

Boss, Alfred

Book Part — Digitized Version

Moral hazard als Folge der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall: Empirischer Befund und Vorschläge zur Therapie

Provided in Cooperation with:

Kiel Institute for the World Economy – Leibniz Center for Research on Global Economic Challenges

Suggested Citation: Boss, Alfred (1986) : Moral hazard als Folge der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall: Empirischer Befund und Vorschläge zur Therapie, In: Gäfgen, Gérard (Ed.): Ökonomie des Gesundheitswesens, ISBN 3-428-06082-2, Duncker & Humblot, Berlin, pp. 177-188

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/1976>

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.

Moral hazard als Folge der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall — Empirischer Befund und Vorschläge zur Therapie

Von Alfred Boss, Kiel

A. Das Problem

Um Arbeitnehmer vor den finanziellen Folgen von Krankheit zu schützen, sind in vielen Ländern gesetzliche oder tarifvertragliche Vorkehrungen getroffen worden. Wurde den Beschäftigten in Form der Krankenversicherung schon relativ früh garantiert, daß sie bei Krankheit mit Medikamenten und ärztlichen Leistungen ambulant oder stationär versorgt werden, so traten Einkommensersatzleistungen bei Krankheit meistens erst später hinzu. In der Regel wurde zunächst ein Krankengeld der Krankenversicherung eingeführt; später wurde dann in vielen Ländern der jeweilige Arbeitgeber zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall verpflichtet.

In der Bundesrepublik Deutschland sind die Arbeitnehmer bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit vor Einkommenseinbußen umfassend geschützt: „Nicht nur während des sechswöchigen Entgeltfortzahlungszeitraums, sondern größtenteils weit darüber hinaus — das Maximum liegt bei 78 Wochen — erhalten die Arbeitnehmer Lohnersatzleistungen in Höhe des vorherigen regelmäßigen Nettoarbeitsentgelts“¹.

In diesem Beitrag sollen die Auswirkungen der Einkommensabsicherung bzw. der Lohnfortzahlung auf die individuelle Arbeitsbereitschaft untersucht werden; insbesondere soll überprüft werden, ob die Einkommensabsicherung im Krankheitsfall in der Bundesrepublik Deutschland zu moral hazard bei den begünstigten Arbeitnehmern geführt hat. Im Anschluß daran soll aufgezeigt werden, ob und wie man mit bestimmten Regelungen moral hazard begrenzen und die gesamtwirtschaftliche Wohlfahrt steigern kann.

¹ Seffen, Achim, Einkommenssicherung bei Krankheit in westlichen Industrieländern, in: Institut der deutschen Wirtschaft, Hrsg., Köln 1980, S. 13; vgl. auch Salowsky, Heinz, Fehlzeiten — ein internationaler Vergleich, in: Institut der deutschen Wirtschaft, Hrsg., Köln 1983, S. 29. Ausnahmeregelungen bei der Lohnfortzahlung gelten vor allem für Arbeiter mit einem kurzfristigen Arbeitsverhältnis von höchstens vier Wochen und für solche mit regelmäßig geringfügiger wöchentlicher oder monatlicher Arbeitszeit (höchstens 10 Stunden bzw. 45 Stunden) sowie für Frauen mit Anspruch auf Mutterschaftsgeld.

B. Die Hypothese des moral hazard — postulierte ökonomische Wirkungen der verschiedenen Regelungen

Änderungen relativer Preise beeinflussen individuelle wirtschaftliche Entscheidungen. Wenn Einkommensersatzleistungen bei Krankheit eingeführt oder aufgestockt werden, so ändert sich aus der Sicht des Anbieters von Arbeitsleistung der relative Preis für diese Arbeitsleistung.

Einkommensersatzzahlungen an Kranke (Barleistungen der Krankenversicherung und Lohnfortzahlung durch Unternehmen) reduzieren die Opportunitätskosten des Nichtarbeitens. Nichtarbeiten wird finanziell attraktiv im Vergleich zum Arbeiten. Jedenfalls gilt dies für die ersten Tage der Krankheit, für die in den meisten Fällen eine kassenärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht erforderlich ist. Es gilt wohl auch für die Zeit danach, insbesondere für die sechs Wochen der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, weil Krankheit objektiv nur bedingt feststellbar ist, der Arzt also bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die Angaben des Patienten angewiesen ist.

Die Lohnfortzahlungsregelungen bedeuten für den Arbeitnehmer eine hundertprozentige Absicherung gegen das Risiko des Einkommensausfalls bei Krankheit. In den ersten sechs Wochen der Krankheit ist der Arbeitnehmer gewissermaßen mit einem Selbstbeteiligungssatz von Null versichert. Bei einer solchen „Arbeitsbefreiung zum Nulltarif“² gibt es einen starken Anreiz, sich krank schreiben zu lassen und im übrigen Maßnahmen zur Krankheitsvorbeugung zu unterlassen. Ein entsprechendes Verhalten der Versicherten (moral hazard) ist zwar auch bei bestimmten Einkommenseinbußen im Krankheitsfall nicht ausgeschlossen, bei einer Selbstbeteiligungsquote von Null wird die moralische Versuchung aber maximiert, zumal bei Abwesenheit vom Arbeitsplatz Ausgaben für die Fahrt vom und zum Arbeitsplatz und bestimmte weitere berufsbedingte Kosten entfallen.

