

Pimpertz, Jochen; Holtmeyer, Lena

Research Report

Krankenstand in Deutschland: Entwicklung und Einflussfaktoren

IW-Report, No. 26/2025

Provided in Cooperation with:

German Economic Institute (IW), Cologne

Suggested Citation: Pimpertz, Jochen; Holtmeyer, Lena (2025) : Krankenstand in Deutschland: Entwicklung und Einflussfaktoren, IW-Report, No. 26/2025, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/319631>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



Krankenstand in Deutschland

Entwicklung und Einflussfaktoren

Jochen Pimpertz / Lena Holtmeyer

Köln, 10.06.2025

IW-Report 26/2025

Wirtschaftliche Untersuchungen,
Berichte und Sachverhalte



Herausgeber

Institut der deutschen Wirtschaft Köln e. V.

Postfach 10 19 42

50459 Köln

Das Institut der deutschen Wirtschaft (IW) ist ein privates Wirtschaftsforschungsinstitut, das sich für eine freiheitliche Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung einsetzt. Unsere Aufgabe ist es, das Verständnis wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Zusammenhänge zu verbessern.

Das IW in den sozialen Medien

x.com

[@iw_koeln](#)

LinkedIn

[@Institut der deutschen Wirtschaft](#)

Instagram

[@IW_Koeln](#)

Autoren

Dr. Jochen Pimpertz

Leiter des Themencluster

Staat, Steuern und Soziale Sicherung

pimpertz@iwkoeln.de

0221 – 4981-760

Lena Holtmeyer

B. Sc.

holtmeyer@iwkoeln.de

Alle Studien finden Sie unter

www.iwkoeln.de

In dieser Publikation wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit regelmäßig das grammatische Geschlecht (Genus) verwendet. Damit sind hier ausdrücklich alle Geschlechteridentitäten gemeint.

Stand:

Juni 2025

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Zusammenfassung | 4 |
| 1 Im Fokus der Medien, Sozialpartner und Wissenschaften | 5 |
| 2 Zur Methodik..... | 7 |
| 2.1 Vorzüge und Grenzen unterschiedlicher Datenquellen | 7 |
| 2.2 Methodisches Vorgehen..... | 9 |
| 3 Krankenstand – Niveau und Entwicklung | 11 |
| 3.1 Krankenstand auf Basis der deskriptiven AOK- und BKK-Statistiken..... | 11 |
| 3.2 Aktuelle Entwicklung – monatliche Stichprobe des BKK-Dachverbands..... | 14 |
| 3.3 Einfluss der elektronischen Erfassung der AU-Bescheinigungen | 16 |
| 3.4 Exkurs: Einfluss der telefonischen Krankschreibung | 18 |
| 3.5 Exkurs: Krankenstand im internationalen Vergleich | 20 |
| 3.6 Fazit: Krankenstand auf unverändert hohem Niveau | 21 |
| 4 Treiber der Krankenstandentwicklung | 23 |
| 4.1 Angst vor Arbeitsplatzverlust – Krankenstand im Konjunkturzyklus | 23 |
| 4.2 Häufigkeit und Dauer der Arbeitsunfähigkeit | 24 |
| 4.3 Soziodemografische Einflüsse | 25 |
| 4.4 Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten – Gesundheit im Wandel? | 28 |
| 4.5 Regionen, Branchen und berufliche Tätigkeit | 33 |
| 4.6 Fazit: Ein Modellrahmen für weiterführende Analysen | 37 |
| 5 Ökonomische Folgen krankheitsbedingter Arbeitsausfälle | 39 |
| 5.1 Gesamtwirtschaftliche Kosten steigender Krankenstände | 39 |
| 5.2 Eine Schätzung der krankheitsbedingten Kosten für die Entgeltfortzahlung..... | 40 |
| 6 Handlungsfelder zur Stabilisierung von Krankenstand und Kosten der Entgeltfortzahlung..... | 43 |
| Abstract..... | 46 |
| Tabellenverzeichnis..... | 47 |
| Abbildungsverzeichnis..... | 47 |
| Literaturverzeichnis | 48 |

JEL-Klassifikation

I12 – Gesundheitsverhalten

J28 – Sicherheit, Arbeitszufriedenheit, zugehörige öffentliche Ordnung

Zusammenfassung

Seit Mitte der 2000er Jahre ist der Krankenstand in Deutschland stetig gestiegen, im Jahr 2022 zeigt sich ein außergewöhnlicher Niveausprung. Während das Statistische Bundesamt einen weiteren Anstieg im Jahr 2023 ausweist, deutet der mitgliedergewichtete Krankenstand der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder auf eine marginale Entlastung hin. Schreibt man die Entwicklung mit dem Trend fort, der sich auf Basis einer monatlichen BKK-Stichprobe für das Jahr 2024 ergibt, verharrt der Krankenstand auch im abgelaufenen Jahr auf unverändert hohem Niveau. Diese Einordnung bleibt auch bestehen, wenn man den Einfluss der ab 2022 eingeführten, elektronischen Erfassung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen mithilfe einer Heuristik schätzt.

Für die Erklärung der Krankenstandentwicklung lassen sich vielfältige Hypothesen aus den deskriptiven Statistiken der Dachverbände verschiedener Krankenkassenarten ableiten – angefangen von soziodemografischen Merkmalen wie dem Alter oder Geschlecht über den Versichertenstatus oder den Bildungshintergrund bis hin zu arbeitsmarktbezogenen Merkmalen wie der beruflichen Tätigkeit, der Branchenzugehörigkeit oder der Betriebsgröße. Die Erklärungsbeiträge unterschiedlicher Faktoren ließen sich über einen regressionsanalytischen Ansatz bestimmen. Voraussetzung dafür ist aber der Zugang zu originären, anonymisierten Versichertendaten.

Die volkswirtschaftlichen Effekte eines erhöhten Krankenstands lassen sich nur in engen methodischen Grenzen schätzen, die Studienlage deutet aber auf eine merkliche Dämpfung der Wirtschaftsleistung hin. Unmittelbar werden die Arbeitgeber durch stetig steigende Aufwendungen für die Entgeltfortzahlung belastet. Dieser Anstieg kann nur zu einem Teil durch Beschäftigungsaufbau und nominale Bruttoentgelterhöhungen erklärt werden, auch der erhöhte Krankenstand treibt die Belastungen. Dabei gilt es zu beachten, dass es den Unternehmen aufgrund des demografisch bedingt schrumpfenden Arbeitskräftepotenzials zunehmend schwerer fällt, eine ausreichend große „Beschäftigungsreserve“ vorzuhalten, um krankheitsbedingte Fehlzeiten ohne Umsatzausfälle zu überbrücken. Dies motiviert die Reformdebatten um eine Begrenzung der Entgeltfortzahlungspflicht. Ob Karenztage, reduzierte Fortzahlung während einer Karenzzeit oder eine Begrenzung der Gehaltsfortzahlung auf maximal sechs Wochen pro Jahr – die Effekte hängen maßgeblich davon ab, dass derartige Maßnahmen nicht durch tarifvertragliche Regelungen konterkariert werden.

Jenseits der monetären Belastungen für die Arbeitgeber deuten Indizien auf eine zumindest juristisch zweifelhafte Praxis bei der Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit. Die Nutzung einschlägiger Internetportale zur Erlangung einer AU-Bescheinigung scheint bislang statistisch wenig relevant zu sein, begründet aber im Einzelfall erhebliche Zweifel, dass die Krankschreibung nach vergleichbaren Kriterien erfolgt wie bei einer persönlichen Konsultation eines in Deutschland praktizierenden Arztes. Deshalb sollte diese Optionen abgeschafft werden. Weitere Indizien deuten auf eine zumindest juristisch zweifelhafte Handhabung der telefonischen Krankschreibung in nicht unerheblichem Umfang. Sollte sich der Verdacht erhärten, dass nicht ärztliches Praxispersonal AU-Bescheinigungen ohne Arztkontakt ausstellt, gilt es Optionen zu prüfen, die eine ärztliche Konsultation sicherstellen.

1 Im Fokus der Medien, Sozialpartner und Wissenschaften

Der statistisch erfasste Krankenstand der Beschäftigten liegt auf einem historisch hohen Niveau (Statistisches Bundesamt, 2025a). Nach dem Abklingen der Coronapandemie ist er im Sommer des Jahres 2022 zunächst stark angestiegen. Das Robert-Koch-Institut (RKI) erklärte diesen Sprung mit einer während der Pandemie gesunkenen Bevölkerungsimmunität und der Verbreitung unterschiedlicher Virusinfektionen nach dem Wegfall der Maskenpflicht (Leiß/Pimpertz, 2023). Fast drei Jahre danach wäre aber zu erwarten gewesen, dass sich der Immunitätsstatus der Bevölkerung mit jeder neuen Welle an Atemwegsinfektionen wieder sukzessive aufbaut. Doch der statistisch gemessene jahresdurchschnittliche Krankenstand ist seitdem nicht wieder gesunken (zum Beispiel BKK, 2024, 61). Hohe Ausfallraten unter den Beschäftigten standen auch deshalb im Herbst 2024 im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung.

Während über den Krankenstand vor allem in der jüngeren Vergangenheit medial berichtet wurde, stehen krankheitsbedingte Abwesenheiten schon lange im Fokus der privaten Wirtschaft. Zum einen sind Unternehmen institutionell über die gesetzliche Unfallversicherung in das Thema Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit eingebunden. Sie arbeiten eng mit den zuständigen Berufsgenossenschaften zusammen, um gesundheits- und sicherheitsrelevante Bestimmungen zur Verbesserung der betrieblichen Arbeitssicherheit und des Arbeitsschutzes umzusetzen. Die über Jahrzehnte latent sinkenden Arbeitsunfallzahlen stehen pars pro toto für das erfolgreiche Bemühen um eine stetige Verbesserung der Arbeitssicherheit und damit indirekt der gesundheitsrelevanten Bedingungen am Arbeitsplatz (DGUV, 2024, 24). Zum anderen besteht aufgrund der Entgeltfortzahlungsverpflichtung und den daraus resultierenden Aufwendungen (Pimpertz, 2024) ein unmittelbares Interesse der Arbeitgeber an der Gesunderhaltung ihrer Mitarbeiter. Dieses reicht über die monetären Kosten der Gehaltsfortzahlung hinaus. Denn für Unternehmen besteht eine zentrale Herausforderung darin, auch bei einem unerwartet hohen krankheitsbedingten Mitarbeiterausfall vertragliche Produktions- und Lieferverpflichtungen zu erfüllen, um mögliche Vertragsstrafen oder Umsatzausfälle zu vermeiden.

Nach der ökonomischen Theorie ist deshalb zu erwarten, dass Unternehmen personalpolitische Vorkehrungen treffen, um die Einhaltung ihrer Produktions- und Lieferverpflichtungen mit einer hinreichend großen Belegschaft bei schwankenden Krankenständen sicherstellen zu können. Das verursacht aber nicht nur Kosten, die gegen die finanziellen Risiken möglicher Umsatzeinbußen abzuwägen sind. Mit dem nun einsetzenden demografischen Wandel werden die dafür notwendigen, personalpolitischen Gestaltungsspielräume der Unternehmen auch zunehmend eingeengt. Denn bereits in der 21. Legislaturperiode schrumpft das Arbeitskräftepotenzial, weil die ersten Kohorten der geburtenstarken Jahrgänge die Regelaltersgrenze erreichen. Ihr Abgang aus dem Erwerbsleben wird von den nachrückenden Kohorten im Alter von 20 Jahren nicht mehr in gleichem Umfang ersetzt (Hammermann et al., 2024, 5). Diese Entwicklung wird sich voraussichtlich bis weit in die 2030er Jahre fortsetzen (Kommission Verlässlicher Generationenvertrag, 2020, 55). Mit Blick auf die Krankenstandentwicklung besteht deshalb auf Seiten der Arbeitgeber ein hohes Erkenntnisinteresse an den Einflussfaktoren, die auf die Gesundheit ihrer Belegschaften einwirken, um das Risiko von Fehlzeiten durch geeignete Maßnahmen zu begrenzen.

Auch auf Seiten der Arbeitnehmer darf von einem hohen Interesse an dem Erhalt ihrer Gesundheit ausgegangen werden. In den Fokus öffentlicher Debatten rücken dabei immer wieder Gesundheitsrisiken, die im Zusammenhang mit der Ausübung beruflicher Tätigkeiten auftreten können. Dazu führt zum Beispiel der Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB) Befragungen unter Beschäftigten durch, deren Ergebnisse in dem regelmäßig erscheinenden DGB-Index „Gute Arbeit“ veröffentlicht werden. Der aktuelle Bericht weist auf

steigende Arbeitsbelastungen als eine mögliche Ursache des hohen Krankenstands hin und problematisiert das Phänomen des Präsentismus. Die Antworten der Befragten werden im Kontext von hoher Arbeitslast, Sorgen vor Arbeitsplatzverlust und Führungskultur im beschäftigenden Unternehmen interpretiert (DGB, 2025). Ohne das Antwortverhalten der Beschäftigten in Frage zu stellen, bleibt festzustellen, dass die Befragungsergebnisse ausschließlich im Kontext der Arbeitswelt interpretiert werden. Mehr noch wird die Interpretation nicht gegen positive Einflüsse der Arbeitswelt auf das Befinden der Beschäftigten abgewogen. Rückschlüsse auf positive Zusammenhänge legen zum Beispiel Befunde zur Entwicklung der Arbeitsmotivation (Hammermann, 2025) oder über die Zufriedenheit älterer Beschäftigter nahe (Potthoff/Schüler, 2024). Tatsächlich wird der Gesundheitsstatus der (erwerbstätigen) Bevölkerung aber von einem hochkomplexen System unterschiedlicher, sich wechselseitig bedingender Faktoren im beruflichen wie privaten Lebensumfeld beeinflusst (zum Beispiel Lampert et al., 2013). Deshalb mögen Befragungen, wie sie dem DGB-Index „Gute Arbeit“ zugrunde liegen, dazu beitragen, Hypothesen für weiterführende Forschungen zu plausibilisieren. Der Komplexität möglicher Erklärungen werden sie aber nicht gerecht.

Ziel der wissenschaftlichen Begleitforschung ist es, Erkenntnisse über die Krankenstandentwicklung zu gewinnen und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen, auch um im beiderseitigen Interesse der Sozialpartner wünschenswerte Entwicklungen vorantreiben zu können. Während die mediale Berichterstattung ein oftmals stark verkürztes Bild zeichnet, führt die wissenschaftliche Befassung zu einem zunehmend differenzierteren Verständnis. Das liegt auch daran, dass zum Beispiel mit den Arbeitswissenschaften, der Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie oder der Ökonomie verschiedene Disziplinen eingebunden sind. Diese nähern sich aufgrund ihrer axiomatischen Grundlagen aus jeweils unterschiedlichen normativen Perspektiven dem Thema an. Schon deshalb können und wollen einzelne Forschungsansätze und -ergebnisse nicht den Anspruch auf letztendliche Wahrheit erheben. Erschwerend kommt hinzu, dass die Möglichkeiten empirischer Analysen dadurch eingeschränkt werden, dass Versicherteninformationen der gesetzlichen Krankenkassen aus Gründen des Datenschutzes nur eingeschränkt für Forschungszwecke zur Verfügung stehen und deshalb einzelne Studienergebnisse aufgrund des selektiven Datenzugangs kaum replizierbar sind. Datenauswertungen zur Krankenstandentwicklung beschränken sich deshalb oftmals und notgedrungen auf deskriptive Einzelbefunde öffentlich zugänglicher Statistiken, die nicht nach einheitlichen Kriterien erfasst werden.

Der vorliegende Report erhebt deshalb nicht den Anspruch, Zusammenhänge und Kausalitäten im Rahmen einer ökonometrischen Analyse aufzudecken. Stattdessen sollen methodische und datenbezogene Restriktionen systematisch reflektiert werden, um auf Basis einer möglichst repräsentativen Zusammenstellung öffentlich zugänglicher Statistiken systematisch Hypothesen zur Erklärung der Krankenstandentwicklung abzuleiten. Diese können Grundlage einer umfassenden Modellierung sein, um – einen geeigneten Datenzugang vorausgesetzt – weiterführende Forschungen zum Beispiel mithilfe von Regressionsanalysen zu motivieren, mit deren Hilfe Erklärungsbeiträge einzelner Einflussfaktoren identifiziert werden können.

2 Zur Methodik

Daten zur Krankenstandentwicklung werden von unterschiedlichen Institutionen in verschiedenen Abgrenzungen und Indikatoren dokumentiert. Ausgehend von einer Beschreibung unterschiedlicher Datenangebote und deren Restriktionen wird im Anschluss das weitere methodische Vorgehen beschrieben.

2.1 Vorzüge und Grenzen unterschiedlicher Datenquellen

Datenangebot des Bundesgesundheitsministeriums

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) veröffentlicht in der Statistik KG2 zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) jährlich die Anzahl aller ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle (AU) – in Summe sowie differenziert nach Krankenkassenart, Versicherungsstatus und Geschlecht (BMG, 2025a). In der Krankheitsartenstatistik werden die AU-Fälle und AU-Tage weiter nach Altersgruppen und Krankheitsarten (nach der internationalen Diagnoseklassifikation ICD-10) aufgeschlüsselt. Während die Statistik KG2 aktuell für das Jahr 2023 vorliegt, bietet die Krankheitsartenstatistik KG8 derzeit nur Daten bis zum Jahr 2020 (BMG, 2025b). Schließlich weist die Mitgliederstatistik KM1 sowohl monatlich als auch jahresdurchschnittlich den Krankenstand der arbeitsunfähigen, krankengeldberechtigten Mitglieder jeweils am Monatsersten aus, sowohl absolut als auch in Prozent – zum Beispiel 6,17 Prozent für Februar 2025 (BMG, 2025c, 14).

Das Datenangebot des BMG erlaubt einen umfassenden Überblick über alle AU-Fälle unter den krankengeldberechtigten GKV-Mitgliedern, allerdings mit Blick auf die Krankheitsarten nur mit großem zeitlichen Rückstand. Weitergehende Differenzierungen nach Regionen, Branchen, beruflichen Tätigkeiten oder soziodemografischen Merkmalen lassen sich aus dem Datenangebot nicht herausfiltern. Grundsätzlich gilt (auch für alle Datenquellen, die im Folgenden diskutiert werden), dass krankheitsbedingte Abwesenheiten von bis zu drei Tagen systematisch untererfasst werden (Wanger et al., 2024, 18), weil nicht jeder Arbeitgeber ab dem ersten Fehltag ein ärztliches Attest verlangt. Einerseits kann dies zu einer statistischen Untererfassung der tatsächlich auftretenden betrieblichen Fehlzeiten führen. Andererseits wirkt dem entgegen, dass beschäftigte Arbeitnehmer ohne gesetzliche Versicherungspflicht in der BMG-Statistik nicht berücksichtigt werden, die in der Regel geringere Ausfallzeiten aufweisen (freiwillig Versicherte oder nicht krankengeldberechtigende Selbstständige). In die gleiche Richtung wirkt die Einbeziehung von AU-Zeiten der arbeitslos gemeldeten GKV-Mitglieder (Wanger et al., 2024, 19). Auch wenn deren Anteil niedrig ist, bleibt festzuhalten, dass diese Gruppe längere AU-Zeiten aufweist. Allerdings ist diese Gruppe nicht relevant für das betriebliche Krankheitsgeschehen. Schließlich ist die stichtagsbezogene Erhebung im Rahmen der monatlichen Mitgliederstatistik (zum jeweils Monatsersten) anfällig gegenüber Kalender- und Saisoneffekten. Zum einen können Zeitreihen ein verzerrtes Bild liefern, weil der Stichtag mal auf einen Arbeitstag, ein anderes Mal auf einen Feiertag oder auf ein Wochenende fallen kann. An diesen Tagen liegt der Krankenstand typischerweise niedriger (zum Beispiel TK, 2024, 13). Zum anderen treten saisonale Schwankungen infolge von Erkältungswellen auf, die jährlich zu unterschiedlichen Zeitpunkten einsetzen und deshalb durch eine stichtagsbezogene Erhebung nicht treffsicher abgebildet werden können.

Statistisches Bundesamt: Krankenstand nach der Arbeitszeitrechnung

Unter dem Kapitel „Qualität der Arbeit“ informiert das Statistische Bundesamt über die Entwicklung des jährlichen Krankenstands (Statistisches Bundesamt, 2025a). Aktuell wird für das Jahr 2023 ein historisch hoher Wert von 15,1 Tagen ausgewiesen. Der außergewöhnlich starke Anstieg gegenüber dem Jahr 2021 (plus vier

Krankheitstage) wird unter anderem mit dem Aufkommen von Grippe- und Erkältungswellen erklärt. Die Kennziffer gibt die durchschnittliche Anzahl der Fehltag pro Arbeitnehmer und Jahr an und beruht auf der Arbeitsvolumenrechnung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB; Wanger et al., 2024). Diese wiederum nutzt offizielle Angaben des BMG zum Krankenstand (aus der Mitgliederstatistik), korrigiert aber die zuvor erörterten Einwände durch verschiedene Bereinigungen in einem Top-Down-Ansatz:

- Grundsätzlich gilt auch hier, dass sich Aussagen zum Krankenstand lediglich auf die ärztlich attestierten AU-Zeiten beziehen, nicht auf die tatsächlichen Fehlzeiten am Arbeitsplatz.
- Die Arbeitszeitrechnung geht zunächst davon aus, dass sich Über- und Unterschätzungen aufgrund der Abgrenzung der krankengeldberechtigten Arbeitnehmer weitgehend aufheben (Wanger, 2024, 18 f.).
- Einflüsse durch Kalender- und saisonale Effekte werden dagegen modellhaft korrigiert (Wanger et al., 2014, 37 f.).
- Zudem entwickeln sich Krankenstand und Beschäftigtenzahlen branchenspezifisch. Um den Einfluss veränderter Beschäftigtenstrukturen auf die Krankenstandentwicklung zu erfassen, nutzt das IAB weitere Informationen der jährlichen Gesundheitsberichte der Betriebskrankenkassen und der Allgemeinen Ortskrankenkassen (BKK und AOK), um über entsprechende Gewichtungen den Einfluss der veränderten Beschäftigungsstrukturen auf den Krankenstand modellieren zu können (Wanger, 2024, 19).
- Am aktuellen Rand werden zudem Sondereinflüsse diskutiert, die sich im Nachgang der Coronapandemie eingestellt haben oder infolge der Möglichkeit zur telefonischen Krankschreibung auftreten können und schließlich aufgrund der elektronischen Erfassung der AU-Bescheinigung seit dem Jahr 2022 die statistische Erfassung beeinflussen. Eine Korrektur der IAB-Arbeitszeitrechnung kann allerdings nur im Zuge einer Generalrevision der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen erfolgen (turnusmäßig wieder im Jahr 2029), weshalb die vom Statistischen Bundesamt ausgewiesene Entwicklung des Krankenstands auf Basis der Arbeitszeitrechnung bislang nicht um Sondereffekte bereinigt wird (Wanger, 2024, 21 ff.).

Datenangebote einzelner Krankenkassenarten

Der Vorteil der amtlichen Statistiken beruht vor allem auf der Repräsentativität, weil die zugrundeliegenden Daten aus einer Vollerhebung unter allen gesetzlichen Krankenkassen stammen. Das gilt gleichermaßen für die Stichtagserhebungen im Rahmen der Mitgliederstatistik. Deshalb werden die Angaben des Statistischen Bundesamts oder des BMG in der Öffentlichkeit zitiert, um Aussagen über die Höhe des Krankenstands in der Volkswirtschaft respektive dessen Entwicklung einordnen zu können. Der Nachteil dieser Datenquellen liegt jedoch zum einen in der fehlenden Aktualität bei der Unterscheidung nach Krankheitsarten, zum anderen in den fehlenden Differenzierungen nach Branchen, Tätigkeiten, Regionen oder soziodemografischen Merkmalen. Diese Differenzierungen sind jedoch von hohem Interesse, wenn es um die Interpretation der krankheitsbedingten Fehlzeiten in einzelnen Sektoren oder Unternehmen geht, um Hinweise zur Verbesserung der Gesundheit in den Belegschaften gewinnen zu können.

