

Oppen, Maria

Book Part — Digitized Version

Elemente und ideologische Funktion der Diskussion über den Krankenstand

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Oppen, Maria (1984) : Elemente und ideologische Funktion der Diskussion über den Krankenstand, In: Heinz Harald Abholz, Dieter Borgers, Christian Gaedt, Rolf Rosenbrock (Ed.): Kritische Medizin im Argument: Krankheit und Ursachen, ISBN 3-88619-119-2, Argument-Verlag, Berlin, pp. 109-119

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/111960>

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.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Maria Oppen

Elemente und ideologische Funktion der Diskussion über den Krankenstand

1. Krankenstand als interessenpolitisches Problem

Die im medizinischen Versorgungssystem zur Behandlung kommenden Erkrankungsfälle und Gesundheitstörungen sind nur ein Teil des ganzen Ausmaßes an gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Bevölkerung, lediglich die »Spitze des Eisberges«. Hiervon sind diejenigen Erkrankungen, die mit Arbeitsunfähigkeit einhergehen, wiederum nur eine — wenn auch wesentliche — Teilgröße. Denn es gibt auch Erkrankungen, die nur eine ärztliche Behandlung erfordern, nicht jedoch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen (z.B. Diabetes). Mit Arbeitsunfähigkeit verbunden ist eine Erkrankung dann, wenn der Erwerbstätige infolge dieser Krankheit nicht oder nur mit der Gefahr, seinen Zustand zu verschlimmern, seiner bisherigen Tätigkeit nachkommen könnte und aus diesem Grunde durch ärztliches Attest von der Arbeit befreit werden muß. Die so legitimierte Arbeitsunfähigkeit ist damit nicht nur Ausdruck eines spezifischen Erkrankungszustandes, verbunden mit einer spezifischen Form der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen. Sie ist darüber hinaus ein sozial- und arbeitsrechtlicher Sachverhalt, der die Abwesenheit vom Arbeitsplatz sowie die Ansprüche des arbeitsunfähigen Beschäftigten auf materielle Sicherung in Form von Lohnfortzahlung für sechs Wochen gegenüber dem Arbeitgeber bzw. danach auf Krankengeldzahlung durch die Krankenkasse legitimiert.

Damit ist bereits angedeutet, daß es sich bei der Arbeitsunfähigkeit — sowohl was ihre Feststellung als auch ihre Konsequenzen anbelangt — um einen Prozeß bzw. Sachverhalt handelt, der entsprechend den verschiedenen Beteiligten/Betroffenen die unterschiedlichsten, zum Teil gegensätzlichen Interessen berührt:

- Die Betroffenen haben kurzfristig das Interesse, ihre Beschwerden und Erkrankungen behandeln lassen und auskurieren zu können. Sie müssen einer Verschlimmerung und Chronifizierung von Beeinträchtigungen und dem vorzeitigen Aufbrauch der Gesundheit entgegenwirken, die die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit bedrohen, wie das bei vielen Volkskrankheiten der Fall ist.
- Das Interesse der Unternehmen besteht vor allem darin, die Arbeitskosten so gering wie möglich zu halten. Arbeitsunfähigkeit bzw. der betriebliche Krankenstand verursacht nun nicht nur Kosten für die Lohnfortzahlung, sondern auch indirekte Kosten durch den Arbeitsausfall in Form von Produktionsausfall und u.U. Personalersatz.

- Die Krankenversicherung, die ebenso für die Absicherung des sozialen Risikos Arbeitsunfähigkeit zuständig ist, hat grundsätzlich auch ein Interesse an Ausgabenbegrenzung. Hier fallen nicht nur die Kosten für Krankengeld bei länger als sechs Wochen dauernden Fällen an, sondern zugleich die mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen stationären und ambulanten Behandlungskosten.
- Die Ärzte stehen in gewisser Weise zwischen den »Fronten«, wenn sie als Gutachter über Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit zu befinden haben. Sie sind einerseits zu einer »wirtschaftlichen« Krankschreibep Praxis angehalten; andererseits müssen sie in der breiten »Unsicherheitszone« zwischen Gesundheit und Krankheit zu eindeutigen Ergebnissen kommen, wobei im Einzelfall auch das Erwerbsinteresse der Ärzte selbst (Erhaltung des Patientenstammes) eine Rolle spielen kann.

