

Der Krankenstand

Joseph Kuhn, Andreas Böhm

Mit 3,32 Prozent hat der Krankenstand 2005 in Deutschland einen neuen historischen Tiefstand erreicht. Die Branchen mit den höchsten Krankenständen sind die Abfallbeseitigung, Eisenbahnen/Verkehrsbetriebe und die Post- und Kurierdienste, die Branchen mit den niedrigsten Krankenständen die Datenverarbeitung und Forschung, der Großhandel und das Kredit- und Versicherungswesen. Der größte Teil des Krankenstands entfällt auf Langzeiterkrankungen.

1. Was sagt der Krankenstand aus?

In den Medien wird immer wieder über Krankenstandsdaten aus verschiedenen Quellen berichtet, die den Praktiker manchmal aufgrund ihrer scheinbaren oder tatsächlichen Unstimmigkeit verwirren. Im Folgenden sollen einige methodische und inhaltliche Erläuterungen zum Krankenstand und seiner Aussagekraft gemacht werden, damit Daten aus solchen Medienberichten etwas besser zu interpretieren sind.

Der Krankenstand wird gewöhnlich als prozentualer Anteil der kranken Beschäftigten an allen Beschäftigten definiert. Zu unterscheiden sind dabei **Stichtagsstatistiken** und **kumulative Statistiken**. Die vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichte Krankenstandsstatistik KM 1 beruht auf Stichtagswerten, jeweils zum Monatsersten. Da die Monatsersten gelegentlich auf arbeitsfreie Tage fallen, liegt der

als Durchschnitt aus den Monats-Stichtagswerten errechnete Jahreswert der KM-1-Statistik in der Regel etwas niedriger als die Krankenstandswerte der Krankenkassen. Die gesetzlichen Krankenkassen errechnen die Krankenstandswerte kumulativ, d. h., hier gehen alle Arbeitsunfähigkeitszeiten eines Kalenderjahres ein. Als Bezugsbasis werden entweder alle Mitglieder (also auch die freiwilligen Mitglieder) oder nur die Pflichtmitglieder zugrunde gelegt. Freiwillige Mitglieder haben in der Regel einen höheren beruflichen Status und einen etwas geringeren Krankenstand als Pflichtmitglieder.

In den Statistiken der Krankenkassen kommt außerdem häufig eine Reihe speziellerer Kennzahlen vor. Wichtig ist die Unterscheidung von „**Arbeitsunfähigkeitsfällen**“ (AU-Fälle) und „**Arbeitsunfähigkeitstagen**“ (AU-Tage). Bei den Fällen wird jeder Krankheitsfall einmal gezählt, geht also mit gleichem Gewicht ein, egal wie lange die Krankschreibung gedauert hat. Die Arbeitsunfähigkeitstage zählen dagegen, wie der Name sagt, die Anzahl der Krankheitstage. Von den Arbeitsunfähigkeitstagen pro Versichertenjahr kommt man rechnerisch wieder zum Krankenstand, indem man durch 365 teilt. Häufig findet sich außerdem die „**durchschnittliche Falldauer**“, eine Kennziffer, die für Beurteilung der Schwere von Erkrankungen wichtig ist. Gelegentlich wird auch die Kennziffer „**AU-Quote**“ ausgewiesen. Damit ist der Anteil der Mitglieder gemeint, die mindestens eine Krankschreibung im Bezugsjahr

aufwiesen. Bei den AOK-Versicherten waren das im Jahr 2004 ca. 51% (Badura, Schellschmitt & Vetter 2006). Dagegen bezeichnet die sog. „**Gesundheitsquote**“ lediglich das Komplement zum Krankenstand, d. h. beträgt der Krankenstand 3%, dann beträgt die Gesundheitsquote 97%.

Den Krankenkassen liegen die Arbeitsunfähigkeitsdaten nach **Diagnosen** (ICD-10-codiert) vor. Der Diagnoseschlüssel ist unter www.dimdi.de in seiner jeweils aktuellen Fassung abrufbar. Unter Beachtung des Datenschutzes werden anonymisierte diagnosebezogene Auswertungen von den Krankenkassen auch für betriebliche Präventionsprojekte zur Verfügung gestellt.

