	8,4	1,03	2.916,5	26,1	1,03
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	704,3	7,1	1,02	924,7	10,3	1,02	2.603,9	27,8	1,02
Psychische und Verhaltensstörungen	179,6	1,2	1,03	678,6	5,0	1,05	3.225,2	23,4	1,04
Krankheiten des Atmungssystems	55,4	0,6	1,01	122,0	1,1	1,01	560,9	5,8	1,01
Neubildungen	104,2	0,5	1,02	250,2	1,4	1,03	1.020,9	5,6	1,02
Krankheiten des Kreislaufsystems	122,7	0,7	1,01	232,1	1,5	1,02	660,6	4,4	1,02
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	54,6	0,4	1,00	123,3	1,0	1,01	486,2	3,9	1,01
Sonstige Krankheiten	200,7	2,0	1,02	510,1	5,2	1,02	2.017,9	19,4	1,02
Insgesamt	1.920,0	16,7		3.811,3	33,9		13.492,0	116,5	
Anteile an Bauwesen, Industrie und Dienstleistungen gesamt in %									
Insgesamt	10,0	10,0		19,8	20,3		70,2	69,7	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen. – Die Einteilung der Branchen erfolgt nach ÖNACE 2008. Bauwesen ... ÖNACE F, Industrie ... ÖNACE C, Dienstleistungen ... ÖNACE G bis U sowie ÖNACE D und ÖNACE E. Zu den Details der ÖNACE-2008-Wirtschaftsklassen siehe Übersicht A7 im Anhang C.

Ein weiteres konsistentes Muster ist, dass aufgrund der Fokussierung auf ausschließlich die lang andauernden Fälle die Zahl der Fälle je betroffene Person unabhängig von Geschlecht und Krankheitsgruppe nur geringfügig über 1 liegt. Dies zeigt, dass die meisten Personen von langen Krankenständen von 40 Tagen und länger nur einmal pro Jahr betroffen waren.

Die Betrachtung der absoluten Zahlen nach Branchen bestätigt die bekannten Muster bei den wichtigsten Krankheitsgruppen: Im Bauwesen verursachten 7.100 Fälle von Verletzungen und Vergiftungen mit 40 Tagen und länger Krankenstand 704.300 Krankheitstagen. Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems folgten als zweithäufigste Ursache mit 4.100 Fällen und 498.500 Krankheitstagen. Psychische Erkrankungen spielten im Bauwesen eine untergeordnete Rolle und machten mit 1.200 Fällen und 179.600 Krankheitstagen nur einen kleinen Teil aus (Übersicht 2.17).

In der Industrie verursachten 8.400 Fälle von Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 970.300 Krankheitstagen die höchsten Werte. Verletzungen und Vergiftungen wiesen zwar mit 10.300 Fällen die häufigsten Fallzahlen auf, verursachten aber mit 924.700 Krankheitstagen etwas weniger Abwesenheiten. Psychische Erkrankungen nahmen in der Industrie mit 5.000 Fällen und 678.600 Krankheitstagen eine deutlich wichtigere Rolle ein als im Bauwesen, blieben aber hinter den beiden führenden Gruppen zurück.

Im Dienstleistungssektor verschob sich das Muster deutlich: Hier verursachten psychische Erkrankungen mit 23.400 Fällen 3,23 Mio. Krankheitstagen, die mit Abstand höchsten Fehlzeiten. Verletzungen und Vergiftungen wiesen auch bei den Dienstleistungen die höchsten Fallzahlen auf (27.800 Fälle) allerdings mit 2,60 Mio. Krankheitstagen niedrigere Fehlzeiten. Bei den Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems verursachten 26.100 Fälle 2,92 Mio. Krankheitstage.

Ein konsistentes Muster zeigt sich auch hier bei den Fällen je betroffene Person: Über alle Branchen und Krankheitsgruppen hinweg lag dieser Wert nur geringfügig über 1. Das bedeutet, dass die meisten Beschäftigten mit langen Krankenständen in einem Jahr nur einmal betroffen waren.

Die Betrachtung der absoluten Zahlen nach Altersgruppen bestätigt die bekannten Muster bei den wichtigsten Krankheitsgruppen, zeigt aber auch, wie sich die Belastung im Verlauf des Erwerbslebens verschiebt.

Bei den bis 24-Jährigen dominierten Verletzungen und Vergiftungen das Bild: 6.000 Fälle führten zu 465.400 Krankheitstagen – das waren deutlich mehr Fälle und Tage als in jeder andere Krankheitsgruppe in dieser Altersgruppe. Psychische Erkrankungen verursachten mit 2.800 Fällen und 303.900 Krankheitstagen ebenfalls eine relevante Belastung, während Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 1.700 Fällen und 140.100 Krankheitstagen noch eine geringere Rolle spielten (Übersicht 2.18).

In der Altersgruppe von 25 bis 44 Jahren nahm die Zahl der Fälle und Krankheitstage in allen wichtigen Krankheitsgruppen aufgrund des Anstiegs der Erwerbstätigkeit deutlich zu. Verletzungen und Vergiftungen hatten mit 18.000 Fällen die höchsten Fallzahlen und führten zu 1,59 Mio. Krankheitstagen. Psychische Erkrankungen gewannen an Bedeutung und verursachten mit 13.700 Fällen in absoluten Zahlen mit 1,75 Mio. Krankheitstagen die höchsten Werte. Muskel-Skelett-Erkrankungen stiegen mit 11.300 Fällen und 1,13 Mio. Krankheitstagen ebenfalls deutlich an.

Bei den 45- bis 54-Jährigen zeigte sich eine Verschiebung der Schwerpunkte: Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachten mit 11.700 Fällen und 1,35 Mio. Krankheitstagen die höchste Belastung. Verletzungen und Vergiftungen (10.900 Fälle, 1,08 Mio. Krankheitstage) sowie psychische Erkrankungen (7.100 Fälle, 1,03 Mio. Krankheitstage) folgten auf den weiteren Plätzen.

In der ältesten betrachteten Gruppe (55 bis 64 Jahre) setzten sich Muskel-Skelett-Erkrankungen mit 14.000 Fällen und 1,76 Mio. Krankheitstagen als wichtigste Ursache für lang andauernde Krankenstände durch. Verletzungen und Vergiftungen (10.300 Fälle, 1,10 Mio. Krankheitstage) sowie psychische Erkrankungen (6.000 Fälle, 1,00 Mio. Krankheitstage) nahmen eine weiterhin bedeutende, aber im Vergleich etwas geringere Rolle ein.

Die übrigen Krankheitsgruppen – darunter Neubildungen, Kreislauferkrankungen und Atemwegserkrankungen – machten in allen Altersgruppen nur einen kleineren Anteil an den Gesamttagen und -fällen aus. Mit zunehmendem Alter stiegen jedoch die absoluten Zahlen bei Neubildungen und Kreislauferkrankungen deutlich an.

Das bekannte Muster zeigt sich auch hier bei den Fällen je betroffene Person: Über alle Altersgruppen und Krankheitsgruppen hinweg lag dieser Wert nur geringfügig über 1, und die meisten Personen mit langen Krankenständen waren auch im höheren Alter in einem Jahr nur einmal betroffen.

Abschließend sind auch die Absolutzahlen nach Bundesländern angeführt. Diese sind im Wesentlichen eine Folge der Beschäftigtenzahl. Bei den Fällen je betroffene Person zeigt sich erneut, dass die meisten Personen mit langen Krankenständen auch über die Bundesländer hinweg nur einmal im Jahr betroffen waren (Übersicht 2.19 und Übersicht 2.20).