Um diese unterschiedlichen Interessenssphären der am Arbeitsunfähigkeitsgeschehen Beteiligten gruppieren sich die Argumente in der kontrovers geführten politischen, öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion um den Krankenstand. Dabei stehen sich im Kern das Interesse an längerfristiger Gesundheitssicherung der Beschäftigten/Versicherten einerseits und das kurzfristige, einzelwirtschaftliche Interesse an Minimierung der Lohnkosten andererseits gegenüber.

Welches der beiden Interessen gerade im Vordergrund steht, ist abhängig von den ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen und Kräftekonstellationen. Im Rahmen der anhaltenden Beschäftigungskrise und der »Finanzkrise« der Sozialhaushalte mit der Folge einer »Sparpolitik« im Gesundheitssystem, die auf Individualisierung der Krankheitsentstehung und »Privatisierung« der Krankheitskosten bzw. Leistungsabbau zielt, dominiert dementsprechend auch in der Krankenstandsdiskussion derzeit das Arbeitgeberinteresse an kurzfristiger Senkung der mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Kosten.

Denn ein angeblich »überhöhter« Krankenstand — so wird argumentiert — belastet nicht nur die Betriebe über die Maßen und stört den reibungslosen Produktionsablauf, er beeinträchtigt auch die internationale Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft und gefährdet somit Arbeitsplätze. Und dies, obwohl der durchschnittliche Krankenstand gerade im Verlauf der Krise mit zunehmender Arbeitslosigkeit ganz erheblich von 5,6% auf 4,6% gesunken ist. Das Sinken des Krankenstandes in der Krise wird allerdings als Beweis für den massenhaften Mißbrauch von sozialen Leistungen in Zeiten der Hochkonjunktur angeführt. Daß der Krankenstand auch gegenwärtig noch »überhöht« ist, sollen Vergleiche mit den, aufgrund völlig anderer Rahmenbedingungen nicht vergleichbaren, niedrigen Krankenständen in Japan und den USA belegen.

Das Konzept, mit dem die Forderungen nach repressiven Kontroll- und Revisionsmaßnahmen, wie etwa verschiedene Selbstbeteiligungsformen

zur Beeinflussung des Krankenstandes legitimiert und deren Akzeptanz erhöht werden sollen, ist also die *Mißbrauchsthese*. Dies kommt in allgemein bekannten Bezeichnungen wie »Krankfeiern«, »Drückebergerei« oder »Simulantentum« zum Ausdruck.

In dieser derzeit dominanten Sichtweise geraten sowohl die längerfristige Gesundheitssicherung der Beschäftigten/Versicherten, deren Voraussetzung sowohl das »Recht« auf Arbeitsunfähigkeit ist, um Erkrankungen auskurieren und deren Verschlimmerung verhindern zu können, als auch die Identifikation und Bekämpfung von Krankheitsursachen in den Arbeits- und Lebensbedingungen, zunehmend aus dem Blick. Gleichzeitig wird der Einfluß des arbeitsbedingten Gesundheitsverschleisses auf den Gesundheitszustand und speziell auf den Krankenstand heftig bestritten.

Das Konzept einer *Epidemiologie arbeitsbedingter Erkrankungen* geht dagegen davon aus, daß sich im Krankenstand gesundheitsrelevante, soziale Problemlagen für die Betroffenen widerspiegeln. Hierauf weisen statistische Zusammenhänge zwischen teilgruppenspezifisch hohen Krankenständen und überdurchschnittlichen Belastungen und Gesundheitsrisiken in den Arbeitsbedingungen dieser Gruppen hin. Der Krankenstand wird dabei als ein Indikator für Belastungs- und Verschleißschwerpunkte bzw. für das Vorliegen arbeitsbedingter Erkrankungen betrachtet. Diese auf langfristige Gesundheitssicherung und Prävention zielende Herangehensweise wird hier im Wesentlichen als bekannt vorausgesetzt.

Beide Konzepte sind jeweils Ausdruck unterschiedlicher Interessen bzw. Zielvorstellungen, mit denen die z.T. noch nicht einmal umstrittenen empirischen Sachverhalte des Krankengeschehens bearbeitet werden — Sachverhalte etwa wie typische gruppenspezifische Differenzen in der Höhe des Krankenstandes (z.B. zwischen Ausländern und Deutschen, jüngeren und älteren Arbeitnehmern, Arbeitern und Angestellten) und auffälligen zeitlichen Schwankungen (im Wochenverlauf, saisonal oder konjunkturell).