Da bei Krankheitsfällen bis zu 3 Tagen von den Beschäftigten häufig keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt werden muss, erhalten die Krankenkassen auch keine Kenntnis von solchen Fällen. Kurzzeiterkrankungen sind daher in den Daten der Krankenkassen nur unvollständig vertreten.

Die Rohdaten der Arbeitsunfähigkeit werden zu Vergleichszwecken häufig standardisiert. Dabei geht es darum, Einflüsse der Versichertenstruktur auf den Krankenstand statistisch zu bereinigen. Ein Beispiel ist die Bildung sog. „**Versichertenjahre**“. Man kann diese Versichertenjahre einfach wie „**ganzjährig Versicherte**“ interpretieren. Das ist in Branchen mit saisonal Beschäftigten wichtig, aber aufgrund des seit einigen Jahren häufigeren Krankenkassenwechsels bei den Beschäftigten auch generell von Vorteil. Ein zweites Beispiel ist die **Altersstandardisierung** des Krankenstands. Es ist bekannt, dass der Krankenstand mit dem Alter stark zunimmt. Die Altersstandardisierung macht auch dann zwei Branchen oder Betriebe vergleichbar, wenn der Altersaufbau Unterschiede aufweist.

Inwiefern und in welchem Umfang der Krankenstand als **Morbiditätsstatistik** zu interpretieren ist, hängt sehr von der Fragestellung ab. Die Arbeitsunfähigkeit gibt Hinweise auf die Morbidität der Beschäftigten, aber kein vollständiges bzw. valides Bild. Bestimmte Erkrankungen sind systematisch unterrepräsentiert, z. B. führen Hauterkrankungen selten zu Krankschreibungen und spiegeln sich daher in der AU-Statistik nicht angemessen wieder. Ein zweites Beispiel: Viele Krebserkrankungen

Abbildung 1: Krankenstand im Trend

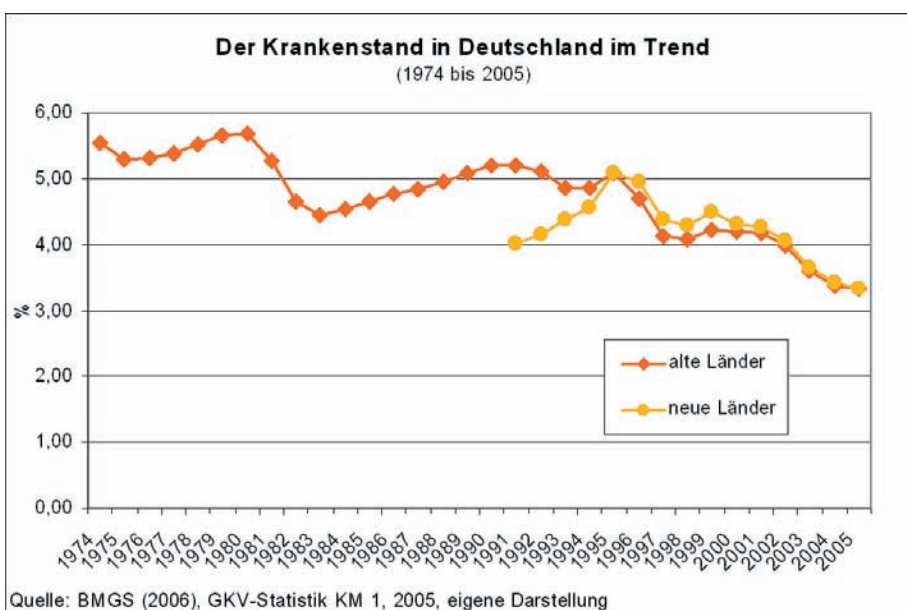




Abbildung 2: Krankenstand nach Branchen

haben eine Erwerbsunfähigkeit zur Folge und sind daher ebenfalls in der AU-Statistik kaum vertreten.

