

Osterkamp, Rigmar

**Article**

## Arbeitsausfall durch Krankheit - ein internationaler Vergleich

ifo Schnelldienst

**Provided in Cooperation with:**

Ifo Institute – Leibniz Institute for Economic Research at the University of Munich

*Suggested Citation:* Osterkamp, Rigmar (2001) : Arbeitsausfall durch Krankheit - ein internationaler Vergleich, ifo Schnelldienst, ISSN 0018-974X, ifo Institut für Wirtschaftsforschung an der Universität München, München, Vol. 54, Iss. 21, pp. 18-23

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/163701>

**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.*

# Arbeitsausfall durch Krankheit – ein internationaler Vergleich

18

Rigmar Osterkamp

Während die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen die **Verwendung** des BIP beeinflusst, wirkt der mit der Krankheit i.A. verbundene **Arbeitsausfall** (negativ) auf die **Höhe** des BIP. Für ein vollständiges Bild der krankheitsbedingten Belastungen einer Volkswirtschaft müssen beide Faktoren berücksichtigt werden. Der Arbeitsausfall durch Krankheit hängt u.a. von der Qualität des Gesundheitswesens und der Großzügigkeit der Lohnfortzahlung ab. Der Produktionsausfall durch Krankheit erreicht in den meisten Ländern ungefähr die Hälfte der Aufwendungen für Gesundheitsdienstleistungen. Bei den gesamten Kosten des Krankseins – Gesundheitsdienstleistungen und Arbeitsausfall – weist Deutschland unter den hier betrachteten 20 Industrieländern den dritthöchsten Wert auf.<sup>1</sup>

Die volkswirtschaftlichen Kosten des Gesundheitswesens werden meist durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) – oder anders ausgedrückt: durch den Beitrag des Gesundheitswesens zum BIP – gemessen. Kranksein im Vergleich zum Gesundsein führt aber nicht nur zu einer anderen **Verwendung** des BIP – eben für Gesundheitsdienstleistungen statt für andere Güter und Dienste –, sondern wegen des krankheitsbedingten Arbeitsausfalls auch zu einer geringeren **Höhe** des BIP. In diesem Artikel wird gefragt,

- wie hoch der Produktionsausfall aufgrund von Krankheit in verschiedenen Ländern ist,
- auf welche Gründe unterschiedlich hohe Krankenstände bzw. Produktionsausfälle zurückgeführt werden können
- und auf welchen Anteil am BIP sich die gesamten volkswirtschaftlichen Kosten des Krankseins – Gesundheitsdienstleistungen und Produktionsausfall – in den verschiedenen Ländern belaufen.

## Krankenstand und Produktionsausfall

Als Quelle für den krankheitsbedingten Arbeitsausfall diene v.a. die Gesundheitsdatenbank der OECD. Dabei wurden für diese Analyse nur Industrieländer berücksichtigt. In etlichen Einzelfällen, wenn Angaben dort fehlen oder unglaubwürdig sind, wurden auch nationale Quellen herangezogen. Für einige Länder, wie Frankreich, Italien, Spanien oder Irland, sind in den genannten Quellen keine, kei-

ne vergleichbaren oder nur erheblich veraltete Angaben verfügbar. Als Fall mit aufgenommen wurde die DDR im Jahr 1988.

Die Krankenstände werden von den Ländern auf verschiedene Weise angegeben: als Zahl der Kalendertage, als Zahl der Arbeitstage oder in Prozent der Jahresarbeitszeit pro Beschäftigtem. Soweit nicht schon in den verfügbaren Angaben so ausgedrückt, wurde der Arbeitsausfall in Prozent der jährlichen Arbeitszeit umgerechnet. Es wird nun weiter von der Annahme ausgegangen, dass dieser Arbeitsausfall dem dadurch entstehenden Produktionsausfall gleichgesetzt werden kann. Dieses Vorgehen bietet allerdings nur eine Annäherung an die tatsächlichen Verhältnisse, v.a. auch deswegen, da die Zahlenangaben sich meist nur auf die unselbstständig Beschäftigten beziehen und die Krankheitstage der Selbständigen nicht erfassen.<sup>2</sup> Tabelle 1 enthält die An-

<sup>1</sup> Wertvolle Hinweise verdanke ich Prof. Gerhard Huber, Berlin, Wolfgang Quaisser und Alexandra Repegater, beide Osteuropa-Institut, München, sowie meinen ifo Kollegen Harald Blau, Wolfgang Ochel und Martin Werdning.

