

Engelbert Theurl

Volkswirtschaftliche und sozialpolitische Auswirkungen der Arbeitsunfähigkeit

I. Einleitung

Krankheitsbedingte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit sind ein wichtiges Phänomen der Arbeitswelt. Sie sind Erkenntnisgegenstand unterschiedlicher Wissenschaften wie der Medizin, hier insbesondere der Arbeitsmedizin, des Arbeits- und Sozialrechts, der Arbeits- und Sozialpsychologie, der Betriebs- und Volkswirtschaftslehre.

Aus volkswirtschaftlicher Sicht ist Arbeitsunfähigkeit sowohl einzel- wie auch gesamtwirtschaftlich relevant. Eine geminderte Arbeitsfähigkeit ist Quelle kurz- und langfristiger betrieblicher Produktionsausfälle und damit auf der makroökonomischen Ebene Auslöser einer verminderten gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung. Sie kann betriebliche Friktionen wie Überstunden anderer Mitarbeiter, Produktionsumstellungen und/oder schlecht ausgelastete Produktionskapazitäten und damit Ineffizienzen verursachen. Für den einzelnen Mitarbeiter kann sie – in Abhängigkeit von den implementierten sozialrechtlichen Schutzmechanismen – Einkommensausfälle und damit Schmälerungen des gewohnten Lebensstandards bedeuten. Langfristig kann sie dazu führen, dass auf Grund nicht absolvierter Qualifizierungsprogramme ursprünglich angestrebte Karrierepfade nicht realisiert werden können und damit individuelle Lebenseinkommensziele enttäuscht werden.

Arbeitsunfähigkeit ist im weiteren Anknüpfungspunkt für staatliche Transferzahlungen kurz- und langfristiger Natur (Krankengeld, Rentenzahlungen) und kann damit zu einer substantiellen Belastung der öffentlichen Haushalte führen. Aus ökonomisch-theoretischer, aber auch aus ordnungspolitischer Sicht ist Arbeitsunfähigkeit insofern eine Herausforderung als es notwendig ist, Anreizstrukturen für ein Problem zu konzipieren, das durch vielfältige Formen der Informationsasymmetrie (Arbeitgeber – Arbeitnehmer, Arbeitnehmer – Versicherung, Arbeitnehmer – Arzt, Versicherung – Arzt) gekennzeichnet ist. Deren Beherrschung erscheint nur durch einen Mix aus formellen (Anreiz- und Kontrollsysteme) und informellen (zB Vertrauen, Corporate Identity) Institutionen möglich.

Schließlich kann Arbeitsfähigkeit als eine wesentliche Dimension von Gesundheit generell begriffen werden. Aus dieser Perspektive stellt sich die

Frage, inwieweit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit einen Indikator für eine Beeinträchtigung des allgemeinen Gesundheitszustandes von Individuen (einer Population) darstellen kann.

Ökonomisch eröffnet sich damit ein breites Feld an Fragestellungen, deren detaillierte Behandlung den Rahmen des nachfolgenden Beitrages deutlich sprengen würde. So kann im Folgenden beispielsweise die breite Diskussion der wichtigen Frage, ob das Risiko durch bestimmte Charakteristika des Berufes und/oder des Arbeitsplatzes Beeinträchtigungen der Gesundheit zu erleiden durch Lohnzuschläge (Risikoprämien) in die Lohnbildung bereits „eingepreist“ wird, nicht näher thematisiert werden.¹⁾

Dieser Beitrag konzentriert sich auf folgende Aspekte der Arbeitsunfähigkeit. In Abschnitt II wird eine kurze begriffliche Einordnung und Abgrenzung der Thematik „Arbeitsunfähigkeit“ gegeben. Abschnitt III beinhaltet empirische Fakten zur Thematik Arbeitsunfähigkeit. Abschnitt IV gibt einen Überblick darüber, welche Faktoren empirisch die Arbeitsunfähigkeit bestimmen und damit Unterschiede in der Arbeitsunfähigkeit zwischen Individuen bzw Gruppen von Individuen erklären können. Abschnitt V beleuchtet die Kosten der Arbeitsunfähigkeit und geht dabei auf die beiden Folgen von Arbeitsunfähigkeit, nämlich den Absentismus und den Präsentismus, ein. Die Darstellung von ausgewählten Ergebnissen von empirischen Studien zu dieser Thematik wird dabei mit einer kritischen Analyse der grundlegenden Methodik dieser Studien verknüpft und abgeschlossen.