Immer wenn ein bestimmtes Risiko über Versicherungen abgesichert ist und der Risikofall nicht unabhängig vom Verhalten des Versicherten eintritt, nimmt die Häufigkeit des Auftretens des Risikofalles zu. Dies ist das Ergebnis ökonomisch rationalen Verhaltens. Die Menschen sehen eben, daß Einkommensersatzleistungen im Krankheitsfall die Kosten des Nichtarbeitens verringern. Sie werden sich daher eher krank melden als sonst und im übrigen mehr medizinische Leistungen nachfragen. Hinzu kommt, daß die Aussicht auf Unterstützungszahlungen im Krankheitsfall die Anstrengungen zur Eigenvorsorge mindert, weil sich eben diese Anstrengungen in Form von Schutzmaßnahmen gegen Krankheiten weniger lohnen³.

² Vaubel, Roland, Die soziale Sicherung aus ökonomischer Sicht, in: Siebert, Horst, Hrsg., Perspektiven der deutschen Wirtschaftspolitik, Stuttgart 1983, S. 151-164, hier: S. 159.

³ Zur grundsätzlichen Problematik des moral hazard vgl. Pauly, M. V., The Economics of Moral Hazard: Comment, in: American Economic Review, Vol. 58, 1968, S. 531-537.

Wenn diese Einschätzung menschlichen Verhaltens richtig ist, dann müßte der Anteil der kranken Arbeitnehmer (Krankenstand) konjunkturell schwanken. Bei guter Konjunktur müßte er hoch sein, weil Krankfeiern kaum negative Folgen hat; bei schlechter Konjunkturlage müßte er niedrig sein, weil Entlassung und Arbeitslosigkeit als Folge des Krankfeierns drohen⁴.

Darüber hinaus besagt die Hypothese des moral hazard, daß verbesserte Krankengeld- und Lohnfortzahlungsregelungen zu einem höheren Krankenstand führen. Solche Leistungsverbesserungen gab es 1957, 1961 und 1970. Während Angestellten seit 1930 bei Krankheit das Gehalt sechs Wochen lang weitergezahlt wird, erhielten Arbeiter bis zur Jahresmitte 1957 ab dem vierten Tag nach Erkrankung ein Krankengeld in Höhe von 50 vH des Grundlohns. Ab 1. 7. 1957 hatten sie Anspruch auf ein familienstandsabhängiges Krankengeld in Höhe von 65 bis 75 vH des Grundlohns sowie einen Arbeitgeberzuschuß, der zusammen mit dem Krankengeld 90 vH des Nettolohns betrug; zudem fiel der dritte Karenztag weg. Ab 1. 8. 1961 entfiel der zweite Karenztag, der Arbeitgeberzuschuß wurde erhöht, so daß er zusammen mit dem Krankengeld 100 vH des Nettolohns ausmachte. Mit Wirkung ab 1. 1. 1970 wurde der einzige verbliebene Karenztag abgeschafft.

Die Hypothese des moral hazard impliziert daher für die Bundesrepublik Deutschland, daß der Anteil der kranken Arbeitnehmer an der Gesamtzahl der Arbeitnehmer auf ein dauerhaft höheres Niveau gestiegen ist

- im Juli 1957 (im Jahresdurchschnitt: 1957 und 1958) wegen des höheren Krankengeldes, wegen des Arbeitgeberzuschusses zum Krankengeld und wegen des Wegfalls des dritten Karenztages,
- im August 1961 (im Jahresdurchschnitt: 1961 und 1962) wegen des höheren Zuschusses zum Krankengeld und wegen des Wegfalls des zweiten Karenztages und
- im Jahre 1970 wegen des Wegfalls des seit 1961 einzigen Karenztages.

Gemäß der moral hazard-Hypothese ist auch zu erwarten, daß der Krankenstand zu Wochenbeginn und zum Wochenende höher als an den restlichen Wochentagen ausfällt. Zudem läßt sich vermuten, daß die Abschaffung der Verpflichtung der Arbeiter, bei kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit eine Bescheinigung vorlegen zu müssen, zu einem höheren Krankenstand geführt hat. Ein Indiz für moral hazard wäre auch, wenn der Krankenhausstand — anders als der Krankenstand — trotz aller Leistungsverbesserungen unverändert geblieben wäre; ein Mehr an Morbidität als alternative Erklärung müßte sich nämlich auch im Krankenhausstand niedergeschlagen haben.

⁴ Die Kündigungsmöglichkeiten werden freilich durch zahlreiche Kündigungsschutzbestimmungen begrenzt. Zu diesen Bestimmungen und ihren Wirkungen vgl. Soltwedel, Rüdiger, Rückwirkungen sozialpolitischer Maßnahmen der Tarifpartner und des Staates zugunsten bestimmter Erwerbstätigengruppen auf den Arbeitsmarkt — Identifikation und Vorschläge, Forschungsauftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft, Kiel, Oktober 1980.

