

**Entwicklung und Verteilung
der psychisch bedingten
Krankenstände in Oberösterreich**

Thomas Leoni

Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl



Entwicklung und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände in Oberösterreich

Thomas Leoni

Jänner 2019

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Im Auftrag der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich

Begutachtung: Hedwig Lutz • EDV: Georg Böhs • Wissenschaftliche Assistenz: Martina Einsiedl

Inhalt

Psychische Erkrankungen bilden eine hohe Hürde für die Erwerbstätigkeit und sind eine der wichtigsten Ursachen von Invalidität. Ihre Bedeutung für das Krankenstandsgeschehen nahm längerfristig stark zu. Dieser Bericht befasst sich mit der Entwicklung und Verteilung psychisch bedingter Krankenstände in Oberösterreich in den Jahren 2005 bis 2016. Nach einem deutlichen Anstieg in den 2000er-Jahren gingen die Fehlzeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen zwischen 2011 und 2016 leicht zurück. Dies war vor allem auf eine Verkürzung der durchschnittlichen Krankenstandsdauer zurückzuführen. Die Zahl der psychisch bedingten Krankenstandstage der Arbeitslosen war um ein Vielfaches höher als jene der Beschäftigten, sie folgte in ihrer Entwicklung über die Zeit aber einem ähnlichen Muster.

Rückfragen: thomas.leoni@wifo.ac.at, martina.einsiedl@wifo.ac.at

2019/001-1/S/WIFO-Projektnummer: 6817

© 2019 Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

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

Verkaufspreis: 50 € • Kostenloser Download: <https://www.wifo.ac.at/www/pubid/61534>

Entwicklung und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände in Oberösterreich

Thomas Leoni

Inhaltsverzeichnis	Seiten
Hauptergebnisse	I
1 Zielsetzung, Begriffsklärung und Vorgehensweise	1
1.1 Definition und Abgrenzung der psychisch bedingten Krankenstände	3
1.2 Beschreibung der Datengrundlage und der verwendeten Begriffe	5
2 Dauer und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände	7
2.1 Die Dauer der psychisch bedingten Krankenstände	7
2.2 Anteil der psychisch bedingten Krankenstände an den Fehlzeiten	8
2.3 Wiederkehrende psychische Erkrankungen im Zeitverlauf	10
3 Erkrankungswahrscheinlichkeit unterschiedlicher Beschäftigtengruppen	12
4 Entwicklungen über die Zeit	15
4.1 Veränderungen im psychische bedingten Anteil an den Fehlzeiten	16
4.2 Die Krankenstandsquote und ihre Entwicklung von 2005 bis 2016	17
4.3 Die Bedeutung demographischer Verschiebungen in der Beschäftigung	21
4.4 Zahl der Betroffenen und der Krankenstandstage pro Kopf	23
4.5 Dauer der Krankenstände im Zeitverlauf	24
5 Häufigkeit des Konsums von Psychopharmaka	26
6 Auswirkungen der Krankenstände auf die Beschäftigung	29
7 Schlussfolgerungen und Diskussion	35
Literaturhinweise	39
Anhang	41

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1.1:	Verteilung der Krankenstände nach Krankenstandsdiagnose und Geschlecht, unselbständig Beschäftigte	2
Übersicht 1.2:	Gliederung des Kapitels V "Psychische und Verhaltensstörungen" der ICD-10	4
Übersicht 1.3:	Glossar der verwendeten Begriffe und Indikatoren	5
Übersicht 2.1:	Verteilung der Krankenstandsfälle nach Dauer und Diagnosegruppe, unselbständig Beschäftigte	7
Übersicht 2.2:	Verteilung der Krankenstandstage nach Dauer und Diagnosegruppe, unselbständig Beschäftigte	8
Übersicht 2.3:	Wiederkehrende Krankenstandsfälle in der Diagnosegruppe "Psychische und Verhaltensstörungen", 2016	11
Übersicht 4.1:	Zerlegung der psychisch bedingten Krankenstandsquote, unselbständig Beschäftigte	22
Übersicht A1:	Wirtschaftsklassen nach ÖNACE 2008	41

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 2.1:	Anteil der psychisch bedingten Krankenstandstage nach Alter und Geschlecht, unselbständig Beschäftigte	9
Abbildung 2.2:	Anteil der psychisch bedingten Krankenstandstage nach Alter und Geschlecht, Arbeitslose	9
Abbildung 3.1:	Wahrscheinlichkeit eines psychisch bedingten Krankenstands nach Alter und Geschlecht, unselbständig Beschäftigte	13
Abbildung 3.2:	Wahrscheinlichkeit eines psychisch bedingten Krankenstands nach Einkommensniveau, unselbständig Beschäftigte	13
Abbildung 3.3:	Wahrscheinlichkeit eines psychisch bedingten Krankenstands nach Wirtschaftsklasse, unselbständig Beschäftigte	15
Abbildung 4.1:	Entwicklung des Anteils der psychisch bedingten Krankenstandstage nach Altersgruppen, unselbständig Beschäftigte	17
Abbildung 4.2:	Entwicklung des Anteils der psychisch bedingten Krankenstandstage nach Altersgruppen, Arbeitslose	17
Abbildung 4.3:	Psychisch bedingte Krankenstandsquote nach Erwerbsstatus, unselbständig Beschäftigte und Arbeitslose	19
Abbildung 4.4:	Psychisch bedingte Krankenstandsquote nach Erwerbsstatus und Alter, unselbständig Beschäftigte und Arbeitslose	20
Abbildung 4.5:	Unselbständig Beschäftigte mit psychischen und Verhaltensstörungen	23
Abbildung 4.6:	Entwicklung der Krankenstandsdauern aller Versicherten, Durchschnitt und Median	25
Abbildung 4.7:	Entwicklung der psychisch bedingten Krankenstände nach Falldauer, alle Versicherten	25
Abbildung 5.1:	Entwicklung des Konsums von Psychopharmaka nach Altersgruppen, unselbständig Beschäftigte	27

Abbildung 5.2: Entwicklung des Konsums von Psychopharmaka nach Geschlecht, unselbständig Beschäftigte	28
Abbildung 5.3: Anteil der Psychopharmaka an allen Heilmitteln, unselbständig Beschäftigte	29
Abbildung 6.1: Verbleibdauer im Beschäftigungsverhältnis nach Krankenstandsdauer und Geschlecht	31
Abbildung 6.2: Verbleibdauer im Beschäftigungsverhältnis mit und ohne psychisch bedingten Krankenstand	32
Abbildung 6.3: Verbleibdauer im Beschäftigungsverhältnis der Beschäftigten mit einem langen Krankenstand	33
Abbildung 6.4: Risiko der Auflösung eines Beschäftigungsverhältnisses	34

Hauptergebnisse

Der vorliegende Bericht befasst sich mit der Verteilung und Entwicklung der **psychisch bedingten Krankenstände in Oberösterreich in den Jahren 2005 bis 2016**. Psychische Erkrankungen sind für die Einschätzung der gesundheitlichen Situation der Erwerbsbevölkerung und für die Ableitung von arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Handlungsempfehlungen von großer Bedeutung. Zusammen mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems stellen sie die Hauptursache für den Bezug von Invaliditätspension und den gesundheitlich bedingten Rückzug aus dem Erwerbsleben dar. Auch ihre Bedeutung für das Krankenstandsgeschehen ist in einer längerfristigen Betrachtung gestiegen. 2016 gingen in Oberösterreich zwar **nur 2,5% der Krankenstandsfälle** auf "psychische und Verhaltensstörungen" zurück, aufgrund ihrer stark überdurchschnittlichen Dauer verursachten diese Fälle **aber 10% des gesamten Fehlzeitenvolumens** der ArbeiterInnen und Angestellten.

Psychische Erkrankungen weisen ein **geschlechtsspezifisches Muster** auf. Ihr Anteil lag 2016 bei Frauen mit 13,4% der Krankenstandstage fast doppelt so hoch wie bei Männern (7,1%). Das Erkrankungsrisiko der beschäftigten Frauen ist in allen Altersgruppen etwa eineinhalb bis zwei Mal höher als jenes der Männer. Unter den **Arbeitslosen** sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede weniger stark ausgeprägt, der Anteil der psychischen Erkrankungen am Krankenstandsgeschehen ist aber ungleich höher als bei den Beschäftigten. Etwa jeder vierte Krankenstand der Arbeitslosen hat eine psychische Ursache. In einer Betrachtung nach Alter ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit (d. h. die Wahrscheinlichkeit eines psychisch bedingten Krankenstandsfalls im Jahresverlauf) für **alle Altersgruppen ab 25 Jahren** ähnlich hoch. Der Anteil der psychisch bedingten an allen Krankenstandstagen ist für die 30- bis 49-Jährigen am höchsten und nimmt bei den Älteren – trotz der steigenden Krankenstandsdauern und der höheren Anzahl an Tagen – wieder leicht ab (weil die Häufigkeit anderer Erkrankungen zunimmt).

Die **Krankenstandsquote** – ein Maß für den Verlust an Jahresarbeitszeit durch Fehlzeiten infolge psychischer Erkrankungen – betrug 2016 bei den Beschäftigten 0,35%. Rein statistisch verzeichnete demnach jede Arbeitskraft im Jahresdurchschnitt 1,3 Krankenstandstage wegen einer psychischen Erkrankung. Dieser Wert **stieg zwischen 2005 und 2011 von 0,15% auf 0,39%** an, während in den nachfolgenden Jahren eine **Trendumkehr** stattfand, mit einem leichten **Rückgang der Quote**. Die Krankenstandsquote der **Jüngeren** (bis 29 Jahre) wich von diesem Muster ab und **erhöhte sich auch nach 2011**, allerdings in geringerem Ausmaß als in der Vorperiode. In Oberösterreich war die Krankenstandsquote der Beschäftigten 2016 etwas höher als im Durchschnitt aller Bundesländer. Der österreichische Wert entwickelte sich allerdings ungünstiger, mit einem weiteren Anstieg zwischen 2011 und 2015 und einem erstmaligen Rückgang 2016.

Unterschiedliche Faktoren können sich auf die Krankenstandsquote auswirken und einen Beitrag zur Erklärung ihrer Veränderungen im Zeitablauf leisten. **Demographische Verschiebun-**

gen in der Beschäftigungsstruktur üben über die Zeit einen moderaten, aber konstanten Druck auf die Krankenstandsquote aus. Dieser Effekt rührt einerseits daher, dass sich die Altersstruktur der Beschäftigten graduell nach oben verschiebt, andererseits daher, dass die Zahl der Frauen – die öfter als Männer psychische Krankenstandsdiagnosen verzeichnen – anteilmäßig zunimmt. Über den gesamten Zeitraum trug diese demographische Komponente aber nur mit knapp einem Zehntel zur Gesamtsteigerung der psychisch bedingten Fehlzeiten bei. Gesundheitliche Veränderungen, d. h. die Veränderungen der Krankenstandsquoten in den einzelnen Altersgruppen der Männer und Frauen, bestimmten die restlichen 90% der Steigerung.

Arbeitslose sind **um ein Vielfaches stärker** von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen als Beschäftigte: Das Verhältnis der Krankenstandsquoten der beiden Gruppen lag in den jüngsten Jahren beim 5- bis 6-Fachen. Zwar verzeichnen Arbeitslose auch allgemein – d. h. über alle Diagnosegruppen – höhere Krankenstandsquoten als die Beschäftigten, allerdings nur etwa um das 2-Fache. Aus der einschlägigen Literatur ist bekannt, dass psychisch bedingte Gesundheitsprobleme einerseits ein besonders hoher Risikofaktor für Arbeitslosigkeit sind, gleichzeitig schlagen sich die gesundheitlich negativen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit (vor allem von Langzeitarbeitslosigkeit) besonders in Form von psychischen Erkrankungen nieder. Die überproportional hohe Inzidenz psychisch bedingter Krankenstände in Arbeitslosigkeit ist somit die Folge sowohl von **Selektions- als auch von Verstärkungseffekten**.

Beschäftigung und Arbeitslosigkeit stellen gewissermaßen kommunizierende Gefäße dar. Ein Rückgang bei den Beschäftigten bei gleichzeitigem Anstieg der psychisch bedingten Erkrankungen der Arbeitsuchenden könnte als Hinweis dafür gewertet werden, dass ein Teil der Erwerbspersonen mit psychischen Gesundheitsproblemen im Zeitverlauf arbeitslos geworden ist und keinen Weg zurück in Beschäftigung finden konnte. Aus den Analysen geht jedoch hervor, dass **die Krankenstandsquoten der Beschäftigten und Arbeitslosen über die Zeit einem sehr ähnlichen Muster folgten**. Auch der Anteil der Arbeitslosen an den psychisch Erkrankten war mit einem Fünftel hoch, aber im hier betrachteten Zeitraum sehr stabil.

Psychische Leiden verursachen häufig **lange Krankenstände**. In Summe gingen 2016 über drei Viertel der Fehltage aufgrund psychischer Gesundheitsprobleme auf Krankenstandsepisoden von mindestens sechs Wochen zurück. Über alle Krankheitsgruppen hinweg waren es nur 38%. Nach einer Verlängerung der durchschnittlichen Dauer zwischen 2005 und 2011, die vor allem einer Zunahme der sehr langen Krankenstandsepisoden geschuldet war, gingen sowohl die durchschnittliche als auch die mittlere (mediane) Dauer nach 2011 zurück. Die Zahl der **Kurzkrankenstände** (ein bis drei Tage) ist in der gesamten Periode **stetig gestiegen**, während die überlangen Fälle (mehr als 14 Wochen) konstant und die mittellangen bis langen Fälle (eine bis mehrere Wochen) nach 2011 rückläufig waren. In den vergangenen Jahren kam es demzufolge zu einem **Rückgang der Krankenstandstage pro erkrankte Person**, während der Anteil der **betroffenen Personen**, der zwischen 2005 und 2011 deutlich zugenommen hatte, **stabil** blieb.

Der Konsum von **Psychopharmaka**, d. h. von Medikamenten, die im weiteren Sinne im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen verschrieben werden, veränderte sich im Zeitverlauf ähnlich wie die psychisch bedingten Krankenstandsquoten. 2016 konsumierten die oberösterreichischen Beschäftigten **pro Kopf fast 60% mehr dieser Medikamente** als noch 2005. Der Anstieg war ebenfalls auf die Jahre bis 2011 beschränkt. So wie psychische Erkrankungen als Krankenstandsursache **in den jüngsten Jahren stabil** bzw. in einigen Teilgruppen der Erwerbsbevölkerung leicht rückläufig waren, blieb auch der Pro-Kopf-Konsum von Psychopharmaka annähernd konstant. Der Konsum der Jüngeren, der auf einem deutlich niedrigeren Niveau als jener der höheren Altersgruppen liegt, hatte zwischen 2005 und 2011 den stärksten Zuwachs. Der Anteil der Psychopharmaka an allen von den unselbständig Beschäftigten konsumierten Medikamenten nahm über die Zeit und für alle Altersgruppen kontinuierlich zu.

Psychische Erkrankungen stellen für die betroffenen Arbeitskräfte – neben der unmittelbaren Beeinträchtigung von Gesundheit und Wohlbefinden – auch ein Risiko für die Erwerbslaufbahn dar. Analysen der **Beschäftigungsstabilität** zeigen nicht nur, dass mit der Dauer des Krankenstands und unabhängig von der Diagnose die Wahrscheinlichkeit steigt, dass ein bestehendes Dienstverhältnis aufgelöst wird, sondern auch, dass psychisch bedingte Krankenstände **im Vergleich zu anderen Krankenständen mit ähnlicher Dauer** ein **erhöhtes Risiko** der (freiwilligen oder unfreiwilligen) Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses nach sich ziehen.

Der Anstieg der psychisch bedingten Fehlzeiten in den 2000er-Jahren kann als Teil eines **breiteren, international feststellbaren Trends** interpretiert werden. Bereits seit geraumer Zeit wird in der Wissenschaft darüber diskutiert, inwiefern die Verschlechterung von Indikatoren der psychischen Gesundheit auf eine stärkere Verbreitung von psychischen Erkrankungen oder (auch) auf Fortschritte in der Erkennung von psychischen Störungen und eine Ausweitung des Konzepts psychischer Krankheiten zurückzuführen ist. Der Krankschreibungsprozess stellt weitgehend eine "black box" dar, weshalb die Zunahme der oberösterreichischen Krankenstände in den Jahren 2005 bis 2011 und, vor allem, die Unterbrechung dieses Trends und der leichte Rückgang in den jüngsten Jahren noch **offene Fragen** aufwerfen und **weiteren Forschungsbedarf** aufzeigen.

Entwicklung und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände in Oberösterreich

1 Zielsetzung, Begriffsklärung und Vorgehensweise

Psychische Erkrankungen sind für die Einschätzung der gesundheitlichen Situation der Erwerbsbevölkerung und für die Ableitung von arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Handlungsempfehlungen von großer Bedeutung. Zusammen mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems stellen sie die Hauptursache für den Bezug von Invaliditätspension und den gesundheitlich bedingten Rückzug aus dem Erwerbsleben dar. Ihr Anteil an den (diagnostizierten) Ursachen von Arbeitsunfähigkeit ist seit Jahren im Steigen begriffen. In den vergangenen Jahren gingen deutlich über 30% der anerkannten Invaliditätspensionsanträge auf diese Krankheitsgruppe zurück. Psychische Erkrankungen stellen nachweislich eine besonders hohe Hürde für die Wiedereingliederung am Arbeitsmarkt dar (siehe z. B. Gensby *et al.*, 2012, OECD, 2015A).

Die Zahl der Krankenstandsfälle, die laut *Krankenstandsstatistik* auf "psychische und Verhaltensstörungen" zurückgeht, ist vergleichsweise niedrig. Sie lag in Österreich 2016 bei 2,4% aller Fälle. Aufgrund der stark überdurchschnittlichen Dauer von psychisch bedingten Erkrankungen betrug ihr Anteil am gesamten Fehlzeitenvolumen der ArbeiterInnen und Angestellten allerdings 9,2%. Die Tendenz ist seit Jahren steigend, 2005 gingen noch 1,7% der Fälle und 4,3% der Tage auf psychische Diagnosen zurück. In Oberösterreich ist der Anteil der psychisch bedingten Krankenstände ebenfalls stark gestiegen, er lag 2016 bei 2,5% der Fälle und 9,8% der Tage (Übersicht 1.1). Somit zählen psychische und Verhaltensstörungen nunmehr auch zu den wichtigsten Krankenstandsursachen. Die Zunahme an psychischen Krankenstandsdiagnosen ist, gekoppelt an das sehr niedrige Ausgangsniveau, auch Ausdruck dessen, dass die tatsächliche Verbreitung von psychischen Gesundheitsproblemen, die in der Vergangenheit stärker anderen Diagnosen zugeschrieben wurden, graduell zum Vorschein kommt.

Die aggregierten Krankenstandsstatistiken werfen neben der ursächlichen Erklärung des Anstiegs über die Zeit eine Reihe von weiteren Fragen zur Betroffenheit durch psychische Erkrankungen auf. Hinter den Durchschnittswerten bestehen zum Teil sehr ausgeprägte Unterschiede nach Geschlecht und Altersgruppen. Der Anteil der psychischen Erkrankungen am gesamten Krankenstandsvolumen ist beispielsweise bei Frauen deutlich höher als bei Männern. In Oberösterreich gingen 2016 bei Frauen 13,4% der Krankenstandstage auf psychische und Verhaltensstörungen zurück, bei den Männern waren es nur 7,1%. Die durchschnittliche Krankenstandsdauer war dagegen mit etwa 35 Tagen pro Fall für beide Gruppen ähnlich. Aufgrund der laufenden Verschiebungen in der Beschäftigungsstruktur stellt sich die Frage, inwiefern die Gesamtdurchschnittswerte durch unterschiedliche Entwicklungen für einzelne Beschäftigtengruppen geprägt sind. Damit zusammenhängend geht aus den veröffentlichten Statistiken nicht hervor, wie groß die Gruppe der durch psychische Leiden betroffenen ArbeitnehmerInnen ist und ob bzw. wie sich der Kreis der Betroffenen über die

Zeit verändert hat. Es ist auch offen, inwiefern Krankheitsverläufe zu Selektionsprozessen führen und somit die Statistik indirekt durch Übergang von psychisch erkrankten Personen in die Arbeitslosigkeit oder durch frühzeitige Erwerbsaustritte beeinflussen.

