ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Oppen, Maria

Article — Digitized Version

Krise und Krankenstand

epd Dokumentation

Provided in Cooperation with:
WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Oppen, Maria (1985) : Krise und Krankenstand, epd Dokumentation, ISSN 1619-5809, Gemeinschaftswerk der Evang. Publizistik, Frankfurt, M, Iss. 21, pp. 6-20

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/123002

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

WZB
Wissenschaftszentrum Berlin
für Sozialforschung

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, BERLIN:

KRISE UND KRANKENSTAND

1. Diskussion um den Rückgang des Krankenstandes

Der Krankenstand der Erwerbsbevölkerung - die durch ärztliches Attest legitimierte Arbeitsunfähigkeit (AU) der Arbeitnehmer - ist im Verlauf der derzeitigen Beschäftigungskrise ganz außergewöhnlich gesunken. Ein rund zwanzigprozentiger Rückgang erfolgte von 1980 mit einem Anteil von 5,7 Prozent Arbeitsunfähiger auf 4,4 Prozent im Jahre 1983. Im gleichen Zeitraum hat sich die Arbeitslosenquote im Bundesgebiet beinahe verdreifacht: von 3,7 Prozent auf 9,5 Prozent.

Diese Entwicklung hat einen neuen Aufschwung der Diskussion um die Ursachen des Krankenstandes und die Möglichkeiten zu seiner Beeinflussung mit sich gebracht. Im Mittelpunkt der öffentlichen, politischen und wissenschaftlichen Debatte steht hierbei häufig das "Mißbrauchsargument", welches die "ungerechtfertigte, überhöhte Inanspruchnahme sozialer Leistungen", das "Krankfeiern auf Kosten der Kollegen oder der Versichertengemeinschaft" unterstellt.

Es stellt sich die Frage nach den Ursachen dieser "Hochkonjunktur" des Themas Krankenstand gerade zu einer Zeit, in der die entsprechenden Werte ihren Tiefpunkt erreicht haben und die Folgekosten der AU erheblich eingedämmt wurden: die Lohnfortzahlung, die die Unternehmen für die ersten sechs Wochen von AU zu bezahlen haben, wie auch die Behandlungs- und Krankengeldkosten für die Krankenkassen.

Ich gehe davon aus, daß es vor allem drei Aspekte sind, die zu diesem Aufleben der Diskussion in der Krise geführt haben:

- Das starke Absinken des Krankenstandes in der Krise wird gerade als empirischer Beleg für die Richtigkeit der "Mißbrauchstheorie" gewertet. Einerseits führe das erhöhte Arbeitsplatzrisiko für die Beschäftigten zur Eindämmung des Krankfeierns und Blaumachens. Andererseits würden bei hoher Arbeitslosigkeit vor allem die "Mißbrauchsgefährdeten" und weniger leistungsorientierten Arbeitnehmer aus dem Beschäftigungssystem ausgegliedert. Erst das in der Krise niedrige Niveau des Krankenstandes spiegele annähernd "echte", krankheitsbedingte Abwesenheiten vom Arbeitsplatz wider.
- Die Reduzierung der Diskussion über Krankenstand auf den Aspekt des Mißbrauchs, der Verhaltensbedingtheit von AU, bedeutet, daß nicht mehr nach den eigentlichen, gesellschaftlichen Ursachen für Arbeitsunfähigkeit gefragt wird. Die so geführte Diskussion hat die Funktion, von der gerade in den letzten zehn Jahren verstärkten Thematisierung der gesundheitsgefährdenden, krankmachenden Faktoren in der Arbeits- und Lebenswelt abzulenken. Die Notwendigkeit der Bekämpfung von Ursachen z.B. arbeitsbedingter Erkrankungen durch Belastungsabbau und durch menschengerechtere Gestaltung der Arbeitsbedingungen kann somit zurückgedrängt werden.
- Demgegenüber lassen sich die Forderungen nach einer Reorganisation des Systems der sozialen Sicherung, die ja gerade mit der Notwendigkeit der Eindämmung von Überinanspruchnahme und Mißbrauch begründet wird, besonders erfolgreich in die aktuelle politische Diskussion über Sparmaßnahmen und Krisenbewältigungsstrategien "einschmuggeln". Denn ein gesenkter Krankenstand führe zu Kosteneinsparungen auf allen Ebenen.

Das Ziel der derzeitigen Diskussion über den Mißbrauch sozialer Leistungen besteht vor allem in der unmittelbaren Senkung des betrieblichen Krankenstandes und seiner Kosten sowie mittelbar in der Beeinflussung von Arbeitsmoral und Leistungsbereitschaft der Beschäftigten, um den Anteil der produktiven Arbeitszeit an der Gesamtarbeitszeit zu erhöhen.

Da die "überhöhte Wohlfahrtsmentalität" der fehlerhaften Konstruktion der sozialen Sicherung selbst geschuldet sei, wird gefordert, Sozialleistungen auf "ungewollte Begünstigungseffekte hin abzuklopfen". Denn - so wird argumentiert - es gingen Fehlanreize von der hundertprozentigen Lohngarantie bei Nichtleistung von Arbeit aus. Die Gleichbewertung von Arbeit und arbeitsfreier Lebensführung bei Arbeitsunfähigkeit löse Mitnahmeeffekte und Anspruchsdenken bei den Arbeitnehmern aus.

Eingriffe in soziale Besitzstände der Beschäftigten bzw. der Versicherten werden als das geeignete Mittel zur Kostendämpfung im Sozialversicherungsbereich sowie zur Sicherung der Arbeitsplätze und Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft auf dem Weltmarkt ausgegeben. Entsprechende Forderungen beziehen sich auf mehr Selbstbeteiligung der Versicherten in Form von unbezahlten Karrenztagen, Einschränkung der Lohnfortzahlung, Einführung von Teil-AU sowie Verstärkung der Kontrolle über die Rechtmäßigkeit bestehender AU sowie ihrer Dauer. Einige dieser Forderungen haben sich bereits in der Praxis wie auch in der Rechtssprechung niedergeschlagen.

So haben einige Krankenkassen in Absprache mit den betroffenen Unternehmen das Modell der Teilarbeitsunfähigkeit eingeführt. Gesundheitlich eingeschränkte Arbeitnehmer werden auf weniger belastende Arbeitsplätze umgesetzt oder ihre Arbeitszeit für die Dauer der Erkrankung verringert. Weiterhin wurde mit dem Haushaltsbegleitgesetz von 1983 dem Drängen der Arbeitgeber auf stärkere Heranziehung des Vertrauensärztlichen Dienstes zur Kontrolle der AU nachgegeben. Demnach muß der Vertrauensärztliche Dienst krankgeschriebene Arbeitnehmer nunmehr vorladen, wenn der Arbeitgeber Zweifel an der Rechtmäßigkeit der AU anmeldet. Nach der neuesten Rechtsprechung ist zudem der Anspruch auf Lohnfortzahlung für die geringfügig beschäftigten Arbeiter eingeschränkt worden. Voraussetzung für die Lohnfortzahlung war bisher lediglich, daß ein Arbeiter regelmäßig mehr als zehn Stunden wöchentlich tätig sein muß. Die Länge des Zeitraums, in dem diese monatliche Arbeitsleistung erfüllt werden muß, hatte der Gesetzgeber nicht festgelegt. Nunmehr muß ein solcher Arbeiter mindestens zwölf Monate vor Eintritt der Krankheit beschäftigt gewesen sein, um Lohnfortzahlung beanspruchen zu können.

