

Boss, Alfred

**Article — Digitized Version**

## Ist die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ökonomisch sinnvoll?

Zeitschrift für Wirtschaftspolitik

**Provided in Cooperation with:**

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

*Suggested Citation:* Boss, Alfred (1984) : Ist die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ökonomisch sinnvoll?, Zeitschrift für Wirtschaftspolitik, ISSN 0721-3808, Institut für Wirtschaftspolitik, Köln, Vol. 33, Iss. 1, pp. 77-94

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/3179>

**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.*

# IST DIE LOHNFORTZAHLUNG IM KRANKHEITSFALL ÖKONOMISCH SINNVOLL?

Alfred Boss

Seit 1970 zahlen Unternehmen ihren Arbeitern und Angestellten bei Krankheit bis zu sechs Wochen lang den Bruttolohn fort. Diese Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall — einst als großer sozialer Fortschritt gefeiert — ist ins Gerede gekommen. Ausnutzung gut gemeinter Regelungen (Drückebergerei vieler Arbeitnehmer, allzu große Willfährigkeit der Ärzte bei der Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen), Versagen des vertrauensärztlichen Dienstes, Ursache für überhöhte Lohnkosten und damit mitentscheidend für die gestiegene Arbeitslosigkeit sind die Argumente auf der einen Seite; Angriff auf das soziale Netz, soziale Demontage sind Schlagworte der anderen Seite. Hier soll die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall unter ökonomischen Aspekten untersucht werden.

## A. Die Entwicklung hin zur gegenwärtigen Rechtslage<sup>1</sup>

Schon seit 1930 wird Angestellten bei Krankheit das Gehalt sechs Wochen lang weitergezahlt. Arbeiter erhielten bis 1957 ab dem vierten Tag nach Erkrankung von der gesetzlichen Krankenversicherung ein Krankengeld in Höhe von 50 v.H. des Grundlohns. Die IG-Metall Schleswig-Holstein erkämpfte dann 1956 in einem 114 Tage dauernden Streik den Einstieg in die ungeschmälerte Lohnfortzahlung. Im Juni 1957 verabschiedete der Bundestag ein Gesetz<sup>2</sup>, das ab 1. 7. 1957 für die ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit ein Krankengeld in Höhe von 65 bis 75 v.H. (je nach Familienstand) des Grundlohns, die Aufstockung des Krankengeldes um einen Arbeitgeberzuschuß auf 90 v.H. des Nettolohns und zwei statt bisher drei Karenztage vorsah.<sup>3</sup> Mit Wirkung ab 1. August 1961 wurde der zweite Karenztag abgeschafft und der Arbeitgeberzuschuß zum Krankengeld erhöht, so daß beide zusammen 100 v.H. des Nettolohns ausmachten; der verbleibende Karenztag entfiel im Falle eines Arbeitsunfalls.<sup>4</sup>

Nach der 1969 von der Großen Koalition beschlossenen und ab 1. 1. 1970 gültigen Regelung<sup>5</sup> bekommt jeder Arbeitnehmer, also auch jeder Arbeiter, vom ersten Tag der Krankheit an in den ersten sechs Wochen krankheitsbedingter

<sup>1</sup> Vgl. hierzu Seffen, Achim, Einkommenssicherung bei Krankheit in westlichen Industrieländern, in: Institut der deutschen Wirtschaft, Hrsg., Beiträge zur Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, Nr. 78, Köln 1980.

<sup>2</sup> Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle vom 26. Juni 1957, Bundesgesetzblatt I, 1957, S. 649 - 651.

<sup>3</sup> Die beiden Karenztage entfielen, wenn die Arbeitsunfähigkeit länger als zwei Wochen dauerte oder auf einem Arbeitsunfall bzw. einer Berufskrankheit beruhte. Vgl. Knoblich, Bernhard, Diskussion versachlichen, in: Bundesarbeitsblatt, 1982, Heft 9, S. 5 - 8, hier: S. 6.

<sup>4</sup> Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle vom 12. Juli 1961, Bundesgesetzblatt I, 1961, S. 913 - 915.

<sup>5</sup> Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle und über Änderungen des Rechtes der gesetzlichen Krankenversicherung vom 27. Juli 1969, Bundesgesetzblatt I, 1969, S. 946 - 955.

Arbeitsunfähigkeit seinen Brutto- und damit auch seinen Nettolohn.<sup>6</sup> Beiträge zur Sozialversicherung werden — auch vom Arbeitgeber — weitergezahlt. Daher entstehen dem kranken Arbeitnehmer insbesondere keine Nachteile beim späteren Rentenbezug.

Nach Auslaufen der Entgeltfortzahlung erhält ein erkrankter und arbeitsunfähiger Arbeitnehmer von seiner Krankenkasse Krankengeld. Es war 1961 ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit in Abhängigkeit vom Familienstand auf 75 bis 85 v.H. des sogenannten Regellohns (vorher 50 v.H. des Grundlohns) aufgestockt worden und beträgt seit 1974 80 v.H. des wegen der Arbeitsunfähigkeit entgangenen regelmäßigen Bruttoentgelts, maximal 80 v.H. der Beitragsbemessungsgrenze, darf aber 100 v.H. des Nettoentgelts nicht übersteigen. Krankengeld wird grundsätzlich zeitlich unbegrenzt gezahlt; die Leistungsdauer ist jedoch auf 78 Wochen innerhalb von drei Jahren beschränkt, wenn wegen derselben Krankheit Krankengeld zu zahlen ist. Diese Einschränkung beruht auf der Unterstellung, daß bei einem Leiden mit einer Dauer von mehr als eineinhalb Jahren in der Regel Erwerbsunfähigkeit vorliegt und damit ein Anspruch auf Erwerbsunfähigkeitsrente in der Rentenversicherung besteht.<sup>7</sup>

„Krankengeld wird grundsätzlich vom ersten Tag nach ärztlicher Feststellung der Arbeitsunfähigkeit an gezahlt; liegt der Arbeitsunfähigkeit ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit zugrunde, wird Krankengeld vom Tag der Erkrankung an gewährt. In der Praxis hat der verbliebene Karenztag bis zur Fälligkeit des Krankengeldes aber nur für solche Arbeitnehmer Bedeutung, die keinen Entgeltfortzahlungsanspruch haben“.<sup>8</sup>

Zu der gesetzlichen Einkommensabsicherung bei Krankheit kommen in vielen Fällen tarifvertragliche oder von Unternehmen freiwillig gezahlte Leistungen für die Zeit nach Ablauf der Lohnfortzahlungsfrist hinzu. Für etwa die Hälfte der Arbeitnehmer ist die Lohnfortzahlung über sechs Wochen hinaus tarifvertraglich vereinbart; bei ihnen sinkt daher das Nettoeinkommen auch nach sechs Wochen Krankheit nicht ab. Wenn tarifvertragliche Regelungen nicht bestehen, werden vielfach Zuschüsse zum Krankengeld als freiwillige betriebliche Sozialleistungen gewährt.