*Übersicht 1.1: Verteilung der Krankenstände nach Krankenstandsdiagnose und Geschlecht, unselbständig Beschäftigte
Oberösterreich, 2016*

ICD-10	Tage			Fälle		
	Frauen	Männer	Insgesamt Anteile in %	Frauen	Männer	Insgesamt
I-Infektiöse und parasitäre Krankheiten	6,6	6,7	6,7	15,9	16,5	16,2
II-Neubildungen	4,8	3,0	3,8	1,0	0,7	0,9
III-Krankheiten des Blutes u. a.	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
IV- Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0,9	0,6	0,7	0,4	0,3	0,4
V-Psychische und Verhaltensstörungen	13,4	7,1	9,8	3,3	1,8	2,5
VI-Krankheiten des Nervensystems	2,5	1,7	2,1	2,6	1,5	1,9
VII-Krankheiten des Auges u. a.	0,7	0,8	0,8	1,0	1,1	1,1
VIII-Krankheiten des Ohres u. a.	0,7	0,7	0,7	0,9	1,0	0,9
IX-Krankheiten des Kreislaufsystems	2,7	4,3	3,6	1,9	1,8	1,8
X-Krankheiten des Atmungssystems	19,9	18,6	19,2	37,0	35,4	36,1
XI-Krankheiten des Verdauungssystems	3,1	3,8	3,5	4,8	4,8	4,8
XII-Krankheiten der Haut und der Unterhaut	1,0	1,5	1,3	1,0	1,3	1,1
XIII-Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	21,4	23,4	22,5	12,6	16,5	14,8
XIV-Krankheiten des Urogenitalsystems	3,7	1,0	2,2	3,8	0,9	2,2
XV-Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2,0	0,0	0,9	1,6	0,0	0,7
XIX-Verletzungen und Vergiftungen	11,8	22,3	17,8	5,9	11,5	9,0
Sonstige ¹⁾	4,7	4,2	4,4	6,3	4,8	5,4
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Umfasst die Gruppen: XVI-Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben, XVII-Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien, XVIII-Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind, XX-Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität, XXI-Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, XXII-Schlüsselnummern für besondere Zwecke.

Die vorliegende Studie setzt sich das Ziel, im Lichte empirischer Analysen die soeben aufgeworfenen Fragen für Oberösterreich zu untersuchen, das Krankenstandsgeschehen der Jahre 2005 bis 2016 im Detail zu beleuchten und handlungspolitisch relevante Erkenntnisse zur Verteilung und Entwicklung der psychisch bedingten Krankenstände zu präsentieren. In einem ersten Schritt (Kapitel 2 und Kapitel 3) werden, ausgehend vom Jahr 2016, wichtige Merkmale der psychisch bedingten Krankenstände und ihre Bedeutung für das Krankenstandsgeschehen insgesamt untersucht. Dabei stehen auch Unterschiede zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen sowie nach Alter und Geschlecht im Fokus. Kapitel 4 widmet sich den Entwicklungen über die Zeit und insbesondere der Frage, wodurch die Veränderungen in der Krankenstandsquote, d. h. in der Zahl an psychisch bedingten Fehltagen gemessen an den Beschäftigungs- bzw. Versicherungszeiten, erklärt werden können. In weiteren Schritten (Kapitel 5 und Kapitel 6) werden der Konsum von Medikamenten, die mit psychischen Erkrankungen in Ver-

bindung stehen (Psychopharmaka), sowie die Auswirkungen psychischer Erkrankungen auf die Beschäftigungsstabilität der betroffenen Personen untersucht. Die nachfolgenden Abschnitte (1.1 und 1.2) liefern Begriffsdefinitionen und eine Datenbeschreibung, die dabei helfen sollen, die Ergebnisse aus den empirischen Untersuchungen zu verorten und korrekt zu interpretieren.

1.1 Definition und Abgrenzung der psychisch bedingten Krankenstände

Der Krankenstand ist als eine Abwesenheit vom Arbeitsplatz aufgrund einer krankheits- oder unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit definiert. Laut den gesetzlichen Bestimmungen liegt Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit¹⁾ dann vor, wenn und solange der bzw. die Anspruchsberechtigte nicht oder nur mit Gefahr der Verschlechterung des Gesundheitszustands oder der Erkrankung fähig ist, der bisherigen Beschäftigung nachzugehen (siehe z. B. GSVG § 106 Abs. 3). Auch Arbeitslose können krankgeschrieben werden und dementsprechend Krankenstände verzeichnen. Ausgangspunkt eines Krankenstands im engeren Sinne ist deshalb eine Veränderung des Gesundheitszustands, die Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Die größte Teilmenge dieser Kategorie ist durch Krankheiten bzw. Unfälle gegeben, auch Kur- und Rehabilitationsaufenthalte zählen zum Krankenstand. Der Mutterschutz und andere mit einer normal verlaufenden Schwangerschaft in Verbindung stehende Abwesenheiten werden dagegen davon ausgenommen. Die so definierten Krankenstände stehen im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung. Die Begriffe Krankenstand und krankheitsbedingte bzw. gesundheitlich bedingte Fehlzeiten werden hier als Synonym verstanden und verwendet.

Bei der Krankschreibung, die durch ÄrztInnen im niedergelassenen Bereich oder in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der Krankenversicherungsträger (z. B. Gesundheitszentren) erfolgen kann, wird die Krankenstandsursache mittels einer Diagnose festgehalten. Der vorliegende Bericht stützt sich auf Daten der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK), in denen die Krankenstandsdiagnosen mithilfe der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD) erfasst sind. Die ICD wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und ist das wichtigste, weltweit anerkannte Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen. Die derzeit gültige Ausgabe dieser Klassifikation ist die ICD-10, darin sind die psychischen und Verhaltensstörungen im Kapitel V angeführt. Dieses fünfte Kapitel der ICD-10 ist weiter nach Krankheitsgruppen in elf Unterabschnitte gegliedert. Die Codes aller Unterabschnitte beginnen mit dem Buchstaben F, zusätzliche Ziffern erlauben genauere Angaben (Übersicht 1.2). Mit "psychisch bedingten Krankenständen" bzw. "psychisch bedingten Fehlzeiten" und Ähnlichem werden hier jene Krankenstände bezeichnet, deren Diagnose in das Kapitel V der ICD-10 fällt.

¹⁾ Gemäß ASVG § 120 Abs. 1 ist Krankheit ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht.

Übersicht 1.2: Gliederung des Kapitels V "Psychische und Verhaltensstörungen" der ICD-10

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F30-F39	Affektive Störungen
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F70-F79	Intelligenzminderung
F80-F89	Entwicklungsstörungen
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen

Q: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information.

Psychische Gesundheitsprobleme werden in der ICD-Klassifikation unabhängig von ihren Ursachen zugeordnet. Der Fokus liegt auf dem Erscheinungsbild jeder Erkrankung und nicht auf der Entstehung, die sich bei vielen psychischen Störungen bisher noch nicht eindeutig erklären lässt bzw. zwischen Therapieschulen zum Teil unterschiedlich bewertet wird. Eine gesonderte Erwähnung gebührt in diesem Zusammenhang der Frage, wie das Burnout-Syndrom innerhalb der ICD-10 erfasst wird. Obwohl Burnout als gesundheitliches Phänomen in der Öffentlichkeit sehr präsent ist und gerade im Zusammenhang mit der Arbeitswelt stark thematisiert wird, existiert derzeit keine einheitliche oder gar international akkordierte Definition des Burnout-Syndroms (Kaschka et al., 2011). Burnout entspricht keiner eindeutigen medizinischen Diagnose und hat bisher noch nicht Eingang in die ICD gefunden (und ebenso wenig in die im angelsächsischen Raum verbreitete DSM-Klassifikation psychischer Störungen).²⁾

Die WHO hat in der ICD-10 neben dem Klassifikations- und Diagnosesystem für Krankheiten, das festgelegte operationalisierte Kriterien angibt, in einem Anhang Faktoren benannt, die das Befinden des Einzelnen beeinträchtigen können. In diesem Anhang werden unter der Ziffer Z.73 "Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" und unter der Unterziffer Z.73.0 "Burnout gleichbedeutend mit Zustand der totalen Erschöpfung" angeführt. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) empfiehlt ÄrztInnen in einem Positionspapier, bei PatientInnen mit einem Burnout-Beschwerdebild ohne eine psychische Erkrankung nach der ICD-10 diese Codierung zu verwenden (Berger et al., 2012). Vor diesem Hintergrund wird in diesem Bericht neben den Diagnosen von Kapitel V der ICD-10 auch die Diagnosekategorie Z.73 zu den psychisch bedingten Krankenständen gezählt und ausgewertet. Gleichzeitig ist davon auszugehen, dass in der Praxis Burnout-Diagnosen gelegentlich durch Zuordnung zu "Ausweichdiagnosen" erfasst werden, wie zum Beispiel "Depression" oder "Neurasthenie" (Kaschka et al., 2011).

²⁾ Das wird sich voraussichtlich auch in den derzeit in Ausarbeitung befindlichen neuen Ausgaben der ICD und DSM, der ICD-11 und der DSM-V, nicht ändern.

1.2 Beschreibung der Datengrundlage und der verwendeten Begriffe

Der vorliegende Bericht basiert auf Auswertungen eines pseudonymisierten Individualdatensatzes der OÖGKK mit Informationen zu den Krankenstandsfällen (Beginn- und Enddatum) und ihren Diagnosen für die Periode 2005 bis 2016. Die OÖGKK-Daten beinhalten auch Informationen zum Heilmittelkonsum (gemessen in Packungen). Diese Daten wurden mit Sozialversicherungsdaten des Hauptverbands der Sozialversicherungsträger (HVB) kombiniert, die am WIFO verfügbar sind und laufend aufbereitet werden (WIFO-INDI-DV). Aus diesen Daten gehen Charakteristika der Erwerbslaufbahn (vor allem Versicherungszeiten in Beschäftigung und Arbeitslosigkeit, Beschäftigungsbranche und Lohnniveau gemessen an der Beitragsgrundlage) der oberösterreichischen ArbeitnehmerInnen sowie persönliche Merkmale wie Alter und Geschlecht hervor. Ähnliche Datensätze wurden bereits in zahlreichen anderen WIFO-Forschungsarbeiten (siehe z. B. *Leoni – Mahringer, 2008, Mayrhuber – Tockner, 2012, Eppel et al., 2017*) sowie in internationalen Studien (z. B. *Card et al., 2007, Lalive – Zweimüller, 2009, Boone et al., 2011*) eingesetzt. Die Kombination aus gesundheitsbezogenen Daten der OÖGKK und arbeitsmarktbezogenen Daten des HVB ermöglicht es, die psychischen Gesundheitsprobleme in der Erwerbsbevölkerung und ihre Entwicklung zu beleuchten sowie den Zusammenhang zwischen Krankenstand und Erwerbssituation zu berücksichtigen.

Übersicht 1.3: Glossar der verwendeten Begriffe und Indikatoren

Begriff	Definition	Erläuterung
Krankenstandstage (auch: Fehlzeiten, Fehltage)	Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Ausfallzeiten. Einheit: Kalendertage	Nicht mit entfallenen Arbeitstagen gleichzusetzen, da arbeitsfreie Zeiten (wie z. B. Wochenenden) mit einbezogen werden.
Krankenstandsfälle (auch: Krankenstände, Krankenstandsepisoden)	Anzahl der durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsabwesenheit.	Jede Arbeitsunfähigkeitsmeldung, die nicht nur die Verlängerung einer vorangegangenen Meldung ist, wird als ein Fall gezählt.
Krankenstandstage je Versicherte/n	Anzahl der Krankenstandstage im Laufe eines Jahres je Versicherte/n. Einheit: Kalendertage (je Versicherte/n)	Sowohl unselbständig Beschäftigte als auch Arbeitslose können Krankenstandstage verzeichnen.
Krankenstandsquote	Anzahl der Krankenstandstage im Jahr, dividiert durch die Versicherungstage. Einheit: in %	Indikator für den Verlust an Jahresarbeitsdagen; entspricht den Krankenstandstagen je Versicherte/n mal 100 durch 365.
Krankenstandsdauer	Durchschnittliche Dauer eines Krankenstandsfalles. Einheit: Kalendertage	Indikator für die Schwere einer Erkrankung.
Erkrankungswahrscheinlichkeit	Wahrscheinlichkeit, im Jahresverlauf (zumindest) einen Krankenstandsfall zu verzeichnen. Einheit: in %	

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

Zur Beschreibung des Krankenstandsgeschehens werden unterschiedliche Begrifflichkeiten und Indikatoren verwendet (Übersicht 1.3). Neben der Unterscheidung zwischen Krankenstandstagen (auch Fehlzeiten, Fehltage) und Krankenstandsfällen (auch Krankenstände, Krankenstandsepisoden) ist die Definition der Krankenstandsquote besonders relevant. Diese entspricht dem Quotienten aus Krankenstandstagen und Versicherungszeiten und drückt die durch Krankenstände entgangenen Tage im Jahr mit einem prozentuellen Wert aus. Die Zahl der Krankenstandstage je Versicherte/n ist eng mit der Krankenstandsquote verwandt, bezieht sich aber auf die Zahl der Kalendertage im Jahr, an denen die Versicherten im Durchschnitt krankgeschrieben waren.

Der OÖGKK-Datensatz umfasst nur bei der Gebietskrankenkasse versicherte ArbeiterInnen, Angestellten sowie Arbeitslose. Andere in Oberösterreich beschäftigte ArbeitnehmerInnen, wie Vertragsbedienstete und pragmatisierte Bedienstete der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, sind nicht darin enthalten. Auch die Versicherten der Krankenfürsorgeanstalten sind aus den Daten und somit aus der Betrachtung ausgenommen. 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. Die Zuordnung der Krankenstände und der dazu gehörenden Krankenstandstage zu einem Jahr erfolgt auf Basis des Datums des Krankenstandsbeginns. So zählen beispielsweise auch die Tage einer Krankenstandsepisode, die Ende 2015 begonnen und sich dann vorwiegend ins Jahr 2016 fortgesetzt hat, vollständig zum Jahr 2015. Ebenso wird ein Krankenstand der Gruppe der Beschäftigten (bzw. Arbeitslosen) zugeordnet, wenn die erkrankte Person zum Stichtag des Krankenstandsbeginns beschäftigt (bzw. arbeitslos) war.

Die Erfassung der Krankenstände in den administrativen Statistiken spiegelt institutionelle Aspekte wider, die bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden müssen. Eine grundlegende Unschärfe ergibt sich aus der Tatsache, dass in den Daten nur Krankenstandsfälle mit einer ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfasst sind. Wenn Beschäftigte sich bei ihrem Arbeitgeber ohne Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses krankmelden dürfen (was gesetzlich bis zum dritten Arbeitsunfähigkeitstag möglich ist), 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. Den verfügbaren Schätzungen zufolge dürfte diese Untererfassung eine durchaus relevante, aber in Bezug auf das gesamte Fehlzeitenvolumen überschaubare Größenordnung haben (Leoni – Uhl, 2016).³⁾ Eine weitere Einschränkung im Datenbestand ergibt sich durch das Fehlen von Informationen zum Beschäftigungsausmaß der Versicherten bzw. der Erkrankten. Dadurch, dass die Arbeitszeiten in den Sozialversicherungsdaten nicht erfasst sind, ist es nicht möglich, bei den Auswertungen der Fehlzeiten auf die effektiv verloren gegangenen Arbeitsstunden einzugehen.

³⁾ Berechnungen anhand unterschiedlicher Szenarien zeigen, dass bei Einrechnung aller Kurzkrankenstände die Zahl der Krankenstandstage um 8% bis 12% höher liegen würde (diese Schätzungen basieren auf Daten für das Jahr 2014).

2 Dauer und Verteilung der psychisch bedingten Krankenstände

In diesem Abschnitt bilden die Dauer der Krankenstände und der Anteil der psychisch bedingten Erkrankungen am Krankenstandsgeschehen den Gegenstand der Betrachtung. Darüber hinaus wird untersucht, inwiefern Beschäftigte im Zeitverlauf wiederholt aufgrund psychischer Gesundheitsprobleme im Krankenstand sind.

2.1 Die Dauer der psychisch bedingten Krankenstände

Psychische und Verhaltensstörungen dauern häufig länger als die Krankenstände der anderen Diagnosegruppen. 2016 hatten 38% der psychisch bedingten Krankenstandsfälle eine Dauer von mehr als zwei Wochen (Übersicht 2.1). Unter allen Krankenständen lag dieser Anteil bei nur 11%. Noch markanter ist der Unterschied bei Betrachtung von sehr langen Krankenstandsepisoden: Fast jeder zehnte psychisch bedingte Krankenstand dauert länger als 14 Wochen (99 Tage und mehr), im Schnitt aller Krankenstände trifft das nur auf ein Hundertstel der Fälle zu, auch bei den Muskel-Skelett-Erkrankungen auf weniger als ein Fünzigstel der Fälle.

*Übersicht 2.1: Verteilung der Krankenstandsfälle nach Dauer und Diagnosegruppe, unselbständig Beschäftigte
Oberösterreich, 2016*

	Psychische und Verhal- tensstörungen	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Krankheiten des Atmungs- systems	Krankheiten des Muskel- Skelett- Systems	Sonstige	Insgesamt
Anteile in % der Krankenstandsfälle						
Bis 3 Tage	21,1	63,9	41,3	29,7	47,1	44,5
4 bis 7 Tage	22,3	30,3	47,0	30,0	21,6	33,4
8 bis 14 Tage	18,6	4,8	9,9	16,4	13,4	11,3
15 bis 42 Tage	19,1	0,9	1,7	19,1	12,7	7,9
43 bis 98 Tage	10,1	0,1	0,1	3,1	3,6	1,8
99 Tage und mehr	9,0	0,1	0,0	1,8	1,7	1,0
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Krankenstandsfälle	2,5	16,2	36,1	14,8	30,4	100,0

Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73.

Die ungleiche Verteilung der Krankenstandsdauer nach Krankheitsgruppen schlägt sich erwartungsgemäß auch bei einer Betrachtung der Tage statt der Fälle nieder (Übersicht 2.2). Über alle Krankheitsgruppen hinweg entfällt ein Viertel der Fehlzeiten auf sehr lange Krankenstandsepisoden von mehr als 14 Wochen. Muskel-Skelett-Erkrankungen liegen nahe an diesem Durchschnittswert, bei weit verbreiteten ansteckenden Erkrankungen wie grippalen Infekten und Atemwegerkrankungen ist der Anteil der überlangen Krankenstände am Fehlzeitenvolumen viel geringer (zwischen 2% und 3,5%). Im Bereich der psychischen Erkrankungen gehen dagegen fast 60% der Fehltag auf diese Kategorie von Krankenstandsfällen zurück,

weitere 18% auf Fälle mit einer Dauer von 7 bis 14 Wochen. In Summe gingen 2016 mehr als drei Viertel der Krankenstandstage aufgrund psychischer Störungen auf Episoden von über sechs Wochen zurück. Durch diese Konzentration auf lange Krankheitsverläufe verursachten psychische und Verhaltensstörungen trotz der geringen Fallzahlen (2,5% aller Krankenstandsfälle) im betrachteten Zeitraum einen beträchtlichen Anteil des Fehlzeitenvolumens (9,8%).