Wo diese Strategien effektiv werden, kommen die finanziellen Effekte überwiegend der Unternehmerseite zugute; denn hierdurch werden nicht nur die Kosten pro AU-Fall gesenkt, sondern die Barrieren für die Inanspruchnahme einer Krankschreibung erhöht, mit der Folge des unmittelbaren Rückganges des Krankenstandes bzw. der höheren Verfügbarkeit der Arbeitskräfte.

Im folgenden wird dargelegt und begründet, daß eine solche Sichtweise des Krankenstandes und die daran geknüpften Maßnahmen überwiegend an dem gesundheitlichen Kern des Problems vorbeigehen und die zugrunde liegenden Annahme des "massenhaft verbreiteten Mißbrauchsverhaltens" in dieser Pauschalität nicht aufrecht zu erhalten ist. Auch wenn in Einzelfällen Mißbrauch auftritt, so wurde ein statistisch erkennbarer Einfluß dieses Faktors bisher nie nachgewiesen bzw. sprechen die Fakten eher gegen einen solchen Einfluß (Kap. 2). Der Rückgang des Krankenstandes in der Krise läßt sich dementsprechend weniger auf die Zurückdrängung des Mißbrauchs, als vielmehr auf eine veränderte Struktur der Erwerbstätigen aufgrund betrieblicher Auswahlstrategien sowie auf eine tendenzielle Unterinanspruchnahme von Krankschreibungen durch die Beschäftigten zurückführen

(Kap. 3). Trotz dieses zur Zeit global sehr niedrigen Krankenstandsniveus, lassen sich einzelne Gruppen von Beschäftigten sowie Arbeitsbereiche identifizieren, für die ein besonders hohes Erkrankungsrisiko vorliegt (Kap. 4). Bei näherer Betrachtung der konkreten Belastungen und Gesundheitsgefahren in diesen Problembereichen stößt man auf eine Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung von Gesundheitschancen. Davon ist aber letztlich die Krankenstandsentwicklung abhängig (Kap. 5).

2. Zur Stichhaltigkeit der Mißbrauchsargumente

Diese Argumente, mit denen die Mißbrauchsdiskussion geführt wird, sind so alt wie die Sozialversicherung selbst. Sie beschränken sich keinesfalls auf die Inanspruchnahme von Lohnfortzahlung und Krankengeld; sie beziehen sich ebenso auf die angebliche Überinanspruchnahme von Leistungen der Sozialhilfe der Arbeitslosen- oder der Rentenversicherung, nach dem Motto "Wer keine Arbeit hat, der will auch gar nicht arbeiten".

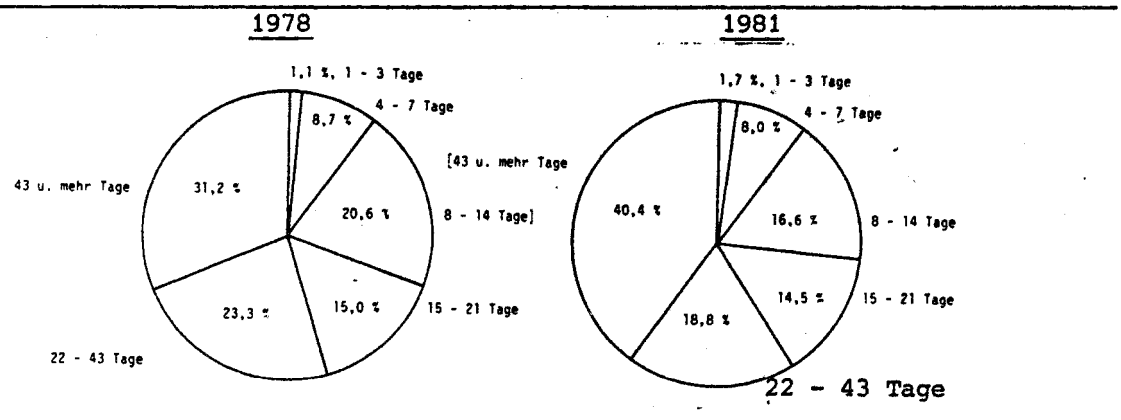
Obwohl es insgesamt kaum "harte Daten" zum Mißbrauch sozialer Leistungen gibt, kam eine UNO-Experten-Tagung zu dem Ergebnis, daß es sich hierbei um nicht mehr als 1 Prozent bis 3 Prozent der gesamten Inanspruchnahme von sozialen Leistungen handeln dürfte.

In der Krankenstandsdiskussion wird mit steter Regelmäßigkeit versucht, das Vorliegen von Mißbrauch vor allem mit vier Argumenten abzustützen, deren Stichhaltigkeit im folgenden hinterfragt werden soll:
- die große Zahl von Bagatellerkrankungen,
- der "blaue Montag",
- die besonders mißbrauchsgefährdeten Personengruppen,
- die mangelnde Kontrolle über die Arbeitsunfähigkeit.

Es wird argumentiert, daß die "fehlerhafte Konstruktion der sozialen Sicherung", nämlich die völlige wirtschaftliche Sicherheit der Beschäftigten im Krankheitsfalle, zu "sinkender Arbeitsmoral", mangelnder Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit und zur mangelnden Solidarität mit der Versichertengemeinschaft führe. Bereits kleine Befindlichkeitsstörungen und Bagatellerkrankungen würden zum Anlaß genommen, sich vom Arzt krankschreiben zu lassen.

Da es für den Begriff der Bagatellerkrankungen keine Definition gibt, sich vielmehr häufig erst im Nachhinein - nach Abklingen der Symptome - feststellen läßt, ob eine relativ leichte oder eine schwere Erkrankung vorgelegen hat, werden häufig die kurz dauernden AU-Fälle sehr schematisch als Bagatellen bezeichnet. Die folgende Übersicht, die Ergebnis eines von uns durchgeführten, interregionalen Krankenstandsvergleiches ist,* zeigt allerdings, daß der Anteil der Kurz-AU am Gesamtkrankenstand äußerst gering zu veranschlagen ist.

Übersicht 1: Verteilung der AU-Tage nach Dauer der Fälle Pflichtversicherte Männer der AOK-München



Die AU-Fälle mit einer Dauer von 1 bis 7 Tagen machen nur rund 10 Prozent aller im Verlauf eines Jahres anfallenden AU-Tage (bzw. des Krankenstandes) aus. Hingegen ist ersichtlich, daß die länger als sechs Wochen dauernden Fälle - also die eher schwerwiegenden Erkrankungen - rund 40 Prozent des gesamten Krankenstandes verursachen.

Das "Blaumachen" am Montag, neuerdings auch der "blaue Freitag" werden immer wieder als eingängige Beispiele für das Anspruchsdenken der Beschäftigten, für den Wunsch, die Freizeit zu verlängern, angeführt. Auch hier handelt es sich dementsprechend wieder um die Kurz-AU. Die nachstehende Übersicht zeigt nun allerdings, daß der Montag derjenige Wochentag ist, an welchem insgesamt die meisten AU-Fälle beginnen, nicht nur die Fälle mit kurzer Dauer. Anders verhält es sich mit dem Freitag. Er spielt als Tag des Beginns von AU unabhängig von der Dauer der Erkrankungsfälle die geringste Rolle.

