

Der Open-Access-Publikationsserver der ZBW – Leibniz-Informationzentrum Wirtschaft
The Open Access Publication Server of the ZBW – Leibniz Information Centre for Economics

Boss, Alfred

Working Paper

Ist die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ökonomisch sinnvoll?

Kiel Working Papers, No. 187

Provided in cooperation with:
Institut für Weltwirtschaft (IfW)

Suggested citation: Boss, Alfred (1983) : Ist die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ökonomisch sinnvoll?, Kiel Working Papers, No. 187, <http://hdl.handle.net/10419/809>

Nutzungsbedingungen:

Die ZBW räumt Ihnen als Nutzerin/Nutzer das unentgeltliche, räumlich unbeschränkte und zeitlich auf die Dauer des Schutzrechts beschränkte einfache Recht ein, das ausgewählte Werk im Rahmen der unter

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen> nachzulesenden vollständigen Nutzungsbedingungen zu vervielfältigen, mit denen die Nutzerin/der Nutzer sich durch die erste Nutzung einverstanden erklärt.

Terms of use:

The ZBW grants you, the user, the non-exclusive right to use the selected work free of charge, territorially unrestricted and within the time limit of the term of the property rights according to the terms specified at

→ <http://www.econstor.eu/dspace/Nutzungsbedingungen>
By the first use of the selected work the user agrees and declares to comply with these terms of use.

Kieler Arbeitspapiere Kiel Working Papers

Arbeitspapier Nr. 187

Ist die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall
ökonomisch sinnvoll?

von
Alfred Boss

Institut für Weltwirtschaft an der Universität Kiel

ISSN 0342 - 0787

Institut für Weltwirtschaft
2300 Kiel, Düsternbrooker Weg 120

Arbeitspapier Nr. 187

Ist die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall
ökonomisch sinnvoll?

von
Alfred Boss

Oktober 1983

As 3972 83
Weltwirtschaft
Kiel

Mit den Kieler Arbeitspapieren werden Manuskripte, die aus der Arbeit des Instituts für Weltwirtschaft hervorgegangen sind, von den Verfassern möglichen Interessenten in einer vorläufigen Fassung zugänglich gemacht. Für Inhalt und Verteilung sind die Autoren verantwortlich. Es wird gebeten, sich mit Anregungen und Kritik direkt an sie zu wenden und etwaige Zitate aus ihrer Arbeit vorher mit ihnen abzustimmen.

ISSN 0342 - 0787

Ist die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ökonomisch sinnvoll?

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 1)

Schon seit 1930/31 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 vH des Grundlohns. Die IG Metall Schleswig-Holstein erkämpfte dann 1956 in einem 114 Tage dauernden Streik den Einstieg in die ungeschmälerete Lohnfortzahlung. Im Juni 1957 verabschiedete der Bundestag ein Gesetz 2), das ab 1.7.1957 für die ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit ein Krankengeld in Höhe von 65 bis 75 vH (je nach Familienstand) des Grundlohns, die Aufstockung des Krankengeldes um einen Arbeitgeberzuschuß auf 90 vH des Nettolohns und zwei statt bisher drei Karenztage vorsah 3). Mit Wirkung ab 1. August 1961 wurde der zweite Karenztag abgeschafft und der Arbeitgeberzuschuß zum Krankengeld erhöht, so daß beide zusammen 100 vH des Nettolohns ausmachen 4).

- 1) 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.
- 2) Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle vom 26. Juni 1957, Bundesgesetzblatt I, 1957, S. 649-651.
- 3) 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, Bundesarbeitsblatt, 9/1982, S. 5-8, hier: S. 6.
- 4) 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.

Nach der 1969 von der Großen Koalition beschlossenen und ab 1.1.1970 gültigen Regelung 1) bekommt jeder Arbeitnehmer, also auch jeder Arbeiter, vom ersten Tag der Krankheit an in den ersten sechs Wochen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit seinen Brutto- und damit auch seinen Nettolohn 2). 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 beträgt seit 1974 80 vH des wegen der Arbeitsunfähigkeit entgangenen regelmäßigen Bruttoentgelts, maximal 80 vH der Beitragsbemessungsgrenze, darf aber 100 vH 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 3).

"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 eine Karenztag bis zur Fälligkeit des Krankengeldes aber nur für solche Arbeitnehmer Bedeutung, die keinen Entgeltfortzahlungsanspruch haben" 4).

