

Krankenstand: hier und anderswo

Für einen lehrreichen Blick über die Grenzen bedarf es mehr als der „puren Empirie“. Notwendig ist das Wissen über das Zustandekommen der Zahlen, die (sich verändern) sozialpolitischen, ökonomischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen – kurz: Interpretationswissen. So verglichen, zeigen die Krankenstandszahlen aus der BRD, den USA und Schweden manches in einem anderen, neuen Licht.

Von Klaus Deimer,
Dieter Jaufmann und
Natalie Wendisch.

Dr. Deimer ist Professor für VWL an der Berufsakademie in Berlin; Dr. Jaufmann arbeitet derzeit an der Universität Augsburg; N. Wendisch ist selbstständig und im Bereich des Öko-Auditing tätig.

Die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall hat in Deutschland eine relativ weit zurückreichende Historie: 1931 wurde die Regelung (mit 100 Prozent) für die Gruppe der Angestellten eingeführt, 1957 wurde sie nach einem langen Streik dann auch für die Arbeiter gesetzlich geregelt. Zyklisch auftretend, wurden immer wieder Fehlzeiten- und damit meist auch Arbeits(un)moraldebatten geführt.

Zum 1. Juni 1994 wurde das neue und nunmehr für alle Arbeitnehmergruppen einheitliche Entgeltfortzahlungsgesetz verabschiedet, das insbesondere eine Absenkung der Lohn- und Gehaltsfortzahlung von 100 auf 80 Prozent vorsieht. Davon ist, bedingt durch bestehende tarifliche bzw. arbeitsvertragliche Vereinbarungen, ein Großteil der Arbeitnehmer bislang (noch) nicht betroffen.

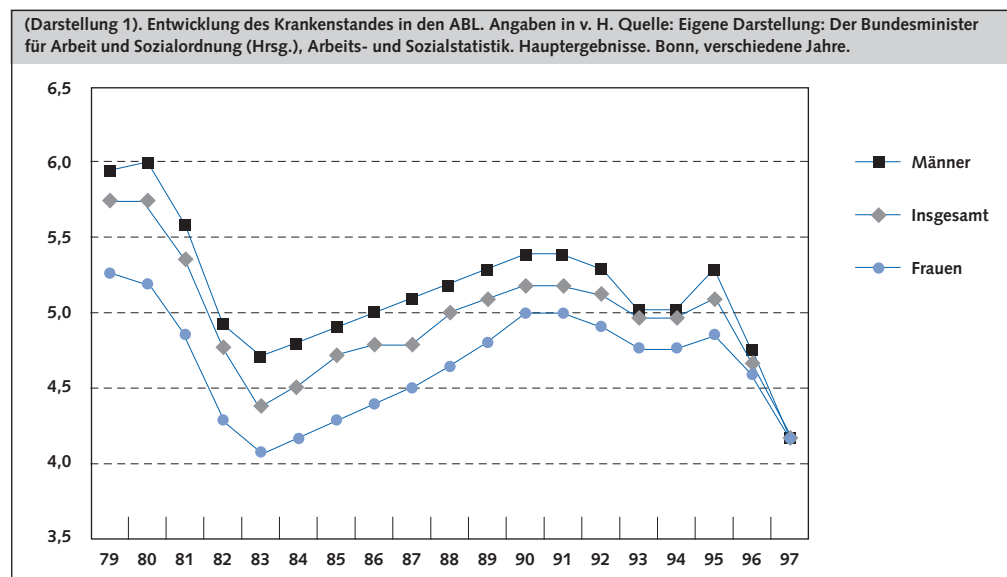
Um Entwicklungen aufzuzeigen und Trends und Tendenzen sichtbar zu machen, bedarf es einer Zeitreihe, die auf der Basis gleichartiger Messungen des gleichen Sachverhalts gebildet wird. Gemessen an der Publizität, dürfte die „prominenteste“ Entwicklung in der Bundesrepublik die des Krankenstandes der Pflichtmitglieder in der Gesetzlichen Krankenversicherung sein. Ermittelt wird die durchschnittliche jährliche Fehlzeitenquote jeweils auf der Basis monatlicher Stichtagserhebungen. Bis etwa Mitte der 80er Jahre ist der Krankenstand, vom Ausgangsjahr 1979 her betrachtet, sukzessive ab-

gesunken. Anschließend stieg er bis Anfang der 90er Jahre wieder moderat, aber kontinuierlich an. Nach einer kurzzeitigen Reduzierung wurde 1995 wieder eine neue Spitze erreicht; seither geht es steil bergab. All dies klingt dramatischer, als es letztendlich ist, denn fast über die gesamte Zeitreihe hinweg liegen die Werte stets um die Fünf-Prozent-Marge.

