

27.02.2025

13. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“

**Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage in
Deutschland im zeitlichen Verlauf und im
europäischen Vergleich – mögliche Ursachen
und Handlungsempfehlungen**

Datengrundlage der Arbeitsunfähigkeit und zeitlicher Verlauf

Im Krankheitsfall gilt es, zwischen der Meldung einer eingetretenen Arbeitsunfähigkeit (AU) und dem Nachweis der Arbeitsunfähigkeit zu unterscheiden. Während der Arbeitnehmer dem Arbeitgeber umgehend mitteilen muss, dass er sich nicht arbeitsfähig fühlt (Krankmeldung), kann der Nachweis der AU nur durch eine ärztliche Bescheinigung (AU-Bescheinigung) und dies in der Regel später erfolgen. Ab dem vierten Tag ist die Vorlage einer AU-Bescheinigung gesetzlich vorgeschrieben. Der Arbeitgeber ist aber berechtigt, den Nachweis auch früher zu verlangen. Offizielle Statistiken beruhen meist auf AU-Bescheinigungen. Bis Ende 2021 bzw. Ende 2022 erfolgte die Erfassung papiergebunden, seitdem elektronisch (eAU).

Laut Statistischem Bundesamt sind die durchschnittlichen AU-Tage je beschäftigter Person 2022 und 2023 gegenüber den Vorjahren deutlich gestiegen: Von 2017 bis 2021 lagen die durchschnittlichen jährlichen Krankheitstage pro beschäftigter Person zwischen 10,6 und 11,2 Tagen, 2022 bei 14,8 und 2023 bei 15,1 Krankheitstagen. Laut Fehlzeiten-Report auf Grundlage der AOK-Versicherten entfiel von den AU-Tagen 2023 der größte Teil (39,3 %) auf die nur 3,4 % Langzeit-AU-Fälle mit mehr als 42 Tagen Dauer. Diese 3,4 % Langzeit AU-Fälle verursachen damit in etwa so viele AU-Tage wie die 87,1 % AU-Fälle mit bis zu 14 Tagen AU-Dauer (die Differenz von 9,5 % entfällt auf AU-Fälle mit einer AU-Dauer zwischen 15 und 42 Tagen). Die Finanzierungsverantwortung

für AU-Zeiten bis 42 Tage tragen die Arbeitgeber (Lohnfortzahlung), während ab dem 43. AU-Tag die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die Zahlung des gegenüber der Lohnfortzahlung geringeren Krankengeldes übernimmt.

In Deutschland differenzieren die GKV-Daten zur AU nicht zwischen der Art der Krankschreibung - telefonisch, nach Arztgespräch oder nach Videosprechstunde. Daher gibt es keine spezifischen Daten zur sogenannten Telefon-AU.

Das ZEW (Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH Mannheim) geht in seinem Policy Brief „Einordnung des deutlichen Anstiegs der krankheitsbedingten Fehlzeiten seit 2022“ vier möglichen Erklärungsansätzen für den Anstieg nach: (1) Einführung der telefonischen Krankschreibung, (2) COVID-19 und andere Infektionskrankheiten, „Long COVID“, (3) einem durch die Pandemie veränderten Krankmeldungsverhalten und (4) einer verbesserten elektronischen Datenübermittlung.

Das ZEW kommt zu folgender Schlussfolgerung: „Es ist daher sehr wahrscheinlich, dass die überwiegende Mehrheit des seit 2022 bestehenden, sprunghaften Anstiegs der AU-Tage durch Atemwegserkrankungen und Infektionen zwischen vier und 14 Tagen auf die elektronische Übermittlung der AU-Tage zurückzuführen ist. Das hat die Datenqualität erheblich verbessert.“ Es ist also davon auszugehen, dass ein Teil des gemessenen Anstiegs auf eine verbesserte Erfassung

zurückzuführen ist und es in der Vergangenheit zu einer Untererfassung kam.