Für die materielle Sicherung der Arbeitnehmer bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit gilt daher: „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“.<sup>9</sup>

<sup>6</sup> Das Hausgeld, das niedrigere Krankengeld bei Krankenhausaufenthalt, entfiel von 1971 an. Seitdem wird auch bei Krankenhauspflge und bei Behandlung in einer Kur- oder Spezialabteilung oder in Genesungsheimen nach den allgemeinen Regeln Krankengeld gezahlt.

<sup>7</sup> Vgl. Seffen, Einkommenssicherung, a.a.O., S. 11.

<sup>8</sup> Seffen, Einkommenssicherung, a.a.O., S. 13. Es handelt sich dabei vor allem um befristet oder nur geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer.

<sup>9</sup> Seffen, Einkommenssicherung, a.a.O., 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 für kurzfristige Arbeitsverhältnisse von höchstens vier Wochen und für solche mit regelmäßig geringfügiger wöchentlicher oder monatlicher Arbeitszeit (höchstens zehn Stunden bzw. 45 Stunden).

## B. Hypothesen über die ökonomischen Wirkungen der verschiedenen Lohnfortzahlungsregelungen

Einkommensersatzzahlungen an Kranke (Barleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Lohnfortzahlung durch Unternehmen) reduzieren die Opportunitätskosten des Nichtarbeitens, seit 1970 sogar auf Null. Nichtarbeiten wird finanziell attraktiv im Vergleich zum Arbeiten. Jedenfalls gilt dies für die ersten Tage der Krankheit, für die in den meisten Fällen eine kasernenärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht erforderlich ist, und es gilt wohl in hohem Maße auch für die Zeit danach, weil Krankheit objektiv nur bedingt feststellbar ist. Wenn es aber keine objektiven Maßstäbe für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in allen Fällen gibt, ist der Arzt in der Regel auf die Angaben des Patienten angewiesen. Nach längerer „Krankheitsdauer“ mag dies anders sein, hier geht es aber nur um die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, die nach sechs Wochen endet.

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 gegen den Einkommensausfall versichert. Bei einer solchen „Arbeitsbefreiung zum Nulltarif“<sup>10</sup> 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 moral hazard, die moralische Versuchung, aber maximiert, was kaum optimal sein dürfte.<sup>11</sup>

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 lohnen.<sup>12</sup>

Wenn diese Einschätzung menschlichen Verhaltens richtig ist, dann müßte sich u.a. eine deutliche Konjunkturabhängigkeit des Krankenstandes zeigen. Bei guter Konjunktur müßte der Krankenstand hoch sein, weil Krankfeiern kaum negative Folgen hat; bei schlechter Konjunkturlage müßte der Kranken-

<sup>10</sup> Vaubel, Roland, Die soziale Sicherung aus ökonomischer Sicht, in: Siebert, Horst, Hrsg., Perspektiven der deutschen Wirtschaftspolitik, S. 151 - 164, hier: S. 159.

<sup>11</sup> Zusätzlich ist zu berücksichtigen, daß bei Abwesenheit vom Arbeitsplatz Ausgaben für die Fahrt vom und zum Arbeitsplatz und bestimmte weitere berufsbedingte Kosten entfallen.

<sup>12</sup> Zur grundsätzlichen Problematik des moral hazard vgl. Arrow, K. J., Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: American Economic Review, Vol. 53, 1963, S. 941 - 973; derselbe, Reply, in: American Economic Review, Vol. 55, 1965, S. 154 - 158; Pauly, M. V., The Economics of Moral Hazard: Comment, in: American Economic Review, Vol. 58, 1968, S. 531 - 537.

stand niedrig sein, weil Entlassung und Arbeitslosigkeit als Folge des Krankfeierns drohen.<sup>13</sup>

Nach der Hypothese des moral hazard ist darüber hinaus aufgrund der konkreten historischen Entwicklung der Krankengeld- und Lohnfortzahlungsregelungen folgendes zu erwarten: Der Anteil der kranken Arbeitnehmer an der Gesamtzahl der Arbeitnehmer, der sogenannte Krankenstand, steigt auf

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

Über das Ausmaß der Niveausprünge lassen sich konkrete Erwartungen nicht formulieren. Zu wenig vergleichbar sind die einzelnen Änderungen der rechtlichen Regelungen.

Hinsichtlich der zeitlichen Entwicklung der Einkommensersatzzahlungen an kranke Arbeitnehmer sind für die Jahre 1957, 1961/62 und 1970 ebenfalls Niveausprünge nach oben zu erwarten, 1961/62 auch deswegen, weil das Krankengeld ab der siebten Woche der Arbeitsunfähigkeit auf 75 bis 85 v.H. (je nach Familienstand) des sogenannten Regellohns aufgestockt worden ist und weil Krankengeld ab 1. 8. 1961 für einen wesentlich längeren Zeitraum gezahlt wird. Die Aufteilung der Einkommensersatzzahlungen in Krankengeld und Arbeitgeberzuschuß zum Krankengeld beziehungsweise Entgeltfortzahlungen sollte sich dabei im Laufe der Zeit in Richtung auf einen abnehmenden Anteil des Krankengeldes geändert haben.

## C. Überprüfung der Hypothesen über die Entwicklung des Krankenstandes und der Einkommensersatzleistungen

### a) Zur Aussagekraft der Daten über den Krankenstand

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 sogenannten Krankenstand zu messen. Moral hazard müßte sich also in der sogenannten Krankenstandsziffer niederschlagen.

Bei der Wertung der statistischen Ergebnisse ist zu berücksichtigen, daß ihre

<sup>13</sup> 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 Erwerbstätigen Gruppen auf den Arbeitsmarkt — Identifikation und Vorschläge, Forschungsauftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft, Kiel, Oktober 1980.

Aussagekraft in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt ist.<sup>14</sup> Der Krankenstand der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wird an einem bestimmten Stichtag gemessen, nämlich am ersten Tag eines Monats.<sup>15</sup> Die Ergebnisse für den ersten Tag eines Monats können aber natürlich ein falsches Bild von der Entwicklung des Krankenstandes im Laufe eines Monats und damit im Durchschnitt eines Monats vermitteln.<sup>16</sup>

Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit wird nicht erfaßt, wenn eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht eingereicht wird. Seit Inkrafttreten des Lohnfortzahlungsgesetzes fallen darunter „jene Krankmeldungen, bei denen aufgrund der Kürze der Krankheit ein Arzt nicht aufgesucht wird beziehungsweise das Unternehmen auf die Vorlage einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung verzichtet. Diese kurzfristige Arbeitsunfähigkeit wird meist durch Arbeitskollegen oder fernmündlich mitgeteilt“.<sup>17</sup>

Auf der anderen Seite ergibt sich eine „Übererfassung“ dann, wenn ein Arbeitnehmer vor Ablauf der Dauer bescheinigter Arbeitsunfähigkeit die Arbeit wieder aufnimmt.

