

Oppen, Maria

Article

Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand: verändertes Arbeitsunfähigkeitsverhalten der Beschäftigten

Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Oppen, Maria (1984) : Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand: verändertes Arbeitsunfähigkeitsverhalten der Beschäftigten, Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales, ISSN 0490-1630, Bund-Verlag, Köln, Vol. 33, Iss. 2, pp. 46-50

This Version is available at:
<http://hdl.handle.net/10419/122603>

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>.

Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand: Verändertes Arbeitsunfähigkeitsverhalten der Beschäftigten*

Von Maria Oppen, Berlin

Der Krankenstand ist seit 1980 mit zunehmender Arbeitslosigkeit deutlich gesunken. Bereits in vorhergehenden Rezessionsphasen ließ sich ein solcher Rückgang — allerdings in weniger starkem Ausmaß — feststellen.

Von Seiten der Arbeitgeber, der konservativen Sozialpolitiker sowie von eher sozial-konservativen Wissenschaftlern werden für diesen Rückgang der Arbeitsunfähigkeit vor allem zwei Ursachen angeführt:

- Der Rückgang der mißbräuchlichen Inanspruchnahme von Sozialleistungen, die Eindämmung des Krankfeierns aufgrund des erhöhten Arbeitsplatzrisikos für den einzelnen Arbeitnehmer und
- die Ausgliederung von besonders mißbrauchsgefährdeten, wenig leistungsorientierten Personengruppen oder wie *Küster* sagt, Personengruppen, die „wegen ihrer mangelhaften moralischen Qualitäten und ihrer fehlenden sozialen Einordnung als industrieuntauglich“ zu bezeichnen sind (*Küster*, 1968).

Es ist davon auszugehen, daß tatsächlich beide Aspekte — sowohl die Ausgliederung bestimmter Beschäftigtengruppen als auch Verhaltensänderung in bezug auf Arbeitsunfähigkeit — zu einer Verringerung des Krankenstandes in der Krise führen, jedoch aus einem anderen Begründungszusammenhang heraus als demjenigen der „moral hazard“ Theorie, die von der Überinanspruchnahme sozialer Leistungen ausgeht. Denn einerseits führt die betriebliche Personalselektion nach gesundheitlichen Kriterien dazu, daß gesundheitsbeeinträchtigte und leistungsgeminderte Arbeitnehmer in der Krise weitgehend aus dem Arbeitsprozeß ausgegliedert werden. Untersuchungen über betriebsärztliche Einstellungsuntersuchungen etwa kommen zu dem Ergebnis, daß ein erheblicher Anteil der Bewerber aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder eingeschränkter Be-

lastbarkeit nicht eingestellt wird. Eine Befragung von Betriebsräten ergab nach *Rosenbrock* (1982) einen Selektionseffekt von zwischen 20 % und 50 % aller Bewerber. Ebenso fallen in der Krise häufig Arbeitnehmer der betrieblichen Personalauswahl zum Opfer, von denen ein hohes Maß von betriebsloyalem Verhalten und die Mobilisierung aller Leistungsreserven nicht erwartet wird (*Hohn/Windolf*, 1982), wenn etwa angenommen wird, daß sie im Falle von Krankheit diese nicht am Arbeitsplatz „auskurieren“, sondern auf ärztliche Anweisung zu Hause.

Auch die Analyse von Gründen für Entlassungen und Aufhebungsverträge kommt zu dem Ergebnis, daß Krankheit und Fehlzeiten zentrale Selektionskriterien darstellen (*Zimmermann*, 1981).

Ein wesentlicher Teil der Gesundheitsschäden und arbeitsbedingten Erkrankungen der Erwerbsbevölkerung und deren Folgekosten werden über diese Mechanismen in die Institutionen der Sozialversicherung verlagert. Überdurchschnittlich hohe Anteile von gesundheitlich Beeinträchtigten und Leistungsgeminderten unter den Arbeitslosen mit besonders schlechten Wiedereingliederungschancen (*Büchtemann*, 1982) und der größere Anteil von Frühberentungen unter den hoch belasteten Arbeitnehmergruppen (Institut für empirische Soziologie, 1977) belegen diese für die Sozialversicherungsträger teuren Konsequenzen betrieblicher Selektion.