Weiterführende Informationen bieten die jährlich erscheinenden Gesundheitsberichte einzelner Krankenkassen und der Dachverbände verschiedener Krankenkassenarten. In ihren deskriptiven Auswertungen berichten zum Beispiel der Bundesverband der AOK (Schenkel et al., 2024a; Schenkel et al., 2024b), der Dachverband der Betriebskrankenkassen (BKK, 2024) oder als größte Ersatzkrankenkasse die Techniker Krankenkasse (TK, 2024) ausführlich über die Krankenstandentwicklung ihrer Mitglieder. Den Berichten liegen regelmäßig Vollausswertungen sämtlicher AU-Bescheinigungen vor, in der Regel nach Maßgabe der ärztlich

attestierten Kalendertage (einschließlich der Feiertage und Wochenenden). Für die jeweiligen Berichtsgruppen bieten die deskriptiven Statistiken zwar repräsentative Aussagen, weil sie auf Vollerhebungen unter den jeweiligen AU-Meldungen basieren. Allerdings lassen sich die kassenindividuellen Statistiken nicht ohne Weiteres zu einem für alle GKV-Mitglieder repräsentativen Gesamtbild aggregieren (Bottom-up-Absatz). Das liegt zum einen an den unterschiedlichen Mitgliederstrukturen der Kassenarten/Krankenkassen, zum anderen an den uneinheitlichen Abgrenzungen der betrachteten Personengruppen.

- Im Vergleich zu der Grundgesamtheit aller abhängig Beschäftigten sind zum Beispiel in der TK überdurchschnittlich viele Beschäftigte jüngeren Alters versichert (TK, 2024, 9). Bei den Betriebskrankenkassen liegt der Anteil der freiwilligen Mitglieder (ohne Rentner) mit 17,7 Prozent um mehr als 2,5 Prozentpunkte über dem Anteilswert, der sich für die Gesamtheit der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) ergibt (BKK, 2024, 10; BMG, 2025c). Sowohl jüngere als auch freiwillig versicherte Beschäftigte weisen aber spezifische Muster bei den AU-Meldungen auf (zum Beispiel BKK, 2024, 82).
- Die deskriptiven Statistiken der Krankenkassen und -verbände basieren mal auf einem eng abgegrenzten Personenkreis der (abhängig) beschäftigten Mitglieder (BKK, 2024, 10), mal werden Arbeitslose mit berücksichtigt (TK, 2024, 6) oder unter dem Begriff der „Beschäftigten“ alle erwerbstätigen Mitglieder subsummiert (Schenkel et al.; 2024a, 344). Die Begrifflichkeit ist bei der Auswertung der AOK-Daten insofern ambivalent, als ungeklärt bleibt, ob darunter auch selbständig erwerbstätige Mitglieder erfasst werden.

2.2 Methodisches Vorgehen

Idealerweise erfolgt eine statistische Auswertung auf der Grundlage von originären Versicherteninformationen. Die Krankenkassen verfügen sowohl über die krankheitsrelevanten Informationen, die nach einem einheitlichen Klassifikationsschema registriert werden (ICD-10-Codes), als auch über weiterführende berufsbezogene Daten (Branchenzugehörigkeit, Berufsgruppen und Tätigkeiten) sowie soziodemografische Informationen (Alter, Geschlecht). Diese Daten ließen sich zum Beispiel mithilfe eines regressionsanalytischen Ansatzes auf Zusammenhänge und mögliche Kausalitäten untersuchen. Aus Datenschutzgründen stehen die entsprechenden Daten bislang aber nicht für Forschungszwecke zur Verfügung.

Deshalb bleiben die folgenden Auswertungen und Einordnungen auf die Verwendung allgemein zugänglicher, deskriptiver Statistiken beschränkt. Dazu ist eine Auswahl aus den verfügbaren Datenangeboten zu treffen: Vorrangig sollten Informationen verwendet werden, die repräsentative Einordnungen und Ableitungen über die Grundgesamtheit aller beschäftigten GKV-Mitglieder erlauben. Angesichts der unterschiedlichen Qualitäten einzelner Datenquellen kann darüber hinaus angestrebt werden, einen möglichst konsistenten Quellenbezug herzustellen, insbesondere wenn weiterführende Informationen zum Beispiel zu soziodemografischen oder arbeitsweltbezogenen Merkmalen in den Blick genommen werden. Für die Auswahl der Datenquelle(n) sind dabei zwei inhaltliche Fragestellungen ausschlaggebend:

Geht es um den Krankenstand unter den Beschäftigten insgesamt sowie dessen historische Entwicklung, dann ist das Repräsentativitätskriterium maßgeblich.

- Die Informationen des BMG und des Statistischen Bundesamts genügen diesem Anspruch, weil sie auf Vollerhebungen unter allen GKV-Versicherten basieren. Die fehlenden Informationen zum aktuell abgelaufenen Jahr 2024 sowie fehlende Informationen zu weiterführenden Differenzierungen schränken dagegen die Verwendbarkeit dieser Quellen ein.

- Eine besondere Herausforderung stellt sich mit Blick auf den aktuellen Rand. Denn für das Jahr 2024 steht lediglich eine nicht-repräsentative Monatsstichprobe des BKK-Dachverbands zur Verfügung (BKK, 2025a). Deshalb ist zunächst zu prüfen, ob die Entwicklungen auf Basis der vorauslaufenden BKK-Monatsstichprobe Rückschlüsse auf die Entwicklung des Krankenstands erlaubt, der sich nachlaufend auf Basis der BKK-Vollerhebung ergibt. Aufgrund der spezifischen Mitgliederstruktur ist anschließend zu prüfen, ob sich die Veränderungen des Krankenstands aller beschäftigten BKK-Mitglieder mit der Entwicklung deckt, die für Mitgliedergruppen anderer Kassen oder die beschäftigten GKV-Mitglieder insgesamt abzeichnet. Sofern das zusätzliche Datenangebot des BKK-Dachverbands einen Rückschluss auf die Entwicklung des Krankenstands insgesamt erlaubt, spräche dies für die Verwendung kassenartenbezogener Datensätze, um einen konsistenten Quellenbezug herzustellen. Zu prüfen bliebe darüber hinaus, inwieweit Informationsangebote unterschiedliche Kassenverbände zusammengefasst werden können, um Repräsentativitätsdefizite von Statistiken einzelner Krankenkassenarten zu reduzieren.

Geht es um die Identifikation möglicher Einflussfaktoren auf die Krankenstandentwicklung, dann bedarf es neben der Beachtung des Repräsentativitätskriteriums vor allem einer Datengrundlage, die weiterführende Informationen beinhaltet, um Hypothesen über mögliche Einflussfaktoren bilden zu können.

- Das Statistikangebot des BMG und des Statistischen Bundesamts erweist sich trotz der Vorzüge hinsichtlich des Repräsentativitätskriteriums als unzureichend. Dagegen liefern die Reports einzelner Krankenkassen eine Aufschlüsselung des Krankenstands nach soziodemografischen oder arbeitsweltbezogenen Kriterien. Da die für einzelne Kassenarten gesammelten Auswertungen aufgrund der spezifischen Mitgliederstrukturen nur bedingt Rückschlüsse auf die Gesamtheit aller beschäftigten GKV-Mitglieder erlauben, besteht die Herausforderung darin, eine möglichst repräsentative Stichprobe der Grundgesamtheit für einheitlich definierte Indikatoren zu finden.

Trotz unterschiedlicher Abgrenzungen im Detail sollen im Folgenden die allgemein zugänglichen, vergleichbaren Statistiken zur Krankenstandentwicklung der erwerbstätigen AOK-Mitglieder (Schenkel et al., 2024a) und der beschäftigten Mitglieder einer Betriebskrankenkasse (BKK, 2024) zusammengeführt werden. Da die originären Mitgliederinformationen nicht vorliegen, müssen für einzelne Indikatoren gewichtete Durchschnitte gebildet werden, die für die erweiterte Gruppe aller beschäftigten Mitglieder beider Kassenarten gelten (analog zu dem Vorgehen im Rahmen der Arbeitszeitrechnung für das Statistische Bundesamt oder im Bericht zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, siehe BMAS, 2024a, 50). Sofern die deskriptiven Statistiken beider Krankenkassenarten auf vergleichbaren Indikatoren beruhen, können über die Mitgliederge-
wichtung differenzierende Befunde und Aussagen abgeleitet werden. Wo relevante Einzelbefunde nur für die Gruppe der beschäftigten AOK- oder BKK-Mitglieder vorliegen, sind diese entsprechend abzugrenzen.

3 Krankenstand – Niveau und Entwicklung

Im ersten Schritt soll der Krankenstand insgesamt für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland hinsichtlich Niveau und Entwicklung eingeordnet werden.

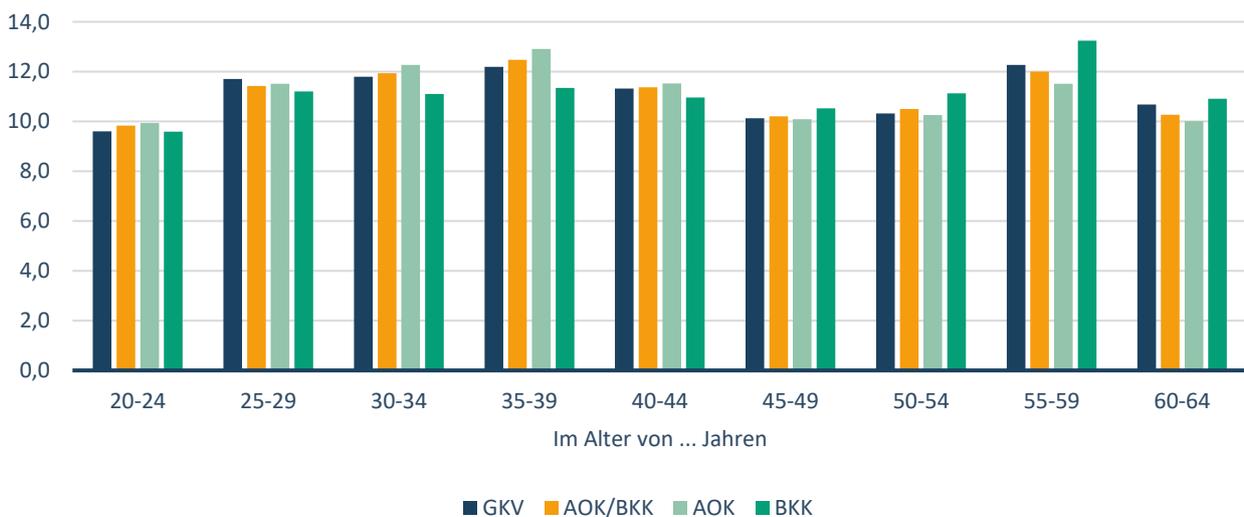
3.1 Krankenstand auf Basis der deskriptiven AOK- und BKK-Statistiken

Mit 15,1 Millionen erwerbstätigen AOK-Mitgliedern (pflichtversicherte und freiwillig versicherte Mitglieder) stellen die elf AOK-Kassen zusammen den größten Anteil an allen Mitgliedern der Allgemeinen Krankenversicherung (AKV) (Schenkel et al., 2024a, 344). In Abgrenzung zu der Krankenversicherung der Rentner bildet die AKV den relevanten Bezugsrahmen für die Krankenstandentwicklung der erwerbstätigen GKV-Mitglieder. Aufgrund ihrer historischen Genese weisen die aktuell über 65 Betriebskrankenkassen jeweils deutlich geringere Mitgliederzahlen auf, die sich aber unter dem BKK-Dachverband auf insgesamt 4,8 Millionen beschäftigte Mitglieder summieren (BKK, 2024, 10). Je nach Referenz entsprechen beide Gruppen zusammen 57 Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (Stand Dezember 2024; Bundesagentur für Arbeit, 2025) oder rund 60 Prozent der jahresdurchschnittlich erfassten, beschäftigten pflicht- und freiwillig versicherten Mitglieder der AKV. Dieser Wert ergibt sich, wenn man die Gruppe aller Pflichtmitglieder in der AKV sowie die der freiwilligen Mitglieder der GKV um nicht beschäftigte Personen korrigiert, zum Beispiel nicht erwerbstätige freiwillige Mitglieder oder Bezieher von Arbeitslosen- oder Bürgergeld (BMG, 2025d).

Inwieweit Aussagen auf der Grundlage von mitgliedergewichteten Durchschnittswerten einem statistischen Repräsentativitätskriterium genügen, muss aber an dieser Stelle offen bleiben. Zwar können für die zusammengefasste Grundgesamtheit der AOK- und BKK-Mitglieder zum Beispiel die Anteile der Pflichtmitglieder nach Altersklassen (und Geschlecht) ermittelt und mit denen der Gesamtheit aller GKV-Mitglieder verglichen werden (Abbildung 3-1).

Abbildung 3-1: Altersstruktur der Pflichtmitglieder

Anteil der Pflichtmitglieder einer Altersklasse an allen Pflichtmitgliedern in Prozent



Prozentangaben jeweils bezogen auf alle GKV-, AOK- und BKK-Pflichtmitglieder im Alter von 20 Jahren bis unter 65 Jahren.

Quelle: BMG, 2025e; eigene Berechnungen

Demnach gleichen sich die unterschiedlichen Altersstrukturen einzelner Krankenkassenarten mit der Zusammenfassung von AOK- und BKK-Pflichtmitgliedern zunehmend der aller GKV-Pflichtversicherten an. Es bleiben aber auch dann erkennbare Abweichungen bestehen, die bei einer Unterscheidung nach dem biologischen Geschlecht weiter ausdifferenzieren. Unklar bleibt auch, welche Merkmale zusätzlich auszuwählen sind, anhand derer Repräsentativität festgemacht werden kann. So fehlen zum Beispiel Informationen über die Einkommensstrukturen der jeweiligen Gruppen.

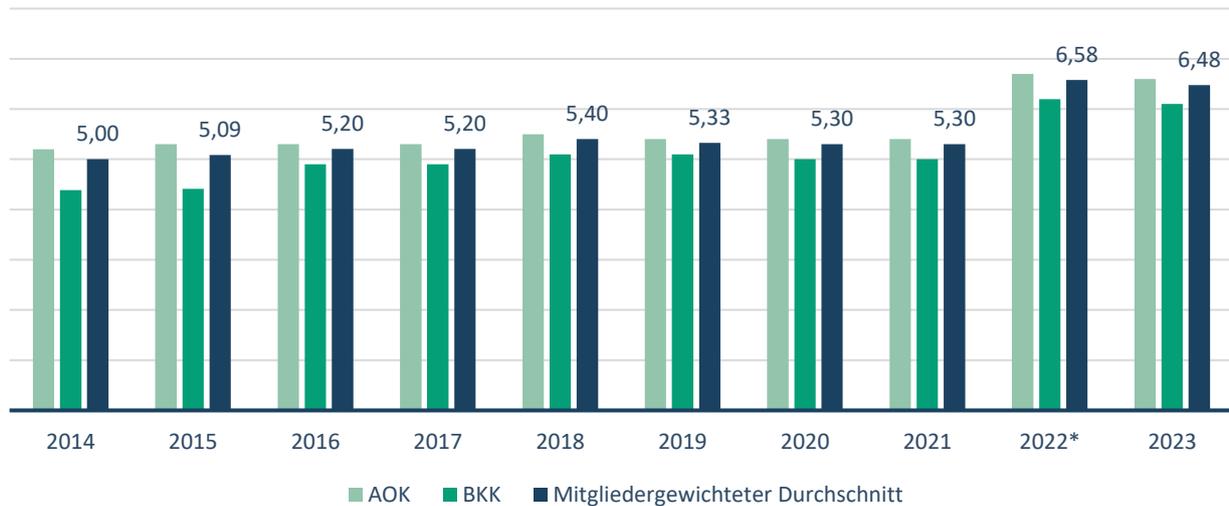
Sowohl die BKK- als auch die AOK-Statistiken werten die kalendertäglichen AU-Meldungen aus. Danach waren im Jahr 2023 die beschäftigten BKK-Mitglieder im Durchschnitt an 22,4 Kalendertagen mit einem ärztlichen Attest krankgeschrieben (BKK, 2024, 61), die bei einer AOK versicherten Beschäftigten durchschnittlich an 23,9 Tagen (Schenkel et al., 2024a, 348). Der mitgliedergewichtete Durchschnitt über beide Gruppen lag mit 23,55 AU-Tagen je Mitglied nur geringfügig unter dem AOK-Durchschnitt.

Auffällig ist dabei der deutliche Abstand gegenüber der Angabe des Statistischen Bundesamts, das mit 15,1 Tagen im Jahr 2023 ein um rund ein Drittel niedrigeres Niveau ausweist (Statistisches Bundesamt, 2025a). Der Unterschied erklärt sich aus der arbeitstäglichen Bereinigung im Rahmen der Arbeitszeitrechnung: Die Zahlen des Statistischen Bundesamts beziehen die gemeldeten AU-Tage auf Arbeits- statt auf Kalendertage. Geht man von 220 Arbeitstagen im Jahr aus, ergäbe sich umgerechnet ein durchschnittlicher Krankenstand von 14,2 AU-Tagen für die Gruppe der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder. Die noch bestehende Abweichung gegenüber dem Wert des Statistischen Bundesamts lässt sich auf unterschiedliche Faktoren zurückführen: In bestimmten Berufsgruppen und Branchen (zum Beispiel im Gesundheits- oder Verkehrswesen) kann die Arbeitszeit auf das Wochenende oder auf einen Feiertag fallen. Dieser Effekt kann zwar durch die arbeitstägliche Bereinigung im Rahmen der Arbeitsvolumenrechnung berücksichtigt werden. Gleichzeitig werden aber bei länger währenden Erkrankungen oftmals AU-Bescheinigungen zunächst nur bis zum kommenden Wochenende ausgestellt, um am darauffolgenden ersten Arbeitstag den Gesundheitszustand des Patienten von neuem zu beurteilen. Bei der arbeitstäglichen Bereinigung im Rahmen der Arbeitszeitberechnung für das Statistische Bundesamt werden kalendertägliche Effekte herausgerechnet (Wanger et al., 2014, 36 ff.), eine weitere Differenzierung nach dem Einfluss der Branchenzugehörigkeit auf die Krankenschreibung am oder über das Wochenende erlaubt die Bereinigung aber nicht. Wenn aber in einzelnen Branchen auch Wochenend- und Feiertage grundsätzlich zur möglichen Arbeitszeit zählen (beispielsweise im Gesundheitswesen), dann bleibt eine standardisierte Bereinigung der kalendertäglich erfassten Atteste fehleranfällig. Ein „wahrer“ Wert lässt sich demnach nicht feststellen, aber mit Blick auf die betrieblichen Ausfallzeiten scheinen die Angaben des Statistischen Bundesamts realitätsnäher als die Erfassung der kalendertäglichen AU-Tage.

Die deskriptiven Auswertungen der AOK-Daten weisen den Krankenstand in Prozent der Referenzgruppe aus (Schenkel et al., 2024, 348 ff.), während im BKK-Gesundheitsreport durchschnittliche AU-Tage dokumentiert sind. Allerdings bietet der BKK-Dachverband in seinem Statistikportal eine alternative Darstellung an, die mit dem AOK-Indikator kompatibel ist (BKK, 2025b). Demnach lag der Krankenstand bei den beschäftigten BKK-Mitgliedern im Jahr 2023 bei 6,3 Prozent, unter den AOK-versicherten Beschäftigten bei 6,6 Prozent. Der mitgliedergewichtete Durchschnitt der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder lag bei 6,48 Prozent (Abbildung 3-2).

Abbildung 3-2: Krankenstand der beschäftigten Mitglieder

In Prozent



* Zeitreihenreihenbruch aufgrund der Einführung der elektronischen AU-Bescheinigung ab dem Jahr 2022.

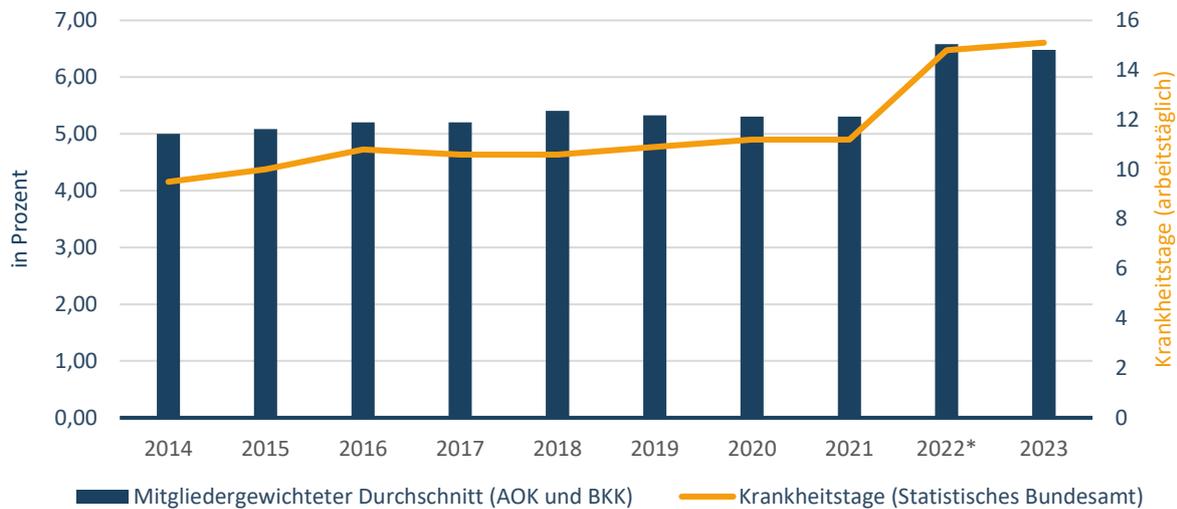
Quellen: BKK, 2025b; Schenkel et al., 2024a, 349; eigene Berechnungen

Mit Blick auf die historische Einordnung deckt die aktuelle Auswertung der AOK-Daten einen Zeitraum von 2004 bis 2023 ab, das Statistik-Portal des BKK-Dachverbands lediglich von 2016 bis 2023. Mithilfe einer einfachen Umrechnung lassen sich aber BKK-Angaben zu den durchschnittlichen AU-Tagen in den Jahren 2014 und 2015 rekonstruieren und in prozentuale Krankenstände umwandeln (BKK, 2024, 61). Für die Ermittlung des mitgliedergewichteten Durchschnitts ab dem Jahr 2014 werden die Mitgliederzahlen des Jahres 2023 der Einfachheit halber als konstant unterstellt, auch wenn sich der Anteil der Mitglieder (einschließlich Arbeitslose, Bürgergeldempfänger und Rentner) an allen GKV-Mitgliedern bei der AOK seit 2014 um 1,8 Prozentpunkte auf 36,4 Prozent erhöht hat und spiegelbildlich der Anteil der BKK-Mitglieder um 1,5 Punkte auf 14,6 Prozent gesunken ist (BMG, 2022, 117). Deshalb abstrahiert die Darstellung in Abbildung 3-2 sowohl von den veränderten Gewichten der jeweiligen Ursprungsgruppen als auch von den Veränderungen in der Versichertenstruktur, die sich aus den Mitgliederwanderungen zwischen einzelnen Kassen ergeben können.