Übersicht 2: AU-Fälle nach dem Wochentag des AU-Beginns und der AU-Dauer Pflichtversicherter mit Lohnfortzahlung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, 1978

Dauer der AU in Tagen	AU-Fälle insges.	davon in %						
		Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
1 - 3	11 747	27,6	14,4	22,6	22,7	10,6	1,0	1,0
4 - 7	29 596	44,1	23,7	9,3	12,6	6,6	2,0	1,1
8 - 14	44 906	33,8	20,9	13,0	17,6	11,7	1,7	1,2
15 - 21	23 823	32,8	19,8	12,2	18,7	12,1	1,9	1,6
22 - 42	23 062	33,6	19,9	11,3	18,4	12,6	2,2	2,2
43 und mehr	10 760	31,3	19,4	12,4	18,0	12,4	3,3	3,2
Insgesamt	143 894	32,0	20,5	12,4	17,4	11,0	2,0	1,6

Quelle: THIELE, W.: Arbeitsunfähigkeit und Wochenrhythmus, BASiG-Diskussionspapier, D 43, Berlin 1981.

Aus den angegebenen Verteilungen lassen sich nicht schlüssig "blaue" Wochentage ableiten, insbesondere wenn man sich nochmals den geringen Anteil der Kurz-AU am Krankenstand vergegenwärtigt. Vielmehr muß berücksichtigt werden, daß am Wochenende Arztbesuche und Krankschreibungen nur im Notfall erfolgen und von daher erst am Montag die am Wochenende einsetzenden Erkrankungen zur Krankschreibung gelangen. Die am Freitag auftretenden, von allen Werktagen geringsten Krankschreibequoten lassen darauf schließen, daß entgegen der Mißbrauchsthese viele Arbeitnehmer zunächst versuchen, das Wochenende zur Genesung zu nutzen, statt sich gleich Arbeitsunfähigkeit attestieren zu lassen.

Auch in bezug auf "Problemgruppen" des Krankenstandes wird in der öffentlich geführten Mißbrauchsdebatte ähnlich undifferenziert argumentiert. An der faktisch bestehenden Ungleichverteilung der AU innerhalb der Erwerbsbevölkerung, an dem höheren Krankenstand der Frauen, der Ausländer, der jüngeren Arbeitnehmer oder der gering qualifizierten Beschäftigtengruppen wird festgemacht, daß es sich hierbei nur um ein verstärktes Anspruchsdenken und Fehlverhalten - etwa aufgrund geringer Leistungsbereitschaft, geringerer Bindung an den Betrieb oder mangelnder beruflicher Indentifikation - handeln könne. Unterschiede zwischen diesen Gruppen in den Arbeits- und Le-

bensbedingungen und damit verbundenen gruppenspezifischen Erkrankungsrisiken werden systematisch vernachlässigt. 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 verdächtigt (siehe hierzu ausführlich Kapitel 5).

Das vierte in der Mißbrauchsdebatte zentrale Argument ist der Vorwurf der mangelnden Kontrolle der AU durch Ärzte und Krankenkassen. Die ungerechtfertigte Inanspruchnahme der Krankenversicherung wird häufig damit in Zusammenhang gebracht, daß Ärzte aus eigenem Erwerbsinteresse und zunehmendem Konkurrenzdruck ("Ärzteschwemme") AU-Bescheinigungen ohne zwingenden medizinischen Grund ausstellten und häufig zu lange krankschreiben würden. Um das "Abwandern" ihrer Patienten zur Konkurrenz zu vermeiden, würden sogar offensichtliche "Simulanten" ein "Gefälligkeitsattest" erhalten.

Auch wenn Ergebnisse zu dieser Frage bisher äußerst lückenhaft sind, so bietet der von uns durchgeführte interregionale Krankenstandsvergleich keine Anhaltspunkte dafür, daß ein solches Verhalten in Regionen mit hoher Arztdichte besonders stark ins Gewicht fiele. München weist im Vergleich zu Hamburg und Berlin die höchste Dichte niedergelassener Ärzte und damit den stärksten Konkurrenzdruck auf; der Krankenstand ist hier jedoch am niedrigsten.

Weiterhin wird häufig angeführt, daß die Kontrolltätigkeit des Vertrauensärztlichen Dienstes (VäD) über die Rechtmäßigkeit des Bestehens und die Dauer der AU ungenügend sei. Seit Einführung des Lohnfortzahlungsgesetzes gibt es zwar keine massenhaften Vorladungen mehr zum VäD; die Arbeitsunfähigkeit wird nur noch begutachtet, wenn dies zur Sicherung des Heilerfolges oder zur Beseitigung von begründeten Zweifeln an der AU erforderlich erscheint. Die Anzahl der Begutachtungen hat sich damit zwar erheblich verringert, eine gewisse Kontrollfunktion übt der VäD aber nach wie vor aus. Die Unternehmen beklagen dennoch die mangelnde Kontrolle, insbesondere solange die Firmen für die Lohnfortzahlung zuständig seien.

Hierzu ist anzumerken, daß entsprechende Statistiken (VäD-Report Nr. 2) ausweißen, daß immerhin über 50 Prozent aller durch die Vertrauensärzte begutachteten AU-Fälle bereits innerhalb der ersten sechs Wochen der Erkrankungen einbestellt wurden, also innerhalb des Zeitraumes, für den der Arbeitgeber im Normalfall Lohnfortzahlung zu leisten hat. Darüber hinaus zeigt unsere Untersuchung, daß der - gegenüber den Vergleichsregionen - in Berlin erhöhte Krankenstand nicht Ergebnis einer geringeren Wirksamkeit der vertrauensärztlichen Kontrolle sein kann. Denn ganz im Gegenteil liegt der Anteil der Begutachtungen an allen AU-Fällen in Berlin höher, die Begutachtung erfolgt bereits zu einem früheren Zeitpunkt im Krankheitsverlauf und der Anteil der vorzeitigen Gesundschreibungen ist ebenfalls höher. In gewissem Umfang finden also durchaus Kontrollen von AU statt, deren positive Auswirkungen auf die Höhe des Krankenstandes aber vor allem dann ausbleiben müssen, wenn man von einem "massenhaften Mißbrauch" der ärztlichen AU-Bescheinigung durch die Versicherten gar nicht ausgehen kann, wie die obigen Ausführungen nahelegen.