C. Überprüfung der Hypothesen

a) Zur Aussagekraft der Daten über den Krankenstand⁵

Von den Entgeltfortzahlungsregelungen (und auch den Krankengeldzahlungen) profitieren Arbeiter und Angestellte. Diese sind in der Regel in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Daher ist das Verhältnis der arbeitsunfähig Kranken zur Gesamtzahl der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich geeignet, den Krankenstand zu messen. Moral hazard müßte sich also in der Krankenstandsziffer niederschlagen.

Die Aussagekraft dieser Ziffer ist aber in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt. Der Krankenstand der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wird an einem bestimmten Stichtag gemessen, nämlich am ersten Tag eines Monats. Die Ergebnisse können daher ein falsches Bild von der Entwicklung des Krankenstandes im Durchschnitt der Tage eines Monats vermitteln.

Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit wird nicht erfaßt, wenn eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht eingereicht wird. Einen — quantitativ kaum abschätzbaren — Einfluß auf die Entwicklung des Erfassungsgrades der Arbeitsunfähigkeit bei Arbeitern gibt es ab 1970 insofern, als in bestimmten Wirtschaftsbereichen Arbeiter aufgrund tarifvertraglicher Regelungen oder aufgrund betrieblicher Vereinbarungen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (wie schon bis dahin Angestellte) erst nach dem dritten Tag vorlegen müssen.

Darüber hinaus werden jene Fälle bescheinigter Arbeitsunfähigkeit nicht erfaßt, die dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung am Tage der Erhebung noch nicht bekannt sind, weil die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auf dem Weg vom behandelnden Arzt zur Krankenkasse ist. Seit Anfang 1973 werden bis zum 8. Tag nach dem Stichtag eingehende Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in die Statistik einbezogen, soweit sie Arbeitsunfähigkeit am Stichtag betreffen. Zuvor war zwischen dem 2. und 5. Tag Erfassungsschluß. Von 1962 an werden in der Krankenstandsstatistik nicht mehr jene Fälle von Arbeitsunfähigkeit erfaßt, bei denen die Betroffenen an Heilverfahren der Rentenversicherung teilnehmen, das Arbeitsentgelt aber fortzuzahlen ist; ab 1963 werden die entsprechenden Heilverfahren der Unfallversicherung nicht mehr berücksichtigt.

Weitere Änderungen in der statistischen Erfassung gab es 1957 und 1961. Im Jahre 1957 wurde der dritte Karenztag für den Bezug von Krankengeld gestrichen. Die Fälle vorher nicht erfaßter Arbeitsunfähigkeit für exakt drei Tage werden wegen des erweiterten Anspruchs auf Krankengeld ab 1957 wohl umfassend erfaßt. 1961 wurde der zweite Karenztag abgeschafft; wieder nahm der Erfassungsgrad zu.

⁵ Vgl. van Lith, Ulrich, Wirtschaftliche Folgen der Lohnfortzahlung, in: Institut der deutschen Wirtschaft, Hrsg., Beiträge, Nr. 27, Köln 1975, S. 21-23; Knoblich, Bernhard, Diskussion versachlichen, in: Bundesarbeitsblatt, Jg. 24, 1982, S. 5-8.

Die Statistik über den Krankenstand wird von den Krankenkassen erstellt. Sie stellen Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit fest. „Bis 1969 geschah das überwiegend anhand der Krankengeldzahlungen, für die eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Arztes vorzulegen war. Hieraus ergibt sich, daß vor 1970 nur die Arbeitsunfähigkeit von Mitgliedern mit sofortigem Anspruch auf Krankengeld genau festgestellt werden konnte und daß somit die statistische Information auf den Krankenstand der Arbeiter beschränkt war. Beim Krankenstand der Angestellten lag bis 1970 eine deutliche Untererfassung vor. Wegen der Gehaltsfortzahlung bis zu sechs Wochen konnten die Krankenkassen — von Ausnahmen abgesehen — praktisch nur die Langzeitfälle (über sechs Wochen) und die Fälle mit stationärer Behandlung für die Statistik auswerten“⁶.

„Von 1970 an ist für die ... Pflichtmitglieder eine vollständigere Erfassung des Krankenstandes gegeben, insofern nun für die Angestellten alle Arbeitsunfähigkeitsfälle mit Ausnahme der Kurzzeitfälle (bis zu drei Tagen) in die Statistik einfließen, während der Genauigkeitsgrad, mit dem die Arbeitsunfähigkeit der Arbeiter erfaßt wird, praktisch unverändert geblieben ist“⁷.