II. Zur begrifflichen Einordnung

Arbeitsfähigkeit bzw Arbeitsunfähigkeit sind keine dichotomen Begrifflichkeiten. Sie erweisen sich als Zustände, deren Kategorisierung in vielen Fällen nicht einfach möglich ist. Dies ergibt sich erstens aus dem Charakter von Gesundheit selbst, welche unterschiedliche Dimensionen umfasst. Arbeitsunfähigkeit ist im Weiteren ein relationaler Begriff, der nur im Hinblick auf die Art der beruflichen Tätigkeit operationalisierbar ist. Daraus folgt, dass das sozialrechtliche und betriebliche Umfeld, in dem Gesundheitsbeeinträchtigungen auftreten, von großer Bedeutung für die Einordnung und die daraus folgenden Konsequenzen im Einzelfall sind. Für eine ausführliche Diskussion des Begriffes „Arbeitsunfähigkeit“ aus medizinischer, soziologischer und sozialrechtlicher Sicht (PV, KV, UV) möchte ich auf die übrigen Beiträge in diesem Sammelband verweisen.²⁾

Für die folgende ökonomische Analyse stehen die Erscheinungsformen, die Determinanten und Konsequenzen von Arbeitsunfähigkeit im Vordergrund. Für Arbeitnehmer in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis

¹⁾ Vgl G. Sheldon o. J.

²⁾ Dieser Verweis darf nicht als Indiz dafür interpretiert werden, dass die Gesundheitsökonomik selbst zur Messung von Arbeitsunfähigkeit keine essentiellen Beiträge geleistet hätte.

sind in diesem Zusammenhang drei Phänomene von Relevanz: (i) der Absentismus, (ii) der Präsentismus, (iii) Moral Hazard. Absentismus bedeutet, dass Arbeitnehmer krankheitsbedingt ihrer Beschäftigung nicht nachgehen können. In der überwiegenden Zahl der Fälle und in Abhängigkeit von den konkreten sozialrechtlichen Regelungen (zB die unterschiedlichen Regelungen im Falle von Kurzkrankenständen) bedarf der Absentismus des Attestes eines Experten (zB Hausarzt, Kontrollarzt). Präsentismus bedeutet, dass Arbeitnehmer ihrer Beschäftigung nachgehen, obwohl sie gesundheitlich eingeschränkt sind. Die Folge davon ist, dass die betrieblichen Leistungserwartungen nicht erfüllt werden können und/oder die Arbeitsproduktivität deutlich niedriger ist als bei voller Gesundheit. Im Detail wird das Phänomen des Präsentismus in der Literatur unterschiedlich abgegrenzt. So gehen empirische Studien zu den ökonomischen Kosten des Präsentismus von einem sehr breiten Verständnis des Präsentismus aus.³⁾ Moral Hazard bedeutet schließlich, dass Arbeitnehmer in aufrechtem Beschäftigungsverhältnis nicht bzw nur mit reduziertem Arbeitseinsatz arbeiten, obwohl sie prinzipiell in der Lage wären die „volle“ Arbeitsleistung zu erbringen. Die weiteren Ausführungen konzentrieren sich auf die Phänomene (i) und (ii), während das Phänomen des Moral Hazard aus dieser Analyse vollkommen ausgespart bleibt.⁴⁾

III. Arbeitsunfähigkeit – ausgewählte empirische Einblicke

Der nachfolgende kurze empirische Überblick über die Bedeutung von Arbeitsunfähigkeit konzentriert sich auf das Phänomen des Absentismus in seiner kurzfristigen Form des Krankenstandes.⁵⁾ Zum Phänomen des Präsentismus liegen systematisch gesammelte Informationen auf der Makroebene weder auf der nationalen Ebene noch im internationalen Vergleich vor. Der kurze empirische Überblick zum Absentismus soll einerseits dessen Langfristentwicklung in Österreich beleuchten und andererseits einen internationalen Überblick über die Bedeutung des Phänomens in ausgewählten Staaten geben.

