

// Nicolas R. Ziebarth (ZEW und Universität Mannheim),
Stefan Pichler (Universität Groningen und ZEW)

Einordnung des deutlichen Anstiegs der krankheitsbedingten Fehlzeiten seit 2022

Seit 2022 sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten laut übereinstimmender Berichte und auf Basis unterschiedlicher Datenquellen stark angestiegen. Es gilt festzuhalten, dass es in Deutschland keine einheitliche und repräsentative Datenbasis gibt, die Fehlzeiten nach Krankheitsdauer akkurat und vollständig erfasst. Viele Berichte beruhen auf Daten einzelner Krankenkassen, die sowohl selektiv als auch unvollständig sind, weil sie beispielsweise Fehlzeiten von unter vier Tagen nur sehr beschränkt erfassen. Zudem existiert keine international vergleichbare Datenbasis. Zusätzlich gilt, dass Deutschland eine der weltweit großzügigsten Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall hat: Jede privatwirtschaftlich angestellte Person hat das Recht, im Krankheitsfall vom ersten Tag an 100 Prozent des Lohnes zu erhalten – für eine Krankheitsdauer von bis zu sechs Wochen. Das impliziert, dass Deutschland pro Arbeitnehmer und Jahr vermutlich eine der höchsten Fehlzeiten weltweit aufzuweisen hat – und zwar schon vor dem mutmaßlichen Anstieg seit 2022. Die von der Techniker Krankenkasse erfassten Fehlzeiten liegen bei 19,4 Tagen pro Person für das Jahr 2023. Es gibt vier mögliche Haupterklärungsgründe für den Anstieg seit 2022: (1) die telefonische Krankschreibung, (2) Covid-19, „Long Covid“ sowie mehr Infektionen, (3) ein durch die Pandemie verändertes Fehlzeitenverhalten und (4) eine verbesserte elektronische Datenübermittlung. Es gibt starke Anhaltspunkte, dass der Großteil des Anstiegs der Fehlzeiten auf (4) – eine bessere statistische Erfassung der Fehlzeiten – zurückzuführen ist.



HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

- Aufbau einer repräsentativen und konsistenten Datenbasis, auch für wissenschaftliche Analysen
- Flexibilisierung der Lohnfortzahlung mit dem Recht auf Teilzeitkrankschreibungen
- Beibehaltung der telefonischen Krankschreibung
- Ausbau des medizinischen Dienstes zur Überprüfung von Arbeitsunfähigkeit und Ausbau des betrieblichen Gesundheitsmanagements

SPITZE BEI LOHNFORTZAHLUNG IM KRANKHEITSFALL

Deutschland war nicht nur das erste Land, das eine gesetzliche Krankenversicherung für Teile der Arbeiterschaft einführte. Es war wohl auch das erste Land, das die gesetzliche Lohnfortzahlung im Krankheitsfall einführte. Diese war ab 1884 elementarer Bestandteil der Krankenversicherungsleistungen und machte damals gut die Hälfte aller Gesundheitsausgaben aus (Finkenstädt 2010).

Vielleicht erklärt diese historische Errungenschaft den Stellenwert der Lohnfortzahlung in der Gesellschaft. „Die härtesten Arbeitskämpfe der Nachkriegsgeschichte“ im Jahre 1956/57 führten zur derzeitigen Ausgestaltung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, die 1970 eingeführt worden ist (Verdi 2021). Dabei ist zu konstatieren, dass die deutsche Lohnfortzahlung im Krankheitsfall (nach der in Luxemburg) wohl die großzügigste weltweit ist. Schweden beispielsweise hat einen Karenztag, der gänzlich unbezahlt bleiben kann. Danach greift eine Lohnfortzahlung von 80 Prozent von bis zu zwei Wochen. Ähnliche Regelungen gelten auch in anderen europäischen Ländern; in den USA, Kanada, Japan und Korea gibt es überhaupt keine flächendeckende und lückenlose Lohnfortzahlung.