Im Zeitraum von 2014 bis 2018 zeigt sich ein leichter, aber kontinuierlicher Anstieg, mit dem sich der langfristige Trend seit Mitte der 2000er Jahre fortsetzt (für die beschäftigten AOK-Mitglieder siehe Schenkel et al., 2024, 349). Im Jahr 2019 verringert sich der mitgliedergewichtete Wert leicht und bleibt in den Coronajahren 2020 und 2021 unverändert auf einem marginal niedrigeren Wert von 5,3 Prozent. Im Jahr 2022 springt er dann um mehr als 1 Prozentpunkt auf einen neuen Höchstwert (6,58 Prozent) und verharrt im Jahr 2023 auf ähnlichem Niveau. Auch wenn die Verlaufsfigur des mitgliedergewichteten Durchschnitts der des Statistischen Bundesamts ähnelt (Abbildung 3-3), weisen die Trendentwicklungen in den Jahren 2018 bis 2020 sowie ab 2022 in unterschiedliche Richtungen.

Abbildung 3-3: Krankenstand der beschäftigten Mitglieder im Vergleich

In Prozent und in Krankheitstagen



* Zeitreihenbruch aufgrund der Einführung der elektronischen AU-Bescheinigung ab dem Jahr 2022.

Quellen: BKK, 2025b; Schenkel et al., 2024a; Statistisches Bundesamt, 2025a; eigene Berechnungen

3.2 Aktuelle Entwicklung – monatliche Stichprobe des BKK-Dachverbands

Für das aktuell abgelaufene Jahr 2024 bieten die Vollausswertungen der Dachverbände von BKK und AOK keine Informationen. Lediglich der BKK-Dachverband vermag diese Lücke mit einer Stichprobe zu schließen (BKK, 2025a). In dieser jährlich wiederholten Erhebung wird der Krankenstand für jeden Monat und differenziert nach Wirtschaftsgruppen, Bundesländern, Alters- und Berufsgruppen sowie Diagnosehauptgruppen ausgewertet. Allerdings ist die zugrundeliegende Erhebung nicht repräsentativ, denn sie beruht lediglich auf Meldungen der freiwillig teilnehmenden Betriebskrankenkassen. Deshalb können die Ergebnisse sowohl durch eine veränderte Zusammensetzung des Samples beeinflusst werden als auch durch veränderte Mitgliederstrukturen innerhalb der teilnehmenden Betriebskrankenkassen. Aufgrund der Größe und selektiven Zusammensetzung des Samples ist eine Hochrechnung auf den Durchschnitt aller beschäftigten BKK- oder GKV-Mitglieder nicht ohne weiteres möglich. Unter der Annahme, dass diese denkbaren Einflüsse und Verzerrungen über die Zeit nicht stark variieren, könnte aber die Entwicklung des Krankenstands auf Basis der monatlichen BKK-Stichprobe Indizien für die Einschätzung aktueller Entwicklungen liefern.

Um die „prognostische Qualität“ der Ergebnisse aus der vorauslaufenden BKK-Monatsstichprobe abzuschätzen, sind die Jahresdurchschnitte zunächst in Relation zu den Werten der Vollerhebung zu setzen, die sich jeweils mit einem Jahr Rückstand zu den Jahresdurchschnitten der Stichprobe ergeben (Abbildung 3-4). Für die BKK-Stichprobe konnten die Jahresdurchschnitte bis zum Jahr 2016 rekonstruiert werden. Im Vergleich zu den Ergebnissen aus der Vollerhebung der BKK-Daten verlaufen die jahresdurchschnittlichen Stichprobenwerte auf niedrigerem Niveau – bis zum Jahr 2021 beträgt der Abstand 0,4 bis 0,5 Prozentpunkte, in den Jahren 2022 und 2023 verringert er sich auf 0,2 Prozentpunkte. Gegenüber den Werten, die für die beschäftigten AOK-Mitglieder oder den mitgliedergewichteten Durchschnitt für die AOK- und BKK-Mitglieder gelten, ergibt sich ein größerer Abstand von 0,7 bis 0,8 Prozentpunkte bis zum Jahr 2021. In den Jahren 2022 und

2023 verringert sich die Differenz wiederum um 0,2 Prozentpunkte. In der Verlaufsfigur folgen die Werte der beiden betrachteten Kassenarten sowie des mitgliedergewichteten Durchschnitts nahezu exakt den jahresdurchschnittlichen Werten der BKK-Monatsstichprobe. Für die Verringerung des Abstands zwischen den jahresdurchschnittlichen Werten der BKK-Monatsstichprobe und dem nachlaufenden, mitgliedergewichteten Krankenstand ab dem Jahr 2022 sind weitere Erklärungen zu prüfen (siehe Kapitel 3.3).

Abbildung 3-4: Krankenstand am aktuellen Rand

In Prozent



* Zeitreihenbruch aufgrund der Einführung der elektronischen AU-Bescheinigung ab dem Jahr 2022; BKK-Stichprobe: Jahresdurchschnitt der monatlichen Stichproben unter den teilnehmenden Betriebskrankenkassen.

Quellen: BKK, 2025a; 2025b; Schenkel et al., 2024a, 359; eigene Berechnungen

Deshalb kann zunächst festgehalten werden, dass die Auswertungen der monatlichen BKK-Stichprobe mit einem einjährigen Vorlauf recht zuverlässig die Entwicklung beschreiben, die sich auf Basis der nachlaufenden Auswertungen sämtlicher AU-Meldungen nachträglich ergeben. Einschränkend gilt, dass damit das Niveau des Krankenstands unterschätzt wird. Legt man diese Einschätzung zugrunde, dann zeichnet sich für das Jahr 2024 eine Seitwärtsbewegung ab. Nimmt man die BKK-Monatsstichprobe als Prädiktor für die Krankenstandentwicklung insgesamt, ist für das abgelaufene Jahr weder ein Anstieg noch ein Rückgang auf Basis der jeweiligen Vollerhebungen zu erwarten.

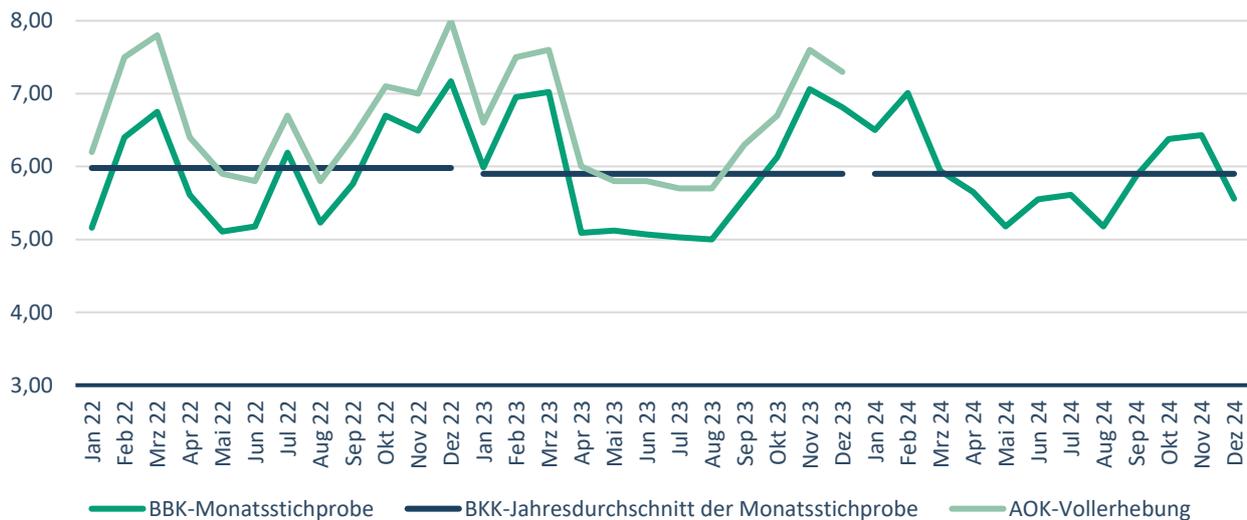
Die monatlichen Auswertungen der BKK-Monatsstichprobe zeigen gleichzeitig ein typisches unterjähriges Verlaufsmuster. Der saisonale Verlauf spiegelt sich bei einem nahezu identischen Muster in der AOK-Vollerhebung bis zum Jahr 2023 (Abbildung 3-5).

- Während der Krankenstand in den Sommermonaten regelmäßig niedriger ausfällt, steigt er in den Herbst- und Wintermonaten auf ein überdurchschnittlich hohes Niveau.
- Die Werte sinken typischerweise im Dezember und/oder Januar etwas ab. Dies lässt sich mit den Weihnachtsfeiertagen und der Winterferienzeit plausibel erklären.

- Eine weitere Abweichung ergibt sich einmalig im Juli 2022. Nach dem Wegfall der Maskenpflicht traten Ad-hoc-Infektionen der Atemwege in großer Zahl auf. Das RKI erklärte das mit einer gesunkenen Bevölkerungsimmunität, die zu einer hohen Anfälligkeit und raschen Verbreitung weiterer Infekte zum Beispiel durch den RS-Virus führte (siehe dazu die Literaturangaben in Leiß/Pimpertz, 2023). Bereits im August 2022 erreichte der monatliche Krankenstand aber wieder annähernd das saisontypische Niveau.

Abbildung 3-5: Saisonales Verlaufsmuster

Monatlicher Krankenstand in Prozent



BKK: Ergebnisse der nicht repräsentativen monatlichen Stichprobe unter den teilnehmenden Betriebskrankenkassen; AOK: Ergebnisse der Vollerhebung sämtlicher Krankmeldungen bis zum Jahr 2023.

Quellen: BKK, 2025a; Schenkel et al., 2024a, 348

3.3 Einfluss der elektronischen Erfassung der AU-Bescheinigungen

Während das RKI den Anstieg der AU-Meldungen im Jahr 2022 mit der gesunkenen Bevölkerungsimmunität erklärt hat, ist der statistisch gemessene Krankenstand wider Erwarten in der Folge nicht gesunken. Die Vermutung steht im Raum, dass mit der elektronischen Erfassung der AU-Bescheinigungen (eAU) seit dem 1.1.2022 die Meldungen besser erfasst werden und deshalb die Krankenstände gegenüber den Vorjahreswerten auf einem systematisch höheren Niveau liegen. Wurden ärztliche Atteste zuvor nur dann von den Kassen erfasst, wenn Patienten ihre Krankmeldung nicht nur dem Arbeitgeber vorlegten, sondern auch der Krankenkasse, wird seitdem jedes ärztliche Attest in den Versichertendaten elektronisch erfasst.

Das IGES-Institut hat im Auftrag der DAK-Gesundheit den möglichen Einfluss der eAU auf die Krankenstandentwicklung exemplarisch für Erkrankungen des Atmungs- und Verdauungssystems geschätzt. In der Studie wird auf der Grundlage von DAK-Versichertendaten für beide Krankheitsarten in den Jahren 2022 und 2023 ein atypischer Anstieg gegenüber dem Vor-Corona-Jahr 2019 festgestellt (IGES, 2025). Ausgehend von den regelmäßig beobachteten Krankenständen der Vorjahre lassen sich demnach rund 60 Prozent des beobachteten Anstiegs bei den Atemwegserkrankungen auf die Einführung der eAU zurückführen und damit 36,2 Prozent der aktuellen Krankenstandsquote bei dieser Diagnosegruppe erklären. Bei den Erkrankungen des Verdauungssystems sind es 44,4 Prozent. Überträgt man diese Schätzungen auf die jahresdurchschnittlichen

Werte der BKK-Monatsstichprobe für die Jahre 2022 bis 2024, ergeben sich entsprechend niedrigere Krankenstände für die beschäftigten BKK-Mitglieder der an der Stichprobe teilnehmenden Kassen (Tabelle 3-1).

Tabelle 3-1: Hypothetischer Einfluss der eAU

Originäre und korrigierte Jahresdurchschnitte der monatlichen BKK-Stichprobe, in Prozent

| | 2022 | | 2023 | | 2024 | |
|-----------------------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|
| | Original-daten | Korrektur | Original-daten | Korrektur | Original-daten | Korrektur |
| Infektionen | 0,31 | | 0,32 | | 0,32 | |
| Neubildungen | 0,19 | | 0,19 | | 0,20 | |
| Psychische Störungen | 0,84 | | 0,89 | | 0,93 | |
| Nervensystem | 0,13 | | 0,15 | | 0,15 | |
| Kreislaufsystem | 0,19 | | 0,20 | | 0,20 | |
| Atmungssystem | 1,35 | 0,86 | 1,23 | 0,78 | 1,22 | 0,78 |
| Verdauungssystem | 0,20 | 0,11 | 0,23 | 0,13 | 0,23 | 0,13 |
| Muskel-/Skelettsystem | 1,16 | | 1,20 | | 1,21 | |
| Symptome | 0,33 | | 0,34 | | 0,34 | |
| Verletzungen/Vergiftungen | 0,55 | | 0,57 | | 0,58 | |
| Übrige Diagnosehauptgruppen | 0,72 | | 0,59 | | 0,52 | |
| Alle Diagnosen | 5,98 | 5,39 | 5,90 | 5,36 | 5,90 | 5,36 |

Jahresdurchschnitt auf Basis der monatlichen BKK-Stichprobe; Korrektur der Erkrankungen des Atmungs- und Verdauungssystems in Anlehnung an IGES, 2025.

Quellen: BKK, 2025a; IGES, 2025; eigene Berechnungen

Dieser Korrektur liegt die Annahme zugrunde, dass die beschäftigten DAK-Mitglieder vergleichbare Strukturmerkmale und Erkrankungswahrscheinlichkeiten aufweisen wie die beschäftigten BKK-Mitglieder. Unterstellt man darüber hinaus, dass sich die prozentualen Abweichungen, die sich in den jahresdurchschnittlichen Werten auf Basis der monatlichen BKK-Stichprobe zeigen, strukturgleich auf den mitgliedergewichteten Krankenstand der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder übertragen lassen und sich der Krankenstand 2024 zudem für diese Gruppe mit der Entwicklung fortschreiben lässt, die sich auf Basis der monatlichen BKK-Stichprobe abzeichnet, ergibt sich ein moderateres Verlaufsbild (Abbildung 3-6).

Die Korrekturfaktoren, die aus den DAK-Versichertendaten generiert wurden, bedürfen ebenso weiterer Evaluationen wie die Frage der Übertragbarkeit dieser Faktoren auf andere Gruppen wie die der beschäftigten BKK-Mitglieder. Auch die Fortschreibung der BKK-Daten aus der Vollerhebung mithilfe der Entwicklung, die sich in der monatlichen Stichprobe abzeichnet, dient lediglich als Heuristik, ebenso wie die weitere Übertragung auf den mitgliedergewichteten Durchschnitt der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder. Die daraus ableitbaren methodischen Einwände einmal außen vor gelassen, ergäbe sich unter der hypothetischen Korrektur für das Jahr 2022 ein deutlich schwächerer Peak; der Effekt würde sich im Vergleich zu den Ursprungsdaten halbieren. Im Jahr 2023 ergäbe sich zudem ein schwacher Rückgang des Krankenstands, der allerdings

aufgrund des marginalen Effekts nicht überinterpretiert werden sollte. Im Jahr 2024 ist annahmegemäß von einem gegenüber dem Vorjahr unverändert hohen Krankenstand auszugehen. Offen bleibt allerdings auch dann, warum der Krankenstand im Jahr 2022 einen immer noch deutlichen Sprung vollzieht und danach auf erhöhtem Niveau verharrt. Denkbar ist einerseits, dass sich die geschätzten Effekte aus der IGES-Studie nicht auf die Gesamtheit aller Erkrankungsarten übertragen lassen und sich die Einführung der eAU auf den statistisch erfassten Krankenstand je nach Krankheitsart heterogen ausgewirkt haben kann. Andererseits können weitere Einflussfaktoren nicht ausgeschlossen werden.

Abbildung 3-6: Hypothetische Korrektur des mitgliedergewichteten Krankenstands

Beschäftigte AOK- und BKK-Mitglieder, in Prozent



Mitgliedergewichteter Krankenstand 2024: Fortschreibung des Krankenstands 2023 mit der Entwicklung des jahresdurchschnittlichen Werts aus der BKK-Monatsstichprobe; Korrektur: Prozentuale Reduktion des Krankenstands um die Effekte, die die eAU auf die Krankenstandentwicklung infolge von Erkrankungen des Atmungs- und Verdauungssystems hat (Tabelle 3-1).

Quellen: BKK, 2025a; IGES, 2025; Schenkel et al., 2024a, 349; eigene Berechnungen

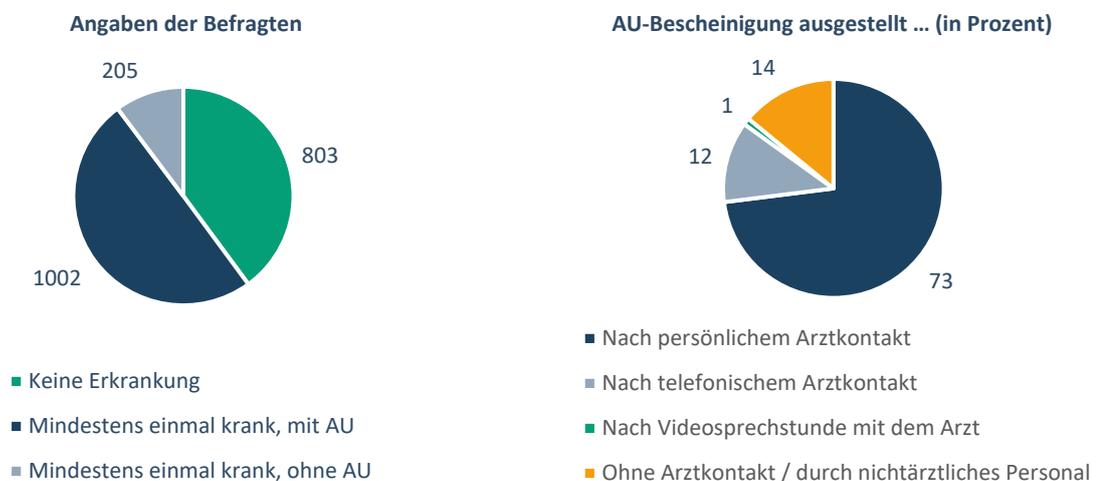
3.4 Exkurs: Einfluss der telefonischen Krankschreibung

Eine weitere Hypothese zur Erklärung des hohen Krankenstands beruht auf der Annahme, dass die Möglichkeit zur telefonischen Krankschreibung missbrauchsanfällig sei und deshalb zu einem erhöhten Aufkommen an AU-Meldungen beitrage. Mit dem Aufkommen der Coronapandemie wurde diese Möglichkeit eingeführt. Das führte zunächst ad hoc zu einem Anstieg der Krankmeldungen im März 2020, aber bereits im April sank der Krankenstand wieder unter das Niveau des Vergleichsmonats im Vor-Corona-Jahr 2019 (Pimpertz, 2021). Dieser einmalige Effekt lässt sich eher im Zusammenhang mit der großen Verunsicherung zu Beginn der Pandemie erklären, als ursächlich auf die Möglichkeit der Krankschreibung nach telefonischem Arztkontakt zurückzuführen. Die Option lief in ihrer ursprünglichen Form zum 31.03.2023 aus und wurde ab Dezember 2023 für Atemwegserkrankungen wieder eingeführt. Das IGES-Institut erkennt keinen Einfluss der telefonischen Krankschreibung auf den Verlauf des Krankenstands. Vielmehr folge die Entwicklung der Jahre 2022 und 2023 nach dieser Interpretation dem typischen saisonalen Muster, allerdings auf einem erhöhten Niveau, das maßgeblich auf die Einführung der eAU zurückgeführt werden könne (IGES, 2025).

Ein anderes Bild vermitteln die Ergebnisse einer Forsa-Umfrage im Auftrag der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände (Forsa, 2025). Das Forsa-Institut hat im Januar 2025 insgesamt 2.010 abhängig Beschäftigte befragt, von denen sich 60 Prozent (1.207 Personen) im Jahr 2024 wenigstens einmal wegen einer Atemwegsinfektion bei ihrem Arbeitgeber krankgemeldet haben. Die Mehrheit dieser Gruppe (83 Prozent, 1002 Personen) legte ihrem Arbeitgeber dafür eine ärztlich attestierte AU-Bescheinigung vor. In der Regel wurde die Bescheinigung durch eine Arztpraxis ausgestellt, die in den meisten Fällen bereits zuvor für eine ärztliche Untersuchung aufgesucht worden ist. 1 Prozent dieser Gruppe gab an, die AU-Bescheinigung über eine Online-Plattform erhalten zu haben (Abbildung 3-7, linke Grafik).

Abbildung 3-7: AU-Bescheinigungen wegen Atemwegserkrankungen

Im Jahr 2024



Ergebnisse einer Forsa-Umfrage unter 2.100 Personen im Januar 2025; 1 Prozent der AU-Bescheinigungen wurden über ein Online-Portal ausgestellt.

Quelle: Forsa, 2025

Klammert man die Fälle aus, in denen eine AU-Bescheinigung über einschlägige Internetportale ausgestellt wurde, dann gaben von den verbleibenden 989 befragten Beschäftigten 73 Prozent an, die AU-Bescheinigung nach persönlicher Konsultation des Arztes erhalten zu haben, weitere 12 Prozent nach telefonischem Kontakt beziehungsweise 1 Prozent nach einer Video-Sprechstunde (Abbildung 3-7, rechte Grafik). Auffällig ist der Befund, dass 14 Prozent der Befragten krankgeschrieben wurden, ohne Kontakt mit einem Arzt oder einer Ärztin gehabt zu haben. Stattdessen gaben die Befragten an, dass die AU-Bescheinigung per E-Mail oder nach einem Telefonat mit dem nicht ärztlichen Praxispersonal ausgestellt wurde.

Für eine Einordnung dieses Befunds wäre es aus wissenschaftlicher Perspektive wünschenswert, dass eine Befragung nach gleichem Design jährlich (gegebenenfalls mit einer größeren Personengruppe) wiederholt würde, um Veränderungen im Verhalten der beteiligten Akteure identifizieren zu können. Idealerweise wäre dies bereits vor Einführung der Möglichkeit zur Krankschreibung nach telefonischer Konsultation erfolgt. Dann hätte man die Krankenstandentwicklung vor dem Hintergrund der neu eingeführten Option der telefonischen AU interpretieren können. Unabhängig davon lässt sich aber auf Grundlage dieser Befragungsstudie festhalten:

- Das Gros der Krankschreibungen wegen Atemwegserkrankungen erfolgt nach persönlicher Konsultation eines Arztes. Für diese Fälle ist von einem ernst zu nehmenden medizinischen Befund auszugehen.
- Das gilt ebenso für die Inanspruchnahme der telefonischen Konsultation oder Video-Sprechstunde, sofern eine Beurteilung der geschilderten Symptome durch ärztliches Praxispersonal vorgenommen wird.
- Wenn aber jeder siebte Befragte angibt, eine AU-Bescheinigung wegen Atemwegserkrankung ohne Kontakt mit einem behandelnden Arzt erhalten zu haben, ist dies ein deutliches Indiz dafür, dass es auch zu unerwünschtem Fehlverhalten kommt. Zwar lässt sich nachträglich nicht feststellen, ob die Personen auch im Fall einer ärztlichen Konsultation krankgeschrieben worden wären. Deshalb erfordert eine kausale Zuordnung von telefonischer Krankschreibung und Krankenstand vertiefende Studien. Im juristischen Sinn handelt es sich aber um eine nicht ordnungsgemäß ausgestellte AU-Bescheinigung. Denn weil dem ärztlichen Attest im Streitfall ein hoher Beweiswert zukommt, ist nur das ärztliche Personal nach persönlicher oder telefonischer Konsultation berechtigt, eine AU-Bescheinigung auszustellen.
- Ebenso bemerkenswert, wenn auch statistisch von geringer Relevanz, ist die Tatsache, dass eine AU-Bescheinigung über einschlägige Internet-Portale (gegen Gebühr) erwirkt werden kann, bei denen weder eine ärztliche Kontaktaufnahme noch eine Attestierung durch einen in Deutschland niedergelassenen oder angestellten Arzt gewährleistet wird.