Der Rückgang der AU-Werte unter den Beschäftigten in der Krise muß damit einerseits als statistisches Artefakt bezeichnet werden. Neben den Auswirkungen von Selektion

* Dieser Beitrag ist die überarbeitete Fassung eines Referats, das auf der Tagung „Arbeitsmedizin und Arbeitsmarkt“ am 1./2. Oktober 1983 in Bremen vorgetragen wurde.

tionsmechanismen muß andererseits ebenso berücksichtigt werden, daß gerade die Krisenbetroffenheit oder die Krisenwahrnehmung der noch Beschäftigten Auswirkungen auf das Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten auch von Arbeitsunfähigkeit hat. Die Angst vor Arbeitsplatzverlust und die als gering eingeschätzten Erfolgsaussichten kollektiver Abwehrstrategien verstärken zu individuellem Bewältigungs- und Anpassungsverhalten, ein Versuch die innerbetriebliche Stellung in der Konkurrenz um Arbeitsplätze zu verbessern. Hierzu gehört nicht nur die Hinnahme verschlechterter Arbeitsbedingungen, sondern ebenso Vermeidung von Fehlverhalten. Krankheit und Arbeitsunfähigkeit sind aus dem Blickwinkel des Managements ein solches Fehlverhalten.

Auf diesen zweiten Aspekt der Einstellungs- und Verhaltensveränderungen in der Krise in bezug auf Arbeitsunfähigkeit soll im folgenden näher eingegangen werden. Hierbei geht es weniger darum, den quantitativen Anteil zu bestimmen, den diese Verhaltensänderungen in der Krise im Vergleich zu Selektionseffekten auf das Sinken des Krankenstandes ausüben. Vielmehr geht es darum, dieses veränderte Arbeitsunfähigkeitsverhalten als Risikoverhalten, welches die Arbeits- und Lebenschancen der Betroffenen tendenziell verschlechtert, ins Blickfeld zu rücken. Zumal gerade solche Arbeitnehmergruppen in besonderem Maße zu einem solchen Risikoverhalten gezwungen sind, die nicht nur in bezug auf Arbeitsplatzsicherheit, sondern auch Einkommen, Qualifikation und Gesundheitsverschleiß als besonders benachteiligt gelten müssen. Denn Verschleppung und Verschiebung von Gesundheitsbeeinträchtigungen können für die Betroffenen zu Chronifizierung von Leiden und zu erhöhtem, langwierigem medizinischen Behandlungsaufwand führen, wodurch sich letztendlich die Gefahr der Ausgliederung solcher Beschäftigten aus der Erwerbstätigkeit verstärkt.

Der Selektionseffekt mit der Folge der Anhebung des durchschnittlichen Gesundheitszustandes der Beschäftigten ermöglicht eine weitere Erhöhung von Anforderungen und Belastungen im Betrieb — eine Beschleunigung des Belastungs-, Verschleiß- und Selektionsprozesses ist die Folge.

Solche individuellen krisenbezogenen Strategien sind also nicht nur für die Betroffenen auf längere Sicht disfunktional. Auch gewerkschaftliche Arbeitspolitik, die sich etwa auf Arbeitsplatzsicherung und Belastungsabwehr bezieht, darf die in der Krise zum Teil in den Hintergrund gedrängten Gesundheitsinteressen der Beschäftigten nicht vernachlässigen, soll die langfristig zu erwartende Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht selbst zum individuellen Arbeitsplatzrisiko werden.

Krankheitsverhalten als konstitutives Element für die Höhe des Krankenstandes

Es ist davon auszugehen, daß der Krankenstand der Erwerbstätigen im wesentlichen Ausdruck der belastenden und gesundheitsbeeinträchtigenden Arbeits- und Lebensbedingungen ist. Hinweis hierfür sind vor allem immense gruppenspezifische Unterschiede zwischen Arbeitnehmergruppen auf unterschiedlich hoch belasteten

Arbeitsplätzen mit jeweils spezifischen Erkrankungsschwerpunkten (*Kollmeier u. a., 1980*).