3. Bedingungsfaktoren der Krankenstandsentwicklung in der Krise

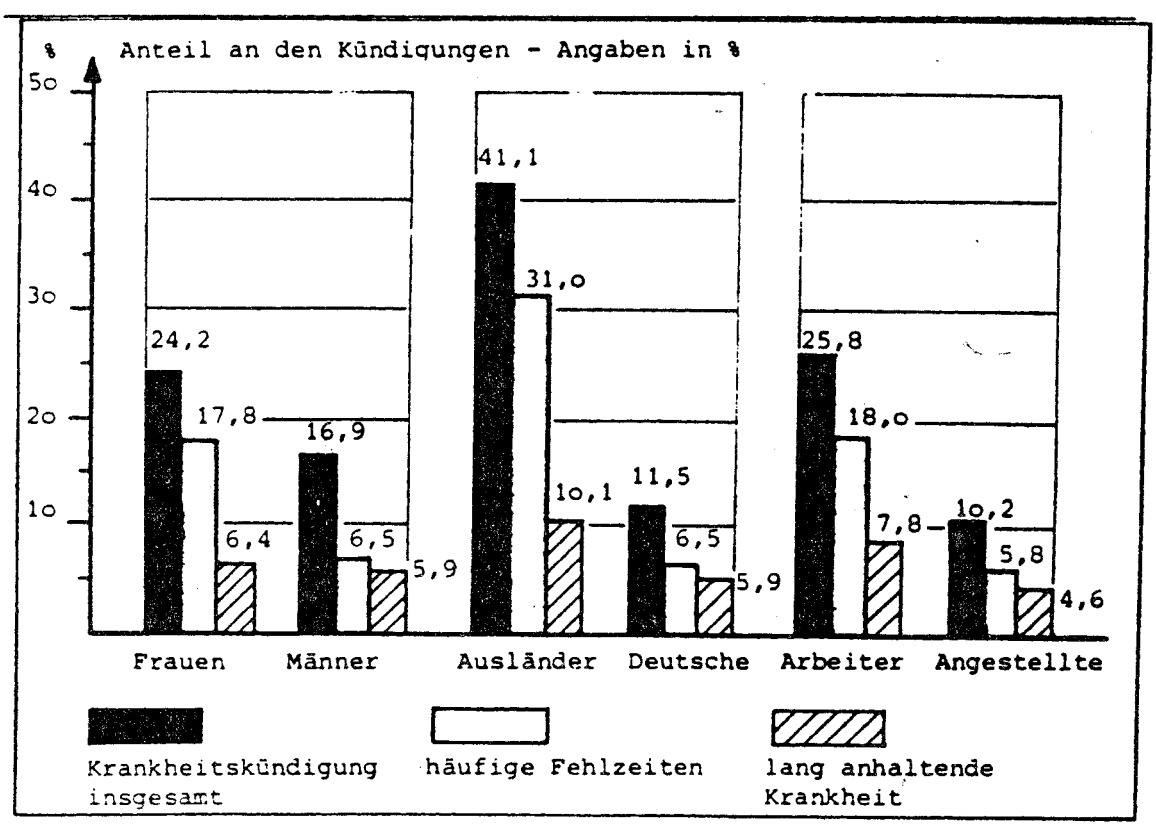
Wenn also eine massenhafte, ungerechtfertigte Inanspruchnahme von AU und Lohnfortzahlung als wenig plausibel anzusehen ist, dann kann das Sinken des Krankenstandes in der Krise ebensowenig allein mit dem Rückgang des Mißbrauchs-

verhaltens der Beschäftigten erklärt werden. Vielmehr lassen sich eine Reihe von Hinweisen dafür angeben, daß diese Entwicklung der letzten Jahre auf
- veränderte betriebliche Personaleinsatzstrategien und
- ein verändertes Inanspruchnahmeverhalten der Beschäftigten zurückzuführen ist.

Der Rückgang des Krankenstandes läßt sich zu einem - allerdings nicht genau quantifizierbaren - Teil darauf zurückzuführen, daß gesundheitlich Angeschlagene oder gar chronisch Kranke aus der Erwerbstätigkeit ausgegliedert werden. Bei bestehender hoher Arbeitslosigkeit haben diese dann nur geringe Chancen, wieder in ein stabiles Beschäftigungsverhältnis vermittelt zu werden. Sowohl bei betrieblichen Einstellungen als auch bei Kündigungen sind die Auswahlkriterien:
- guter Gesundheitszustand,
- hohe Belastbarkeit und
- außerordentliche Leistungsbereitschaft.

Kriterien, die vor allem dann hochgeschraubt werden können, wenn genügend Arbeitskräfte auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. So zeigen Befragungen von betrieblichen Praktikern, daß bereits durch betriebsärztliche Einstellungsuntersuchungen ein Anteil von zwischen "Nicht-der-Rede-wert" und 50 Prozent aller Bewerber aus gesundheitlichen Gründen nicht in die engere Auswahl gelangen. Auch bei Kündigungen spielt der Gesundheitszustand eine erhebliche Rolle. Eine empirische Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, daß von den ausdrücklich krankheitsbedingten Kündigungen (30 Prozent aller personenbedingten Kündigungen) sowohl häufig arbeitsunfähige Arbeitnehmer (zwei Drittel) als auch Beschäftigte mit langandauernden Erkrankungen betroffen sind. Die Übersicht 3 läßt zudem erkennen, daß von Krankheitskündigungen gerade solche Arbeitnehmergruppen besonders häufig betroffen sind, die in der Regel einen überdurchschnittlich hohen Krankenstand aufweisen.

Übersicht 3: Von Krankheitskündigungen besonders betroffene Arbeitnehmer (Ergebnisse der Aktenanalyse)



Quelle: ZIMMERMANN, G.: Krankheitskündigung im Vergleich mit anderen Kündigungstypen. Ms., Hamburg: Max-Planck-Institut 1981.

Darüber hinaus werden mit gesundheitlich eingeschränkten Arbeitnehmern derselben Studien zufolge besonders häufig Aufhebungsverträge geschlossen, um bestehende Schutzbestimmungen zu umgehen. Der Anteil der Arbeitnehmer mit mehr als 40 AU-Tagen im Jahr ist hier doppelt so hoch wie bei arbeitnehmerseitigen Kündigungen.

Durch solche betriebliche Auswahlstrategien wird die Struktur der Beschäftigten zugunsten der Jüngeren und Leistungsfähigen verschoben. Der durchschnittliche Gesundheitszustand der Belegschaft verbessert sich hierdurch rein statistisch (Stichwort: Olympia-Mannschaften). Der Rückgang der über sechs Wochen dauernden, schwerwiegenden AU-Fälle (Herz-Kreislauf-Erkrankungen-Neubildungen u.ä.) bei den älteren Arbeitnehmern in Berlin von 1978 bis 1981 ist vermutlich auf solche Maßnahmen zurückzuführen. Denn die Senkung gerade von Langzeit-AU-Fällen läßt sich weder mit einer Eindämmung von Mißbrauch noch damit begründen, daß die Untersuchungsgruppe innerhalb von drei Jahren gesünder geworden wäre. Die gesundheitlichen Risiken oder Risikogruppen finden sich als Folge der Selektion vermehrt in der Rentenversicherung als Frührentner oder in der Arbeitsverwaltung als Dauerarbeitslose wieder. Eine Befragung ergab dementsprechend, daß 37 Prozent der über vierundvierzigjährigen Arbeitslosen einen weniger guten bis schlechten Gesundheitszustand beklagten, bei einer vergleichbaren Gruppe von Beschäftigten betrug dieser Anteil dagegen nur 22 Prozent.

Der Krankenstand in der Krise ist weiterhin gekennzeichnet durch einen hohen Anteil "verdeckter Arbeitsunfähigkeit" bei den Beschäftigten. Bei hoher Arbeitsplatzunsicherheit verändert sich das Inanspruchnahmeverhalten von Krankschreibungen. Die in der Krise zum Teil eher steigenden Belastungen durch Intensivierung der Arbeit, vermehrte Überstunden und drohende Arbeitslosigkeit führen nicht etwa zu einem höheren Krankenstand. Individuelle Anpassungszwänge sind vordringlich auf die Sicherung des Arbeitsplatzes ausgerichtet, die auf Kosten der Gesundheitssicherung erfolgt. Arbeitnehmer gehen also häufig nicht rechtzeitig zum Arzt bzw. lassen sich von diesem nicht krankschreiben, auch wenn dies zur Gewährleistung des Heilerfolges oder zur Vermeidung einer Verschlimmerung der Gesundheitsbeeinträchtigung ärztlicherseits als unbedingt notwendig erachtet wird. Nach den Erfahrungen niedergelassener Ärzte in den letzten Jahren neigen Arbeitnehmer in der Krise dazu, aus Angst vor Arbeitsplatzverlust oder anderen betrieblichen Sanktionen Erkrankungen zu verschleppen mit der Gefahr der Chronifizierung. Nach einer Umfrage der IG-Metall befürchtete bereits 1979 immerhin ein Drittel aller Befragten Nachteile im Falle von Arbeitsunfähigkeit, wie der folgenden Übersicht zu entnehmen ist.