<sup>2</sup> Darüber hinaus muss selbst ein vollständig erfasseter Arbeitsausfall (in Prozent der Arbeitszeit) nicht unbedingt in genau diesem Maße auch zu einem Produktionsausfall führen. Das wäre nur bei einer Entlohnung nach dem Wertgrenzprodukt der Fall. Selbst wenn dies unterstellt werden kann, wären Fälle denkbar, in denen der Produktionsausfall größer (z.B. Maschinen bleiben unbesetzt), aber auch kleiner (z.B. bei Krankheit ohne oder vor einer Krankmeldung) ist, als der ihm zugrunde liegende Arbeitsausfall nach Krankmeldung. Schließlich sei darauf hingewiesen, dass der krankheitsbedingte Produktionsausfall hier als Anteil am tatsächlichen BIP (also am BIP »nach Krankheit«) berechnet wird, während die korrekte Bezugsgröße eigentlich das (höhere) BIP »ohne Krankheit« wäre. Zur Zusammenfassung mit den Gesundheitsdienstleistungen müssten dann auch diese auf das BIP »ohne Krankheit« bezogen werden, was aber unüblich ist.

**Tab. 1**  
**Krankheitsbedingter Arbeitsausfall**

	Jahr	Zahl der Arbeitstage, verloren wg. Krankheit, pro Besch. und p.a. (1)	Verlorene Arbeitstage in % der jährl. Arb.-tage (2)	Kal.-tage (3)	Arb.-std. p.a. (4)	Arb.-std. pro Tag (5)	Arb.-tage p.a. (6)	Ausgaben f. Gesundheit in % d. BIP (7)	Gesamte volkswirtschaftl. Kosten des Krankseins in % des BIP (= (2) + (7)) (8)
Australien	1995	<b>6,3</b>	2,8%	365	<b>1777</b>	8,0	222	<b>11,0%</b>	13,8%
Belgien	1995	<b>7,1</b>	3,3%	365	<b>1739</b>	8,0	217	<b>7,9%</b>	11,2%
Deutschland	2000		<b>4,2%</b>					<b>10,5%</b>	14,7%
DDR	1988		<b>6,3%</b>					<b>4,8%</b>	11,1%
Finnland	1999	<b>8,0</b>	3,6%	365	<b>1757</b>	8,0	220	<b>7,9%</b>	11,5%
Frankreich	1988	<b>15,7</b>	7,2%	365	<b>1742</b>	8,0	218	<b>8,5%</b>	15,7%
Kanada	1998	<b>6,6</b>	2,8%	365	<b>1863</b>	8,0	233	<b>9,3%</b>	12,1%
Luxemburg	1992	<b>10,1</b>	4,6%	365	<b>1766</b>	8,0	221	<b>6,6%</b>	11,2%
Niederlande	1999		<b>5,8%</b>					<b>8,8%</b>	14,6%
Norwegen	1995	<b>14,0</b>	6,4%	365	<b>1748</b>	8,0	219	<b>7,5%</b>	13,9%
Österreich	1998	<b>12,6</b>	5,8%	365	<b>1728</b>	8,0	216	<b>9,0%</b>	14,8%
Polen	1995	<b>15,7</b>	7,0%	365	<b>1796</b>	8,0	225	<b>5,3%</b>	12,3%
Portugal	1989	<b>4,4</b>	1,9%	365	<b>1806</b>	8,0	226	<b>7,9%</b>	9,8%
Schweden	2000		<b>4,0%</b>					<b>9,2%</b>	13,2%
Schweiz	1997	<b>7,0</b>	3,0%	365	<b>1861</b>	8,0	233	<b>10,1%</b>	13,1%
Slowakei	1999		<b>5,3%</b>					<b>8,6%</b>	13,9%
Tsch. Rep.	1998		<b>5,8%</b>					<b>7,6%</b>	13,4%
Ungarn	1998		<b>4,3%</b>					<b>5,3%</b>	9,6%
USA	1996	<b>4,8</b>	2,0%	365	<b>1916</b>	8,0	240	<b>13,7%</b>	15,7%
Ver. Königr.	1998	<b>8,5</b>	3,7%	365	<b>1839</b>	8,0	230	<b>8,0%</b>	11,7%