Wichtigste statistische Basis für die krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz in Österreich sind die Krankenstandsstatistiken des Haupt-

³⁾ Vgl dazu die Ausführungen in Gliederungspunkt V.

⁴⁾ Die Arbeitsmarktökonomie, hier insbesondere ihr experimenteller Zweig, hat sich in den letzten Jahren sehr ausführlich mit der Frage der Determinanten von Moral Hazard bzw des „working effort“ am Arbeitsmarkt auseinander gesetzt. Sie betont die Rolle der Ausgestaltung von Entlohnungssystemen (Entlohnungsbasis, Entlohnungserwartungen, Entlohnungshierarchie) und der sozialrechtlichen Absicherung für das Ausmaß dieses Phänomens.

⁵⁾ Für die Erörterung langfristiger Auswirkungen der Arbeitsunfähigkeit – insbesondere auf das Pensionssystem – sei auf die Beiträge zum letztjährigen Symposium verwiesen. Vgl W. Pfeil (Hrsg), Geminderte Arbeitsfähigkeit, Wien 2011.

verbandes der Sozialversicherungsträger.⁶⁾ Abbildung 1 zeigt die langfristige Entwicklung der Krankenstände für Österreich im Zeitraum 1970 – 2008 an Hand wichtiger Indikatoren.⁷⁾ Alle hier verwendeten Indikatoren sind in der Ausgangsperiode auf einen Wert von 100 normiert, die Werte in den Folgejahren stellen also Trendwerte dar. Die Reihe „KK-Tage“ zeigt die Entwicklung der Krankenstandstage insgesamt. Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass sich die Zahl der Krankenstandstage relativ zyklisch mit ausgeprägten Gipfeln um die Jahre 1980, 1993 und 2003 entwickelt hat. Man könnte auch sagen, dass der Indexwert der Krankenstandstage in den Jahren 1970 – 1975 relativ stark ansteigt und dann im Durchschnitt stabil bleibt und um einen Indexwert von 1,15 schwankt. Die Entwicklung der Krankenstandstage lässt sich „restlos“ in vier Teilkomponenten zerlegen: (i) die Krankenstandsquote, (ii) die Krankenstandsintensität, (iii) die Krankenstandsdauer, (iv) die Zahl der Versicherten. Diese Komponenten sind als Ausgangspunkte einer Ursachenanalyse von großer Bedeutung, stellen aber selbst keine Ursachenanalyse dar.

Die Krankenstandsquote (Komponente i) misst den Anteil der Versicherten, die im betreffenden Jahr in Krankenstand gegangen sind. Die Krankenstandsintensität (Komponente ii) misst, wie oft jene, die in der betrachteten Periode in den Krankenstand gegangen sind, im Durchschnitt in den Krankenstand gegangen sind. Die (durchschnittliche) Krankenstandsdauer (Komponente iii) ergibt sich aus der Division der Krankenstandstage durch die Zahl der Krankenstandsfälle. Die Komponente (iv) misst die Veränderung der Zahl der Versicherten im Zeitverlauf.

Aus *Abbildung 1* ist ersichtlich, dass für den langfristigen Anstieg der Krankenstandstage in erster Linie die starke Zunahme der Versicherten (Reihe „Versicherte“) entscheidend war. Diese Zahl ist im betrachteten Zeitraum – mit kleinen Einbrüchen – um ca 50% gestiegen. Einen Beitrag zum Anstieg der Krankenstandstage hat auch die Entwicklung der Krankenstandsintensität (Reihe „KK-Fälle/Erkrankte“) geleistet (Anstieg um ca 30% über den gesamten Zeitraum). Die Krankenstandshäufigkeit bei jenen Beschäftigten,