Angesichts der statistischen Schwächen der Krankenstandsziffer dürfte das Niveau des Krankenstandes kaum korrekt wiedergegeben werden; die Entwicklung des Krankenstandes wird aber wohl doch in etwa zutreffend gekennzeichnet, jedenfalls dann, wenn man die Krankenstandsziffer entsprechend den Neubert'schen Vorschlägen bereinigt⁸.

b) Die Testergebnisse

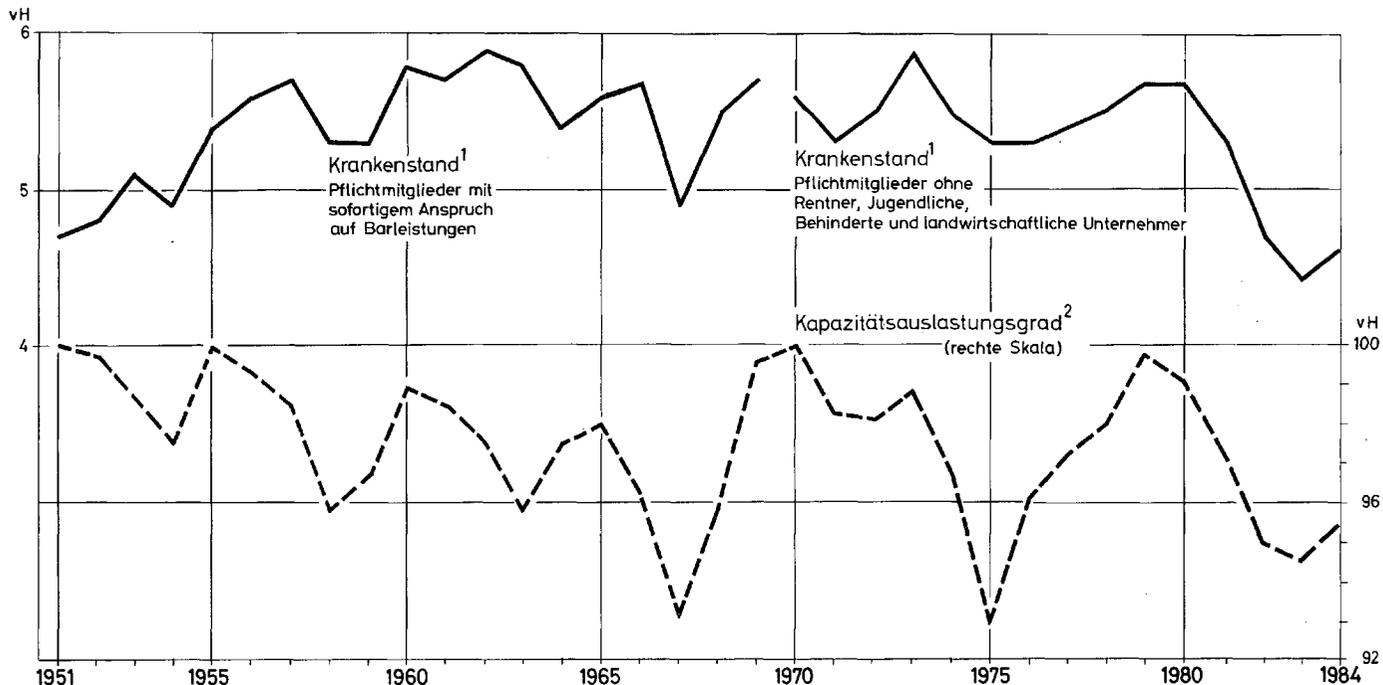
Generell kann man eine recht ausgeprägte Konjunkturabhängigkeit des Krankenstandes feststellen (Schaubild 1). Von der Hypothese des Konjunkturlageeinflusses konnte man 1967/68, als sie verstärkt diskutiert wurde, noch mit Recht behaupten, sie sei ad hoc (aufgrund der vorliegenden Daten für 1967) formuliert worden, sie bedürfe der Überprüfung an unabhängigen (zusätzlichen) Daten, um eine Falsifizierungschance zu haben, und sie sei erst bei Nicht-Widerlegung bis auf weiteres zu akzeptieren. Inzwischen hat sich die Hypothese, daß der Krankenstand bei guter Konjunkturlage hoch und bei schlechter Konjunkturlage niedrig ist, aber immer wieder bewährt und kann daher bei Erklärungen und Prognosen der Entwicklung des Krankenstandes verwendet werden. Konjunkturschwankungen werden dabei am Auslastungsgrad des Produktionspotentials gemessen. Erklärungsbedürftig bleibt, warum der Krankenstand in der jüngsten Rezession bei ähnlich hoher Unterauslastung der Sachkapazitäten wie 1975 deutlich stärker abgenommen hat als damals.

⁶ Knoblich, a. a. O., S. 5.

⁷ Ebenda, S. 7.

⁸ Vgl. Neubert, Heinz, Der Krankenstand in den Jahren von 1955 bis 1964, in: Bundesarbeitsblatt, Jg. 7, 1965, S. 267-270, hier: S. 267.

Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung und Konjunkturschwankungen



¹Arbeitsunfähig kranke Pflichtmitglieder in vH aller Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung; bis 1959 einschließlich Bundesgebiet ohne Saarland; arithmetisches Mittel aus Monatswerten. - ²Eigene Berechnung nach der Methode des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

Schaubild 1

Wahrscheinlich hat die im Vergleich zu 1975 höhere Arbeitslosigkeit (7,5 vH bzw. 9,1 vH in den Jahren 1982 und 1983 im Vergleich zu 4,7 vH im Jahre 1975) zu dem kräftigen Rückgang des Krankenstandes beigetragen. Die verschiedenen Versuche, diesen Rückgang durch Altersstruktureinflüsse, rentenrechtliche Regelungen oder arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zu erklären, erscheinen wenig überzeugend⁹.