Weiterhin ist jedoch davon auszugehen, daß der Krankenstand nicht das gesamte Ausmaß von gesundheitlichen Beeinträchtigungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe widerspiegelt. Denn in verschiedenen Untersuchungen hat man feststellen müssen, daß zum Teil erhebliche Prozentsätze der „Gesunden“, nicht arbeitsunfähigen Erwerbsbevölkerung massive, umgehend behandlungsbedürftige Beeinträchtigungen aufwiesen (*Bartlingck, 1979*). Eine wesentliche Ursache für diesen „verdeckten Krankenstand“ unter den Beschäftigten liegt darin, daß die jeweilige Höhe des Krankenstandes darüber hinaus durch individuelles Verhalten und subjektive Einstellungen mitbeeinflusst wird. Die Elemente, die dieses Verhalten bestimmen, können überwiegend als lebenslagebedingt bezeichnet werden. Diese mit zunehmender Arbeitslosigkeit sowie im Zuge von Rationalisierung sich verändernden Lebenslagen als Bedingungen des Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsverhaltens stehen daher im folgenden im Vordergrund.

Arbeitsunfähigkeit muß in der Regel von einem Arzt attestiert werden. Dies setzt jedoch voraus, daß ein Arbeitnehmer

- Befindlichkeitsstörungen oder Krankheitsanzeichen wahrnimmt und erkennt,
- sich zu einem Arztbesuch entschließt und
- die vom Arzt gegebenenfalls vorgeschlagene Krankenschreibung akzeptiert.

Ob ein Krankheitsanzeichen als solches erkannt wird, ist sicherlich abhängig von der Stärke und Dauer der subjektiven Beeinträchtigung. Die unterschiedliche Wahrnehmung von Krankheitssymptomen ist jedoch vor allem Ausdruck von Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit, die sich je nach Lebenslage erheblich unterscheiden. Als Ursache für ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsbewußtsein und eine höhere Symptomtoleranz der unteren Sozialschichten sind zum einen die weniger zukunftsorientierten Gesundheitsansprüche anzusehen. Die insgesamt unsichere Lebensperspektive und die unterprivilegierte Position innerhalb der gesellschaftlichen Sozialstruktur führen zu einer eher auf die Gegenwart eingeschränkten Zeitperspektive, in der die längerfristige Gesundheitssicherung hinter Notwendigkeiten der unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung zurückstehen muß.

Zum anderen sind lebenslagespezifische Einstellungen benachteiligter Gruppen zu arbeitsbedingtem Verschleiß zu beobachten. Bestimmte berufsspezifische Krankheits-symptome werden als „normale“ Folgen der Arbeitstätigkeit, und nicht als Krankheitsanzeichen interpretiert (*Geissler/Thoma, 1975*).

In diese Richtung weist auch eine ältere Untersuchung aus den USA. Ergebnis hierbei war, daß Angehörige der Unterschicht zu einem sehr viel geringeren Anteil bei einer Reihe von zum Teil bedeutsamen oder auch chronischen Befindlichkeitsstörungen wie etwa hartnäckige Glieder- und Muskelschmerzen, chronische Müdigkeit,

fortgesetztes Husten u. ä., einen Arztbesuch für notwendig halten, als dies in höheren Sozialschichten der Fall ist (Koss, 1967).

Der Entscheidung, beim Auftreten eines als bedrohlich empfundenen Krankheitssymptoms ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, stehen Barrieren entgegen, die wiederum nicht gleichmäßig auf alle Bevölkerungsgruppen verteilt sind.

Neben den größeren Vorbehalten der Unterschichten gegenüber den Erfolgen ärztlichen Handelns, den Verständigungsschwierigkeiten und ungünstigeren Zugangsbedingungen zur medizinischen Versorgung sind vor allem die möglicherweise negativen Auswirkungen eines Arztbesuches während der Arbeitszeit zu nennen.