⁶⁾ Das WIFO hat – basierend auf den empirischen Informationen des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger in den letzten Jahren Fehlzeitenreporte vorgelegt. Diese bestehen aus einem allgemein gehaltenen statistischen Teil und aus reportspezifischen Vertiefungen. In diesen Vertiefungen wurden ua die volkswirtschaftlichen Kosten der Arbeitsunfähigkeit und der Zusammenhang von Krankenstand und Arbeitslosigkeit analysiert. Vgl dazu *Th. Leoni et al*, „Fehlzeitenreport 2007 – Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich“, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien 2007. *Th. Leoni et al*, „Fehlzeitenreport 2008 – Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich“, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien 2008. *Th. Leoni et al*, „Fehlzeitenreport 2009 – Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich“, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wien 2010.

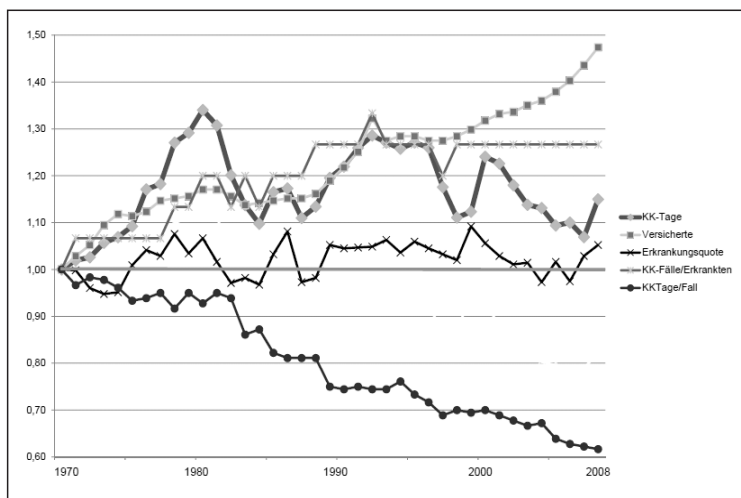
⁷⁾ Für detailliertere Darstellungen der Langfristentwicklung in Österreich vgl die Fehlzeitenreporte des WIFO. Zu den Details siehe die Literaturhinweise in Fußnote 6.

die in den Krankenstand gehen, ist in der betrachteten Periode markant angestiegen. Dagegen ist die Krankenstandsquote (Reihe „Erkrankungsquote“) vergleichsweise konstant geblieben. Sie schwankt ohne klare Tendenz um den Ausgangswert von 1. Daraus auf eine Segregation der Beschäftigten nach der Krankenstandshäufigkeit zu schließen, wäre aber vorschnell. Eine solche Schlussfolgerung wäre nur dann zulässig, wenn dieses Phänomen längerfristig auf die gleichen Personengruppen zutreffen würde.

Gebremst wurde der Anstieg der Krankenstandstage durch einen markanten Rückgang der durchschnittlichen Krankenstandsdauer (Reihe „KK-Tage/ Fall“) um ca 40%. Dieser Rückgang erfolgt prozentuell gesehen über die gesamte Periode linear. Der Rückgang der Krankenstandsdauer ist nicht monokausal erklärbar. Ein wichtiger Erklärungsansatz ist aber ohne Zweifel der medizinisch-technologische Fortschritt. Nicht ohne Grund zeigt der Rückgang der Krankenstandsdauer eine deutliche Parallelität zur Entwicklung der durchschnittlichen Krankenhausverweildauer in Österreich, wobei allerdings der Rückgang der Krankenhausverweildauer deutlich stärker ausfällt.