*Übersicht 2.2: Verteilung der Krankenstandstage nach Dauer und Diagnosegruppe, unselbstständig Beschäftigte
Oberösterreich, 2016*

	Psychische und Verhal- tensstörungen	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	Krankheiten des Atmungs- systems	Krankheiten des Muskel- Skelett- Systems	Sonstige	Insgesamt
Anteile in % der Krankenstandstage						
Bis 3 Tage	1,2	37,4	20,2	4,4	6,8	10,3
4 bis 7 Tage	3,3	39,7	49,3	11,2	8,9	18,7
8 bis 14 Tage	5,6	12,6	20,0	12,5	11,3	12,8
15 bis 42 Tage	13,0	5,3	7,1	31,4	24,6	20,4
43 bis 98 Tage	17,8	1,6	1,2	14,4	17,5	12,6
99 Tage und mehr	59,2	3,5	2,2	26,1	30,8	25,2
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Krankenstandstage	9,8	6,7	19,2	22,5	41,9	100,0

Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73.

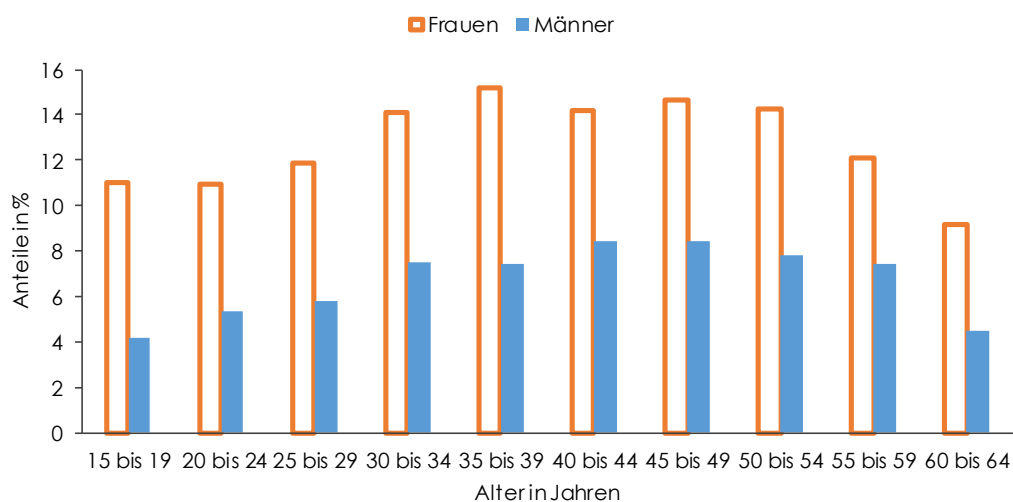
Eine Betrachtung der Arbeitslosen, die hier ausgespart wurde, zeigt zum Teil Unterschiede zu den unselbstständig Beschäftigten. Zwar sind psychische Erkrankungen bei den Arbeitslosen sowie bei Erwerbstätigen meist mit langen Krankenstandsepisoden verbunden. Die Anteile der langen (43 bis 98 Tage) und sehr langen (99 Tage und mehr) Fälle an den gesamten Fehltagen sind mit 20% bzw. 61% nahezu identisch. Allerdings kommt bei den Arbeitsuchenden den Langzeitkrankenständen auch in den restlichen Diagnosegruppen ein sehr hohes Gewicht zu. Fast 40% der Krankenstandstage fallen in die Kategorie der längsten Fälle, weitere 17% in jene der Fälle zwischen 6 und 14 Wochen. Auf die Unterschiede zwischen Beschäftigten und Arbeitslosen wird im nächsten Abschnitt sowie in weiterer Folge noch eingegangen.

2.2 Anteil der psychisch bedingten Krankenstände an den Fehlzeiten

Aus Übersicht 1.1 im einleitenden Abschnitt geht hervor, dass psychisch bedingte Fehlzeiten ungleich zwischen Männern und Frauen verteilt sind. Eine detailliertere Betrachtung für das Jahr 2016 zeigt, dass es darüber hinaus altersspezifische Unterschiede gibt und dass diese wiederum zwischen den Beschäftigten und den Arbeitslosen nicht identisch ausfallen (Abbildung 2.1 und Abbildung 2.2). In allen Altersgruppen haben psychisch bedingte Krankenstände bei Frauen ein deutlich höheres Gewicht als bei Männern – wenn Frauen krank

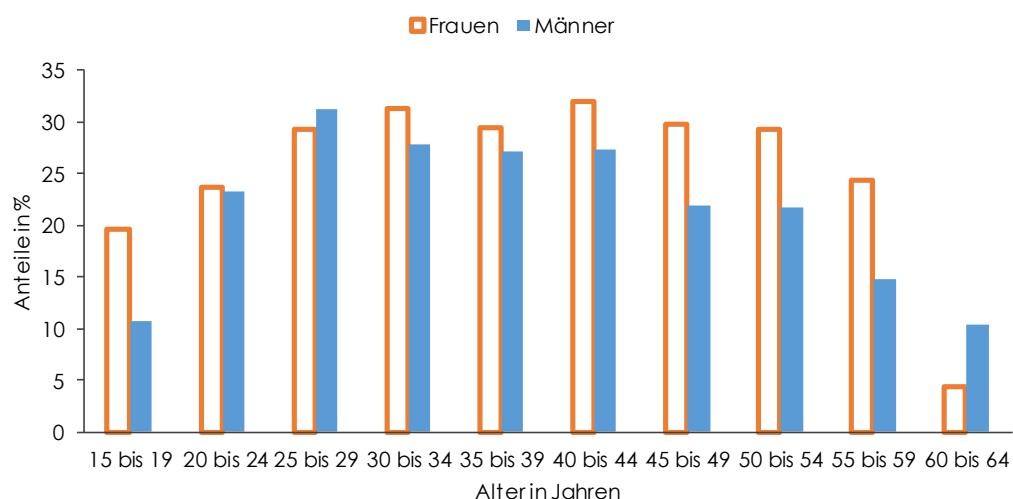
sind, dann öfter psychisch bedingt. Bei den Arbeitslosen sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Allgemeinen viel kleiner.

Abbildung 2.1: Anteil der psychisch bedingten Krankenstandstage nach Alter und Geschlecht, unselbständig Beschäftigte
Oberösterreich, 2016



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73.

Abbildung 2.2: Anteil der psychisch bedingten Krankenstandstage nach Alter und Geschlecht, Arbeitslose
Oberösterreich, 2016



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73.

Das altersspezifische Muster ist bei Beschäftigten und Arbeitslosen ähnlich, mit einem geringeren Anteil am Erkrankungsgeschehen in den jüngeren Altersgruppen, einem hohen Anteil im Haupterwerbsalter und einem erneut niedrigeren Anteil bei den Älteren. Das Niveau unterscheidet sich allerdings beträchtlich: Während beispielsweise bei den beschäftigten Frauen im Haupterwerbsalter nicht ganz 15% der Fehltage auf psychische Krankheitsdiagnosen zurückgehen, trifft das bei den arbeitslosen Frauen auf 30% der Krankenstandstage zu. Bei den Männern ist der Unterschied noch deutlicher ausgeprägt: 8% der Krankenstandstage der Beschäftigten, aber ein Viertel der Krankenstandstage der arbeitslosen Männer zwischen 30 und 50 Jahren sind psychisch bedingt.

Diese Befunde decken sich mit den Erkenntnissen aus bereits vorliegenden Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und psychischer Gesundheit. Durch Arbeitslosigkeit verursachte negative gesundheitliche Effekte führen gemeinsam mit Selektionsprozessen am Arbeitsmarkt dazu, dass Arbeitslose im Schnitt einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand als die Erwerbstätigen aufweisen (*Hollenderer, 2006*). Dieser Unterschied ist in Bezug auf die psychische Gesundheitsdimension besonders stark ausgeprägt. Die überproportional hohe Inzidenz psychisch bedingter Krankenstände in Arbeitslosigkeit ist somit die Folge sowohl von Selektions- als auch von Verstärkungseffekten.

Rezessionen und Phasen mit hoher Arbeitslosigkeit gehen im Allgemeinen mit einer erhöhten Inzidenz von psychischen Gesundheitsproblemen einher, insbesondere Depressionen, Suizidgefährdung und Suchtmittelmissbrauch, auch wenn diese Effekte nicht immer groß und die kausalen Wirkungszusammenhänge nicht eindeutig geklärt sind (*Goldman-Mellor et al., 2010*). Es liegen zudem Hinweise vor, wonach Männer von den negativen Folgen von Wirtschaftskrisen und Arbeitslosigkeit stärker betroffen sind als Frauen.⁴⁾ *Gordo (2006)* zeigt in ihrer Analyse deutscher Daten aus dem sozioökonomischen Panel auch, dass für Männer bereits kurze Phasen der Arbeitslosigkeit mit einer Verschlechterung des subjektiven Gesundheitszustands einhergehen, während das bei Frauen nicht der Fall ist. *Artazcoz et al. (2004)* stellen in einer Studie für Spanien ebenfalls stärkere negative Effekte von Arbeitslosigkeit auf das psychische Wohlbefinden der Männer fest. Diese negativen Effekte konnten nur für verheiratete Männer beobachtet werden, für Alleinlebende gab es zwischen den Geschlechtern keine signifikanten Unterschiede. Für Frauen stellte der familiäre Kontext dagegen auf gesundheitlicher Ebene bei Arbeitslosigkeit einen protektiven Faktor dar, was auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich sozial anerkannter Rollen im Haushaltskontext zurückzuführen sein dürfte.

2.3 Wiederkehrende psychische Erkrankungen im Zeitverlauf

Neben der Dauer und Verteilung von psychisch bedingten Erkrankungen ist auch die Frage von Interesse, inwiefern die gleichen Personen im Zeitverlauf mehrere psychisch bedingte

⁴⁾ In Bezug auf die Auswirkungen von Wirtschaftskrisen auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung finden zwar nicht alle Untersuchungen geschlechtsspezifische Unterschiede (siehe z. B. *Dagher et al., 2015* für die USA), dort wo Unterschiede festgestellt wurden, waren jedoch Männer stärker betroffen als Frauen (siehe z. B. *Bambra, 2011*).

Krankenstände verzeichnen und somit von wiederkehrenden Krankheitsverläufen gesprochen werden kann. Auswertungen für 2016 zeigen, dass im Jahresverlauf 3,5% der versicherten Arbeitslosen und unselbständig Beschäftigten einen psychisch bedingten Krankenstand verzeichneten. Die Quote war unter den Arbeitslosen mit 10,5% deutlich höher als unter den Beschäftigten (2,9%). In den meisten Fällen (79%) handelte es sich dabei um Personen, die im Jahresverlauf nur einen Krankenstandsfall mit psychischer Diagnose hatten (Übersicht 2.3). Etwas weniger als ein Sechstel (15,3%) der Betroffenen (Beschäftigte und Arbeitslose) verzeichnete im selben Jahr noch einen zweiten psychisch bedingten Krankenstand, nur 6% hatten drei oder mehr Krankenstandsepisoden in dieser Diagnosegruppe. Angesichts der (typischerweise) sehr langen Dauer dieser Krankenstandsepisoden stellen bereits zwei oder drei Fälle innerhalb von einem Jahr für die betroffenen Personen eine sehr hohe Belastung dar.

Übersicht 2.3: Wiederkehrende Krankenstandsfälle in der Diagnosegruppe "Psychische und Verhaltensstörungen", 2016

Oberösterreich

	Krankenstandsfälle innerhalb von ...			
	5 Jahren 2012 bis 2016	3 Jahren 2014 bis 2016	2 Jahren 2015 bis 2016	1 Jahr 2016
<i>Zahl der Fälle</i>				
1	51,1	58,0	64,0	78,6
2	21,2	21,3	20,8	15,3
3 bis 5	20,5	16,9	13,4	5,6
Mehr als 5	7,3	3,7	1,9	0,4
Insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Q: ÖÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen.

Wenn das Zeitfenster ausgeweitet wird, steigt der Personenanteil mit wiederkehrenden Krankenständen. Unter den 2015 Erkrankten hatten 64% im selben und im darauffolgenden Jahr keinen weiteren psychisch bedingten Krankenstandsfall, rund ein Drittel dagegen mindestens eine weitere Episode. Der Anteil steigt auf 42%, wenn alle Personen herangezogen werden, die 2014 erkrankten und im selben oder einem der beiden darauffolgenden Jahre einen oder mehrere weitere Krankenstandsfälle mit einem psychischen Diagnosebild verzeichneten. Bei Betrachtung von fünf Jahren (Ausgangsjahr 2012) war knapp die Hälfte der Erkrankten mehrmals krankgeschrieben. Diese Zahlen unterschätzen jedoch den Anteil der Personen mit wiederkehrenden psychischen Erkrankungen, weil zwar sowohl arbeitslose als auch beschäftigte Versicherte in der Analyse inkludiert sind, aber nicht berücksichtigt wird, wenn Versicherte sich aus dem Arbeitsmarkt zurückziehen und somit in den vorliegenden Daten nicht mehr aufscheinen können.

An diesen Zahlen ist zu erkennen, dass die Mehrheit der Betroffenen einzelne Krankenstände mit einer psychischen Diagnose verzeichnet, während wiederkehrende Episoden derselben Diagnosegruppe im kürzeren Zeitraum eher die Ausnahme darstellen. Bei Betrachtung eines längeren Zeitraums wird aber deutlich, dass ein erheblicher Teil der Betroffenen wiederholt

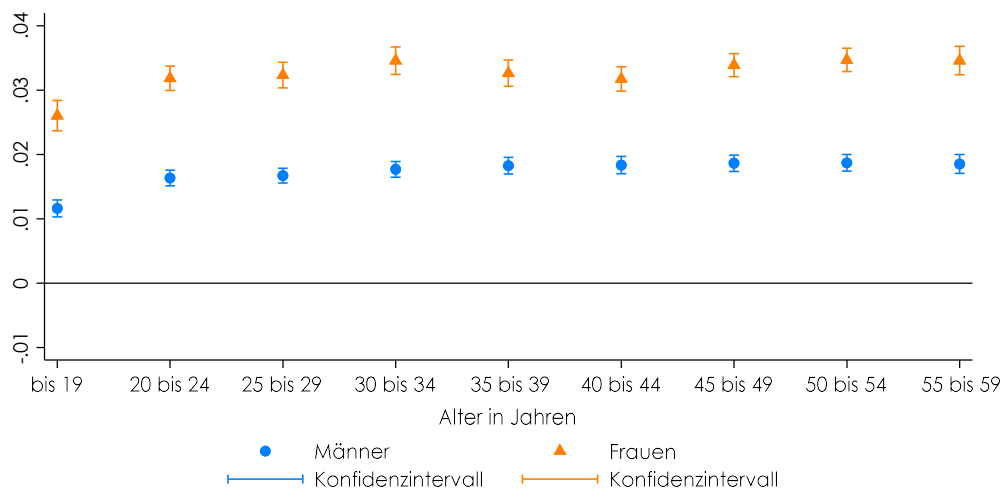
aufgrund von psychischen Gesundheitsproblemen krankgeschrieben ist. Zu berücksichtigen ist dabei, dass bei einer Ausweitung des Zeitfensters eine zunehmende Anzahl an Personen nicht durchgehend beobachtet werden kann, weil diese Personen (unter Umständen gerade aufgrund der gesundheitlichen Probleme) zwischenzeitlich den Arbeitsmarkt verlassen haben. Die Auswertungen vermitteln ein erstes Bild der Häufigkeit von wiederkehrenden Erkrankungen. Präzisere Rückschlüsse auf Form und Ausmaß chronisch psychischer Krankheiten sind aber anhand der hier präsentierten Daten nicht möglich, unter anderem weil gerade bei chronischen Gesundheitsproblemen das Krankenstandsgeschehen nur eine partielle Sicht der Problematik abbildet.

3 Erkrankungswahrscheinlichkeit unterschiedlicher Beschäftigtengruppen

In diesem Kapitel werden Unterschiede in der Erkrankungswahrscheinlichkeit verschiedener Personengruppen untersucht. Dabei stehen multivariate Regressionsanalysen im Vordergrund, anhand derer die Wahrscheinlichkeit eines psychisch bedingten Krankenstands für bestimmte Gruppen im Jahresverlauf errechnet wird. Die jeweils relevante Unterscheidungsgröße (Alter, Geschlecht, Branche, Lohnniveau) kann dabei unter Berücksichtigung der restlichen Merkmale als Drittvariable isoliert werden. Das Lohnniveau wird an der Beitragsgrundlage für Sozialversicherungsabgaben gemessen und ist somit sowohl nach unten (aufgrund der Geringfügigkeitsgrenze) als auch nach oben (aufgrund der Höchstbeitragsgrundlage) beschränkt. Aufgrund der fehlenden Informationen für Arbeitslose beschränkt sich die Analyse auf Personen, die in Beschäftigung waren. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Jahr 2016. Durch die Berücksichtigung der Beschäftigungstage der einzelnen Versicherten wird den Fällen mit unterjähriger Beschäftigung Rechnung getragen.

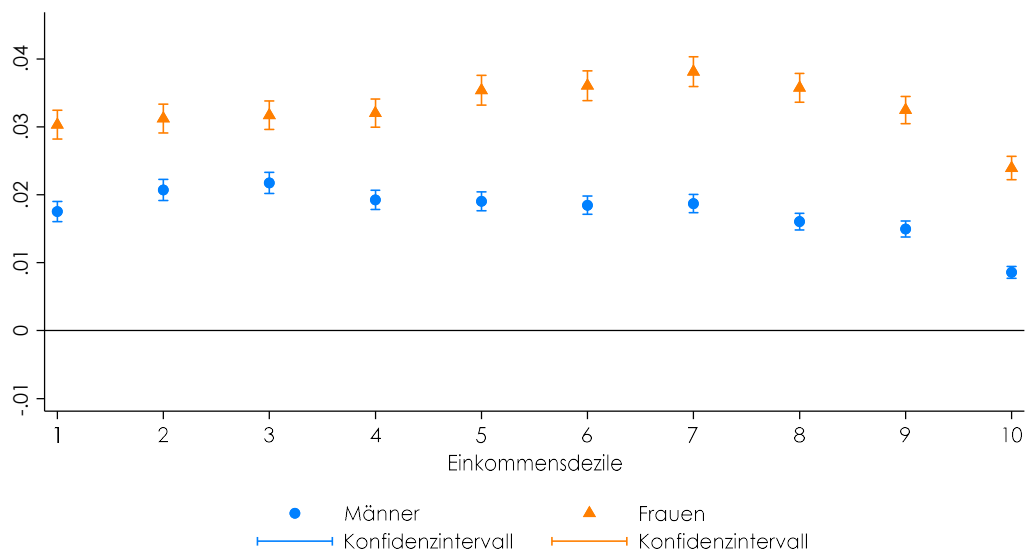
Abbildung 3.1 bezieht sich auf alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit, im Jahresverlauf einen psychisch bedingten Krankenstand zu verzeichnen. Während die vorangegangenen Darstellungen (Abbildung 2.1 und Abbildung 2.2) nur den Anteil (also das relative Gewicht) von psychischen Erkrankungen am Krankenstandsgeschehen der einzelnen Gruppen zeigen, drückt diese Abbildung die Erkrankungswahrscheinlichkeit im Jahresverlauf aus. Wie aus Abbildung 3.1 ersichtlich ist, haben Frauen in allen Altersgruppen eine Erkrankungswahrscheinlichkeit, die um das 1½- bis 2-Fache höher ist als jene der Männer. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist über die Altersgruppen weitgehend konstant, was im Umkehrschluss bedeutet, dass die altersspezifischen Muster der Frauen und Männer sehr ähnlich verlaufen. Anders als der Anteil an psychisch bedingten Krankenstandstagen, der im Alter sowohl für Männer als auch für Frauen abnimmt (weil die Häufigkeit anderer Erkrankungen zunimmt), ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit der Männer und Frauen ab der Altersgruppe der 20- bis 24-Jährigen weitgehend stabil.

Abbildung 3.1: Wahrscheinlichkeit eines psychisch bedingten Krankenstands nach Alter und Geschlecht, unselbständig Beschäftigte
Oberösterreich, 2016



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73. Wahrscheinlichkeit, im Jahresverlauf einen psychisch bedingten Krankenstand zu verzeichnen, berechnet auf Basis eines logistischen Regressionsmodells unter Berücksichtigung von Lohnniveau (Beitragsgrundlage), Beschäftigungstagen, Wirtschaftsklasse und Betriebsgröße. Die vertikalen Linien zeigen das 95%-ige Konfidenzintervall des Wertes.