Die geschlechtsspezifischen Kurven verlaufen nahezu parallel zu den Ingesamtergebnissen. Für viele sicherlich überraschend: Der Krankenstand der Frauen liegt stets unterhalb dem der Männer. 1997 wurde mit 4,2 Prozent (West) und 4,3 Prozent (Ost) im Jahres-

durchschnitt ein neues Rekordtief erreicht. Waren es 1995 durchschnittlich noch etwas mehr als 11 Arbeitsfehltag pro Beschäftigten, so verringerte sich diese Zahl auf 9,2 im Jahre 1997. An Gründen dafür benannte das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung unter anderem die folgenden:¹

- Angst um den eigenen Arbeitsplatz als wichtigstes Moment;
- die neuen Regelungen zur Entgeltfortzahlung;
- das „Aussortieren“ Leistungschwächerer, Älterer, Kranker etc.;
- teilweise verbesserte Gesundheitsprävention in den Betrieben, Mitarbeitergespräche und Einführung von Bonussystemen. →



Grafik: Tina Vogt

→ In der Summe betrachtet also keine gänzlich unbedenkliche Entwicklung, die sich mittel- und langfristig durchaus ins Gegenteil verkehren könnte. Es mehren sich inzwischen auch schon die Stimmen, die auf die Gefahr des Verschleppens von Krankheiten hinweisen – geringe Produktivität, dauerhafte Gesundheitsschäden oder längerfristige Ausfälle mögen die nichtintendierten Folgen sein.²

Beispiel USA

Aus der europäischen Perspektive ist es nahezu selbstverständlich, daß es nationale Systeme der sozialen Absicherung von Risiken, unter anderem eben der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit (AU), gibt. Die USA sind „anders“ und liefern damit eines der bedeutsamsten Beispiele, daß die Entwicklung sozialer Sicherung mit ihren gesellschaftspolitischen Feinheiten den jeweils eigeneprägten, historischen und politisch-kulturellen Besonderheiten folgt. In der Regel gibt in den USA der nationale Bundesstaat gesetzliche Rahmenrichtlinien bzw. Mindeststandards der Sicherung durch Rahmengesetze vor. Der Ermessensspielraum der Einzelstaaten bei der konkreten Ausgestaltung führt dann jedoch zu großen Unterschieden sowohl in der Gesetzesanwendung als auch der Leistungsgewährung. Und es gibt daneben immer die Alternative, diese Sicherungsansprüche „privat“ zu regeln. Dieses als „public-private-mix“ bezeichnete System ist in den USA deutlich ausgeprägter vorzufinden als in europäischen Ländern.³

Arbeitsunfähigkeit ist in den Vereinigten Staaten durch die Unfallversicherung „Workers' Compensation“ mitgeregelt. Diese Versicherungen fallen ebenfalls in die Gesetzgebungskompetenz der Einzelstaaten. Die Workers' Compensation und daraus resultierende Ansprüche sind immer an das Bestehen eines Arbeitsvertrages gebunden. Derzeit gibt es 55 einzelstaatliche Gesetze und zwei Bundesprogramme, die den Arbeitnehmern und ihren Familien Hilfen bereitstellen, wenn sie durch berufsbedingte Verletzungen oder Krankheit

arbeitsunfähig werden. Selten ist Workers' Compensation eine Pflichtversicherung. Daß das Niveau der Sicherung bezüglich krankheitsbedingter AU in den einzelnen Bundesstaaten sehr unterschiedlich und die Bandbreite der Leistungen extrem groß ist, erklärt sich insofern von selbst.⁴ Ein Vergleich der AU-Zahlen für den Gesamtstaat USA läßt diese Unterschiede immer unberücksichtigt.

In der Darstellung 2 sind die Krankenstände eindeutig ausgewiesen. Betrachtet man diese Zahlen als die AU-Werte, so stieg der Anteil derjenigen, die krankheitsbedingt abwesend waren, bis 1989 an; seit 1990 sinken die Zahlen wieder. Wichtig dazu: Erstens handelt es sich bei den Prozentwerten um Jahresdurchschnitte auf der Basis monatlicher Daten. Zweitens wird seit 1994 für den Current Population Survey (CPS) ein überarbeiteter Fragebogen sowie eine geänderte Befragungsmethodik parallel zum alten Fragebogen eingesetzt. Die Vergleichbarkeit der Daten ist somit nur in sehr eingeschränktem Maße gegeben.