Darüber hinaus werden jene Fälle bescheinigter Arbeitsunfähigkeit nicht statistisch 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 (aber verbesserter Auszahlungsmodus seit dem 1. 1. 1973)<sup>18</sup>, und jene Fälle der Arbeitsunfähigkeit, „in denen sich der Arbeitnehmer in Heilverfahren (Vorbeugungs-, Heil- und Genesungskuren) befindet, die durch die Renten- oder Unfallversicherung getragen werden, das Arbeitsentgelt aber fortzuzahlen ist“.<sup>19</sup> Von 1962 an werden in der Krankenstandsstatistik nicht mehr jene Fälle von Arbeitsunfähigkeit erfaßt, bei denen die Betroffenen an Heilverfahren der Rentenversicherung teilnehmen, ab 1963 werden die entsprechenden Heilverfahren der Unfallversicherung nicht mehr berücksichtigt.<sup>20</sup>

Die Statistik über den Krankenstand wird von den Krankenkassen erstellt. Hier wird Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit festgestellt. „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

<sup>14</sup> 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 verschiedener Sachlichen, a.a.O., S. 5 - 8.

<sup>15</sup> Fällt der Stichtag auf einen Sonn- oder Feiertag, so wird die Erhebung an dem folgenden Tag vorgenommen. Ob die Ergebnisse dadurch nach oben oder nach unten verzerrt werden, läßt sich kaum abschätzen.

<sup>16</sup> Die Jahresdurchschnitte werden als arithmetische Mittel aus den Monatswerten berechnet.  
<sup>17</sup> van Lith, a.a.O., S. 22.

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> van Lith, a.a.O., S. 22 und 23.

<sup>20</sup> Vgl. Knoblich, a.a.O., S. 6.

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“.<sup>21</sup> „Der Krankenstand beider Gruppen zusammen, also der Pflichtmitglieder insgesamt, wird infolgedessen in der Zeit vor dem Lohnfortzahlungsgesetz wegen der Untererfassung bei den Angestellten unterzeichnet“.<sup>22</sup>

Daten enthält Tabelle 1. In dieser Tabelle sind für die Pflichtmitglieder mit sofortigem Anspruch auf Barleistungen auch die Krankenstandsziffern für die Jahre 1951 bis 1963 dargestellt, die sich bei einer statistischen Bereinigung um die Erfassungsänderungen in den Jahren 1957 und 1961 und um die Änderungen bei der Erfassung von Arbeitnehmern in Heilverfahren ergeben.<sup>23</sup>

„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“.<sup>24</sup>

Eine — quantitativ kaum abschätzbare — Untererfassung bei Arbeitern gibt es ab 1970 insofern, als in bestimmten Wirtschaftsbereichen Arbeiter aufgrund tarifvertraglicher Regelungen oder aufgrund betrieblicher Vereinbarungen genauso wie Angestellte eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erst nach dem dritten Tag vorlegen müssen.<sup>25</sup>

Bei all diesen statistischen Schwächen der Krankenstandsziffer ist es klar, daß das Niveau des Krankenstandes nicht korrekt wiedergegeben wird; die Entwicklung des Krankenstandes wird aber wohl doch in etwa zutreffend gekennzeichnet. Daher sollen die Daten über den Krankenstand (vgl. auch Tabelle 2) doch als statistisches Fundament dienen, um die obigen Hypothesen zu prüfen.

<sup>21</sup> Knoblich, a.a.O., S. 5. Diese Einschätzung der Aussagekraft der Krankenstandsziffer deckt sich mit jener in der Sozial-Enquête von 1966. Dort heißt es (auf S. 211 - 212): „Einigermaßen aussagekräftig sind nur die Krankenstandsziffern der Arbeiter, während die der Angestellten (besonders der freiwillig weiterversicherten) in aller Regel zu niedrig ausgewiesen werden.“

<sup>22</sup> Ebenda, S. 7.

<sup>23</sup> Vgl. Neubert, Heinz, Der Krankenstand in den Jahren von 1955 bis 1964, in: Bundesarbeitsblatt, 1965, Heft 7, S. 267 - 270, hier: S. 267.

<sup>24</sup> Knoblich, a.a.O., S. 7.

<sup>25</sup> Ebenda.

Tabelle 1: Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung (Arbeitsunfähig kranke Mitglieder in v.H. der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung)

	Pflichtmitglieder mit sofortigem Anspruch auf Barleistungen		Pflichtmitglieder insgesamt (ohne Rentner)
	tatsächlich	korrigiert	tatsächlich
1950 <sup>1,2,3</sup>			3,6
1951 <sup>1,2,3</sup>	3,9	4,7	3,6
1952 <sup>1,2,3</sup>	4,0	4,8	3,6
1953 <sup>2</sup>	4,3	5,1	3,7
1954 <sup>2</sup>	4,1	4,9	3,6
1955 <sup>2</sup>	4,6	5,4	4,0
1956 <sup>2</sup>	4,8	5,6	4,2
1957 <sup>2</sup>	5,4	5,7	4,7
1958 <sup>2</sup>	5,5	5,3	4,7
1959 <sup>2</sup>	5,5	5,3	4,7
1960	6,0	5,8	5,1
1961	6,2	5,7	5,3
1962	6,1	5,9	—
1963	5,9	5,8	5,2
1964	5,4	(5,4)	4,8
1965	5,6	(5,6)	4,9
1966	5,7	(5,7)	4,9
1967	4,9	(4,9)	4,4
1968	5,5	(5,5)	4,9
1969	5,7	(5,7)	5,1

<sup>1</sup> Daten für Mitglieder mit allgemeinem Beitragssatz.

<sup>2</sup> Ohne Saarland.

<sup>3</sup> Ohne Berlin.

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg., Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik 1964, S. 94; Seffen, Achim, Entgeltfortzahlung, Einzelgutachten in: Institut für Gesundheits-System-Forschung, Hrsg., Gesetzliche Krankenversicherung, Analysen - Probleme - Lösungsansätze, Kiel 1982, S. 27 (für Daten für 1950 bis 1952). Zuden korrigierten Daten vgl. Neubert, Heinz, Der Krankenstand, a.a.O., S. 267.