Im Jahre 1957 ist die Krankenstandsziffer nachhaltig gestiegen. Diese Aussage erscheint insofern zutreffend, als 1957 aufgrund der relativ schlechten konjunkturellen Lage bei unveränderten Einkommensersatzleistungen im Krankheitsfall ein deutlicher Rückgang des Krankenstandes wahrscheinlich gewesen wäre. Der Abstand zwischen der tatsächlichen Krankenstandsziffer und der „konjunkturbereinigten“ Ziffer ist so groß, daß die Hypothese, die geänderten Lohnfortzahlungsregelungen hätten nicht dazu beigetragen, daß der Krankenstand „strukturell“ angestiegen ist, verworfen werden muß. Bei analoger Argumentation läßt sich die Hypothese, in den Jahren 1961 und 1962 sei der Krankenstand als Folge der „verbesserten“ Lohnfortzahlungsregelung nicht gestiegen, nicht aufrechterhalten.

Zu Beginn der siebziger Jahre, als die volle Lohnfortzahlung auch für Arbeiter eingeführt worden ist, zeigt sich kein Niveausprung in der Krankenstandsziffer. Dies war zwar insofern nicht zu erwarten, als lediglich Ausgaben von den Krankenkassen auf die Unternehmen verlagert wurden. Gleichzeitig wurde aber der einzige noch bestehende Karenztag abgeschafft, so daß sich gemäß der Hypothese des moral hazard-Verhaltens ein etwas höheres Niveau des Krankenstandes hätte ergeben müssen, zumal sich die Aufgabenstellung des vertrauensärztlichen Dienstes 1970 geändert hat. Der vertrauensärztliche Dienst wurde „von einer Kontrollinstitution zu einem Instrument sozialmedizinischer Betreuung“¹⁰ entwickelt. Über die Arbeitsunfähigkeit entscheidet seither in erster Linie der behandelnde Arzt¹¹. Vertrauensärztliche Nachuntersuchungen sind ab 1970 allein der Initiative der Krankenkassen vorbehalten. Deren Interesse an Überprüfungen ist aber seit 1970 gering, weil sie während der ersten sechs Wochen der Krankheit nicht mehr zu Krankengeldzahlungen verpflichtet sind¹². Demgegenüber dürfte die Krankenstandsziffer dadurch ab 1970 geringer

⁹ Einen Überblick über die Diskussion gibt Lefelmann. Vgl. Lefelmann, Gerd, Krankenstand, Lohnfortzahlung und konjunkturelle Entwicklung, in: Bundesverband der Ortskrankenkassen, Hrsg., Die Ortskrankenkasse, 66. Jg., Nr. 22 vom 15. 11. 1984, S. 863-872.

¹⁰ Vgl. Sonnenberg, Wilhelm, Entwicklung des Krankenstandes seit dem Inkrafttreten des Lohnfortzahlungsgesetzes, in: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg., Arbeits- und sozialstatistische Mitteilungen, 24. Jg., 1972, S. 288-290, hier: S. 288.

¹¹ Vgl. Salowsky, Heinz, Fehlzeiten, a. a. O., S. 26.

¹² Der vertrauensärztliche Dienst wird seit 1970 erheblich weniger beansprucht. Vgl. van Lith, a. a. O., S. 10. Die Zahl der Begutachtungen von Arbeitsunfähigkeitsfällen sank von 1969 bis 1980 von 6,1 Millionen auf 1,5 Millionen. . . (vgl. Salowsky, a. a. O., S. 105-106). 1980 fand dabei die Hälfte aller Erstbegutachtungen nach Ablauf der sechsten

ausgefallen sein, daß in bestimmten Wirtschaftsbereichen auch Arbeiter aufgrund tarifvertraglicher oder betrieblicher Vereinbarungen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erst nach dem dritten Krankheitstag vorlegen müssen. Quantifizieren läßt sich dieser Effekt aber nicht. Ein eindeutiges Urteil über den Einfluß der Neuregelung der Lohnfortzahlung ab 1970 wird ohnehin dadurch außerordentlich erschwert, daß 1970 die statistische Erfassung der Arbeitsunfähigkeit grundlegend geändert worden ist.

Etwas Licht in das Dunkel bringen aber jene Ergebnisse der Krankenstandserhebung eines regionalen Arbeitgeberverbandes, in denen zwischen Arbeitern (gewerblichen Arbeitnehmern) und Angestellten unterschieden wird, und zwar in vergleichbarer Form für die Jahre vor und nach 1970¹³. Danach ist der Krankenstand bei den Großbetrieben des betreffenden Arbeitgeberverbandes 1970 bei den gewerblichen Arbeitnehmern dauerhaft auf ein deutlich höheres Niveau gestiegen. Der Krankenstand der Angestellten, deren Lohnfortzahlungsregeln unverändert blieben, hat sich dagegen nicht nennenswert verändert (Tabelle 1); dies gilt umso mehr dann, wenn man den sehr hohen Kapazitätsauslastungsgrad des Jahres 1970 berücksichtigt. Weitere Indizien für einen Anstieg des Krankenstandes der Arbeiter ab 1970 hat Clade zusammengestellt¹⁴.