Sie behindern häufig den rechtzeitigen oder vorsorglichen Arztkontakt. Denn gerade bei gewerblichen Arbeitnehmern werden Arztbesuche häufig von der Arbeitszeit abgezogen und/oder als krankheitsbedingte Fehlzeiten registriert. Hierdurch erklären sich Ergebnisse, nach denen Angehörige der unteren Schichten trotz in der Regel schlechteren Gesundheitszustandes gleich häufig oder sogar seltener einen Arzt aufsuchen gegenüber Mitgliedern der oberen Schichten (Schmädel, 1975; Thiele, 1981).

Plädiert der Arzt aufgrund von Symptomen und Befund unter Berücksichtigung der konkreten Arbeitsanforderungen des Patienten auf Arbeitsunfähigkeit, so kann der Patient den Arzt bitten, von einer Krankschreibung abzusehen. Dies ist vor allem dann anzunehmen, wenn aufgrund von Arbeitsunfähigkeit negative Konsequenzen am Arbeitsplatz, wie etwa Sanktionen von Seiten der Arbeitskollegen, Wegfall von Anwesenheitsprämien und anderen Einkommensbestandteilen, krankheitsbedingte Versetzung oder Kündigung gefürchtet werden müssen. Eine Umfrage im Jahre 1979 zeigte bereits, wie weit diese Einschätzung verbreitet war: Ein Drittel aller Befragten befürchteten Nachteile am Arbeitsplatz bei einer Krankschreibung. Gerade die Arbeitnehmergruppen, deren Gesundheit besonders gefährdet ist, antizipieren in größerem Maße Benachteiligungen im Krankheitsfall, wie etwa Arbeiter gegenüber Angestellten und Schichtarbeiter gegenüber Nicht-Schichtarbeitern (IG Metall, 1979).

Diese drei Aspekte zusammengenommen verdeutlichen einerseits, daß Einstellungen und Verhaltensweisen in bezug auf Gesundheit und Krankheit, die nach Lebenslage variieren, die Höhe des Krankenstandes beeinflussen können, und zwar vor allem in Richtung auf Unteranspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und die Vermeidung eines ärztlichen Arbeitsverbotes. Hierbei ist davon auszugehen, daß gerade hochbelastete, hinsichtlich bestimmter Gesundheitsrisiken, aber auch hinsichtlich der Arbeitsplatzsicherheit besonders benachteiligte Arbeitnehmergruppen ein eher defizitäres Krankheitsverhalten zeigen bzw. zeigen müssen; der Anteil von Gesundheitsschäden, die sich nicht in Arbeitsunfähigkeit widerspiegeln (verdeckter Krankenstand) dürfte hier besonders hoch sein.

Einfluß der Krise auf Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsverhalten

Es ist davon auszugehen, daß sich in den letzten Jahren mit zunehmender Arbeitslosigkeit die Bedingungen für die Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeit verschlechtert haben und dies auch in der Weise von den Betroffenen wahrgenommen wird. Drei Komplexe sind hier vor allem zu nennen: Steigende Arbeitsplatzunsicherheit, die zumindest in Teilbereichen zu beobachtende Zunahme von Belastungen des Arbeitslebens und sich verschärfende Disziplinierungs- und Kontrollstrategien der Arbeitgeber.

Die Unsicherheit der Beschäftigungsverhältnisse hat sich insofern erhöht, als die Verbreitung direkter und indirekter Betroffenheit von Arbeitslosigkeit zugenommen hat. Noch grundlegender dürfte die Erfahrung der Vernichtung von Arbeitsplätzen als Folge von Rationalisierungsprozessen sein. Nach einer Untersuchung zum Arbeiterbewußtsein in der Wirtschaftskrise wird deutlich, daß die Beschäftigten nicht nur Massenentlassungen, sondern ebenso andere, „weichere“ Formen wie etwa Frühverrentung, Entlassungen nach Sozialplan, Einstellungsstop u. ä. als Maßnahmen zur Belegschaftsreduzierung sinnlich erfahren haben und in der zukünftigen Entwicklung als Bedrohung ihres Arbeitsplatzes ansehen. 85 % der Befragten aus dem krisenbetroffenen Untersuchungsgebiet äußerten entweder eine diffuse Angst um die Sicherheit ihres Arbeitsplatzes oder die begründete Furcht, ihn zu verlieren (Zoll u. a., 1981).