Internationale Vergleiche

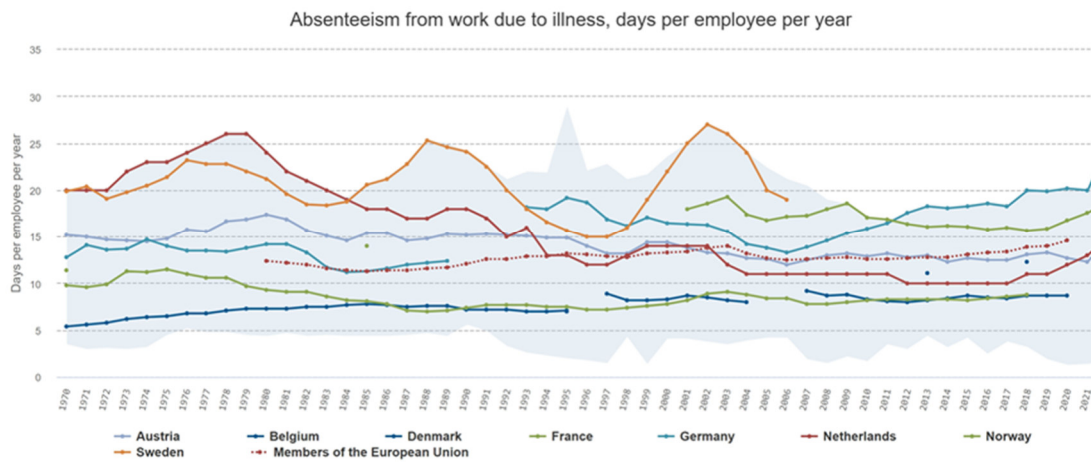
Internationale Vergleichsdaten liegen aus zwei unterschiedlichen Datenquellen vor: (1) Daten aus **Haushalterhebungen** (Arbeitskräfte-, Sozial- oder Gesundheitserhebungen) und (2) **Daten aus administrativen Quellen** (häufig Sozialversicherungs- und andere Versicherungsträger).

Bei (1) handelt es sich um Schätzungen der **selbst-berichteten** krankheitsbedingten Abwesenheit von der Arbeit, die den größten Teil, wenn nicht sogar die gesamte Erwerbsbevölkerung abdecken, unabhängig davon, ob die Abwesenheit von der Arbeit finanziell entschädigt wurde oder nicht („self-reported absence from work“). Bei (2) hingegen handelt es sich um **Schätzungen der entschädigten krankheitsbedingten Abwesenheit** von der Arbeit („compensated absence from work“), die in der Regel nur bestimmte Segmente der Erwerbsbevölkerung abdeckt.

Zu (1) ist insbesondere der „European Labour Force Survey“ zu nennen, der vierteljährlich in allen EU- und EWR-(Europäischer Wirtschaftsraum) Ländern durchgeführt wird und eine Unterscheidung nach Alter, Beruf, Einkommen und Region zulässt. Die vorliegenden Daten zeigen für 2019 gegenüber dem EU-Schnitt ca. 2 %-Punkte höhere Werte für Deutschland, während sie 2021 und 2022 (also vor und nach dem Sprung in den deutschen Daten) rund 3,5 %-Punkte niedriger

als 2019 und 1-1,5 %-Punkte unter dem EU-Schnitt lagen. Erst 2023 und 2024 lagen die Werte rund 1,5 %-Punkte über dem EU-Schnitt, allerdings nicht höher als 2019.

Dagegen zeigen die (2) zuzuordnenden administrativen Daten, dass die Werte im Vergleich zu allen europäischen Ländern (nicht nur EU-Mitgliedern) in Deutschland schon seit 2012 am höchsten liegen (hellblaue Linie in der nachfolgenden Abb. mit Vergleich der Spanne aller Länder (grauer Bereich) und ausgewählten Nachbarländern). Einschränkend ist anzumerken, dass es in Europa keine einheitliche Definition für die erfassten AU-Tage gibt, dass die AU-Daten auf Basis unterschiedlicher rechtlicher Grundlagen erhoben wurden (z. B. hinsichtlich der Berücksichtigung von Kinderkrankschreibung) und dass die mögliche Dauer einer Krankschreibung (mit Bezug von gestaffelter Lohnfortzahlung bzw. Krankengeld) zwischen den europäischen Ländern zwischen 26 und 104 Wochen variiert. In Deutschland erfolgt beispielsweise nach 78 Wochen eine Berentung, so dass die betreffenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus der AU herausfallen. Zudem wird die Beurteilung zeitlicher Trends dadurch erschwert, dass bspw. in Deutschland mit der Einführung der eAU eine wesentliche Veränderung in der Erfassungsmethodik vorgenommen wurde, die vermutlich zu einer vollständigeren Erfassung geführt hat. Teilweise sind die erhobenen Daten auch lückenhaft.