Nun könnte man mit dem Argument, die historische Beständigkeit der sozialkonservativen Mißbrauchsthese sei Ausdruck der hartnäckigen und interessierten Unbelehrbarkeit und Ignoranz ihrer Vertreter (Scharf 1983), diese Sichtweise/Konzeption auf sich beruhen lassen. Jedoch erscheint eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Mißbrauchsdiskussion insofern angebracht, als hierdurch — so die These — die Einstellungen zu Krankheit und Arbeitsunfähigkeit, das Krankheits- bzw. Inanspruchnahmeverhalten der Beschäftigten tatsächlich beeinflußt wird und dadurch das politische Feld für restriktive Kontroll- und Revisionsmaßnahmen im Sozialbereich — gesellschaftlich und betrieblich — bereitet wird.

2. Mißbrauch, Leistungsbereitschaft und Krankenstand

2.1. Aktuelle Tendenzen und Beständigkeit der Argumentation

In der derzeit dominanten sozialpolitischen Diskussion sowie auch bei der Mehrheit wissenschaftlicher, vor allem betriebswirtschaftlicher Beiträge zur Krankenstandsproblematik wird vom Problem Krankheit, ihrer Verteilung in der Bevölkerung und ihrer Entstehung im Arbeits- und Lebenszusammenhang fast vollständig abstrahiert. So wird davon ausgegangen, daß »die Höhe des Krankenstandes nichts oder wenig über den Gesundheitszustand der Arbeitnehmer aussagt und daß um der begrifflichen Klarheit willen der Begriff 'Krankenstand' besser durch die Formulierung 'Abwesenheit vom Arbeitsplatz' zu ersetzen wäre.« (*Pritzel* 1982) Dementsprechend wird der Krankenstand als ganz wesentlich verhaltens- und einstellungsgesteuert angesehen, wobei die »sinkende Leistungsbereitschaft« der Arbeitnehmer, die individuelle »Begehrlichkeit«, die mangelnde Eigenverantwortung und die »fehlende Solidarität« mit der Versicherungsgemeinschaft zu »Überanspruchnahme« und damit zum »Mißbrauch« sozialer Leistungen wie Lohnfortzahlung und Krankengeld führen.

In einem zweiten Schritt werden umfangreiche (und stets anfechtbare) Rechnungen aufgemacht, welche hohe Kosten mit dem Krankenstand verbunden seien, für die Krankenversicherung und insbesondere für die Arbeitgeber. Die Schätzungen und Berechnungen liegen zwischen 27 und 55 Mrd. DM allein für die Lohnfortzahlung (*Pritzel* 1982). Angesichts solcher Summen soll die Mißbrauchsunterstellung der Rechtfertigung für Einschnitte in das soziale Netz dienen. Besonders geschickt wird das Arbeitgeberinteresse an Senkung der Lohnkosten in die allgemeine Diskussion um Kostendämpfung im Gesundheitswesen und um Sparmaßnahmen zur Konsolidierung des Staatshaushaltes eingebettet, denn die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Einschränkung von AU haben tatsächlich keinerlei Einfluß auf die Ausgabenprobleme der Krankenversicherung.

Verfolgt man die Veröffentlichungen über die Krankenstandsproblematik im Zeitverlauf, so zeigen sich gewisse Hochkonjunkturen dieses Themas: wenn Verbesserungen des Leistungsrechts für kranke Arbeitnehmer zur Debatte standen (wie etwa die Erhöhung der Krankengeldzahlungen, Reduzierung bzw. Abschaffung der Karenztage und insbesondere die Einführung des Lohnfortzahlungsgesetzes), sollten diese durch solche Diskussionsbeiträge abgewehrt werden. In Zeiten ökonomischer Krise und hoher Arbeitslosigkeit — Phasen, in denen der Krankenstand tendenziell zurückgeht — lassen sich besonders erfolgreich Forderungen nach Abbau sozialer Leistungen mit Kostenargumenten einbringen und mit dem Hinweis auf die im Konjunkturverlauf sinkende Mißbrauchstendenz auch begründen. Dies wurde vor allem in den letzten Jahren im Vorfeld der Sparbeschlüsse sichtbar. Die Diskussion um »Schmarotzer und Leistungsunwillige«, von

denen »die Gefahr der Demontage unseres sozialstaatlichen Systems« droht (Pritzel 1982) ist also keineswegs neu; schon 1929 hat v. Borsig, der Vorsitzende der Deutschen Arbeitgeberverbände (VDA) die »unberechtigte Ausnutzung der Versicherungsleistungen« als »ernste Gefahrenquelle für die Arbeitsmoral der Bevölkerung« angeprangert.