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. Etwa die Hälfte der Arbeitnehmer erhalten tarifvertraglich abgesicherte Zuschüsse zum Krankengeld; bei vielen 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.

1) Vgl. Gesetz über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle und über Änderungen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung vom 27. Juli 1969, Bundesgesetzblatt I, 1969, S. 946-955.

2) Das Hausgeld, das niedrigere Krankengeld bei Krankenhausaufenthalt, entfiel von 1971 an. Seitdem wird auch bei Krankenhauspflge und bei Behandlung in einer Kur- oder Spezialeinrichtung oder in Genesungsheimen nach den allgemeinen Regeln Krankengeld gezahlt.

3) Vgl. Seffen, Einkommenssicherung, a.a.O., S. 11.

4) Seffen, Einkommenssicherung, a.a.O., S. 13. Es handelt sich dabei vor allem um befristet oder nur geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer.

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" 1).

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 eine kassenärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung nicht erforderlich ist, und es gilt wohl in hohem Maße auch für die Zeit danach, weil ein Arzt in vielen Fällen doch nicht feststellen kann, ob jemand wirklich krank ist. 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" 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 moral hazard, die moralische Versuchung, aber maximiert, was kaum optimal sein dürfte.

Immer wenn ein bestimmtes Risiko über Versicherungen abgesichert ist, 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 übr-

1) Seffen, Einkommenssicherung, a.a.O., S. 13. Ausnahmeregelungen bei der Lohnfortzahlung gelten für kurzfristige Arbeitsverhältnisse und für solche mit geringfügiger wöchentlicher oder monatlicher Arbeitszeit.

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

gen mehr medizinische Leistungen nachfragen als sonst. 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.

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 Krankenstand niedrig sein, weil Entlassung und Arbeitslosigkeit als Folge des Krankfeierns drohen 1).

Nach der Hypothese des moral hazard ist darüber hinaus aufgrund der konkreten historischen Entwicklung der 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. 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.

1) 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 über die Entwicklung des Krankenstandes und der Einkommensersatzleistungen

a) Zur Aussagekraft der Daten über den Krankenstand

Bei der Wertung der statistischen Ergebnisse ist zu berücksichtigen, daß ihre Aussagekraft in mehrfacher Hinsicht eingeschränkt ist 1). Der Krankenstand der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung wird an einem bestimmten Stichtag gemessen, nämlich am ersten Tag eines Monats 2). 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 3).

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" 4).

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 nicht statistisch erfaßt

- jene Fälle bescheinigter Arbeitsunfähigkeit, 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 Auszählungsmodus seit dem 1.1.1973) 5), und

1) 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, Bundearbeitsblatt 9/1982, S. 5-8.

2) 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.

3) Die Jahresdurchschnitte werden als arithmetische Mittel aus den Monatswerten berechnet.

4) van Lith, a.a.O., S. 22.

5) 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.

- 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" 1).

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 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" 2). "Der Krankenstand beider Gruppen zusammen, also der Pflichtmitglieder insgesamt, wird infolgedessen in der Zeit vor dem Lohnfortzahlungsgesetz wegen der Untererfassung bei den Angestellten unterzeichnet" 3). Daten enthält Tabelle 1.

"Von 1970 an ist für diese ... 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" 4).

Eine - quantitative kaum abschätzbare - Untererfassung bei Arbeitern gibt es ab 1970 insofern, als in bestimmten Wirtschaftsbereichen Arbeiter aufgrund tarifvertraglicher Regelungen oder aufgrund betrieblicher Vereinbarungen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wie Angestellte erst nach dem dritten Tag vorlegen müssen 5).

1) van Lith, a.a.O., S. 22 und 23.

2) Knoblich, a.a.O., S. 5. Diese Einschätzung der Aussagekraft der Krankenstandsziffer deckt sich mit jener in der Sozial-Enquête von 1957. 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."

3) Ebenda, S. 7.

4) Ebenda.

5) Ebenda.