Abbildung 3.2: Wahrscheinlichkeit eines psychisch bedingten Krankenstands nach Einkommensniveau, unselbständig Beschäftigte
Oberösterreich, 2016



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73. Wahrscheinlichkeit, im Jahresverlauf einen psychisch bedingten Krankenstand zu verzeichnen, berechnet auf Basis eines logistischen Regressionsmodells unter Berücksichtigung von Alter, Beschäftigungstagen, Wirtschaftsklasse und Betriebsgröße. Das Einkommensniveau wurde anhand der Beitragsgrundlage ermittelt, die Einteilung in Einkommensdezile erfolgte für Frauen und Männer separat. Die vertikalen Linien zeigen das 95%-ige Konfidenzintervall des Wertes.

Abbildung 3.2 zeigt, inwiefern es entlang der Dezile der Einkommensverteilung Unterschiede in der Erkrankungswahrscheinlichkeit der Frauen und Männer gibt. Dabei wird gleichzeitig auch für das Alter sowie für Wirtschaftsklasse, Betriebsgröße und Beschäftigungstage kontrolliert. Anders als bei der Altersverteilung, wo zwischen Männern und Frauen ein sehr ähnliches Muster zum Vorschein tritt, bestehen entlang der Einkommensverteilung beträchtliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei den Frauen steigt die Erkrankungswahrscheinlichkeit mit dem Einkommen zunächst nur marginal und dann vom 5. bis 8. Dezil deutlicher an. In den höheren Dezilen ist die Wahrscheinlichkeit eines psychisch bedingten Krankenstands dann wieder rückläufig. Die einkommensspezifischen Unterschiede sind bei den Männern anders gelagert, die höchsten Werte finden sich im 2. und 3. Dezil, während die Erkrankungswahrscheinlichkeit in den weiteren Einkommensgruppen niedriger ist. Auch in diesem Fall sind es die Personen mit dem höchsten Lohnniveau, die eine besonders niedrige psychische Krankenstandswahrscheinlichkeit haben (unter 1%). Damit bestätigt sich in diesem Kontext der bereits vielfach nachgewiesene allgemeine Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit. Ein Teil dieser Korrelation geht auf die Wirkung von Gesundheit auf Einkommen zurück: Ungesündere Menschen sind in ihrer Leistungsfähigkeit und ihren Möglichkeiten, Einkommen zu erwirtschaften, benachteiligt und sind deshalb überproportional stark auf die unteren Segmente der Einkommensverteilung konzentriert. Gleichzeitig hat das Einkommen, das auch Ausdruck anderer gesundheitsrelevanter Größen wie sozialer Status und Bildung ist, seinerseits einen positiven Effekt auf Gesundheit.

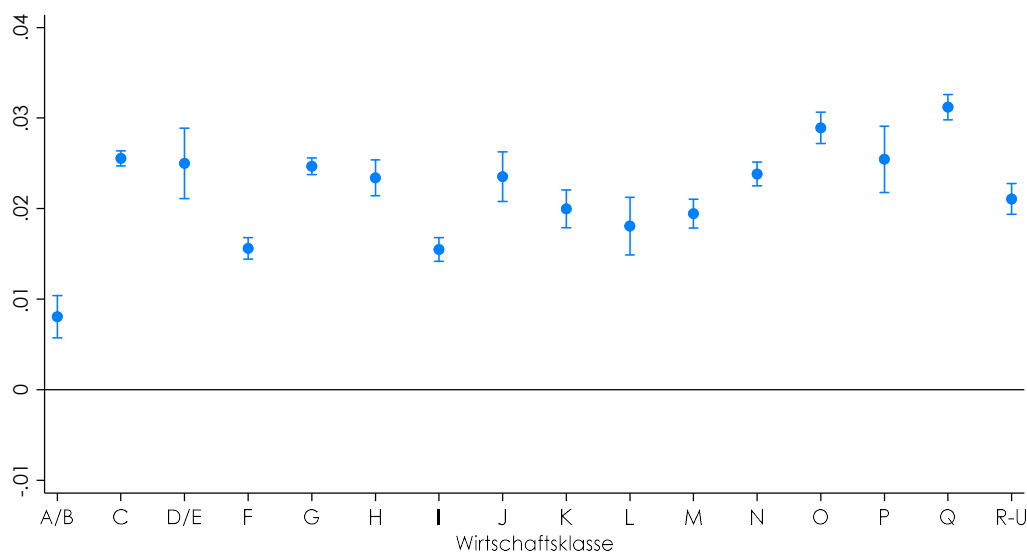
Herauszustreichen ist der Umstand, dass der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit in den hier untersuchten Daten bei Männern und Frauen offensichtlich nicht die exakt gleiche Form hat. Unter den Männern sind – erwartungsgemäß – die Beschäftigten mit niedrigem Lohnniveau am stärksten von psychischen Erkrankungen betroffen. Hier dürften die beiden kausalen Wirkungskanäle, von Einkommen auf Gesundheit und von Gesundheit auf die Erwerbs- und somit Einkommensmöglichkeiten, in die gleiche Richtung wirken. Unter den weiblichen Beschäftigten haben dagegen Frauen mit mittel- bis mittelhohen Lohnniveaus eine höhere Erkrankungswahrscheinlichkeit als andere. Auch eine Erweiterung der Analyse auf alle Krankenstandsdiagnosen (hier nicht dargestellt) zeigt ein ähnliches Muster, wonach die Erkrankungswahrscheinlichkeit bei Männern in den unteren Einkommensgruppen höher ist und dann sinkt, während bei den Frauen Bezieherinnen von mittleren Einkommen am stärksten betroffen sind.

Dieser geschlechtsspezifische Unterschied kann in Ermangelung weiterer Unterscheidungsmerkmale nicht erklärt werden. Es können zwei Hypothesen aufgestellt werden, die durch weitere Untersuchungen aufgrund besser geeigneter Daten (mit Informationen zum Haushaltskontext usw.) geprüft werden müssten. Das Lohnniveau korreliert mit der Arbeitszeit, weshalb gerade bei den Frauen die höheren Einkommensgruppen vermehrt aus Vollzeitbeschäftigten bestehen dürften, während in den unteren Dezilen der Lohnverteilung vorwiegend Teilzeitbeschäftigte zu finden sind. Vor diesem Hintergrund lässt sich erstens vermuten, dass zu den Frauen mit mittleren bis höheren Einkommen vielfach auch Beschäftigte mit einem

niedrigen Vollzeitlohn (d. h. je Stunde) zählen. Diese Beschäftigtengruppe könnte demnach in Bezug auf andere Charakteristika (z. B. Qualifikation, berufliche Stellung) größere Ähnlichkeit mit den Männern der unteren Einkommensdezile aufweisen, was wiederum bedeuten würde, dass für beide Geschlechter ähnliche Einflussfaktoren auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit einwirken.

Zweitens könnte bei Frauen mit mittelhohen Einkommen die Kombination aus beruflichen und familiären Verpflichtungen eine Rolle für die überdurchschnittlich hohe Erkrankungswahrscheinlichkeit spielen. Das nicht-lineare Muster im Zusammenhang zwischen Lohnniveau und Gesundheit der Frauen würde sich demnach aus dem Zusammenspiel des positiven Effekts von Einkommen auf die Gesundheit und möglichen Gesundheitsbelastungen ergeben, die mit dem Ausmaß der beruflichen Aktivität und in Kombination mit familiären Verpflichtungen zunehmen. Bei den bestverdienenden Frauen könnten diese negativen Effekte in ihrer Bedeutung wieder hinter den positiven Effekten des Einkommens (und der damit assoziierten Merkmale wie Bildung usw.) zurücktreten.

Abbildung 3.3: Wahrscheinlichkeit eines psychisch bedingten Krankenstands nach Wirtschaftsklasse, unselbständig Beschäftigte
Oberösterreich, 2016



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73. Wahrscheinlichkeit, im Jahresverlauf einen psychisch bedingten Krankenstand zu verzeichnen, berechnet auf Basis eines logistischen Regressionsmodells unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Beschäftigungstagen, Lohnniveau (Beitragsgrundlage) und Betriebsgröße. Die vertikalen Linien zeigen das 95%-ige Konfidenzintervall des Wertes. Die Bezeichnung der Wirtschaftsklassen findet sich in Übersicht A1 im Anhang.

Die letzte Abbildung in diesem Abschnitt zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit psychisch bedingter Krankenstände in den meisten Branchen – unter Berücksichtigung der Beschäftigungsstruktur nach Alter und Geschlecht, des Lohnniveaus und der Betriebsgröße – vergleichbar hoch ist bzw. sich nicht statistisch signifikant voneinander unterscheidet (Abbildung 3.3). Das trifft

beispielsweise auf die Herstellung von Waren (Wirtschaftsklasse C), die Energie- und Wasserversorgung (D/E), den Handel (G) sowie die Bereiche Verkehr und Lagerei (H), Information und Kommunikation (J) und die Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (N) zu. Zum Teil bestehen zwischen den Branchen aber einige markante Abweichungen: Die Wirtschaftsklasse Q (Gesundheits- und Sozialwesen) ist durch die höchste Krankenstandswahrscheinlichkeit gekennzeichnet, gefolgt von der Wirtschaftsklasse O (Öffentlichen Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung) und P (Erziehung und Unterricht). Niedrige Werte finden sich dagegen in allen saisonalen Branchen, also im Bauwesen (F), im Tourismus (I) und insbesondere in der Land- und Forstwirtschaft (A/B), wo die Zahl der Versicherten allerdings sehr gering ist.

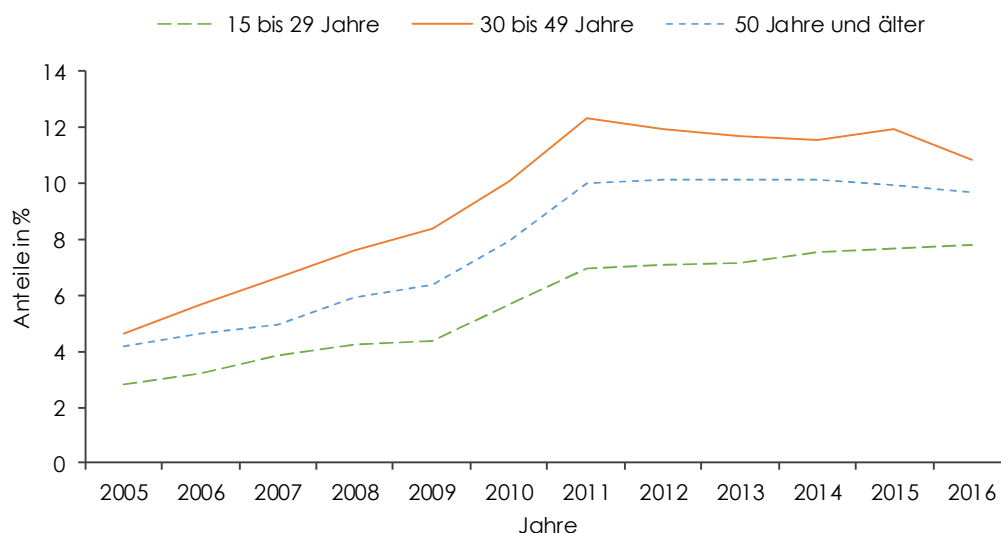
4 Entwicklungen über die Zeit

4.1 Veränderungen im psychisch bedingten Anteil an den Fehlzeiten

Abbildung 4.1 und Abbildung 4.2 belegen, dass psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen als Ursache von Fehlzeiten an Bedeutung gewonnen haben – das gilt sowohl in einer Durchschnittsbetrachtung über alle Versicherten als auch bei einer Gliederung nach Erwerbsstatus (beschäftigt versus arbeitslos) und Altersgruppen. Die Entwicklung verlief über die Zeit jedoch nicht linear. Sowohl bei den Beschäftigten als auch bei den Arbeitslosen ist der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Fehltagen zwischen 2005 und 2011 stark gestiegen. Nach 2011 blieb er dagegen weitgehend konstant, auch wenn es zwischen den Altersgruppen zum Teil unterschiedliche Muster gibt. Bei den unselbständig Beschäftigten nahm die Bedeutung der psychisch bedingten Krankenstandstage (in einer relativen Betrachtung gegenüber allen Fehltagen) stärker zu als bei den Arbeitslosen. Ausgehend von einem sehr niedrigen Niveau erhöhte sich der Anteil der psychisch bedingten Krankenstände zwischen 2005 und 2011 um das 2,5-Fache in allen Altersgruppen der unselbständig Beschäftigten. Im selben Zeitraum kam es bei den Arbeitslosen "nur" zu einer Verdopplung des Anteils dieser Fehlzeiten. Die Entwicklung nach 2011 verlief für alle Gruppen sehr ähnlich, mit nahezu stabilen Anteilen. Kleinere Unterschiede bestehen unter anderem dahingehend, dass der Anteil bei den 30- bis 49-jährigen Beschäftigten leicht rückläufig war, während er bei den 15- bis 29-Jährigen moderat gestiegen ist.

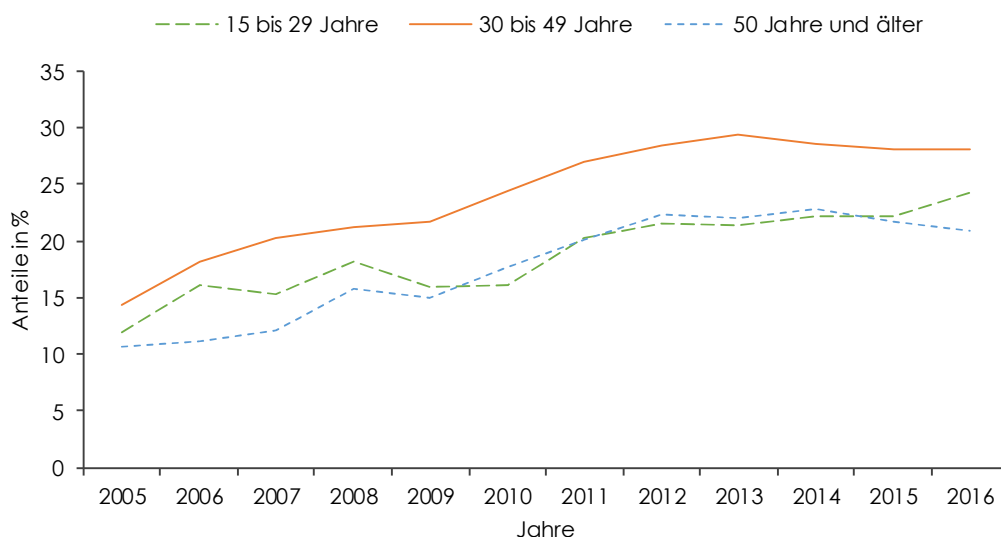
Die Entwicklung der psychisch bedingten Krankenstände in Relation zu den restlichen Krankenstandsdiagnosen liefert interessante Hinweise zur Bedeutung psychischer Erkrankungen für die Erwerbsbevölkerung. Sowohl in einer gesundheitspolitischen als auch in einer wirtschaftlichen Perspektive ist deshalb vor allem die Frage relevant, wie viele psychisch bedingte Fehlzeiten pro Kopf anfallen und wie viel Arbeitszeit dadurch verloren geht. Dazu wird in den folgenden Abschnitten eine genauere Untersuchung der psychisch bedingten Krankenstandsquote vorgenommen. Die Krankenstandsquote entspricht dem prozentuellen Anteil der Krankenstandstage an den Versicherungstagen und kann als Annäherungswert für die im Jahresverlauf durch Krankenstände verlorene Arbeitszeit interpretiert werden.

Abbildung 4.1: Entwicklung des Anteils der psychisch bedingten Krankenstandstage nach Altersgruppen, unselbständig Beschäftigte
Oberösterreich



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73.

Abbildung 4.2: Entwicklung des Anteils der psychisch bedingten Krankenstandstage nach Altersgruppen, Arbeitslose
Oberösterreich



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73.

Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Untersuchung der Erklärungsfaktoren für Veränderungen der psychisch bedingten Krankenstandsquoten der Beschäftigten. Um zu prüfen, inwiefern über die Zeit ein Übertritt der Personen mit psychischen Gesundheitseinschränkungen

gen in die Arbeitslosigkeit stattgefunden haben könnte, werden in einem ersten Schritt die Krankenstandsquoten der Beschäftigten und der Arbeitslosen separat untersucht und ihr Verlauf verglichen. In einem zweiten Schritt wird die Entwicklung der durchschnittlichen Krankenstandsquote über die Periode 2005 bis 2016 anhand einer Shift-Share-Analyse in einen "demographischen" Effekt (d. h. Verschiebungen in der Alters- und Geschlechtsstruktur) und einen "gesundheitlichen" Effekt (d. h. Veränderungen in den alters- und geschlechtsspezifischen Krankenstandsquoten) zerlegt. Dadurch kann aufgezeigt werden, ob bzw. in welchem Ausmaß Veränderungen der Beschäftigungsstruktur, wie der verstärkte Zustrom der Frauen auf den Arbeitsmarkt und die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung der Älteren, relevante Erklärungsfaktoren für die Entwicklung der durchschnittlichen Krankenstandsquote sind. Abschließend wird untersucht, inwiefern über die Zeit Veränderungen hinsichtlich der Zahl der von psychischen Erkrankungen betroffenen Personen (anteilig an den Versicherten insgesamt), der Pro-Kopf-Zahl an Krankenstandstagen dieser Personengruppe und der Dauern der einzelnen Krankenstandsepisoden, stattgefunden haben.

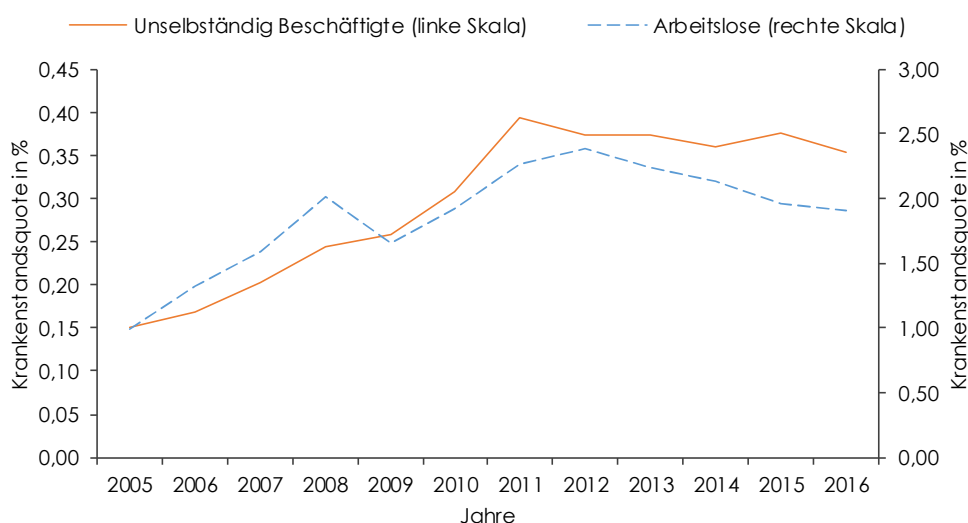
4.2 Die Krankenstandsquote und ihre Entwicklung von 2005 bis 2016

Im Jahr 2016 betrug die psychisch bedingte Krankenstandsquote der unselbständig Beschäftigten 0,35%, rein statistisch verzeichnete demnach jede Arbeitskraft im Jahresdurchschnitt 1,3 Krankenstandstage wegen einer psychischen Erkrankung. Abbildung 4.3 zeigt, dass die Krankenstandsquote zwischen 2005 und 2011 von 0,15% auf 0,39% gestiegen ist, während in den nachfolgenden Jahren eine Trendumkehr stattgefunden hat (mit einem Rückgang der Quote um rund 10%). Zusammen mit der anteilmäßigen Entwicklung der psychisch bedingten an allen Krankenstandstagen bedeutet das, dass psychische Erkrankungen sowohl in Relation zu den restlichen Krankenstandsdiagnosen als auch in einer Pro-Kopf-Betrachtung zugenommen haben. Zwischen 2011 und 2016 kam es im Zusammenhang mit einem allgemeinen Rückgang der Fehlzeiten auch zu einer Reduktion der psychisch bedingten Krankenstandsquote bei konstantem Anteil der psychischen Diagnosen am Krankenstandsgeschehen. Im Durchschnitt aller Bundesländer verzeichneten die Beschäftigten pro Kopf 2016 etwas weniger Krankenstandstage (1,15 Tage) als in Oberösterreich. Dieser Wert entwickelte sich allerdings in Österreich ungünstiger als in Oberösterreich, er stieg zwischen 2011 und 2015, wenn auch nur moderat, weiter an und verzeichnete 2016 erstmals einen leichten Rückgang. Arbeitslose sind um ein Vielfaches stärker von psychischen Gesundheitsproblemen betroffen als Beschäftigte: Das Verhältnis der Krankenstandsquoten der beiden Gruppen betrug zu Beginn der Beobachtungsperiode das 6½-Fache, steigerte sich in den Folgejahren auf das 8-Fache und lag in den jüngsten Jahren beim 5- bis 6-Fachen. Jede/r Arbeitslose war 2016 im Schnitt sieben Tage im Jahr wegen eines psychischen Gesundheitsproblems krankgeschrieben. Arbeitslose verzeichnen auch allgemein – d. h. über alle Diagnosegruppen – höhere Krankenstandsquoten als die Beschäftigten, allerdings nur etwa um das 2-Fache.