Für das Jahr 2009 weist die Krankenstandsquote im Querschnitt einen starken Bezug zum Lebensalter auf. Die Quote sinkt – beginnend mit einem Ausgangswert von 3,5% für die Altersgruppe < 19 Jahre – auf 2,7% in der Altersgruppe 25 – 29 Jahre. Die Quote steigt dann bis zur Altersgruppe 55 – 59 Jahre kontinuierlich auf ca 6% an und sinkt für die folgenden Altersgruppen. Für die Gruppe der > 65 Jahre beträgt die Quote 2,8%. In den Altersgruppe < 19 Jahre bis zur Altersgruppe 55 – 59 Jahre entwickelt sich die Krankenstandsquote gegenläufig zur Entwicklung der Erwerbsquote. Zwischen den Wirtschaftssektoren zeigen sich Unterschiede in der Krankenstandsquote, wobei die Werte im Durchschnitt der Jahre 2003 – 2007 zwischen 2,2% (ÖNACE 80-Unterrichtswesen) und 4,2% (ÖNACE 36-37-Möbel, Schmuck, Musikinstrumente, Sportwaren, Recycling) liegen. Die Krankenstandsquote liegt bei Männern im gleichen Zeitraum bei 3,5% (Frauen 3,1%).

Abbildung 1: Entwicklung wichtiger Indikatoren der Krankenstandshäufigkeit in Österreich 1970 – 2008

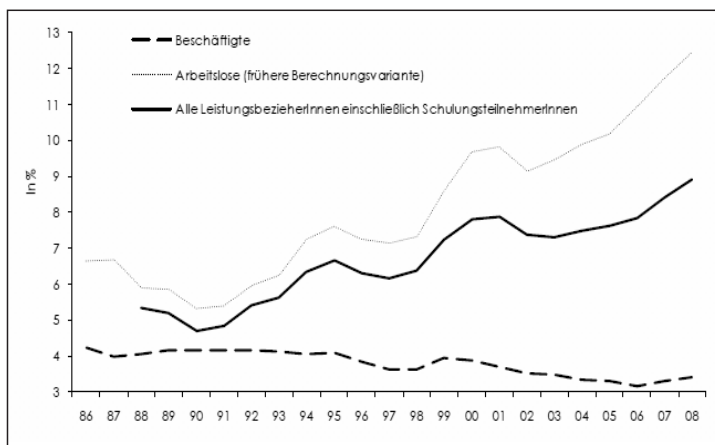


Datenquelle: *Leoni et al 2010*

In der langfristigen Entwicklung lässt sich in Österreich ein markanter Unterschied in der Krankenstandshäufigkeit von Beschäftigten und Arbeitslosen feststellen. *Abbildung 2* gibt über diese Entwicklung im Zeitraum 1986 – 2008 Auskunft. Die Krankenstandshäufigkeit (gemessen als %-Anteil der Beschäftigten [Arbeitslosen] im Krankenstand zur Grundgesamt der Beschäftigten [Arbeitslose, inklusive SchulungsteilnehmerInnen]) zeigt bis 1990 eine Entwicklung, die als Konvergenz interpretiert werden könnte. Ab 1990 erhöht sich die Lücke in der Krankenstandshäufigkeit von unter einem Prozentpunkt auf fast 5%-Punkte, zeigt also eine ausgeprägte Divergenz in ihrer Entwicklung. *Leoni et al* zeigen – basierend auf Daten aus dem Bundesland Oberösterreich – mit Hilfe einer „Blinder-Oaxaca-Zerlegung“, dass diese Divergenz nur zu einem sehr kleinen Teil von etwa 12% durch Unterschiede im Alter, Geschlecht, der sozialen Stellung und der Branchenzugehörigkeit erklärt werden kann.⁸⁾

⁸⁾ Vgl. *Leoni et al*, „Fehlzeitenreport 2009 – Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich“, Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, 2010.