In gleicher Weise ist jeweils im Einzelfall zu prüfen, welche Schlussfolgerungen aus der Krankenstandsstatistik im Hinblick auf betriebliche oder andere **Ursachen** der Arbeitsunfähigkeit gezogen werden dürfen. Die Krankenstandsforschung hat im Laufe der Zeit eine Vielzahl von Einflussfaktoren auf den Krankenstand zusammengetragen, von der Betriebsgröße bis hin zur gesamtwirtschaftlichen Lage (siehe auch Kap. 2). Was speziell die Arbeitsbedingungen betrifft, so kam eine Studie des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen zu dem Ergebnis, dass 1998 ca. 29 % aller Arbeitsunfähigkeitstage auf körperliche Belastungen und 31 % aller Arbeitsunfähigkeitstage auf psychische Belastungen bei der Arbeit zurückzuführen waren (wobei beide Werte dabei nicht addiert werden dürfen, da körperliche und psychische Belastungen häufig gemeinsam auftreten, Bödeker et al. 2002). Auch frühere Studien, z. B. der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin oder des Nordischen Rats, eines Regierungsforums der skandinavischen

Länder, kamen zu ähnlichen Größenordnungen des arbeitsbedingten Anteils der Arbeitsunfähigkeit (vgl. Kuhn 2001).

Bei alledem ist zudem stets zu bedenken, dass die Krankenstandsstatistik kein Ergebnis epidemiologischer Surveys ist, sondern eine Statistik über einen sozialrechtlichen Leistungsfall, nach Maßgabe der „**Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien**“ des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Feststellung und Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit.

(<http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschluesse/2003-12-01-AU-neu.pdf>)

2. Wie ist die aktuelle Datenlage?

Der Krankenstand ist in Deutschland in den letzten Jahren stetig zurückgegangen und hat 2005 mit 3,32 % einen bisher unerreichten Tiefstand erreicht (GKV-Statistik KM 1). In den alten Bundesländern ist der Krankenstand der Männer etwas höher als der der Frauen, in den neuen Bundesländern ist es umgekehrt.

Nach **Branchen** differenziert gibt es deutliche Unterschiede, bedingt z. B. durch die Arbeitstätigkeiten, die Altersstruktur und die Qua-

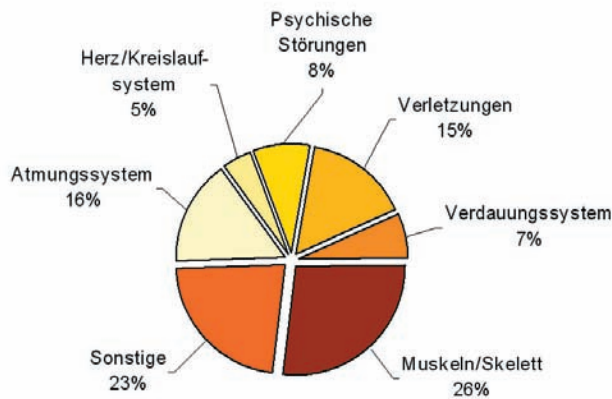
lifikationsstruktur der Beschäftigten sowie die durchschnittliche Betriebsgröße in den jeweiligen Branchen. Zum relativ hohen Krankenstand der öffentlichen Verwaltung sei angemerkt, dass das Durchschnittsalter der Beschäftigten relativ hoch ist und dass zur öffentlichen Verwaltung auch Berufe mit schweren körperlichen Belastungen, z. B. in Gartenbauämtern, gehören. Die Beamten sind als Privatversicherte in der Statistik der Krankenkassen nicht enthalten.

Branchenvergleiche fallen zudem je nach Kasenart etwas unterschiedlich aus, d. h., das Ranking der Branchen ist aufgrund unterschiedlicher Versichertenprofile nicht bei allen Krankenkassen identisch. Abbildung 2 gibt die Krankenstände von BKK-Versicherten an, gewichtet nach allen sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Deutschland (BKK Bundesverband 2005).