Ein Rückgang in der Zahl der Beschäftigten bei gleichzeitigem Anstieg der psychisch bedingten Erkrankungen der Arbeitsuchenden könnte als Hinweis dafür gewertet werden, dass ein

Teil der Erwerbspersonen mit psychischen Gesundheitsproblemen im Zeitverlauf arbeitslos geworden ist und keinen Weg zurück in Beschäftigung finden konnte. Aus Abbildung 4.3 geht jedoch hervor, dass die Krankenstandsquoten der Beschäftigten und Arbeitslosen über die Zeit einem sehr ähnlichen Muster folgten.⁵⁾ Der leichte Rückgang der psychisch bedingten Erkrankungen, der in Oberösterreich seit 2011 zu beobachten ist, scheint nicht mit einem entsprechenden Anstieg bei den Arbeitslosen einhergegangen zu sein.

Abbildung 4.3: Psychisch bedingte Krankenstandsquote nach Erwerbsstatus, unselbständig Beschäftigte und Arbeitslose
Oberösterreich



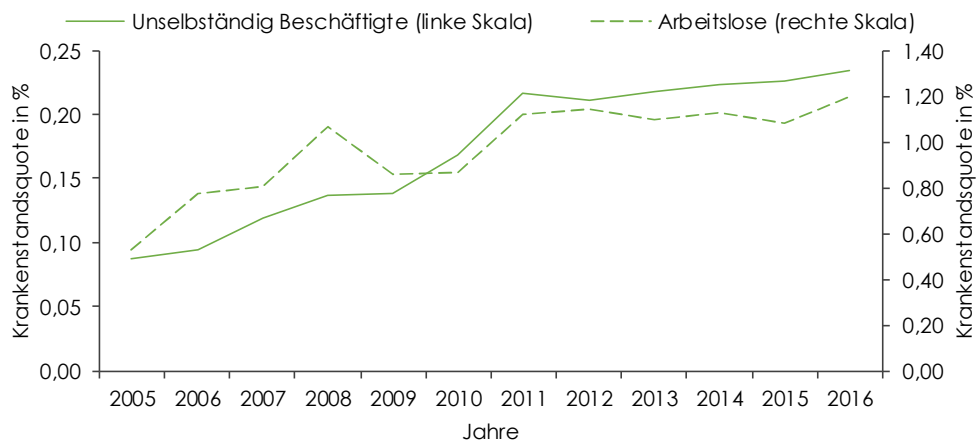
Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73.

Die drei Darstellungen in Abbildung 4.4 ergänzen das Bild um eine weitere Differenzierung nach Altersgruppen, aus der einerseits ein konsistentes Muster hervorgeht: Für alle drei Altersgruppen der Beschäftigten kam es bis 2011 zu einem deutlichen Anstieg von psychisch bedingten Krankenständen. Andererseits setzte sich die Entwicklung in den einzelnen Altersgruppen in den Folgejahren unterschiedlich fort. Sowohl bei den Personen im Haupterwerbsalter als auch bei den Älteren kam es in den Jahren 2012 bis 2016 zu einem spürbaren Rückgang. Bei den Jüngeren setzte sich der starke Aufwärtstrend der 2000er-Jahre zwar ebenfalls nicht fort, die Krankenstandsquote erhöhte sich jedoch leicht zwischen 2011 und 2016. Dennoch geht auch aus diesen Darstellungen kein Hinweis für einen verstärkten Übertritt von Personen mit psychischen Erkrankungen in Arbeitslosigkeit hervor.

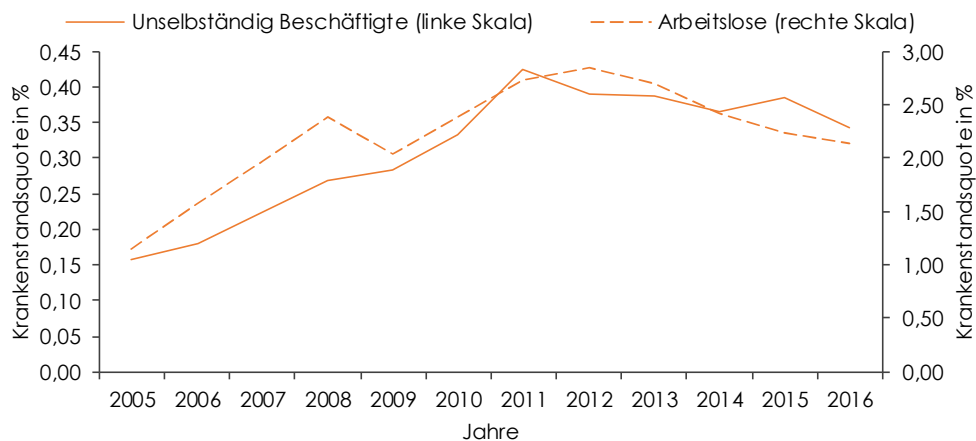
⁵⁾ Die stärkste Abweichung zwischen den beiden Zeitreihen betrifft das Jahr 2009, als die Krankenstandsquote der Arbeitslosen sprunghaft zurückging. Das kann dadurch erklärt werden, dass aufgrund der starken Rezession in diesem Jahr die Zahl der Arbeitslosen um fast 40% zunahm. Der konjunkturelle Schock dürfte die Zahl der "gesunden" Arbeitslosen erheblich erhöht und somit die Krankenstandsquote in diesem Jahr stark gedrückt haben.

Abbildung 4.4: Psychisch bedingte Krankenstandsquote nach Erwerbsstatus und Alter, unselbstständig Beschäftigte und Arbeitslose
Oberösterreich

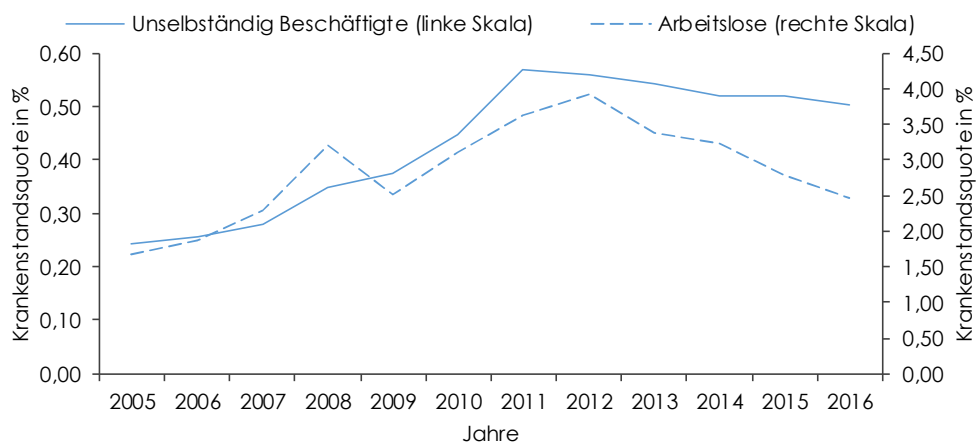
15 bis 29 Jahre



30 bis 49 Jahre



50 Jahre und älter



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73.

Im hier beobachteten Zeitraum war auch die Aufteilung der Erwerbspersonen mit psychischen Erkrankungen auf Beschäftigung und Arbeitslosigkeit in bemerkenswertem Ausmaß stabil. Sowohl 2005 als auch 2016 war ein Fünftel der Personen, die einen psychisch bedingten Krankenstand verzeichneten (20,2% 2005 bzw. 20,7% 2016) arbeitslos. Die restlichen vier Fünftel waren in Beschäftigung. Diese Quote schwankte im Zeitverlauf nur geringfügig, in der Bandbreite zwischen 19,4% (2008) und 21,5% (2010). Auch das deutet darauf hin, dass über die Zeit keine systematische Verlagerung der psychisch erkrankten Personen in Arbeitslosigkeit stattgefunden hat. Aufgrund der starken Ausweitung des Arbeitskräfteangebots in Oberösterreich zwischen 2005 und 2016 darf allerdings nicht umgekehrt der Schluss gezogen werden, dass sich die Arbeitsmarktsituation der Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen in den jüngsten Jahren verbessert hat. Zwischen 2011 und 2016 ist die Zahl der Arbeitsuchenden (Arbeitslose einschließlich SchulungsteilnehmerInnen) in Oberösterreich um 42% gestiegen. Diese starke Dynamik dürfte die Zahl der Arbeitslosen ohne psychische Gesundheitsbeeinträchtigung vergrößert haben, während gleichzeitig die Situation von Langzeitarbeitslosen mit psychischen Erkrankungen unverändert geblieben ist.

4.3 Die Bedeutung demographischer Verschiebungen in der Beschäftigung

Die durchschnittliche Krankenstandsquote ergibt sich aus den geschlechts- und altersspezifischen Krankenstandsquoten und der Struktur der Beschäftigung nach Alter und Geschlecht. Demographische Verschiebungen (d. h. Veränderungen in der Alters- und Geschlechtsstruktur der Beschäftigten) und gesundheitliche Entwicklungen (d. h. Veränderungen in den Krankenstandsquoten innerhalb der einzelnen Gruppen) können deshalb bei einer Interpretation der Krankenstandsentwicklung gesondert betrachtet werden. Übersicht 4.1 unterscheidet anhand einer Shift-Share-Analyse den Beitrag, den Veränderungen in der Beschäftigungszusammensetzung ("Demographie") zur Entwicklung der Krankenstandsquote in der Periode 2005/16 hatten, vom Effekt, der sich aus Veränderungen der gruppenspezifischen Krankenstandsquoten ("Gesundheit") für die Krankenstandsquote insgesamt ergab. Dabei werden die Ergebnisse der einzelnen Altersgruppen (gegliedert in 5-Jahres-Altersgruppen) zusammengefasst und für Männer und Frauen gesondert ausgewiesen.

Wie aus der Shift-Share-Analyse ersichtlich ist, gehen die Veränderungen der psychisch bedingten Krankenstandsquoten in erster Linie auf gesundheitliche Veränderungen zurück. Über den ganzen Zeitraum (2005/16) erhöhte sich die Zahl der Krankenstandstage pro Kopf – unter Beibehaltung einer konstanten demographischen Struktur – um zwei Drittel (0,670 eines Krankenstandtags; siehe letzte Spalte, dritte Zeile). Der Effekt war bei den Frauen etwas stärker als bei den Männern. Diese Steigerung der psychischen Erkrankungen geht auf die erste Teilperiode (2005/11) zurück, in der zweiten Teilperiode (2011/16) war die Entwicklung dagegen rückläufig, mit einer Reduktion um etwas weniger als ein Fünftel (-0,179) eines Krankenstandtags pro Kopf (vierte Spalte, dritte Zeile).

Der Beitrag der demographischen Verschiebung (Altersstruktur) hat über die gesamte Betrachtungsperiode genauso wie für die Teilperioden 2005/11 und 2011/16 ein positives Vor-

zeichen (d. h. eine erhöhende Wirkung auf die Krankenstandsquote): Der Anteil der Beschäftigtengruppen (nach Alter und Geschlecht) mit überdurchschnittlichen Krankenstandsquoten hat sich über die Zeit erhöht, wodurch auch bei gleichbleibender Morbidität (Erkrankungshäufigkeit) die Zahl der psychisch bedingten Krankenstände steigen würde. Dieser Beitrag ist allerdings gering. Der demographische Effekt erhöhte die durchschnittliche Pro-Kopf-Zahl der Krankenstandstage im gesamten Zeitraum um weniger als ein Zehntel (0,073, fünfte Datenspalte in der dritten Zeile) und in etwa gleich stark in den Perioden 2005/11 und 2011/16. Auch in einer relativen Betrachtung, d. h. gemessen an den Anteilen der einzelnen Effekte an den Veränderungen der Krankenstandsquote insgesamt, zeigt sich die untergeordnete Bedeutung der demographischen Komponente. In der ersten Teilperiode gingen nur 4,3% der Erhöhung der psychisch bedingten Erkrankungsquote auf die Veränderung der Alters- und Geschlechtsstruktur zurück, in der zweiten Teilperiode war der Effekt anteilmäßig größer (wurde aber durch den fünf Mal stärkeren Gesundheitseffekt überkompensiert), über den gesamten Zeitraum trug die demographische Komponente mit knapp einem Zehntel (9,8%, fünfte Spalte in der sechsten Zeile) zur Gesamtsteigerung der Krankenstandsquote bei.

Übersicht 4.1: Zerlegung der psychisch bedingten Krankenstandsquote, unselbständig Beschäftigte

	Jahre 2005/11		Jahre 2011/16		Jahre 2005/16	
	Demographie	Gesundheit	Demographie	Gesundheit	Demographie	Gesundheit
	Krankenstandstage pro Kopf					
Frauen	0,031	0,487	0,020	–0,110	0,047	0,380
Männer	0,007	0,360	0,017	–0,068	0,025	0,290
Insgesamt	0,038	0,847	0,036	–0,179	0,073	0,670
	Anteile in %					
Frauen	5,9	94,1	21,6	–121,6	11,1	88,9
Männer	2,0	98,0	32,1	–132,1	8,0	92,0
Insgesamt	4,3	95,7	25,4	–125,4	9,8	90,2
	Veränderung insgesamt					
Krankenstandstage						
Pro Kopf	0,885		–0,142		0,743	
In %	161,2		–9,9		135,3	

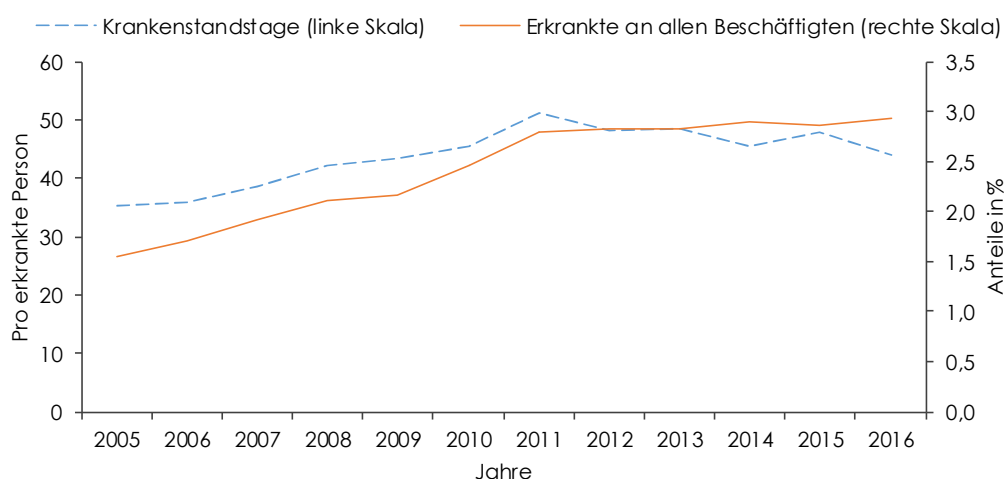
Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73.

Wie die Zerlegungsanalyse zeigt, übt der demographische Effekt über die Zeit einen moderaten, aber konstanten Druck auf die Krankenstandsquote aus. Dieser Effekt rührt einerseits daher, dass sich die Altersstruktur der Beschäftigten graduell nach oben verschiebt, andererseits daher, dass die Zahl der Frauen – die öfter als Männer psychische Krankenstandsdiagnosen verzeichnen – anteilmäßig zunimmt. Dieser Effekt ist aber im Verhältnis zu den gesundheitlichen Veränderungen innerhalb der einzelnen Beschäftigtengruppen von nachrangiger Bedeutung.

4.4 Zahl der Betroffenen und der Krankenstandstage pro Kopf

Eine weitere Unterscheidung in Bezug auf die Krankenstandsquote betrifft die Größe des Personenkreises, der an psychischen Leiden Erkrankten und die durchschnittliche Zahl an Fehltagen, die von diesen Personen verzeichnet wurde. Wie aus der nachstehenden Darstellung (Abbildung 4.5) zu sehen ist, veränderten sich die beiden Komponenten mit einem ähnlichen Muster im Zeitverlauf. Zwischen 2005 und 2011 vergrößerte sich die Zahl der Beschäftigten, die im Jahresverlauf mindestens einmal aufgrund eines psychischen Leidens im Krankenstand war, in erheblichem Maße. Anteilig an allen Beschäftigten erhöhte sich die Quote von 1,6% sukzessive auf 2,8%. Gleichzeitig verzeichneten diese Personen auch immer mehr psychisch bedingte Krankenstandstage, der Durchschnittswert erhöhte sich im besagten Zeitraum von 35,3 auf 51,3 Tage pro Person und Jahr. Nach 2011 erhöhte sich der Anteil der Beschäftigten mit mindestens einem psychischen Krankenstandsfall nur noch geringfügig, von 2,8% auf 2,9%. Die durchschnittlichen Fehltage gingen dagegen zurück, von 51,3 Tagen pro Person (2011) auf 44 Tage (2016).

Abbildung 4.5: Unselbständig Beschäftigte mit psychischen und Verhaltensstörungen
Oberösterreich



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73.

Der starke Anstieg der psychisch bedingten Krankenstandsquote zwischen 2005 und 2011 kann somit gleichermaßen durch eine höhere Anzahl an Erkrankten und eine Erhöhung der psychisch bedingten Krankenstandstage je erkrankte Person erklärt werden. Die Entwicklung seit 2011 ist dagegen maßgeblich darauf zurückzuführen, dass die Gruppe der betroffenen Personen nicht bzw. nur mehr moderat gestiegen ist, während gleichzeitig diese Personen weniger psychisch bedingte Fehlzeiten hatten.

Werden statt der unselbständig Beschäftigten alle Versicherten (d. h. einschließlich der Arbeitslosen) herangezogen, dann weisen die soeben besprochenen Indikatoren höhere Werte

auf. Der Personenkreis mit psychischen Erkrankungen vergrößerte sich von 2,0% aller Erwerbspersonen (2005) auf 3,4% (2011) und dann noch geringfügig auf 3,6% (2016). Die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage veränderte sich in diesen Jahren von 41,3 Tagen pro Kopf auf 56,7 (2011) und 51,4 (2016). Arbeitslose und Beschäftigte verzeichneten zwischen 2005 und 2011 analoge Veränderungen. Bei den Arbeitslosen veränderte sich die durchschnittliche Zahl der Krankenstandstage je betroffene Person trotz einiger Schwankungen nur geringfügig (zuletzt 66 Tage im Jahr 2016), während der Anteil der erkrankten Personen (gemessen an allen Arbeitsuchenden) leicht schrumpfte, von 12,6% auf 10,5%. Das kann als Beleg dafür gewertet werden, dass die bereits angesprochene Ausweitung des Arbeitskräfteangebots, mit einer starken Zunahme der Arbeitsuchenden, die Zahl der "gesunden" Arbeitslosen erhöht hat, während die gesundheitliche Situation der psychisch Erkrankten stabil geblieben ist.