Offen muss dagegen die Frage bleiben, ob mit der Krankmeldung nach telefonischem Arztkontakt eine Möglichkeit geschaffen wurde, die zur Krankenstandentwicklung seit 2020 maßgeblich beigetragen hat. Davon unberührt bleibt das Interesse, missbrauchsanfällige Regeln für die Krankschreibung bei Atemwegserkrankungen zu reformieren, um rechtlich fragwürdiges Fehlverhalten zu unterbinden.

3.5 Exkurs: Krankenstand im internationalen Vergleich

Internationale Vergleiche werden bisweilen bemüht, um das Niveau des Krankenstands in Deutschland einzuordnen. Allerdings erweist sich bereits die Auswahl einer geeigneten Datenquelle als problematisch, wie eine weitere Studie des IGES-Instituts im Auftrag der DAK-Gesundheit nachweist (Hildebrandt/Nguyen, 2025). Die OECD bietet Daten zu zwei unterschiedlichen Indikatoren an: krankheitsbedingte Abwesenheitstage vom Arbeitsplatz je Arbeitnehmer im Jahr und verlorene Arbeitszeit aufgrund von Krankheit. Unter den ersten Indikator fallen bezahlte Fehltagel, die einer Krankenkasse gemeldet werden. Das scheint mit den bislang diskutierten Datenquellen für Deutschland vergleichbar zu sein. Der zweite Indikator beruht auf selbstberichteten Daten aus dem European Labour Force Survey, die jährlich in europäischen Ländern erhoben werden. Für Deutschland werden dazu Angaben aus dem Mikrozensus verwendet (dazu Hildebrandt/Nguyen, 2025, 7 f.; 9 f.). Da die selbstberichteten Daten nur für eine bestimmte Berichtswoche einmal pro Jahr erfragt werden, die Erhebungen aber international nicht synchronisiert erfolgen, ist die Vergleichbarkeit unter anderem aufgrund der Anfälligkeit gegenüber saisonal schwankenden Krankenständen stark eingeschränkt.

Fokussiert man deshalb die von den Krankenversicherungen erfassten Abwesenheitstrage, scheint Deutschland einen Spitzenrang unter den europäischen Staaten einzunehmen (für das Jahr 2022 siehe Hildebrandt/Nguyen, 2025, 8). Allerdings sind die Daten aufgrund der unterschiedlich gestalteten nationalen Systeme nur unter Vorbehalt zu vergleichen: Sowohl hinsichtlich der Attestpflicht und dem Meldeverfahren (mit oder ohne eAU) als auch mit Blick auf die „Großzügigkeit“ der Entgeltfortzahlung unterscheiden sich die Regeln zwischen den europäischen Ländern substantiell (Hildebrandt/Nguyen, 2025, 12 ff.). Das betrifft sowohl

die Höhe und Dauer der Entgeltfortzahlung (durch den Arbeitgeber und/oder die Krankenversicherung) als auch die Handhabung von Karenztagen oder reduzierten Fortzahlungen während einer Karenzzeit.

Aus anreiztheoretischer Sicht ließe sich die Hypothese ableiten, dass die Generosität der Entgeltfortzahlung Einfluss auf die Häufigkeit und Dauer des Krankenstands habe (Ziebarth/Pichler, 2024, 2 und die dort zitierte Literatur). Dieser Hypothese läge eine Verhaltensannahme für die Beschäftigten und die beteiligten medizinischen Gutachter zugrunde, nach der die krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz nicht allein medizinischen Kriterien folgt, sondern auch durch ökonomische Abwägungen motiviert wird. Abgesehen von der juristischen Einordnung eines solchen Verhaltens lässt sich eine solche Hypothese aber aus methodischen Gründen kaum empirisch überprüfen: Zum einen kann der Gesundheitszustand einer regional abgegrenzten Gruppe durch Umweltfaktoren beeinflusst werden (zum Beispiel klimatische Bedingungen), zum anderen durch soziale oder kulturelle Faktoren (zum Beispiel Ernährungs- und Bewegungsverhalten), darüber hinaus durch die Wirtschaftsstruktur des Landes geprägt sein (siehe dazu Kapitel 4.5) und nicht zuletzt von der Leistungsfähigkeit des nationalen Gesundheitssystems abhängen. Diese Einflüsse lassen sich bei international vergleichenden Studien kaum standardisieren, um den Einfluss der institutionell bedingten Anreize isoliert betrachten zu können. Zum anderen droht ein Zirkelschluss, wenn von Daten, die in den national begrenzten, aber einheitlichen Regelsystemen erhoben werden, auf einen möglichen Zusammenhang mit eben diesen Regeln geschlossen werden soll. Die Hypothese ließe sich methodisch einwandfrei bestätigen oder verwerfen, wenn Daten zur Krankenstandentwicklung unter ansonsten gleichen Umweltbedingungen für zwei Gruppen mit unterschiedlichen institutionellen Anreizsystemen erhoben werden können.

3.6 Fazit: Krankenstand auf unverändert hohem Niveau

Seit Mitte der 2000er Jahre ist der Krankenstand stetig gestiegen. Wurde diese Entwicklung mit Einsetzen der Coronapandemie unterbrochen, so ist der Krankenstand nach dem Wegfall der Maskenpflicht im Jahr 2022 auf ein neues Rekordniveau gesprungen. Während das Statistische Bundesamt einen weiteren Anstieg im Jahr 2023 ausweist, deutet der mitgliedergewichtete Krankenstand der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder auf eine marginale Entlastung im gleichen Jahr hin. Schreibt man die Entwicklung mit dem Trend fort, der sich auf Basis einer monatlichen BKK-Stichprobe für das Jahr 2024 ergibt, verharrt der Krankenstand auch im abgelaufenen Jahr auf unverändert hohem Niveau.

Diese Einordnung bleibt auch dann bestehen, wenn man die mitgliedergewichteten Werte von beschäftigten AOK- und BKK-Mitgliedern mit einem Abschlag diskontiert, der den Einfluss der elektronischen Erfassung von AU-Bescheinigungen auf den Krankenstand schätzt. Zwar halbiert sich dadurch der sprunghafte Anstieg im Jahr 2022. An dem Verlauf ändert aber auch die hypothetische Korrektur aufgrund der verbesserten Erfassung durch die eAU nichts: Der Krankenstand verharrt nach einem sprunghaften Anstieg auf dem historisch hohen Niveau. Versuche, das Krankenstandniveau im internationalen Vergleich einzuordnen, bieten dagegen wenig Erkenntnisgewinn.

Fraglich ist dagegen, ob der sprunghafte Anstieg im Jahr 2022 im Zusammenhang mit der Krankschreibung nach telefonischem Arztkontakt erklärt werden kann. Es gibt aber empirische Indizien dafür, dass diese Möglichkeit missbrauchsanfällig ist, zumindest aber in nicht unerheblichem Umfang in juristisch bedenklicher Form genutzt wird. Die Nutzung einschlägiger Internetportale zur Erlangung einer AU-Bescheinigung scheint dagegen bislang statistisch wenig relevant zu sein, begründet aber im Einzelfall erhebliche Zweifel, dass die Krankschreibung nach vergleichbaren Kriterien erfolgt wie bei einer persönlichen Konsultation eines in

Deutschland praktizierenden Arztes. Deshalb gilt es, missbrauchsanfällige Optionen im Interesse aller Beteiligten einzuschränken. Das könnte zum Beispiel durch eine Beschränkung der ärztlichen Attestpflicht auf in Deutschland niedergelassene oder angestellte Ärzte gelingen, ohne dafür die Möglichkeit der telefonischen Konsultation und Krankschreibung dafür aufgegeben werden muss. Mit einer Beschränkung dieser Option auf Video-Sprechstunden ließe sich das Vertrauen in die telemedizinischen Begutachtung zusätzlich stärken.

4 Treiber der Krankenstandentwicklung

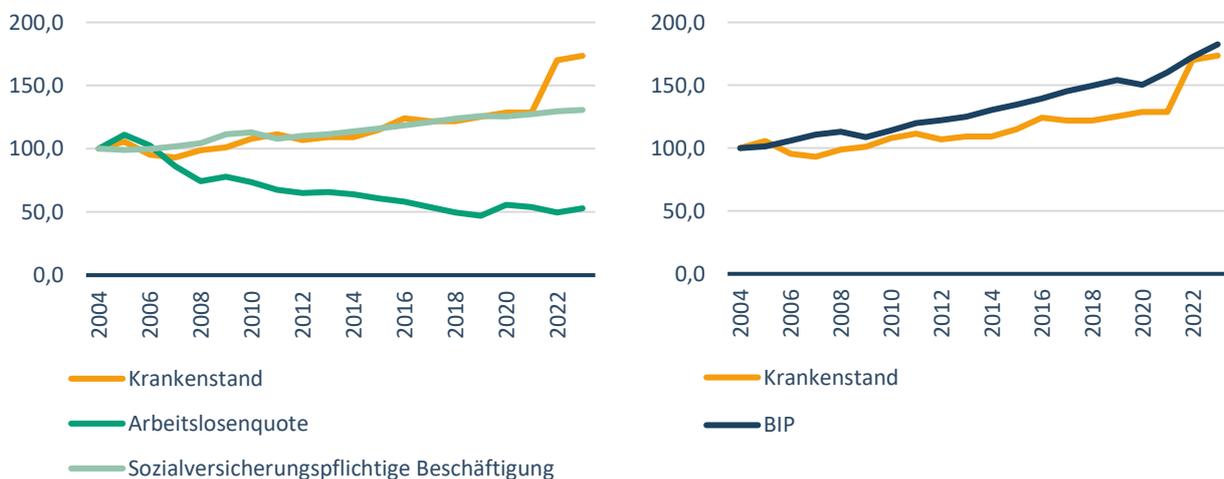
Ausgehend von dem Befund eines annähernd konstanten Krankenstands auf historisch hohem Niveau werden im Folgenden auf Basis mitgliedergewichteter Durchschnitte für die beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder Einzelbefunde für das Jahr 2023 vorgestellt, um mögliche Erklärungshypothesen für die Entwicklung des Krankenstands ableiten und diskutieren zu können.

4.1 Angst vor Arbeitsplatzverlust – Krankenstand im Konjunkturzyklus

Zunächst soll auf das vielfach vorgebrachte Argument eingegangen werden, dass die Sorge vor Arbeitsplatzverlust zu dem Phänomen des Präsentismus führe, also Beschäftigte sich auch dann zur Arbeit begeben, wenn sie aufgrund ihres Gesundheitszustands eigentlich nicht arbeitsfähig sind (so argumentiert der DGB, 2025). Unterstellt man einen statistisch robusten Zusammenhang, wäre zu erwarten, dass von einer positiven Beschäftigungsentwicklung respektive einer niedrigen Arbeitslosenquote ein Signal der Entspannung ausgeht, das auf Seiten der Beschäftigten die Sorge dämpft, allein aufgrund einer krankheitsbedingten Abwesenheit vom Arbeitsplatz einem höheren Kündigungsrisiko ausgesetzt zu sein. Dafür spricht die Beobachtung, dass über die vergangenen beiden Dekaden nachhaltig Beschäftigung aufgebaut werden konnte und die Arbeitslosenquote – von krisenbedingten Einflüssen abgesehen – nahezu kontinuierlich gesunken ist. Auch wenn sich der Krankenstand (in Abgrenzung des Statistischen Bundesamts) etwas volatiler entwickelt hat, zeigt er bis zum Jahr 2022 den erwartungsgemäß steigenden Trend (Abbildung 4-1, linke Grafik).

Abbildung 4-1: Krankenstand im Konjunkturzyklus

Index 2004=100



Quellen: Statistisches Bundesamt 2025a; 2025b; 2025c; 2025d; eigene Berechnungen

Diesem Bild widerspricht allerdings nicht nur der Verweis auf die steigende Bedeutung von Präsentismus (DGB, 2025). Mit der Eintrübung der Beschäftigungsperspektiven auf dem deutschen Arbeitsmarkt spätestens seit dem Sommer 2024 (Bardt et al., 2025, 30 f.) wäre demnach auch mit einem sinkenden Krankenstand zu rechnen. Dafür liegen bislang aber noch keine hinreichenden Indizien vor (BKK, 2025a). In diesem Kontext wird vielfach ein Zusammenhang von konjunktureller Entwicklung und Krankenstand angeführt (Pichler, 2015; Ziebarth/Pichler, 2024, 4). Das Argument geht davon aus, dass eine schwache Konjunktur die Beschäftigungsperspektiven dämpft und infolgedessen Arbeitnehmer aus Sorge vor drohendem Arbeitsplatzverlust

tendenziell eher eine Krankschreibung vermeiden. Dagegen spricht jedoch, dass sich der Krankenstand bei kontinuierlich steigender Beschäftigung und latent sinkender Arbeitslosigkeit deutlich volatiler entwickelt hat als das Bruttoinlandsprodukt (BIP) (Abbildung 4-1, rechte Grafik). Außerdem verhindert das Arbeitsrecht in der Regel eine Kündigung allein aufgrund einer medizinisch begründeten Abwesenheit. Schließlich hat der Krankenstand selbst auf krisenbedingte Einbrüche der Wirtschaftsleistung kaum reagiert, auch wenn die Finanzmarktkrise 2009 oder das Einsetzen der Coronapandemie ad hoc zu einem Anstieg der Arbeitslosenquote geführt haben. Gleichwohl sind statistisch nachweisbare Zusammenhänge nicht auszuschließen, auch wenn damit ungeklärt bleibt, ob diese nicht von weiteren Einflussfaktoren überlagert werden.

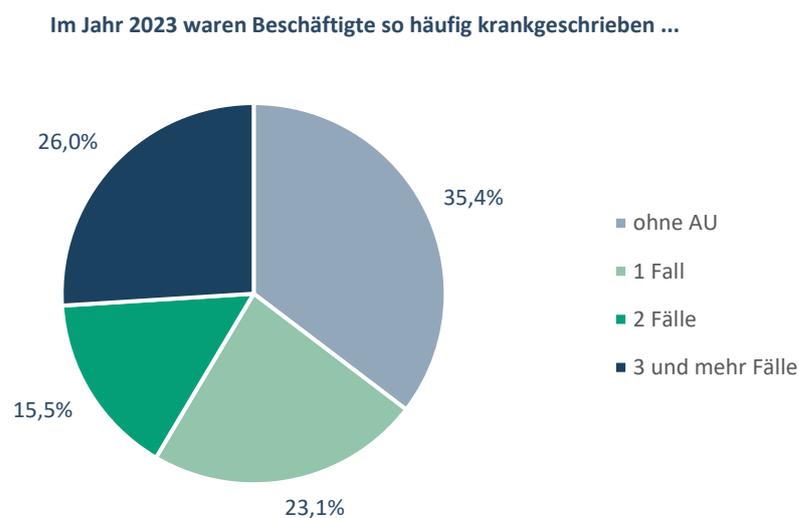
- Über die lange Frist zeichnet sich ein möglicher **Zusammenhang von Krankenstand und Beschäftigungsentwicklung** (Sorge vor Arbeitsplatzverlust) ab. Allerdings ist nicht ausgeschlossen, dass aufgrund von Veränderungen in der Arbeitswelt die subjektiv empfundene Arbeitsbelastung gestiegen ist und infolgedessen das Empfinden, sich eine krankheitsgedingte Abwesenheit weniger „leisten zu können“. Für eine konjunkturabhängige Schwankung des Krankenstands ergeben sich dagegen auf den ersten Blick keine Hinweise.

4.2 Häufigkeit und Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Im Folgenden werden deshalb weitere Befunde vorgestellt, um alternative Erklärungshypothesen zu diskutieren. Zunächst ist festzustellen, dass mehr als ein Drittel der Beschäftigten im Jahr 2023 keine AU-Bescheinigung vorgelegt haben (Abbildung 4-2). Ob sie dennoch kurzzeitig wegen einer Erkrankung der Arbeit fernbleiben mussten, lässt sich daraus nicht ableiten, weil Arbeitgeber vielfach auf die Vorlage eines Attests verzichten, wenn Mitarbeiter nach einem oder zwei Tagen wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren. Der Anteil der Beschäftigten, die mindestens dreimal im Jahr krankheitsgedingt und ärztlich attestiert ausfallen mussten, lag mit 26 Prozent knapp über einem Viertel.

Abbildung 4-2: Arbeitsunfähigkeitsquote

2023, in Prozent



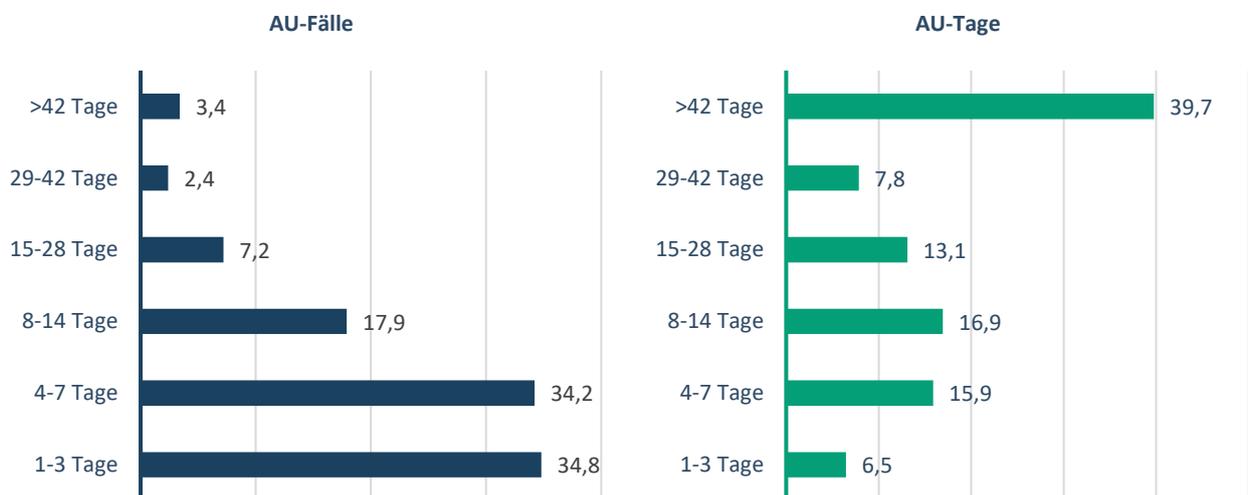
Mitgliedergewichteter Durchschnitt der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder.

Quellen: BKK, 2024, 62; Schenkel et al., 2024a, 350; eigene Berechnungen

Dabei entfällt das Gros der krankheitsbedingten AU-Fälle auf kurzzeitige Erkrankungen (Abbildung 4-3): Fast sieben von zehn Fällen führten zu einer Abwesenheit von maximal einer Woche (69 Prozent). Länger währende Genesungen von über vier Wochen resultieren dagegen lediglich bei 5,8 Prozent der AU-Fälle, wobei der Anteil derjenigen, die ab der siebten Erkrankungswoche aus dem Entgeltfortzahlungsanspruch herausfallen und im Anschluss Krankengeld beziehen, mit 3,4 Prozentpunkten den größeren Anteil dieser Gruppe ausmachten. Mit Blick auf die Verteilung der AU-Tage wird deutlich, dass auf diese Gruppe mit fast 40 Prozent der größte Anteil der ärztlich attestierten Fehlzeiten entfällt. Auf die kurzzeitigen Ausfälle von bis zu drei Tagen entfielen dagegen lediglich 6,5 Prozent aller AU-Tage. Diese Klasse kann aber aufgrund der betrieblichen Handhabung der Attestpflicht systematisch unterrepräsentiert sein (weiterführende Überlegungen siehe Kapitel 4.4).

Abbildung 4-3: Krankenstand nach Dauer

2023, in Prozent



Mitgliedergewichteter Durchschnitt der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder.

Quellen: BKK, 2024, 63; Schenkel et al., 2024a, 351; eigene Berechnungen

4.3 Soziodemografische Einflüsse

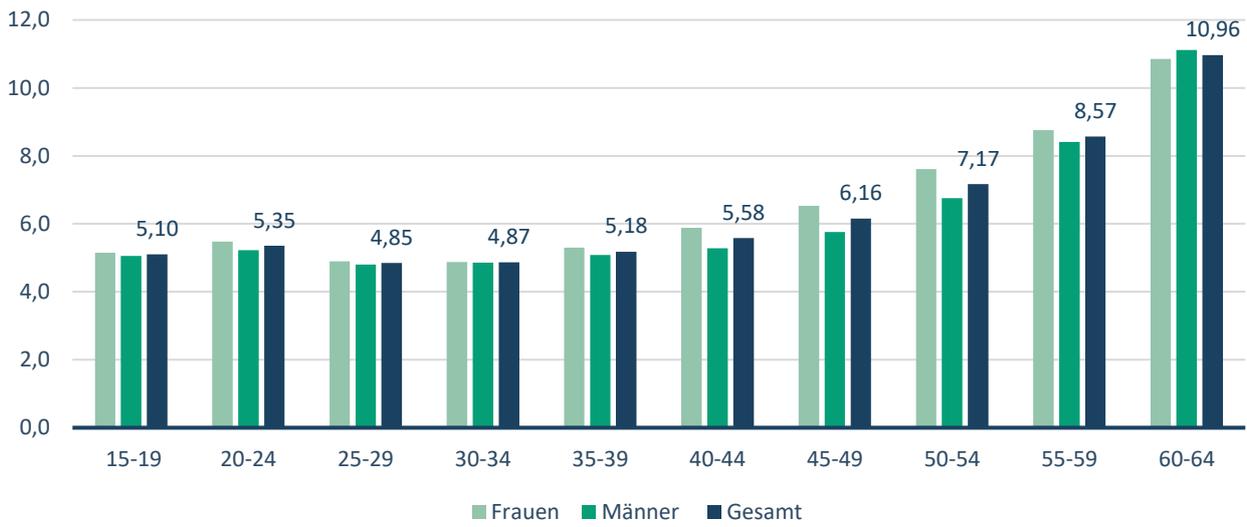
Differenziert man den Krankenstand nach dem Alter der Beschäftigten, dann fällt die altersabhängige Verteilung ins Auge (Abbildung 4-4). Ab einem Alter von 40 Jahren steigen die Krankenstandsquoten kontinuierlich an, ab einem Alter von 50 Jahren mit zunehmender Dynamik. Dieses Bild folgt dem altersabhängigen Verlauf der Pro-Kopf-Leistungsausgaben in der GKV (dargestellt zum Beispiel in Beznoska et al., 2021, 18). Dort setzt sich der Anstieg der Leistungsausgaben über das Erwerbsalter hinaus weiter fort und verläuft bis zum Ruhestandsalter weniger steil als der Anstieg der Krankenstandsquoten.

Der altersabhängig steigende Krankenstand ließe sich sowohl mit einer häufigeren Krankschreibung erklären als auch mit schwerwiegenderen Erkrankungen, die eine längere Genesung beanspruchen. Die Vermutung liegt nahe, dass im höheren Erwerbsalter Krankheitsbilder vermehrt auftreten, die zum Beispiel aufgrund körperlicher Verschleißerscheinungen (etwa Muskel- und Skeletterkrankungen, dazu Kapitel 4.4) zu längeren Arbeitsausfällen führen. Die leicht erhöhte Krankenstandsquote der Beschäftigten unter 25 Jahren weicht

dagegen von dem altersabhängigen Verlaufsmuster ab. Zwar liegen auch die altersabhängigen Pro-Kopf-Leistungsausgaben der GKV in der Altersgruppe der 15- bis 19-Jährigen auf leicht erhöhtem Niveau im Vergleich zu den angrenzenden Altersklassen. In der Altersgruppe von 20 bis 24 Jahren fallen aber die durchschnittlichen GKV-Leistungsausgaben deutlich ab, während der Krankenstand gegenüber der jüngeren Altersgruppe leicht zunimmt.