Des weiteren beschränkt sich die Diskussion um Leistungsmissbrauch in keiner Weise auf AU, auch die angebliche Überinanspruchnahme anderer Leistungen der Krankenversicherung, der Sozialhilfe (Henkel/Pavelka 1981), der Arbeitslosenversicherung (Brötz 1982) sowie das klassische Bild der »Rentenneurose« (Kirchberger 1978) sind ebenso durchgängig Gegenstand der Mißbrauchsunterstellung.

Durchgängige Tendenz in der gesamten Leistungsmissbrauchs-Diskussion ist die systematische Vernachlässigung der Frage nach den gesellschaftlichen Ursachen für die sozialen Risiken sowie für die gruppenspezifisch jeweils unterschiedliche Ausprägung der Inanspruchnahme sozialer Leistungen. Stattdessen soll — wie Henkel/Pavelka es formulieren — »der Öffentlichkeit vermittelt werden, daß Millionenscharen geschickter Betrüger, der sozialstaatlichen Beihilfe versichert, ausgezogen sind, das Gemeinwesen auszuplündern.« (1981, S. 66)

Im folgenden sollen die Elemente und Ebenen dieses Mißbrauchskonzeptes systematisiert und die Motive und Ziele, die mit dieser Argumentation explizit und implizit verknüpft sind, aufgedeckt werden.

2.2. Elemente des Mißbrauchskonzeptes

Angangspunkt für die Argumentation der überwiegenden Verhaltensbedingtheit des Krankenstandes liegt in dem Faktum, daß weder Krankheit noch Arbeitsunfähigkeit objektiv, sondern nur in vagen Umrissen feststellbar sind, da eine Grenzziehung zwischen Krankheit und Gesundheit für den medizinischen Experten schwierig bzw. unmöglich ist. Zum anderen sind am Zustandekommen der Arbeitsunfähigkeit mehrere Personen bzw. Institutionen beteiligt, so daß die konkrete Entscheidung darüber, was als Arbeitsunfähigkeit zu gelten hat, in (un-)bestimmtem Umfang als individueller und gesellschaftlicher Definitions- und Aushandlungsprozeß zu bezeichnen ist.

Wenn in der Diskussion um den Mißbrauch des »gelben Scheines« einzelwirtschaftliches Interesse an kurzfristiger Reduzierung der mit AU verbundenen Kosten im Zentrum steht, treffen folgerichtig die Schuldzuweisungen bezogen auf Verursachung bzw. Förderung dieses Mißbrauchsverhaltens die drei anderen, an diesem Definitionsprozeß beteiligten Gruppierungen/Institutionen:

- Die Konstruktion des Systems der sozialen Sicherung selbst;
- die Versicherten, in deren Entscheidungsbereich es liegt, wann sie einen Arzt aufsuchen;

— Die Ärzte, denen es obliegt, die Arbeitsunfähigkeit zu attestieren.

Dem System der sozialen Sicherung werden »sachliche Konstruktionsmängel« vorgehalten, die eine Verhaltenssteuerung bzw. -änderung bei den Versicherten hervorbringt. Demnach gehen »Fehlreize von der 100%igen Lohngarantie bei Nichtleistung von Arbeit aus. Die Gleichbewertung von Arbeit und arbeitsfreier Lebensführung bei Arbeitsunfähigkeit muß Mitnahmeeffekte und Anspruchsdenken bei den Arbeitnehmern auslösen« (BDA 1982). Oder: Die Sozialversicherung schaffe »teilweise die 'Risiken' selbst, die abzufangen sie eingerichtet wurde« (Molitor, 1975).