4.5 Dauer der Krankenstände im Zeitverlauf

Im Zeitverlauf haben sich die Krankenstandsdauern in Oberösterreich – genauso wie in Österreich insgesamt – deutlich verkürzt. Die strichlierten Linien in Abbildung 4.6 zeigen die Entwicklung der durchschnittlichen und der medianen Krankenstandsdauer. Für diese Verkürzung ist in erster Linie der kontinuierliche Anstieg der Zahl an Kurzkrankenständen verantwortlich. Die Zunahme an Kurzkrankenständen dürfte ihrerseits auf unterschiedliche Faktoren zurückzuführen sein, wie die Zunahme der Teilzeitbeschäftigung⁶⁾, die Verkürzung bestimmter medizinischer Behandlungen und ein höherer Anteil an Fällen, in denen die Beschäftigten bereits am ersten oder zweiten Tag der Erkrankung einen Arzt aufsuchen und sich krankschreiben lassen. Auswertungen der Krankschreibungen nach Wochentag zeigen auch, dass früher sehr oft der Sonntag als Ende der Krankschreibung festgelegt wurde, während es heute viel öfter der Freitag ist, eine Entwicklung, die ebenfalls die Länge der Krankenstandsepisoden verkürzt (Leoni – Schwinger, 2017).

Das Muster der psychisch bedingten Krankenstandsfälle weicht in Bezug auf die Entwicklung der Dauern vom Gesamtbild ab. Zwischen 2005 und 2011 kam es zu einer deutlichen Verlängerung der Krankenstandsfälle wegen psychischer und Verhaltensstörungen – allerdings nur im Durchschnitt, während der Median unverändert blieb. Die Steigerung des Durchschnittswerts bei konstantem Median drückt aus, dass die Entwicklung durch eine Zunahme der längeren Fälle geprägt war. In den darauffolgenden Jahren verkürzten sich die psychisch bedingten Krankenstandsfälle, was sich sowohl an der durchschnittlichen Dauer als auch am Median zeigt. In den jüngsten Jahren (ab 2013) war der Rückgang sogar stärker ausgeprägt als jener der Krankenstände der restlichen Diagnosegruppen.

Es stellt sich die Frage, inwiefern hinter diesen Kennzahlen eine Verschiebung in der Zusammensetzung der Fehlzeiten nach Dauern stattfand. Die nachfolgende Abbildung 4.7 zeigt, wie sich einzelnen Kategorien der psychisch bedingten Krankenstandsfälle über die Zeit ent-

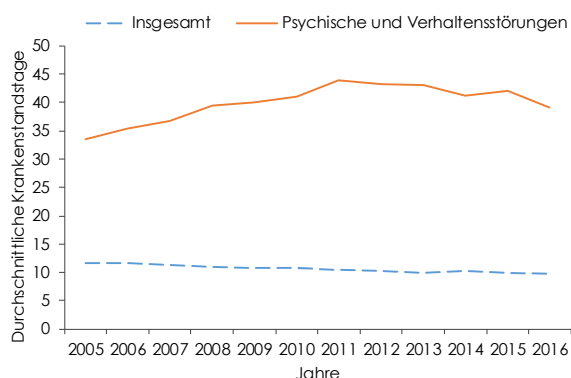
⁶⁾ Es liegen zwar keine Auswertungen zu den Krankenständen nach Beschäftigungsausmaß vor. Teilzeitbeschäftigte dürften aber, vor allem dann, wenn sie nicht an allen Wochentagen arbeiten, bei vergleichbaren Erkrankungen öfter als Vollzeitbeschäftigte kurze Krankschreibungen in Anspruch nehmen.

wickelten. Die linke Abbildung stellt dar, wie sich die Anteile unterschiedlicher Krankenstandsgruppen nach Dauer verändert haben. Um hervorzuheben, inwiefern es sich dabei nicht nur um relative Verschiebungen, sondern auch um Veränderungen in der Häufigkeit von kurzen, mittellangen und langen Krankenstandsepisoden je Person handelt, werden in der rechten Abbildung Zahlen für die Versicherten pro Kopf (Beschäftigte und Arbeitslose) ausgewiesen.

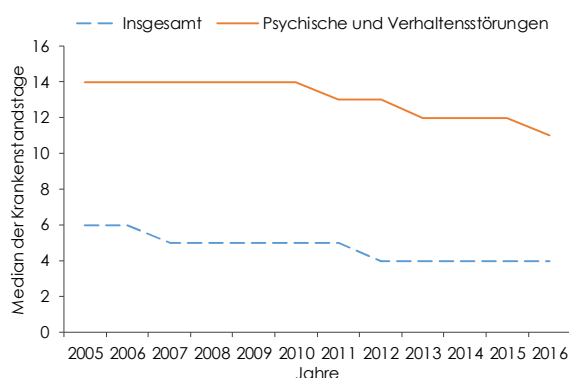
Abbildung 4.6: Entwicklung der Krankenstandsdauern aller Versicherten, Durchschnitt und Median

Oberösterreich

Durchschnitt



Median

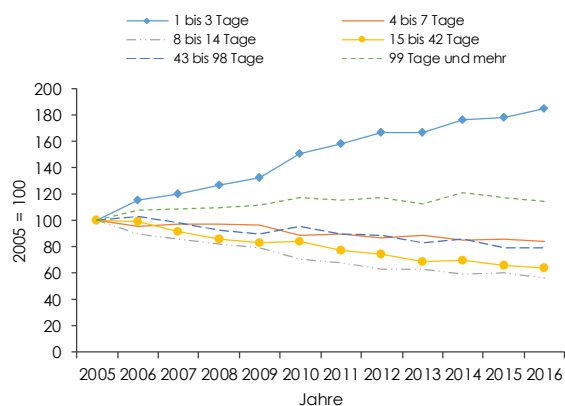


Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73.

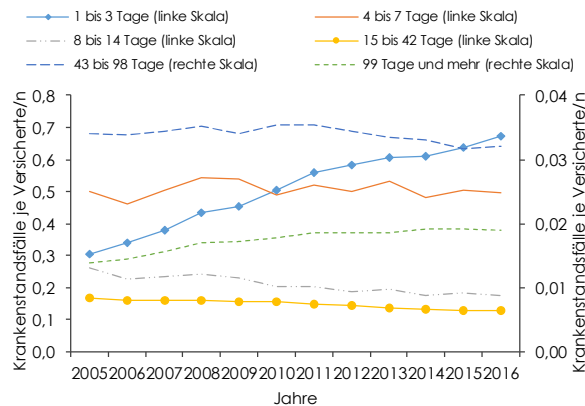
Abbildung 4.7: Entwicklung der psychisch bedingten Krankenstände nach Falldauer, alle Versicherten

Oberösterreich

Index 2005 = 100



Fälle pro Kopf



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychische und Verhaltensstörungen einschließlich ICD-10 Z.73.

Aus den beiden Abbildungen sticht eine starke und konstante Zunahme der kurzen Krankenstandsfälle (ein bis drei Tage) hervor. Die absolute Zahl der überlangen Krankenstandsepisoden

den mit einer Dauer von über 14 Wochen (ab 99 Tagen) nahm bis 2011 ebenfalls zu, blieb jedoch in den letzten Jahren konstant. Krankenstandsfälle zwischen vier und sieben Tagen gingen zwar anteilmäßig zurück, blieben aber in einer Pro-Kopf-Betrachtung trotz Schwankungen stabil. Die Episoden mit einer Dauer von einer oder mehr Wochen gingen dagegen eindeutig zurück.⁷⁾ Dieses Bild bleibt auch in einer gesonderten Betrachtung der unselbständig Beschäftigten und der Arbeitslosen – die hier ausgespart wird – nahezu unverändert.

5 Häufigkeit des Konsums von Psychopharmaka

Der Medikamentenkonsum der unselbständig Beschäftigten steht in einem engen Zusammenhang mit ihrem Krankenstandsgeschehen. Medikamente können sowohl bei Krankenständen als auch zur Vermeidung von Krankenständen verschrieben werden. Im vorliegenden Abschnitt wird der Konsum von Heilmitteln (gemessen in Packungen) mit dem Ziel untersucht, zusätzliche Erkenntnisse zur Verbreitung von psychischen Gesundheitsproblemen in der Erwerbsbevölkerung zu gewinnen. Zu diesem Zweck wurden "Psychopharmaka", d. h. Medikamente, die im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen verschrieben werden, als eine Teilkategorie der mit ATC-Codes versehenen Heilmittel identifiziert und abgegrenzt (siehe Textkasten).

Definition und Abgrenzung der Psychopharmaka

Die von der OÖGKK zur Verfügung gestellten Heilmitteldaten sind nach dem anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (ATC-Code) geordnet. In der ATC-Klassifikation werden Wirkstoffe entsprechend dem Organ oder Organsystem, auf das sie einwirken und nach ihren chemischen, pharmakologischen und therapeutischen Eigenschaften in Gruppen eingeteilt. Das ATC-System wird seit 1982 von der WHO entwickelt bzw. jährlich überarbeitet, um nationale und internationale Vergleiche im Bereich der Arzneimittel zu ermöglichen.

Die Abgrenzung von Arzneimitteln, die mit psychischen Erkrankungen im Zusammenhang stehen, erfolgt anhand der Systematisierung aus einem Bericht des *Australian Institute of Health and Welfare* (2008). Die Medikamente mit den ATC-Codes N05A, N05B, N05C, N06A und N06B sind dort als "mental-health related prescriptions" abgegrenzt. Die anatomische Hauptgruppe dieser Medikamente bezieht sich auf das Nervensystem (N), die therapeutischen Untergruppen 05 bzw. 06 bezeichnen Psycholeptika (Arzneimittel mit dämpfender Wirkung auf psychische Funktionen) bzw. Psychoanaleptika (Arzneimittel mit anregender Wirkung auf psychische Funktionen). Zu diesen Medikamenten zählen Antipsychotika, Angstlöser, Hypnotika und Sedativa, Antidepressiva sowie Psychostimulanzien.

Diese Abgrenzung wurde im Lichte der Ergebnisse aus dem österreichischen GAP-DRG Projekt überprüft, in dem anhand von Sozialversicherungsdaten eine Methode entwickelt wurde, um von den ATC-Codes bei Heilmittelverschreibungen auf die entsprechenden Krankheitsdiagnosen (nach den ICD-Codes) rückzuschließen (*Eisl et al., 2015*). Dabei zeigte sich, dass die

⁷⁾ Wie an der linken Abbildung zu erkennen ist, trifft das insbesondere auf mittellange Krankenstandsfälle von zwei bis sechs Wochen zu.

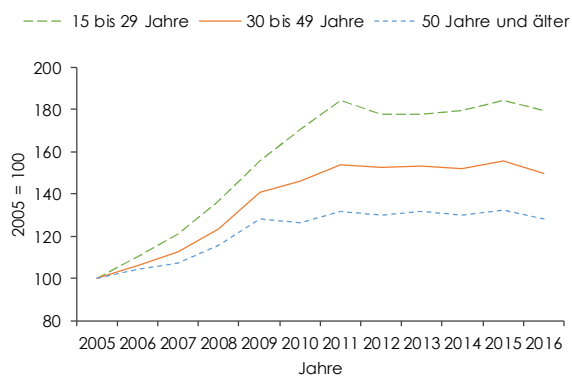
Medikamentengruppe N06C (Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination) ebenfalls für Diagnosen des ICD-Kapitels V ("Psychische und Verhaltensstörungen") relevant ist. Diese Medikamentengruppe wurde deshalb in die Gruppe jener Heilmittel inkludiert, die mit psychischen Erkrankungen im Zusammenhang stehen.

Im Folgenden wird der Begriff "Psychopharmaka" für die beschriebenen Heilmittel verwendet. Die Abgrenzung wie auch die Bezeichnung der verwendeten Heilmittel ist sicherlich nicht eindeutig. Verschreibungen der hier zur Gruppe der Psychopharmaka zusammengeführten Medikamente können auch im Zusammenhang mit nicht psychischen Erkrankungen stehen, beispielsweise bei post-operativen Behandlungen. Umgekehrt können andere, nicht in dieser Abgrenzung inkludierte Medikamente, zur Behandlung von psychischen Gesundheitsproblemen verschrieben werden. Eine höhere Trennschärfe ist allerdings aufgrund fehlender Informationen über die Diagnosen nicht möglich.

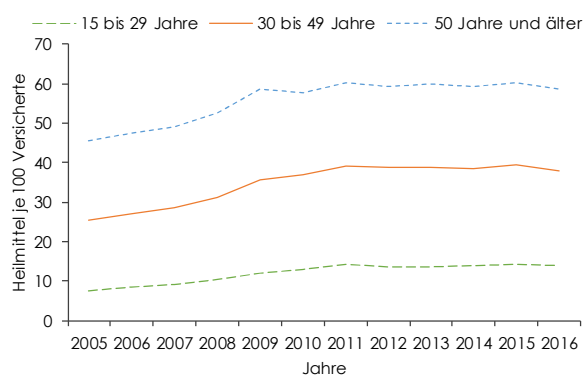
Der Konsum von Psychopharmaka ist im beobachteten Zeitraum erheblich gestiegen, in einer Betrachtung pro Kopf konsumierten die oberösterreichischen Beschäftigten 2016 diese Medikamente um 60% häufiger als noch 2005. Wie aus Abbildung 5.1 und Abbildung 5.2 zu sehen ist, war die Entwicklung über die Zeit jedoch keinesfalls gleichmäßig. Die beiden rechten Abbildungen zeigen den absoluten Konsum pro Kopf. Dieser ist für Männer und Frauen sowie in allen Altersgruppen in der ersten Hälfte des hier betrachteten Zeitraums merkbar gestiegen. In den Jahren nach 2011 blieb das erreichte Niveau aber insgesamt in etwa konstant, nur in einzelnen Teilgruppen kam es weiterhin zu einem (moderaten) Anstieg.

Abbildung 5.1: Entwicklung des Konsums von Psychopharmaka nach Altersgruppen, unselbstständig Beschäftigte
Oberösterreich

Index 2005 = 100



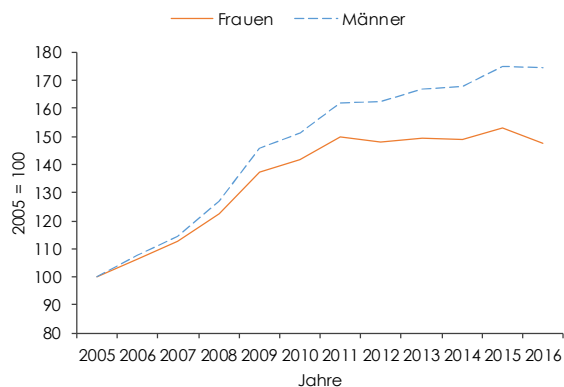
Heilmittelkonsum pro Kopf



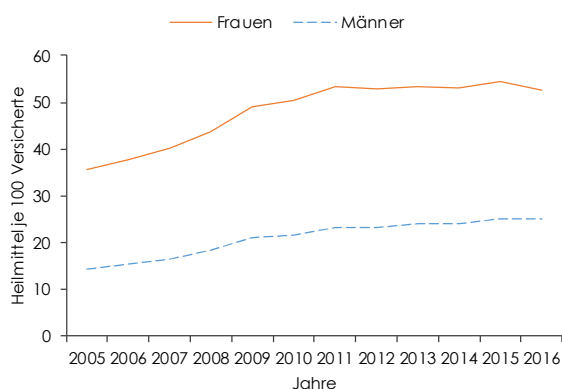
Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychopharmaka definiert als Heilmittel mit den ATC-Codes. N05A, N05B, N05C, N06A, N06B und N06C.

Abbildung 5.2: Entwicklung des Konsums von Psychopharmaka nach Geschlecht, unselbstständig Beschäftigte
Oberösterreich

Index 2005 = 100



Heilmittelkonsum pro Kopf



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychopharmaka definiert als Heilmittel mit den ATC-Codes. N05A, N05B, N05C, N06A, N06B und N06C.

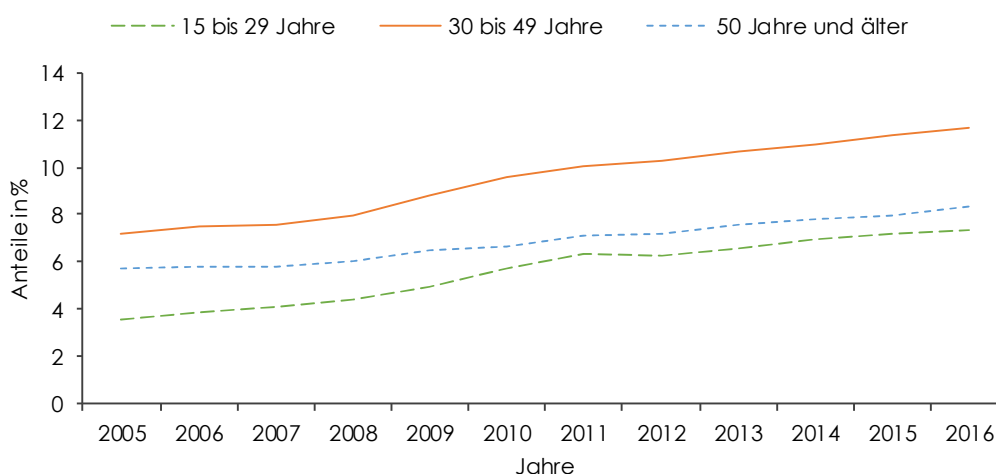
Wie aus den Darstellungen ersichtlich ist, verzeichnen Ältere einen um ein Vielfaches höheren Konsum als Jüngere, während die 30- bis 49-jährigen Beschäftigten eine mittlere Position einnehmen. Frauen weisen durchschnittlich pro Kopf einen mehr als doppelt so hohen Psychopharmakakonsum wie Männer auf. Diese Unterschiede können nur zu einem Teil mit der unterschiedlich starken Verbreitung von psychisch bedingten Krankenständen erklärt werden. Wenn wir die Zahl der Heilmittel mit der Zahl der psychisch bedingten Krankenstandstage in Verhältnis setzen (hier nicht abgebildet), zeigt sich für Frauen pro Krankenstandstag ein intensiverer Pharmakakonsum als für Männer. Der Unterschied betrug zu Beginn der Beobachtungsperiode 20% und schrumpfte über die Zeit auf etwa 10%. In einer Gliederung nach Altersgruppen sind die Unterschiede noch stärker ausgeprägt. Die Älteren verzeichnen, nach Berücksichtigung der Anzahl an Krankenstandstagen, einen etwa doppelt so hohen Konsum an Psychopharmaka wie die Unter-30-Jährigen. Diese Unterschiede im Konsummuster könnten einerseits darauf zurückzuführen sein, dass die Gruppen mit einem höheren Konsum schwerere Erkrankungsformen aufweisen. Andererseits könnten die höheren Heilmittelmengen auch ein Hinweis dafür sein, dass diese Gruppen stärker als andere durch Medikamente Fehlzeiten vermeiden bzw. an chronischen Gesundheitsproblemen leiden, die sich nicht vollständig in den Fehlzeiten niederschlagen.

Die Graphiken auf der linken Seite von Abbildung 5.1 und Abbildung 5.2 zeigen die relative Entwicklung des Konsums von Psychopharmaka mit dem Jahr 2005 als Ankerwert. Aus dieser Darstellung ist ersichtlich, dass der Heilmittelkonsum der Jüngeren, der in einer absoluten Betrachtung auf einem deutlich niedrigeren Niveau als jener der höheren Altersgruppen liegt, zwischen 2005 und 2011 den stärksten Zuwachs hatte. Ähnliches gilt für die Männer, die relativ

zum Ausgangsniveau 2005 einen stärkeren Anstieg des Pro-Kopf-Konsums verzeichneten als die Frauen.