Der in der Krise zwar insgesamt sinkende Krankenstand bei gleichzeitig absoluter Zunahme der langandauernden AU-Fälle, insbesondere bei den jüngeren Arbeitnehmern, ist als Ergebnis solcher Einstellungen und Verhaltensweisen zu werten. Weiterhin zeigen unsere Daten, daß Arbeitslose doppelt so hohe Werte für Krankenhausbehandlung - die ja grundsätzlich mit Arbeitsunfähigkeit verbunden ist - aufweisen gegenüber den Beschäftigten der gleichen Altersgruppe (22 Fälle im Jahr pro hundert Versicherte bzw. 10 Fälle). Es werden offensichtlich langwierige, mit AU verbundene Behandlungen bewußt auf Phasen der Erwerbslosigkeit verschoben, während die Notwendigkeit der Arbeitsplatzsicherung diejenigen, die noch einen Arbeitsplatz haben, zwingt, ihre "Arbeitsfähigkeit" auch im Falle von Krankheit unter Beweis zu stellen.

Übersicht 4: Befürchtest du Nachteile, wenn der Arzt dich arbeitsunfähig schreibt? (Frage).

Nachteile	Gesamt-ergebnis	Arbeiter	Angestellte	Auszubildende
Ja:	33,5	37,9	23,9	28,6
Nein:	61,8	56,3	73,4	71,4
keine Antwort:	4,7	5,7	2,7	0

Nachteile	Frauen	Männer	Schicht-arbeiter	Nicht-Schicht-Arbeiter
Ja:	37,8	31,5	38,8	32,2
Nein:	56,2	64,4	53,4	63,9
keine Antwort:	6,0	4,1	7,8	3,9

Quelle: Werktage müssen menschlicher werden. Umfrage der Bezirksleitung der IG-Metall, Stuttgart 1979

Neben der Verlagerung von Gesundheitsproblemen durch entsprechende Personaleinsatzstrategien aus dem Betrieb und damit aus der Statistik sind daher Verschleppung und Unterdrückung von Erkrankungen bei den Beschäftigten als wichtiger Einflußfaktor auf die Entwicklung des Krankenstandes in der Krise anzusehen.

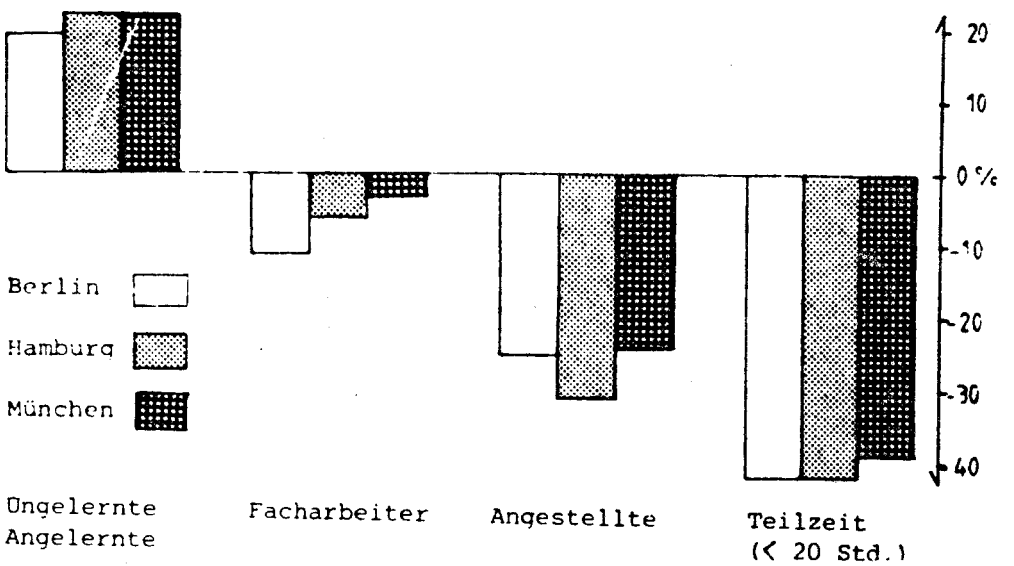
4. Unterschiedliche AU-Risiken

Wurde im Vorangegangenen festgestellt, daß der Rückgang des Krankenstandes in der Krise keineswegs auf eine Verbesserung des Krankheitszustandes in der Erwerbsbevölkerung schließen läßt, so ist ebenso wenig von einer Angleichung des Krankenstandsniveaus verschiedener Teilgruppen an einen, im Rahmen der Mißbrauchsdebatte unterstellten, "Normalkrankenstand" festzustellen. Auch in der Krise lassen sich bei denjenigen Gruppen, die als besonders mißbrauchsgefährdet bezeichnet werden, besonders hohe Erkrankungsrisiken feststellen. Ihr Krankenstand übersteigt bei gleichbleibend hoher Arbeitslosigkeit die

durchschnittliche AU-Quote der Erwerbsbevölkerung mit bis zu 60 Prozent ganz erheblich. Bei näherer Betrachtung lassen sich diese gruppenspezifischen Krankenstandswerte auf jeweils spezifische Belastungskonstellationen, Gesundheitsgefährdungen und Bewältigungsmöglichkeiten in der Arbeitswelt, aber auch in den sonstigen Lebensumständen zurückführen.

Erhebliche Unterschiede im Krankenstand ergeben sich bereits nach Ausbildung und Stellung im Beruf: während un- und angelernte Arbeiter ohne Berufsausbildung in unserer Untersuchung rund 30 Tage im Jahr 1981 arbeitsunfähig waren, wiesen Facharbeiter mit Berufsausbildung 21 AU-Tage und Angestellte mit Berufsausbildung nur 17 AU-Tage durchschnittlich auf. Die Übersicht zeigt die Abweichungen vom durchschnittlichen Krankenstand.

Übersicht 5: Abweichung der AU-Tage vom Erwartungswert nach Stellung im Beruf



Zwischen den einzelnen Beschäftigungsgruppen treten zudem jeweils spezifische Erkrankungsschwerpunkte auf: gegenüber den Angestellten leiden Arbeiter häufiger an Verdauungsorganerkrankungen, Krankheiten des Bewegungsapparates und Unfallfolgen. Diese Ergebnisse sind im Zusammenhang mit den ganz unterschiedlichen arbeitsbedingten Beanspruchungen dieser Teilgruppen zu sehen. Vier Arten von Belastungen sind zentral:

- körperliche Schwerarbeit,
- belastende Umgebungseinflüsse wie Nässe, Kälte, Dämpfe, Lärm u.ä.,
- Nacht- und Schichtarbeit und
- restriktive, bis in alle Einzelheiten vorgeschriebene Arbeitsdurchführung.