Übersicht 2.18: **Krankheitsgruppen nach Altersgruppen: 40 Tage und länger dauernde Krankenstände**
2024

	Bis 24 Jahre			25 bis 44 Jahre			45 bis 54 Jahre			55 bis 64 Jahre		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	140,1	1,7	1,03	1.133,3	11,3	1,03	1.348,2	11,7	1,03	1.763,7	14,0	1,04
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	465,4	6,0	1,02	1.590,6	18,0	1,02	1.078,3	10,9	1,02	1.098,7	10,3	1,02
Psychische und Verhaltensstörungen	303,9	2,8	1,05	1.745,6	13,7	1,04	1.029,9	7,1	1,05	1.004,0	6,0	1,05
Krankheiten des Atmungssystems	64,6	0,9	1,01	280,0	3,3	1,01	185,1	1,7	1,01	208,6	1,6	1,01
Neubildungen	14,1	0,1	1,02	272,8	1,7	1,02	467,2	2,6	1,02	621,2	3,1	1,02
Krankheiten des Kreislaufsystems	17,7	0,2	1,03	157,2	1,3	1,01	308,1	2,1	1,02	532,5	3,2	1,03
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	40,7	0,5	1,02	219,8	2,0	1,01	183,5	1,3	1,01	220,1	1,5	1,01
Sonstige Krankheiten	147,2	1,8	1,01	983,3	10,6	1,02	763,2	7,1	1,02	835,0	7,1	1,02
Insgesamt	1.193,4	13,9		6.382,5	61,8		5.363,6	44,5		6.283,9	46,7	
Anteile an den Altersgruppen gesamt in %												
Insgesamt	6,2	8,3		33,2	37,0		27,9	26,7		32,7	28,0	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.19: **Krankheitsgruppen nach Bundesländern (I): 40 Tage und länger dauernde Krankenstände**
2024

	Burgenland			Kärnten			Niederösterreich			Oberösterreich			Salzburg		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	130,3	1,2	1,03	207,5	1,9	1,04	951,0	8,1	1,04	794,0	6,7	1,03	266,1	2,2	1,03
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	109,3	1,1	1,02	251,7	2,9	1,02	816,3	8,1	1,02	803,6	8,6	1,02	298,6	3,3	1,02
Psychische und Verhaltensstörungen	99,5	0,7	1,04	165,0	1,3	1,04	759,4	5,2	1,05	711,4	5,2	1,05	277,5	1,9	1,04
Krankheiten des Atmungssystems	14,8	0,2	1,02	31,7	0,3	1,00	90,2	1,0	1,01	86,0	0,8	1,01	35,2	0,3	1,00
Neubildungen	47,3	0,3	1,03	79,3	0,4	1,02	293,0	1,5	1,03	254,4	1,3	1,02	79,8	0,5	1,02
Krankheiten des Kreislaufsystems	29,8	0,2	1,03	50,4	0,3	1,01	228,2	1,4	1,02	182,2	1,2	1,02	62,0	0,4	1,01
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	16,9	0,2	1,02	27,4	0,2	1,01	97,1	0,8	1,01	131,3	1,0	1,01	50,7	0,3	1,01
Sonstige Krankheiten	78,2	0,8	1,02	134,1	1,4	1,02	534,2	5,3	1,02	442,0	4,5	1,02	163,9	1,5	1,02
Insgesamt	525,9	4,7		947,1	8,8		3.769,4	31,5		3.404,9	29,3		1.233,8	10,4	
Anteile an den Bundesländern gesamt in %															
Insgesamt	2,7	2,8		4,9	5,3		19,6	18,9		17,7	17,5		6,4	6,2	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht 2.20: **Krankheitsgruppen nach Bundesländern (II): 40 Tage und länger dauernde Krankenstände**
2024

	Steiermark			Tirol			Vorarlberg			Wien		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	688,2	6,2	1,03	317,7	2,9	1,03	180,2	1,3	1,03	850,4	8,0	1,03
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	647,2	7,1	1,02	380,6	4,5	1,02	207,2	2,3	1,03	718,5	7,3	1,02
Psychische und Verhaltensstörungen	555,9	4,1	1,04	316,6	2,4	1,05	206,0	1,4	1,05	992,1	7,3	1,04
Krankheiten des Atmungssystems	151,3	1,5	1,01	54,7	0,4	1,00	29,1	0,2	1,01	245,3	2,9	1,01
Neubildungen	160,3	0,9	1,02	96,7	0,6	1,02	53,1	0,3	1,03	311,4	1,6	1,03
Krankheiten des Kreislaufsystems	147,7	1,0	1,02	64,7	0,5	1,03	38,0	0,3	1,02	212,4	1,4	1,03
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	109,3	0,8	1,01	55,7	0,4	1,01	28,9	0,2	1,02	146,9	1,3	1,01
Sonstige Krankheiten	388,8	3,8	1,02	215,9	2,1	1,02	103,9	0,9	1,02	667,7	6,3	1,02
Insgesamt	2.848,7	25,3		1.502,6	13,7		846,3	7,0		4.144,6	36,2	
Anteile an den Bundesländern gesamt in %												
Insgesamt	14,8	15,2		7,8	8,2		4,4	4,2		21,6	21,7	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

3. Literatur

- Alpino, M., Hauge, K. E., Kotsadam, A., & Markussen, S. (2022). Effects of dialogue meetings on sickness absence – Evidence from a large field experiment. *Journal of Health Economics*, 83, 102615. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102615>
- Alsamiri, Y. A., Hussain, M. A., Alsamani, O. A., & Al Bulayhi, A. A. (2024). Promoting mental health and wellbeing as means to prevent disability: A review. *Frontiers in Public Health*, 12, 1425535. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1425535>
- Axén, I., Björk Brämberg, E., Vaez, M., Lundin, A., & Bergström, G. (2020). Interventions for common mental disorders in the occupational health service: A systematic review with a narrative synthesis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 93(7), 823–838. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01535-4>
- Badura, B., Ducki, A., Baumgardt, J., Meyer, M., & Schröder, H. (Hrsg.). (2024). *Fehlzeiten-Report 2024, Bindung und Gesundheit—Fachkräfte gewinnen und halten*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-67514-4>
- Badura, B., Litsch, M., & Vetter, C. (2000). *Fehlzeiten-Report 1999, Psychische Belastung am Arbeitsplatz*.
- Badura, B., Schellschmidt, H., & Vetter, C. (2005). *Fehlzeiten-Report 2004, Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen*.
- Badura, B., Schellschmidt, H., & Vetter, C. (2006). *Fehlzeiten-Report 2005, Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit*.
- Badura, B., Schröder, H., & Vetter, C. (2008). *Fehlzeiten-Report 2007, Arbeit, Geschlecht und Gesundheit*.
- Bastian-Pétrél, K., Rohmann, J. L., Oertelt-Prigione, S., Piccininni, M., Gayraud, K., Kelly-Irving, M., & Bajos, N. (2024). Sex and gender bias in chronic coronary syndromes research: Analysis of studies used to inform the 2019 European Society of Cardiology guidelines. *The Lancet Regional Health - Europe*, 45, 101041. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2024.101041>
- Biffl, G. (1999). Der Krankenstand in Österreich und sein Effekt auf das Arbeitsvolumen. *WIFO Working Papers*, 124. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/8397>
- Biffl, G. (2002). Der Krankenstand als wichtiger Arbeitsmarktindikator. *WIFO-Monatsberichte*, 75(1), 39–52.
- Biffl, G., & Leoni, T. (2008). *Arbeitsbedingte Erkrankungen. Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/35099>
- Bock-Schappelwein, J., Huemer, U., & Hyll, W. (2021). *Beschäftigung 2020: Bilanz nach einem Jahr COVID-19-Pandemie*. WIFO Research Briefs, 1.
- Brakemeier, E.-L., Wirkner, J., Knaevelsrud, C., Wurm, S., Christiansen, H., Lueken, U., & Schneider, S. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit, Erkenntnisse und Implikationen für die Forschung und Praxis aus Sicht der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 49(1), 1–31.
- Brunner, R., & Schwarz, G. (2006). Kapazitätsauslastung und Umsätze in der österreichischen Sachgütererzeugung. *WIFO-Monatsberichte*, 79(6), 459–466.
- Bryngelson, A. (2009). Long-term sickness absence and social exclusion. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(8), 839–845. <https://doi.org/10.1177/1403494809346871>
- Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend. (2020). *Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“*. https://www.gesundheit-im-betrieb.at/fileadmin/user_upload/06022020_Gesundheit_im_Betrieb_Strategiepapier.pdf
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. (2017). *Bericht der Bundesregierung über die Lage der Menschen mit Behinderungen in Österreich 2016*.
- Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport. (2023a). *Das Personal des Bundes 2023—Daten und Fakten*.
- Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport. (2023b). *Gesundheitsmanagement und Fehlzeiten 2023 im Bundesdienst. Daten und Fakten*.
- Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport. (2024). *Das Personal des Bundes 2024—Daten und Fakten*.
- Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport. (2019). *Das Personal des Bundes 2019. Daten und Fakten*.