Abbildung 2: Krankenstandshäufigkeit bei Beschäftigten und Arbeitslosen Österreich im Zeitraum 1986 – 2008



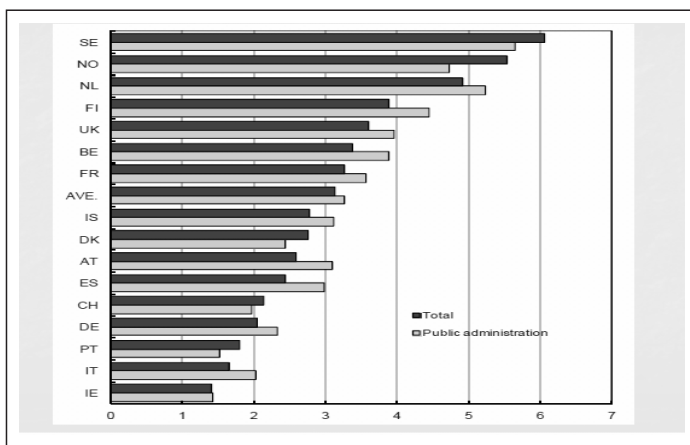
Quelle: Leoni et al 2010

Zur Einordnung bzw. besseren Einschätzung der nationalen Entwicklung der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit in Österreich ist es sinnvoll, die Entwicklung in Österreich in einen internationalen Vergleich einzubetten. Internationale Vergleiche von Krankenstandsdaten können auf administrativen Daten oder auf Befragungsdaten beruhen. Es herrscht weitgehend Konsens darüber, dass bei Abwägung aller Vor- und Nachteile ein internationaler Vergleich auf Basis von individuellen Befragungsdaten einem Vergleich auf Basis von administrativen Daten überlegen ist. Letztere erscheinen deswegen verzerrt, weil sich administrative Daten in ihren Klassifikations- und Zuordnungsregeln eng an der sozialrechtlichen Rationalität und Praxis der einzelnen Staaten orientieren. Partiiell ist dagegen nichts einzuwenden, weil die Daten diese Rationalität/Praxis zwangsläufig widerspiegeln müssen. Andererseits bedarf die Zuordnung in jenen Fällen entsprechender Bereinigungen, in denen materiell gleiche Sachverhalte unterschiedlich klassifiziert werden. Befragungsdaten haben den Vorteil, dass solche Bereinigungen im Fragenset bereits berücksichtigt werden können und einheitliche Klassifikationsschemata angewendet werden. Es herrscht darüber hinaus Einmütigkeit darüber, dass die Informationen aus dem „Labour Force Survey“ (LFS) von EUROS-TAT derzeit die zuverlässigste Datengrundlage für internationale Vergleiche in der EU auf Basis von Befragungsdaten darstellt.

Die nachfolgenden *Abbildungen 3 und 4* fassen die Entwicklung für ausgewählte Staaten für den Zeitraum 1995 – 2008 zusammen. *Abbildung 3* stellt das Ausmaß des Absentismus (in Krankenstand befindliche Beschäftigte als Prozentsatz der insgesamt Beschäftigten [nur Vollbeschäftigte]) im Durchschnitt der Jahre 2000 – 2008 dar. Insgesamt zeigt sich eine starke Divergenz

in der Krankenstandshäufigkeit mit einer „Range“ von ca 4,5%-Punkten zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert. Bemerkenswert ist, dass die skandinavischen Staaten (Schweden, Norwegen, Finnland) im Spitzenfeld des Absentismus liegen. Zusätzlich zeigt sich, dass Beschäftigte im öffentlichen Sektor eine höhere Krankenstandshäufigkeit aufweisen als Beschäftigte im privaten Sektor. Ausnahmen sind dabei Norwegen, Schweiz, Portugal.

Abbildung 3: Krankenstandshäufigkeit in Europa – ausgewählte Staaten, Durchschnitt der Jahre 2000 – 2008