In einer Untersuchung wurde festgestellt, daß hiervon vor allem Erwerbstätige ohne einen Berufsbildungsabschluß betroffen sind (über 60 Prozent), diejenigen mit abgeschlossener Lehre oder Fachschule zu über 40 Prozent, aber Fachhochschul- und Hochschulabsolventen nur zu rund 10 Prozent. Hinzu tritt, daß Beschäftigte auf den unteren Ebenen der betrieblichen Hierarchie durch den erhöhten Anteil restriktiver, bis in alle Einzelheiten vorgeschriebener Arbeit mit geringem Handlungsspielraum hierdurch nicht nur besonders belastet sind; sie können schon bei geringfügigen gesundheitlichen Einschränkungen den normalen Arbeitsanforderungen nicht mehr in vollem Umfang nachkommen und

müssen sich dementsprechend eher krankschreiben lassen, als Beschäftigte, die sich ihre Arbeit einteilen können.

Auch die Dauer der täglichen Belastungsexposition spielt offensichtlich eine Rolle für die Höhe des Krankenstandes: so liegen die AU-Werte von Teilzeitbeschäftigten mit zwischen 20 und 40 Wochenstunden um 20 Prozent unter dem Durchschnitt, derjenigen mit weniger als 20 Wochenstunden sogar um 40 Prozent darunter (vgl. Übersicht 5).

Desweiteren verweist auch die Aufschlüsselung des Krankenstandes nach Berufsgruppen auf eine Reihe von Problemgruppen mit erhöhten AU-Werten, die bis zu 60 Prozent über dem Durchschnitt liegen. Die Übersicht 6 läßt die Arbeitsunfähigkeitsschwerpunkte nach Tätigkeitsgruppen erkennen.

Sechs dieser Berufsgruppen wurden im Rahmen unserer Untersuchung genauer untersucht, um den Ursachen der erhöhten Krankenstandswerte näherzukommen. Daran hätten dann Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit zur Senkung des Krankenstandes anzusetzen. Hierbei handelt es sich um: Hilfsarbeiter, Metallarbeiter, Elektromontiererinnen (sonstige Metallarbeiter), Ernährungsberufe, Lager- und Transportarbeiter sowie Raum- und Hausratreinigerinnen.

Der überdurchschnittlich hohe Krankenstand dieser Berufsgruppen ist auf den größeren Anteil der von Arbeitsunfähigkeit Betroffenen in dieser Gruppe, als dies im Durchschnitt der Fall ist, zurückzuführen. Aber auch die durchschnittliche Dauer der Fälle ist bei den meisten dieser Berufsgruppen deutlich länger, ein Hinweis auf eher schwerwiegende Gesundheitsbeeinträchtigungen.

Empirisch ermittelte berufsgruppenspezifische Erkrankungsschwerpunkte lassen sich häufig als plausibel erkennen, stellt man sie in Zusammenhang mit den dort vorherrschenden Arbeitsanforderungen und Belastungskonstellationen. Der hohe Anteil z.B. von Atmungsorganerkrankungen am Krankenstand der Lager- und Transportarbeiter sowie der Hilfsarbeiter ist zumindest unter anderem auf die Arbeit im Freien oder unter sonst ungünstigen Umgebungsbedingungen wie Zugluft, Nässe etc. zurückzuführen. Ähnlich läßt sich das erhöhte Aufkommen von Bewegungsapparaterkrankungen bei diesen Berufen sowie bei den Metallarbeitern durch schweres Heben und Tragen sowie durch einseitige Körperhaltung erklären.

Der Anteil der über vierundvierzigjährigen Arbeitnehmern liegt in den meisten dieser Berufsgruppen deutlich unter dem Durchschnitt der gesamten Untersuchungsgruppe. Diese besondere Altersstruktur ist als Hinweis auf ein hohes Maß an Anforderungen und Belastungen dieser Tätigkeiten zu interpretieren, denen ältere Arbeitnehmer, die in diesem Alter bereits erste Verschleißerscheinungen aufweisen, nicht mehr gewachsen sind. Es handelt sich weiterhin bei allen Berufsgruppen um typische Beschäftigungen für un- und angelernte Arbeiter mit überdurchschnittlich hohen Ausländeranteilen, ebenfalls Anzeichen für ungünstige und unter Deutschen wenig beliebte Arbeitsbedingungen. Auch typische Frauenberufe zählen zu den Tätigkeitsgruppen mit den höchsten AU-Risiken - typisch insofern, als es sich um Arbeitsplätze der untersten betrieblichen Hierarchieebenen mit der geringsten Entlohnung und in Tätigkeitsbereichen mit niedrigen Qualifikationsanforderungen handelt.

Um das Zusammenspiel von arbeitsbedingten Belastungen und Gesundheitsrisiken einerseits mit außerberuflichen Problemen und Anforderungen andererseits in ihrem Einfluß auf den Krankenstand zu verdeutlichen, möchte ich das Beispiel der Montiererinnen herausgreifen. Die Berufsgruppe umfaßt die Elektrogeräte- und Elektroteilemontiererinnen; sie gehören dementsprechend überwie-

Übersicht 6:

Verteilung auf Tätigkeitsgruppen und AU-Tage pro Person im Jahr (Pflichtversicherte der AOK-Berlin, 1981)

Tätigkeitsgruppe	Frauen		Männer	
	Vers. in %	AU-Tage	Vers. in %	AU-Tage
Verkäufer	12,8	17,7	2.4	15,7
Raum- und Hausratreiniger	12,4	26,0	0,7	-
Bürofachkräfte	11,5	14,8	2,8	17,6
Gesundheitsdienstberufe	8,2	17,3	0,7	-
Sonst. allg. Dienstleistungsberufe	6,6	20,7	3,2	19,2
Sonst. Büro/Verwaltungsberufe	4,4	13,8	1,8	16,2
Sonstige Berufe	4,1	23,9	5,4	20,4
Pförtner, Hauswarte	3,5	16,2	1,7	19,5
Sozial-, Erziehungsberufe	3,5	21,7	0,8	-
Sonstige Metallarbeiter	3,3	36,7	0,4	-
Stenographen, Stenotypisten	3,2	15,1	0,1	-
Textil- und Bekleidungsberufe	3.1	15,5	0,7	-
Köche	2,5	26,3	1,3	13,9
Sonstige Ernährungsberufe	2,3	30,1	2,6	27,4
Chemie-, Kunststoffverarbeiter	2,0	29,9	1,5	22,8
Warenaufmacher, Versandfertigm.	2,0	31,3	0,9	-
Metallerzeuger, -bearbeiter	1,9	32,0	4,5	26,9
Papierhersteller, Drucker	1,9	26,2	2,9	20,5
Sonst. Dienstleistungskaufleute	1,6	18,5	1,1	14,1
Techniker, techn. Sonderfachkräfte	1,3	13,1	1,9	16,8
Hilfsarbeiter o. n. A.	1,0	-	2,1	38,6
Lager-, Transportarbeiter	1,0	-	4,5	28,7
Metallarbeiter o. n. A.	0,9	-	1,5	33,2
Pflanzenbau, Tierzucht, Fischer	0,9	-	1,4	22,4
Sonst. Verkehrsberufe	0,8	-	3,5	25,5
Lagerverwalter, Magaziner	0,7	-	2,5	24,2
Sonstige Elektriker	0,6	-	1,7	17,3
Sonst. Schlosser, Mechaniker	0,5	-	7,0	26,3
Sonst. Ordnungs-, Sicherheitsb.	0,4	-	1,6	23,4
Berufsangabe unbekannt	0,4	-	0,2	-
Kfz-Führer	0,2	-	8,5	24,0
Elektroinsta., -monteure	0,1	-	2,9	18,2
Bau-, Raumausstatter, Polsterer	0,1	-	1,9	17,9
Bauhilfsarbeiter	0,1	-	2,4	24,2
Maler, Lackierer (Ausbau)	0,1	-	2,9	18,6
Tischler	0,1	-	2,1	16,6
Maurer	0,0	-	2,6	19,1
Sonst. Bauberufe	0,0	-	4,6	26,4
Rohrinstallateure	0,0	-	3,1	21,3
Kfz-Instandsetzer	0,0	-	2,0	20,8
Maschinisten u. zugehörige Berufe	0,0	-	1,9	22,6
Maschinenschlosser	0,0	-	2,0	26,7
Insgesamt	100,0	21,1	100,0	22,6