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2019). *ICD-10 BMSGK 2020 – Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision.*
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2021). *ICD-10 BMSGK 2022—Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – BMSGK-Version 2022+.*
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023). *ICD-10 BMSGK 2024—Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision.*
- Burr, H., Balducci, C., Conway, P. M., & Rose, U. (2022). Workplace Bullying and Long-Term Sickness Absence – A Five-Year Follow-Up Study of 2476 Employees Aged 31 to 60 Years in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7193. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127193>
- Case, A., & Paxson, C. H. (2004). Sex Differences in Morbidity and Mortality. *NBER Working Paper*, 10653.
- Clausen, T., Christensen, K. B., & Borg, V. (2010). Positive work-related states and long-term sickness absence: A study of register-based outcomes. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3_suppl), 51–58. <https://doi.org/10.1177/1403494809352105>
- Commission on Macroeconomics and Health (CMH). (2001). *Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development.* World Health Organisation.
- Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. (2025). *Finanzstatistik Berichtsjahr 2024.*
- Dalal, K., & Svanström, L. (2015). Economic burden of disability adjusted life years (DALYs) of injuries. *Health*, 7(4), 487–494. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2015.74058>
- Deaton, A. S., & Paxson, C. H. (1998). Aging and inequality in income and health. *American Economic Review*, 88(2), 248–253.
- Drago, R., & Wooden, M. (1992). The Determinants of Labour Absence: Economic Factors and Work Group Norms. *Industrial and Labour Relations Review*, 45, 34–47.
- Eppel, R., Fink, M., Horvath, T., & Mahringer, H. (2024). *Erwerbskarriereverläufe nach Episoden von Arbeitslosigkeit in Niederösterreich.* Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/55510812>
- Eppel, R., & Leoni, T. (2011). New Social Risks Affecting Children. A Survey of Risk Determinants and Child Outcomes in the EU. *WIFO Working Papers*, 386. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/41202>
- Eppel, R., Leoni, T., & Mahringer, H. (2016). *Österreich 2025 – Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven.* WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/58794>
- EU-OSHA. (2019). *The value of occupational safety and health and the societal costs of work-related injuries and diseases.* Publications Office of the European Union. <https://osha.europa.eu/en/publications/value-occupational-safety-and-health-and-societal-costs-work-related-injuries-and>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2007). *Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health.*
- Farrants, K., & Alexanderson, K. (2022). Sickness Absence and Disability Pension in the Trade and Retail Industry: A Prospective Cohort Study of 192,000 White-Collar Workers in Sweden. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 64(11), 912–919. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002634>
- Frijters, P., Haiken-DeNew, J. P., & Shields, M. A. (2005). The causal effect of income on health: Evidence from German reunification. *Journal of Health Economics*, 24(5), 997–1017. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2005.01.004>
- Glocker, C. (2021). Reserve requirements and financial stability. *Journal of International Financial Markets, Institutions and Money*, 71, 101286. <https://doi.org/10.1016/j.intfin.2021.101286>
- Greganova, Z., & Mötz, L. (2025). *Personenbezogene Statistiken 2024. Soziale Sicherheit - Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung*, 2.
- Hanvold, T. N., Kristensen, P., Corbett, K., Hasting, R. L., & Mehlum, I. S. (2020). Long-term sickness absence among young and middle-aged workers in Norway: The impact of a population-level intervention. *BMC Public Health*, 20(1), 1157. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09205-3>

- Hausegger, T., Hlebic, D., Reidl, C., & Reiter, A. (2015). *Evaluierung der betrieblichen Schiene von fit2work*. prospect Unternehmensberatung GmbH. https://www.esf.at/wp-content/uploads/2021/12/endbericht_evaluierung_betriebsberatung_fit2work_prospect-endfassung.pdf
- Hense, A. (2018). *Wahrnehmung der eigenen Prekarität*. Springer-Verlag.
- Hernæs, Ø. (2018). Activation against absenteeism – Evidence from a sickness insurance reform in Norway. *Journal of Health Economics*, 62, 60–68. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.09.007>
- Heyde, K., & Macco, K. (2010). Krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen – Eine Analyse der AOK-Arbeitsunfähigkeitsdaten des Jahres 2008. In B. Badura, H. Schröder, H. Klose, & K. Macco, *Fehlzeiten-Report 2009* (S. 31–40).
- Horvath, T., Hyll, W., Mahringer, H., Lutz, H., & Spielauer, M. (2022). *Ältere am Arbeitsmarkt: Eine Vorausschau bis 2040 als Grundlage für wirtschaftspolitische Maßnahmen*. WIFO. <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/19098022>
- Ichino, A., & Moretti, E. (2006). Biological Gender Differences, Absenteeism and the Earning Gap. *NBER Working Paper*, 12369.
- In't Hout, L., Van Hees, S. G. M., Vossen, E., Oomens, S., Van De Mheen, D., & Blonk, R. W. B. (2024). Factors Related to the Recurrence of Sickness Absence Due to Common Mental Health Disorders: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-024-10224-9>
- Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie*, 34(1), 16–28.
- Jakovljevic, M., Timofeyev, Y., Ranabhat, C. L., Fernandes, P. O., Teixeira, J. P., Rancic, N., & Reshetnikov, V. (2020). Real GDP growth rates and healthcare spending – comparison between the G7 and the EM7 countries. *Globalization and Health*, 16(1), 64. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00590-3>
- Kandi, S. (2024). Understanding Presenteeism in the Workplace. In *Reference Module in Social Sciences*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-13701-3.00522-3>
- Leoni, T. (2011). *Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/42691>
- Leoni, T. (2019). *Entwicklung und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände in Oberösterreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/61534>
- Leoni, T., Biffl, G., & Guger, A. (2008). Krankenstände in Österreich: Bestimmungsfaktoren und Ausblick. *WIFO-Monatsberichte*, 81(1), 63–76.
- Leoni, T., & Böheim, R. (2018). *Fehlzeitenreport 2018. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Präsentismus und Absentismus*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/61487>
- Leoni, T., Brunner, A., & Mayrhuber, C. (2020). *Die Kosten arbeitsbedingter Unfälle und Erkrankungen in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/66519>
- Leoni, T., & Mahringer, H. (2008). *Fehlzeitenreport 2008. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/34220>
- Leoni, T., & Schwinger, J. (2017). *Fehlzeitenreport 2017. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Die alter(n)sgerechte Arbeitswelt*. WIFO - Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/60730>
- Lindbeck, A., Palme, M., & Persson, M. (2006). Job Security and Work Absence: Evidence from a Natural Experiment. *CESifo Working Paper*, 1697.
- Lutz, H. (2022). Aktives und gesundes Altern (Investitionsprioritäten 1.2 und 4.4). In H. Lutz, M. Köpping, A. Leitner, M. Steiner, Z. Vakavlieva, H. Reichert, A. Riesenfelder, C. Sorger, & B. Willsberger, *Das Operationelle Programm „Beschäftigung Österreich 2014 bis 2020“ des Europäischen Sozialfonds. Endbericht der begleitenden Evaluierung*. WIFO. <https://www.wifo.ac.at/publication/47952/>
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A., Maske, U. E., Hapke, U., Seiffert, I., Gaebel, W., Zielasek, J., Maier, W., & Wittchen, H.-U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population—evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3), 289–303.
- Markussen, S., Røed, K., & Schreiner, R. C. (2018). Can Compulsory Dialogues Nudge Sick-Listed Workers Back to Work? *The Economic Journal*, 128(610), 1276–1303. <https://doi.org/10.1111/eoj.12468>