Die Daten lassen sich auch nach **Berufsgruppen** aufbereiten. Zu den beschäftigungsstarken Berufen mit den höchsten Krankenständen bei den BKK-Versicherten (BKK Bundesverband 2005) gehörten 2004 die Reinigungsberufe (21,2 AU-Tage je Mitglied) und die Hilfsarbeiter (18,7 Tage). Zu den Berufen mit den niedrigsten Krankenständen gehörten die Chemiker, Physiker, Mathematiker (1,5 Tage) und die Ingenieure (3,0 Tage). Die Differenz zwischen den Berufsgruppen steht in Zusammenhang mit dem Sozialgradienten des Krankenstandes: Bei den AOK-Mitgliedern 2003 hatten die Arbeiter mit 32,5 AU-Tagen je Mitglied einen höheren Krankenstand als Facharbeiter mit 20,6 Tagen, diese wiederum einen höheren Krankenstand als Meister (14,6 Tage) und Angestellte (14 Tage). Einen vergleichsweise hohen Krankenstand hatten auch die Auszubildenden mit 28,3 Tagen. Bei den Auszubildenden und generell bei jüngeren Beschäftigten ist der Krankenstand durch relativ viele kurz andauernde Arbeitsunfähigkeitsfälle geprägt, bei älteren Beschäftigten liegt dagegen die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle deutlich niedriger, aber sie dauern länger.

Die den Krankenstand dominierenden **Krankheitsarten** sind in den letzten 20 Jahren im Wesentlichen gleich geblieben. Nach wie vor stehen Erkrankungen des Muskelskelettsystems (hierunter insbesondere Rückenschmerzen) im Vordergrund, obwohl die Zahl der AU-Tage mit dieser Diagnose seit Jahren überproportional stark zurückgeht. Auffällig ist allerdings, dass sich die psychischen Störungen inzwischen auf den 4. Rangplatz vorge-schoben haben. Die psychischen Störungen haben auch nicht am allgemeinen Rückgang

Anteil einzelner Krankheitsarten am Krankenstand 2004
(in Prozent, BKK Pflichtmitglieder)



Quelle: BKK-Gesundheitsreport 2005, S. 11, eigene Darstellung

Abbildung 3: Diagnosen

des Krankenstands teilgenommen, im Gegenteil, die AU-Tage sind bei dieser Diagnose sogar gestiegen. Dieses Phänomen verzeichnen alle gesetzlichen Kassen.

3. Was folgt daraus für die betriebliche Praxis?

Für die Planung von Präventionsmaßnahmen ist der Krankenstand interessant, weil er das Interesse an der Wirtschaftlichkeit des Personaleinsatzes und das Interesse an der Gesundheit der Beschäftigten in einer Kennziffer vereinigt. Zu den direkten wirtschaftlichen Folgen des Krankenstands zählen:

- Kosten durch die Lohnfortzahlung (in Kleinbetrieben ggf. reduziert durch die Teilnahme an einer Entgeltfortzahlungsversicherung),
- Kosten für Ersatzkräfte und deren Einarbeitung,
- Kosten durch die Störung des Betriebsablaufs und erhöhten Organisationsaufwand (insbesondere bei Kurzeiterkrankungen),
- Kosten für nicht ausgelastete Kapazitäten,
- Produktionsausfall durch nicht geleistete Arbeit.

Daneben ist der Krankenstand betriebswirtschaftlich jedoch auch aus einem anderen Grund interessant. Ein hoher Krankenstand ist gewöhnlich ein Indikator für ein Organisationsproblem (Betriebsklima, Defizite in der Arbeitsgestaltung bzw. -organisation, Führungsverhalten). In größeren Unternehmen sind z. B. größere Differenzen im Krankenstand zwischen den Abteilungen Hinweise auf solche Organisationsprobleme.