Für die Hypothese des moral hazard spräche auch, wenn die Krankheitshäufigkeit im Wochenverlauf so schwankte, daß die meisten Krankheitsfälle am Montag oder am Freitag aufträten.

Die Überprüfung dieser Hypothese ist mangels Daten der gesetzlichen Krankenversicherung nur anhand betriebsinterner Daten über Fehlzeiten für 1979 und 1981 möglich¹⁵. Unter Fehlzeiten werden dabei „die Zeiten verstanden, in denen der Arbeitnehmer wegen Krankheit, Unfall, Kur, Mutterschaft oder aus persönlichen Gründen seinen Verpflichtungen gegenüber dem Betrieb nicht nachkommt“¹⁶. Die Daten über Fehlzeiten enthalten auch die Fälle krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit, die nicht zu einem Arztbesuch führen und die nicht durch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung belegt werden. Sie betreffen zu etwa 80 vH Fehlzeiten infolge Krankheit¹⁷.

Woche der Arbeitsunfähigkeit statt, obwohl nur 6 bis 7 vH der Erkrankungen länger als sechs Wochen dauern (vgl. Salowsky, a. a. O., S. 106).

¹³ Vgl. Müller, Eugen, Krankenstand — Wieso Übererfassung? in: Der Arbeitgeber, Jg. 26, 1974, Nr. 7, S. 264-267.

¹⁴ So ist etwa der Krankenstand der Beschäftigten der Ford-Werke AG von 1969 auf 1970 um reichlich zwei Prozentpunkte angestiegen. Vgl. Clade, Harald, Erfahrungen mit dem Lohnfortzahlungsgesetz, in: Berichte des Deutschen Instituts zur Sozialpolitik, Jg. 6, 1972, Nr. 12.

¹⁵ Vgl. Salowsky, Heinz, Individuelle Fehlzeiten in westlichen Industrieländern, in: Institut der deutschen Wirtschaft, Hrsg., Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Nr. 83/84, Köln 1980; Salowsky, Fehlzeiten, a. a. O.

¹⁶ Vgl. Salowsky, 1980, a. a. O., S. 20.

¹⁷ Vgl. Salowsky, 1983, a. a. O., S. 18.

Tabelle 1

**Entwicklung des Krankenstandes^{a)} bei den Großbetrieben
eines regionalen Arbeitgeberverbandes**

Jahr	Arbeiter	Angestellte	insgesamt
1965	8,8	4,8	7,6
1966	8,6	4,8	7,4
1967	7,6	4,4	6,6
1968	8,4	4,8	7,3
1969	9,0	5,4	7,9
1970	10,3	5,7	8,8
1971	10,1	5,4	8,6
1972	10,6	5,2	8,9
1973	10,9	5,1	9,1

a) Krankenstand (einschließlich der Fälle, in denen Heilverfahren durchgeführt werden) im Durchschnitt der Arbeitstage des Jahres.

Quelle: Müller, Eugen, a. a. O., S. 267.

Gemäß diesen Daten (1981 für 265 Unternehmen der Industrie [ohne Bergbau] und des privaten Dienstleistungssektors mit etwa 3,6 Millionen Beschäftigten) über die Fehlzeitenhäufigkeit an einzelnen Wochentagen fallen die meisten Fehlzeiten auf den Freitag. Es folgt mit geringem Abstand der Montag. Am wenigsten häufig wird am Mittwoch „gefehlt“. Dies widerlegt die Hypothese, daß Arbeitnehmer der moralischen Versuchung in Form der Entgeltfortzahlungsregelung nicht erliegen.

Ein starkes Indiz für moral hazard ist auch die für einzelne Unternehmen beobachtete Verteilung der Fälle von Ein-Tages-Erkrankungen auf die einzelnen Wochentage (Schaubild 2)¹⁸.