**Anmerkungen:**

**Fett** gedruckte Angaben zum Krankenstand: Angaben aus der Statistik

nicht fett: Zahlen errechnet; entweder krankheitsbedingt ausgefallene Arbeitstage (1)

aus Kalendertage-Fehlzeiten (nicht aufgeführt)

oder Fehlzeiten in % (2) aus ausgefallenen Arbeitstagen (1); Umrechnung über (3) - (6).

Bei der in einigen Fällen notwendigen Umrechnung von Kalendertagen in Arbeitstage

wurde unterstellt, dass sich die Kalendertage Krankheit pro rata verteilen auf Arbeitstage und Nicht-Arbeitstage (Feiertage und Urlaub).

Spalte (2): Produktionsausfall in % des BIP.

Spalte (7): Beitrag des Gesundheitswesens zum BIP.

Die Angaben in den Spalten (3) - (6) sind nur dann aufgenommen, wenn sie zur Berechnung der Spalte (2) erforderlich waren. Aktualität: Die Tabelle enthält die aktuellsten und gleichzeitig international vergleichbaren verfügbaren Werte.

Quellen: Spalten (1), (2) und (7): OECD Health Data 2000 sowie Angaben aus statistischen Jahrbüchern einzelner Länder. Spalte (4): IMD, World Competitiveness Yearbook 1999.

gaben zum Krankenstand sowie die Daten, die zur Umrechnung von Kalender- in Arbeitstage und von der Zahl der Arbeitstage in prozentualen Arbeitsausfall benutzt wurden.<sup>3</sup> In Abbildung 1 ist der Krankenstand graphisch wiedergegeben.

Die Unterschiede in den Krankenständen sind beträchtlich. In den USA fallen nur 2% der jährlichen Arbeitszeit krank-

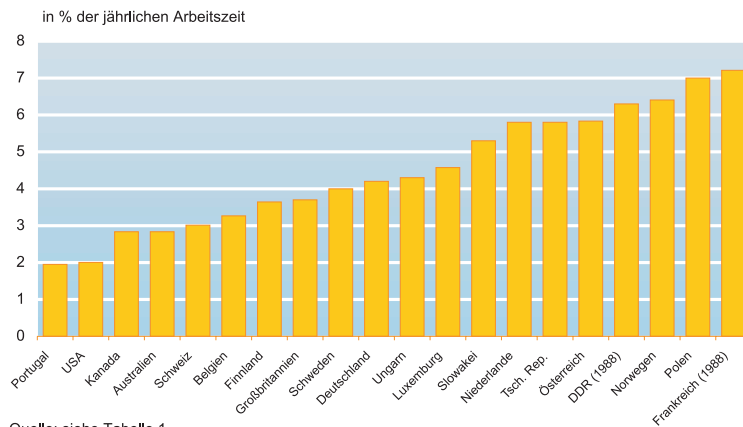
heitsbedingt aus, in Australien, Kanada und der Schweiz sind es 3% oder weniger.<sup>4</sup> Dagegen betragen die entsprechenden Zahlen in Deutschland 4,2%, in Österreich 5,8% und in Polen angeblich sogar fast 9%. Auch in der DDR (1988) war der Krankenstand mit 6,3% der Arbeitszeit beträchtlich.

In einigen Ländern, wie z.B. in Deutschland, werden die Arbeitsunfähigkeitstage auf der Grundlage der von den

<sup>3</sup> Spalten (7) und (8) – die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen in Prozent des BIP und die gesamten volkswirtschaftlichen Kosten des Gesundheitswesens – sind der Einfachheit bereits hier eingetragen. Am Ende des Artikels kommen wir darauf zurück.