Führt eine großzügigere Lohnfortzahlung zu mehr Fehltagen? Ja. Eine reichhaltige ökonomische Literatur hat eindeutig einen signifikanten und kausalen Zusammenhang zwischen der Großzügigkeit der Lohnfortzahlung und der Zahl der Fehltagen belegt (Johansson und Palme 1996, 2002, 2005; Ziebarth und Karlsson 2010, 2014, DePaola et al. 2014; Böckerman et al. 2018). Dies liegt daran, dass Menschen sich – gerade bei leichteren Erkrankungen – bei der Entscheidung sich krank zu melden auch von monetären Anreizen leiten lassen. Im ökonomischen Fachterminus heißt das: „Die Nachfrage ist relativ elastisch.“ Konkret finden etliche Studien übereinstimmend, dass die „Nachfrageelastizität“ in etwa bei -1 liegt. Das heißt: Sinkt die Lohnersatzrate von 100 auf 80 Prozent, würden die Fehlzeiten im Mittel auch um etwa 20 Prozent sinken.

Eine solche Senkung der Lohnersatzrate von 100 auf 80 Prozent wäre durch den Gesetzgeber umsetzbar und würde die Fehlzeiten senken. Allerdings wäre eine solche Maßnahme auch mit Risiken verbunden. Die damalige schwarz-gelbe Regierung unter Helmut Kohl hat 1996 nämlich genau ein solches Gesetz verabschiedet, was unter anderem zu Massenprotesten und Streiks, aber auch zu sinkenden Fehltagen führte (Ziebarth und Karlsson, 2010). Die neu gewählte rot-grüne Regierung unter Gerhard Schröder setzte mit der Rückgängigmachung dieser Reform 1998 ein Wahlversprechen um. Daraufhin stiegen die Fehlzeiten wieder (Ziebarth und Karlsson, 2014). Insgesamt muss die damalige Reform als gescheitert angesehen werden.

WENIGER LOHNFORTZAHLUNG FÜHRT ZU WENIGER FEHLZEITEN, ABER MEHR INFEKTIONEN

Aus ökonomischer Sicht können Änderungen der Fehltagen aufgrund einer abgesenkten Lohnfortzahlung in zwei Faktoren zerlegt werden. Erstens wird es weniger Menschen geben, die sich krankmelden, obwohl sie nicht krank sind („blaumachen“). Und es wird es weniger Menschen geben, die sich aufgrund leichter Erkrankungen krankmelden („Bettkantenentscheidung“).

Zweitens werden dann aber auch mehr Menschen krank zur Arbeit gehen (Pichler und Ziebarth 2017). Dieser sogenannte „Präsentismus“ ist insbesondere dann problematisch, wenn er Langzeitschäden hervorrufen kann oder Beschäftigte infektiös sind und andere Kollegen/-innen oder Kunden angesteckt werden. In der Literatur ist beispielsweise belegt, dass Grippe- und COVID-Infektionsraten sinken, wenn mehr Menschen Zugang zur Lohnfortzahlung haben (Pichler et al.

Lohnfortzahlung im Krankheitsfall seit Bismarck im Jahr 1884

Deutschland hat eine der großzügigsten Lohnfortzahlungen der Welt

Fehltage hängen vom Verhalten ab

Absenkung der Lohnersatzrate führte zu Massenprotesten

Absenkung der Lohnersatzrate führt zu weniger Blaumachern ...

... aber auch zu mehr Präsentismus und Infektionen

2020, 2021, Jelliffe et al. 2021).

Unabhängig davon, dass unvorhersehbare und häufige Fehlzeiten erhebliche Lohnkosten produzieren und organisatorische Herausforderungen für Firmen darstellen (Skira und Schmutte 2024), ist der Anteil der „Blaumacher“ sowie derer, die krank arbeiten, essenziell für die Beurteilung der Angemessenheit der Fehltage. Allerdings sind diese Anteile nur mit guten Daten – und auch dann nur sehr schwer statistisch bestimmbar (Cronin et al. 2024). Es lässt sich somit nicht pauschal sagen, welche Höhe an Fehlzeiten aus ökonomischer Sicht „optimal“ wäre.

In Deutschland kann der medizinische Dienst (MD) der Krankenkassen auf Antrag der Arbeitgeber und Krankenkassen die Arbeitsunfähigkeit (AU) per Gutachten überprüfen lassen. Dies geschieht bei Zweifeln über die wahren Hintergründe der AU sowie zur besseren Wiedereingliederung langfristig oder chronisch Erkrankter (Medizinischer Dienst der Krankenkassen 2024a). Im Jahr 2023 fertigte der MD 482.000 sozialmedizinische Gutachten, bei 63 Millionen AU-Fällen insgesamt, an (Medizinischer Dienst der Krankenkassen 2024b). „Blaumacherei“ ist kein Kavaliersdelikt und kann ein Straftatbestand sein sowie zur fristlosen Kündigung führen. Darüber sollten Arbeitnehmer/-innen regelmäßig aufgeklärt werden. Außerdem ist es empfehlenswert, die Arbeit des medizinischen Dienstes sowie des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu stärken, um das Arbeitskräftepotenzial voll auszuschöpfen.