gend der Branche Elektrotechnik an. Die hier vorfindlichen Arbeitsplätze sind gekennzeichnet durch meist taktgebundene Arbeit mit geringen Vorgabezeiten sowie geringer Entlohnung im Akkord und Schichtarbeit. Qualifikationsanforderungen betreffen vor allem Bewegungsgenauigkeit der Finger und Hände sowie die Geschwindigkeit der Bewegungsabfolgen; diese bedingen einseitige Belastungen und eine verkrampfte Arbeitshaltung. Die Kombination von Reizarmut mit Konzentration und Kontrolle der Arbeitsleistung bringt erhebliche psychische Belastungen mit sich.

Die Kennzeichen dieser Arbeit wie Geschicklichkeit und Bewegungsgenauigkeit der Finger sowie Ertragen von Monotonie, ein hohes Maß an Ausdauer, Gewissenhaftigkeit und Anpassung an die Maschinerie sowie die Unmöglichkeit einer selbstgewählten Zeiteinteilung, erfordern gerade diejenigen Fähigkeiten, die den Frauen häufig als besondere, geschlechtsspezifische zugeschrieben werden, nämlich "Monotonieunempfindlichkeit" und Fingerfertigkeit aufgrund einer "konstitutionellen Eignung". Tatsächlich handelt es sich jedoch um erhebliche Belastungen, die - verschärft durch die Bedingungen der Akkordarbeit - zu starker Überlastung einerseits und Unterforderung andererseits führen können. Hinzu kommt noch, daß in der Lohnfestsetzung mit der Einstufung als "leichte Arbeit" eine weitere Benachteiligung der unter diesen Bedingungen arbeitenden Frauen erfolgt.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Arbeitssituation werden erhöhte gesundheitliche Risiken mit der Folge eines extrem hohen Krankenstandes der Montiererinnen plausibel: jede Montiererin war durchschnittlich 37 Tage im Jahr arbeitsunfähig, 16 Tage länger als der Durchschnitt aller Frauen. Besondere Erkrankungsschwerpunkte der Montiererinnen liegen bei den Verdauungs-, Harn- und Geschlechtsorganerkrankungen sowie insbesondere bei den Komplikationen der Schwangerschaft, die in dieser Berufsgruppe dreimal soviel AU-Tage hervorrufen wie bei den Frauen insgesamt. Hier wird gleichzeitig deutlich, daß es sich bei den beiden letzteren Erkrankungsarten zwar um "typisch weibliche" Krankheitsschwerpunkte handelt, daß diese jedoch in einer solchen Höhe nicht ausschließlich konstitutionell bedingt sind, und die Frauen gleichsam natürlich heimsuchen. Vielmehr spielt hier der Einfluß der konkreten Arbeitsbedingungen eine zentrale Rolle.

Verschärft werden diese arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken durch die insbesondere für Frauen bestehende Notwendigkeit, die Anforderungen aus Familien- und Berufsarbeit miteinander in Einklang zu bringen. Dieses Problem stellt sich insbesondere für Frauen mit Kindern, die einer Ganztagsbeschäftigung nachgehen, wie dies bei den Montiererinnen ebenso wie bei vielen anderen Industriearbeitertätigkeiten häufig der Fall ist. Der Versuch, die widersprüchlichen Anforderungen sowie die Belastungen beider Arbeitsformen miteinander zu vereinbaren, sowie die eingeschränkten Erholungsmöglichkeiten in der erwerbsarbeitsfreien Zeit werden zur alltäglichen Zerreißprobe für die Frauen.

Die Tatsache, daß es sich bei der Berufsgruppe der Montiererinnen zudem um einen Beschäftigungsschwerpunkt von Ausländerinnen handelt, verweist auf eine Reihe weiterer gesundheits- und damit krankenstandsrelevanter Faktoren. Zusätzlich zu den Belastungen der konkreten Berufstätigkeit und der für Frauen im allgemeinen geltenden Doppelbelastungen, spielen für die Ausländerinnen die sonstigen Lebensbedingungen und Umstände eine besondere Rolle. Neben den in der Regel schlechten und beengten Wohnverhältnissen, unter denen Ausländer bei uns leben müssen, sind die Anpassungsschwierigkeiten an die neuen Arbeits- und Lebensverhältnisse, Sprachbarrieren und Diskriminierungserfahrungen als Krankheitsauslöser durchaus ernst zu nehmen. Es wurden mehrfach Zusammenhänge zwischen diesem "Akulturationsstreß" und einer deutlich höheren Erkrankungshäufigkeit aufgrund von Magenschleimhautentzündungen

und Magengeschwüren festgestellt. Auch der Krankenstand der Ausländer infolge dieser Erkrankungsarten liegt entsprechend den Ergebnissen unserer Untersuchung doppelt so hoch wie bei den Deutschen. Zudem sind die Einrichtungen der medizinischen Versorgung unzureichend auf die spezielle sprachliche, kulturelle und gesundheitliche Problemlage ausländischer Patienten ausgerichtet. Trotz erhöhter Gesundheitsrisiken zeigt sich daher eine Unterinanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Vorsorge und Behandlung.

5. Maßnahmen zur Eindämmung von Krankheit und Krankenstand

Aus den vorausgehenden Ausführungen möchte ich zunächst zwei allgemeine Schlußfolgerungen - bezogen auf mögliche Maßnahmen zur Verringerung des Krankenstandes - ziehen.

Erstens hat die Prüfung der üblicherweise vorgetragenen Argumente zum "Mißbrauch" der ärztlichen AU-Bescheinigung und der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ergeben, daß von sicherlich vorkommenden Einzelfällen abgesehen, ein solches Verhalten der Beschäftigten nicht die Regel ist. Die auf dieser Argumentation aufbauenden, tatsächlich durchgeführten oder geforderten Maßnahmen zur Senkung des Krankenstandes müssen daher an dem realen Kern des Problems vorbeigehen. Repressive betriebliche Kontroll- und Selektionsstrategien oder vorgeschlagene Selbstbeteiligungsmodelle in Form von Karrenztagen, Kürzung der Lohnfortzahlung oder Einführung von Teilarbeitsfähigkeit bewirken allenfalls eine ökonomische Entlastung der Betriebe: die Kosten werden auf die Versicherten, die Renten- und Arbeitslosenversicherung abgewälzt, die Krankenstandsstatistiken "bereinigt". Gesundheitspolitisch verstärken sich die Probleme langfristig eher noch, sofern Krankheiten nicht frühzeitig genug behandelt und auskuriert werden.