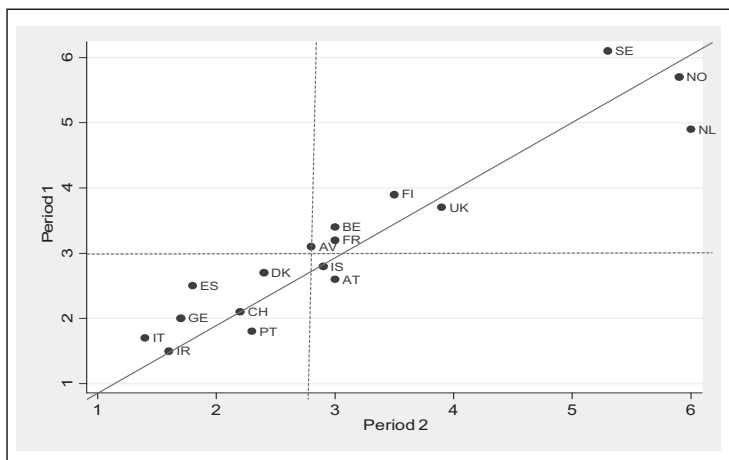


Legende: Beschäftigte im Krankenstand als %-Anteil der insgesamt Beschäftigten (nur Vollzeitbeschäftigte – Durchschnitt [2000 – 2008])

Quelle: Lusinyan/Bonato 2010

Abbildung 4 gibt über die Stabilität dieses Befundes im Zeitverlauf Auskunft. Die Abbildung zeigt auf der Abszisse die Länderwerte der Krankenstandshäufigkeit (gemessen wie in Abbildung 3) als Durchschnitt der Jahre 1995 – 2003 und auf der Ordinate Länderwerte der Krankenstandshäufigkeit als Durchschnitt der Jahre 2000 – 2008. In beiden Perioden zeigt sich ein hohes Ausmaß an Heterogenität in der Krankenstandshäufigkeit. Anmerkwert erscheint wiederum, dass die nord- und nordwesteuropäischen Staaten (insbesondere Schweden, Norwegen, Niederlande, Finnland, Großbritannien) in beiden Perioden sehr hohe Werte aufweisen. Der Umstand, dass die Beobachtungswerte in vielen Staaten nahe an der Diagonale liegen, zeigt, dass die Werte über die Zeit in den meisten Staaten relativ stabil waren. Staaten, die unterhalb (oberhalb) der Diagonale liegen, haben sich im Zeitablauf in ihrer Performance verbessert (verschlechtert). Die strichlierten Linien zeigen den Länderdurchschnitt in den beiden Perioden. So hat Österreich in der ersten Periode einen Wert der schlechter als der Länderdurchschnitt ist, während er in der zweiten Periode besser als derselbe ist.

Abbildung 4: Krankenstandshäufigkeit in ausgewählten europäischen Staaten im Vergleich der Perioden 1995 – 2003 und 2000 – 2008



Quelle: Eurostat, New Cronos 2010

IV. Determinanten der Arbeitsunfähigkeit

Die empirische Analyse im Abschnitt III zeigt, dass große Unterschiede in den Absentismusraten innerhalb Österreichs und im internationalen Querschnitt bestehen. Dies macht es notwendig und lohnend zugleich zu analysieren, wie diese Unterschiede erklärt werden können. Es gibt eine stark wachsende Literatur, die sich empirisch mit diesen Zusammenhängen auseinandersetzt.⁹⁾ Im Wesentlichen sind es drei Kategorien von Faktoren, auf die Unterschiede im Absentismus zurückgeführt werden können: (i) Persönliche Merkmale der Beschäftigten wie der Gesundheitszustand, das Lebensalter, die Familiensituation, das Arbeitsumfeld, die Art der Beschäftigung, (ii) Verhaltensreaktionen der Beschäftigten, die von der makroökonomischen Gesamtsituation (Arbeitslosigkeit, Beschäftigungsquote) induziert werden und (iii) Verhaltensreaktionen der Beschäftigten, die durch das institutionellen Design

⁹⁾ Eine erste Analyse der Literatur wurde 2005 von *Osterkamp/Röhn* vorgelegt. Vgl. *R. Osterkamp, O. Röhn*, Being on Sick Leave – Possible Explanations for Differences of Sick-leave Days Across Countries, Ifo Working Paper No. 19, 2005; vgl. dazu auch *T. A. Barmby et al*, Sickness Absence: An International Comparison, *Economic Journal*, 2002, 315-331; *B. Holmlund*, Sickness absence: an introduction, *Swedish Economic Policy Review*, 3-8; *S. Bergendorff*, Sickness absence in Europe – a comparative study, Paper presented at the 4.th International Conference on Social Security in Antwerp, 2003; *A. Ichino, R. T. Riphon*, Absenteeism and Employment Protection: The Effect of Employment Protection on Worker Effort. A Comparison of Absenteeism During and after Probation, CPR Discussion Paper, No. 3847, 2003.

des Arbeitsmarktes und des Sozialsystems ausgelöst werden (zB Entgeltfortzahlung [Dauer, Höhe, Ersatzrate] im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber oder das Soziale Sicherungssystem, Absicherungsgrad gegen Arbeitslosigkeit).