Fehlzeiten belasten Firmen

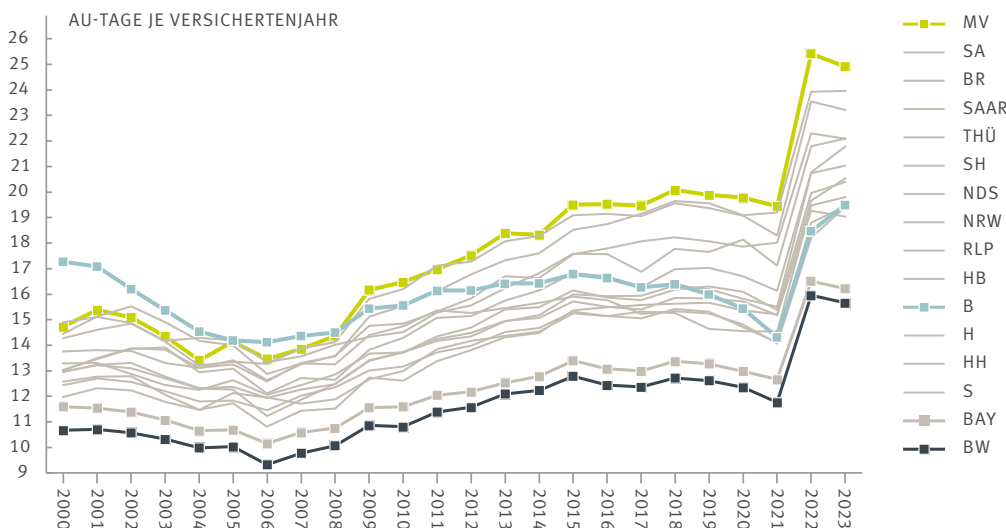
Medizinischer Dienst und betriebliches Gesundheitsmanagement sollten gestärkt werden

ENTWICKLUNG VON KRANKHEITSBEDINGTEN FEHLTAGEN

Abbildung 1 zeigt die Zahl der krankheitsbedingten Fehltage oder Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) von 2000 bis 2023 nach Bundesländern. Die Daten sind aus dem Gesundheitsreport der Techniker Krankenkassen (TK) entnommen und aufbereitet worden. Sie basieren auf allen TK-Versicherten, umfassen aber nur die Fehltage, die per Krankenschein bescheinigt und registriert worden sind. Da solche Krankenscheine erst ab dem vierten aufeinanderfolgenden Krankheitstag gesetzlich verpflichtend sind, ist die Datenbasis unvollständig. Zudem sind TK-Versicherte nicht für die Gesamtbevölkerung repräsentativ, sondern tendenziell gesünder. Es bleibt festzuhalten, dass in Deutschland keine einheitliche, administrative und repräsentative Datenbasis existiert. Die einzige repräsentative Datenbasis ist das Sozio-oekonomische Panel (SOEP), das zwar alle Krankheitstage enthält, allerdings auf der Basis von möglicherweise fehlerbehafteten Selbstauskünften.

Zahlen zu krankheitsbedingten Fehltagen

ABBILDUNG 1: AU-TAGE JE VERSICHERUNGSJAHR NACH BUNDESLÄNDERN



Folgende Beobachtungen sind zu machen: Erstens entwickeln sich die Fehlzeiten in allen Bundesländern über fast alle Jahre hinweg parallel, weisen aber erhebliche Niveauunterschiede auf. Diese sind durch die unterschiedliche Industriestruktur der Bundesländer sowie unterschiedliche soziodemografische Strukturen in der Arbeitnehmerschaft erklärbar. Seit gut 15 Jahren weist Mecklenburg-Vorpommern die höchsten Fehlitage aller Bundesländer auf, während Baden-Württemberg seit 2000 die geringsten Fehlzeiten aufweist.