- Marmot, M. G., Smith, G. D., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., & Feeney, A. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *The Lancet*, 337(8754), 1387–1393.
- Marstedt, G., & Müller, R. (1998). *Ein kranker Stand? Fehlzeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst – Privatwirtschaft*. zitiert von Badura et al. *Fehlzeiten-Report 2004, 2005*, S. 279.
- Marstedt, G., Müller, R., & Jansen, R. (2001). Rationalisierung, Arbeitsbelastungen und Arbeitsunfähigkeit im öffentlichen Dienst. In B. Badura, M. Litsch, & C. Vetter, *Fehlzeiten-Report 2001. Gesundheitsmanagement im öffentlichen Sektor* (S. 19–37).
- Martín-Román, Á. L., Moral, A., & Pinillos-Franco, S. (2024). Are women breaking the glass ceiling? A gendered analysis of the duration of sick leave in Spain. *International Journal of Health Economics and Management*, 24(1), 107–134. <https://doi.org/10.1007/s10754-023-09351-2>
- Mayrhuber, C., & Bittschi, B. (2022). *Fehlzeitenreport 2022. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. WIFO. <http://www.wifo.ac.at/www/pubid/69809>
- Mayrhuber, C., & Bittschi, B. (2024). *Fehlzeitenreport 2024. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Gesundheitszustand von Lehrlingen und jungen Erwerbstätigen*. WIFO. <https://www.wifo.ac.at/publication/pid/51695855>
- Meggeneder, O. (2005). *Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe*.
- Morgante, N., Bjørnelv, G. M. W., Aasdahl, L., Nguyen, C., Finland, M. S., Kunst, N., & Burger, E. A. (2025). Evaluating the Health and Economic Impacts of Return-to-Work Interventions: A Modeling Study. *Value in Health*, 28(3), 415–423. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2024.10.3850>
- Mühlenbrock, I. (2016). *Alters- und altersgerechte Arbeitsgestaltung: Grundlagen und Handlungsfelder für die Praxis*. <https://doi.org/10.21934/BAUA:PRAXIS20161116>
- Mulfinger, N., Angerer, P., Erim, Y., Hander, N., Hansmann, M., Herold, R., Kilian, R., Kröger, C., Rothermund, E., Weber, J., Brezinski, J., Feisst, M., Kohl, F., Heming, M., Gündel, H., Herrmann, K., Seega, R., Hondong, S., Brenner, L., ... friaa-Studiengruppe. (2024). Psychische Belastungen bei Erwerbstätigen: Leistungsanspruchnahme und Kosten für das deutsche Gesundheitssystem. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 67(7), 760–771. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03901-w>
- Mutambudzi, M., Theorell, T., & Li, J. (2019). Job Strain and Long-Term Sickness Absence From Work: A Ten-Year Prospective Study in German Working Population. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 61(4), 278–284. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001525>
- Nishiura, C., Nanri, A., Kashino, I., Hori, A., Kinugawa, C., Endo, M., Kato, N., Tomizawa, A., Uehara, A., Yamamoto, M., Nakagawa, T., Yamamoto, S., Honda, T., Imai, T., Okino, A., Miyamoto, T., Sasaki, N., Tomita, K., Nagahama, S., ... Dohi, S. (2017). Age-, sex-, and diagnosis-specific incidence rate of medically certified long-term sick leave among private sector employees: The Japan Epidemiology Collaboration on Occupational Health (J-ECOH) study. *Journal of Epidemiology*, 27(12), 590–595. <https://doi.org/10.1016/j.je.2017.01.003>
- OECD. (2012). *Sick on the Job?: Myths and Realities about Mental Health and Work*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>
- OECD. (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. OECD Publishing.
- OECD. (2021a). *Health at a Glance 2021*. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- OECD. (2021b). *Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response, OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)*. OECD Publishing.
- OECD. (2022). *Promoting Health and Well-being at Work: Policy and Practices*. Organisation for Economic Co-operation and Development. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/promoting-health-and-well-being-at-work_e179b2a5-en
- Oppolzer, A. (2000). Ausgewählte Bestimmungsfaktoren des Krankenstandes in der öffentlichen Verwaltung – Zum Einfluss von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen auf krankheitsbedingte Fehlzeiten. In B. Badura, Litsch, & Vetter, *Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz* (S. 343–362).
- Østby, K. A., Mykletun, A., & Nilsen, W. (2018). Explaining the Gender Gap in Sickness Absence. *Occupational Medicine*, 68(5), 320–326. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy062>
- Pohler, N. (2022). *fit2work-Evaluierung 2021/2022. Personen- und Betriebsberatung*. Statistik Austria. https://www.statistik.at/fileadmin/pages/272/f2w_Endbericht_2022_v23.pdf

- Pons Rotger, G., & Rosholm, M. (2020). The Role of Beliefs in Long Sickness Absence: Experimental Evidence from a Psychological Intervention. *IZA Discussion Paper Series*, 13582. <https://www.econstor.eu/handle/10419/224024>
- Richter, D., & Berger, K. (2013). Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatrische Praxis*, 40, 176–182.
- Richter, D., Berger, K., & Reker, T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 35(7), 321–330.
- Richter, D., Wall, A., Bruen, A., & Whittington, R. (2019). Is the global prevalence rate of adult mental illness increasing? Systematic review and meta analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 393–407.
- Ryen, L., & Svensson, M. (2015). The Willingness to Pay for a Quality Adjusted Life Year: A Review of the Empirical Literature. *Health Economics*, 24(10), 1289–1301. <https://doi.org/10.1002/hec.3085>
- Sarttila, K. H., Kuusela, M., Pohjola, V., Lundqvist, A., Hautala, A. J., Pesola, A. J., & Lahti, J. (2024). Joint associations of leisure time physical activity and screen sitting time with long-term sickness absence due to mental and musculoskeletal diseases: A registry linked follow-up study. *Public Health*, 233, 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2024.05.016>
- Schenkel, A., Krist, K., Meyer, M., & Baumgardt, J. (2024a). Kapitel 21—Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2023: Kurz- und Langzeiterkrankungen. In B. Badura, A. Ducki, J. Baumgardt, M. Meyer, & H. Schröder, *Fehlzeiten-Report 2024. Bindung und Gesundheit – Fachkräfte gewinnen und halten* (S. 351–352). Springer.
- Schenkel, A., Krist, K., Meyer, M., & Baumgardt, J. (2024b). Kapitel 21—Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2023: Langzeitfälle nach Krankheitsarten. In B. Badura, A. Ducki, J. Baumgardt, M. Meyer, & H. Schröder, *Fehlzeiten-Report 2024. Bindung und Gesundheit – Fachkräfte gewinnen und halten* (S. 397–398). Springer.
- Schiestl, D. W., Kalleitner, F., & Kittel, B. (2021). *Austrian Corona Panel Project (ACPP), Wen die Krise bis in den Schlaf verfolgt: Ein Einblick in die Schlafqualität in Österreich*. <https://viecer.univie.ac.at/en/projects-and-cooperations/austrian-corona-panel-project/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog44/>
- Schiestl, D. W., & Pinkert, F. (2021). *Austrian Corona Panel Project (ACPP), Einsamkeit in der Corona-Krise*. <https://viecer.univie.ac.at/corona-blog/corona-blog-beitraege/blog58/>
- Schnabel, C. (1997). *Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsgründe und Reduzierungsmöglichkeiten*.
- Statistik Austria. (2024). *Todesursachenstatistik—Gestorbene in Österreich ab 1970 nach Todesursachen und Geschlecht [Dataset]*.
- Timp, S., Van Foreest, N., & Roelen, C. (2024). Gender differences in long term sickness absence. *BMC Public Health*, 24(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17679-8>
- WHO. (2020). *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: Results of a rapid assessment*.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercher, A., van Os, J., Preisig, M., Salvatore-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.
- Wu, C.-F., Chang, T., Wang, C.-M., Wu, T.-P., Lin, M.-C., & Huang, S.-C. (2021). Measuring the Impact of Health on Economic Growth Using Pooling Data in Regions of Asia: Evidence From a Quantile-On-Quantile Analysis. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.689610>
- Zach, M. (2014). *Psychische Erkrankungen und Invalidität. Sozialpolitische Studienreihe*, 16.

Anhang A: Übersichten zur langfristigen Entwicklung der Krankenstände

Übersicht A1: Entwicklung der Krankenstandstage und der Versicherten

Arbeiter:innen und Angestellte

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

	Krankenstandstage	Versicherte	Krankenstandstage je Versicherte/n	Krankenstandsquote je Versicherte/n in %
2015	40.270.601	3.179.857	12,7	3,5
2016	40.458.342	3.236.840	12,5	3,4
2017	41.522.418	3.310.869	12,5	3,4
2018	44.577.692	3.401.960	13,1	3,6
2019	46.081.242	3.464.704	13,3	3,6
2020	43.188.491	3.391.276	12,7	3,5
2021	43.039.853	3.486.482	12,3	3,4
2022	53.635.012	3.602.329	14,9	4,1
2023	56.087.514	3.651.407	15,4	4,2
2024	55.373.540	3.663.028	15,1	4,1

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

Übersicht A2: Kennzahlen der Krankenstandsentwicklung

Arbeiter:innen und Angestellte

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

	Erkrankungsquote in %	Krankenstandsfälle je Versicherte/n	Krankenstandsfälle je Erkrankte/n	Krankenstandstage je Fall
2017	62,7	1,3	2,1	9,7
2018	64,9	1,4	2,1	9,6
2019	64,0	1,4	2,1	9,7
2020	56,8	1,1	1,9	11,7
2021	57,4	1,2	2,1	10,3
2022	69,5	1,6	2,3	9,4
2023	71,2	1,7	2,3	9,3
2024	70,1	1,6	2,4	9,2