Tabelle 2: Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung  
(Arbeitsunfähig kranke Mitglieder in v.H. der Pflichtmitglieder  
ohne Rentner, Jugendliche und Behinderte sowie landwirtschaftliche  
Unternehmer)

1970	5,6
1971	5,3
1972	5,5
1973	5,9
1974	5,5
1975	5,3
1976	5,3
1977	5,4
1978	5,5
1979	5,7
1980	5,7
1981	5,3
1982	4,6
1983	4,4

#### b) Die Testergebnisse

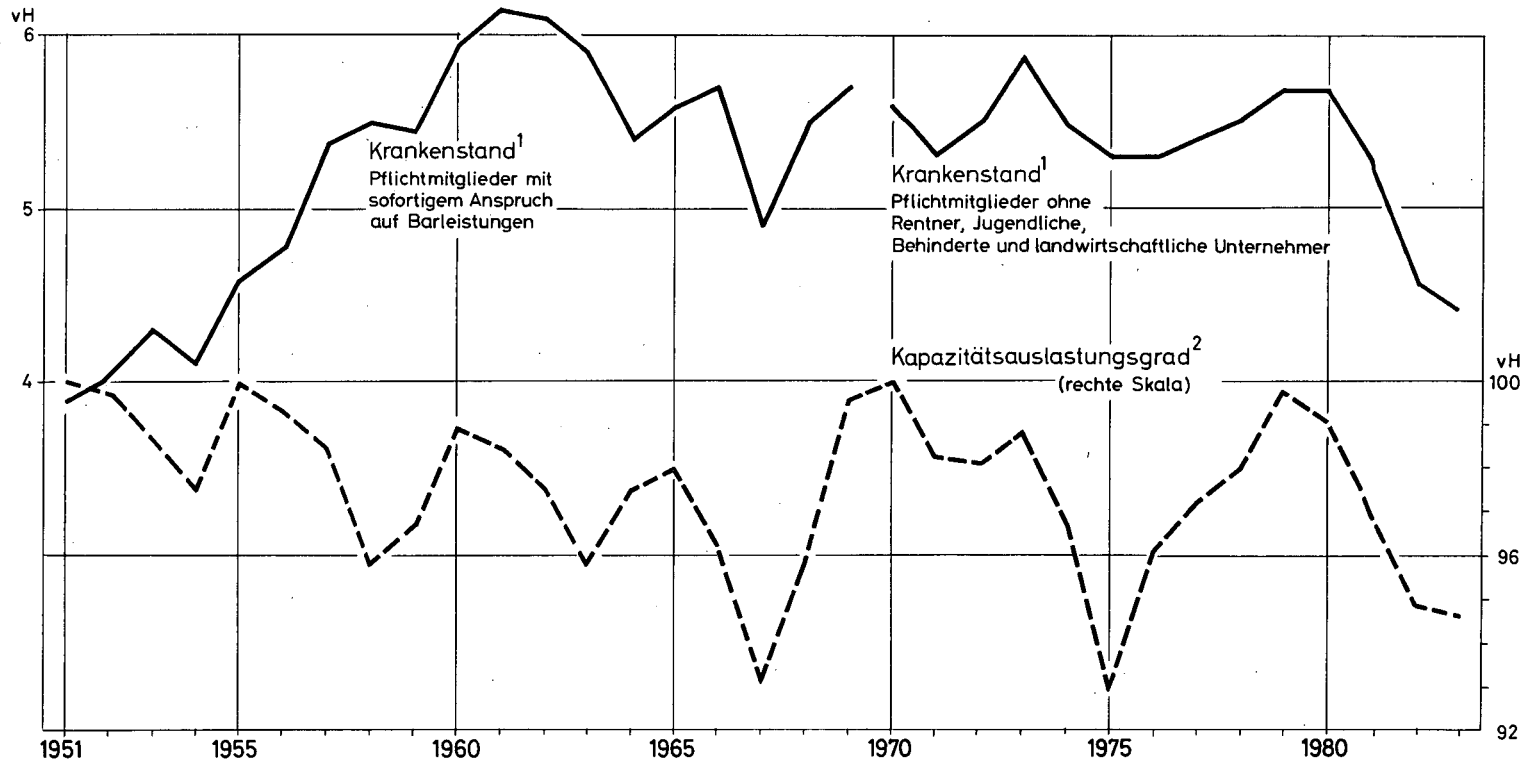
Generell kann man — bei allen statistisch-methodischen Problemen — eine recht ausgeprägte Konjunkturabhängigkeit des Krankenstandes feststellen. Von der Hypothese des Konjunkturreinflusses konnte man 1967/68, als sie verstärkt diskutiert wurde, noch mit Recht behaupten, sie sei ad hoc (aufgrund der vorliegenden Daten für 1967) formuliert worden, sie bedürfe der Überprüfung an unabhängigen (zusätzlichen) Daten, um eine Falsifizierungschance zu haben, und sie sei erst bei Bewährung 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 (Schaubild 1). Erklärungsbedürftig bleibt, warum der Krankenstand in der jüngsten Rezession bei ähnlich hoher Unterauslastung der Sachkapazitäten wie 1975 deutlich stärker abgenommen hat als damals. Wahrscheinlich hat die im Vergleich zu 1975 etwa doppelt so hohe Arbeitslosigkeit (9,1 v.H. im Jahre 1983 im Vergleich zu 4,7 v.H. im Jahre 1975) zu dem kräftigen Rückgang des Krankenstandes beigetragen.

Im Jahre 1957 ist die Krankenstandsziffer deutlich gestiegen und danach nicht mehr auf das vorher erreichte Niveau gesunken. Knoblich<sup>26</sup> erklärt den Niveausprung von 1956 auf 1957 durch die mit dem Wegfall des dritten Karenztages verbundene erweiterte statistische Erfassung der Arbeitsunfähigkeit<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Vgl. Knoblich, a.a.O., S. 6.

<sup>27</sup> Bis 1957 wurde Arbeitsunfähigkeit erst ab dem vierten Tag (nach Ablauf der Karenztage) statistisch erfaßt. Vgl. Knoblich, a.a.O., S. 5.

## Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung und Konjunkturschwankungen



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

und verweist auf seinerzeit durchgeführte Vergleichsrechnungen. Diese Argumentation erscheint aber unzureichend insofern, als 1957 und 1958 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 — freilich nicht exakt meßbaren — „konjunkturbereinigten“ Ziffer ist so groß, daß Änderungen in der statistischen Erfassung als alleinige Erklärung nicht ausreichen. Die geänderten Lohnfortzahlungsregelungen haben deshalb wohl dazu beigetragen, daß der Krankenstand „strukturell“ angestiegen ist. Diese Schlußfolgerung legen auch die im Neubert'schen Sinne<sup>28</sup> bereinigten Daten für 1956 und 1957 nahe (Schaubild 2).