Zweitens ist in der ökonomischen Literatur belegt, dass Fehlzeiten mit der wirtschaftlichen Lage, insbesondere der Arbeitslosigkeit, korreliert sind. Dies kann zum einen daran liegen, dass sich Arbeitnehmer/-innen aus Angst vor Arbeitslosigkeit seltener krankmelden. Eine alternative Erklärung ist die Arbeitsbelastung und eine andere Zusammensetzung der Arbeitnehmerschaft in Zeiten niedriger Arbeitslosigkeit (Pichler 2015). Dies ist in Abbildung 1 gut zu beobachten. Von 2000 bis 2006 sanken die Fehlitage im Mittel von 12,9 auf 11,4 Tage pro Arbeitnehmer/-in und Versicherungsjahr. Seitdem stiegen sie bis ins Jahr 2018 wieder stetig auf 15,5 Tage. Zudem weisen Frauen aus verschiedenen Gründen gut 25 Prozent mehr Fehlitage auf als Männer, siehe Techniker Krankenkassen (2024) sowie Herrmann und Rockoff (2012).

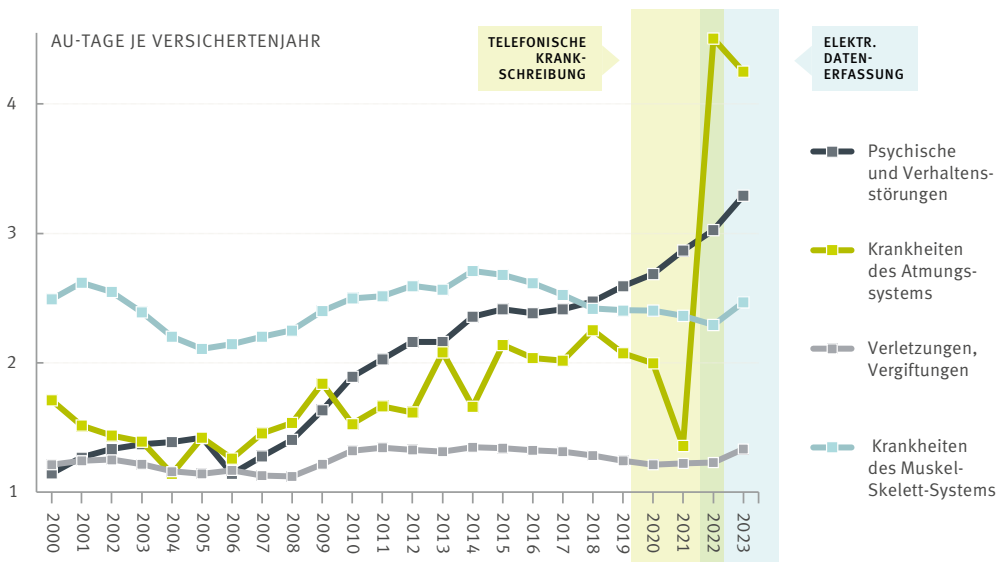
Drittens zeigt Abbildung 1, dass die AU-Tage von 2018 bis 2021 gesunken sind, auch während der ersten beiden Jahre der COVID-19-Pandemie. Entgegen der ersten Intuition ist dies jedoch nicht verwunderlich. Zum einen waren die Jahre 2020/21 durch Kurzarbeit und Heimarbeitsregelungen geprägt, zum anderen sind Infektionskrankheiten wie die saisonale Grippe durch Schutzmaßnahmen deutlich gesunken, siehe Abbildung 2.

Unterschiede zwischen den Bundesländern

Fehlzeiten korrelieren mit der wirtschaftlichen Lage

Fehlzeiten sanken in 2020 und 2021

ABBILDUNG 2: RELATIVE VERÄNDERUNGEN DER FEHLZEITEN IN RELEVANTEN DIAGNOSEKAPITELN



WAS ERKLÄRT DEN ANSTIEG DER FEHLZEITEN SEIT 2022?

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der AU-Tage seit 2000 nach Hauptdiagnosen der Krankschreibung. Dabei sind drei Kernerkenntnisse für die Beurteilung des Anstiegs relevant: Erstens sind Fehlzeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen seit 2000 dynamisch um insgesamt über 250 Prozent angestiegen. Auch in Zukunft ist eine Fortsetzung dieses Trends zu erwarten. Zweitens sind insbesondere Fehlzeiten aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (sowie infektiöse Erkrankungen) für den sprunghaften Anstieg seit 2022 verantwortlich. Drittens fällt dieser Anstieg nicht mit dem Beginn der Coronapandemie zusammen, sondern setzt erst 2022 ein. Zudem sind auch Fehlzeitenanstiege für andere Diagnosegruppen erkennbar.