Zweitens zeigen die Ergebnisse der differenzierten Betrachtung der Krankenstandsproblematik, daß es ein allgemein wirksames "Patentrezept" zum Abbau des Krankenstands nicht geben kann. Die wenigen oben gegebenen Beispiele verweisen auf ein breites Spektrum von Maßnahmen, das sowohl medizinische Versorgung, soziale Sicherung als auch Primärprävention umfassen muß. Dies ist nicht weiter erstaunlich, wenn man zum einen die Komplexität des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens mit den Einflüssen aus beruflicher und allgemeiner Lebenssituation in Rechnung stellt und zum anderen die Tatsache berücksichtigt, daß im Krankenstand die unterschiedlichen Stadien von Krankheitsprozessen zum Ausdruck kommen: von leichten Befindlichkeitsstörungen, akuten Erkrankungen bis hin zu chronischen Verschleißerscheinungen. Für einzelne Teilgruppen der Erwerbsbevölkerung können daher je nach Kontext, in dem die Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist, unterschiedliche, gruppenspezifische gesundheits- und sozialpolitische Maßnahmen erforderlich sein, die im folgenden nur beispielhaft angedeutet werden können.

Zum einen sollen hier Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Arbeitsschutzes genannt werden. Über die in einigen Problemgruppen vorherrschenden, sogenannten klassischen Belastungsfaktoren liegen bereits arbeitswissenschaftliche und -medizinische Kenntnisse vor, auf deren Grundlage häufig bereits ohne größeren Aufwand Belastungsminderungen erreicht werden können. Beispiel hierfür wäre die Anreicherung von Tätigkeiten, durch die sowohl die einseitige körperliche Beanspruchung als auch die psychische Belastung aus Reizarmut und Monotonie vermindert werden könnten durch vielseitigere Arbeitsaufgaben oder durch erweiterte Erholungs- und Dispositionsspielräume. Defizite in den vorhandenen Arbeitsschutzbestimmungen für erwerbstätige Frauen wurden deutlich. Angesichts der ermittelten Schwankungen

im Krankenstand nach Diagnosen wie Komplikationen der Schwangerschaft, Harn- und Geschlechtsorganerkrankungen in Abhängigkeit von der jeweils ausgeübten Tätigkeit, läßt sich folgern, daß hier möglicherweise spezifische Arbeitsbelastungen wie Zwangshaltung oder stehende Tätigkeit als besondere Risiken anzusehen sind.

Bezogen auf ältere Arbeitnehmer, die bereits Verschleißerscheinungen aufweisen, stehen Aspekte der medizinischen und sozialen Versorgung im Vordergrund. Für Beschäftigtengruppen, deren Krankenstand im Alter erheblich ansteigt, wie dies bei Lager- und Transportarbeitern oder Raumreinigerinnen festgestellt wurde, ist zu überprüfen, inwieweit eine verstärkte Inanspruchnahme von Kuren und Heilverfahren gefördert werden kann, um alle Möglichkeiten einer Rehabilitation und der Vermeidung weiterer Einschränkungen der Leistungsfähigkeit auszuschöpfen. Denn es hat sich gezeigt, daß nach Heilbehandlungen die Leistungsfähigkeit soweit wieder hergestellt war, daß der Krankenstand in den darauf folgenden Jahren erheblich zurückging.

Die Bedingungen des Ausländerkrankenstandes verweisen unter anderem auf eine Verbesserung der medizinischen Versorgung. Die besondere gesundheitliche Lage der jungen türkischen Frauen wird in diesem Zusammenhang hervorgehoben. Hier wirken offensichtlich gesundheitliche Belastungen in der Lebenssituation zusammen mit sozialen Barrieren gegenüber einer Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen, wozu unter anderem auch ein anderes Verständnis von Krankheit, geringe Erfahrung mit ärztlicher Behandlung oder Angst vor medizinischen Maßnahmen gehören. Dies erfordert ein auf die spezifischen Erkrankungsschwerpunkte sowie auf das Inanspruchnahmeverhalten abgestimmtes Angebot an Leistungen.

Als wesentlicher Ansatzpunkt zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Frauen insgesamt wäre demgegenüber eine Gesundheits- und Sozialpolitik notwendig, die im Sinne struktureller Prävention die Ungleichverteilung von Gesundheitsrisiken zum Gegenstand hat. Hiermit sind Maßnahmen angesprochen, die einerseits die Vereinbarkeit von Erwerbs- und Familienarbeit von Mann und Frau gleichermaßen gewährleisten wie zum Beispiel Arbeitszeitverkürzungen oder familienunterstützende Maßnahmen zur Kinderbetreuung u.ä., die andererseits die spezifischen, ungünstigen Qualifikations- und Arbeitsbedingungen verbessern. Die Zugangsbedingungen zu qualifizierten, besser bezahlten und gleichzeitig weniger verschleißenden Arbeitsplätzen müßten erweitert werden.

Von den angedeuteten Maßnahmen ist eine kurzfristige Senkung des Krankenstandes nicht zu erwarten. Eine Veränderung der immensen Ungleichverteilung von Gesundheitsrisiken und -chancen steht jedoch auch dann zu Gebote, wenn statistische Auswirkungen hiervon nur auf längere Sicht eintreten können.

*Anmerkung

Die in diesem Beitrag zugrundeliegenden Ergebnisse zum Krankenstand resultieren aus dem Projekt "Krankenstand der Erwerbsbevölkerung in Berlin - Ein interregionaler Vergleich" (Projektbearbeiter DAGMAR BÜRKARDT, GÜNTER HALUSA, MARIA OPPEN, HELMUTH SCHNEIDER), das von 1979 bis 1983 am Wissenschaftszentrum Berlin, Schwerpunkt Arbeitspolitik in Kooperation mit der "Berliner Arbeitsgruppe Strukturforschung im Gesundheitswesen" (BASiG), TU Berlin durchgeführt wurde.

Hierbei ging es um die Frage, welche Gründe für den in Berlin gegenüber München und Hamburg erhöhten Krankenstand ausschlaggebend sind und welche Ansatzpunkte für krankenstandssenkende Maßnahmen sich hieraus ergeben.

Datenbasis war eine jeweils rund 10prozentige Stichprobe aller Pflichtmitglieder der drei Ortskrankenkassen Berlin, Hamburg und München. Für diese insgesamt rund 120.000 Versicherten lagen alle im Jahre 1981 registrierten AU-Fälle mit Dauer und Diagnose vor, sowie soziodemographische und berufsbezogene Angaben zur Person. Für das Vergleichsjahr 1978 lagen einige ausgewählte Merkmale für die Gesamtheit der Versicherten vor.

Die Ergebnisse des Projekts sind in einem Schlußbericht zusammengefaßt, der bei der Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung in München angefordert werden kann:

OPPEN, BÜRKARDT & SCHNEIDER: Verteilung von Arbeitsunfähigkeitsrisiken in der Erwerbsbevölkerung - Berliner Krankenstand im interregionalen Vergleich. München: Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung mbH, BPT-Bericht 7/84.

Weitere Veröffentlichungen:

BÜRKARDT, OPPEN: Sind Frauen häufiger krank? Arbeitsunfähigkeitsrisiken erwerbstätiger Frauen. Veröffentlichungsreihe des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung (IIVG)/Arbeitspolitik des Wissenschaftszentrums Berlin, IIVG-pre84-216, 1984.

OPPEN: Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand: Verändertes Arbeitsunfähigkeitsverhalten der Beschäftigten? In: Soziale Sicherheit, 2/1984.

OPPEN: Elemente und ideologische Funktion der Diskussion über den Krankenstand. In: Jahrbuch für kritische Medizin, Nr. 10, Krankheit und Ursachen, AS 119, Berlin 1984.