Abbildung 4-4: Krankenstand nach Geschlecht und Alter

2023, in Prozent



Mitgliedergewichteter Durchschnitt der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder; Altersgruppe 15-19: Alle beschäftigten BKK-Mitglieder im Alter von unter 20 Jahren, beschäftigte AOK-Mitglieder ab einem Alter von mindestens 15 Jahren; Altersgruppe ab 65 Jahren bleibt unberücksichtigt, da hierzu lediglich Daten der beschäftigten BKK-Mitglieder vorliegen.

Quellen: BKK, 2024, 78; Schenkel et al., 2024a, 357; eigene Berechnungen

Abweichungen zeigen sich außerdem zwischen den Krankenständen der Frauen und Männer. Bis zu einem Lebensalter von 45 Jahren spiegeln sich diese Unterschiede auch in dem altersabhängigen Ausgabenprofil der GKV. Die Vermutung liegt nahe, dass diese Unterschiede im Zusammenhang mit geschlechterspezifischen Krankheitsbildern erklärt werden können, die insbesondere mit einer Geburt auftreten. Dagegen spricht jedoch, dass Frauen ab einem Alter von 55 Jahren in der GKV im Durchschnitt geringere Leistungsausgaben verursachen als gleichaltrige Männer, aber ihre Krankenstandquote durchgängig leicht erhöht ist im Vergleich zu den Männern.

Diese Unterschiede lassen sich auch nicht plausibel mit institutionell bedingten Anreizen erklären, wie etwa der gesetzlichen Regelung zur Krankschreibung im Fall eines erkrankten Kinds. Zwar decken sowohl AOK-Daten als auch eine Auswertung des BKK-Dachverbands ein traditionelles Rollenverständnis bei der Betreuung erkrankter Kinder auf: Unter den beschäftigten AOK-Mitgliedern mit mindestens einem AU-Fall wegen eines erkrankten Kinds übertrafen im Jahr 2023 die Fallzahlen der Frauen die der Männer um mehr als das Doppelte (Schenkel et al., 2024a, 409). Diesen Befund bestätigt auch eine Auswertung der beschäftigten BKK-Mitglieder aus dem Jahr 2022 (BKK, 2022, 119). Offenkundig wird die Betreuung erkrankter Kinder häufiger von Frauen übernommen. Das könnte erklären, warum der Krankenstand der Frauen ab einem Alter von 35 Jahren höher liegt als bei Männern. Aber diese Hypothese scheint nur bedingt geeignet zu sein, die

geschlechterspezifischen Unterschiede zu erklären. Denn der Krankenstand der Frauen ist auch im Erwerbsalter jenseits von 50 Jahren höher als der der Männer. In dieser Lebensphase darf jedoch davon ausgegangen werden, dass die Kinder der betreuungsintensiven Phase im Kindergarten- und Grundschulalter entwachsen sind. Deshalb ist zu vermuten, dass weitere Faktoren hinzutreten, die zum Beispiel im Zusammenhang mit beruflichen Tätigkeiten auftreten können, die mehrheitlich von Frauen ausgeübt werden, oder mit der Inanspruchnahme von Pflegezeiten.

- Festzuhalten bleibt, dass der **Krankenstand im Zusammenhang mit dem Lebensalter** variiert. Daraus ließe sich als weitere Hypothese ableiten, dass **in einer alternden Bevölkerung** auch die Belegschaften in den Betrieben kontinuierlich älter werden und deshalb bei altersabhängig erhöhten AU-Zeiten **der Krankenstand sukzessive steigt**.

Darüber hinaus deuten Indizien auf weitere soziodemografische Einflussfaktoren hin, die unabhängig vom Alter mit dem Krankenstand korrelieren könnten: Staffelt man die beschäftigten Mitglieder nach dem höchsten Schul- oder Berufsabschluss und setzt diese Abschlüsse mit einem steigenden Bildungsgrad gleich, dann zeigen die Auswertungen sowohl für die AOK als auch für den BKK-Dachverband, dass der Krankenstand tendenziell mit steigendem Bildungsgrad geringer ausfällt (Schenkel et al., 2024a, 366; BKK, 2024, 84). Zusätzlich bietet die BKK-Auswertung eine Differenzierung nach freiwillig und pflichtversicherten Mitgliedern (BKK, 2024, 82). Hier weisen freiwillig versicherte Beschäftigte einen signifikant geringeren Krankenstand auf – sowohl mit Blick auf die Häufigkeit der AU-Fälle als auch bei den AU-Tagen insgesamt. Je Fall unterscheiden sich die Ausfallzeiten dagegen nur geringfügig. Daraus ließe sich die Vermutung ableiten, dass die Einkommenshöhe in einem maßgeblichen Zusammenhang mit der Höhe des Krankenstands (und den Gesundheitschancen) steht, weil der Versicherungsstatus eines freiwilligen Mitglieds an die Höhe des Einkommens gekoppelt ist. Weil sowohl das Einkommen durch den Bildungsgrad erklärt werden kann als auch der Krankenstand mit dem Bildungsgrad zusammen zu hängen scheint, liegt die Vermutung nahe, dass der Bildungsgrad ausschlaggebend für die Unterschiede beim Krankenstand ist.

In den AOK-Daten weisen befristet und unbefristet beschäftigte Mitglieder kaum Unterschiede in der Häufigkeit der Krankschreibung auf, wohl aber ist der Krankenstand bei den unbefristet beschäftigten Mitgliedern im Durchschnitt einen halben Prozentpunkt höher. Das lässt auf eine tendenziell längere Krankschreibung schließen. Vollzeitbeschäftigte weisen eine leicht erhöhte AU-Quote auf, aber einen um 0,2 Prozentpunkte geringeren Krankenstand als Teilzeitbeschäftigte. Bei Beschäftigten in Zeitarbeit sind sowohl die Häufigkeit als auch der Krankenstand geringer als bei Beschäftigungsformen ohne Zeitarbeit (Schenkel et al., 2024a, 366). Gleiche Tendenzen zeigen sich in den Auswertungen des BKK-Dachverbands (BKK, 2024, 111).

Weitere Indizien deuten auf einen Zusammenhang von Krankenstand und Führungsverantwortung hin: Nach einer BKK-Auswertung weisen beschäftigte BKK-Mitglieder mit Aufsichts- und Führungsverantwortung lediglich zwei Drittel der durchschnittlichen AU-Fälle auf wie Mitglieder ohne entsprechende Verantwortung, bei den AU-Tagen 71 Prozent (BKK, 2024, 110). Da unterstellt werden kann, dass das Erreichen einer Führungsverantwortung eng korreliert ist mit dem Bildungsgrad und möglicherweise auch der Beschäftigungsform, lässt sich allerdings nur schwer unterscheiden, auf welche Faktoren der beobachtete Unterschied zurückzuführen ist, oder ob soziale Normen und individuellen Werthaltungen hinzukommen, die das spezifische Krankenstandsniveau von Personen mit Führungsverantwortung erklären können.

Darüber hinaus ist denkbar, dass neue Beschäftigungsformen wie das mobile Arbeiten oder Arbeiten im Homeoffice auf den Krankenstand Einfluss haben können. Für eine Begründung dieser Hypothese fehlen aber empirische Auswertungen und Befunde.

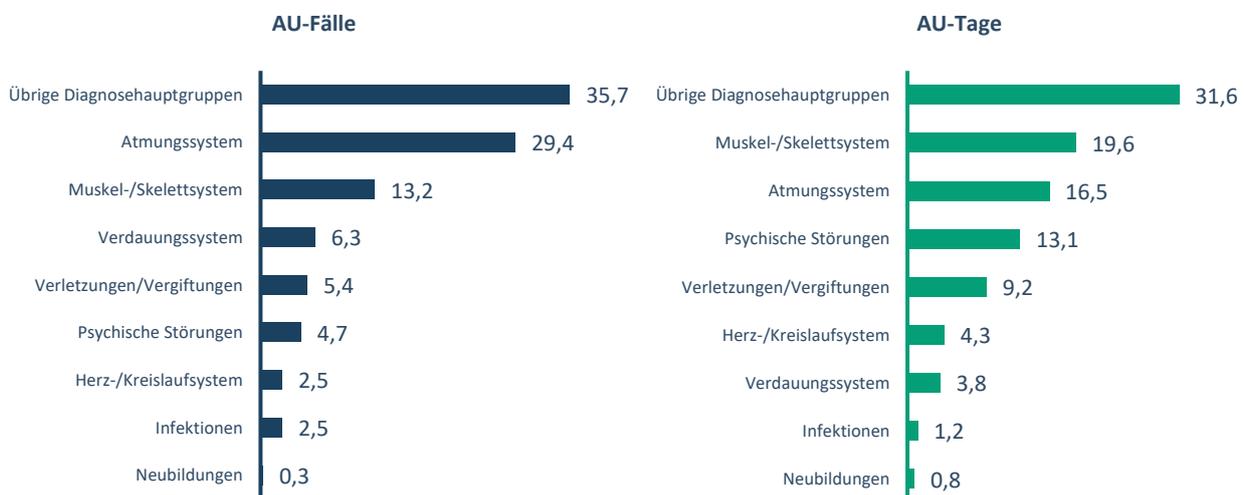
- Weitere soziodemografische Merkmale legen die Vermutung nahe, dass **der Bildungshintergrund und die Beschäftigungsform die Höhe des Krankenstands beeinflussen**. Daraus leitet sich als weitere Hypothese ab, dass **Veränderungen der Beschäftigtenstruktur**, namentlich hinsichtlich der Bildungsabschlüsse und Beschäftigungsverhältnisse, zur Erklärung der Krankenstandentwicklung beitragen können.
- Aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen lässt sich darüber hinaus vermuten, dass der Familienstand Einfluss auf den Krankenstand haben kann. Indirekt ließe sich der Zusammenhang zwischen **Krankenstand und Haushaltszusammensetzung (mit/ohne Kinder)** über die Beanspruchung der AU-Berscheinigung für den Fall eines erkrankten Kindes prüfen.

4.4 Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten – Gesundheit im Wandel?

Vertiefende Einblicke bietet die Aufschlüsselung nach Krankheitsarten, die sowohl für die beschäftigten AOK- als auch die BKK-Mitglieder nach den einheitlichen ICD-10-Codes gruppiert werden und deshalb zu einem mitgliedergewichteten Durchschnitt über beide Gruppen zusammengeführt werden können. Auffälligkeiten ergeben sich insbesondere mit Blick auf die Häufigkeit der AU-Fälle im Vergleich zu dem Anteil an allen AU-Tagen je Diagnosehauptgruppe (Abbildung 4-5).

Abbildung 4-5: Verteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten

2023, in Prozent



Diagnosehauptgruppen nach ICD-10-Codes, psychische Störungen: ohne Burn-out, Infektionen: ohne Covid-19 (Übrige Diagnosehauptgruppen); mitgliedergewichteter Durchschnitt der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder.

Quellen: BKK, 2024, 67; Schenkel et al., 2024a, 367; eigene Berechnungen

- Während 29,4 Prozent aller AU-Fälle auf Erkrankungen des Atmungssystems zurückzuführen sind, machen sie lediglich 16,5 Prozent aller AU-Tage im Jahr 2023 aus – ein deutliches Indiz dafür, dass zu einem großen Anteil Erkältungs- und Grippewellen die Krankheitslast in dieser Diagnosehauptgruppe verursachen, die nach überschaubarer Zeit auskuriert sind. Diese Einschätzung deckt sich mit der Beobachtung,

dass knapp sieben von zehn Krankheitsfällen binnen einer Woche zur Genesung führen und deswegen „lediglich“ 22,4 Prozent der AU-Tage auf kürzer währende Erkrankungen entfallen (Abbildung 4-3).

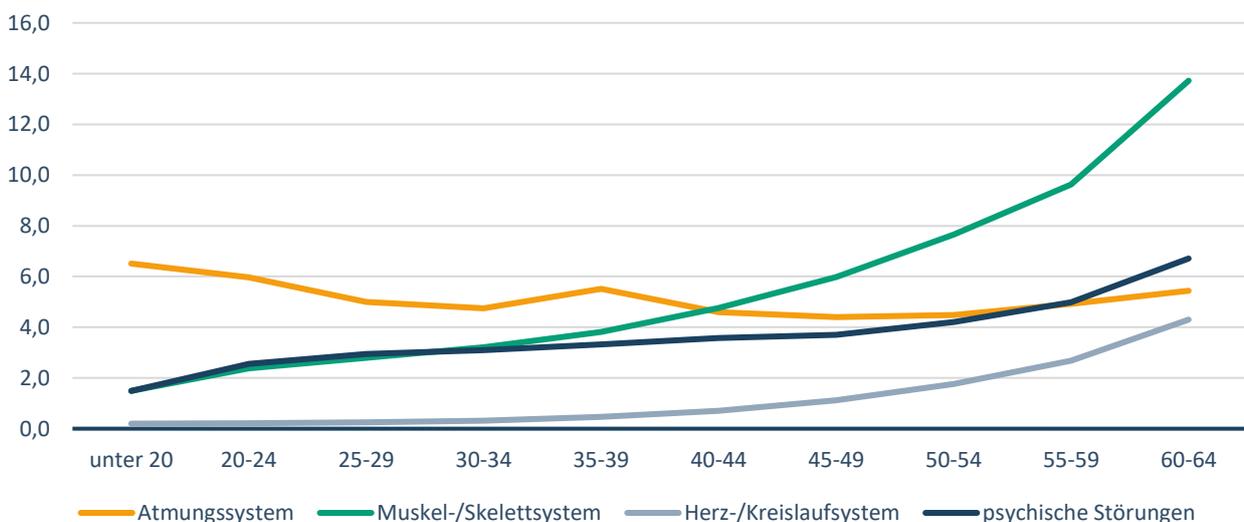
- Dagegen machen Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems „nur“ 13,2 Prozent aller AU-Fälle aus, die aber in Summe 19,6 Prozent der krankheitsbedingten Ausfalltage verursachen. Auch die Genesung bei Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems benötigt mehr Zeit. Mit 2,5 Prozent aller AU-Fälle ist diese Erkrankungsart aber vergleichsweise selten vertreten, beansprucht jedoch 4,3 Prozent aller AU-Tage.
- Im Fokus der öffentlichen Wahrnehmung stehen psychische Störungen, die über die Zeit an Bedeutung zugenommen haben. Die Fallzahlen sind mit einem Anteil von 4,7 Prozent aller AU-Fälle vergleichsweise niedrig. Weil die Behandlung psychischer Erkrankungen offenkundig langwierig ist, beansprucht diese Diagnosehauptgruppe aber 13,1 Prozent aller Krankheitstage.

Altersabhängige Profile für ausgewählte Krankheitsarten

In Abbildung 4-4 wurde bereits ein möglicher Zusammenhang von Krankenstand und Alter aufgezeigt. Dieser lässt sich mit Blick auf ausgewählte Krankheitsarten weiter differenzieren (Abbildung 4-6). Blickt man dazu zunächst auf die durchschnittlichen AU-Tage je Mitglied, dann fällt bei den Muskel- und Skeletterkrankungen der Anstieg ab einem Alter von 40 Jahren ins Auge, der zum Ende der Erwerbsphase noch steiler verläuft. Bei den Herz- und Kreislauferkrankung ist das Verlaufsmuster ähnlich, allerdings verläuft die Kurve auf niedrigerem Niveau und etwas flacher als bei den Muskel- und Skeletterkrankungen. Bei den psychischen Erkrankungen setzt ab einem Lebensalter von 50 Jahren ein Anstieg ein, der im letzten Jahrzehnt vor dem Rentenalter noch steiler verläuft. Ein anderes Bild ergibt sich dagegen bei den Erkrankungen des Atmungssystems. Hier sinken die durchschnittlichen AU-Tage je Mitglied von einem vergleichsweise hohen Niveau bis zur Altersgruppe der 30- bis 34-Jährigen. Der Peak bei den 35- bis 39-Jährigen lässt sich aus den Daten nicht plausibel erklären. Möglicherweise spielt hier eine Rolle, dass junge Eltern infolge der erhöhten Erkältungsanfälligkeit ihrer Kinder im Kita- oder Grundschulalter selbst einem höheren Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind.

Abbildung 4-6: Altersabhängigkeit ausgewählter Erkrankungen

AU-Tage je Mitglied, 2023



Mitgliedergewichteter Durchschnitt der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder.

Quellen: BKK, 2025b; Schenkel et al., 2024a, 382; eigene Berechnungen

Eine Interpretation ist an dieser Stelle nur bedingt möglich. Denn die altersabhängige Verteilung der Krankenlast bei dem Indikator „AU-Tage je Mitglied“ kann einerseits durch typischerweise mit dem Alter steigende Gesundheitsrisiken beeinflusst werden, andererseits maßgeblich durch die Altersstruktur der Beschäftigten beeinflusst werden – insbesondere, wenn sich weitere Indizien ergeben sollten, die auf einen Zusammenhang von beruflichen Tätigkeiten und spezifischen Erkrankungsarten deuten.

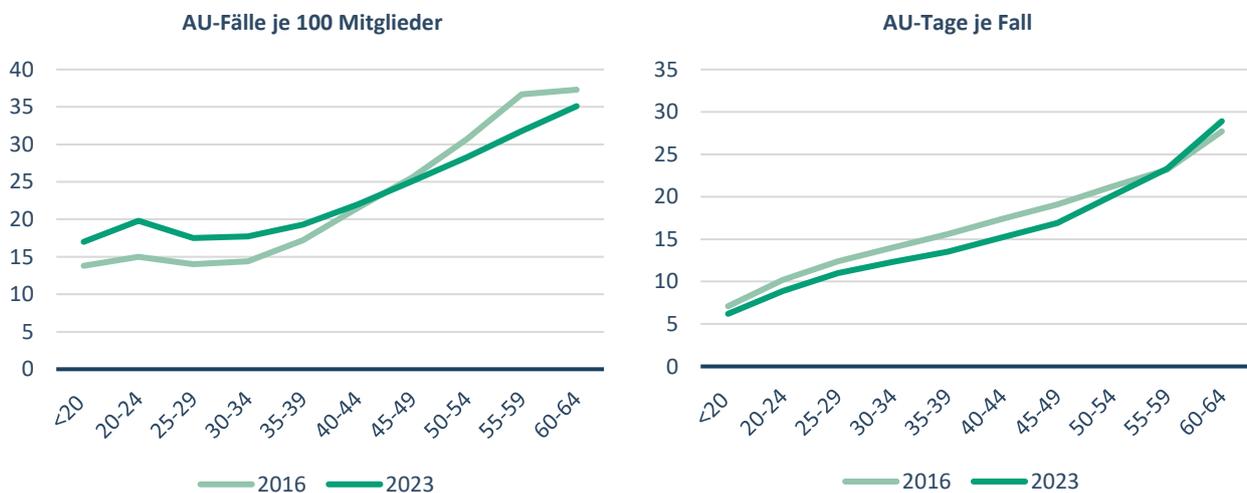
- Deshalb ist die Hypothese über den Erklärungszusammenhang von Alter und Krankenstand zu erweitern, weil **unterschiedliche Krankheitsarten typische, altersabhängige Häufigkeiten** zeigen und deshalb **Veränderungen der Mitglieder-, Alters- und Beschäftigtenstruktur Einfluss auf die Krankenstandentwicklung** insgesamt haben können.

BKK-Daten zu ausgewählten Krankheitsarten im Zeitverlauf

Zu den Veränderungen der Erkrankungsbilder im Zeitablauf bietet der BKK-Dachverband tiefergehende Daten für den Zeitraum von 2016 bis 2023 an (BKK, 2025b). Für ausgewählte Diagnosehauptgruppen können sich aus der Zeitreihenbetrachtung Indizien dafür ergeben, wie sich medizinischer Fortschritt, Verhaltensänderungen der beschäftigten Mitglieder, aber auch die Weiterentwicklung des betrieblichen Arbeitsschutzes und Gesundheitsmanagements in toto auf die Krankheitslast auswirken. Da hier kein mitgliedergewichteter Durchschnitt über größere Gruppen der beschäftigten AKV-Mitglieder gebildet werden kann, gelten die folgenden Befunde und Diskussionen nur mit Blick auf die bei einer BKK versicherten Beschäftigten.

Abbildung 4-7: Krankheitslast im Wandel – Muskel-/Skelettsystem

AU-Fälle je 100 Mitglieder und AU-Tage je Fall nach Alter in Jahren



Quelle: BKK, 2025b

Auffällig ist zunächst bei den Muskel- und Skeletterkrankungen (Abbildung 4-7), dass bei einer mit dem Alter steigenden Krankheitslast die Erkrankungshäufigkeit (AU-Fälle je 100 Mitglieder) bis zu einem Alter von 45 Jahren im Jahr 2023 höher liegt als noch 2016, dafür aber in den nachfolgenden Altersklassen geringer. Eine Vermutung über ursächliche Zusammenhänge lässt sich aus diesem ambivalenten Bild nicht ableiten. Immerhin kann mit Blick auf die durchschnittliche Falldauer festgestellt werden, dass sich in den Altersgruppen bis 49 Jahren die Krankschreibungen je Fall verkürzt haben – ob aufgrund eines gesundheitsbewussteren

Verhaltens, verbesserter Prävention am Arbeitsplatz oder Fortschritten in der medizinischen Behandlung, lässt sich an dieser Stelle aber nicht beantworten.

Eindeutiger scheint das Bild bei den Herz- und Kreislauferkrankungen (Abbildung 4-8). Auch hier zeigt sich eine mit zunehmenden Alter steigende Krankheitslast sowohl mit Blick auf die Häufigkeit als auch die Genesungsdauer der Krankmeldungen. Während man aber bei den Muskel- und Skeletterkrankungen einen Zusammenhang zwischen körperlich belastender Berufstätigkeit und Erkrankungshäufigkeit vermuten kann, drängt sich diese Hypothese für Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems nicht unmittelbar auf. Die BKK-Daten zeigen einen Anstieg ab der Mitte der Erwerbsphase, der sich bei den AU-Fällen je 100 Mitglieder im Jahr 2023 gegenüber dem Referenzjahr 2016 deutlich abgeschwächt hat. Dagegen hat sich die Dauer der krankheitsbedingten Abwesenheit kaum verändert. Zu vermuten ist, dass sich hier Verhaltensänderungen zwischen den Kohorten sowie Kohorten übergreifend ebenso positiv ausgewirkt haben wie medizinische Fortschritte in der Behandlung, aber auch in der Früherkennung und Prävention. Dazu kann auch die Ausweitung betrieblicher Gesundheitsmanagementprogramme beigetragen haben.