<sup>4</sup> Der besonders niedrige Krankenstand in den USA mag teilweise auch an speziellen Ursachen liegen, so z.B. an der dort verhältnismäßig niedrigen Quote der Krankenversicherten an der Gesamtbevölkerung.

Abb. 1  
Krankenstände im internationalen Vergleich



Quelle: siehe Tabelle 1.  
Die meisten Angaben beziehen sich auf die Jahre 1998 - 2000.

Ärzten ausgestellten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gezählt. Dabei werden grundsätzlich Kalendertage erfasst. Diese werden dann in die Kennziffer »Krankenstand in Prozent der Arbeitstage« umgerechnet und so in der Statistik veröffentlicht. Dies ist aber i.A. nicht identisch mit dem Krankenstand der Erwerbsbevölkerung insgesamt. In den meisten Ländern, so auch in Deutschland, enthalten die veröffentlichten zusammenfassenden Angaben nur die Arbeitsunfähigkeit der in den gesetzlichen Krankenkassen versicherten abhängig Beschäftigten. Selbstständige und privatversicherte Unselbstständige werden darin nicht erfasst. Wenn sich deren Krankenstand von dem der Pflichtversicherten unterscheidet, wäre auch der Krankenstand der Erwerbsbevölkerung insgesamt anders, und zwar vermutlich etwas niedriger als in den offiziellen Angaben über den Krankenstand zum Ausdruck kommt.

Auf der anderen Seite sind aber die offiziellen Angaben insofern zu niedrig, als sie nur diejenigen Fälle von krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit erfassen, die auf einem ärztlichen Attest beruhen. Ein solches Attest aber ist in vielen Ländern erst nach einer Krankheitsdauer von einigen Tagen (in vielen Betrieben und Dienststellen in Deutschland ab dem vierten Tag) zwingend erforderlich. Der Umfang der auf diese Weise nicht erfassten Krankheitstage dürfte nicht unbeträchtlich sein. Zur Abschätzung der Größenordnung: In Deutschland entfallen allein ca. 30% der gemeldeten Krankheitsfälle auf eine Dauer von bis zu drei Tagen, was einem Anteil an allen (gemeldeten) Arbeitsausfalltagen von etwa 8% entspricht.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 1999.

### Mögliche Gründe für die unterschiedlichen Krankenstände

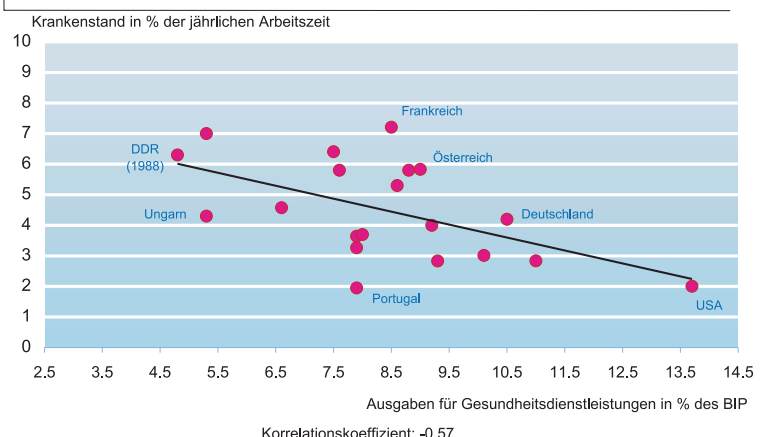
Die Ursachen für den krankheitsbedingten Arbeitsausfall in einem Land sind vielfältig. Von Bedeutung sind einmal die Bedingungen, unter denen Krankheiten entstehen. Dazu gehören insbesondere Maßnahmen zur Sicherheit am Arbeitsplatz. Zum zweiten spielt eine Rolle, wie gut und schnell entstandene Krankheiten geheilt werden. Zum dritten dürfte von Bedeutung sein, wie die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall in den einzelnen Ländern geregelt ist. Wir konzentrieren uns im Folgenden auf den zweiten und dritten der genannten drei Einflussfaktoren.