Faßt man die Ergebnisse zur krankheitsbedingten AU zusammen, so kann man folgendes Fazit ziehen: Für einen internationalen Vergleich sind die Daten über Fehlzeiten der amerikanischen Arbeitnehmer nur bedingt verwendbar. Wesentlich stärker als in anderen Ländern erscheinen die strukturellen Gegebenheiten der Arbeitsbeziehungen für Absentismus verantwortlich. Die niedrige Quote ist eher in Zusammenhang mit der schlechten Gewährleistung von Lohnersatzleistungen zu sehen; der ökonomische Druck, nicht krank zu werden, ist somit sehr hoch.⁵

Der Vergleich mit Schweden

Während in den 80er Jahren die krankheitsbedingten Fehlzeiten in Schweden gegenüber der Dekade davor deutlich zunahmen, ist im laufenden Jahrzehnt – unabhängig von der verwendeten Datenquelle – eine kontinuierlich rückläufige Entwicklung zu beobachten.⁶ Wie in anderen Ländern auch, scheiden sich die Geister in der Regel bei der Interpretation der Daten. An dieser Stelle kann nicht auf alle Argumente einge-

gangen werden, die etwa auch auf das sehr differenzierte, von gegenseitigen Abhängigkeiten gekennzeichnete schwedische Sicherungssystem zurückzuführen sind. Doch schälen sich einige besondere Kennzeichen heraus.

Von großem Gewicht sind die Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt: Je höher die Beschäftigtenzahl ist, desto deutlicher steigt auch die Fehlzeitenquote. Da Schweden bis zum Beginn der 90er Jahre sehr viel stärker als andere Industriestaaten das Vollbeschäftigungsziel verfolgte, konnte die Beschäftigung auf einem vergleichsweise hohen Niveau gehalten werden. Dies bedeutete aber gleichzeitig, daß auch krankheitsanfälliger oder bereits chronisch kranke Personen, die auf einem sehr „knappen“ Arbeitsmarkt keine Beschäftigungschance hatten, nun Arbeit fanden, allerdings um den „Preis“ einer insgesamt steigenden Fehlzeitenquote.⁷ Im Umkehrschluß ist daher davon auszugehen, daß bei reduzierter Arbeitsnachfrage, wie sie mittlerweile auch in Schweden vorliegt, diese Personen von den Unternehmen bevorzugt „freigesetzt“ werden. Dies bedeutet ein Absinken der Fehlzeitenquote.⁸

Die Vermutung des mißbräuchlichen Ausnutzens der Sozialsysteme wird in schwedischen Untersuchungen in der Regel zurückgewiesen oder gar nicht erst erhoben. Obwohl erst ab dem siebten Krankheitstag ein ärztliches Attest vorgelegt werden muß, beträgt der Anteil der nach der ersten Woche beendeten Krankheitsfälle lediglich 20 bis zirka 30 Prozent (je nach Untersuchungsjahr und -quelle) aller Erkrankungen.⁹ Betrachtet man die Durchschnittswerte von 1,7 Kurzzeiterkrankungen mit 4,4 Tagen pro Jahr, so dürfte dies durchaus im Rahmen der normalen Gesundheitsbeeinträchtigungen angesiedelt sein. Wer fehlt, ist auch krank.

Ein spezifisch schwedischer Grund für die Reduktion der Fehlzeiten kann auch in einem Wechsel der Sichtweise sowohl bei Tarifpartnern als auch im Bereich des staatlichen Sicherungssystems gesehen werden: Mit Beginn der 90er Jahre wurde wesentlich stärker als zuvor

auf präventive und rehabilitative Maßnahmen gesetzt, was sowohl eine aktivere Rolle der erkrankten Personen implizierte als auch eine intensivere Zusammenarbeit zwischen verschiedensten Institutionen der sozialen Sicherung unter Einbeziehung der Arbeitgeber bedingte. Hier kommt zweifellos die Erkenntnis zum Tragen, daß es durchaus auch andere krankmachende Faktoren als rein medizinische Ursachen zu berücksichtigen gilt, die bei den Arbeitsbedingungen anfangen und im sozialen Umfeld der Betroffenen enden.

Will man internationale Vergleiche anstellen, sind auch für Schweden die vorliegenden Besonderheiten zu würdigen. So sind etwa Krankengeldzahlungen bzw. kompensatorische Sozialversicherungsleistungen abhängig vom Grad der Arbeitsunfähigkeit, die Leistungen können in bestimmten Fällen zu Präventionszwecken eingesetzt werden, die Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeber ist auf bestimmte Gruppen beschränkt und kürzer als etwa in der Bundesrepublik. Besonders auffallend ist jedoch die geradezu hektische Reformfreude mit zum Teil jährlich mehrfach geänderten Regelungen in den 90er Jahren. Die Tendenz ist eindeutig und seit 1997 unabhängig von der Krankheitsdauer auch einheitlich: Die Lohnfortzahlung wurde in der Regel auf 75 Prozent des auf Tage umgerechneten Lohneinkommens abgesenkt (mit einem seit 1993 wieder eingeführten Karenztag). Dies dürfte allerdings weniger auf das Motivationsargument zurückzuführen sein, als vielmehr endogene (etwa mangelnde Finanzierbarkeit aufgrund der Lage der öffentlichen Haushalte) und exogene (wie EU-Mitgliedschaft, neue Ausrichtung der Wirtschaftspolitik nach angebotsorientierten Aspekten) Ursachen haben.