In gleicher Weise läßt sich die Hypothese eines „Niveausprungs“ in den Jahren 1961 und 1962 als Folge der „verbesserten“ Lohnfortzahlungsregelung nicht widerlegen. Dabei ist gemäß Neubert berücksichtigt, daß ab 1962 beziehungsweise 1963 diejenigen arbeitsunfähig kranken Arbeitnehmer, die an Heilverfahren der Renten- beziehungsweise Unfallversicherung teilnehmen, nicht mehr statistisch erfaßt werden (Schaubild 2).

Demgegenüber meinen die Autoren der Sozial-Enquête von 1966: „... der seit 1953 langsam ansteigende Trend des Krankenstandes läßt sich auf plausible Weise erklären, ohne daß man auf die in der Tagespolemik beliebten Verdachtsgründe (Drückebergerei, allzu große Willfährigkeit der Kassenärzte, Versagen des vertrauensärztlichen Dienstes) zurückgreifen müßte“.<sup>29</sup> Die Autoren der Sozial-Enquête räumen aber ein: „Immerhin ist ... die Mutmaßung nicht von der Hand zu weisen, daß der Krankenstand durch geeignete Maßnahmen ohne Schädigung der Volksgesundheit, ja vielleicht zu ihrem Vorteil ... gesenkt werden könnte“.<sup>30</sup>

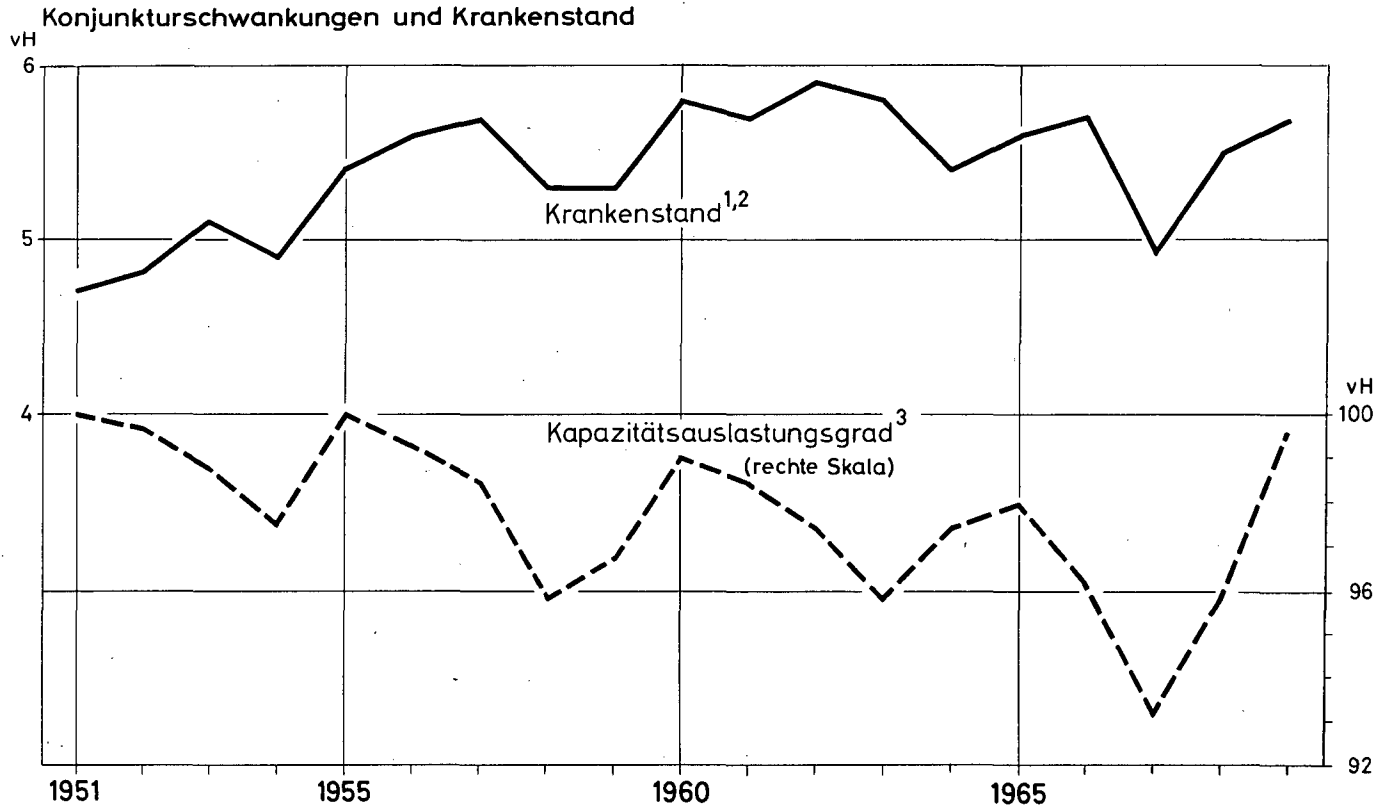
Zu Beginn der siebziger Jahre, als die volle Lohnfortzahlung auch für Arbeiter eingeführt worden ist, zeigt sich kein Niveausprung in der Krankenstandsziffer. Dies war zwar insofern nicht zu erwarten, als lediglich Ausgaben von den Krankenkassen auf die Unternehmen verlagert wurden. Gleichzeitig wurde aber der einzige noch bestehende Karenztag abgeschafft, so daß sich gemäß der Hypothese des moral hazard-Verhaltens ein etwas höheres Niveau des Krankenstandes in den siebziger Jahren 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“<sup>31</sup> entwickelt. Über die Arbeitsun-

<sup>28</sup> Vgl. Neubert, a.a.O., S. 267 - 268.

<sup>29</sup> Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sozial-Enquête-Kommission, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, 1966, S. 212.

<sup>30</sup> Ebenda, S. 212.

<sup>31</sup> 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.