Wie gut und schnell eingetretene Erkrankungen geheilt werden, hängt von der **Qualität des nationalen Gesundheitswesens** ab. Denn die Qualität der Behandlung und die Länge der Wartezeiten auf eine Behandlung sind für die Zahl der Krankheitstage von großer Bedeutung. Nun ist die »Qualität des Gesundheitswesens« allerdings ein außerordentlich komplexer Indikator, der daher hier nur in sehr vereinfachter Weise abgebildet werden kann. Dies soll durch die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen gemessen am BIP geschehen.<sup>6</sup>

Abbildung 2 zeigt erwartungsgemäß keine ungeordnete »Punktwolke«. Allerdings ist der Zusammenhang zwischen den beiden Variablen auch nicht übermäßig eng.<sup>7</sup> Es lässt sich aber im Großen und Ganzen sagen: Je höher der Bei-

<sup>6</sup> Dieser Indikator bietet auch deswegen nur eine grobe Annäherung, weil er den »Input« misst, während »Qualität« den »Output« charakterisiert.  
<sup>7</sup> Korrelationskoeffizient von -0,57.

Abb. 2  
Krankenstand und Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen



Quelle: siehe Tabelle 1.

Tab. 2  
Einkommen bei Krankheit, in % des Arbeitseinkommens

Land	am 1. Tag	am 2. Tag	am 3. Tag	am 10. Tag	am 20. Tag	am 50. Tag	am 100. Tag	Gesamtbewertung: Grö- zügigkeit der LFZ
Australien	nicht umrechenbare Angaben; Obergrenze bei ca. 50% des Durchschnittseinkommens							gering
Belgien	100	100	100	100	100	60	60	hoch
DDR (1988)	90	90	90	90	90	50	50	hoch
Deutschland (2001)	100	100	100	100	100	70	70	hoch
Finnland	70	70	70	70	70	70	70	mittel
Großbritannien	0	0	0	nicht umrechenbare Angaben; Obergrenze bei ca. 50% des Durchschnittseinkommens				gering
Luxemburg	100	100	100	100	100	100	100	hoch
Niederlande	70	70	70	70	70	70	70	mittel
Norwegen	100	100	100	100	100	100	100	hoch
Österreich	100	100	100	100	100	100	50	hoch
Polen	80	80	80	80	80	80	80	mittel
Portugal	0	0	0	65	65	65	65	gering
Schweden	0	80	80	80	80	80	80	mittel
Schweiz	0	0	0	Höhe gemäß individueller oder betriebstypischer Vereinbarung				gering
Slowakei	70	70	70	90	90	90	90	mittel
Tschechische Rep.	50	50	50	69	69	69	69	mittel
Ungarn	80	80	80	80	70	70	70	mittel
USA	0	0	0	60	60	60	60	Gering

**Anmerkungen:**

Deutschland: Regelung seit Januar 1999; von Oktober 1996 bis Dezember 1998 waren für die ersten sechs Wochen der Krankheit gesetzlich nur 80% vorgeschrieben, gemäß Tarifvereinbarungen wurden aber auch in dieser Zeit in v gering men 100% gezahlt.

USA: Die Werte unterscheiden sich von Bundesstaat zu Bundesstaat. Hier wurden plausibel erscheinende mittlere Werte genommen. Die Lohnfortzahlung in den USA beginnt am 8. Tag der Krankheit.

Frankreich und Kanada wurden hier wegen fehlender oder unplausibler Angaben weggelassen.

LFZ: Lohnfortzahlung.

Quellen: Die Angaben zur Lohnfortzahlung stützen sich auf die Datenbank »Social Security Programs Throughout the World« des amerikanischen Sozialministeriums sowie auf die Datenbank MISSOC der Europäischen Kommission. In einigen Fällen, so für die DDR (1998) und für Ungarn, wurden auch eigene Recherchen angestellt.