Für den jüngsten starken Anstieg der AU-Tage kommen vier mögliche Erklärungsansätze in Betracht: (1) die telefonische Krankschreibung, (2) COVID-19, „Long COVID“ und Infektionskrankheiten, (3) ein durch die Pandemie verändertes Krankmeldungsverhalten und (4) eine verbesserte elektronische Datenübermittlung.

Telefonische Krankschreibung: Die telefonische Krankschreibung wurde für leichte Atemwegserkrankungen und bei Verdacht auf COVID-19 bereits zu Beginn der Pandemie ab Anfang März 2020 eingeführt (KBV 2020). Diese Maßnahme wurde dann mehrmals bis Ende März 2023 verlängert. Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wurde die Regelung schließlich ab Dezember 2023 auf permanenter Basis eingeführt (Bundesregierung 2024). Ein Hauptgrund war die Entlastung von Hausärzten und Patienten/-innen und die Isolierung gesundheitlich schwacher oder infektiöser Patientinnen und Patienten aus überfüllten Wartezimmern. Dabei ist zu beachten, dass die telefonische Krankschreibung nur bei bekannten Patienten/-innen ohne schwere Symptome einmalig für bis zu 5 Werktagen ausgestellt werden darf. Obwohl die Datenlage keine mikrodatenbasierte statistische Untersuchung mit Methoden der Kausalanalyse zulässt, spricht der Verlauf der Fehlzeiten von 2020 bis 2023 gegen die telefonische Krankschreibung als treibende Kraft des jüngsten Anstiegs. Wäre sie die treibende Kraft gewesen, würde man einen Anstieg der Fehlzeiten seit 2020 erwarten, kombiniert mit einem Rückgang der Fehlzeiten im Jahr 2023 aufgrund des zeitweisen Auslaufens der Regelung.

COVID-19, Long COVID und Infektionen: Im Jahr 2020 wurden in Deutschland gut 1,5 Millionen Covid-19-Infektionen registriert, im Jahr 2021 mehr als 5 Millionen, im Jahr 2022 gut 30 Millionen und im Jahr 2023 gut 1,3 Millionen (Robert Koch Institut 2024). Hinzu kommen „Long COVID“-Erkrankungen bei gut 10 Prozent der Infizierten. Die Zahl der COVID-19-Infektionen scheint somit kaum kompatibel mit dem sprunghaften Anstieg der Fehlzeiten in den Jahren 2022 und vor allem 2023, zumal COVID-19 und Long-COVID in der abgebildeten Systematik nicht unter Atemwegserkrankungen fällt. Laut Techniker Krankenkasse fielen im Jahr 2022 lediglich 3,2 Prozent aller 108 Millionen Fehltage von TK-Versicherten auf COVID-19-Diagnosen zurück, darunter lediglich 0,6 Prozent auf Long COVID. Allerdings fielen die saisonalen „Grippewellen“ sowohl 2022 als auch 2023 ungewöhnlich stark aus (Robert Koch Institut, 2024). Dies könnte an einem mangelnden Aufbau der Immunabwehr durch die COVID-19-Schutzmaßnahmen, in Kombination mit den dann weggefallenen Schutzmaßnahmen, liegen. Diese Vermutung liegt auch deshalb nahe, weil Länder wie das Vereinigte Königreich und Frankreich ebenfalls steigende krankheitsbedingte Fehlzeiten von 2021 auf 2022 und 2023 vermelden (CIPD, 2023). In Frankreich lag der Anstieg in etwa bei 15 Prozent (AXA 2023). Um den „wahren“, durch Atemwegserkrankungen verursachten, Anstieg ab 2022 abzuschätzen, ist es sinnvoll, die maximalen Anstiege der Fehlzeiten aufgrund von Atemwegserkrankungen und Infektionen der letzten Dekaden zu betrachten. So waren während der stärksten Grippewellen zwischen 2000 und 2019 die AU-Tage aufgrund von Atemwegserkrankungen um maximal 30 Prozent erhöht. Selbst unter der Annahme eines stärkeren Anstiegs durch die (weggefallenen) Schutzmaßnahmen bleibt der Großteil des Anstiegs in Abbildung 2 unerklärt.