Hier wird häufig von der *moral hazard* — Hypothese ausgegangen, wobei in der Literatur der Versicherungswirtschaft das »moralische Risiko« als menschliches Verhaltensmuster bezeichnet wird, welches dann auftritt, wenn der Anspruchsberechtigte die Art und Häufigkeit von Leistungsansprüchen überwiegend selbst bestimmen kann, ohne daß dies vom Leistungsverpflichteten (in diesem Fall die Krankenkasse oder der Arbeitgeber) kontrolliert werden kann (vgl. Forster 1977) und für den Versicherten keine unmittelbaren Kosten entstehen, sondern der grundsätzliche Anspruch durch regelmäßige Beiträge besteht. Das Verhalten des Versicherten richtet sich dann darauf, Leistungen zu beanspruchen, die ihn im konkreten Fall nichts kosten, aber einen gewissen Nutzen versprechen. Das »moral hazard«-Verhalten soll demnach nicht die Ausnahme sondern die Regel sein. Hierbei wird davon ausgegangen, daß dieses Verhalten eben der Rationalität eines »homo oeconomicus« unter Versicherungsbedingungen entspräche. Der Widerspruch, daß bei Zutreffen dieser Annahmen ein Krankenstand von nur ca. 5% angesichts der tatsächlichen Verbreitung von Gesundheitsschäden in der Bevölkerung und der immer wieder beklagten Unteranspruchnahmen des Angebotes an Leistungen (z.B. Vorsorgen) nicht erklärt werden könnte, hat die Vertreter dieser Thesen nie angefochten.

Den Versicherten wird unterstellt, daß sie aus den genannten Gründen, auch wenn sie gar nicht krank sind (»unechter Krankenstand«) oder wenn Befindlichkeitsstörungen zwar bestehen, aber die Leistungsfähigkeit nicht erheblich einschränken (»Bagatellerkrankungen«), zum Arzt gehen, um eine Krankschreibung »mißbräuchlich« zu erwirken.

Als Belege für die Richtigkeit dieser Grundthese dienen quasi sämtliche Schwankungen/Differenzen in der Höhe des Krankenstandes, wobei implizit unterstellt wird, daß eine Gleichverteilung von Gesundheit und Krankheit im Zeitverlauf und über alle Gruppen der Erwerbstätigen hinweg existiert und Unterschiede im Krankenstand als verhaltensbedingt, allenfalls noch biologisch verursacht, anzusehen sind. Neben den schon genannten konjunkturellen Schwankungen und Veränderungen des Krankenstandes bei gesetzlichen Neuregelungen werden auch alle weiteren Veränderungen im Zeitverlauf, wie etwa wochenverlaufsbezogene (»blauer

Montag«) oder saisonale Schwankungen auf die Verhaltensbedingtheit zurückgeführt.

Ähnlich wird in bezug auf vermeintliche »Problemgruppen« des Krankenstandes etwa der Frauen, der Ausländer, der jüngeren Arbeitnehmer oder der gering qualifizierten Beschäftigtengruppen festgemacht, daß es sich hierbei nur um ein verstärktes Anspruchsdenken und Fehlverhalten — etwa aufgrund geringerer Leistungsbereitschaft, geringerer Bindung an den Betrieb oder mangelnder beruflicher Identifikation — handeln könne. Unterschiede zwischen diesen Gruppen in den Arbeits- und Lebensbedingungen und damit verbundenen gruppenspezifischen Erkrankungsrisiken werden systematisch negiert.

Mit der Unterstellung einer Gleichverteilung von »echten« Krankheitsepisoden bezogen auf die Gesamtbevölkerung macht sich dann jedes Individuum oder jede Teilgruppe, die von einem nicht näher spezifizierten »Normalkrankenstand« abweicht, des Mißbrauchs verdächtig.

Als nicht unschuldig am Mißbrauch sozialer Leistungen werden mit ster Regelmäßigkeit auch die *Ärzte* bezeichnet. Entscheiden zwar die Patienten in erster Linie, ob sie bei Krankheitsanzeichen einen Arzt aufsuchen, so obliegt letzterem jedoch die Feststellung, ob es sich hierbei um Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne handelt und ob diese Arbeitsunfähigkeit nach sich zieht. Da in vielen Fällen für beides objektive Kriterien fehlen, liegt hier ein gewisser Handlungsspielraum für die Entscheidung der Ärzte und damit auch für Schuldzuweisungen ihnen gegenüber. Die Ärzte schrieben leichtfertig krank (»Gefälligkeitsgutachten«) und leisteten damit der ungerechtfertigten Inanspruchnahme von Leistungen durch die Versicherten Vorschub, wird argumentiert. Aus ihrem Erwerbsinteresse heraus und unter zunehmendem Konkurrenzdruck (»Ärteschwämme«) seien sie häufig gezwungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auch ohne zwingende Notwendigkeit auszustellen oder zu lange, in der Regel im Wochenrhythmus, krankzuschreiben (*Haug 1979*), um das Abwandern ihrer Patienten zu verhindern.