Umrechnung, Darstellung und Bewertung: ifo Institut.

trag der Gesundheitsdienstleistungen zum BIP (also: je höher die Qualität des Gesundheitswesens) ist, desto niedriger ist auch der Krankenstand.<sup>8</sup>

Neben der Qualität des Gesundheitswesens dürfte aber für den Umfang der krankheitsbedingten Arbeitsausfälle auch die Höhe der **Lohnfortzahlung** von Bedeutung sein. Die Angaben zur Lohnfortzahlung<sup>9</sup> enthalten z.T. sehr viele institutionelle Details, die nicht immer direkt vergleichbar und in manchen Fällen für unsere Frage auch nicht immer relevant sind

(z.B. die Frage, wer zahlt – der Arbeitgeber oder die Krankenversicherung). Um Vergleichbarkeit herzustellen und die Angaben so zu präsentieren, dass sie für unsere Zwecke aussagekräftig sind, wurde versucht, die Angaben auszuwerten und umzurechnen, und zwar so, dass die Einkommen bzw. der Einkommensausfall an bestimmten einzelnen Tagen eines Krankheitsverlaufs deutlich werden.<sup>10</sup> Tabelle 2 präsentiert die verschiedenen Regelungen der Lohnfortzahlung.

Die Unterschiede in der Lohnfortzahlung zwischen den Ländern sind beträchtlich, wobei die größten Unterschiede während der ersten ein bis drei Krankheitstage bestehen. Hier

<sup>8</sup> Der Anteil der Gesundheitsdienstleistungen am BIP wiederum hängt u.a. von der Höhe des Pro-Kopf-Einkommens ab, denn Gesundheit ist ein »superiores« Gut.

<sup>9</sup> OECD (2000) sowie eigene Recherchen.

<sup>10</sup> Bei wiederholter Krankheit innerhalb eines Jahres können die Regelungen in einzelnen Ländern anders sein.

variiert der Fortzahlungssatz zwischen 0% und 100%. »0%« entspricht dabei einem Karenztag, d.h. einem Tag ohne Lohnfortzahlung. In fünf der hier betrachteten 18 Länder gelten ein oder mehrere Karenztage, in den USA sind es sogar sieben. Am 50. oder 100. Krankheitstag sind die Unterschiede zwischen den Ländern dagegen weit geringer. In Norwegen und Luxemburg wird auch dann noch 100% des Einkommens gezahlt, während die Kranken in den meisten Ländern dann zwischen 50 und 90% erhalten.

Die in Tabelle 2 vorgenommene Auswertung und Präsentation der verschiedenen Lohnfortzahlungssysteme stellt bereits eine Reduktion der Komplexität der Regelungen dar. Um nun eine Beziehung zwischen den Krankenständen und der Lohnfortzahlung herzustellen bzw. diese Beziehung deutlich zu machen, mussten die Regelungen auf **eine** Variable kondensiert werden, was durch eine zusammenfassende **Bewertung** der Großzügigkeit der Lohnfortzahlung versucht wurde. Diese Bewertung orientiert sich überwiegend an der Regelung für die ersten Krankheitstage. Sie stellt im Übrigen kein kontinuierliches Maß dar, sondern teilt die Lohnfortzahlungsregelungen in drei Gruppen ein (wenig großzügig, mittel, sehr großzügig).

In Abbildung 3 wird die zusammenfassende Bewertung aus Tabelle 2 mit den Krankenständen in Beziehung gesetzt.

Vergleichen wir zunächst die Krankenstände in den beiden Ländergruppen mit sehr und mittelmäßig großzügiger Lohnfortzahlung. Diese unterscheiden sich auf den ersten Blick nicht sehr stark von einander, wobei v.a. die Fälle Polens und Belgiens den vermuteten Zusammenhang stören. Betrachtet man diese jedoch als »Ausreißer«, ist eine Tendenz höherer Krankenstände bei großzügigerer Lohnfortzahlung erkennbar. Vergleicht man dagegen die »wenig großzügigen« mit den »mittleren« oder mit den »sehr großzügigen« Ländern, ist der Zusammenhang recht deutlich. Es lässt sich

daher sagen, dass der von vornherein plausible Zusammenhang zwischen Krankenstand und Großzügigkeit der Lohnfortzahlung von dem statistischen Material belegt wird, und zwar in dem Sinne, dass eine großzügigere Lohnfortzahlung mit höheren Krankenständen einhergeht.