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

Übersicht A3: Krankenstandsquote nach Altersgruppen

Arbeiter:innen und Angestellte

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

	Männer			Frauen			Insgesamt		
	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre In %	50 bis 64 Jahre	Bis 29 Jahre	30 bis 49 Jahre	50 bis 64 Jahre
2015	2,9	2,8	5,0	3,0	3,2	5,1	2,9	3,0	5,1
2016	2,9	2,8	4,9	3,0	3,1	5,0	2,9	2,9	5,0
2017	2,9	2,8	4,9	3,0	3,1	5,0	2,9	2,9	5,0
2018	3,0	2,9	5,0	3,1	3,3	5,1	3,1	3,1	5,1
2019	3,1	3,0	5,1	3,1	3,3	5,2	3,1	3,1	5,1
2020	2,8	2,7	4,9	2,9	3,2	5,1	2,9	3,0	5,0
2021	2,9	2,7	4,6	3,0	3,1	4,8	2,9	2,8	4,7
2022	3,6	3,3	5,2	3,8	3,8	5,6	3,7	3,5	5,4
2023	3,6	3,4	5,4	3,8	3,9	5,8	3,7	3,7	5,6
2024	3,6	3,3	5,4	3,8	3,8	5,6	3,7	3,6	5,5

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

Übersicht A4: Krankenstandsquote nach Geschlecht

Arbeiter:innen und Angestellte

	Arbeiter	Männer Angestellte	Insgesamt	Arbeiter In %	Frauen Angestellte	Insgesamt	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

	Arbeiter	Männer Angestellte	Insgesamt	Arbeiter In %	Frauen Angestellte	Insgesamt	Insgesamt
2016	4,1	2,4	3,3	4,5	3,2	3,6	3,4
2017	4,1	2,4	3,3	4,5	3,2	3,6	3,4
2018	4,3	2,6	3,5	4,7	3,4	3,7	3,6
2019	4,4	2,5	3,5	4,9	3,4	3,8	3,6
2020	4,3	2,3	3,3	5,0	3,3	3,7	3,5
2021	4,2	2,2	3,2	4,7	3,2	3,6	3,4
2022	4,9	2,9	3,9	5,4	3,9	4,3	4,1
2023	5,0	3,0	4,0	5,6	4,1	4,4	4,2
2024	5,1	2,9	4,0	5,5	4,0	4,3	4,1

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

Übersicht A5: **Krankenstandsquoten nach Branchenobergruppen insgesamt**

Arbeiter:innen und Angestellte

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

	Land- und Forstwirtschaft	Industrie	Bauwesen	Dienstleistungen (einschließlich Energie)
	In %			
2016	2,2	3,7	3,5	3,4
2017	2,1	3,7	3,5	3,4
2018	2,4	3,8	3,7	3,5
2019	2,4	3,9	3,7	3,6
2020	2,4	3,6	3,6	3,4
2021	2,3	3,6	3,6	3,3
2022	2,6	4,2	4,0	4,0
2023	2,8	4,4	4,1	4,2
2024	2,9	4,3	4,2	4,1

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

Anhang B: ICD-10-Klassifikation

Übersicht A6: ICD-10-Klassifikation der Krankheiten

Kapitel Nummer und Bezeichnung		Darunter fallen u. a. folgende Krankheiten
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	Infektiöse Darmkrankheiten; Tuberkulose; Bestimmte bakterielle Zoonosen; Sonstige bakterielle Krankheiten; Virushepatitis; HIV; Läuse-, Milbenbefall und sonstiger Parasitenbefall der Haut
II	Neubildungen	Gutartige und bösartige Neubildungen mit Bezeichnung der Lokalisation
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	Alimentäre Anämien; Hämolytische Anämien; Aplastische und sonstige Anämien; Sonstige Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Krankheiten der Schilddrüse; Diabetes mellitus; Sonstige Störungen der Blutglukose-Regulation und der inneren Sekretion des Pankreas; Mangelernährung; Sonstige alimentäre Mangelzustände; Adipositas und sonstige Überernährung; Stoffwechselstörungen
V	Psychische und Verhaltensstörungen	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; Affektive Störungen; Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren; Entwicklungsstörungen
VI	Krankheiten des Nervensystems	Entzündliche Krankheiten des Zentralnervensystems; Systematrophien; Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen; Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus; Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita; Affektionen der Konjunktiva, der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers; Affektionen der Linse, der Aderhaut und Netzhaut; Glaukom; Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	Krankheiten des äußeren Ohres; des Mittelohres und des Warzenfortsatzes; des Innenohres
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	Chronische rheumatische Herzkrankheiten; Hochdruckkrankheit; Ischämische Herzkrankheiten; Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes; Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren; Krankheiten der Venen, Lymphgefäße und Lymphknoten
X	Krankheiten des Atmungssystems	Krankheiten und akute Infektionen der oberen Atemwege; Grippe und Pneumonie; Chronische Krankheiten und sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege; Lungenkrankheiten durch exogene Substanzen; Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	Krankheiten der Mundhöhle, Speicheldrüsen und Kiefer; des Ösophagus, des Magens und des Duodenums; der Appendix; Hernien; Sonstige Krankheiten des Darmes; Krankheiten der Leber; Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas;
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	Infektionen der Haut und Unterhaut; Bullöse Dermatosen; Dermatitis und Ekzem; Papulosquamöse Hautkrankheiten; Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung; Krankheiten der Hautanhangsgebilde
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	Arthropathien; Entzündliche Polyarthropathien; Arthrose; Sonstige Gelenkrankheiten; Systemkrankheiten des Bindegewebes; Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens; Krankheiten der Weichteilgewebe; Krankheiten der Muskeln; Krankheiten der Synovialis und der Sehnen
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	Glomeruläre Krankheiten; Nierenkrankheiten; Urolithiasis; Krankheiten der männlichen Genitalorgane; Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane; Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes

Kapitel Nummer und Bezeichnung		Darunter fallen u. a. folgende Krankheiten
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	Schwangerschaft mit abortivem Ausgang; Ödeme, Proteinurie und Hypertonie während der Schwangerschaft; Sonstige Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	Schädigung des Fetus und Neugeborenen durch mütterliche Faktoren bzw. Komplikationen bei Schwangerschaft, Wehentätigkeit und Entbindung; Geburtstrauma; Hämorrhagische und hämatologische Krankheiten beim Fetus und Neugeborenen
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems; des Auges, des Ohres, des Gesichtes, des Halses; des Kreislaufsystems; des Atmungssystems; Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalte; Chromosomenanomalien
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	Symptome des Kreislaufsystems, Atmungssystems; des Verdauungssystems; der Haut und des Unterhautgewebes; des Nervensystems, Muskel-Skelett-Systems; des Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögens
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	Verletzungen des Kopfes; Halses; Thorax; Abdomens, der Lendenwirbelsäule, des Beckens usw.; Verbrennungen oder Verätzungen; Erfrierungen; Vergiftungen durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen; Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung
XXa	Exogene Noxen – Ätiologie	Exogene Noxen – Ätiologie
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen; die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen; die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen; Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten; mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände
XXII	Schlüsselnummern für besondere Zwecke	Vorläufige Zuordnungen für Krankheiten mit unklarer Ätiologie sowie belegte und nicht belegte Schlüsselnummern (darunter u. a.: schweres akutes respiratorisches Syndrom [SARS]; COVID-19, Virus nachgewiesen; COVID-19, Virus nicht nachgewiesen; COVID-19 in der Eigenanamnese; Post-COVID-19-Zustand; Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen); Infektionserreger mit Resistenzen gegen bestimmte Antibiotika und Chemotherapeutika

Q: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2023). – Die in Abschnitt 1.8 ausgewiesene Gruppe "Übrige Ursachen" der Krankenstandsstatistik umfasst Kapitel XXa, XXI und XXII.