Die Entwicklung des Psychopharmakakonsums weist klare Parallelen mit jener der psychisch bedingten Krankenstandsquoten auf. So wie psychische Erkrankungen als Krankenstandsursache in den jüngsten Jahren stabil bzw. in einigen Teilgruppen der Erwerbsbevölkerung leicht rückläufig waren, blieb auch der Pro-Kopf-Konsum von Psychopharmaka weitgehend unverändert. In einem Vergleich mit dem restlichen Heilmittelkonsum zeigt sich allerdings ein anderes Bild. Wie in Abbildung 5.3 zu sehen ist, nahm der Anteil der Psychopharmaka an allen von den unselbständig Beschäftigten konsumierten Medikamenten über die Zeit und für alle Altersgruppen kontinuierlich zu. Unabhängig von der Entwicklung über die Zeit weisen die Jüngsten den geringsten Anteil an Psychopharmaka im Medikamentenkonsum auf, während die Beschäftigten im Haupterwerbsalter den höchsten Anteil haben. Die Über-50-Jährigen haben zwar den höchsten Konsum an Psychopharmaka. Da sie auch mehr andere Heilmittel konsumieren als jüngere Beschäftigtengruppen, ist der Anteil der Psychopharmaka an allen Heilmitteln in dieser Altersgruppe kaum höher als bei Unter-30-Jährigen und deutlich niedriger als bei 30- bis 49-Jährigen.

Abbildung 5.3: Anteil der Psychopharmaka an allen Heilmitteln, unselbständig Beschäftigte Oberösterreich



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Psychopharmaka definiert als Heilmittel mit den ATC-Codes N05A, N05B, N05C, N06A, N06B und N06C.

6 Auswirkungen der Krankenstände auf die Beschäftigung

Wie in Abschnitt 2.1 gezeigt, führen psychische Erkrankungen sehr oft zu langen und sogar sehr langen Krankenständen. Den Langzeitkrankenständen kommt schon aufgrund der damit verbundenen Fehlzeiten in der gesundheitspolitischen Diskussion eine besondere Bedeutung zu. Trotz der vergleichsweise geringen Fallzahlen verursachten Krankenstände mit einer Dauer

von über zwei Wochen 2016 insgesamt 58% aller Fehltage, bei den psychischen Erkrankungen waren es 90% der Krankenstandstage.

Für die betroffenen Arbeitskräfte stellen länger dauernde Erkrankungen – neben der unmittelbaren Beeinträchtigung von Gesundheit und Wohlbefinden – auch ein Risiko für die Erwerbslaufbahn dar. Schwere Erkrankungen können mit längerfristigen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit verbunden sein, sei es durch eine verringerte Leistungsfähigkeit (mit Auswirkungen auf die Produktivität) oder wegen eines erhöhten Wiedererkrankungsrisikos. Für einen Arbeitgeber kann eine länger dauernde Erkrankung als Signal für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes einer Arbeitskraft gewertet werden, die sich in weiteren Fehlzeiten oder in einer Verringerung der Einsatzfähigkeit und Produktivität niederschlägt. Ist der Arbeitgeber nicht bereit, diese tatsächlichen oder befürchteten Einschränkung der Einsatzfähigkeit der Arbeitskraft zu tragen, wären als Konsequenzen eine Auflösung der Arbeitsbeziehung oder eine Reduktion der Entlohnung (im Vergleich zur sonst vorgesehenen Entwicklung) zu erwarten. Auch für Arbeitskräfte, die von schweren Erkrankungen mit längerfristigen Folgen betroffen sind, verändern sich die Entscheidungsgrundlagen für die Gestaltung der Erwerbstätigkeit. Erkrankungen und ihre Folgen können die Bewältigung von Arbeiten erschweren und zu einer Verringerung des Arbeitsangebots (geringeres Wochenstundenausmaß) bis hin zu einem Rückzug aus dem Erwerbsleben führen.

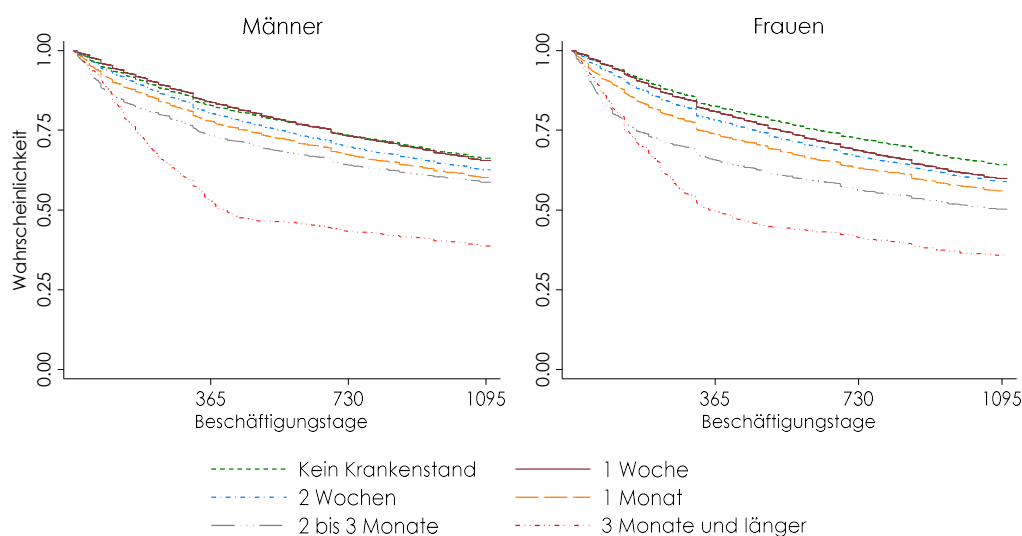
Diese Erwägungen der Betriebe und der Arbeitskräfte wirken in die gleiche Richtung und lassen Effekte auf den nachfolgenden Erwerbsverlauf erwarten. Frühere Studien anhand von oberösterreichischen Daten konnten bereits aufzeigen, dass Krankenstände mit einer geringeren Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse und auch mit einer niedrigeren Einkommensentwicklung einhergehen (Leoni – Mahringer, 2008). Der Zusammenhang ist erwartungsgemäß für längere Krankenstandsepisoden deutlich stärker als für kürzere und nicht für alle Krankheitsgruppen gleich stark ausgeprägt. In der nachfolgend dargestellten Untersuchung werden einerseits diese bestehenden Befunde – die sich auf Daten für 2003 bis 2008 stützen – im Lichte neuerer Daten aktualisiert und überprüft. Andererseits soll spezifisch auf psychische Erkrankungen eingegangen und untersucht werden, inwiefern diese gesundheitlichen Probleme die Erwerbsstabilität der betroffenen Personen beeinflussen. Dazu werden in einem ersten Schritt Beschäftigte, die Krankenstände (verschiedener Länge) zu verzeichnen hatten, mit Beschäftigten ohne Krankenstand verglichen.

Es soll festgestellt werden, inwiefern sich die unterschiedlichen Gruppen hinsichtlich der Weiterführung ihres Beschäftigungsverhältnisses (bei dem Arbeitgeber, bei dem der Krankenstand eintrat bzw. bei dem sie zu Beginn der Periode beschäftigt waren) unterscheiden. Ausgangspunkt der Betrachtung ist das erste Quartal 2015 (d. h. der Zeitraum vom 1. Jänner zum 31. März 2015). Mit Hilfe der WIFO-INDI-DV-Daten (siehe Abschnitt 1.2) können die Beschäftigungsverhältnisse aus diesem Quartal bis einschließlich Februar 2018 verfolgt werden. Der Kreis der untersuchten Beschäftigten wurde auf die Altersgruppe von 25 bis einschließlich 54 Jahre eingegrenzt. Die jüngeren und die älteren Beschäftigten wurden aus der Betrachtung ausgeschlossen, um eine entsprechend lange Vor- und Nachkarriere (d. h. die Beschäf-

tigungsdauer bis bzw. nach dem Krankenstand) berücksichtigen zu können. In der Altersgruppe ab 55 Jahren nimmt die Bedeutung von Pensionsübertritten stark zu, weshalb eine Altersabgrenzung nach oben besonders wichtig ist, um eine Überlagerung mit Fragestellungen des Zeitpunkts eines Pensionsübertritts zu vermeiden.

Abbildung 6.1: Verbleibdauer im Beschäftigungsverhältnis nach Krankenstandsdauer und Geschlecht

Oberösterreich, 25- bis 54-Jährige, Krankenstandsbeginn im ersten Quartal 2015



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen.

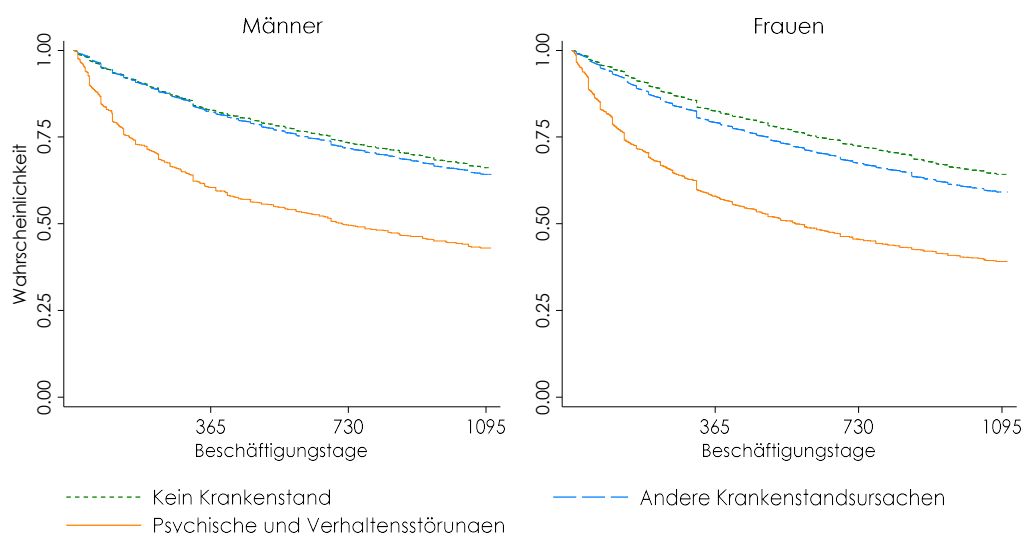
Abbildung 6.1 zeigt für Personen ohne Krankenstand bzw. für Personen mit unterschiedlichen Krankenstandsdauern im ersten Quartal 2015, wie sich der Anteil der aufrechten Beschäftigungsverhältnisse im Ablauf der Zeit verändert. Diese und die weiteren Darstellungen unterscheiden jeweils nach Geschlecht. Dabei zeigt sich insgesamt eine geringere Stabilität der Beschäftigungsverhältnisse der Beschäftigtengruppe mit einem Krankenstand als dies bei der nicht erkrankten Gruppe zu beobachten ist. In der Gruppe, die im ersten Quartal 2015 keinen Krankenstand hatte, waren 86% der Frauen und 87% der Männer ein Jahr später noch am selben Arbeitsplatz. Die Beschäftigungswahrscheinlichkeit der Personen mit bis zu einer Woche Krankenstand war im ersten Jahr fast identisch hoch. Mit zunehmender Krankheitsdauer sinkt diese Wahrscheinlichkeit, wobei große Unterschiede vor allem bei Beschäftigten mit langen und sehr langen Dauern zu beobachten sind. Unter den männlichen Beschäftigten mit über einem Monat Krankenstand hatten ein Jahr später 79% den gleichen Job, bei mehr als drei Monaten Krankenstand waren es nur noch 60%. Die Frauen hatten sehr ähnliche Beschäftigungsanteile (76% bzw. 60%). Bei Betrachtung eines längeren Zeitraums sinkt der Anteil mit einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis weiter ab, auch die Beschäftigten mit kürzeren Krankenständen unterscheiden sich deutlicher von jenen ohne Krankenstand. Nicht ganz

73% der Personen mit einem zwei- bis vierwöchigen Krankenstand hatten zwei Jahre später noch das gleiche Beschäftigungsverhältnis, in der Gruppe ohne Krankenstand waren es fast 76%. Der Abstand zwischen Personen ohne und jenen mit kürzeren Krankenständen beträgt auch im weiteren Zeitverlauf zwischen 3 und 5 Prozentpunkten.

Die nachfolgenden Abbildungen gehen in größerem Detail auf die Unterschiede zwischen Personengruppen mit psychisch bedingten Krankenständen und solchen mit anderen Krankheitsdiagnosen ein. Abbildung 6.2 zeigt die Beschäftigungsverläufe von Personen mit einer psychischen Erkrankung im ersten Quartal 2015 im Vergleich zu den Beschäftigten, die einen Krankenstand mit einer anderen Diagnose verzeichneten. Arbeitskräfte ohne Krankenstand sind als Vergleichsgruppe ebenfalls abgebildet. Wie zu sehen ist, sinkt der Anteil an Personen im gleichen aufrechten Dienstverhältnis unter den Beschäftigten mit einem psychisch bedingten Krankenstand ungleich stärker, als im Durchschnitt über alle Krankenstände. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass aufgrund der stark überdurchschnittlichen Länge von psychischen Erkrankungen hier Personen mit sehr unterschiedlich langen krankheitsbedingten Fehlzeiten miteinander verglichen werden. Um die Vergleichbarkeit zu erhöhen, wird im nächsten Schritt (Abbildung 6.3) auf Personen eingeschränkt, die im ersten Quartal 2015 mindestens einen Monat im Krankenstand verbrachten. Auch in dieser stärker selektierten Gruppe ist die Beschäftigungskontinuität bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung deutlich geringer als bei anderen Krankheitsbildern. Ein Jahr nach Krankenstandsbeginn ist weniger als die Hälfte der psychisch Erkrankten (44% der Männer und 47% der Frauen) noch im selben Beschäftigungsverhältnis, bei den restlichen Beschäftigten mit einem langen Krankenstand sind es 72% der Männer und 67% der Frauen.

Abbildung 6.2: Verbleibdauer im Beschäftigungsverhältnis mit und ohne psychisch bedingten Krankenstand

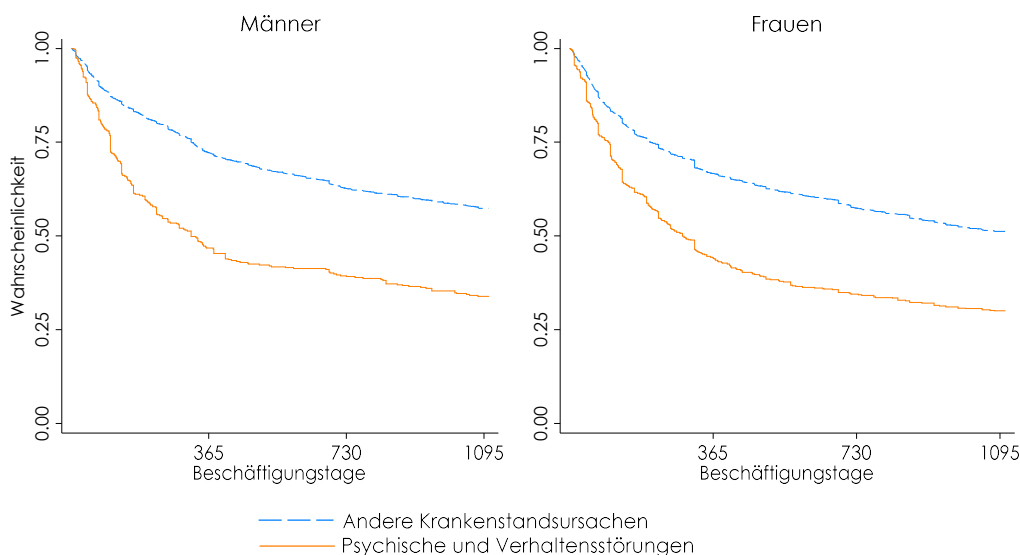
Oberösterreich, 25- bis 54-Jährige, Krankenstandsbeginn im ersten Quartal 2015



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen.

Abbildung 6.3: Verbleibdauer im Beschäftigungsverhältnis der Beschäftigten mit einem langen Krankenstand

Oberösterreich, 25- bis 54-Jährige, Krankenstandsbeginn im ersten Quartal 2015



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen.

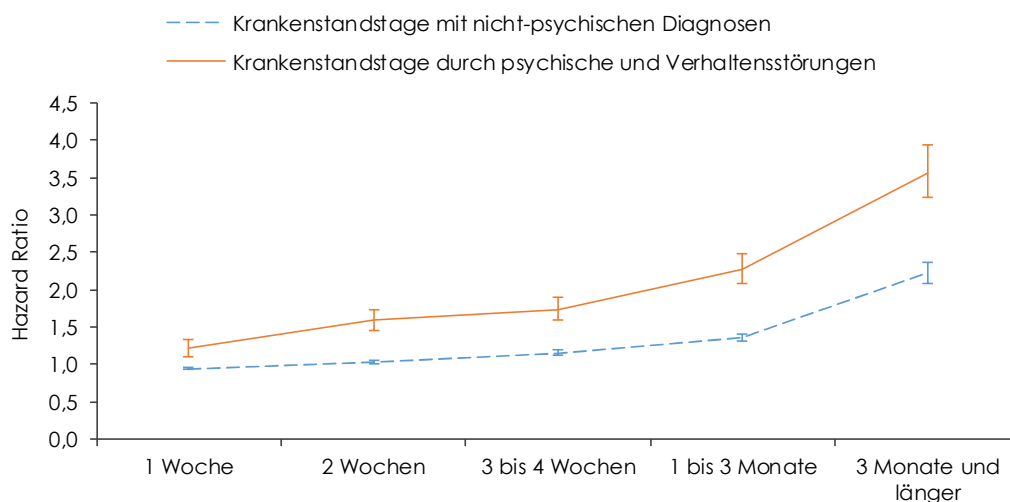
Die hier dargestellten Unterschiede bestätigen die Befunde aus früheren Analysen, wonach zwischen Beschäftigungsstabilität und Krankenstand bzw. Krankheitsdauer grundsätzlich ein klarer Zusammenhang besteht. Diese Unterschiede dürfen jedoch nicht unmittelbar als kausale Auswirkungen der Krankheitsstände verstanden werden. Andere, hier nicht berücksichtigte Merkmale wie das Alter, die Qualifikation und die Berufserfahrung können sowohl die Krankheitsstands- als auch die Beschäftigungswahrscheinlichkeit mitbestimmen und somit ursächlich für die geringere Beschäftigungsstabilität der Arbeitskräfte mit Fehlzeiten verantwortlich sein.

In der nachfolgend dargestellten multivariaten Analyse wird für wichtige weitere Bestimmungsfaktoren der Beschäftigungsstabilität kontrolliert. Zur Ermittlung des Einflusses von Krankheitsständen auf das Risiko einer Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses wird ein Verweildauermodell⁸⁾ (eine sogenannte Cox-Regression) geschätzt. Dabei wird zusätzlich zur Information über den Antritt eines Krankheitsstands im ersten Quartal 2015 eine Reihe an erklärenden Variablen in der Schätzung berücksichtigt: Neben Alter und Geschlecht sind das die bisherige Dauer des Beschäftigungsverhältnisses, die Dauer des Krankheitsstands (fünf Kategorien), die Branche (Wirtschaftsklassen, siehe Abbildung 3.3), die Betriebsgröße sowie die Altersstruktur und das Lohnniveau im Betrieb (gemessen an den Quartilswerten). Das Hauptaugen-

⁸⁾ Verweildauermodelle wurden bereits vielfach zur Erklärung der Stabilität von Beschäftigungsverhältnissen eingesetzt (z. B. Gottschalk – Moffitt, 1999). Die vorliegenden Analysen für Oberösterreich knüpfen an Leoni – Mahringer (2008) an.

merk der Untersuchung liegt auf der Frage, inwiefern sich psychische Erkrankungen auch bei Berücksichtigung dieser erklärenden Merkmale als Bestimmungsgründe von Beschäftigungsstabilität von anderen Krankenstandsursachen unterscheiden. Dazu wird im Modell der Zusammenhang zwischen Dauer des Krankenstands und Wahrscheinlichkeit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses separat für psychische Diagnosen und für die anderen Krankenstandsdiagnosen berechnet.⁹⁾

Abbildung 6.4: Risiko der Auflösung eines Beschäftigungsverhältnisses
Oberösterreich, 25- bis 54-Jährige



Q: OÖGKK, INDI-DV; WIFO-Berechnungen. Die abgebildeten Hazard Ratios drücken aus, um wie viel sich das Risiko (hier: Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses) bei Vorliegen eines Krankenstands mit einer bestimmten Dauer erhöht. Ein Wert von 1,5 bedeutet, dass das Risiko um 50% höher ist als bei Personen, die keinen entsprechend langen Krankenstand verzeichneten. Die vertikalen Striche zeigen die 95%-igen Konfidenzintervalle der Punktschätzer an. Weitere Kontrollvariablen: Anzahl der Krankenstandsfälle, Alter in Jahren, Wirtschaftsklasse, Lohnniveau im Betrieb, Altersstruktur im Betrieb, Betriebsgröße, bisherige Dauer des Dienstverhältnisses.