Auch andere Krisenerscheinungen wie Kurzarbeit, Arbeitsmangel, innerbetriebliche Umstrukturierungen mit Arbeitsplatzwechsel und/oder Abgruppierung beunruhigen die Beschäftigten, da diese jeweils eine massive Bedrohung des Arbeitsplatzes, zumindest aber des Einkommens und der Qualifikation darstellen. Diese Unsicherheit der Beschäftigungsverhältnisse dürfte einen erheblichen Einfluß auf das Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsverhalten ausüben. Denn Krankheit und Fehlzeiten vergrößern die Gefahr für den einzelnen, entlassen oder auf ungünstigere Arbeitsplätze umgesetzt und abgruppiert zu werden.

Weiterhin gibt es kaum Hinweise für eine Reduktion von arbeitsbedingten Belastungen, vielmehr läßt sich in Teilbereichen eher eine Zunahme vermuten. Zum einen wird mangelnde Arbeitsplatzsicherheit selbst immer wieder von Betroffenen als Belastungsfaktor angeführt. Aber auch eine Zunahme anderer Belastungsarten wird in der schon zitierten Untersuchung von Zoll in den besonders krisenbetroffenen Unternehmen festgestellt: Intensivierung der Arbeit und Anstieg der Arbeitshetze stehen an erster Stelle und werden von 50 % der Beschäftigten konstatiert. Die Beschleunigung von Rationalisierungsprozessen in der Krise sowie betriebliche „Krisenmaßnahmen“ zur Senkung der Lohnkosten — Reduzierung der Beschäftigtenzahlen bei gleichbleibendem Arbeitspensum, Veränderungen des Lohn-/Leistungsverhältnisses sowie Verstärkung der Kontrolle der Arbeitsleistung — werden als Ursache hierfür genannt.

Angesichts solcher Veränderungen der Arbeitsbedingungen sind die von den Betroffenen konstatierte Ver-

schlechterung des Betriebsklimas und die Verschärfung der Konkurrenz der Beschäftigten untereinander um die Arbeitsplätze als weitere belastende Momente in Betracht zu ziehen.

Hinsichtlich des Gesundheitsbewußtseins und -verhaltens läßt diese Entwicklung erwarten, daß auf dem Hintergrund eines durchschnittlich eher erhöhten Belastungsniveaus sich möglicherweise auch die Symptomtoleranz der Beschäftigten erhöht; d. h. arbeitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen und -verschleiß müssen in größerem Maße als normale Folgen der Arbeitstätigkeit akzeptiert werden, zumal die Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeit auf dem Hintergrund betrieblicher Personaleinsparung zunehmend auf Kosten der Kollegen erfolgen würde.

In diesem Zusammenhang der krisenbedingten Unternehmerstrategien zur Disziplinierung und Kontrolle der Beschäftigten sowie zur Senkung der Lohnkosten sind auch die Bemühungen der Unternehmen zu sehen, einen Abbau von Sozialleistungen für kranke Arbeitnehmer durchzusetzen, wie Kürzung der Lohnfortzahlung, Einführung von Karenztagen, verstärkte Kontrolle durch den vertrauensärztlichen Dienst u. ä. (Dienst für Gesellschaftspolitik 1982). Trotz des erheblich gesunkenen Krankenstandes werden gerade in der Krise eine Reihe von betrieblichen Maßnahmen ergriffen, die sich gegen kranke Arbeitnehmer richten, angefangen von öffentlicher Diskriminierung der Betroffenen bis hin zur Androhung von Krankheitskündigungen (IG-Metall, o. J.). Auf dem Hintergrund hoher Arbeitsplatzunsicherheit verstärken solche Politiken die Angst der Arbeitnehmer um ihren Arbeitsplatz und zwingen sie, im Falle von Krankheit dennoch ihre „Arbeitsfähigkeit“ unter Beweis zu stellen.