2.3. Funktion der Mißbrauchsdebatte

Die zum Beleg der Mißbrauchsthese vorgebrachten Argumente und Interpretationen haben sich bei Konfrontation mit statistischen Daten und Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen im Einzelnen als überwiegend unhaltbar oder unplausibel herausgestellt. Dies war das Ergebnis eines *Memorandums im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung*, welches die »gängigen Grundmuster konservativer Sozialstaatskritik ... mit den Ergebnissen wissenschaftlicher Untersuchungen« konfrontierte, um die Krankenstandsdiskussion zu versachlichen (*Hauß u.a. 1984, S.10*). Dessen ungeachtet dominieren diese Argumente die wissenschaftliche und politische Diskussion wie auch die Beiträge in den Massenmedien.

Da die »überhöhte Wohlfahrtsmentalität« der fehlerhaften Konstruktion der *sozialen Sicherung* selbst geschuldet sei, wird gefordert, Sozialleistungen auf »ungewollte Begünstigungseffekte hin abzuklopfen« (Brochler, 1981). Eingriffe in soziale Besitzstände der Beschäftigten/Versicherten werden als das geeignete Mittel zur Kostendämpfung im Sozialversicherungsbereich sowie zur Sicherung der Arbeitsplätze und Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft ausgegeben. Bezogen auf das soziale Risiko Krankheit/Arbeitsunfähigkeit richten sich die Forderungen auf mehr Selbstbeteiligung in Form von unbezahlten Karenztagen, Einschränkung der Lohnfortzahlung, Einführung von Teil-AU und Verstärkung der Kontrolle über die Rechtmäßigkeit bestehender AU sowie ihrer Dauer durch den vertrauensärztlichen Dienst. Wo solche Strategien effektiv werden, kommen die finanziellen Effekte allerdings überwiegend nicht der Krankenversicherung, sondern der Unternehmerseite zugute.

Die Mißbrauchsdebatte hat weiterhin einen »Entsolidarisierungseffekt« (Hauß, 1984) unter den *Beschäftigten*: Danach muß die Masse der »ehrlichen Mitarbeiter« (die offenbar nicht zur Spezies des homo oeconomicus gehört) den Mißbrauch über Mehrarbeit, hohe Krankenversicherungsbeiträge und hohe Preise finanzieren. Die Unterstützung der wirklich Hilfsbedürftigen sei dadurch tendenziell in Frage gestellt und die Wirtschaftlichkeit der Unternehmen und damit die Arbeitsplätze gefährdet.

Bei den einzelnen Beschäftigten soll durch diese Argumentation die Verzichtsbereitschaft auf die Inanspruchnahme von AU bzw. die Leistungsbereitschaft bis zur Grenze der Leistungsfähigkeit gefördert und die Symptomtoleranz gegenüber Befindlichkeitsstörungen und Krankheitszuständen erhöht werden. Die Solidarität mit den Leistungsgeminderten, deren Leiden häufig Folge jahrelangen arbeitsbedingten Verschleisses sind, bzw. mit solchen Arbeitnehmergruppen, die besonders hohen AU-Risiken ausgesetzt sind wie Ausländer, Frauen und Randbelegschaften, wird mit dieser Strategie in Frage gestellt. Bei Teilen der Belegschaft und ihren Interessenvertretern wird damit der politische Boden für die Akzeptanz betrieblicher, restriktiver Kontroll- und Sanktionsmaßnahmen gegenüber den Arbeitsunfähigen, für Sozialgespräche, Prämiensysteme oder betriebsöffentliche Diskriminierung der Betroffenen bis hin zu krankheitsbedingten Kündigungen und Ausgliederung von Leistungsgeminderten bereitet.

Neben der Forderung nach einer Verstärkten Kontrolle ärztlicher Krankschreibpraxis werden die *Ärzte* selbst für betriebliches Interesse an Senkung der Lohnkosten instrumentalisiert, indem sie zu eben jener Erhöhung der Leistungsbereitschaft und Leidensfähigkeit ihrer Patienten beitragen sollen, wollen sie nicht selbst dem Mißbrauchsvorwurf ausgesetzt sein. So warnt etwa Eggenweiler (1982) seine Standeskollegen davor, zu leichtfertig und zu lange krankzuschreiben, wenn es sich etwa um psychosoziale und psycho-somatische Beschwerdebilder in der Grauzone zwi-

schen Gesundheit und Krankheit handelt. Der Ausweitung jener Grauzonen solle der Arzt energisch entgegengetreten, will er den Patienten nicht das »Alibi dafür verschaffen, unnötige ärztliche Inanspruchnahme mit allen kostentreibenden Konsequenzen zu fördern oder der Arbeit fernzubleiben.« Darüber hinaus werden die Ärzte auf diese Weise auch für die Ablenkung von den gesellschaftlichen Ursachen und der ungleichen Verteilung von Erkrankungsrisiken in der Bevölkerung funktionalisiert.