Es kommen noch eine Reihe **weiterer Einflussfaktoren** in Frage, die hier allerdings nicht statistisch untersucht werden können. Je höher die **Erwerbsquote** ist, v.a. auch die **Frauenenerwerbsquote**, umso häufiger dürfte der Fall eintreten, dass kranke Kinder von der Mutter oder dem Vater vorübergehend zu Hause betreut werden müssen und sich diese dann krankmelden. Daneben können auch offizielle und legale »**zweite Jobs**« ebenso wie Aktivitäten in der **Schattenwirtschaft** zu vermehrten (inkorrekten) Krankmeldungen bei der »ersten« Arbeitsstelle führen. So wird z.B. der außerordentlich hohe Krankenstand in Polen (letzte Angabe 1995: 8,9% der Arbeitszeit) teilweise darauf zurückgeführt, dass sich manche Polen krankmelden, 80% Krankengeld erhalten und dann im Ausland (z.T. schwarz) arbeiten.<sup>11</sup> Auch dürfte die **Zufriedenheit am Arbeitsplatz** für die Häufigkeit und Dauer von Erkrankungen eine Rolle spielen.<sup>12</sup> Von besonderer Bedeutung ist weiter auch die **Konjunkturlage** und das damit einhergehende unterschiedliche Risiko, den Arbeitsplatz zu verlieren. Schließlich kommen auch demographische Faktoren in Betracht, wie v.a. die **Altersstruktur** der Bevölkerung sowie die **Invalidenquote**.

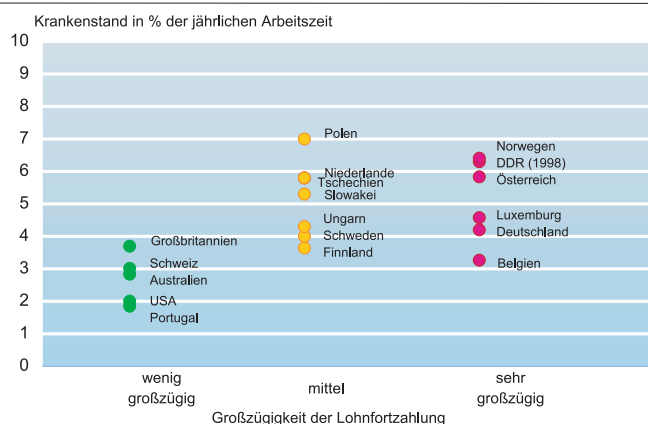
### Die gesamten Kosten des Krankseins

Abschließend sollen die Angaben über die Produktionsverluste durch Krankheit mit den Ausgaben für Gesundheitsdienstleistungen zusammengeführt werden. Dabei werden beide Angaben addiert. Abbildung 4 zeigt das Ergebnis.

Die Berücksichtigung der gesamten volkswirtschaftlichen Kosten führt (a) zu etwas geringeren Unterschieden zwischen den Ländern. In dieser Nivellierung zeigt sich, dass die Höhe der Kosten des Gesundheitswesens tatsächlich tendenziell einen günstigen Einfluss auf das Ausmaß der Krankenstände ausübt. Außerdem (b) ist die Reihenfolge der Länder verändert im Vergleich mit der Berücksichtigung nur der Gesundheitsdienstleistungen. An der Spitze