Abbildung 4-8: Krankheitslast im Wandel – Herz-/Kreislaufsystem

AU-Tage je 100 Mitglieder und AU-Tage je Fall nach Alter in Jahren



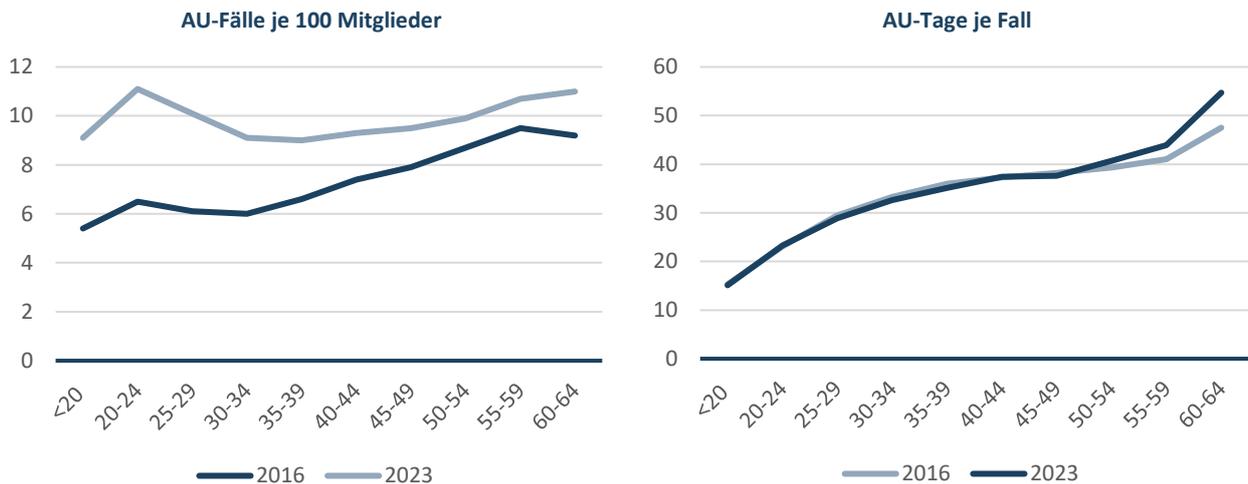
Quelle: BKK, 2025b

Besondere Sensibilität ist bei der Interpretation der AU-Indikatoren aufgrund von psychischen Störungen geboten (Abbildung 4-9). Deutlich fällt die höhere Anzahl der AU-Fälle im Jahr 2023 gegenüber dem Referenzjahr 2016 ins Auge, insbesondere in den Altersgruppen unter 45 Jahren. Inwieweit die Coronapandemie Einfluss auf diese Veränderung gehabt hat, muss an dieser Stelle offen bleiben. Bei der Falldauer zeigt sich dagegen erst im fortgeschrittenen Erwerbsalter ein Anstieg gegenüber dem Jahr 2016. Aus dem deskriptiven Befund lassen sich aber keine Rückschlüsse auf einen möglichen Zusammenhang mit Veränderungen in der Arbeitswelt herleiten (wie zum Beispiel DGB, 2025). Denn ohne Kenntnis der medizinischen und psychologischen Diagnosen bleibt völlig unbestimmt, ob krankheitsauslösende Faktoren vorrangig in der Arbeitswelt oder im privaten Lebensumfeld zu verorten sind oder sich wechselseitig bedingen. Selbst, wenn im Einzelfall die Arbeitswelt Einfluss auf den psychische Gesundheitszustand haben sollte, lassen sich kaum ursächliche Zusammenhänge konstruieren, weil zahlreiche Studien ebenso positive Einflüsse der Berufstätigkeit auf das seelische Befinden der Beschäftigten belegen.

Unbestritten bleibt, dass psychische Störungen unter allen Krankheitsarten im Zeitverlauf immer weiter an Bedeutung gewonnen haben. Aber auch bei diesem Befund lässt sich kaum unterscheiden, welchen Einfluss darauf veränderte soziale Normen wie eine höhere gesellschaftliche Akzeptanz seelischer Leiden haben.

Abbildung 4-9: Krankheitslast im Wandel – psychische Störungen

AU-Fälle je 100 Mitglieder und AU-Tage je Fall nach Alter in Jahren

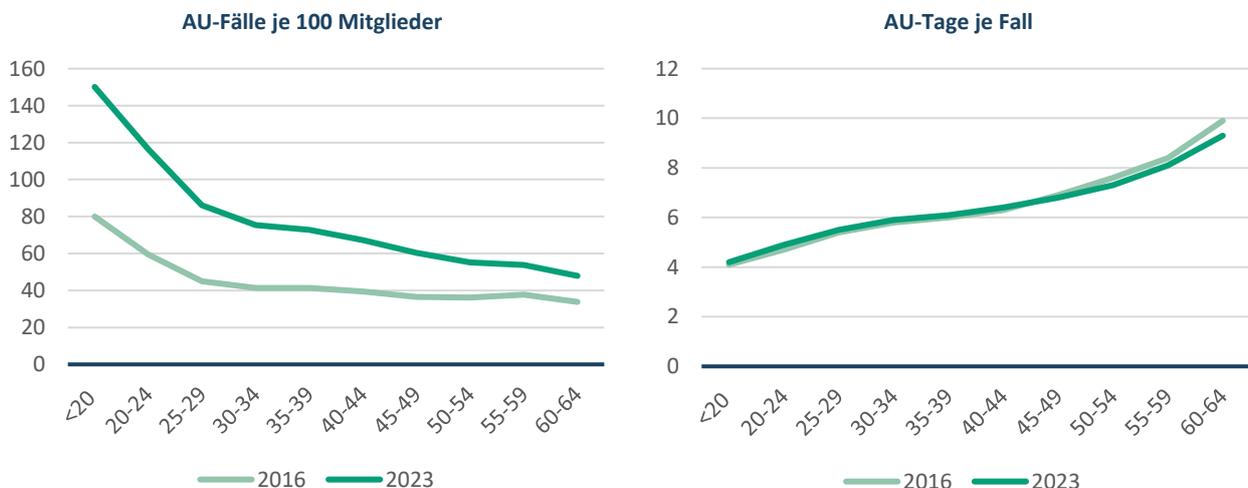


Quelle: BKK, 2025b

Ein auffälliger Befund zeigt sich bei den AU-Daten des BKK-Dachverbands zu den Erkrankungen des Atmungssystems. Während die durchschnittliche Falldauer mit zunehmendem Alter steigt, aber im Vergleich zum Referenzjahr 2016 im höheren Erwerbsalter leicht gesunken ist (Abbildung 4-10, rechte Grafik), steigt die Häufigkeit der Erkrankungen nicht etwa mit dem Alter, sondern sie sinkt (Abbildung 4-10, linke Grafik).

Abbildung 4-10: Krankheitslast im Wandel – Atmungssystem

AU-Fälle je 100 Mitglieder und AU-Tage je Fall nach Alter in Jahren



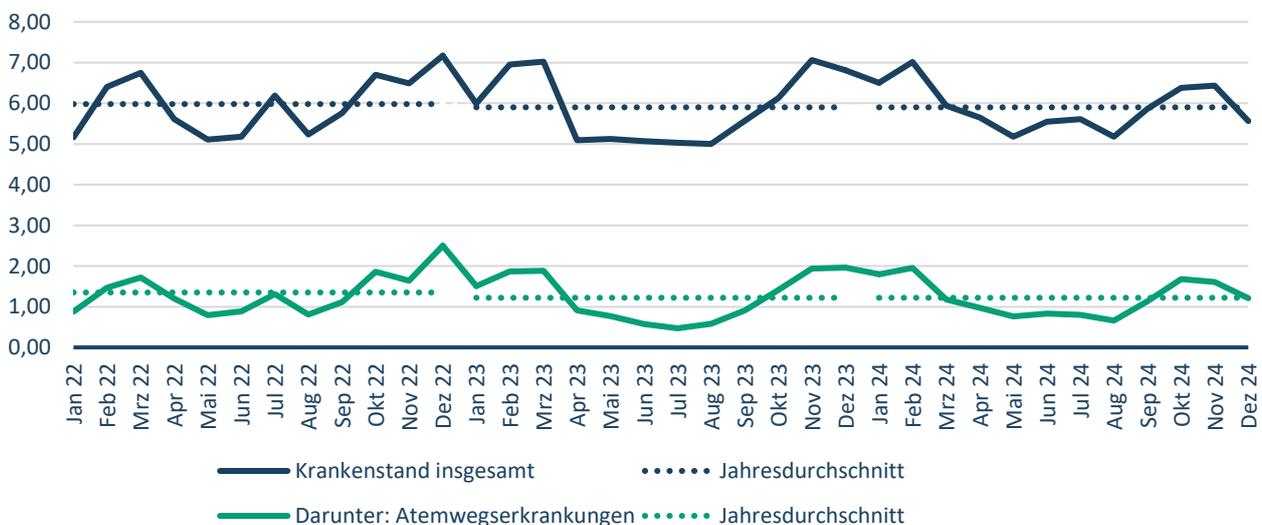
Quelle: BKK, 2025b

Die deutliche Niveauverschiebung bei den Fallzahlen im Vergleich der Jahre 2016 und 2023 lässt sich plausibel mit der Einführung der eAU erklären, die ab dem Jahr 2022 zu einem sprunghaften Anstieg des Krankenstands insbesondere aufgrund von Atemwegserkrankungen geführt hat. Warum sich die Krankschreibungen wegen Atemwegserkrankungen aber ausgerechnet bei den beschäftigten BKK-Mitgliedern unter 30 Jahren häufen, darüber lässt sich nur spekulieren. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass jüngere Beschäftigte soziale Normen erlernen müssen – zum Beispiel, bis zu welchem Erkrankungsgrad und in welcher Häufigkeit erkältungsbedingte Abwesenheiten unter den Kolleginnen und Kollegen toleriert werden, wenn die dadurch verursachten Ausfälle durch Mehrarbeit der gesunden Belegschaft kompensiert werden müssen. Auf der Basis der vorliegenden Daten lässt sich diese Vermutung aber nicht begründen.

Mit Blick auf die „mediale Konjunktur“ beim Thema Krankenstand lässt sich abschließend zur Rolle der Atemwegserkrankungen feststellen, dass die saisonalen Schwankungen des Krankenstands insgesamt (siehe Kapitel 3.2) zum überwiegenden Teil auf die unterjährige Variation der Krankenstandsquote aufgrund von Atemwegserkrankungen zurückzuführen sind (siehe Abbildung 4-11). Beide Quoten verlaufen nahezu synchron, wobei die Ausschläge beim Krankenstand wegen Atemwegserkrankungen den größten Teil der Variation des Krankenstands insgesamt erklären.

Abbildung 4-11: Krankenstand insgesamt und aufgrund von Atemwegserkrankungen

In Prozent



Auf Basis der monatlichen BKK-Stichprobe.

Quelle: BKK, 2025a

4.5 Regionen, Branchen und berufliche Tätigkeit

Bislang standen Überlegungen zu möglichen Zusammenhängen zwischen Krankenstand, Erkrankungsarten und soziodemografischen Merkmalen im Fokus. Im Folgenden sollen Indizien diskutiert werden, die darüber hinaus auf einen Zusammenhang von Krankenstand und beruflicher Tätigkeit hinweisen können. Dafür könnte die Vermutung sprechen, dass körperlich belastende Tätigkeiten tendenziell eher zu Muskel- und Skeletterkrankungen führen, die ein typisches altersabhängig steigendes Profil der Krankenlast aufweisen. Diese Vermutung gilt es, anhand weiterer Indizien zu plausibilisieren.

Eine erste Interpretation regionaler Unterschiede

Ein erstes Indiz bietet die Verteilung des Krankheitsgeschehens nach Regionen (Tabelle 4-1). Auf Basis des mitgliedergewichteten Durchschnitts der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder zeigt sich eine starke Streuung des Krankenstands im Jahr 2023 in einer Bandbreite von 5,7 Prozent (Baden-Württemberg) und 7,8 Prozent (Sachsen-Anhalt). Auffällig bleibt jedoch, dass die Erkrankungshäufigkeit (AU-Fälle je 100 Mitglieder) und die Krankheitsdauer (AU-Tage je Fall) nicht nach einem eindeutigen Muster streuen. Die Unterschiede ließen sich zum Beispiel mit einer regional unterschiedlichen Demografie erklären, möglicherweise aber auch mit regional unterschiedlichen medizinischen Versorgungs-Netzwerken, nicht zuletzt aber durch die Wirtschaftsstrukturen einzelner Regionen, die aufgrund der unterschiedlichen, branchentypischen Tätigkeitsprofile auch spezifische gesundheitliche Belastungen mit sich bringen.

Tabelle 4-1: Krankenstand in den Regionen

| | In Prozent | AU-Fälle je 100 Mitglieder | AU-Tage je Fall |
|---------------------------|------------|-------------------------------|-----------------|
| Schleswig-Holstein | 6,9 | 232,6 | 10,8 |
| Hamburg | 5,9 | 221,6 | 9,8 |
| Niedersachsen | 6,8 | 231,5 | 10,7 |
| Bremen | 6,9 | 245,5 | 10,3 |
| Nordrhein-Westfalen | 7,0 | 232,9 | 11,0 |
| Hessen | 6,6 | 232,5 | 10,5 |
| Rheinland-Pfalz | 6,7 | 222,6 | 10,9 |
| Saarland | 7,2 | 220,0 | 12,0 |
| Baden-Württemberg | 5,7 | 206,6 | 10,1 |
| Bayern | 5,8 | 199,0 | 10,5 |
| Berlin | 6,1 | 210,3 | 10,7 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 7,7 | 223,0 | 12,5 |
| Brandenburg | 7,5 | 212,2 | 12,8 |
| Sachsen-Anhalt | 7,8 | 231,1 | 12,2 |
| Sachsen | 6,7 | 210,5 | 11,7 |
| Thüringen | 7,6 | 225,3 | 12,4 |
| Bundесdurchschnitt | 6,5 | 217,5 | 10,8 |

Mitgliedergewichteter Durchschnitt der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder.

Quellen: BKK, 2024; Schenkel et al., 2024a, 361; 365; eigene Berechnungen

Branchenspezifische Erklärungsansätze

Für einen Zusammenhang zwischen regionaler Wirtschaftsstruktur und Krankenstand spricht zunächst die branchenspezifische Ausprägung der Fallzahlen und der Erkrankungsdauer. Dazu weist zum Beispiel der BKK-Dachverband den Anteil der Arbeitsunfähigkeit nach Diagnosehauptgruppen für unterschiedliche Branchen aus (BKK, 2024, 93). Demnach treten zum Beispiel signifikante Unterschiede bei den Krankheitslasten (AU-Tage der beschäftigten BKK-Mitglieder) infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen zwischen Baugewerbe und Finanz-/Versicherungsdienstleistungen zutage oder bei den psychischen Störungen zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen und dem Baugewerbe. Auf ähnliche Zusammenhänge deuten die je nach Branche unterschiedlich hohen Anteile von Lang- und Kurzerkrankungen unter den beschäftigten AOK-Mitgliedern (Schenkel et al., 2024a, 352).

Bei der Ermittlung von branchenspezifischen Werten auf Basis eines mitgliedergewichteten Durchschnitts über beide Kassenarten stellen sich allerdings zwei Herausforderungen: Zum einen liegt den deskriptiven Statistiken beider Kassenarten zwar die einheitliche Abgrenzung der Wirtschaftszweige nach WZ 2008 zugrunde, in den Darstellungen der BKK- und AOK-Daten werden jedoch einzelne Wirtschaftsabteilungen in unterschiedlichen Wirtschaftsgruppen zusammengefasst. Darüber hinaus liegen keine Informationen darüber vor, wie hoch der Anteil der beschäftigten AOK- oder BKK-Mitglieder in den jeweiligen Branchen ist, um einen mitgliedergewichteten Durchschnitt nach Branchen zu ermitteln und den Grad der Repräsentativität für einzelne Wirtschaftsabteilungen oder -gruppen abschätzen zu können. Wenn im Folgenden dennoch der mitgliedergewichtete Durchschnitt für vergleichbar abgegrenzte Wirtschaftsgruppen gebildet wird (Abbildung 4-12), dann soll diese Darstellung deshalb lediglich als Heuristik fungieren und nicht im Sinne eines branchenrepräsentativen Krankenstands interpretiert werden. Gleichwohl deutet die vereinfachende Darstellung auf signifikante Branchenunterschiede.

Abbildung 4-12: Krankenstand nach Branchen

Eine Heuristik



Mitgliedergewichteter Durchschnitt der beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder, ohne Gewichtung der unterschiedlichen Beschäftigtenstrukturen und Branchenzugehörigkeiten einzelner Kassenarten.

Quellen: BKK, 2025a; Schenkel et al., 2024a, 359; 2024b, 427 ff.; eigene Berechnungen

Die heuristische Gegenüberstellung bestätigt auf den ersten Blick die Vermutung zugunsten signifikanter Unterschiede zwischen den Branchen. Vielfach wird das öffentliche Bild von der Vermutung geprägt, dass Beschäftigte in industriell geprägten Branchen tendenziell höheren körperlichen Belastungen ausgesetzt seien als in dienstleistungsbasierten Wirtschaftsgruppen. Allerdings werden auch in den Bereichen Erziehung und Unterricht sowie im Gesundheits- und Sozialwesen besonders häufig ärztlich attestierte Krankschreibungen registriert. Dagegen liegt das Verarbeitende Gewerbe insgesamt nur am oberen Rand des Mittelfelds. Gleichwohl zeichnen sich die Branchen durch unterschiedliche gesundheitliche Belastungen aus – darauf deuten zumindest die durchschnittlichen AU-Tage je Fall hin. Denn die beschäftigten AOK- und BKK-Mitglieder im Bereich Erziehung und Unterricht (ohne beihilfeberechtigte Beamte) weisen zusammen mit den Beschäftigten von Banken und Versicherungen die niedrigste durchschnittliche Falldauer auf, während im Baugewerbe wie im Verarbeitenden Gewerbe insgesamt relativ lange währende Erkrankungen auftreten.

Die Abgrenzung nach Wirtschaftszweigen bleibt jedoch in mindestens zwei weiteren Dimensionen ungenau: Zum einen können sich die Beschäftigtenanteile zwischen den Branchen strukturell verschieben, was unmittelbar Einfluss auf die Entwicklung des Krankenstands insgesamt haben kann. Zum anderen entwickeln zum Beispiel traditionelle Zweige des Verarbeitenden Gewerbes zunehmend hybride Wertschöpfungsmodelle, in denen Dienstleistungen einen größeren Anteil ausmachen. Darüber hinaus haben sich die Beschäftigtenanteile einzelner Branchen über längere Zeiträume verschoben, zum Beispiel zugunsten der Pflegeberufe, die durch andere körperliche und psychische Herausforderungen gekennzeichnet sind als zum Beispiel handwerklich geprägte Tätigkeiten. Um die potenziellen Treiber der Krankenstandentwicklung identifizieren zu können, braucht es deshalb sowohl Informationen über den Zusammenhang von beruflichen Tätigkeiten und berufsbedingten Belastungen als auch Informationen über die strukturellen Veränderungen der Beschäftigtenanteile zwischen den Wirtschaftszweigen sowie der Gewichte unterschiedlicher beruflicher Tätigkeiten innerhalb der Branchen.

Berufliche Tätigkeiten im einem komplexen Erklärungszusammenhang

Die regelmäßigen Auswertungen der AOK-Daten bieten zu den branchenspezifischen Erkrankungsmustern tieferegehende Informationen (Schenkel et al., 2024b). Für einzelne Wirtschaftsgruppen (zum Beispiel für die Metallindustrie siehe Schenkel et al., 2024b, 569 ff.) werden Daten zum Krankenstand in Prozent, zu den AU-Fällen je 100 beschäftigte AOK-Mitglieder oder zu den durchschnittlichen AU-Tagen je Fall zum Beispiel nach ausgewählten Berufsgruppen aufgeschlüsselt, nach dem Berufsabschluss in den einzelnen Wirtschaftsabteilungen (nach WZ 2008) oder hinsichtlich der Krankheitsarten. Da die deskriptiven Darstellungen jeweils nur zwei Dimensionen erfassen (zum Beispiel berufliche Tätigkeiten und AU-Tage nach Krankheitsart oder Krankenstand in Wirtschaftsabteilungen nach Betriebsgröße), lassen sich Wechselwirkungen über mehrere Dimensionen nicht identifizieren. Immerhin deuten Einzelbefunde nicht nur auf die Relevanz beruflicher Tätigkeiten und deren spezifischen Erkrankungsprofile hin, sondern auch auf mögliche Zusammenhänge zum Beispiel mit der Betriebsgröße (für die Metallindustrie siehe Schenkel et al., 2024b, 574). Letzteres nährt die Vermutung, dass die Unternehmen je nach Größe in unterschiedlichem Maße in der Lage sind, über das betriebliche Gesundheitsmanagement auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit ihrer Mitarbeiter einzuwirken.

Darüber hinaus bieten die deskriptiven Auswertungen für die beschäftigten AOK-Mitglieder eine weitere Differenzierung nach den AU-Fällen und durchschnittlichen AU-Tagen, die im Zusammenhang mit Krankschreibungen infolge von Arbeitsunfällen auftreten – unterschieden nach Wirtschaftsabteilungen (nach WZ 2008) und typischen Berufsgruppen in den zusammengefassten Wirtschaftsgruppen (am Beispiel der

Metallindustrie Schenkel et al., 2024b, 577 f.). Wenn eine weitere Hypothese auf einen positiven Zusammenhang von verbessertem Arbeitsschutz und Gesundheitszustand der Belegschaften abstellt, dann ließe sich dieser Einfluss mittelbar über mögliche Veränderungen der AU-Fälle und -Zeiten nach Arbeitsunfällen im Zeitverlauf prüfen.

- Abschließend lässt sich als Erklärungshypothese für die Krankenstandentwicklung ein **Zusammenhang von beruflichem Tätigkeitsprofil (und Branchenzugehörigkeit sowie Unternehmensgröße) und Krankenstand nach Krankheitsarten** begründen. Eine empirische Überprüfung dieses Zusammenhangs erfordert eine Kontrolle soziodemografischer Faktoren, insbesondere des Alters.
- Sofern die Einflüsse veränderlicher Beschäftigungsanteile in den Wirtschaftsabteilungen sowie der Veränderungen der Beschäftigtenanteile in den branchentypischen Berufsfeldern kontrolliert werden können, lassen sich über längere Zeiträume zudem mögliche **Einflüsse des betrieblichen Arbeitsschutzes und Gesundheitsmanagements** mittelbar über den Anteil der AU-Tage und AU-Fälle aufgrund von Arbeitsunfällen empirisch überprüfen.
- Darüber hinaus lassen sich mögliche **Zusammenhänge mit der Betriebsgröße nach Beschäftigtenzahl** kontrollieren, um die These untermauern zu können, dass betriebliches Gesundheitsmanagement in größeren Unternehmen effektiver und effizienter umgesetzt werden kann als in kleineren Betrieben.

4.6 Fazit: Ein Modellrahmen für weiterführende Analysen

Die bisherigen Überlegungen verdeutlichen vor allem eines: Die Entwicklung des Krankenstands in Deutschland lässt sich nicht mit monokausalen Zuschreibungen erklären. Bei den krankheitsbezogenen Merkmalen ergeben sich Differenzierungen, die Zusammenhänge mit soziodemografischen Faktoren wie dem Alter oder dem Geschlecht ebenso nahelegen wie mit berufliche Faktoren – angefangen von der ausgeübten Tätigkeit über die Betriebsgröße des beschäftigenden Unternehmens bis hin zur Beschäftigungsform. Dabei fügt sich die Krankenstandentwicklung in einen gesamtwirtschaftlichen Rahmen, weil die Beschäftigungsentwicklung und Variation von Beschäftigtenstrukturen sowie nicht zuletzt die demografischen Veränderungen Einfluss auf die Entwicklung des Krankenstands über längere Zeiträume haben können (Tabelle 4-2).