Anhang C: Bezeichnungen der Wirtschaftsklassen nach ÖNACE 2008

Übersicht A7: Abkürzungen und Bezeichnungen der Wirtschaftsklassen nach ÖNACE 2008

Abschnitt Abteilung	Bezeichnung
A	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
A01	Landwirtschaft, Jagd und damit verbundene Tätigkeiten
A02	Forstwirtschaft und Holzeinschlag
A03	Fischerei und Aquakultur
B	Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
B05	Kohlenbergbau
B06	Gewinnung von Erdöl und Erdgas
B07	Erzbergbau
B08	Gewinnung von Steinen und Erden, sonstiger Bergbau
B09	Erbringung von Dienstleistungen für den Bergbau und für die Gewinnung von Steinen und Erden
C	Herstellung von Waren
C10	Herstellung von Nahrungs- und Futtermitteln
C11	Getränkeherstellung
C12	Tabakverarbeitung
C13	Herstellung von Textilien
C14	Herstellung von Bekleidung
C15	Herstellung von Leder, Lederwaren und Schuhen
C16	Herstellung von Holz-, Flecht-, Korb- und Korkwaren (ohne Möbel)
C17	Herstellung von Papier, Pappe und Waren daraus
C18	Herstellung von Druckerzeugnissen; Vervielfältigung von bespielten Ton-, Bild- und Datenträgern
C19	Kokerei und Mineralölverarbeitung
C20	Herstellung von chemischen Erzeugnissen
C21	Herstellung von pharmazeutischen Erzeugnissen
C22	Herstellung von Gummi- und Kunststoffwaren
C23	Herstellung von Glas und Glaswaren, Keramik, Verarbeitung von Steinen und Erden
C24	Metallerzeugung und -bearbeitung
C25	Herstellung von Metallerzeugnissen
C26	Herstellung von Datenverarbeitungsgeräten, elektronischen und optischen Erzeugnissen
C27	Herstellung von elektrischen Ausrüstungen
C28	Maschinenbau
C29	Herstellung von Kraftwagen und Kraftwagenteilen
C30	Sonstiger Fahrzeugbau
C31	Herstellung von Möbeln
C32	Herstellung von sonstigen Waren
C33	Reparatur und Installation von Maschinen und Ausrüstungen
D	Energieversorgung
E	Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
E36	Wasserversorgung
E37	Abwasserentsorgung
E38	Sammlung, Behandlung und Beseitigung von Abfällen; Rückgewinnung
E39	Beseitigung von Umweltverschmutzungen und sonstige Entsorgung
F	Bau
F41	Hochbau
F42	Tiefbau
F43	Vorbereitende Baustellenarbeiten, Bauinstallation und sonstiges Ausbaugewerbe
G	Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
G45	Handel mit Kraftfahrzeugen; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
G46	Großhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen und Krafträdern)
G47	Einzelhandel (ohne Handel mit Kraftfahrzeugen)
H	Verkehr und Lagerei
H49	Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen
H50	Schifffahrt

Abschnitt Abteilung	Bezeichnung
H51	Luftfahrt
H52	Lagerei sowie Erbringung von sonstigen Dienstleistungen für den Verkehr
H53	Post-, Kurier- und Expressdienste
I	Beherbergung und Gastronomie
I55	Beherbergung
I56	Gastronomie
J	Information und Kommunikation
J58	Verlagswesen
J59	Herstellung, Verleih, Vertrieb von Filmen, Fernsehprogrammen; Kinos; Tonstudios, Verlegen von Musik
J60	Rundfunkveranstalter
J61	Telekommunikation
J62	Erbringung von Dienstleistungen der Informationstechnologie
J63	Informationsdienstleistungen
K	Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen
K64	Erbringung von Finanzdienstleistungen
K65	Versicherungen, Rückversicherungen und Pensionskassen (ohne Sozialversicherung)
K66	Mit Finanz- und Versicherungsdienstleistungen verbundene Tätigkeiten
L	Grundstücks- und Wohnungswesen
M	Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen
M69	Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung
M70	Verwaltung und Führung von Unternehmen und Betrieben; Unternehmensberatung
M71	Architektur- und Ingenieurbüros; technische, physikalische und chemische Untersuchung
M72	Forschung und Entwicklung
M73	Werbung und Marktforschung
M74	Sonstige freiberufliche, wissenschaftliche und technische Tätigkeiten
M75	Veterinärwesen
N	Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen
N77	Vermietung von beweglichen Sachen
N78	Vermittlung und Überlassung von Arbeitskräften
N79	Reisebüros, Reiseveranstalter und Erbringung sonstiger Reservierungsdienstleistungen
N80	Wach- und Sicherheitsdienste sowie Detekteien
N81	Gebäudebetreuung; Garten- und Landschaftsbau
N82	Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen für Unternehmen und Privatpersonen a. n. g.
O	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
P	Erziehung und Unterricht
Q	Gesundheits- und Sozialwesen
Q86	Gesundheitswesen
Q87	Heime (ohne Erholungs- und Ferienheime)
Q88	Sozialwesen (ohne Heime)
R	Kunst, Unterhaltung und Erholung
R90	Kreative, künstlerische und unterhaltende Tätigkeiten
R91	Bibliotheken, Archive, Museen, botanische und zoologische Gärten
R92	Spiel-, Wett- und Lotteriewesen
R93	Erbringung von Dienstleistungen des Sports, der Unterhaltung und der Erholung
S	Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
S94	Interessenvertretungen, kirchliche und sonstige religiöse Vereinigungen (ohne Sozialwesen, Sport)
S95	Reparatur von Datenverarbeitungsgeräten und Gebrauchsgütern
S96	Erbringung von sonstigen überwiegend persönlichen Dienstleistungen
T	Private Haushalte mit Hauspersonal, Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
T97	Private Haushalte mit Hauspersonal
T98	Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
U	Exterritoriale Organisationen und Körperschaften

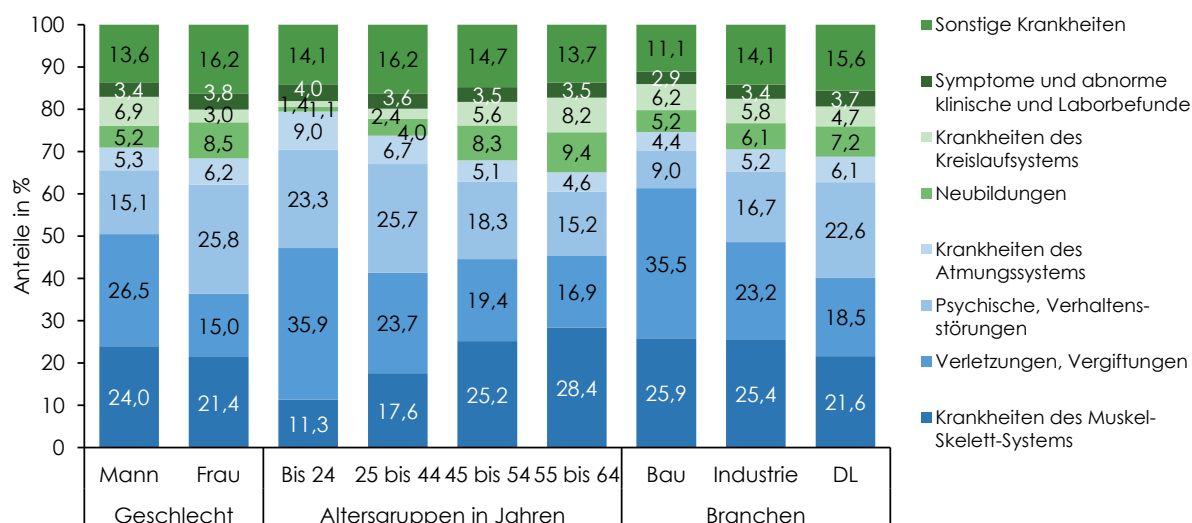
Q: Klassifikationsdatenbank Statistik Austria.

Anhang D: Struktur aller Krankenstände einer Person mit zumindest einem Langzeitkrankenstand

Nachfolgend finden sich die Ergebnisse der Analysen der Gruppe 3 (Abschnitt 2.4), also alle Krankenstandsfälle einer Person, wenn zumindest ein Krankenstandsfall 40 Tage und länger dauert, aber auch alle kürzeren Krankenstände dieser Person sind berücksichtigt. Diese Gruppe gibt einen Überblick über das gesamte Bild von Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Personen mit einem Langzeitkrankenstand. Allerdings nimmt das zusätzliche Krankenstandsgeschehen bei Langzeiterkrankten eine untergeordnete Rolle: In der Gruppe 3 fanden sich mit 7,6% aller Krankenstandsfälle mehr als doppelt so viele wie in der Gruppe 2 (ausschließlich 40-tägige durchgängige Krankenstände) mit 3,1%. Der Anteil der Krankenstandstage in der Gruppe 3 erhöhte sich aber nur von 39,8% auf 43,3% aller Tage.