Tabelle 1: Krankenstand¹ in der gesetzlichen Krankenversicherung

	Pflichtmitglieder mit sofortigem Anspruch auf Barleistungen	Pflichtmitglieder insgesamt
1951 ^{2,3}	3,9	.
1952 ^{2,3}	4,0	.
1953 ³	4,3	3,7
1954 ³	4,1	3,6
1955 ³	4,6	4,0
1956 ³	4,8	4,2
1957 ³	5,4	4,7
1958 ³	5,5	4,7
1959 ³	5,5	4,7
1960	6,0	5,1
1961	6,2	5,3
1962	6,1	.
1963	5,9	5,2
1964	5,4	4,8
1965	5,6	4,9
1966	5,7	4,9
1967	4,9	4,4
1968	5,5	4,9
1969	5,7	5,1

1 Arbeitsunfähig kranke Mitglieder in vH der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung.

2 Daten für Mitglieder mit allgemeinem Beitragssatz.

3 Ohne Saarland.

Quelle: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg., Hauptergebnisse der Arbeits- und Sozialstatistik 1964, S. 94; Bundesarbeitsblatt 9/1982, S. 5-8; Statistisches Bundesamt, Hrsg., Wirtschaft und Statistik, laufende Jahrgänge.

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 1).

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 doch als statistisches Fundament dienen, um die obigen Hypothesen zu prüfen.

b) Die Testergebnisse

Generell kann man - bei allen statistisch-methodischen Problemen - eine recht ausgeprägte Konjunkturabhängigkeit des Krankenstandes feststellen. 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 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 zu dem kräftigen Rückgang des Krankenstandes beigetragen (Schaubild 2).

Im Jahre 1957 ist die Krankenstandsziffer deutlich gestiegen und danach nicht mehr auf das vorher erreichte Niveau gesunken. Knoblich 2) erklärt den Niveausprung von 1956 auf 1957 durch die mit dem Wegfall von Karenztagen verbundene erweiterte statistische Erfassung der Arbeitsunfähigkeit 3) 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

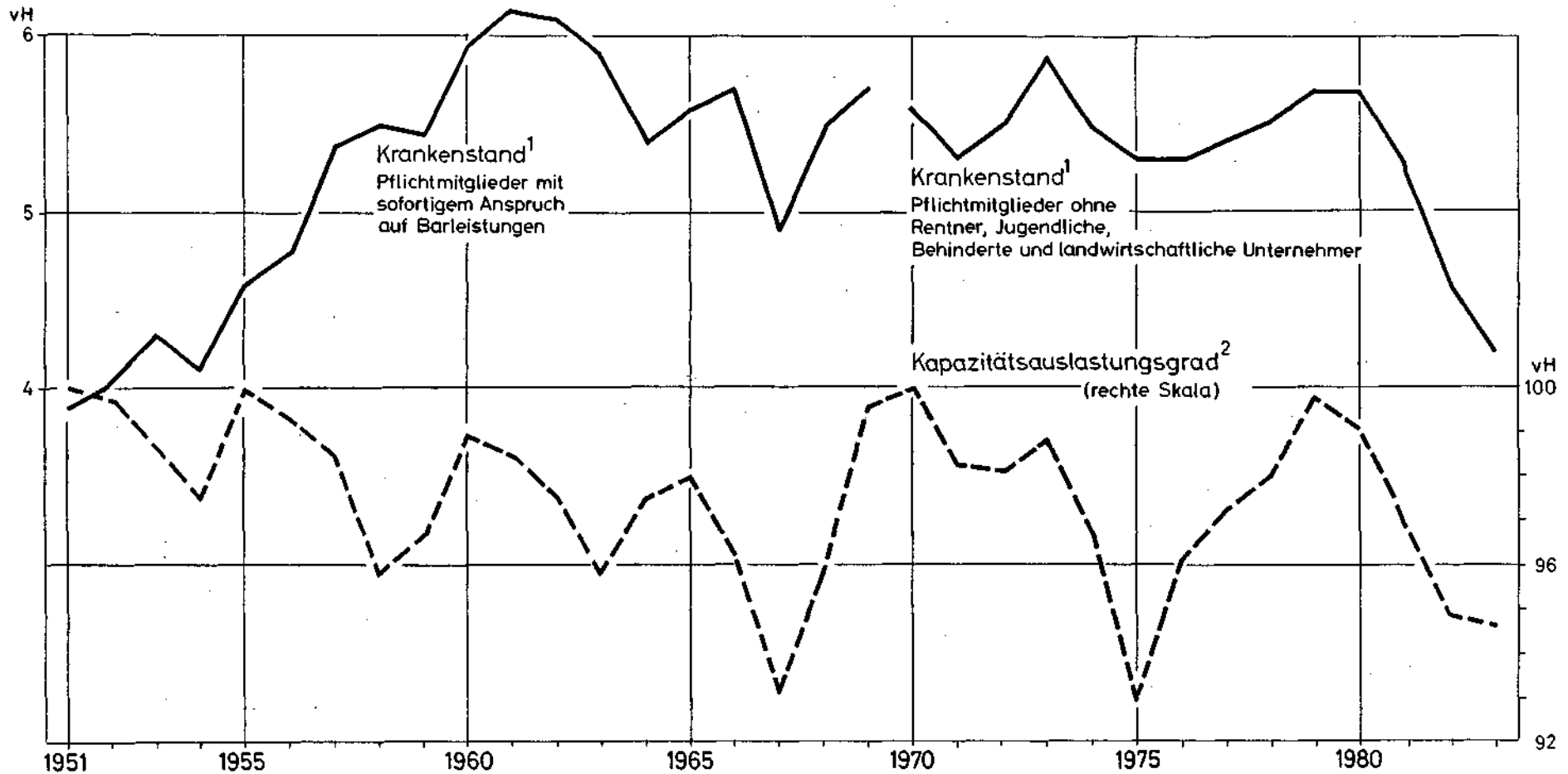
1) Vgl. Knoblich, a.a.O., S. 6.