Für eine methodisch wie empirisch abgesicherte Aussage über die Krankenstandentwicklung in Deutschland bietet sich deshalb eine multiple Regressionsanalyse an, um die Erklärungsbeiträge denkbarer Einflussfaktoren zu einem Zeitpunkt identifizieren zu können. Die zu erklärenden Variablen sind der Krankenstand insgesamt sowie Häufigkeit und Dauer der Krankschreibungen. Die aus den deskriptiven Einzelbefunden abgeleiteten Erklärungshypothesen liefern eine theoretische Grundlage für die Spezifikation des Modells. Die für die empirische Überprüfung notwendigen Informationen liegen zu einem großen Teil in den Versichertendaten der Krankenkassen vor und können um Informationen aus amtlichen Statistiken ergänzt werden.

- Für die Ermittlung von Erklärungsbeiträgen wäre der Zugang zu einer Vollerhebung mit Informationen zu allen beschäftigten GKV-Mitgliedern oder eine repräsentative Stichprobe wünschenswert. Aber auch ein Zugang zu Versichertendaten einzelner Krankenkassen(arten) würde erste Schätzungen erlauben, die jedoch eingeschränkt repräsentativ wären. Je breiter die Datengrundlage aber ist und je besser es gelingt, damit ausgewählte Strukturparameter der Gruppe aller beschäftigten GKV-Mitglieder abzubilden (zum Beispiel durch die Konstruktion quotenbasierter Gewichtungsfaktoren), desto eher lassen sich die geschätzten Effekte auf die Gesamtheit aller Beschäftigten übertragen.

- Um die Frage zu beantworten, wie zum Beispiel Veränderungen der Beschäftigtenstrukturen der Belegschaften die Entwicklung des Krankenstands beeinflusst haben, bräuchte es darüber hinaus eine Betrachtung über längere Zeiträume. Unter anderem ließe sich dazu ein multiples Regressionsmodell auf unterschiedliche Datensätze zu verschiedenen Zeitpunkten anwenden, um Veränderungen in den Erklärungsbeiträgen einzelner Faktoren interpretieren zu können.

Tabelle 4-2: Dimensionen und Items eines Schätzmodells

| Krankheitsmerkmale | Soziodemografische Faktoren | Berufliche Faktoren | Gesamtwirtschaftliche Faktoren |
|---------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| AU-Fälle | Alter | Branche | Wirtschaftliche Entwicklung |
| AU-Tage | Geschlecht | Berufliche Tätigkeit | Beschäftigungsentwicklung |
| Krankheitsarten | Bildungsabschluss | Region | Arbeitslosenquote |
| AU infolge eines Arbeitsunfalls | Versichertenstatus | Betriebsgröße | Beschäftigtenstruktur nach Branchen |
| | Haushaltszusammensetzung (mit/ohne Kinder) | Beschäftigungsform (Voll-, Teilzeit; befristet, unbefristet; Zeitarbeit) | Beschäftigtenstruktur nach Berufen |
| | | Betriebsgröße nach Beschäftigtenzahl | |

Quelle: eigene Darstellung.

Mithilfe dieses Untersuchungsdesigns und unter der Voraussetzung eines geeigneten Datenzugangs ließen sich methodisch wie empirisch gesicherte Aussagen über die Ursachen der Krankenstandentwicklung ableiten, um im Interesse aller Beteiligten zielführende Lösungen zu entwickeln.

5 Ökonomische Folgen krankheitsbedingter Arbeitsausfälle

In den öffentlichen Debatten werden einzelne Hypothesen zur Erklärung der Krankenstandentwicklung (nicht selten und dann meist vorschnell) angeführt, um aufgrund vereinfachender Ursachenzuschreibungen Handlungsempfehlungen an die Arbeitgeber, die Arbeitnehmer oder den Gesetzgeber zu adressieren. Erfordert bereits die Einordnung der Krankenstandentwicklung eine differenzierende Analyse, sind davon losgelöst die ökonomischen Auswirkungen eines hohen Krankenstands zu beurteilen.

5.1 Gesamtwirtschaftliche Kosten steigender Krankenstände

In unterschiedlichen Modellierungen widmen sich ökonomische Beiträge der Frage, welche volkswirtschaftlichen Kosten durch den Krankenstand auftreten.

- Diese werden zum Beispiel über gesamtwirtschaftliche Ausfälle bei der Produktion oder der Wertschöpfung infolge des Krankenstands beschrieben. Der jährlich erscheinende Bericht zur Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit weist dazu folgende Schätzungen aus (BMAS, 2024a, 39): Ausgehend von der Anzahl der Arbeitnehmer und den durchschnittlichen AU-Tagen wird anhand der Lohnkosten ein Produktionsausfall von 128 Milliarden Euro für das Jahr 2023 ermittelt. Alternativ wird über die durchschnittliche Bruttowertschöpfung ein Ausfall von insgesamt 221 Milliarden Euro für die Volkswirtschaft geschätzt.

Allerdings ist dieser Ansatz „mechanistisch“, weil die proportionale Umrechnung der Effekte mithilfe der durchschnittlichen Arbeitnehmerentgelte oder Bruttowertschöpfung erfolgt. In diese Durchschnittswerte fließen jedoch die Mehrleistungen der gesunden Belegschaften ein, die bei erhöhtem Krankenstand zumeist erbracht werden, um Produktionsausfälle zu vermeiden. Für den hypothetischen Fall eines niedrigeren Krankenstands wäre deshalb davon auszugehen, dass sich dann zum Beispiel niedrigere Durchschnittswerte für die Bruttowertschöpfung je Arbeitnehmer ergeben. An diesem Einwand ändert auch der Hinweis der Autoren nichts, dass es sich um eine Schätzung des Präventionspotenzials handele (BMAS, 2024a, 38), also die Ausfälle nur unter der extremen Annahme zu vermeiden wären, dass alle Beschäftigten das gesamte Jahr ohne krankheitsbedingte Ausfälle gearbeitet hätten.

- Signifikante Zusammenhänge lassen sich stattdessen eher zwischen den Zuwachsraten des BIP und des Krankenstands feststellen. Demnach wirkt sich ein erhöhter Krankenstand zwar spürbar auf die Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft aus, er dämpft das BIP-Wachstum aber unterproportional mit einer Elastizität von 0,4 bis 0,6 (Jannsen/Groll, 2024, 215 f.).

Eine Studie des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller (Michelsen/Junker, 2024) schätzt den Einfluss des erhöhten Krankenstands mithilfe eines statistischen Zeitreihenmodells. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass das Wirtschaftswachstum in den Jahren 2022 und 2023 um geschätzt 0,8 Prozentpunkte niedriger ausgefallen ist als bei einem hypothetischen Szenario mit unverändert hohem Krankenstand (Michelsen/Junker, 2024, 7). Das zugrundeliegende Modell zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass es relative Veränderungen des Krankenstands und der Wirtschaftsleistung zugrunde legt. Dieser Ansatz trägt damit der Tatsache Rechnung, dass durch zusätzliche Anstrengungen der gesund verbliebenen Belegschaften mögliche Produktions- und Wertschöpfungsausfälle reduziert werden können.

Allerdings basiert die Simulation auf den Informationen des BMG und der Arbeitsvolumenrechnung (siehe Kapitel 2.1). Mit den verwendeten Daten wird implizit ein „wahrer Krankenstand“ unterstellt, der nicht um den Einfluss bereinigt wird, den insbesondere die Einführung der eAU auf den statistisch gemessenen Krankenstand hat (siehe Kapitel 3.3). Deshalb ist zu vermuten, dass sich der gesamtwirtschaftliche Effekt verringert, wenn korrigierte Schätzwerte für den Krankenstand unterstellt werden (Abbildung

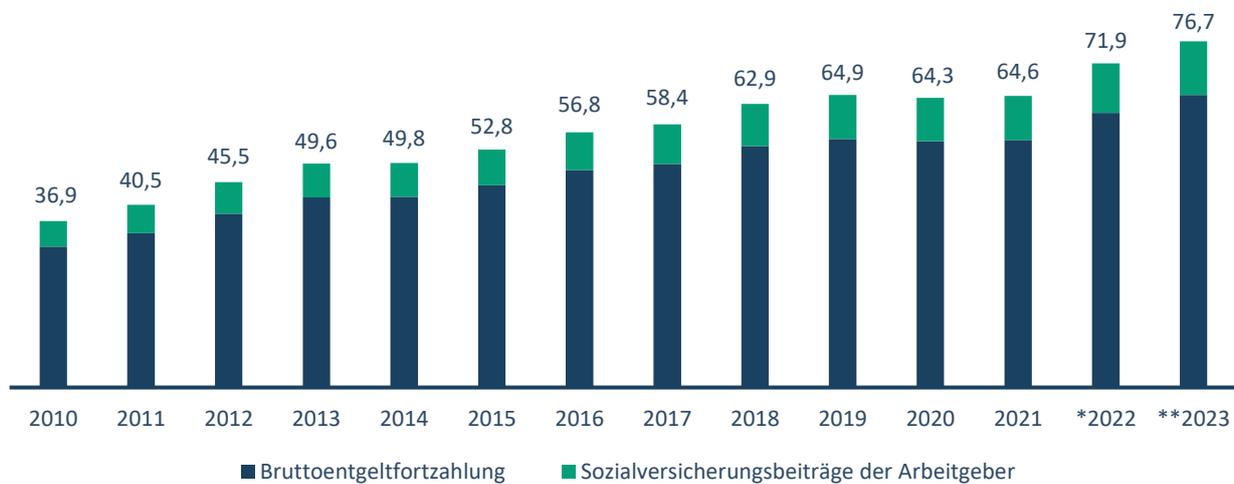
3-6). Gleichwohl bleibt festzustellen, dass auch dann aufgrund des sprunghaften Anstiegs des Krankenstands im Jahr 2022 von einer außergewöhnlichen krankheitsbedingten Minderung der Wirtschaftsleistung in den Jahren 2022 und 2023 auszugehen ist.

5.2 Eine Schätzung der krankheitsbedingten Kosten für die Entgeltfortzahlung

Unabhängig von den makroökonomischen Effekten eines veränderten Krankenstands werden die Arbeitgeber durch ihre gesetzliche Verpflichtung zur Fortzahlung der Entgelte für erkrankte Mitarbeiter unmittelbar belastet (Abbildung 5-1).

Abbildung 5-1: Arbeitgeberaufwendungen für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

In Milliarden Euro



Ursprungsdaten: Sozialbudget 2024; *2022: vorläufig, *2023: geschätzt; Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber einschließlich gesetzliche Unfallversicherung; Entgeltfortzahlung ohne Mutterschutz.

Quelle: Pimpertz, 2024

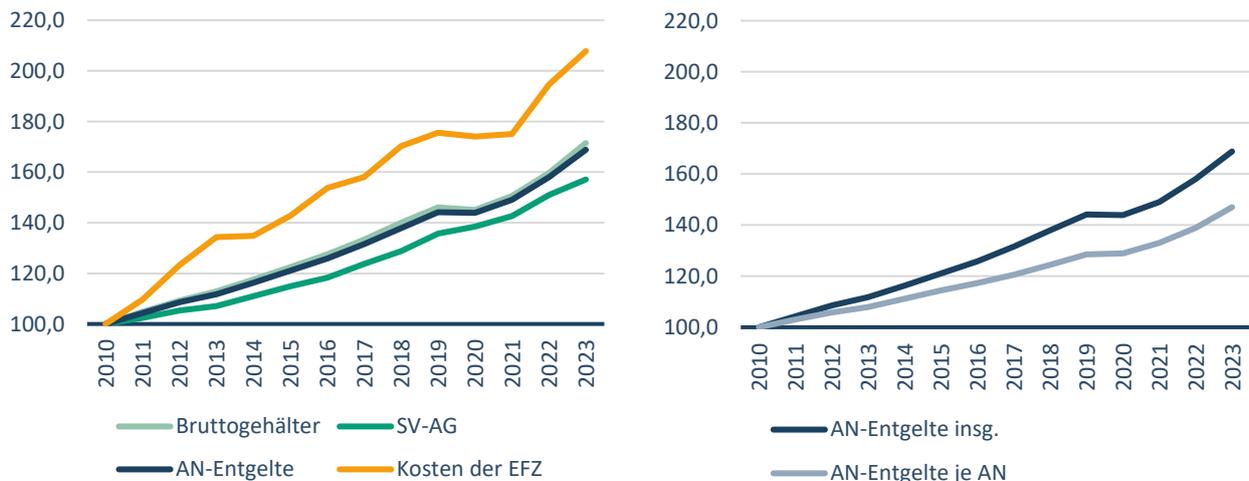
Für eine Berechnung der monetären Belastungen (etwaige Ausfälle bei der Produktion und Wertschöpfung werden hierbei nicht berücksichtigt) können die Angaben des jährlichen Sozialbudgets zu den Aufwendungen für die Entgeltfortzahlung herangezogen werden. Die gilt es in einem ersten Schritt um jene Aufwendungen zu bereinigen, die bei mutterschaftsbedingten Abwesenheiten auftreten, da es sich dabei nicht um eine krankheitsbedingte Entgeltfortzahlung im eigentlichen Sinn handelt (BMAS, 2024b). In einem zweiten Schritt sind die Arbeitgeberanteile am Sozialversicherungsbeitrag hinzuzuschätzen, weil das Sozialbudget lediglich Bruttoentgelte ausweist. Eine Hochrechnung der Ursprungswerte mit dem hälftigen Anteil des gesamten Sozialversicherungsbeitragsatzes droht allerdings die Belastung der Arbeitgeber zu überschätzen, weil Entgeltbestandteile jenseits der Beitragsbemessungsgrenzen beitragsfrei bleiben. Auf Basis einer Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Verteilung der aktiv Versicherten nach Entgeltklassen lässt sich aber eine Heuristik konstruieren, mit der der Anteil der beitragspflichtigen Entgelte bei unterschiedlichen Bemessungsgrenzen näherungsweise ermittelt werden kann (Pimpertz, 2017). Folgt man diesem Ansatz, dann haben die Arbeitgeber im Jahr 2023 geschätzt knapp 77 Milliarden Euro für die Entgeltfortzahlung aufwenden müssen (Pimpertz, 2024). Um diesen Wert einzuordnen:

- Diese Summe entspricht dem 4-Fachen der Ausgaben, die die GKV im Jahr 2023 für das Krankengeld aufgewendet hat. Das zahlen die gesetzlichen Krankenkassen im Anschluss an eine mehr als sechs Wochen währende Erkrankung. Das Krankengeld ersetzt das ursprüngliche Bruttoentgelt anteilig.
- Die gesetzliche Entgeltfortzahlungspflicht der Arbeitgeber tritt als zweite Säule neben die medizinische Versorgung von Arbeitnehmern im Krankheitsfall. Die Aufwendungen dafür entsprachen im Jahr 2023 rund 25 Prozent der gesamten GKV-Ausgaben (BMG, 2025f).

Mit Blick auf die Entwicklung der Entgeltfortzahlungskosten gilt jedoch der Einwand, dass es sich dabei um nominale Größen handelt. Der Anstieg kann deshalb nicht allein auf einen latent steigenden Krankenstand zurückgeführt werden. Denn die Entwicklung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, der nominalen Bruttolöhne und -gehälter, Veränderungen in deren Verteilung (Anteile unter- oder oberhalb der Bemessungsgrenzen) sowie veränderte Beitragssätze zur Sozialversicherung können gleichermaßen den Anstieg der nominalen Aufwendungen treiben. Deshalb sind die Aufwendungen für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall in Relation zu weiteren Kennziffern einzuordnen. Dazu können relevante Aggregate aus den VGR herangezogen und deren Entwicklung (Index 2010 = 100) mit dem Wachstum der Entgeltfortzahlungskosten verglichen werden (Abbildung 5-2):

Abbildung 5-2: Treiber der Entgeltfortzahlungskosten – eine Einordnung

Index 2010=100



EFZ: Entgeltfortzahlung (ohne Mutterschutz und einschließlich der Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber); Krankenstand: durchschnittlich in Arbeitstagen (nach Abgrenzung des Statistischen Bundesamts); AN-Entgelte: Arbeitnehmerentgelte nach Abgrenzung der VGR; SV-AG: Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber; Bruttogehälter: Bruttolöhne und -gehälter nach VGR.

Quellen: Pimpertz, 2024; Statistisches Bundesamt, 2025b; 2025c; 2025d, Tab. 2.1.8; eigene Berechnungen

- In die Entwicklung der aggregierten Bruttolöhne und -gehälter fließen sowohl die nominale Brutto Lohnentwicklung als auch die Veränderungen bei der Beschäftigung ein. Einschränkend ist dazu anzumerken, dass nach der Abgrenzung der VGR auch Beamte als Arbeitnehmer erfasst werden, die jedoch beihilfeberechtigt und in der Regel nicht Mitglied einer gesetzlichen Sozialversicherung sind. Deshalb kann deren Krankenstand nicht über die Informationen der gesetzlichen Krankenkassen erfasst werden. Abstrahiert man von dieser Unschärfe zeigt das Aggregat seit dem Jahr 2010 eine deutlich schwächere Entwicklung als die der Arbeitgebераufwendungen für die krankheitsbedingte Entgeltfortzahlung (Abbildung 5-2, linke Grafik).

- Gleichzeitig weisen die VGR die Sozialversicherungsbeiträge der Arbeitgeber (einschließlich der fiktiven Beiträge für beihilfeberechtigte Beamte) separat aus. Deren Entwicklung bleibt marginal hinter der der Bruttolöhne und -gehälter zurück. Dieser Befund reflektiert unter anderem die bis zum Jahr 2023 vergleichsweise moderate Entwicklung der Beitragssätze.
- Aus den Aggregaten der VGR lässt sich allerdings nicht bestimmen, ob und welchen Einfluss eine veränderte Verteilung der Bruttolöhne und -gehälter auf die Entwicklung der Sozialabgaben der Arbeitgeber gehabt hat. Denkbar ist, dass ein veränderter Anteil des Aggregats auf nicht beitragspflichtige Einkommen oberhalb der Bemessungsgrenze entfällt. Dies hätte unmittelbar Einfluss auf die Höhe der Arbeitgeberanteile am Sozialversicherungsbeitrag.
- Beide Größen werden in den Arbeitnehmerentgelten zusammengefasst. Um zwischen den Einflüssen von nominaler Entgelt- und Beschäftigungsentwicklung zu unterscheiden, kann die Entwicklung der Arbeitnehmerentgelte insgesamt mit der der durchschnittlichen Werte je Arbeitnehmer verglichen werden. Die Entwicklung der Arbeitnehmerentgelte pro Kopf bleibt hinter der des Aggregats zurück, das Delta lässt sich demnach durch Beschäftigungsaufbau erklären (Abbildung 5-2, rechte Grafik).
- Schließlich kann der Abstand zwischen den Entwicklungen der Arbeitnehmerentgelte und der Aufwendungen für die Entgeltfortzahlung – von den ungeklärten Einflüssen einer veränderten Verteilung – auf den kontinuierlichen Anstieg des Krankenstands zurückgeführt werden. Hier zeigen sich insbesondere in den Jahren 2010 bis 2013, 2014 bis 2016 sowie ab 2022 deutlich überproportionale Zuwächse bei den Aufwendungen für die Entgeltfortzahlung.

Einschränkend bleibt anzumerken, dass die Ursprungsdaten aus dem Sozialbudget 2024 nicht um den Sondereffekt bereinigt werden können, der sich aufgrund der Einführung der eAU ergibt. Deshalb kann der Anstieg ab dem Jahr 2022 nur unter Vorbehalt mit den Aggregaten der VGR verglichen und interpretiert werden.

6 Handlungsfelder zur Stabilisierung von Krankenstand und Kosten der Entgeltfortzahlung

Steigende Entgeltfortzahlungsaufwendungen der Arbeitgeber drohen die Entwicklungsperspektiven des Wirtschaftsstandorts Deutschland zusätzlich zu hemmen, der ohnehin unter einem Verlust an preislicher Wettbewerbsfähigkeit leidet (Hüther, 2025, 11 ff.). Interpretiert man die Entgeltfortzahlungspflicht als eine weitere Säule der sozialen Sicherung, dann lassen sich die Effekte analog zu den makroökonomischen Effekten steigender Sozialabgaben einordnen: Steigende Belastungen durch Lohnnebenkosten wirken tendenziell hemmend auf die private Investitionstätigkeit und trüben die Wachstumsperspektiven der deutschen Wirtschaft (Hüther et al., 2024, 12). Dabei werden die Reaktionsmöglichkeiten der Unternehmen auf steigende Krankenstände durch den demografischen Wandel begrenzt: Einerseits schrumpft das Arbeitskräftepotenzial (Hammermann et al., 2024, 5). Deshalb bereitet es zunehmend Probleme, eine hinreichend groß bemessene Belegschaft vorzuhalten, um das Risiko von Produktionsausfällen und Lieferengpässen infolge krankheitsbedingter Ausfälle zu minimieren. Andererseits steigen damit die Personalkosten, weil das Vorhalten einer „Beschäftigtenreserve“ unter den gegebenen demografischen Voraussetzungen nur zu höheren Kosten als in der Vergangenheit möglich sein wird. Dafür spricht unter anderem die seit drei Jahren beobachtbare positive Lohndrift (Hüther, 2025, 12) ebenso wie das zunehmend zurückhaltende Einstellungsverhalten der Unternehmen bei gleichzeitig steigender Anzahl an Arbeitslosen (Bardt et al., 2025, 31 f.).

Vor diesem Hintergrund sind die Debattenbeiträge zum Umgang mit erhöhten Krankenständen und der Entgeltfortzahlungspflicht der Arbeitgeber einzuordnen. Dabei kann in einem ersten Schritt zwischen gesundheitspolitisch motivierten Argumenten und solchen unterschieden werden, die unmittelbar auf eine Begrenzung der finanziellen Folgen zielen. In einem zweiten Schritt lassen sich die Argumente danach unterscheiden, an welche Akteursgruppen (Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Gesetzgeber) sie adressiert werden.

Prävention im Mittelpunkt gesundheitspolitisch motivierter Reformvorschläge

Zu den gesundheitspolitisch motivierten Argumenten zählen unter anderem Forderungen nach einem Ausbau präventiver Maßnahmen. Die Hoffnungen ruhen auf der Vorstellung, dass sich über geeignete Instrumente Gesundheitsrisiken langfristig verringern, die Krankenstände reduzieren und nicht zuletzt die Aufwendungen für die medizinische Versorgung begrenzen lassen.

- An die Adresse der Arbeitgeber gerichtet wird dazu vielfach auf den positiven Einfluss des betrieblichen Gesundheitsmanagements oder der Führungskultur verwiesen. Auch wenn die Studienlage nahelegt, dass geeignete Maßnahmen auf beiden Handlungsfeldern positiv auf das Erkrankungsrisiko der Mitarbeiter wirken können, ist bislang nicht abschließend empirisch geklärt, welche konkreten Instrumente in welchem Ausmaß zur Reduktion des Krankenstands beitragen.
- Hinzu kommt, dass diese Maßnahmen für Unternehmen kostenintensiv sind und deshalb unter anderem eine entsprechende Unternehmensgröße voraussetzen, damit sich das betriebliche Gesundheitsmanagement effektiv und effizient in einem Betrieb umsetzen lässt. Insbesondere in Betrieben mit einer geringen Mitarbeiterzahl werden oftmals keine eigens dafür notwendigen Personalressourcen unterhalten, die eine entsprechende Strategie entwickeln und umsetzen können.
- Aus einzelwirtschaftlicher Sicht lohnt eine präventive Maßnahme, wenn die dafür zusätzlich aufzuwendenden Kosten zum Beispiel durch den Nutzen eines niedrigeren Krankenstands kompensiert werden. Die Bereitschaft zur Einführung und Entwicklung des Gesundheitsmanagements wird jedoch dadurch

gehemmt, dass sich ökonomische Nettoeffekte konkreter Einzelmaßnahmen bislang nicht beziffern lassen. Allerdings darf bei einem knapper werdenden Arbeitskräftepotenzial angenommen werden, dass der Wettbewerb die Unternehmen zunehmend motiviert, auch über nicht monetäre Leistungen wie dem betrieblichen Gesundheitsmanagement um die Gunst der Arbeitskräfte zu werben.