<sup>1</sup>Arbeitsunfähig kranke Pflichtmitglieder mit sofortigem Anspruch auf Barleistungen in vH aller Pflichtmitglieder derselben Gruppe der gesetzlichen Krankenversicherung; bis 1959 einschließlich Bundesgebiet ohne Saarland; 1951 und 1952 ohne Berlin; arithmetisches Mittel aus Monatswerten. - <sup>2</sup>Daten für 1951 bis 1963 um Änderungen in der Art der statistischen Erfassung bereinigt. - <sup>3</sup>Eigene Berechnung nach der Methode des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung.

fähigkeit entscheidet seither in erster Linie der behandelnde Arzt.<sup>32</sup> 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 sind.<sup>33</sup>

Ein eindeutiges Urteil über den Einfluß der Neuregelung der Lohnfortzahlung ab 1970 wird letztlich dadurch unmöglich gemacht, daß 1970 die statistische Erfassung 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 1970.<sup>34</sup> Danach ist der Krankenstand bei den Großbetrieben des betreffenden regionalen Arbeitgeberverbandes 1970 bei den Arbeitern (gewerblichen Arbeitnehmern) dauerhaft auf ein deutlich höheres Niveau gestiegen, der Krankenstand der Angestellten hat sich dagegen nicht nennenswert verändert (Tabelle 3). Dies gilt um so mehr dann, wenn man den sehr hohen Kapazitätsauslastungsgrad des Jahres 1970 berücksichtigt und wenn zu vermuten ist, daß sich die Anpassung an die verbesserten Entgeltfortzahlungsregelungen für Arbeiter nicht sofort in vollem Maße, sondern allmählich vollzieht. Weitere starke Indizien für einen Anstieg des Krankenstandes der Arbeiter ab 1970 hat Clade zusammengestellt.<sup>35</sup>

Für die Hypothese des moral hazard sprechen die Ergebnisse eines internationalen Vergleichs. „In Ländern, in denen Krankheit finanziell weniger attraktiv ist (Schweiz, Japan, USA), ist der Krankenstand niedriger.“<sup>36</sup>

Für die Hypothese des moral hazard spräche auch, wenn die Krankheitshäufigkeit im Wochenverlauf schwankte, wenn die meisten Krankheitsfälle am Montag oder am Freitag auftraten. Die Überprüfung dieser Hypothese ist wegen der unzureichenden Datenbasis nicht ohne weiteres möglich.

Die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung erheben — von Ausnahmen abgesehen — Daten über den Krankenstand nur zum ersten Tag eines Monats; ihre Daten können demnach über die Entwicklung des Krankenstandes im Verlauf eines Monats oder gar einer Woche nichts aussagen.

<sup>32</sup> Vgl. Salowsky, Heinz, Fehlzeiten — ein internationaler Vergleich, in: Institut der Deutschen Wirtschaft, Hrsg., Köln 1983, S. 26.

<sup>33</sup> 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 Fälle ... (vgl. Salowsky, a.a.O., S. 105 - 106). 1980 fand dabei die Hälfte aller Erstbegutachtungen nach Ablauf der sechsten Woche der Arbeitsunfähigkeit statt, obwohl nur 6 bis 7 v.H. der Erkrankungen länger als sechs Wochen dauern (vgl. Salowsky, 1983, a.a.O., S. 106).

<sup>34</sup> Vgl. Müller, Eugen, Krankenstand — Wieso Übererfassung? in: Der Arbeitgeber, Jg. 26, 1974, Nr. 7, S. 264 - 267.

<sup>35</sup> Vgl. Clade, Harald, Erfahrungen mit dem Lohnfortzahlungsgesetz, in: Berichte des Deutschen Industrieministeriums zur Sozialpolitik, Jg. 6, 1972, Nr. 12.

<sup>36</sup> Vgl. Kronberger Kreis, Mehr Mut zum Markt, in: Wirtschaftswoche, Nr. 1/2, 37. Jg., 7. Jan. 1983, S. 54 - 57.

Tabelle 3: Entwicklung des Krankenstandes<sup>1</sup> bei den Großbetrieben eines regionalen Arbeitgeberverbandes

Jahr	Arbeiter	Angestellte	insgesamt
1964	8,2	4,5	7,1
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

<sup>1</sup> Krankenstand (einschließlich der Fälle, in denen Heilverfahren durchgeführt werden) im Durchschnitt der Arbeitstage des Jahres.

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

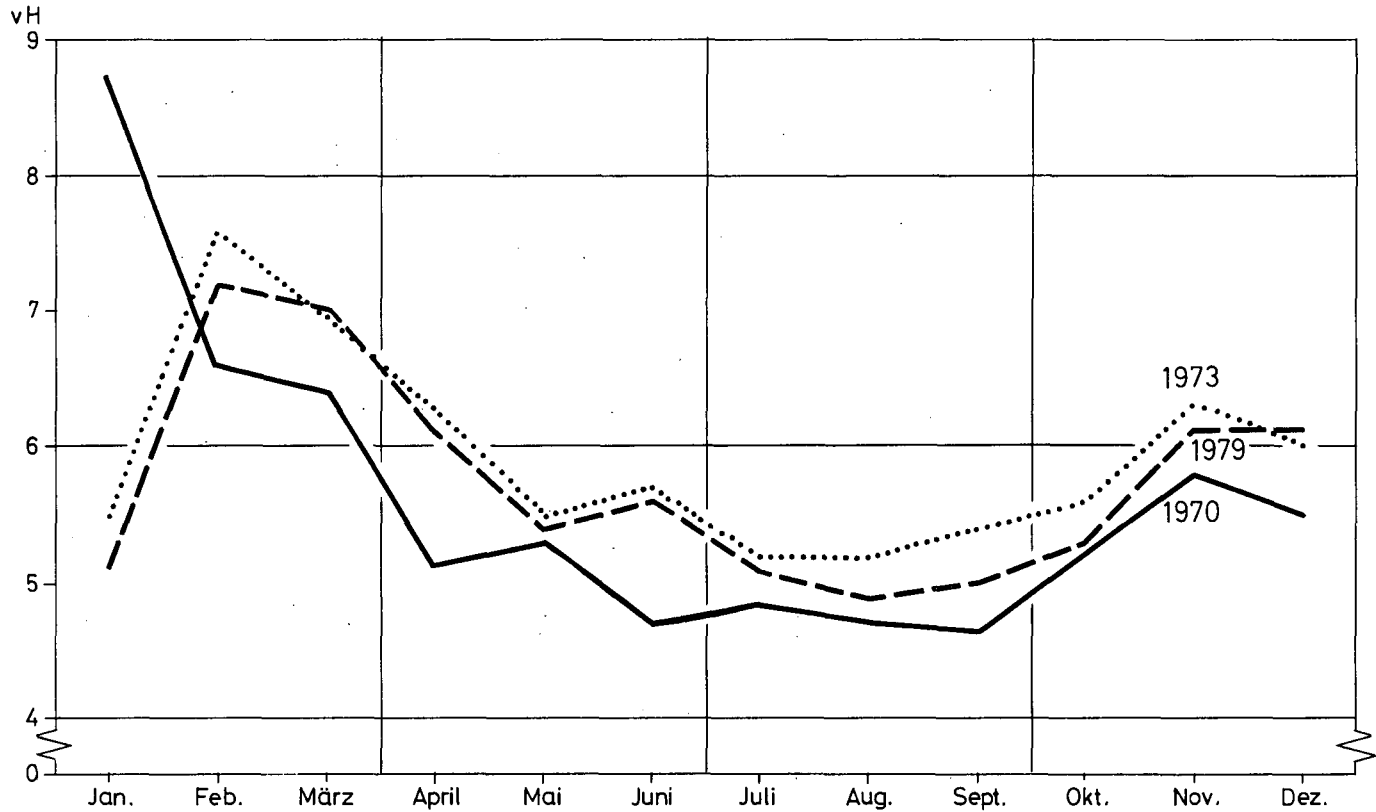
Es gibt aber für 1979 und 1981 betriebsinterne Daten über Fehlzeiten.<sup>37</sup> Unter Fehlzeiten werden dabei „die Zeiten verstanden, in denen der Arbeitnehmer wegen Krankheit, Unfall, Kur, Mutterschaft und aus persönlichen Gründen seinen Verpflichtungen gegenüber dem Betrieb nicht nachkommt beziehungsweise nicht nachkommen kann“.<sup>38</sup> Fehlzeit ist daher eine Zeit- Zeit-Relation und ist umfassender definiert als der Krankenstand. Diese Daten enthalten also auch die Fälle krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit, die nicht zu einem Arztbesuch führen und die nicht durch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung belegt werden. Sie betreffen nur zu etwa 80 v.H. Fehlzeiten infolge Krankheit und sind daher mit den Daten über den Krankenstand nicht ohne weiteres vergleichbar, sie sollen aber trotzdem verwendet werden.