3. Schlußfolgerungen

Das Ziel dieser auf die Unterstellung von Mißbrauch und Überinanspruchnahme von Leistungen gegründeten Krankenstandsdiskussion kann zusammenfassend als Versuch gewertet werden, zum einen die objektiven Bedingungen für die Inanspruchnahme einer Arbeitsunfähigkeit zu verschlechtern, indem hieran tatsächliche oder befürchtete nachteilige Folgen oder Sanktionen für den Einzelnen geknüpft sind — von finanziellen Einbußen bis hin zum Arbeitsplatzverlust.

Zum anderen soll das Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten der Beschäftigten direkt (wie auch das Krankschreibeverhalten der Ärzte) dahingehend beeinflusst werden, daß Aspekte der auch längerfristigen Gesundheitssicherung zugunsten kurzfristig erhöhter Leistungs- und Verzichtbereitschaft im Interesse einzelwirtschaftlicher Kalkulationen zurückgedrängt werden.

Als Folge der öffentlichen Dominanz der Mißbrauchsthese ist — ganz besonders unter Krisenbedingungen — von einer erheblichen *Unterinanspruchnahme* von AU auszugehen. Denn sofern die Existenzsicherheit gefährdet erscheint, wird die Erkrankung häufig am Arbeitsplatz »auskuriert« und die Leistungsbereitschaft — auch »gegen den Körper« — unter Beweis gestellt. Nach einer Umfrage der *IG Metall* (1979) befürchteten immerhin ein Drittel der Befragten Nachteile aus AU. Kalkuliert wird etwa die Gefahr krankheitsbedingter, innerbetrieblicher Umsetzung auf vermeintlich weniger belastende Arbeitsplätze in Verbindung mit Qualifikations- und/oder Einkommensverlusten, krankheitsbedingten Arbeitsplatzverlustes oder anderer sozialer Sanktionen, auch von Seiten der Arbeitskollegen, die aufgrund knapp kalkulierter Personaleinsatzstrategien häufig die »Kosten« der Inanspruchnahme zu tragen haben. Verschleppung von Gesundheitsbeeinträchtigungen und Verschiebung von deren Behandlung sind häufig das Ergebnis dieser »Interessenabwägung«. Chronifizierung von Leiden und erhöhter langwieriger medizinischer Behandlungsaufwand, verbunden mit entsprechend hohen Kosten, können Folge hiervon sein.

Zu einem solchen Risikoverhalten sind gerade jene Arbeitnehmergruppen im besonderen Maße gezwungen, die in bezug auf Status und Arbeitsplatzsicherheit und damit häufig gleichzeitig in bezug auf Gesundheits- und

AU-Risiken als besonders benachteiligt gelten müssen, wie etwa Frauen, Ausländer bzw. Arbeitskräfte, die Tätigkeiten mit geringen Qualifikationsanforderungen ausüben.

Die Mißbrauchsdiskussion zielt ferner auf eine Dethematisierung bzw. Leugnung des Zusammenhanges zwischen arbeitsbedingten Belastungen und Gesundheitsverschleiß. Hieraus wird gleichzeitig die Legitimation für betriebliche Selektionsstrategien auf Basis etwa von Krankenstandsverteilungen bezogen.

So läßt sich zeigen, daß für einen erheblichen Anteil aller Kündigungen zumindest auch gesundheitliche Gründe verantwortlich gemacht werden (Zimmermann 1981). Aber auch schon im Rahmen von Einstellungsuntersuchungen durch Betriebsärzte (Rosenbrock 1982) sowie bei Bewerbungsgesprächen spielen Gesundheitszustand und Belastbarkeit eine erhebliche Rolle. Die Folgeprobleme des zumindest teilweise arbeitsbedingten Gesundheitsverschleißes werden durch solche Selektionsstrategien externalisiert und in die Renten- und Arbeitslosenversicherung verlagert, wie der überdurchschnittlich hohe und in den letzten Jahren überdurchschnittlich stark gesteigerte Anteil von Personen mit schlechtem Gesundheitszustand unter den Arbeitslosen oder die größere Wahrscheinlichkeit für hochbelastete Beschäftigte, vorzeitig aus dem Beschäftigungssystem ausgegliedert zu werden, belegen.