Es ist also davon auszugehen, daß die drängende Sorge um den Arbeitsplatz und damit um die Existenzsicherung die Gesundheitsinteressen des einzelnen weit zurückdrängt. Die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen etwa während der Arbeitszeit und/oder gar eine Krankschreibung muß von daher so weit irgend möglich hinausgeschoben werden. Die rechtlich verbrieft Funktion der Krankschreibung, durch vorübergehende Befreiung von der Erwerbstätigkeit zur Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beizutragen, wird somit zurückgedrängt.

Identifizierung des verhaltensbedingten Rückgangs der Arbeitsunfähigkeit anhand von Massendaten

Inwieweit sich eine solche unterstellte Verschleppung und Verlagerung von Gesundheitsproblemen in der Krise auch auf breiterer Basis der Krankenkassendaten widerspiegelt, kann nur anhand einiger weniger Ergebnisse unserer eigenen Untersuchung in den zwei Städten Hamburg und München angerissen werden (Bürkardt, u. a., i. E.). Es handelt sich um eine Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten einer Stichprobe von jeweils rund 40 000 Pflichtversicherten mit Lohnfortzahlung der beiden Ortskrankenkassen dieser Städte für das Jahr 1981 im Vergleich zu 1978.

Insgesamt zeigt sich ein Rückgang des Krankenstandes in München um 10 % und in Hamburg um 7 %. Dieser ist überwiegend auf die bis zu drei Wochen dauernden Fälle zurückzuführen. Die länger als sechs Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeitsfälle haben dagegen absolut zugenommen und zwar nicht nur bei den älteren, sondern ebenso bei den jüngeren Arbeitnehmern.

Betriebliche Selektionsprozesse reichen als Begründung für dieses auch durch andere Untersuchungen (Schröder, 1982) belegte Ergebnis nicht, denn die Ausgliederung gesundheitsbeeinträchtigter Arbeitnehmer bezieht sich nicht nur auf kurzzeitig Arbeitsunfähige, macht nicht Halt vor den schwerwiegend längerfristig Erkrankten. In der Folge solcher betrieblichen Strategien müßte also ebenso die Langzeit-AU in der Krise rückläufig sein. Näher liegt hier die Vermutung, daß die notwendige Behandlung und Arbeitsruhe bei einem gewissen Teil der Krankheitsfälle solange hinausgezögert und verschleppt wird, bis die Durchführung der Arbeitstätigkeit nicht mehr möglich, der Heilungsprozeß aber gleichzeitig langwieriger geworden ist.

Dieser Zwang zur Unterinanspruchnahme betrifft nicht alle Personengruppen gleichermaßen. Krankschreibungen werden in der Krise vor allem von den Personengruppen weniger in Anspruch genommen, deren Status- und Arbeitsplatzsicherheit besonders stark bedroht ist, etwa aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu Randbelegschaften, aufgrund geringen Kündigungsschutzes u. ä.

Hinweise für einen solchen Zusammenhang lassen sich erstens daraus ableiten, daß der Krankenstand der Frauen stärker zurückgegangen ist als derjenige der Männer. Zweitens ist der Rückgang des Krankenstandes in der Krise vor allem bei den jüngeren Arbeitnehmern zu beobachten. Mit zunehmendem Alter schwächt sich dieser Rückgang ab, um in der Altersgruppe der 54 bis 59jährigen sogar zuzunehmen (plus 5 % in München, plus 12 % in Hamburg). Erst in der Altersgruppe der über 59jährigen wirken sich offensichtlich Selektionseffekte etwa durch vorgezogenes Altersruhegeld in Richtung eines wiederum gesunkenen Krankenstandes deutlich aus.