Salowsky hat solche Daten für Unternehmen der Industrie (ohne Bergbau) und des privaten Dienstleistungssektors auf repräsentativstatistischer Basis ausgewertet. Die Auswertung dieser betriebsinternen Daten (1981 für 265 Unternehmen mit etwa 3,6 Millionen Beschäftigten) über die Fehlzeitenhäufigkeit an einzelnen Wochentagen ergibt, daß die meisten Fehlzeiten auf den Freitag fallen. Es folgt mit geringem Abstand der Montag. Am wenigsten häufig treten Fehlzeiten am Mittwoch auf. Dies spricht für die Hypothese, daß Arbeitnehmer der moralischen Versuchung erliegen, die durch die Entgeltfortzahlungsregelung gesetzlich verankert worden ist.<sup>39</sup>

Die Entwicklung des Krankenstandes im Jahresverlauf unterscheidet sich in den drei konjunkturell vergleichbaren Jahren 1970, 1973 und 1979 kaum (Schaubild 3). Witterungsbedingte Rhythmen des Krankenstandes scheinen zu dominieren. So gab es zu Jahresbeginn 1970, als der Krankenstand sehr stark anstieg, eine Grippewelle.<sup>40</sup>

Die moral hazard-Hypothese läßt sich über die bisherigen Tests hinaus noch auf doppelte Weise überprüfen; darauf soll hier aber verzichtet werden.<sup>41</sup>

Der Krankenstand<sup>1</sup> der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung im Verlauf der Jahre 1970, 1973 und 1979



<sup>1</sup> Am 1. Tag eines Monats in vH.

Daten über die gesamten Einkommensersatzleistungen an Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung sind nicht in der erforderlichen Abgrenzung verfügbar, insbesondere mangelt es an aussagekräftigen Daten über die fortgezahlten Löhne und Gehälter in den Jahren vor 1970. Ersatzweise werden hier die Daten über die Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) des Statistischen Bundesamtes und (im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung geschätzte) Sozialbudgetdaten über die Entgeltfortzahlungen verwendet (Tabelle 4).

Tabelle 4: Einkommensersatzleistungen bei Krankheit

	Geldleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen	Entgeltfortzahlung gemäß Sozialbudget des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung	Zusammen
- Milliarden DM -			
1969	5,31	6,00	11,31
1970	3,89	12,50	16,39
1971	4,61	13,50	18,11
1972	5,17	15,00	20,17
1973	5,76	18,00	23,76
1974	5,98	19,57	25,55
1975	6,47	18,49	24,96
1976	6,69	20,37	27,06
1977	6,87	21,46	28,33
1978	7,37	24,43	31,80
1979	8,33	27,09	35,42
1980	9,91	29,82	39,73
1981	9,95	30,18	40,13
1982	9,46	—	—

Quelle: Brakel, Johannes, Sozialbudget, Neuberechnung '74 bis '81, in: Bundesarbeitsblatt, 1983, Heft 4, S. 20 - 23 und S. 104; Statistisches Bundesamt, Hrsg., Fachserie 18, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen.

<sup>37</sup> Vgl. Salowsky, Heinz, Individuelle Fehlzeiten in wesentlichen Industrieländern, in: Institut der deutschen Wirtschaft, Hrsg., Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Nr. 83/84, Köln 1980; Salowsky, Fehlzeiten, 1983, a.a.O.

<sup>38</sup> Vgl. Salowsky, a.a.O., S. 20.

<sup>39</sup> Vgl. auch Albers, Willi, Soziale Sicherung, Stuttgart 1982, S. 136.

<sup>40</sup> Vgl. Sonnenberg, a.a.O., S. 289.

<sup>41</sup> Vgl. Salowsky, 1983, a.a.O., S. 36.



Zum 1. 1. 1970 ist die Lohnfortzahlung in der gegenwärtigen Form eingeführt worden. Die Unternehmen übernahmen Leistungen, die vorher von der Krankenversicherung gezahlt worden waren. Entsprechend gibt es Anfang der siebziger Jahre einen Sprung in der Entwicklung der Geldleistungen der Krankenversicherung. Einen entgegengesetzten Sprung zeigt die Reihe der von Unternehmen „fortgezahlten“ Löhne. Die gesamten Einkommensersatzleistungen an Arbeitnehmer im Krankheitsfall sind in den siebziger Jahren bis 1978 um jahresdurchschnittlich 8,6 v.H. und damit genauso kräftig wie die Bruttolohn- und -gehaltssumme gestiegen. Dies widerspricht nicht der Hypothese des moral hazard. Der überproportionale Anstieg der Einkommensersatzleistungen in den Jahren nach 1978 (jahresdurchschnittlich 8,1 v.H. im Vergleich zu 6,8 v.H. für die Lohnsumme) beruht auf „Leistungsverbesserungen“ bei dem Mutterschaftsgeld. Berücksichtigt man dies, so steht die Entwicklung der gesamten Einkommensersatzleistungen ab 1978 ebenfalls im Einklang mit der Entwicklung der Lohnsumme. Dies widerlegt wiederum nicht die moral hazard-Hypothese.