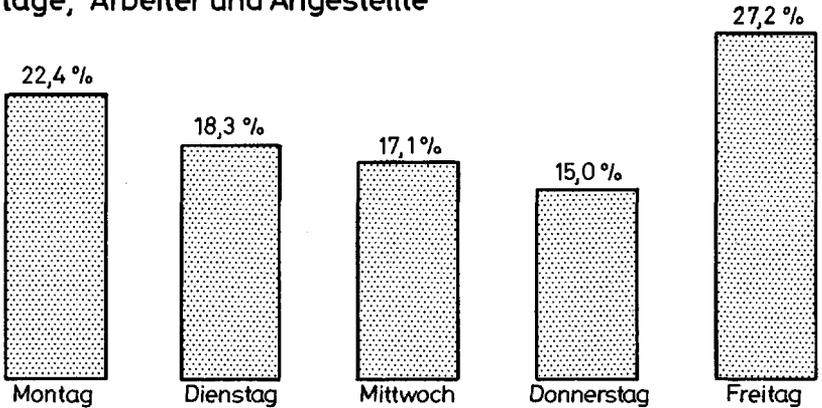
Anders als Angestellte müssen Arbeiter nach dem Lohnfortzahlungsgesetz auch bei einer Arbeitsunfähigkeit von bis zu drei Tagen eine ärztliche Bescheinigung vorlegen. In den Tarifverträgen wurde aber mehr und mehr eine Gleichstellung vereinbart, und zwar so, daß auch Arbeiter bei einer Arbeitsunfähigkeit von bis zu 3 Tagen vom Nachweis befreit sind. Es ist nicht zu vermuten, daß dies ohne Einfluß auf die Zahl der kurzfristigen „Erkrankungen“ geblieben ist. Ein signifikanter Einfluß ergibt sich nach Salowsky tatsächlich bei der Untersuchung vieler Unternehmen¹⁹. Die Hoechst AG verzichtet seit dem 1. 1. 1978 auf ein Attest bei kurzfristiger Erkrankung der Arbeiter. Die Zahl der Kurzerkrankungen stieg 1978 signifikant an (Schaubild 2). Konjunkturelle Einflüsse können den Anstieg der Zahl der Kurzerkrankungen nicht erklären.

¹⁸ Vgl. Hoechst, Sozialpolitik — Bericht aus dem Personal- und Sozialbereich des Hoechst-Konzerns 1980, S. 46.

¹⁹ Vgl. Salowsky, 1983, a. a. O., S. 36.

Kurzerkrankungen im Werk Hoechst

Verteilung der Fälle von Eintageserkrankung auf Wochentage, Arbeiter und Angestellte



Erkrankungsfälle mit einer Dauer von 1-3 Tagen bei Arbeitern

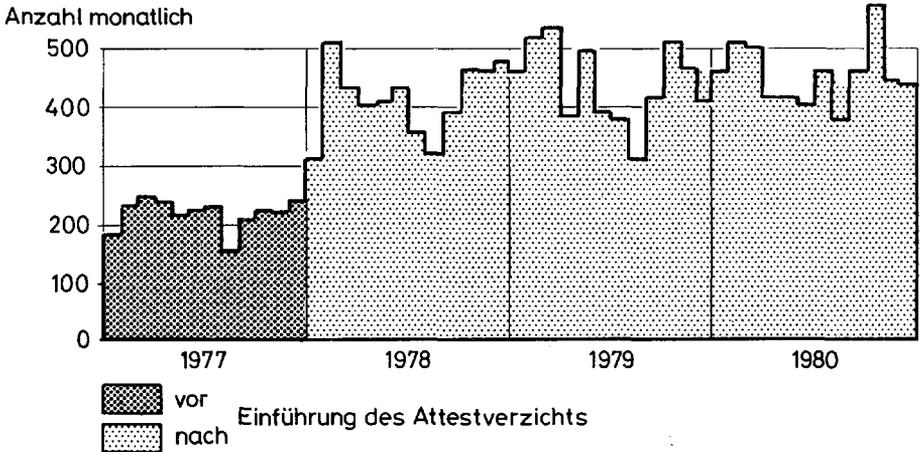


Schaubild 2

Die Entwicklung des Krankenhausstandes kann dazu dienen, die Null-Hypothese des Nicht-Einflusses der Einkommensabsicherung zu prüfen. Die Inanspruchnahme der Krankenhäuser hätte steigen müssen, wenn die Morbidität in den 50er und 60er Jahren zugenommen hätte, es sei denn, man behauptete, nur die Morbidität hinsichtlich ambulanter Behandlung habe zugenommen. Tatsächlich ist der Krankenhausstand aber konstant geblieben. Dies widerlegt die Null-Hypothese.

D. Wirtschaftspolitische Schlußfolgerungen

Insgesamt muß die Hypothese, es komme nicht zu moral hazard, verworfen werden. Wenn dies so ist, so ist es aber falsch, pauschal von einer Belastung der Unternehmen durch die Lohnfortzahlungsregelungen zu sprechen. Gäbe es diese Regelungen nicht, wäre wahrscheinlich das Niveau des „normalen“ Lohnes höher. Das Durchsetzen der Lohnfortzahlung hat doch — mindestens auf mittlere Sicht — bei gegebenem Beschäftigungsgrad sonst mögliche Lohnprozente gekostet. Richtig ist, daß Unternehmen unterschiedlich stark getroffen werden.

Mit Blick darauf wird häufig eine Versicherung der Unternehmen gegen das Lohnfortzahlungsrisiko gefordert (versicherungsrechtliche Lösung statt arbeitsrechtliche Lösung). Eine solche Versicherung existiert (in Form eines Fonds bei der Krankenversicherung) für Unternehmen mit regelmäßig nicht mehr als 20 Beschäftigten; sie kann nach dem Beschäftigungsförderungsgesetz ab 1. 1. 1986 größere Unternehmen einbeziehen. Allerdings werden fortgezahlte Gehälter überhaupt nicht, fortgezahlte Löhne (sowie die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung) nur bis zu 80 vH in diese umlagefinanzierte Versicherung einbezogen. Das moral hazard-Verhalten als Folge der Tatsache, daß Krankheit nichts oder nur wenig kostet, läßt sich so ebensowenig wie über eine umfassende Versicherungsregelung verringern.