Das Kernergebnis der Schätzung ist in Abbildung 6.4 dargestellt, wo die *Hazard Ratios* für psychisch bzw. für nicht-psychisch bedingte Krankenstände für die einzelnen Dauerkategorien zu sehen sind. Die Vergleichsbasis sind jeweils Beschäftigte, die im ersten Quartal 2015 keinen Krankenstand bzw. keinen Krankenstand mit der entsprechenden Dauer verzeichneten. Wie schon die vorangegangenen Analysen nahe legten, ist mit zunehmender Dauer der Krankenstände eine deutliche Steigerung des Risikos verbunden, den Arbeitsplatz (freiwillig oder unfreiwillig)¹⁰⁾ zu verlieren. Im Durchschnitt der nicht-psychisch bedingten Krankenstände unterscheidet sich das Risiko, das Beschäftigungsverhältnis zu beenden, erst bei längeren Dauern signifikant zwischen erkrankten und nicht-erkrankten Personen. Die Hazard Ratio be-

⁹⁾ Technisch wird das umgesetzt, indem eine binäre Variable für psychisch bedingte Krankenstände mit den binären Variablen für die fünf Kategorien der Krankenstandsdauer interagiert wird.

¹⁰⁾ In den Daten ist keine Information darüber verfügbar, von wem die Initiative zur Beendigung eines Dienstverhältnisses ausgegangen ist.

trägt im Fall von ein- und zweiwöchigen Krankenständen nahezu 1 und ist somit gleich hoch wie in der Vergleichsgruppe der Personen ohne Krankenstand. Bei drei- bis vierwöchigen Abwesenheiten vom Arbeitsplatz erhöht sich das Risiko um 15%, und es steigt im Fall von sehr langen Krankenstandsfällen – unter Berücksichtigung der besprochenen sonstigen Bestimmungsfaktoren – auf mehr als das Doppelte der nicht betroffenen Personen an. Psychische Erkrankungen gehen in allen Dauerkategorien mit einem höheren Risiko der Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses einher. Die Hazard Ratio steigt bereits bei zwei Wochen Krankenstand auf 1,6, was einem um 60% erhöhten Risiko gegenüber Personen ohne Krankenstand entspricht, und erreicht bei sehr langen Abwesenheiten vom Arbeitsplatz einen Wert von 3,6, was einem dreieinhalb Mal höheren Risiko als in der Vergleichsgruppe entspricht. Psychische Erkrankungen sind somit mit einem höheren Risiko der Auflösung des Dienstverhältnisses verbunden, als Krankenstände vergleichbarer Länge, die auf andere Ursachen zurückgehen. Wie aus den Konfidenzintervallen ersichtlich ist, sind sämtliche dieser Schätzungen statistisch eindeutig signifikant.

Auch in diesem Fall dürfen die Ergebnisse nicht im engeren Sinne als Ursache-Wirkung Zusammenhang interpretiert werden. Kausale Effekte der Krankenstände könnten nur dann ermittelt werden, wenn sämtliche Informationen, die für das Erkrankungsrisiko und zugleich für die weitere Beschäftigung Relevanz besitzen, beobachtbar wären. Die hier festgestellten Unterschiede in der Beschäftigungsstabilität zwischen Arbeitskräften in Abhängigkeit vom Krankenstand können auch auf Faktoren zurückzuführen sein, die nicht beobachtet werden (z. B. Produktivität, gesundheitsrelevantes Verhalten), aber systematisch zwischen den Gruppen abweichen. Dennoch zeigen die vorliegenden Ergebnisse eindeutig auf, dass psychische Erkrankungen – möglicherweise in Kombination mit anderen, hier nicht betrachteten Faktoren – auch gegenüber anderen Erkrankungen mit einem erhöhten Risiko des Arbeitsplatzverlustes und einer verschlechterten Arbeitsmarktanbindung assoziiert sind.

7 Schlussfolgerungen und Diskussion

Die empirischen Analysen liefern ein differenziertes Bild zur Entwicklung und Verteilung von psychischen Krankheiten und den dadurch hervorgerufenen Krankenständen. Unabhängig von Alter, Geschlecht und Erwerbsstatus spielen gegenwärtig psychische Gesundheitsprobleme als (diagnostizierte) Ursachen von Krankenständen eine viel bedeutendere Rolle als vor fünfzehn oder zwanzig Jahren. Im hier betrachteten Zeitraum von 2005 bis 2016 sind in Oberösterreich nicht nur die psychisch bedingten Krankenstandstage pro Kopf und ihr Anteil an den Fehltagen insgesamt gestiegen, sondern auch der Konsum von Psychopharmaka. Der Anstieg der Werte pro Kopf konzentrierte sich vor allem auf die Jahre 2005 bis 2011/12. Seitdem blieben die meisten Indikatoren nahezu unverändert oder waren leicht rückläufig. Die Krankenstände wurden kürzer und die Krankenstandstage pro erkrankte Person gingen zurück.

Zwischen verschiedenen Gruppen von Erwerbspersonen bestehen erhebliche Unterschiede in der Betroffenheit durch psychische Erkrankungen. Frauen sind öfter als Männer krankgeschrieben, Ältere öfter als Jüngere und Arbeitslose öfter als Beschäftigte. In Bezug auf die längerfristigen Trends entwickelten sich die psychischen Erkrankungen der einzelnen Gruppen weitgehend im Gleichschritt. Eine Abweichung ist bei den jüngeren Erwerbspersonen beobachtbar: Die Krankenstandstage pro Kopf der Jüngeren stiegen nach 2011 weiter an, wenn auch nicht mehr so stark wie in der Vorperiode.

Einige der aufgezeigten Fakten und Trends sind bereits aus früheren Untersuchungen und internationalen Studien bekannt. Das betrifft unter anderem die höhere Krankenstandsquote der Frauen gegenüber den Männern, die hohe Arbeitslosenquote der psychisch Erkrankten und die Zunahme von psychischen Erkrankungen bei jüngeren Personen. Gerade die hohe Konzentration von psychischen Gesundheitsproblemen der Arbeitslosen ist ein bereits seit langem erforschtes Phänomen. In Österreich kann diesbezüglich an die bahnbrechende Arbeit von *Jahoda – Lazarsfeld – Zeisel* (1933) zu den "Arbeitslosen von Marienthal" angeknüpft werden. Auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede wurden bereits vielfach untersucht, obwohl die komplexen Wechselwirkungen zwischen biologischen Unterschieden, sozial konstruierten Rollen und gesellschaftlichen Strukturen noch weiterer Forschung bedürfen. Die höhere psychisch bedingte Krankenstandsquote der Frauen, die vor allem bei den Beschäftigten beobachtet werden kann, dürfte jedenfalls darauf zurückzuführen sein, dass im Erwachsenenalter die Prävalenz von Depressionen und Angstzuständen bei Frauen höher ist als bei Männern (*WHO, 2002*).¹¹⁾

Vor allem die Entwicklung der psychisch bedingten Krankenstände im Zeitverlauf wirft offene Fragen auf. Der steile Anstieg in den 2000er-Jahren kann als Teil eines breiteren, auch international feststellbaren Trends verstanden werden. In Deutschland beispielsweise erhöhte sich die Zahl der psychisch bedingten Krankenstandstage je Beschäftigte/n zwischen 2005 und 2012 um mehr als 50% (*Badura et al., 2014*). Auch bleibende Arbeitsunfähigkeit (d. h. die Zuerkennung von Invaliditätspensionen) aufgrund von psychischen Krankheiten nahm sowohl in Österreich als auch in Deutschland stark zu. Bereits seit geraumer Zeit wird in der Wissenschaft darüber diskutiert, inwiefern die Verschlechterung von Indikatoren zur psychischen Gesundheit auf eine stärkere Verbreitung von psychischen Erkrankungen oder (auch) auf Fortschritte in der Erkennung von psychischen Störungen und eine Ausweitung des Konzepts psychischer Krankheiten zurückzuführen ist.¹²⁾ Der Krankschreibungsprozess stellt weitgehend eine "black box" dar, weshalb die Zunahme der oberösterreichischen Krankenstände in den Jahren 2005 bis 2011 und vor allem die Unterbrechung dieses Trends und der Rückgang in den jüngsten Jahren mithilfe der hier untersuchten Daten nicht eindeutig erklärt werden können.

¹¹⁾ Substanzkonsumstörungen und antisoziales Verhalten sind dagegen bei erwachsenen Männern stärker verbreitet. Die psychische Gesundheit von Männern und Frauen unterscheidet sich im Allgemeinen sowohl zwischen den Altersgruppen als auch im Hinblick auf einzelne Krankheitsbilder (*WHO, 2002*).

¹²⁾ Diese Fragen wurden bereits im späten 19. Jahrhundert debattiert, als es darum ging, die steigende Zahl an Aufnahmen in psychischen Asylen zu erklären (*Richter et al., 2008*).

Konjunkturelle Entwicklungen scheinen das Muster des Krankenstandsverlaufs nicht maßgeblich geprägt zu haben: Der starke Anstieg 2005 bis 2011 umspannte sowohl Jahre des wirtschaftlichen Aufschwungs als auch die tiefe Krise im Jahr 2009. Die Stabilisierung der psychisch bedingten Krankenstandsquote fiel vorwiegend auf Jahre mit einer schwachen wirtschaftlichen Entwicklung, setzte sich aber auch 2016 fort, als die Konjunktur wieder an Dynamik gewann. Mögliche konjunkturelle Einflüsse überlagern sich aber mit zahlreichen anderen Faktoren, die sich auf das (psychisch) bedingte Krankenstandsgeschehen ausgewirkt haben könnten. Dazu zählen beispielsweise Reformen der Pensionsgesetzgebung, arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und Änderungen im Gesundheitswesen.

Einige institutionelle Änderungen der jüngsten Jahre könnten einen günstigen Einfluss auf die Entwicklung der psychischen Krankenstandsquoten gehabt haben. 2010 wurden mit dem Arbeits- und Gesundheitsgesetz (AGG) und der Einführung des Beratungsangebots "fit2work" Schritte gesetzt, um eine Früherkennung von Risiken einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit und ein Case Management zur Unterstützung der Wiedereingliederung bei Langzeitkrankenständen zu etablieren. Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind eine wichtige Zielgruppe des fit2work-Programms. Die langen Dauern von psychisch bedingten Krankenstandsfällen sind nicht nur als Hinweis für die Schwere der Erkrankungen, sondern auch als Schwierigkeiten in der therapeutischen und rehabilitativen Versorgung zu interpretieren (Held, 2017).

Die Novellierung des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes (ASchG), die 2013 in Kraft trat, dürfte positive Impulse zur Prävention von Arbeitsplatzrisiken gesetzt haben. Mit der ASchG-Novelle wurde die Wichtigkeit der psychischen Gesundheit und der Prävention arbeitsbedingter psychischer Belastungen stärker betont und unter anderem dadurch untermauert, dass ArbeitspsychologInnen ausdrücklich als "sonstige geeignete Fachleute" genannt werden, die von den Arbeitgebern auch mit der Arbeitsplatzevaluierung beauftragt werden können. Wie von der OECD (2015B) festgehalten wird, stellte der Fokus auf psychische Belastungen in Österreich eine wichtige Erweiterung im Bereich der Problemerkennung dar. Tatsächlich geht aus den zwei verfügbaren Wellen der Europäischen Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken (ESENER) hervor, dass der Anteil der österreichischen Unternehmen, in denen ArbeitspsychologInnen im Rahmen von Gesundheitsschutz- und Sicherheitsdienstleistungen zum Einsatz kommen, zwischen 2009 und 2014 von 10% auf 20% gestiegen ist (Eppel et al., 2016). Dieser Wert lag etwas höher als im Durchschnitt aller EU-Mitgliedsländer. Verglichen mit den Spitzenreitern Finnland und Schweden, wo 2014 über 60% der Unternehmen ArbeitspsychologInnen einsetzten, war die Quote dennoch niedrig.

Die Frage, inwiefern diese gesetzlichen Neuerungen tatsächlich einen Beitrag zur Reduktion von psychischen Erkrankungen bzw. zur verbesserten Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen leisten, bedarf jedoch weiterführender Untersuchungen. Auch ist zu betonen, dass durch die Eingrenzung auf Erwerbspersonen in diesem Bericht nur ein Teilausschnitt der Problematik der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung beleuchtet werden konnte. Unabhängig von der vergleichsweise günstigen Dynamik der jüngsten Jahre und den möglichen Erklärungsansätzen für Veränderungen über die Zeit, bilden Menschen

mit psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen am Arbeitsmarkt eine große, durch eine besonders schwierige Problemlage charakterisierte Zielgruppe. Wie die Analysen im vorliegenden Bericht zeigen konnten, sind psychisch bedingte Krankenstände deutlich stärker als Fehlzeiten aufgrund von anderen Diagnosen mit Unterbrechungen in der Erwerbslaufbahn und mit Arbeitslosigkeit verbunden. Eine große gesundheits- und arbeitsmarktpolitische Herausforderung besteht darin, dass die Eingliederung bzw. Wiedereingliederung von erkrankten Personen in vielen Fällen eine Kombination aus sozialberuflichen, beruflichen und medizinischen Maßnahmen erfordert. Neben der Prävention und Evaluierung der Risiken sollte der Fokus zukünftig verstärkt auf die Unterstützung von Frühinterventionen und die Entwicklung von umfassenden Prozeduren zur Begleitung und Wiedereingliederung von erkrankten Personen gelegt werden.

Literaturhinweise

- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., Cortès, I., "Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class", *American Journal of Public Health*, 2004, 94(1), S. 82-88.
- Australian Institute of Health and Welfare, *Mental health services in Australia 2005–06*, Canberra, 2008, <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=6442468122>.
- Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastung am Arbeitsplatz*, Berlin-Heidelberg, 2000.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014*, Berlin Heidelberg, 2014.
- Bambra, C., *Work, worklessness and the political economy of health*, Oxford University Press, Oxford, 2011.
- Berger, M., Linden, M., Schramm, E., Hillert, A., Voderholzer, U., Maier, W., *Burnout*, Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin, 2012.
- Boone, J., van Ours, J. C., Wuellrich, J.-P., Zweimüller, J., "Recessions are bad for workplace safety", *Journal of Health Economics*, 2011, 30(4), S. 764-773.
- Card, D., Chetty, R., Weber, A., "Cash-on-hand and competing models of intertemporal behavior: New evidence from the labor market", *Quarterly Journal of Economics*, 2007, 122(4), S. 1511-1560.
- Dagher, R. K., Chen, J., Thomas, S. B., "Gender differences in mental health outcomes before, during, and after the Great Recession", *PLOS ONE*, 2015, 10(5).
- Eisl, A., Mert, C., Filzmoser, P., *ATC-ICD10 Evaluation. Final Report*, Institut für Statistik und Wahrscheinlichkeitstheorie, Technische Universität Wien, Wien, 2015.
- Eppel, R., Leoni, Th., Mahringer, H., *Österreich 2025: Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit. Status quo, internationale Erfahrungen und Reformperspektiven*, WIFO, Wien, 2016.
- Eppel, R., Leoni, Th., Mahringer, H., Hausegger, T., Reidl, Ch., Weber, F., *Einsatz und Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen*, Sozialpolitische Studienreihe, ÖGB-Verlag, Wien, 2017, (22).
- Gensby, U., Lund, Th., Kowalski, K., Saidj, M., Klint Jørgensen, A.-M., Filges, T., Irvin, E., Amick III, B. C., Labriola, M., "Workplace Disability Management Programs Promoting Return to Work: A Systematic Review", *Campbell Systematic Reviews*, 2012, 8(17).
- Goldman-Mellor, S. J., Saxton, K. B., Catalano, R. C., "Economic contraction and mental health: A review of the evidence, 1990-2009", *International Journal of Mental Health*, 2010, 39(2), S. 6-31.
- Gordo, L. R., "Beeinflusst die Dauer der Arbeitslosigkeit die Gesundheitszufriedenheit? Auswertungen des sozioökonomischen Panels (SOEP) von 1984 bis 2001", in: Hollederer, A., Brand, H. (Hrsg.), *Arbeitslosigkeit, Gesundheit und Krankheit*, Verlag Hans Huber, Bern, 2006, S. 53-74.
- Gottschalk, P., Moffitt, R., "Changes in Job Instability and Insecurity Using Monthly Survey Data", *Journal of Labor Economics*, 1999, 17(4), S. 91-126.
- Held, G., "Krisen bewältigen – Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen", in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2017*, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 2017, S. 175-182.
- Hollederer, A., "Arbeitslosigkeit, Gesundheit und ungenutzte Potenziale von Prävention und Gesundheitsförderung", in: Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2005*, Berlin-Heidelberg, 2006, S. 219-239.
- Jahoda, M., Lazarsfeld, P., Zeisel, H., *Die Arbeitslosen von Marienthal*, 1933, Suhrkamp Verlag, Frankfurt, 1975.
- Kaschka, W. P., Korczak, D., Broich, K., "Modediagnose Burn-out", *Deutsches Ärzteblatt*, Dezember 2011, 12, S. 567-573.
- Lalive, R., Zweimüller, J., "How does parental leave affect fertility and return to work? Evidence from two natural experiments", *Quarterly Journal of Economics*, 2009, 124(3), S. 1363-1402.
- Leoni, Th., Mahringer, H., *Fehlzeitenreport 2008, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*, WIFO, Wien, 2008.
- Leoni, Th., Schwinger, J., *Fehlzeitenreport 2017, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Die alter(n)s-gerechte Arbeitswelt*, WIFO, Wien, 2017.

- Leoni, Th., Uhl, A., Fehlzeitenreport 2016, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO, Wien, 2016.
- Mayrhuber, C., Tockner, L., Krankheitsbiografien vor Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen, Soziale Sicherheit, 2012, (4).
- OECD (2015A), Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris, 2015.
- OECD (2015B), Mental Health and Work: Austria, OECD Publishing, Paris, 2015.
- Richter, D., Berger, K., Reker, T., "Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht", Psychiatrische Praxis, 2008, 35(7), S. 321-330.
- WHO (Weltgesundheitsorganisation), Gender and Mental Health, Department of Gender and Women's Health & Department of Mental Health and Substance Dependence, 2002.

Anhang

Übersicht A1: Wirtschaftsklassen nach ÖNACE 2008

A/B	Land- und Forstwirtschaft, Fischerei; Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
C	Herstellung von Waren
D/E	Energieversorgung; Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
F	Bau
G	Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kfz
H	Verkehr und Lagerei
I	Beherbergung und Gastronomie
J	Information und Kommunikation
K	Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen
L	Grundstücks- und Wohnungswesen
M	Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen
N	Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen
O	Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung
P	Erziehung und Unterricht
Q	Gesundheits- und Sozialwesen
R-U	Kunst, Unterhaltung und Erholung; Erbringung von sonstigen Dienstleistungen; Private Haushalte mit Hauspersonal, Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt; Exterritoriale Organisationen und Körperschaften
ZZ	Nicht zugeordnet

Q: Statistik Austria.