2) Ebenda.

3) Bis 1957 wurden bestehende Karenztage statistisch nicht erfaßt. Vgl. Knoblich, a.a.O., S. 5.

Schaubild 1:

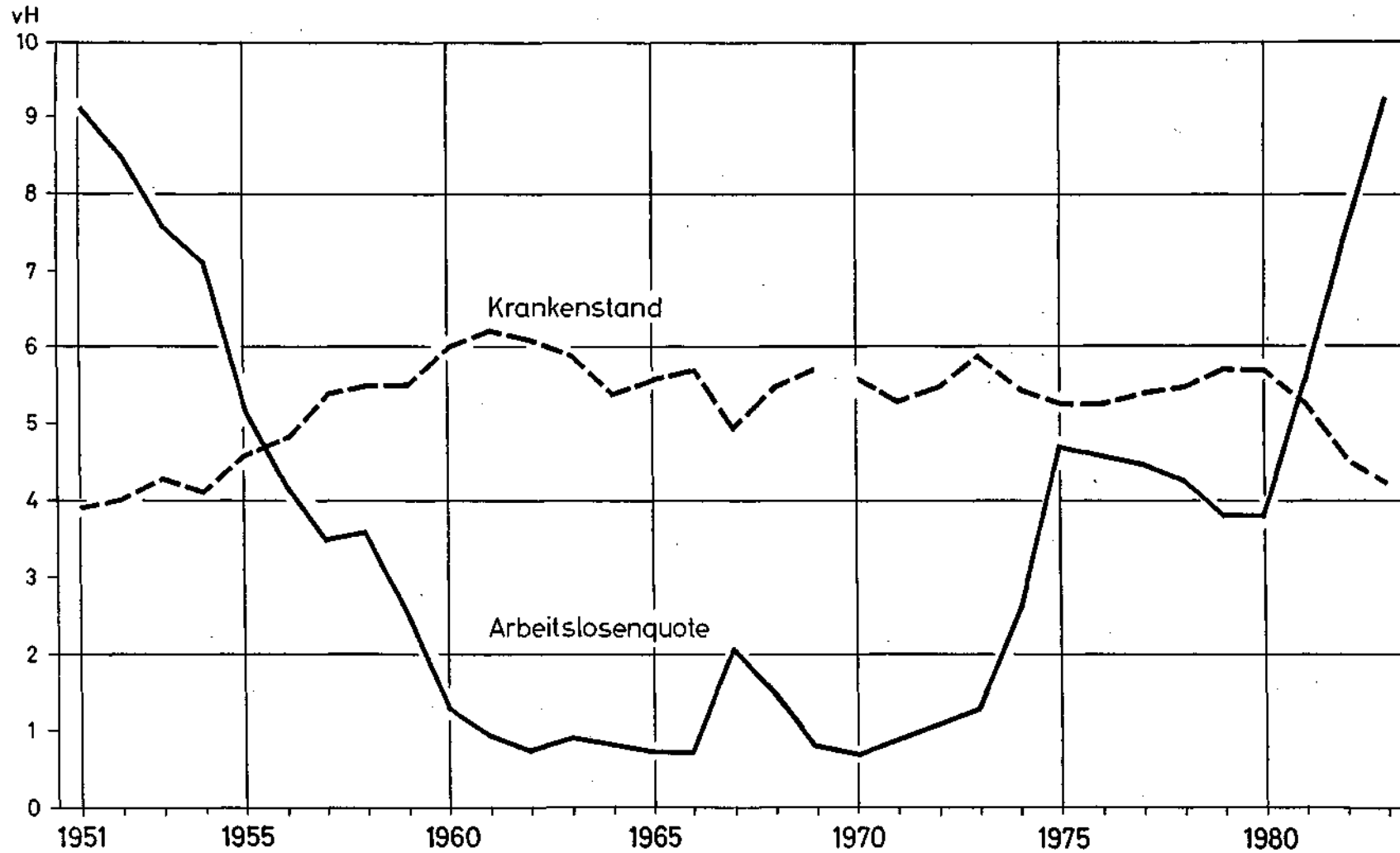
Krankenstand in der gesetzlichen Krankenversicherung und Konjunkturschwankungen