Abbildung A1: **Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Geschlecht, Altersgruppen sowie Branchen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand**

2024

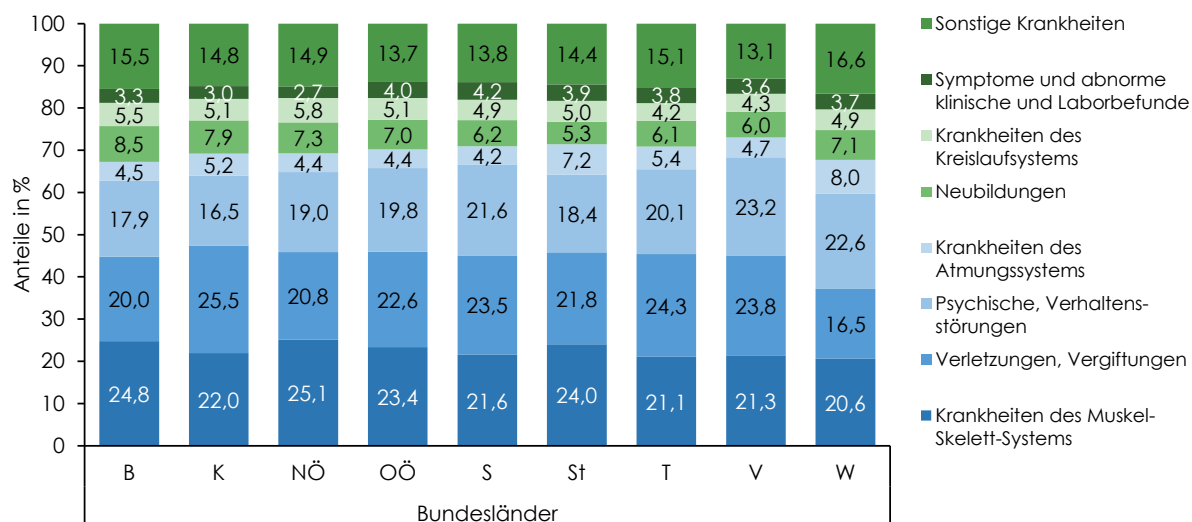


Abkürzungen: DL ... Dienstleistungen.

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen. – Die Einteilung der Branchen erfolgt nach ÖNACE 2008. Bauwesen ... ÖNACE F, Industrie ... ÖNACE C, Dienstleistungen ... ÖNACE G bis U sowie ÖNACE D und ÖNACE E. Zu den Details der ÖNACE-2008-Wirtschaftsklassen siehe Übersicht A7 im Anhang C.

Abbildung A2: **Verteilung der Krankenstandstage nach Krankheitsgruppen und Bundesländern: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand**

2024



Q: Dachverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A8: **Verteilung der Krankheitsgruppen nach Geschlecht: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand**

2024

	Frauen			Männer		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	21,4	17,4	63,0	24,0	20,2	61,9
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	15,0	11,1	69,1	26,5	19,2	71,9
Psychische und Verhaltensstörungen	25,8	12,8	103,4	15,1	7,7	101,5
Krankheiten des Atmungssystems	6,2	21,8	14,5	5,3	20,8	13,4
Neubildungen	8,5	3,4	128,1	5,2	2,3	117,6
Krankheiten des Kreislaufsystems	3,0	2,0	79,4	6,9	3,6	100,6
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	3,8	6,3	31,1	3,4	5,0	35,1
Sonstige Krankheiten	16,2	25,2	33,1	13,6	21,3	33,3
Insgesamt	100,0	100,0	51,3	100,0	100,0	52,0

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A9: Verteilung der Krankheitsgruppen nach Branchen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand

2024

	Bauwesen			Industrie			Dienstleistungen		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	25,9	20,9	69,6	25,4	20,8	58,3	21,6	18,0	62,7
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	35,5	26,0	76,9	23,2	16,7	66,3	18,5	13,6	71,3
Psychische und Verhaltensstörungen	9,0	4,6	110,6	16,7	8,1	98,3	22,6	11,5	103,2
Krankheiten des Atmungssystems	4,4	19,6	12,6	5,2	20,5	12,2	6,1	21,7	14,6
Neubildungen	5,2	2,0	146,7	6,1	2,6	114,4	7,2	3,0	124,1
Krankheiten des Kreislaufsystems	6,2	3,0	116,8	5,8	3,1	90,5	4,7	2,7	91,4
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	2,9	4,7	35,5	3,4	5,2	30,9	3,7	5,9	33,3
Sonstige Krankheiten	11,1	19,3	32,2	14,1	23,0	29,2	15,6	23,6	34,5
Insgesamt	100,0	100,0	56,3	100,0	100,0	47,7	100,0	100,0	52,3

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen. – Die Einteilung der Branchen erfolgt nach ÖNACE 2008. Bauwesen ... ÖNACE F, Industrie ... ÖNACE C, Dienstleistungen ... ÖNACE G bis U sowie ÖNACE D und ÖNACE E. Zu den Details der ÖNACE-2008-Wirtschaftsklassen siehe Übersicht A7 im Anhang C.

Übersicht A10: **Verteilung der Krankheitsgruppen nach Altersgruppen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand**

2024

	Bis 24 Jahre			25 bis 44 Jahre			45 bis 54 Jahre			55 bis 64 Jahre		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	11,3	8,3	37,6	17,6	14,8	52,9	25,2	22,5	65,6	28,4	27,2	71,8
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	35,9	18,5	53,2	23,7	15,7	67,3	19,4	14,7	77,0	16,9	14,0	83,2
Psychische und Verhaltensstörungen	23,3	9,5	67,5	25,7	12,1	94,8	18,3	9,6	111,1	15,2	7,9	132,9
Krankheiten des Atmungssystems	9,0	28,2	8,8	6,7	23,8	12,6	5,1	18,9	15,7	4,6	16,0	19,6
Neubildungen	1,1	0,3	92,3	4,0	1,6	110,7	8,3	4,0	120,4	9,4	4,8	134,2
Krankheiten des Kreislaufsystems	1,4	1,0	39,7	2,4	1,6	67,1	5,6	3,4	95,6	8,2	5,1	110,8
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	4,0	9,1	12,0	3,6	5,7	28,3	3,5	4,8	42,8	3,5	4,5	53,5
Sonstige Krankheiten	14,1	25,3	15,3	16,2	24,7	29,3	14,7	22,1	39,0	13,7	20,4	45,9
Insgesamt	100,0	100,0	27,4	100,0	100,0	44,5	100,0	100,0	58,5	100,0	100,0	68,7

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A11: **Verteilung der Krankheitsgruppen nach Bundesländern (I): Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand**

2024

	Burgenland			Kärnten			Niederösterreich			Oberösterreich			Salzburg		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	24,8	20,3	66,4	22,0	18,4	58,5	25,1	20,3	69,5	23,4	19,5	57,6	21,6	18,2	65,5
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	20,0	14,9	73,2	25,5	18,9	66,0	20,8	15,2	76,9	22,6	15,9	68,4	23,5	18,1	71,2
Psychische und Verhaltensstörungen	17,9	8,9	108,9	16,5	8,9	91,0	19,0	9,4	113,7	19,8	9,9	96,2	21,6	11,4	104,2
Krankheiten des Atmungssystems	4,5	18,5	13,3	5,2	20,0	12,8	4,4	19,9	12,4	4,4	20,8	10,2	4,2	19,7	11,9
Neubildungen	8,5	3,9	119,5	7,9	3,1	124,5	7,3	3,1	132,3	7,0	2,8	120,6	6,2	2,8	119,7
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,5	3,1	96,9	5,1	2,7	91,9	5,8	3,2	101,2	5,1	2,9	86,3	4,9	2,5	107,7
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	3,3	4,8	37,1	3,0	4,8	30,8	2,7	5,0	30,4	4,0	5,4	35,1	4,2	5,6	41,2
Sonstige Krankheiten	15,5	25,6	33,0	14,8	23,0	31,6	14,9	23,9	35,1	13,7	22,9	28,8	13,8	21,6	35,3
Insgesamt	100,0	100,0	54,4	100,0	100,0	49,1	100,0	100,0	56,2	100,0	100,0	48,1	100,0	100,0	55,1

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A12: **Verteilung der Krankheitsgruppen nach Bundesländern (II): Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand**

2024

	Steiermark			Tirol			Vorarlberg			Wien		
	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer	Tage	Fälle	Dauer
	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall	Anteile in %		Tage je Fall
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	24,0	19,7	63,9	21,1	17,0	56,9	21,3	17,0	67,4	20,6	17,9	59,7
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	21,8	16,3	70,2	24,3	17,6	63,5	23,8	19,2	66,5	16,5	11,3	76,1
Psychische und Verhaltensstörungen	18,4	9,4	102,5	20,1	9,9	93,4	23,2	11,7	106,6	22,6	11,3	103,7
Krankheiten des Atmungssystems	7,2	21,3	17,7	5,4	21,3	11,7	4,7	18,8	13,6	8,0	24,3	17,1
Neubildungen	5,3	2,4	115,3	6,1	2,5	109,6	6,0	3,1	105,3	7,1	2,7	133,9
Krankheiten des Kreislaufsystems	5,0	2,8	94,0	4,2	2,4	80,4	4,3	2,6	89,5	4,9	2,7	94,8
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	3,9	5,2	39,0	3,8	5,2	33,5	3,6	5,5	34,7	3,7	7,0	27,8
Sonstige Krankheiten	14,4	22,8	33,1	15,1	24,1	28,6	13,1	22,2	31,6	16,6	22,7	37,8
Insgesamt	100,0	100,0	52,5	100,0	100,0	45,9	100,0	100,0	53,7	100,0	100,0	52,0