Gegen voreilige Schlüsse

AU-Vergleiche zwischen Ländern und unterschiedlichen nationalen Datenbasen verlangen – so banal es klingt – genaues Hinsehen bezüglich ihrer Erhebungsmethodik und des

(Darstellung 2). Fehlzeiten von Vollzeitbeschäftigten: 1970 bis 1993. Angaben in v. H. und in Tausend. Quelle: U.S. Bureau of the Census, Statistical Abstract of the United States 1994. Washington/D.C. 1994, S. 404.

Abwesenheiten	1970	1975	1980	1985	1989	1990	1991	1992	1993
Alle Branchen (inkl. Urlaub, Schlechtwetter usw.) in Prozent	4 645	5 221	5 881	5 789	6 170	6 157	5 909	6 082	6 028
Davon aus Krankheitsgründen	5,9	6,1	5,9	5,4	5,3	5,2	5,1	5,2	5,1

Entstehungskontextes. Ferner sind die ökonomischen, sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und deren Veränderung in die Analyse zwingend mit einzubeziehen.

Generalisierend läßt sich für die drei Länder feststellen, daß die krankheitsbedingten Fehlzeiten in den letzten Jahren rückläufig waren – wengleich auch zum Teil aus unterschiedlichen Gründen. Mit dazu beigetragen haben sicherlich ein niedriges bzw. abgesenktes Leistungsniveau (USA, Schweden) und eine Verschärfung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen (BRD, Schweden).

Andererseits zeigen aktuelle Untersuchungen¹⁰, daß die Arbeitsbelastungen aus der Sicht der Arbeitnehmer in vielen Bereichen zugenommen haben. Daß dies nicht – wie zu erwarten – mit steigenden krankheitsbedingten Fehlzeiten verbunden ist, hat zwei Hauptgründe: einerseits die zunehmende Angst vor dem Verlust des eigenen Arbeitsplatzes und andererseits die Tatsache des „Aussonderns“ von älteren, leistungsschwächeren und krankheitsanfälligeren Arbeitnehmern. Eine mögliche Konsequenz: zwar Senkung der Fehlzeitenquoten, jedoch Erhöhung der Arbeitslosigkeit.

Eine offene Frage schließlich bleibt: Bedingt das beschriebene Verhalten nicht kurzfristig einen Verlust an Produktivität, in längerfristiger Perspektive eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Arbeitnehmer und – aufgrund verschleppter bzw. chronisch gewordener Erkrankungen – ein Ansteigen der AU-Falldauern und -Häufigkeiten? ■

1 Vgl. H. Kohler: Krankenstand auch im Jahre 1997 weiter drastisch gesunken: gut 11 % gegenüber 1996. Pressemitteilung des IAB vom 11.12.1997.

2 Vgl. bereits früher: D. Jaufmann: Lieber krankfeiern als gesundschuffen? In: Soziale Sicherheit 8/9, 1993, S. 228 f.

3 Wengleich auch dort in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme auszumachen ist.

4 Vgl. N. Wendisch: Change and Challenge – Amerika und Arbeitsbeziehungen. Arbeitspapier für die Hans-Böckler-Stiftung. Stadtbergen 1996, v. a. Tab. 2 und 3 im Anhang.

5 Vgl. zum Beispiel L. Thurow: Die Illusion vom Jobwunder. Viele Arbeitslose werden von Amts wegen gar nicht mehr registriert. In: DIE ZEIT, 44/ 1996, S. 41.

6 Für Schweden liegen zum Beispiel Daten und Untersuchungen der Sozialversicherung (Riksför-säkringsverket), des Statistischen Zentralbüros, der Arbeitgebervereinigung (SAF) und der Gewerkschaften (LO/TCO) vor.

7 Vgl. J. Vogel: Working Conditions, Health and Work Absenteeism: Recent Swedish Experience. In: D. Jaufmann/E. Mezger/M. Pfaff (Hrsg.): Verfällt die Arbeitsmoral? Frankfurt am Main, New York 1995, S. 160 f.

8 Und eine Verlagerung des Problems auf andere Sicherungssysteme.

9 Vgl. als Datengrundlage: Svenska Arbetsgivarreföreningen (Hrsg.): Statistics on Working Hours and Absenteeism. Stockholm 1996, S. 8; J. Vogel, Working Conditions ..., a. a. O., S. 164.

10 Vgl. z. B. den zweiten Europäischen Survey über die Arbeitsbedingungen von 1996.