Insbesondere Atemwegserkrankungen sind für Anstieg in 2022 und 2023 verantwortlich

Telefonische Krankschreibung kann Anstieg in 2022/23 nicht erklären

Teil des Anstiegs in 2022/23 durch Wegfall von Schutzmaßnahmen

Verändertes Fehlzeitenverhalten: In Kombination mit starkem Infektionsgeschehen könnte auch ein statistisch schwer messbarer Faktor eine Rolle spielen, nämlich Verhaltensänderungen nach den Erfahrungen mit der COVID-19-Pandemie. Während dieser Zeit wurden den Bürgerinnen und Bürgern epidemiologische Grundkenntnisse vermittelt, insbesondere wurden sie aufgefordert, mit Krankheitssymptomen nicht zur Arbeit zu gehen. Es ist plausibel, anzunehmen, dass viele Arbeitnehmer/-innen auch heute noch eine solche Vorsicht im Umgang mit Infektionskrankheiten an den Tag legen. Aus gesundheitspolitischer Sicht ist dies begrüßenswert. Allerdings legen die organisatorischen Herausforderungen für Arbeitgeber nahe, dass Arbeitnehmer/-innen bei leichten Infektionskrankheiten idealerweise zunächst das Gespräch mit ihren Arbeitgebern suchen sollten, um Möglichkeiten zur Heimarbeit, isolierter Arbeit ohne Kundenkontakt oder Arbeit mit Tragen einer Maske auszuloten.

Bessere Datenerfassung: Es ist davon auszugehen, dass der Großteil des Anstiegs auf eine bessere statistische Datenerfassung zurückzuführen ist. Vor 2022 wurden von den Krankenkassen nämlich nur solche Fehlzeiten erfasst, die per „gelbem Schein“ von den Versicherten und ihren Arbeitgebern gemeldet worden sind. Seit dem 1. Januar 2022 wurde mit dem Beginn der elektronischen AU-Bescheinigung (eAU) die Datenerfassung deutlich verbessert (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2024, KBV, 2024). Es ist somit davon auszugehen, dass die wahren Fehlzeiten vor 2022 deutlich untererfasst worden sind, gerade bei leichteren Atemwegserkrankungen. Dafür spricht auch eine Analyse des Anstiegs nach Krankheitsdauern, aus der klar hervorgeht, dass der Anstieg durch Krankheitsdauern zwischen 4 und 14 Tagen getrieben ist, deren Anteil an den Gesamt-AU-Tagen sich mehr als verdoppelt hat.

Es ist daher sehr wahrscheinlich, dass die überwiegende Mehrheit des seit 2022 bestehenden, sprunghaften Anstiegs der AU-Tage durch Atemwegserkrankungen und Infektionen zwischen vier und 14 Tagen auf die elektronische Übermittlung der Arbeitsunfähigkeitstage zurückzuführen ist. Das hat die Datenqualität erheblich verbessert.

Weiterer Teil des Anstiegs durch schnelle Krankmeldungen bei Infektionen

Hauptteil durch bessere Datenerfassung

DISKUSSION UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

Nach einer Analyse öffentlich verfügbarer, aggregierter Daten scheint es sehr wahrscheinlich, dass ein Großteil des Anstiegs der krankheitsbedingten Fehlzeiten seit 2022 durch eine verbesserte elektronische Erfassung der AU-Tage zu erklären ist. Darauf deutet auch der Anstieg des Anteils der Fehlzeiten von vier bis acht Tagen hin, in Kombination mit der Diagnose „Atemwegserkrankungen“ sowie der Tatsache, dass eine telefonische Krankschreibung allenfalls einmalig für bis zu fünf Tage ausstellbar ist und diese Möglichkeit bereits seit 2020 mit einer Unterbrechung in 2023 bestand. Eine genauere Analyse der Gründe für den Anstieg seit 2022 verlangt eine bessere Datengrundlage und mikrodatenbasierte wissenschaftliche Evaluationen.