In der betrieblichen Gesundheitsförderung und

im ganzheitlichen Arbeitsschutz wurden in den letzten Jahren Methoden entwickelt, den Krankenstand zu analysieren und zu geeigneten Handlungsoptionen zu kommen (Bamberg, Ducky & Metz, 1998, Westermayer & Bähr, 2002). Wenn man die oben genannten Einschränkungen berücksichtigt und Krankenstandsanalysen durch andere Instrumente, z. B. Gesundheitszirkel oder Mitarbeiterbefragungen zur Erfassung von Belastungen und Beschwerden ergänzt, stellen diagnosenbezogene Auswertungen der Krankenstandsdaten eine hilfreiche Grundlage für die Planung betrieblicher Präventionsprogramme dar. Die Krankenkassen können diese Daten anonymisiert für die Betriebe aufbereiten, wobei aus datenschutzrechtlichen Gründen und aus Gründen der statistischen Aussagekraft der Daten Kollektive unter 50 Beschäftigten meist nicht weiter differenziert werden. Für Kleinbetriebe ist der Krankenstand keine aussagekräftige Kennziffer, da hier ein Krankheitsfall mehr oder weniger zu großen Sprüngen beim Krankenstand führt. Ein ungelöstes Problem besteht nach wie vor darin, dass in den meisten größeren Betrieben viele Krankenkassen vertreten sind, die AU-Daten der Beschäftigten also nicht bei einer einzigen Krankenkasse abgerufen werden können. Die Bereitschaft der Krankenkassen zur Zusammenarbeit bei betrieblichen Präventionsprojekten ist zwar in den letzten Jahren besser geworden, aber nach wie vor nicht befriedigend.

Mitte der 90er Jahre, als die Krankenstände in Deutschland um ca. 2%-Punkte höher waren als heute, hatten konkurrierend zur Interpretation des Krankenstands als einem Organisati-

onsproblem auch Ansätze Konjunktur, die den Krankenstand personalisierend als „Blaumacherproblem“ interpretierten. Restriktive Formen der Krankenrückkehrgespräche wurden damals diskutiert (Busch, 1997, 1999) und auf politischer Ebene wurde die Einschränkung der Lohnfortzahlung (z. B. durch Karenztage) gefordert.

Diese Missbrauchsdebatte wurde vor allem an den Kurzeiterkrankungen und den Montagskrankungen festgemacht. Auch der Gesetzgeber hat, was die Einschaltung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen zur Klärung individueller Auffälligkeiten bei Krankenschreibungen angeht, auf diese beiden Aspekte abgehoben. § 275 (1a) SGB V lautet: „Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit (...) sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt (...)“ Krankenkassendaten sind zwar aufgrund der nicht vollständigen AU-Bescheinigungen bei Kurzeiterkrankungen keine absolut verlässliche Datenbasis zur Beurteilung dieser Frage, aber sie sprechen eher dafür, dass der Krankenstand kein Problem der Kurzeiterkrankungen ist, sondern der Langzeiterkrankungen.

Seit 2005 sind die Unternehmen verpflichtet, ein betriebliches Eingliederungsmanagement für Mitarbeiter durchzuführen, die innerhalb eines Kalenderjahres länger krankgeschrieben waren (§ 84 SGB IX). In Absatz 2 dieser Vorschrift heißt es: „Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung (...), bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann (betriebliches Eingliederungsmanagement). Soweit erforderlich wird der Werks- oder Betriebsarzt hinzugezogen.“

Was den zweiten Anhaltspunkt der Missbrauchsdebatte, die sog. „Montagskrankungen“ angeht, so gibt es tatsächlich an Montagen mehr Krankmeldungen als an den anderen Wochentagen. Bei den AOK-Versicherten waren es 2003 beispielsweise 33 % aller Krankmeldungen. Berücksichtigt man allerdings, dass Erkrankungen, die am Wochenen-

de auftreten, erst am Montag zu einer Krankmeldung führen können, relativiert sich dieser Sachverhalt und der Montag ist statistisch nicht mehr auffällig. Auch hier muss wiederum in Rechnung gestellt werden, dass die Kurzeiterkrankungen nur teilweise in den Kassendaten enthalten sind und so ein Vergleich der Häufigkeit von AU-Fällen nach Wochentagen erschwert wird.