Im Folgenden werden die Ergebnisse neuerer Studien zur Bedeutung der oben genannten Einflussfaktoren referiert.¹⁰⁾ Dabei wird selektiv auch auf die Ergebnisse anderer Studien eingegangen, um das empirische Bild zu vervollständigen.¹¹⁾ Die Studien beruhen auf Querschnittsdaten/Paneldaten aus ausgewählten OECD-Ländern. Die referierten Zusammenhänge sind das Ergebnis ökonometrischer Auswertungen und messen den partiellen Effekt der genannten Einflussgrößen, wobei jeweils für die übrigen Faktoren kontrolliert wird. Hinsichtlich der Faktorengruppe (i) – der Bedeutung persönlicher Eigenschaften der Beschäftigten sowie ihres Umfeldes für die Krankenstandshäufigkeit – lassen die genannten empirischen Studien folgende Schlussfolgerungen zu:

- Die Studie von *Livanos/Zangelidis* zeigt,¹²⁾ dass die krankenstandsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz bei Frauen höher ist als bei Männern. Allerdings zeigt die Studie auch, dass dies nicht generell, sondern in erster Linie in der Altersgruppe der 26 – 35-jährigen Frauen gilt. Dies deutet darauf hin, dass die höhere Krankenstandshäufigkeit von Frauen in erster Linie mit dem Ereignis „Geburt“ zu tun hat. *Markussen et al*¹³⁾ bestätigen für Norwegen diesen Befund, wobei allerdings dort die Rolle des „Geburtsereignisses“ für die höhere Krankenstandshäufigkeit von Frauen nicht bestätigt wird. Sie finden aber einen sehr starken Einfluss des Geschlechts auf die Krankenstandswahrscheinlichkeit, wobei dieser Effekt auch vom jeweiligen Familienstand beeinflusst wird. So ist die Geschlechterdifferenz zu Ungunsten der Frauen bei geschiedenen/getrennt lebenden Frauen am höchsten und bei verheirateten Frauen am geringsten.
- Beide Studien – *Livanos/Zangelidis*¹⁴⁾ und *Lusinyan/Bonato*¹⁵⁾ – finden, dass die Krankenstandshäufigkeit mit dem Alter positiv korreliert ist, der Absentismus also mit dem Alter ansteigt. Dieser Befund kann allerdings von *Markussen et al*¹⁶⁾ in ihrer Studie für Norwegen nicht bestätigt wer-

¹⁰⁾ Siehe *I. Livanos, A. Zangelidis*, *Sickness Absence: a Pan-European Study*, MPRA-Paper, 2010; *L. Lusinyan, L. Bonato*, *Work Absence in Europe: An Update*, Paper auf einer Conference des International Monetary Fund, 2010.

¹¹⁾ Vgl insbesondere *S. Markussen et al*, *The anatomy of absenteeism*, *Journal of Health Economics*, 2010 forthcoming; *R. Osterkamp, O. Röhn*, *Being on Sick Leave – Possible Explanations for Differences of Sick-leave Days Across Countries*, Ifo Working Paper No 19. 2005.

¹²⁾ *I. Livanos, A. Zangelidis*, 2010.

¹³⁾ *S. Markussen et al*, *Journal of Health Economics*, 2010.

¹⁴⁾ *I. Livanos, A. Zangelidis*, 2010.

¹⁵⁾ *L. Lusinyan, L. Bonato*, 2010.

¹⁶⁾ *S. Markussen et al*, *Journal of Health Economics*, 2010.