Es liegt zudem nahe, dass sich hinter dem Anstieg der Atemwegserkrankungen insbesondere leichte Erkältungskrankheiten verbergen, die durch einen Bewusstseitswandel seit der Pandemie öfter zur Krankmeldung führen als früher. Dies ist aus gesundheitspolitischer Sicht begrüßenswert, weil so die Infektionsketten durch geringeren Präsentismus schwächer ausgeprägt sein dürften. Allerdings führt der damit verbundene Anstieg der AU-Tage gerade in Zeiten des Fachkräftemangels u.a. zu höheren Lohnkosten sowie zu Lieferproblemen für Firmen und Kunden. Arbeitnehmer/-innen sollten bei leichten Erkältungskrankheiten in vertrauensvollen Gesprächen mit ihren Arbeitgebern Alternativen wie die Heimarbeit oder das Tragen einer Maske prüfen. Zudem sollten Firmen die Möglichkeit prüfen, die Bereitschaft zu solchen Maßnahmen mit Anwesenheitsprämien zu belohnen und gleichzeitig Beschäftigte über die strafrechtsrelevanten Tatbestände von „Blaumacherei“ aufklären. Entsprechend ist es überlegenswert, den medizinischen Dienst und dessen Möglichkeiten zur Erstellung von Gutachten bei Arbeitsunfähigkeit auszuweiten.

Um das generell hohe Niveau an AU-Tagen aufgrund der großzügigen Lohnfortzahlung zu reduzieren, ist zudem die verbesserte Behandlung von Long COVID und mentaler Probleme vonnöten. Das Recht auf Teilzeitkrankschreibung könnte bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess ebenso helfen wie weitere Informationskampagnen zum gesundheitlichen Schutz, beispielsweise durch COVID-19-Auffrischungsimpfungen. Es ist zudem davon auszugehen, dass die Vorteile der telefonischen Krankschreibung die Nachteile deutlich überwiegen. Jedoch sollte eine Ausweitung der Krankschreibungspflicht ab dem ersten Fehltag geprüft werden. Schon heute haben Arbeitgeber die Möglichkeit, ab dem ersten Krankheitstag eine Krankschreibung zu verlangen.

Eine dauerhafte gesellschaftliche Aufgabe bleibt es, zugeschnittene und verbesserte Behandlungsoptionen für gesundheitlich schwache Menschen zu erarbeiten. Generell wäre eine Flexibilisierung des Entgeltfortzahlungsgesetzes mit dem Recht auf „Teilzeitkrankschreibungen“ sinnvoll; dies wird in anderen Ländern schon seit Jahren praktiziert (Andrén and Svensson 2012, Andrén 2014). Bis zu einer gesetzlichen Regelung sollten Arbeitgeber das Angebot dieser Option in Betracht ziehen.

REFERENZEN

- Andrén, D., Svensson, M.** (2012). Part-Time Sick Leave as a Treatment Method for Individuals with Musculoskeletal Disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22, 418-426 (2012).
- Andrén, D.** (2014). Does Part-Time Sick Leave Help Individuals with Mental Disorders Recover Lost Work Capacity? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24, 344-360.
- AXA** (2023): Datascope, l'observatoire de l'absentéisme, <https://www.axa-assurancescollectives.fr/wp-content/uploads/2023/05/Datascope-2023-observatoire-absenteisme.pdf>, retrieved September 28, 2024
- Böckerman, P., Kanninen, O. and I. Suoniemi** (2018). A Kink that Makes You Sick: The Effect of Sick Pay on Absence, *Journal of Applied Econometrics*, 33(4): 568-579.
- Bundesamt für Soziale Sicherung** (2024): Elektronische Übermittlung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/digitalausschuss/digitaler-kundenservice-und-automatisierte-bearbeitung/elektronische-uebermittlung-von-arbeitsunfaehigkeitsbescheinigungen/> retrieved September 28, 2024
- Bundesregierung** (2024): Telefonische Krankschreibung möglich, <https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/arbeit-und-soziales/telefonische-krankschreibung-1800026>, retrieved September 28, 2024
- CIPD** (2023): Health and Wellbeing at Work, <https://www.cipd.org/uk/knowledge/reports/health-well-being-work/>, retrieved September 28, 2024
- De Paola, M., V. Scoppa, and V. Pupo** (2014). Absenteeism in the Italian Public Sector: The Effects of Changes in Sick Leave Policy. *Journal of Labor Economics* 32(2), 337-360.
- Finkenstädt, V.** (2010): Das Spannungsverhältnis von Äquivalenz und Einkommensumverteilung in der GKV- Eine Analyse der historischen Entstehungszusammenhänge, Wissenschaftliches Institut der PKV
- Herrmann, M. A. and J. E. Rockoff** (2012). Does Menstruation Explain Gender Gaps in Work Absenteeism? *Journal of Human Resources* 47(2), 493-508.
- Jelliffe, E., P. Pangburn, S. Pichler, and N. R. Ziebarth** (2021). Awareness and Use of (Emergency) Sick Leave: US Employees' Unaddressed Sick Leave Needs in a Global Pandemic. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 118(29).
- Johansson, P. and M. Palme** (1996). Do Economic Incentives Affect Work Absence? Empirical Evidence Using Swedish Micro Data. *Journal of Public Economics* 59(1), 195-218.
- Johansson, P. and M. Palme** (2002). Assessing the Effect of Public Policy on Worker Absenteeism. *Journal of Human Resources* 37(2), 381-409.
- Johansson, P. and M. Palme** (2005). Moral Hazard and Sickness Insurance. *Journal of Public Economics* 89(9-10), 1879-1890.
- KBV** (2024): Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), <https://www.kbv.de/html/e-au.php>, retrieved September 28, 2024
- Maclean, J. C., S. Pichler, and N. R. Ziebarth** (2024). Mandated Sick Pay: Coverage, Utilization, and Crowding-in. *Journal of the European Economic Association*, conditionally accepted
- Markussen, S., K. Rød, and R. C. Schreiner** (2018). Can Compulsory Dialogues Nudge Sick Listed Workers Back to Work? *Economic Journal* 128(610), 1276-1303.
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen** (2024). Zahlen, Daten, Fakten 2023, https://www.medicinischerdienst.de/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Bilder/2024_MD_Kongress/Pressemappe/7_FIN_ZAHLEN_DATEN__FAKTEN_023.pdf, abgerufen am 20.9.2024