#### D. Wirtschaftspolitische Schlußfolgerungen

Was auch immer das exakte Ausmaß der Arbeitsunfähigkeit und der daraus resultierenden Lohnfortzahlungsverpflichtungen sein mögen: Es ist 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 moral hazard vorliegt und daß Unternehmen unterschiedlich stark getroffen werden.

Letzteres ließe sich durch eine Versicherung der Unternehmen gegen das Lohnfortzahlungsrisiko (versicherungsrechtliche Lösung statt arbeitsrechtlicher Lösung) vermeiden. Eine solche Versicherung gegen das Lohnfortzahlungsrisiko existiert für Unternehmen mit regelmäßig nicht mehr als 20 Beschäftigten. Sie finanzieren die Entgeltfortzahlungen durch eine Umlage mit Hilfe eines Fonds bei der Krankenversicherung. Allerdings werden nur bis zu 80 v.H. der fortgezahlten Löhne (sowie die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung) im Sinne des Risikoausgleichs in diese umlagefinanzierte Versicherung einbezogen. Fortgezahlte Gehälter werden überhaupt nicht einbezogen.

Das moral hazard-Verhalten als Folge der Tatsache, daß Krankheit nichts oder nur wenig kostet und daher finanziell attraktiv ist, läßt sich über eine Versicherungsregelung nicht verringern. Dazu bedarf es einer weniger als hundertprozentigen Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und/oder der Einführung von Karenztagen, also der Lohnfortzahlung erst ab dem zweiten, dritten, ... Krankheitstag. 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 Ein-

kommensausfalls bei Krankheit 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 bei Krankheit verzichten und dafür einen höheren Bruttolohn oder ein höheres Bruttogehalt erhalten.

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 vermeiden oder zu begrenzen. Sie würden etwa bei häufiger Krankheit die erforderliche individuelle Versicherungsprämie heraufsetzen. Es würden Risikogruppen mit unterschiedlichen Prämiensätzen 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 niedriger Versicherungsbeiträge geringer schätzten als die Kosten einer auch nur etwas erhöhten Selbstbeteiligung“.<sup>42</sup>

Eine völlige Beseitigung des Lohnfortzahlungsgesetzes und der Regelungen, nach denen die Krankenversicherung das bei Krankheit entfallende Einkommen praktisch voll ersetzt, ist demnach ökonomisch sinnvoll und auch möglich. Diese Regelung entspräche — abgesehen von einzelnen Regelungen der Einkommensabsicherung in bestimmten Bundesstaaten oder in einzelnen in der Regel größeren Unternehmen — dem Rechtszustand in den Vereinigten Staaten von Amerika. Diese Regelung, besser: Nicht-Regelung, ist die rein marktwirtschaftliche Lösung des „Problems der Entgeltfortzahlung“. Jeder ist völlig frei in seiner Entscheidung, ob und gegebenenfalls wie er für den Fall fehlenden Einkommens bei Krankheit vorsorgt.

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 muß.<sup>43</sup>

„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 Kapazi-

<sup>42</sup> Vaubel, a.a.O., S. 13.

<sup>43</sup> Vgl. hierzu den generellen Vorschlag von Vaubel, das Existenzminimum in Höhe des Sozialhilfesatzes über eine Darlehensversicherung abzusichern. Vgl. Vaubel, a.a.O., S. 3 - 5.

täten auszulasten und ihr Einkommen durch Leistungsausweitung zu erhöhen“.<sup>44</sup> Das bestehende System ist auch im Interesse der Leistungsanbieter, nicht nur der Politiker und kartellarisch organisierten Krankenversicherung.

Wenn man sich an den Grundsatz hält, daß Änderungen nur in Schritten vorgenommen werden sollten oder können, dann ist es sinnvoll, zunächst für alle Arbeitnehmer mindestens einen Karenztag einzuführen und die Einkommensersatzleistung in den ersten sechs Wochen der Krankheit auf zum Beispiel 90 v.H. des Lohns oder Gehalts zu begrenzen — bei gleichzeitig andauernder Steuer- und Sozialabgabenbelastung der „fortgezahlten“ Löhne und Gehälter.

Die allgemeine Einführung von Karenztagen ist freilich schwierig angesichts bestehender tarifvertraglicher und beamtenrechtlicher Regelungen. Die Konsequenz daraus kann aber nur lauten, daß diese Regelungen geändert werden müssen. Es käme einer Kapitulation vor dem eigentlichen Problem gleich, wenn man die tarifvertraglichen und beamtenrechtlichen Regelungen für tabu erklärte und sich bei den Lohnfortzahlungsregelungen auf marginale Korrekturen beschränkte.<sup>45</sup> Tarifvertragliche Vereinbarungen würden wohl dann in der erforderlichen Weise geändert, wenn die Regelungen des Lohnfortzahlungsgesetzes und die entsprechenden beamtenrechtlichen Regelungen vom Gesetzgeber geändert würden.

Auf die Einführung von Karenztagen und die Begrenzung der Einkommensersatzleistung müßten weitere Schritte folgen, bis die staatlich erzwungene Lohnfortzahlung völlig abgebaut ist.

<sup>44</sup> Vaubel, a.a.O., S. 13.

<sup>45</sup> Graf Lambsdorff hat als einziger führender Politiker „politischen Mut“ bewiesen und im August 1982 vorgeschlagen,

- Zuschläge aus dem Entgeltbegriff auszuschließen,
- auf eine Lohnfortzahlung bei Ausübung von Nebentätigkeiten zu verzichten,
- eine Teil-Arbeitsunfähigkeit einzuführen und
- Krankschreibungen durch den vertrauensärztlichen Dienst zu kontrollieren.

Im Haushaltsbegleitgesetz 1983, das zum 1. 1. 1983 wirksam wurde, ist festgelegt worden, daß die Krankenkassen verpflichtet sind, eine Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit durch den Vertrauensarzt zu veranlassen, wenn der Arbeitgeber wegen begründeter Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit dies verlangt. Außerdem sind die Vorschriften über die Ahndung von Verstößen gegen die kassenärztlichen Pflichten durch die Selbstverwaltung der Kassenärzte verschärft worden. Anfang 1984 gibt es starke Bestrebungen der Bundesregierung, eine Teil-Arbeitsunfähigkeit gesetzlich zu verankern und die Entgeltfortzahlungen bzw. Krankengeldzahlungen dadurch zu verringern. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, daß das Krankengeld ab 1. 1. 1984 der Sozialabgabenpflicht unterliegt; der Kranke wird mit je 50 v.H. des Renten- und des Arbeitslosenversicherungsbeitrages belastet.