- Wenig Beachtung findet in der Debatte dagegen, dass Unternehmen ohnehin im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung zur Umsetzung von einschlägigen Vorschriften zur Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz verpflichtet sind und deshalb latent auf eine Verbesserung der gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen hinwirken.
- Die Diskurse blenden dagegen bislang vollständig aus, dass auch die Beschäftigten sowohl in der Arbeitswelt als auch im privaten Lebensumfeld Einfluss auf ihre Gesundheit haben. Überlegungen zu den Schwierigkeiten, gesundheitsrelevantes Verhalten der Mitarbeiter inner- und außerhalb des beruflichen Umfelds zu incentivieren und zu kontrollieren, würden den Rahmen dieser Studie sprengen. Stattdessen sei dazu in einer Randbemerkung auf das fünfte Sozialgesetzbuch verwiesen, in dem der Gesetzgeber einfürend zum Verhältnis von Solidarität und Eigenverantwortung in der GKV explizit adressiert: „Die Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung ... dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit ... zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.“ (§ 1 SGB V).

Entgeltfortzahlungspflicht im Fokus politischer Gestaltungsmöglichkeiten

Mit Blick auf die finanziellen Konsequenzen für die Arbeitgeber, die sich aus dem krankheitsbedingten Ausfall eines Mitarbeiters ergeben, rückt der Gesetzgeber als maßgeblicher Akteur in den Fokus. Denn im Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) werden unter anderem die Dauer und Höhe der Gehaltszahlung im Krankheitsfall sowie die Anzeige- und Nachweispflichten der Beschäftigten geregelt.

- Über die Einführung von Karenzen ließe sich der beobachtete Anstieg der Entgeltfortzahlungskosten bremsen. Denkbar ist zum Beispiel eine Reduktion des fortzuzahlenden Entgelts für einen begrenzten Zeitraum oder alternativ eine Karenzzeit zu Beginn einer Erkrankung, in der die Entgeltfortzahlung ausgesetzt wird.
- Alternativ ließe sich die Verpflichtung zur Entgeltfortzahlung auf einen kürzeren Zeitraum begrenzen (bei entsprechend früher einsetzendem Krankengeldanspruch gegenüber der GKV) oder pauschal auf sechs Wochen pro Jahr, unabhängig davon, ob die Inanspruchnahme der Sechswochenfrist auf eine oder unterschiedliche Diagnosen zurückzuführen ist (BDA, 2025, 6).

Zur Einordnung dieser Optionen ist festzustellen, dass damit zwar die Höhe der Entgeltfortzahlungskosten für die Arbeitgeber bei gegebenem Krankenstand unmittelbar beeinflusst werden könnte. Allerdings steht dieser Effekt unter dem Vorbehalt tarifvertraglicher Vereinbarungen, die dem entgegen wirken können. So wurde die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall im Oktober 1996 schon einmal durch den Gesetzgeber von 100 Prozent auf 80 Prozent des bisherigen Arbeitsentgelts gesenkt. Diese Reform löste auf Seiten der Gewerkschaften Widerstände aus, die im Dezember 1996 zu einer tarifvertraglichen Regelung für die niedersächsische Metallindustrie führten, die den Status quo ante wieder herstellte. Mit der Anwendung dieser tariflichen Verabredung auf weitere Geltungsbereiche und Branchen blieb die Reform letztendlich ohne Folgen und wurde schließlich vom Gesetzgeber zum 1.1.1999 wieder zurückgenommen. Vor diesem Hintergrund bleibt offen, welche Erfolgsaussichten eine alternative Begrenzung der Dauer des Fortzahlungsanspruchs hat.

Verspricht man sich darüber hinaus von einer Begrenzung des Entgeltfortzahlungsanspruchs verhaltenslenkende Effekte, dann gilt es noch einmal klarzustellen, dass dem eine Verhaltensannahme zugrunde liegt, die eine ärztlich attestierte Krankschreibung nicht allein auf medizinische Ursachen zurückführt, sondern ein anreiztheoretisches Kalkül der betroffenen Akteure unterstellt. Insbesondere mit Blick auf die hohe Bedeutung von Kurzeiterkrankungen erscheinen dann aber andere Handlungsoptionen zielführend, ohne damit allgemein gültige Begrenzungen der Entgeltfortzahlungsverpflichtung in Abrede zu stellen.

- Zum einen ließe sich mögliches Fehlverhalten (im Sinne von medizinisch nicht begründeten Krankschreibungen) unmittelbar durch den Arbeitgeber begrenzen, indem er zum Beispiel von seinem Recht Gebrauch macht, bereits ab dem ersten Fehltag den Nachweis eines ärztlichen Attests einzufordern (§ 5, Absatz 1, Satz 3 EntgFG).
- Verhaltenswirksam kann eine derartige betriebliche Praxis jedoch nur unter der Voraussetzung werden, dass eine AU-Bescheinigung nicht missbräuchlich erlangt werden kann. Deshalb sollte der Gesetzgeber in einem ersten Schritt die Möglichkeit abschaffen, eine AU-Bescheinigung über einschlägige Internetportale (gegen Gebühr) erwirken zu können. Stattdessen sollte eine ärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit ausschließlich über im Inland niedergelassene (oder angestellte) Ärzte ausgestellt werden dürfen; Ausnahmen sind nur für temporär im Ausland eingesetzte Beschäftigte nach vergleichbaren Maßstäben zuzulassen.
- Mit Blick auf die Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung bei Atemwegserkrankungen sollten darüber hinaus Vorkehrungen getroffen werden, die sicherstellen, dass eine AU-Bescheinigung ausschließlich durch das ärztliche Personal ausgestellt wird. Die Beschränkung dieser Option auf eine Attestierung nach Video-Konsultation wäre geeignet, das Vertrauen in die handelnden Akteure zu stärken. Erhärten sich die Indizien, die für eine rechtlich bedenkliche Handhabung der telefonischen Krankschreibung durch das nicht ärztliche Praxispersonal sprechen, gilt es Optionen zu erwägen, die eine ärztliche Konsultation für den Fall einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sicherstellen.

Abstract

Sickness rates in Germany have risen continuously since the mid-2000s and experienced an extraordinary jump in 2022. While the Federal Statistical Office reports a further increase in 2023, the member-weighted sickness rate of employed AOK and BKK members indicates a slight decline. If the development is extrapolated with the trend of a non-representative BKK sample for 2024, the sickness rate will remain at an unchanged high level in 2024. However, the increase is smaller if effects resulting from the digital recording of certificates of incapacity for work from 2022 onwards are considered. But even then, the strong increase in 2022 remains striking.

A variety of hypotheses can be derived from the descriptive statistics of the umbrella organizations of the statutory health insurance funds AOK and BKK to explain the development of sickness rates - starting with socio-demographic characteristics such as age or gender, insured status or educational background, through to labour market-related characteristics such as professional activity, industry affiliation or company size. The explanatory contributions of different variables could be determined using a regression analysis approach. However, this requires access to anonymized insurance data, which has so far been denied for data protection reasons.

Several studies indicate a noticeable dampening of economic performance due to sickness absence. Irrespective of this, employers are directly burdened by rising expenses for continued remuneration during absence due to illness. This rise can only be partially explained by the increase in employment and nominal gross wages. Rising sickness rates also contribute to the burden. This motivates the reform debate on limiting the obligation to continue payment of wages during illness. Whether it is about periods without or with reduced wages or about limiting continued payment of wages to a maximum of six weeks per year, for example - the relief depends on not being slowed down by collective agreements.

In addition, there are indications that the certification of incapacity for work can be obtained in a legally dubious manner. This must also be prevented in view of demographic developments. Because in an ageing population it is becoming increasingly difficult and expensive for companies to maintain a sufficiently large 'labour reserve' to avoid revenue losses due to sickness absence. Even if the use of relevant internet portals to obtain a medical certificate for fee appears to be statistically insignificant so far, there are considerable doubts as to whether the issuance of certificate for fee is based on criteria comparable to those for personal consultation of a physician. This option should therefore be abolished. Further indications of legally doubtful handling arise related to medical certificates issued by telephone. An initial empirical study indicates that non-medical practice staff issue a considerable number of certificates without contacting a physician. If this unlawful practice is confirmed, rules must be found to ensure a medical consultation first.

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 3-1: Hypothetischer Einfluss der eAU | 17 |
| Tabelle 4-1: Krankenstand in den Regionen..... | 34 |
| Tabelle 4-2: Dimensionen und Items eines Schätzmodells | 38 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 3-1: Altersstruktur der Pflichtmitglieder | 11 |
| Abbildung 3-2: Krankenstand der beschäftigten Mitglieder | 13 |
| Abbildung 3-3: Krankenstand der beschäftigten Mitglieder im Vergleich | 14 |
| Abbildung 3-4: Krankenstand am aktuellen Rand | 15 |
| Abbildung 3-5: Saisonales Verlaufsmuster | 16 |
| Abbildung 3-6: Hypothetische Korrektur des mitgliedergewichteten Krankenstands | 18 |
| Abbildung 3-7: AU-Bescheinigungen wegen Atemwegserkrankungen..... | 19 |
| Abbildung 4-1: Krankenstand im Konjunkturzyklus | 23 |
| Abbildung 4-2: Arbeitsunfähigkeitsquote | 24 |
| Abbildung 4-3: Krankenstand nach Dauer..... | 25 |
| Abbildung 4-4: Krankenstand nach Geschlecht und Alter..... | 26 |
| Abbildung 4-5: Verteilung der Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten | 28 |
| Abbildung 4-6: Altersabhängigkeit ausgewählter Erkrankungen | 29 |
| Abbildung 4-7: Krankheitslast im Wandel – Muskel-/Skelettsystem | 30 |
| Abbildung 4-8: Krankheitslast im Wandel – Herz-/Kreislaufsystem..... | 31 |
| Abbildung 4-9: Krankheitslast im Wandel – psychische Störungen | 32 |
| Abbildung 4-10: Krankheitslast im Wandel – Atmungssystem | 32 |
| Abbildung 4-11: Krankenstand insgesamt und aufgrund von Atemwegserkrankungen | 33 |
| Abbildung 4-12: Krankenstand nach Branchen | 35 |
| Abbildung 5-1: Arbeitgeberaufwendungen für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall | 40 |
| Abbildung 5-2: Treiber der Entgeltfortzahlungskosten – eine Einordnung..... | 41 |

Literaturverzeichnis

Bardt, Hubertus et al., 2025, Konjunktur im Desorientierungsstress: IW-Konjunkturprognose Frühjahr 2025, IW-Report, Nr. 22, Köln/Berlin, <https://www.iwkoeln.de/studien/michael-groemling-iw-konjunkturprognose-fruehjahr-2025.html> [10.05.2025]

BDA – Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände, 2025, Hohe Lohnfortzahlungskosten senken, unnötige Bürokratie abbauen, Stand: 28. Februar 2025, https://arbeitsgeber.de/wp-content/uploads/2025/03/bda-arbeitgeber-positionspapier-forderungen_arbeitgeber_fuer_eine_zeitgemaesse_weiterentwicklung_der_lohnfortzahlung_krankheitsfall-2025_02.pdf [20.5.2025]

Bundesagentur für Arbeit, 2025, Beschäftigung. Aktuelle Eckwerte, <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Fachstatistiken/Beschaeftigung/Aktuelle-Eckwerte-Nav.html> [3.4.2025]

Beznoska, Martin / Pimpertz, Jochen / Stockhausen, Maximilian, 2021, Führt eine Bürgerversicherung zu mehr Solidarität?, IW-Analysen, Nr. 143, Köln, <https://www.iwkoeln.de/studien/martin-beznoska-jochen-pimpertz-maximilian-stockhausen-eine-vermessung-des-solidaritaetsprinzips-in-der-gesetzlichen-krankenversicherung.html> [11.4.2025]

BKK – Dachverband der Betriebskrankenkassen, 2025a, Monatlicher Krankenstand, aktuell verfügbarer Monat und Jahresübersichten, <https://www.bkk-dachverband.de/statistik/monatlicher-krankenstand> [3.4.2025]

BKK, 2025b, Arbeitsunfähigkeit. Zahlen und Grafiken, <https://www.bkk-dachverband.de/statistik/kennzahlen-zum-bkk-gesundheitsreport/arbeitsunfaehigkeit> [7.4.2025]

BKK, 2024, Spurwechsel Prävention, BKK-Gesundheitsreport 2024, <https://www.bkk-dachverband.de/statistik/bkk-gesundheitsreport-2024> [21.3.2025]

BKK, 2022, Pflegefall Pflege? BKK-Gesundheitsreport 2022, <https://www.bkk-dachverband.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilung/bkk-gesundheitsreport-2022-pflegefall-pflege> [11.4.2025]

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2024a, Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit, Unfallverhütungsbericht Arbeit, Berichtsjahr 2023, Stand: Dezember 2024, <https://www.bmas.de/Shared-Docs/Downloads/DE/Arbeitsschutz/suga-bericht-2023.html> [3.4.2025]

BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2024b, Sozialbudget 2023, Tabelle III-2, Leistungen nach Funktionen und Institutionen, 1991-2023, Referat G b 3 „Demografie, Sozialbudget, Finanzrechnungen zu Sozialleistungen“ [9.8.2024]

BMG, 2025a, Gesetzliche Krankenversicherung. Leistungsfälle und -tage, 2023, Stand: 17. März 2025, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschaeftergebnisse.html> [31.3.2025]

BMG, 2025b, Arbeitsunfähigkeit: Fälle und Tage nach Alters- und Krankheitsartengruppen, 2020, Ergebnisse der GKV-Statistik KG8, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschaeftergebnisse.html> [31.3.2025]

BMG, 2025c, Gesetzliche Krankenversicherung, Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand, Ergebnisse der GKV-Statistik KM1, Monatswerte Januar – Februar 2025, Stand: 4. März 2025, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherung/KM1_Januar_bis_Februar_2025.pdf [31.3.2025]

BMG, 2025d, Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2024, Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13, Stand: 26. März 2025, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherung/KM1_JD_2024.pdf [3.4.2025]

BMG, 2025e, Gesetzliche Krankenversicherung. Statistik über Versicherte, gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag: 1. Juli des jeweiligen Jahres), Mitgliederstatistik KM6, Stand: 26. August 2024, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> [20.05.2025]

BMG, 2025f, Gesetzliche Krankenversicherung. Kennzahlen und Faustformeln, KF24 Bund, Stand: August 2024, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2024Bund_August_2024.pdf [11.4.2025]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2022, Daten des Gesundheitswesens, 2022, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/230223_BMG_DdGW_2022.pdf [7.4.2025]

DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund, 2025, Arbeiten trotz Krankheit, DGB-Index Gute Arbeit, Kompakt 01/2025, <https://www.igmetall.de/im-betrieb/gesundheits-und-arbeitsschutz/dgb-index-gute-arbeit-arbeiten-trotz-krankheit> [20.3.2025]

DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, 2024, Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand, 2023, Stand: November 2024, Berlin, <https://publikationen.dguv.de/detail/index/sArticle/5016> [31.3.2025]

EntgFG – Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz, Bundesministerium der Justiz (Hrsg.), <https://www.gesetze-im-internet.de/entgfg/> [20.5.2025]

Forsa – Gesellschaft für Sozialforschung statistische Analysen mbH, 2025, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung von abhängig Beschäftigten, Befragung und Analyse im Auftrag der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA), 3. Februar 2025, https://arbeitsgeber.de/wp-content/uploads/2025/02/bda-arbeitgeber-umfrage-arbeitsunfaehigkeit_forsa-2025_02_03.pdf [9.4.2025]

Hammermann, Andrea, 2025, Alle unmotiviert? Arbeitsmotivation und Arbeitgeberbindung in Deutschland, IW-Report, Nr. 19, Köln, <https://www.iwkoeln.de/studien/jennifer-potthoff-ruth-maria-schueler-wer-im-alter-arbeitet-ist-zufriedener.html> [11.4.2025]

Hammermann, Andrea et al., 2024, Agenda 2030: Arbeitsmarktpolitische Weichenstellungen für die Jahre 2025-2029, IW-Policy Paper, Nr. 12, Köln, <https://www.iwkoeln.de/studien/andrea-hammermann-jochen-pimpertz-holger-schaefer-christoph-schroeder-stefanie-seele-oliver-stettes-sandra-vogel-arbeitsmarktpolitische-weichenstellungen-fuer-die-jahre-2025-2029.html> [21.3.2025]

Hildebrandt, Susanne / Nguyen, Thuy Ha, 2025, Krankheitsbedingte Fehlzeiten im europäischen Vergleich. Sonderanalyse zur Datenlage, Kurzbericht des IGES-Instituts für die DAK-Gesundheit, Januar 2025, https://www.iges.com/kunden/gesundheit/forschungsergebnisse/2025/oecd-daten-zum-krankenstand/index_ger.html [16.4.2025]

Hüther, Michael, 2025, Eine Agenda für die neue Legislaturperiode: Wettbewerbsfähigkeit und Transformation, IW-Policy Paper, Nr. 1, Köln, <https://www.iwkoeln.de/studien/michael-huether-wettbewerbsfaehigkeit-und-transformation.html> [28.4.2025]

Hüther, Michael / Obst, Thomas / Pimpertz, Jochen, 2025, Steigende Sozialversicherungsbeiträge belasten die Wettbewerbsfähigkeit, IW-Policy Paper, Nr. 3, Köln, <https://www.iwkoeln.de/studien/michael-huether-thomas-obst-jochen-pimpertz-steigende-sozialversicherungsbeitraege-belasten-die-wettbewerbsfaehigkeit.html> [11.4.2025]

IGES – IGES Institut GmbH, 2025, Der Rekord-Krankenstand: Fakten und Mythen, Schwerpunktanalyse im Auftrag der DAK-Gesundheit, <https://www.dak.de/presse/bundesthemen/politik-unternehmensnachrichten/dak-analyse-zeigt-ursachen-fuer-rekordkrankenstand-88050> [8.4.2025]

Jannsen, Nils / Groll, Dominik, 2024, Konjunkturschlaglicht: Krankenstand und Wirtschaftsleistung, in: Wirtschaftsdienst, 104. Jg., Heft 3, S. 215–216, <https://www.wirtschaftsdienst.eu/inhalt/jahr/2024/heft/3/beitrag/krankenstand-und-wirtschaftsleistung.html> [28.4.2025]

Kommission Verlässlicher Generationenvertrag, 2020, Bericht der Kommission, Band I – Empfehlungen, <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Rente-und-Altersvorsorge/Kommission-Verlaesslicher-Generationenvertrag/Bericht-der-Kommission/bericht-der-kommission.html> [21.3.20205]

Lampert, Thomas et al., 2013, Messung des sozio-ökonomischen Status in der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56. Jg., Nr. 5/6, S. 631-636, <https://edoc.rki.de/handle/176904/1487> [21.3.2025]

Leiß, Janik / Pimpertz, Jochen, 2023, Atemwegserkrankungen sorgen für hohen Krankenstand 2022, IW-Kurzbericht, Nr. 22, Köln, <https://www.iwkoeln.de/studien/jochen-pimpertz-atemwegserkrankungen-sorgen-fuer-hohen-krankenstand-2022.html> [21.3.2025]

Michelsen, Claus / Junker, Simon, 2024, Hoher Krankenstand drückt Deutschland in die Rezession, MakroScope Pharma, vfa – Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V. (Hrsg.), 26.01.2024, <https://www.vfa.de/de/wirtschaft-standort/macroscopic/macroscopic-hoher-krankenstand-drueckt-deutschland-in-die-rezession> [28.4.2025]

Pichler, Stefan, 2015, Sickness Absence, Moral Hazard, and the Business Cycle, in: Health Economics, 24. Jg., Heft 6, S. 692–710, <https://doi.org/10.1002/hec.3054> [20.5.2025]

Pimpertz, Jochen, 2024, Kosten der Entgeltfortzahlung – binnen 14 Jahren verdoppelt, IW-Kurzbericht, Nr. 70, Köln, <https://www.iwkoeln.de/studien/jochen-pimpertz-kosten-der-entgeltfortzahlung-binnen-14-jahren-verdoppelt.html> [21.3.2025]

Pimpertz, Jochen, 2021, Krankenstand unter Corona – eine Interpretation, IW-Kurzbericht, Nr. 15, Köln, <https://www.iwkoeln.de/studien/jochen-pimpertz-krankenstand-unter-corona-eine-interpretation-502318.html> [8.4.2025]

Pimpertz, Jochen, 2017, Kosten der Entgeltfortzahlung – beschränktes Präventionspotenzial, IW-Kurzbericht, Nr. 13, Köln, https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2017/325397/IW-Kurzbericht_13_2017_Entgeltfortzahlungen.pdf [26.4.2025]

Potthoff, Jennifer / Schüler, Ruth Maria, 2024, Wer im Alter arbeitet, ist zufriedener, IW-Kurzbericht, Nr. 20, Köln, <https://www.iwkoeln.de/studien/jennifer-potthoff-ruth-maria-schueler-wer-im-alter-arbeitet-ist-zufriedener.html> [1.4.2025]

Schenkel, Antje et al., 2024a, Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2023, in: Badura, Bernhard et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2024, Berlin, S. 339–426

Schenkel, Antje / Krist, Katharina / Meyer, Markus, 2024b, Krankheitsbedingte Fehlzeiten nach Branchen im Jahr 2023, in: Badura, Bernhard et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2024, Berlin, S. 427–643

SGB V – Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, Bundesministerium der Justiz (Hrsg.), https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ [20.5.2025]

Statistisches Bundesamt, 2025a, Krankenstand, Qualität der Arbeit, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenstand.html> [21.3.2025]

Statistisches Bundesamt, 2025b, Registrierte Arbeitslose und Arbeitslosenquote nach Gebietsstand, Stand: 8.1.2025, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Konjunkturindikatoren/Lange-Reihen/Arbeitsmarkt/lrab003ga.html> [14.4.2025]

Statistisches Bundesamt, 2025c, Beschäftigungsstatistik – Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am Arbeitsort am 30.06. des Jahres, Stand: 31.1.2025, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/insgesamt.html> [14.4.2025]

Statistisches Bundesamt, 2025d, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Inlandsproduktberechnung, Detaillierte Jahresergebnisse, 2023, Fachserie 18 Reihe 1.4, Stand: 9.10.2024, https://www.destatis.de/DE/Service/Bibliothek/_publikationen-fachserienliste-18.html#152692 [14.4.2025]

TK – Techniker Krankenkasse, 2024, Gesundheitsreport. Arbeitsunfähigkeiten, 2024, <https://www.tk.de/resource/blob/2168508/ee48ec9ef5943d2d40dc10a76bedf290/gesundheitsreport-au-2024-data.pdf> [31.3.2025]

Wanger, Susanne et al., 2024, Überarbeitung der IAB-Arbeitszeitrechnung im Rahmen der Generalrevision 2024 der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen, IAB-Forschungsbericht 20/2024, <https://doku.iab.de/forschungsbericht/2024/fb2024.pdf> [31.3.2025]

Wanger, Susanne / Weigand, Roland / Zapf, Ines, 2014, Revision der IAB-Arbeitszeitrechnung 2014, IAB-Forschungsbericht 9/2014, <https://doku.iab.de/forschungsbericht/2014/fb0914.pdf> [31.3.2025]

Ziebarth, Nicolas R. / Pichler, Stefan, 2024, Einordnung des deutlichen Anstiegs der krankheitsbedingten Fehlzeiten seit 2022, ZEW policy brief, Nr. 18, Oktober 2024, <https://ftp.zew.de/pub/zew-docs/policybrief/de/pb18-24.pdf> [20.5.2025]