- Pichler, S.** (2015). Sickness Absence, Moral Hazard, and the Business Cycle, *Health Economics*. 24(6): 692-710.
- Pichler, S., K. Wen, and N. R. Ziebarth** (2020). Covid-19 Emergency Sick Leave has Helped Flatten the Curve in the United States. *Health Affairs* 39(12), 2197-2204.
- Pichler, S. and N. R. Ziebarth** (2017). The Pros and Cons of Sick Pay Schemes: Testing for Contagious Presenteeism and Noncontagious Absenteeism Behavior. *Journal of Public Economics* 156, 14-33.
- Pichler, S. and N. R. Ziebarth** (2020). Labor Market Effects of U.S. Sick Pay Mandates. *Journal of Human Resources* 55(2), 611-659.
- Pichler, S., Wen, K. and N. R. Ziebarth** (2021): Positive Health Externalities of Mandating Paid Sick Leave, *Journal of Policy Analysis and Management*, 40(3): 715-743.
- Pichler, S. and N. R. Ziebarth** (2024). Sick Leave and Medical Leave in the United States: A Categorization and Recent Trends. IZA Policy Papers 206, Institute of Labor Economics (IZA).
- Robert Koch Institut** (2024): SURVSTAT@RKI 2.0, <https://survstat.rki.de/Content/Query/Create.aspx>, abgerufen am 20.9. 2024
- Schmutte, I. M. and M. M. Skira** (2024): The Response of Firms to Maternity Leave and Sickness Absence, *Journal of Human Resources*, forthcoming
- Techniker Krankenkassen** (2024). Gesundheitsreport 2024: Arbeitsunfähigkeiten, <https://www.tk.de/resource/blob/2168508/ee48ec9ef5943d2d40dc10a76bedf290/gesundheitsreport-au-2024-data.pdf>, abgerufen am 20.9. 2024
- Verdi** (2021): Lohnfortzahlung bei Krankheit und an Feiertagen, Bezirkregion Saar Trier, <https://saar-trier.verdi.de/themen/was-haben-die-gewerkschaften-je-fuer-uns-gegan/>, abgerufen am 20.9. 2024



Impressum

Autoren: Nicolas R. Ziebarth (ZEW und Universität Mannheim), nicolas.ziebarth@zew.de
Stefan Pichler (Universität Groningen und ZEW)

Herausgeber: ZEW – Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung
L 7, 1 · 68161 Mannheim · Deutschland · info@zew.de · www.zew.de · x.com/zew

Präsident: Prof. Achim Wambach, PhD · Kaufmännische Geschäftsführerin: Claudia von Schuttenbach

Redaktionelle Verantwortung: Bastian Thüne · bastian.thuene@zew.de

Anmerkung zum Zitieren aus dem Text: Es ist gestattet, Auszüge aus dem Text in der Originalsprache zu zitieren, insofern diese durch eine Quellenangabe kenntlich gemacht werden.

© ZEW – Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH Mannheim

ZEW

Leibniz
Leibniz
Gemeinschaft