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A13: Krankheitsgruppen nach Geschlecht: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand

2024

	Frauen			Männer		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	2.095,5	33,3	1,4	2.673,4	43,2	1,5
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	1.467,1	21,2	1,2	2.953,0	41,1	1,2
Psychische und Verhaltensstörungen	2.527,3	24,4	1,3	1.678,5	16,5	1,3
Krankheiten des Atmungssystems	602,3	41,5	1,5	595,9	44,5	1,5
Neubildungen	833,1	6,5	1,3	580,3	4,9	1,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	297,2	3,7	1,2	764,9	7,6	1,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	372,2	12,0	1,3	376,4	10,7	1,3
Sonstige Krankheiten	1.589,3	48,0	1,6	1.516,9	45,5	1,5
Insgesamt	9.783,9	190,7		11.139,2	214,1	
Anteile an Frauen und Männern gesamt in %						
Insgesamt	46,8	47,1		53,2	52,9	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A14: Krankheitsgruppen nach Branchen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand

2024

	Bauwesen			Industrie			Dienstleistungen		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	531,3	7,6	1,4	1.067,0	18,3	1,5	3.170,5	50,6	1,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	728,6	9,5	1,2	971,6	14,6	1,2	2.720,0	38,2	1,2
Psychische und Verhaltensstörungen	184,2	1,7	1,2	701,6	7,1	1,3	3.319,9	32,2	1,3
Krankheiten des Atmungssystems	89,8	7,1	1,5	220,2	18,1	1,5	888,1	60,8	1,5
Neubildungen	106,1	0,7	1,3	257,9	2,3	1,4	1.049,4	8,5	1,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	126,7	1,1	1,2	243,5	2,7	1,2	691,9	7,6	1,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	60,5	1,7	1,2	141,3	4,6	1,3	546,7	16,4	1,3
Sonstige Krankheiten	227,2	7,1	1,4	592,5	20,3	1,6	2.286,6	66,2	1,6
Insgesamt	2.054,4	36,5		4.195,7	87,9		14.673,1	280,4	
Anteile an Bauwesen, Industrie und Dienstleistungen gesamt in %									
Insgesamt	9,8	9,0		20,1	21,7		70,1	69,3	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen. – Die Einteilung der Branchen erfolgt nach ÖNACE 2008. Bauwesen ... ÖNACE F, Industrie ... ÖNACE C, Dienstleistungen ... ÖNACE G bis U sowie ÖNACE D und ÖNACE E. Zu den Details der ÖNACE-2008-Wirtschaftsklassen siehe Übersicht A7 im Anhang C.

Übersicht A15: **Krankheitsgruppen nach Altersgruppen: Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand**

2024

	Bis 24 Jahre			25 bis 44 Jahre			45 bis 54 Jahre			55 bis 64 Jahre		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	156,1	4,2	1,4	1.235,2	23,4	1,4	1.459,4	22,3	1,4	1.918,2	26,7	1,5
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	493,7	9,3	1,3	1.660,8	24,7	1,2	1.121,6	14,6	1,2	1.144,0	13,8	1,2
Psychische und Verhaltensstörungen	320,5	4,7	1,6	1.800,4	19,0	1,3	1.057,9	9,5	1,2	1.027,0	7,7	1,2
Krankheiten des Atmungssystems	124,4	14,2	1,9	471,2	37,4	1,5	293,1	18,7	1,4	309,4	15,8	1,3
Neubildungen	14,5	0,2	1,2	281,0	2,5	1,3	480,1	4,0	1,4	637,8	4,8	1,4
Krankheiten des Kreislaufsystems	19,2	0,5	1,2	167,3	2,5	1,2	322,0	3,4	1,2	553,7	5,0	1,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	54,7	4,5	1,6	253,4	9,0	1,3	201,4	4,7	1,2	239,1	4,5	1,2
Sonstige Krankheiten	193,8	12,7	2,0	1.136,6	38,9	1,6	853,3	21,9	1,5	922,5	20,1	1,4
Insgesamt	1.376,7	50,2		7.005,9	157,3		5.788,9	99,0		6.751,6	98,3	
Anteile an den Altersgruppen gesamt in %												
Insgesamt	6,6	12,4		33,5	38,9		27,7	24,4		32,3	24,3	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A16: **Krankheitsgruppen nach Bundesländern (I): Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand**

2024

	Burgenland			Kärnten			Niederösterreich			Oberösterreich			Salzburg		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	141,0	2,1	1,4	227,0	3,9	1,4	1.027,9	14,8	1,4	870,1	15,1	1,5	285,0	4,4	1,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	114,1	1,6	1,2	263,3	4,0	1,2	850,9	11,1	1,2	842,6	12,3	1,2	309,4	4,3	1,2
Psychische und Verhaltensstörungen	101,8	0,9	1,2	171,0	1,9	1,3	777,7	6,8	1,2	737,6	7,7	1,4	285,2	2,7	1,3
Krankheiten des Atmungssystems	25,7	1,9	1,4	54,0	4,2	1,5	180,5	14,5	1,4	164,7	16,1	1,5	56,1	4,7	1,5
Neubildungen	48,5	0,4	1,4	81,3	0,7	1,3	300,5	2,3	1,4	261,9	2,2	1,4	81,5	0,7	1,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	31,2	0,3	1,2	53,0	0,6	1,2	238,1	2,4	1,2	191,4	2,2	1,2	64,3	0,6	1,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	18,6	0,5	1,2	31,0	1,0	1,3	111,8	3,7	1,2	147,6	4,2	1,3	55,1	1,3	1,2
Sonstige Krankheiten	88,2	2,7	1,5	153,2	4,9	1,6	610,3	17,4	1,5	510,1	17,7	1,6	182,7	5,2	1,5
Insgesamt	569,2	10,5		1.033,8	21,0		4.097,9	73,0		3.725,9	77,5		1.319,2	24,0	
Anteile an den Bundesländern gesamt in %															
Insgesamt	2,7	2,6		4,9	5,2		19,6	18,0		17,8	19,2		6,3	5,9	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.

Übersicht A17: **Krankheitsgruppen nach Bundesländern (II): Abwesenheiten von 40 Tagen und länger mit zumindest einem Langzeitkrankenstand**

2024

	Steiermark			Tirol			Vorarlberg			Wien		
	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person	Tage	Fälle	Fälle je Person
	Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl		Anzahl in 1.000	Anzahl	
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	746,9	11,7	1,4	345,2	6,1	1,5	194,3	2,9	1,5	931,4	15,6	1,4
Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	676,7	9,6	1,2	398,0	6,3	1,2	216,7	3,3	1,3	748,4	9,8	1,2
Psychische und Verhaltensstörungen	572,5	5,6	1,3	328,0	3,5	1,4	211,8	2,0	1,3	1.020,2	9,8	1,3
Krankheiten des Atmungssystems	223,1	12,6	1,5	88,6	7,6	1,6	43,2	3,2	1,5	362,3	21,1	1,6
Neubildungen	165,4	1,4	1,3	99,4	0,9	1,4	54,6	0,5	1,6	320,3	2,4	1,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	154,0	1,6	1,2	68,3	0,8	1,2	39,5	0,4	1,2	222,4	2,3	1,2
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind	121,0	3,1	1,2	62,0	1,8	1,3	32,5	0,9	1,3	169,0	6,1	1,4
Sonstige Krankheiten	447,7	13,5	1,5	246,3	8,6	1,7	119,1	3,8	1,6	748,6	19,8	1,5
Insgesamt	3.107,2	59,2		1.635,8	35,6		911,7	17,0		4.522,5	87,0	
Anteile an den Bundesländern gesamt in %												
Insgesamt	14,9	14,6		7,8	8,8		4,4	4,2		21,6	21,5	

Q: ÖGK; WIFO INDI-DV auf Basis von Dachverband der Sozialversicherungsträger und Arbeitsmarktservice Österreich; WIFO-Berechnungen.