Auch die Verschiebungen im Krankheitsspektrum verweisen darauf, daß in Phasen drohender Arbeitslosigkeit vor allem bei solchen Erkrankungen eine Krankschreibung nicht in Anspruch genommen wird, die subjektiv als weniger gefährlich angesehen werden und/oder die Chance besteht, diese am Arbeitsplatz „auszukurieren“. Einheitlich „krisenbedingt“ nehmen nur Atmungsorgan- und Verdauungsorganerkrankungen ab. Ein unterdurchschnittlicher Rückgang bzw. zum Teil sogar ein absoluter Anstieg von AU-Tagen läßt sich dagegen in beiden Regionen infolge von seelischen Störungen, Kreislauf-erkrankungen, Krankheiten des Skeletts und von Unfällen konstatieren, überwiegend bedingt durch eine durchschnittlich erhöhte Falldauer bei gleichzeitigem Rückgang der Fallzahlen.

Auf Basis unserer Ergebnisse gibt es weiterhin einige, wenn auch schwache Hinweise dafür, daß eine möglicherweise durchaus einkalkulierte Verschiebung von aus gesundheitlichen Gründen erforderlichen Arbeitspausen und medizinischen Behandlungen erfolgt. Phasen

der Erwerbslosigkeit sowie solche Beschäftigungsphasen, in denen Arbeitsplatzsicherung nicht mehr Ziel sein kann, weil das Beschäftigungsende absehbar ist, werden für Heilung und Regeneration genutzt. So liegt etwa der Krankenstand der Arbeitslosen sowie der Arbeitnehmer, die innerhalb eines Jahres sowohl beschäftigt als auch arbeitslos waren, allein infolge der länger als sechs Wochen dauernden AU-Fälle erheblich höher als bei den durchgängig Beschäftigten und zwar nicht nur in den höheren Altersgruppen, wo dies sicherlich überwiegend als Folge verstärkter Ausgliederung aus Gesundheitsgründen zu interpretieren ist, sondern ebenso bei den jüngsten Altersgruppen.

Auch die Zahl der mit Krankenhausaufenthalt verbundenen Arbeitsunfähigkeitsfälle ist in Phasen der Arbeitslosigkeit doppelt so hoch wie in Zeiten der Beschäftigung. Während z. B. die unter 30jährigen arbeitslosen Männer in München rund 22 solcher Fälle pro Versicherte im Jahr verursachten, sind dies bei den Beschäftigten nur 10 Fälle. Geht man davon aus, daß nach einer Untersuchung in Nordrhein-Westfalen (Ehlers, 1976) bei rund 50 % aller Krankenhausaufenthalte kein medizinischer Terminuszwang bestanden hat, so belegt dies die Verschiebbarkeit langwieriger Behandlungen auf Phasen der Erwerbslosigkeit.

Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß es einige empirische Hinweise dafür gibt, daß nicht nur aufgrund erhöhter Selektion eine Senkung des Krankenstandes in der Krise zu beobachten ist. Ebenso ist von einer erheblichen Unterinanspruchnahme der Arbeitsunfähigkeit durch die Beschäftigten auszugehen. Die eher steigenden Belastungen durch Arbeit und drohende Arbeitslosigkeit führen nicht etwa zu einem höheren Krankenstand, sie werden überkompensiert durch die individuellen Anpassungsstrategien, die auf eine Sicherung des Arbeitsplatzes ausgerichtet sind auf Kosten der Gesundheitssicherung.

Diese Strategie kann jedoch allenfalls kurzfristig greifen. Längerfristig ist mit verstärktem Auftreten von chronischen Verschleißerscheinungen zu rechnen durch das Aufschieben von Erholungspausen und Behandlungsphasen. Zu einem späteren Zeitpunkt besteht dann die erhöhte Gefahr gesundheitsbezogener Ausgliederung.

Diese individuelle Strategie behindert darüber hinaus kollektive Gegenwehrstrategien und zwar sowohl bezogen auf Belastungsabbau und Verbesserung der Arbeitssicherheit in den Betrieben als auch bezogen auf die Erhaltung und Sicherung von Arbeitsplätzen.