Dazu bedarf es einer weniger als 100prozentigen Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und/oder der Einführung von Karenztagen. Bei dem dann höheren „normalen“ Lohn, der sich bei gegebenem Beschäftigungsstand auf mittlere Sicht durchsetzen würde, könnte jeder einzelne Arbeitnehmer selbst Vorsorge für den bei Krankheit entstehenden Einkommensausfall treffen. Er könnte sich auch gegen das Risiko des Einkommensausfalls versichern. Es würde dann niemand gezwungen, sich den Lohnfortzahlungsregelungen zu unterwerfen und sich durch andere Arbeitnehmer ausbeuten zu lassen; gegenwärtig kann niemand auch nur in begrenztem Maße auf eine Lohnfortzahlung verzichten und dafür einen höheren Bruttolohn erhalten.

Auch vieles, was häufig im Rahmen der geltenden Regelungen zur Verringerung des „Mißbrauchs“ der Lohnfortzahlungsregelungen vorgeschlagen wird (Stärkung des vertrauensärztlichen Dienstes, weniger Schematismus bei der Festsetzung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit), ist prinzipiell geeignet, moral hazard zu verringern, führt aber im Vergleich zu einer weniger als 100%igen Absicherung zu einer Einschränkung individueller Freiheit und entsprechend mehr Interventionismus.

Wirklich individualistische Lösungen des Problems der Einkommensabsicherung bei Krankheit bedeuten, daß das Lohnfortzahlungsgesetz ebenso wie die entsprechenden Regelungen für Angestellte (und Beamte) abgeschafft werden. Jedes Individuum sichert sich dann über Eigenvorsorge oder über eine private Versicherung ab. Dann gibt es ein Maximum an individueller Freiheit und

überdies werden infolge des Wettbewerbs die Verluste an gesamtwirtschaftlicher Effizienz verringert.

Zwischen individueller Vorsorge und Versicherung gegen den Einkommensausfall könnte jeder Arbeitnehmer frei wählen. Entscheidet er sich für eine private Versicherung, so gibt es natürlich prinzipiell auch Anreize zu moral hazard-Verhalten; die Versicherungen, die zur Absicherung des betreffenden Risikos bereit wären, würden aber Methoden anwenden, um moral hazard-Verhalten zu begrenzen. Sie würden etwa bei häufiger Krankheit die erforderliche individuelle Versicherungsprämie heraufsetzen. Es würden Risikogruppen mit unterschiedlichen Prämienätzen gebildet, um so für den Versicherten Anreize zum Selbstschutz vor dem Risiko zu erhalten oder zu schaffen. Auch würden Versicherungstarife angeboten, die bei Schadenfreiheit Beitragsrückerstattungen vorsehen. Schließlich würden Versicherungstarife mit unterschiedlich hoher Selbstbeteiligung des Versicherten angeboten. Den individuellen Risikopräferenzen würde voll, mindestens in hohem Maße Rechnung getragen. Der gegenwärtige Rechtszustand, die Arbeitsbefreiung zum Nulltarif, ist optimal „nur dann, wenn alle Versicherungspflichtigen den Vorteil niedrigerer Versicherungsbeiträge geringer schätzten als die Kosten einer auch nur etwas erhöhten Selbstbeteiligung“²⁰.

Bei einer marktwirtschaftlichen Lösung des „Problems der Entgeltfortzahlung“ wäre jeder frei in seiner Entscheidung, ob und gegebenenfalls wie er für den Fall fehlenden Einkommens bei Krankheit versorgt. Ein moral hazard-Problem kann dann natürlich auftreten, wenn der Staat ein soziales Existenzminimum garantiert. Dieses Problem hat aber insofern nur begrenzte Bedeutung, als es doch nur um den Einkommensausfall während der ersten sechs Wochen der Krankheit geht; es läßt sich im übrigen — auch für andere Risikofälle des Lebens — dadurch effizient lösen, daß eine Versicherungspflicht eingeführt wird, nach der jeder für den Risikofall einen Anspruch auf ein Darlehen absichern muß²¹.

„Die Forderung nach mehr und freiwillig gewählter Selbstbeteiligung würde auch dann gelten, wenn alle Patienten stets vorsichtig und arbeitswillig wären und die Anweisungen ihres Arztes genauestens befolgen würden. Denn auch die Ärzte und Krankenhäuser haben ja ein Interesse daran, ihre Kapazitäten auszulasten und ihr Einkommen durch Leistungsausweitung zu erhöhen“²². Das bestehende System ist auch im Interesse der Leistungsanbieter, nicht nur der Politiker und der kartellarisch organisierten Krankenversicherung.

²⁰ Vaubel, a. a. O., S. 13.

²¹ Vgl. hierzu den Vorschlag von Vaubel, das Existenzminimum in Höhe des Sozialhilfesatzes über eine Darlehensversicherung abzusichern. Vgl. Vaubel, a. a. O., S. 3-5.

²² Vaubel, a. a. O., S. 13.