krankheitsbedingte Abwesenheit von der Arbeit, Tage pro arbeitender Person pro Jahr

Datenquelle der Abbildung: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_411-2700-absenteeism-from-work-due-to-illness-days-per-employee-per-year/#id=19398

Basierend auf den uns vorliegenden nationalen und internationalen Daten(quellen) und den genannten Einschränkungen sind daher folgende Aussagen gerechtfertigt:

1. Bei den selbst-berichteten Krankentagen des „European Labour Force Surveys“ (Haushalterhebung) liegt Deutschland im Mittelfeld.
2. Deutschland belegt in einem auf administrativen Daten basierendem Ranking seit über 10 Jahren den „Spitzenplatz“. Bei Berücksichtigung der Untererfassung bis 2021 war der Abstand zu wichtigen Vergleichsländern bis 2021 noch größer.
3. Der in den deutschen Daten sichtbare deutliche Anstieg der AU-Zeiten von 2021 auf 2022 beruht primär auf einer besseren Datenerfassung durch die elektronische Erfassung der AU (eAU) und ist sehr wahrscheinlich nicht auf die (schon früher eingeführte) telefonische Krankschreibung zurückzuführen.
4. Für die Jahre bis 2021 ist von einer Untererfassung auszugehen.

Mögliche Ursachen der erhöhten Krankenstände in den letzten Jahren in Deutschland

In mehreren Erhebungen sind insbesondere Erkältungskrankheiten und respiratorische Infektionen wie SARS-CoV-2 und Influenza sowie sonstige Erkrankungen der Atemwege, muskuloskeletale und psychische Erkrankungen für den Großteil der Krankentage verantwortlich. Dies ist für beide Geschlechter ähnlich, ein Anstieg sowohl psychischer als auch muskuloskeletaler Erkrankungen ist mit dem Alter nachweisbar. Hinsichtlich der Berufsgruppen sind die Krankenstände aufgrund von Atemwegserkrankungen in Erziehungs- und Sozialberufen erhöht, während muskuloskeletale Erkrankungen in Verkehrs- und Logistikberufen überdurchschnittlich

häufig vorkommen.

Eine Zunahme der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund respiratorischer Infektionen in den pandemischen und post-pandemischen Jahren ist gut dokumentiert und entspricht den Ergebnissen der Surveillance von Atemwegsinfektionen des Robert Koch-Instituts sowie einzelner Landesgesundheitsämter. Es handelt sich also um eine tatsächliche Erhöhung von Atemwegsinfektionen, die zur AU führen, und nicht (nur) um eine erhöhte Sensibilität oder um eine AU zur Vermeidung von Übertragungen am Arbeitsplatz. Bezüglich des Respiratory Syncytial Virus (RSV) ist dies sowohl für Kinder als auch für Erwachsene in bevölkerungsbasierten Erhebungen und Auswertungen aus Surveillance-Daten nachweisbar.

Perspektivisch wird vermutlich auch die zunehmende Alterung der arbeitenden Bevölkerung zu einer weiteren Zunahme der AU-Tage führen, da das Risiko für viele Erkrankungen mit dem Alter steigt.

Mögliche Handlungsempfehlungen

Maßnahmen zur Stärkung von Prävention und Gesundheitserhaltung am Arbeitsplatz

Prävention und Gesundheitserhaltung sollten gestärkt, der Zugang zu notwendigen

therapeutischen Angeboten erleichtert und die Rückkehr in den Arbeitsprozess unterstützt werden. Der positive Einfluss, den gezielte Maßnahmen der Arbeitgeber auf den Krankenstand haben können, ist in vielen Untersuchungen belegt. Diese Maßnahmen umfassen sowohl dezidierte betriebliche Gesundheitsangebote als auch die emotionale Bindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an den Arbeitsplatz bzw. an den Arbeitgeber. Folgende Empfehlungen zielen daher darauf ab, die Krankheitslast in der arbeitenden Bevölkerung zu reduzieren:

- Eine Stärkung und eine bessere Umsetzung des **betrieblichen Gesundheitsmanagements**. Hierzu gehören auch Maßnahmen, um die Nutzung dieser Programme durch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zu verbessern.
- Stärkung der **Anreize zu gesundheitsbewusstem Verhalten** bspw. in Bezug auf Mobilität und Ernährung (arbeitgeberseitig durch z. B. Dienstfahrräder, Kantinenangebote, Unterstützung von externen Sportangeboten, etc.).
- **Ausreichende tatsächliche Erholungszeiten** mit einer arbeitgeberseitigen Akzeptanz von Urlaubs- und Freitagen, an denen eine Erreichbarkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern nicht gegeben sein muss.
- Durchsetzung von Vorgaben des Gesundheitsschutzes, von Sicherheitsstandards und Programmen zur Gesundheitsförderung insbesondere auch in prekären und möglicherweise nicht gut

- kontrollierten Arbeitsumgebungen.
- Verstärkte Umsetzung von (jährlichen) betrieblichen Impfprogrammen zur Erhöhung der **Impfquote** gegen respiratorische Erreger wie z. B. Influenza, Pneumokokken, SARS-CoV-2, RSV, in den von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Bevölkerungsgruppen.
- **Reduktion von übertragbaren Infektionen am Arbeitsplatz** durch Etablierung von Standard-Hygienemaßnahmen (z. B. Händewaschen, Hustenetikette, bei eigener Infektion Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes).
- **Schaffung eines allgemein wertschätzenden Arbeitsklimas.**
- Im Bedarfsfall kann die bestehende gesetzliche Möglichkeit, **ein ärztliches Attest ab dem ersten Krankheitstag** zu verlangen, genutzt werden.

Ansätze für staatliche Maßnahmen

- **Beibehaltung der Möglichkeit zur telefonischen Krankschreibung.** Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass der beobachtete Anstieg der AU-Zeiten nicht auf die telefonische Krankschreibung, sondern auf eine bessere Erfassung, v. a. im Zusammenhang mit der Einführung der elektronischen AU-Bescheinigung, zurückzuführen ist (s.o.). Außerdem ist sehr wahrscheinlich, dass die telefonische AU zu einer Entlastung der Arztpraxen führt. Dies ist auch vor dem Hintergrund wichtig, dass in Deutschland die Zahl der Arztkontakte im europäischen Vergleich sehr hoch ist.
- **Einführung einer gesetzlichen Regelung, die eine teilweise Krankschreibung und damit die Ausstellung einer abgestuften AU-Bescheinigung ermöglicht.** Dies würde erlauben, während einer Krankschreibung den beruflichen Aufgaben im gesundheitlich möglichen Umfang weiterhin nachzukommen, beispielsweise mit mobilem Arbeiten und/oder mit reduzierter Stundenzahl. Diese Option ist besonders geeignet für Berufsgruppen, die anteilig „mobil“ arbeiten können. Anlässe wären z. B. temporäre Einschränkungen der Mobilität oder Infektiosität. Der Umfang einer Teil-Krankschreibung richtet sich nach dem Grad der erhaltenen Arbeitsfähigkeit. Arbeitgeber können die Möglichkeiten der Teilkrankschreibung bspw. durch organisatorische Maßnahmen (Home-Office, Flexibilisierung der Arbeitszeiten; ggf. mit berufsgruppen- oder arbeitsfeldspezifischen Lösungsansätzen) unterstützen.
- **Urlaubsanspruch über den gesetzlichen Urlaubsanspruch hinaus sollte nur während der tatsächlich geleisteten Arbeitstage erworben werden** (inklusive anteilige Arbeitstage bei Teilkrankschreibung). Diese Regelung soll helfen, den Anteil von Teilkrankschreibungen zu erhöhen und die Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu stärken, aktiv an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren.
- Optimierung der Prozessketten bei Erkrankungen mit zeitnaher Klärung von Rehabilitationsbedarfen (berufliche oder medizinische Rehabilitationsbedarfe) und Erwerbsfähigkeit.

- **Stärkung und Ausbau der (ambulanten) Behandlungsmöglichkeiten für psychische Erkrankungen.**

Schließlich empfehlen wir die Einführung **eines systematischen Monitorings aller AU auf der Basis anonymisierter Daten**. Dadurch könnten zeitliche und regionale Trends erfasst und eine Ursachenforschung unterstützt werden.

Die Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen sollte durch eine Evaluation begleitet werden.

Zustimmung im ExpertInnenrat: 21/21