Angesichts der steigenden Arbeitslosigkeit erscheinen Maßnahmen zur Umkehrung solcher Verhaltenstenden-

zen beinahe aussichtslos, wenn nicht die Bedingungen dafür verbessert werden können, daß die Beschäftigten auch in der Krise aufgrund subjektiv empfundener Gesundheitsbeeinträchtigungen Veränderungen unzumutbarer Arbeitsbedingungen einklagen können. Nur so läßt sich der Dethematisierung der Gesundheitsinteressen zugunsten der drängenden Notwendigkeit der Arbeitsplatzsicherung entgegenwirken.

Verlautbarungen wie die der Bundesregierung in bezug auf Kuren, daß „kein Versicherter aus Sorge um seinen Arbeitsplatz auf die Durchführung einer medizinisch notwendigen Kur verzichten soll“ (o. V., 1983), helfen zumindest nicht weiter.

Literatur

- Bartlingck, H.: Vorsorgeuntersuchungen in Betrieben, Rundschreiben vom 24. 04. 1979, Frankfurt
- Büchtemann, Chr.: Arbeitsbelastungen, Arbeitsverschleiß, Arbeitslosigkeitsrisiko, in: Hauß, F. (Hg.): Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik, Frankfurt/New York 1982
- Bürkardt, D., Oppen, M.: Krankenstandsforschung zwischen Personal- und Gesundheitspolitik, Diskussionspapier des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung/Arbeitspolitik, IIVG/dp 82-203, Berlin 1982
- Bürkardt, D., Oppen, M., Schneider, H.: Verteilung von Arbeitsunfähigkeitsrisiken in der Erwerbsbevölkerung — Berliner Krankenstand im interregionalen Vergleich, i. E.
- Dienst für Gesellschaftspolitik: Lohnfortzahlung: Umfrage des CDU-Wirtschaftsrates, 31-82
- Ehlers: Krankenhaushäufigkeit, in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hg.): Eine Untersuchung über Faktoren der Bedarfsplanung, Düsseldorf 1976
- Geissler, B., Thoma, P. (Hg.): Medizinsoziologie — Eine Einleitung für medizinische und soziale Berufe, Frankfurt/New York 1975
- Hohn, H.-W., Windolf, P.: Selektion und Qualifikation — Die betriebliche Personalauswahl in der Krise, IIM/LMP 82-48, Wissenschaftszentrum Berlin 1982
- IG Metall (Hg.): Unternehmerverhalten in der Krise und gewerkschaftliche Gegenwehr, Frankfurt o. J.
- IG Metall-Bezirksleitung Stuttgart: Werktag müssen menschlicher werden, Stuttgart, 1979
- Institut für empirische Soziologie (Hg.): Arbeit, Umwelt- und Lebensgewohnheiten bei Früh- und Altersrentnern, Nürnberg 1977
- Kollmeier, H., Thiele, W., Müller, R.: Gibt es einen berufsspezifischen Krankenstand?, in: Zbl f. Arbeitsmed. 1980, Heft 4
- Koos, E.L.: Krankheit in Regionsville, in: Mitscherlich u. a. (Hg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, 1967
- Küster, H.E.: Analyse der soziologisch relevanten Ursachen des Krankenstandes, Diss., Köln 1968, S. 295
- o. V.: Kuren, in: Die Ortskrankenkasse 13/1983, S. 601
- Rosenbrock, R.: Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt/New York 1982
- Schmädel, D.: Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, in: Ritter-Röhr, D. (Hg.): Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft, Frankfurt 1975
- Schröder, W.: Langzeit-Arbeitsunfähigkeit: Antizyklische Entwicklung, in: Arbeit, Gesundheit, Sozialpolitik-Mitteilungen, 10/82
- Thiele, W.: Schichtenspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Hauß, F. u. a. (Hg.): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Bonn (BMAuS) 1981
- Zimmermann, G.: Krankheitskündigung im Vergleich mit anderen Kündigungstypen, Ms. Max-Planck-Institut, Hamburg 1981
- Zoll, R. (Hg.): Arbeiterbewußtsein in der Wirtschaftskrise, Köln 1981