Abb. 3

#### Krankenstand und Lohnfortzahlung



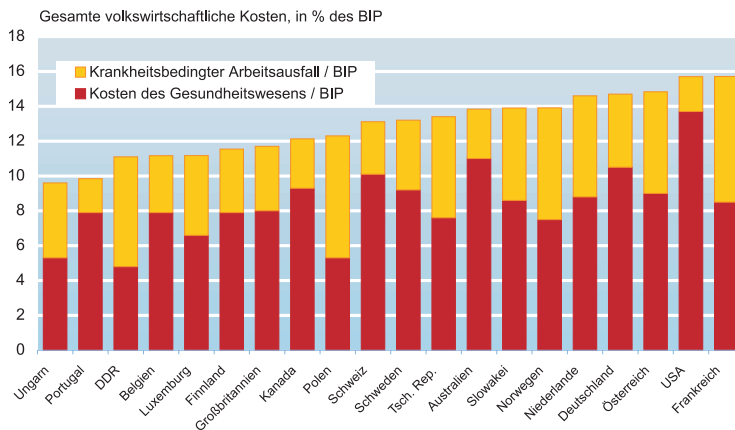
Quelle: siehe Tabelle 1 und 2.

<sup>11</sup> Im Zuge der in 2000 angelaufenen Reform des Gesundheitswesens in Polen ist u.a. vorgesehen, die Krankschreibungen der Ärzte von speziellen Vertrauensärzten (Ärzte, denen die Behörden und Unternehmen vertrauen) überprüfen zu lassen.

<sup>12</sup> Über ihre diesbezüglichen Erkenntnisse und Anstrengungen berichten in Deutschland tätige große Unternehmen (Bertelsmann-Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung, 2000).

Abb. 4

## Die volkswirtschaftlichen Kosten des Krankenseins



Quelle: siehe Tabelle 1.

liegen die USA (15,7%)<sup>13</sup>, während Deutschland dicht dahinter auf Platz 3 liegt (14,7%). Die geringsten gesamtwirtschaftlichen Kosten des Krankseins weist Ungarn auf (9,6%).

## Ausblick

Unter den zahlreichen möglichen Ursachen des krankheitsbedingten Arbeitsausfalls wurden hier nur zwei näher beleuchtet. Weitere Einflussfaktoren wurden erwähnt, aber nicht analysiert. Es ergibt sich hier somit ein weites Feld für weitergehende Fragen und Untersuchungen. Angesichts dessen sollten **wirtschaftspolitische Schlussfolgerungen** für ein bestimmtes Land, v.a. hinsichtlich der Frage der Wirkung einer Änderung von Dauer und Höhe der Lohnfortzahlung, nicht voreilig gezogen werden. Zwar liegt es aufgrund der in diesem Aufsatz dargelegten Zusammenhänge nahe zu vermuten, dass großzügige Regelungen der Lohnfortzahlung »ausgenutzt« werden<sup>14</sup>, aber es können auch andere, hier nicht analysierte Faktoren eine Rolle spielen. Außerdem müssten nicht nur Querschnittsanalysen (wie hier) sondern auch Zeitreihenanalysen angestellt werden.

## Literatur

Bertelsmann-Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg., 2000), *Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement*, Gütersloh.  
 Breyer, Fr. und P. Zweifel (1997), *Gesundheitsökonomie*, Berlin et al.  
 Bundesministerium für Gesundheit (1999), *Daten des Gesundheitswesens*, Baden-Baden.  
 Deutsche Angestellten-Krankenkasse (2001), *DAK-Gesundheitsreport 2001*, Hamburg und Berlin.  
 EU-Kommission, *Datenbank MISSOC*  
 (www.europa.eu.int/comm/employment\_social/missoc\_2000/index\_en.htm).

IMD (1999), *The World Competitiveness Yearbook*, Lausanne.

OECD (2000), *Health Data 2000*, Paris.

Osterkamp, R. (2001), »Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich«, *ifo Schnelldienst*, 54(10), S. 9–16.

Schulenburg, M. und W. Greiner (2000), *Gesundheitsökonomik*, Tübingen.

Statistische Jahrbücher verschiedener Länder.

US-Regierung, Office of Policy – Social Security (1999), *Social Security Programs Throughout the World*, (www.ssa.gov/statistics/ssptw/1999/english/index.html).

<sup>13</sup> Die USA liegen gleichauf mit Frankreich, dessen Werte aber veraltet sind (1988).

<sup>14</sup> Dabei kann es sich um »moral hazard«, aber auch um inkorrektes Verhalten handeln.