Gleichzeitig wird mit Hilfe solcher Selektionsstrategien die durchschnittliche Belastbarkeit der noch Beschäftigten insgesamt zumindest kurzfristig angehoben. Hierdurch wird eher eine weitere Erhöhung von Anforderungen und Belastungen im Betrieb ermöglicht, als daß hierdurch die Einsicht in die Notwendigkeit gesundheitsgerechter Gestaltung von Arbeitsbedingungen gestärkt würde.

Literatur

- BDA (Bundesverband der Deutschen Arbeitgeberverbände): Soziale Sicherung in der Zukunft, zit. n.: Scharf, B.: Krankenstand — »Krankfeiern« oder krank durch Arbeit?, in: WSI-Informationen Nr. 4, März 1983.
- Brötz, R.: Die sogenannte »Leistungsmissbrauchsdiskussion« oder der Versuch, von den Ursachen der Arbeitslosigkeit abzulenken, in: Soziale Sicherheit 1/1982.
- Brochler, D.: Das soziale Netz — eine heilige Kuh?, in: Der Arbeitgeber Nr. 14/15, 1981.
- Bürkardt, D., Oppen, M.: Krankenstandsforschung zwischen Personal- und Gesundheitspolitik — ein kritischer Überblick über vorliegende Untersuchungsansätze, Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung, Wissenschaftszentrum Berlin, IIVG/dp82-203.
- Eggenweiler, P.: Über die ständig breiter werdende Grauzone zwischen Gesundheit und Krankheit — ein aktuelles Problem in der sozialärztlichen Begutachtung, in: Die Sozialversicherung, April 1982.

- Forster, E., Steinmüller, H.: Gleichgewicht bei moralischem Risiko, in: Blätter der DGVM, 1976, S. 295.
- Haug, A.: Absentismus, in: Schweizerische Arbeitgeberzeitung (74), S. 257 ff. 1979.
- Hauss, F. u. a.: Krankenstand — zwischen Unternehmerpolitik und Gesellschaftsinteresse, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung, Graue Reihe Nr. 6, 1984.
- Hauss, F.: Warum gibt es eine Krankenstandsdiskussion? Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung, des Wissenschaftszentrum Berlin, IIVG/pre83-214.
- Henkel, H., Pavelka, F.: »Das Erreichte sichern« — eine sozialstaatliche Illusion?, in: Soziale Sicherheit 5, 1982.
- IG Metall-Bezirksleitung Stuttgart: Werktag müssen menschlicher werden, Stuttgart 1979.
- Kirchberger, S.: Anspruchverhalten und Neurose — Zur Entstehung und Funktion einer sozialpolitischen Argumentationsfigur, in: Öffentliches Gesundheitswesen 40, 1978.
- Molitor, B.: Die selbstgeschaffenen Risiken einer fehlgesteuerten Sicherheit, in: Arbeit- und Sozialpolitik, 1/1975.
- Müller, R.: Die Möglichkeiten des Nachweises arbeitsbedingter Erkrankungen durch die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten einer Ortskrankenkasse, in: Sozialpolitik und Produktionsprozeß, WSI-Studien zur Wirtschafts- und Sozialforschung, Nr. 40, Köln 1981.
- Oppen, M., Bürkardt, D., Schneider, H.: Verteilung von Arbeitsunfähigkeitsrisiken in der Erwerbsbevölkerung — Berliner Krankenstand im interregionalen Vergleich, München: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, BPT-Bericht 7/84
- Oppen, M.: Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand: Verändertes Arbeitsunfähigkeitsverhalten der Beschäftigten?, in: Soziale Sicherheit, 2/84.
- o.V.: Krankheitskosten senken, in: Unternehmer 6/81.
- o.V.: Unternehmer klagen an: Milliarden vergeudet, in: Status 20.5.1984.
- Pritzel, K.: Die Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit, in: Berliner Ärzteblatt, 96. Jg., H. 9, 1982.
- Rosenbrock, R.: Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt/New York 1982.
- Scharf, B.: Krankenstand — »Krankfeiern« oder Krank durch Arbeit?, in: WSI-Informationendienst extra, Nr. 4, März 1983.
- Zimmermann, G.: Krankheitskündigungen im Vergleich mit anderen Kündigungstypen. Ms. Max-Planck-Institut, Hamburg 1981.