Anzunehmen, dass es keinen Missbrauch bei den Krankschreibungen gibt, der Krankenstand also keine „motivationsbedingten Anteile“ hat, wäre sicher lebensfremd. Umgekehrt, das zeigt der Vergleich der Krankenstandsdaten mit den deutlich höheren Krankheitsraten aus dem Mikrozensus, gibt es heute aber auch viele Beschäftigte, die aus Angst vor Verlust ihres Arbeitsplatzes krank zur Arbeit gehen und damit möglicherweise langfristig ihre Gesundheit schädigen. Liegt ein Organisationsproblem vor, mögen disziplinarische Maßnahmen kurzfristig zwar den Krankenstand senken, aber langfristig wird man damit eine schwer behebbar Belastung des Betriebsklimas bewirken. Dies dürfte daher zumindest für Betriebe, die auf die Motivation und Kreativität ihrer Beschäftigten und nicht nur auf deren physische Anwesenheit angewiesen sind, keine optimale Lösung darstellen. Dagegen weisen Studien für Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung in Bezug auf die Senkung der Fehlzeiten nachhaltige Wirkungen und einen Return on Investment von 1:2 bis 1:5 nach (Bödeker & Kreis, 2003), d. h., der wirtschaftliche Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist inzwischen gut belegt, Nachhaltigkeit zahlt sich aus.

Literatur

Badura, B., Schellschmitt, H. & Vetter, C. (Hrsg.) (2005): Fehlzeitenreport 2004. Berlin: Springer.

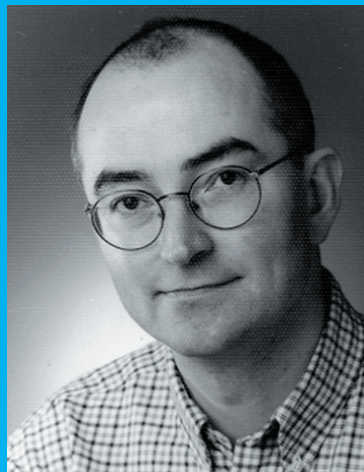
Badura, B., Schellschmitt, H. & Vetter, C. (Hrsg.) (2006): Fehlzeitenreport 2005. Schwerpunktthema: Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit - Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Berlin: Springer.

Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (1998): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Hogrefe.

BMGS (2006): Gesetzliche Krankenversicherung. Krankenstand 1970 bis 2005 und Februar 2006 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1) Stand: 7. März 2006.

BKK Bundesverband (2005): BKK Gesundheitsreport 2005. Krankheitsentwicklungen

Zur Person



Joseph Kuhn,

Jahrgang 1958, ist beim Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit für die Gesundheitsberichterstattung Bayerns zuständig. Er ist Diplompsychologe. Bevor er in den öffentlichen Gesundheitsdienst ging – zunächst im Land Brandenburg, war er in einer Berliner Unternehmensberatung mehrere Jahre auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung tätig. In Bayern ist er als Referent auch am Weiterbildungskurs Arbeitsmedizin/ Betriebsmedizin beteiligt.

Zur Person



Dr. Andreas Böhm

Jahrgang 1955, ist im Landesgesundheitsamt des Landes Brandenburg Dezernatsleiter im Dezernat für Gesundheits- und Sozialberichterstattung. Nach dem Diplom in Psychologie in Trier arbeitete er im Institut für Psychologie an der TU Berlin, wo er mit einer medizin-psychologischen Arbeit promovierte. Vor der Tätigkeit im Landesgesundheitsamt arbeitete er mehrere Jahre in Unternehmensberatungen, u. a. mit dem Schwerpunkt betriebliche Gesundheitsförderung.

Blickpunkt: Psychische Gesundheit. Essen: BKK Bundesverband.

Bödeker, W., Friedel, H., Röttger, C. & Schröer, A. (2002): Die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland 1998. Die BKK - Zeitschrift für die betrieblichen Krankenkassen 90 (2), 45-49.

Bödeker, W. & Kreis, J. (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. IGA-Report 3. Herausgegeben vom BKK Bundesverband und vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Essen: BKK Bundesverband.

Busch, R. (1997): Arbeitsmotivation und Gesundheit. Rückkehrgespräche in der betrieblichen Praxis. Berlin: FU Berlin.

Busch, R. (1999): Autonomie und Gesundheit. München: Hampp.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2004): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien) <http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs5/beschuesse/2003-12-01-AU-neu.pdf>.

Kuhn, J. (2001): Arbeitsbedingte Erkrankungen. Prävention 24, 3-6.

Westermayer, G., & Bähr, B. (Hrsg.) (2002): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: Hogrefe.