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 2:

Arbeitslosenquote¹ und Krankenstand²



¹Arbeitslose in vH der abhängigen Erwerbspersonen. - ²Arbeitsunfähig kranke Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung in vH der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung.

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.

In gleicher Weise läßt sich die Hypothese eines "Niveausprungs" in den Jahren 1961 und 1962 als Folge der "verbesserten" Lohnfortzahlungsregelung nicht widerlegen. Dabei ist zusätzlich zu berücksichtigen, daß ab 1962 beziehungsweise 1963 diejenigen arbeitsunfähig kranken Arbeitnehmer, die an Heilverfahren der Renten- beziehungsweise Unfallversicherung teilnehmen, nicht mehr statistisch erfaßt werden.

Demgegenüber meinen die Autoren der Sozial-Enquête von 1967, "... 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" 1). 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" 2).

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" 3) entwickelt. Vertrauensärztliche Nachuntersuchungen sind ab 1970 allein der Initiative der Krankenkassen vorbehalten. Deren Interesse an Überprüfungen ist aber seit 1970 gering, weil sie während der

1) Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sozial-Enquête-Kommission, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz, 1966, S. 212.

2) Ebenda, S. 212.

3) 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.

ersten sechs Wochen der Krankheit nicht mehr zu Krankengeldzahlungen verpflichtet sind 1). 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.

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" 2).

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

Es gibt aber betriebsinterne Daten über Fehlzeiten 3). 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" 4). Diese Daten enthalten zwar auch die Fälle krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit, die nicht zu einem Arztbesuch führen und die nicht durch eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung belegt werden, und sind daher mit den Daten über den Krankenstand nicht vergleichbar, sie sollen aber trotzdem verwendet werden.

Salowsky hat solche Daten für Unternehmen der Industrie (ohne Bergbau) und des Dienstleistungssektors auf repräsentativstatistischer Basis ausgewertet. Die Auswertung dieser betriebsinternen Daten 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

-
- 1) Der vertrauensärztliche Dienst wird seit 1970 erheblich weniger beansprucht. Vgl. van Lith, a.a.O., S. 10.
 - 2) Vgl. Kronberger Kreis, Mehr Mut zum Markt, in: Wirtschaftswoche, Nr. 1/2, 37. Jg., 7. Jan. 1983, S. 54-57.
 - 3) Vgl. Salowsky, Heinz, Individuelle Fehlzeiten in wesentlichen Industrieländern, in: Institut der deutschen Wirtschaft, Hrsg., Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, Nr. 83/84, Köln 1980.
 - 4) Ebenda, a.a.O., S. 20.

Hypothese, daß Arbeitnehmer der moralischen Versuchung erliegen, die durch die Entgeltfortzahlungsregelung gesetzlich verankert worden ist 1).

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 eine Grippewelle 2).

Daten über die gesamten Einkommensersatzleistungen an Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung sind nicht in der erforderlichen Abgrenzung verfügbar, insbesondere mangelt es an Daten über die fortgezahlten 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 2).

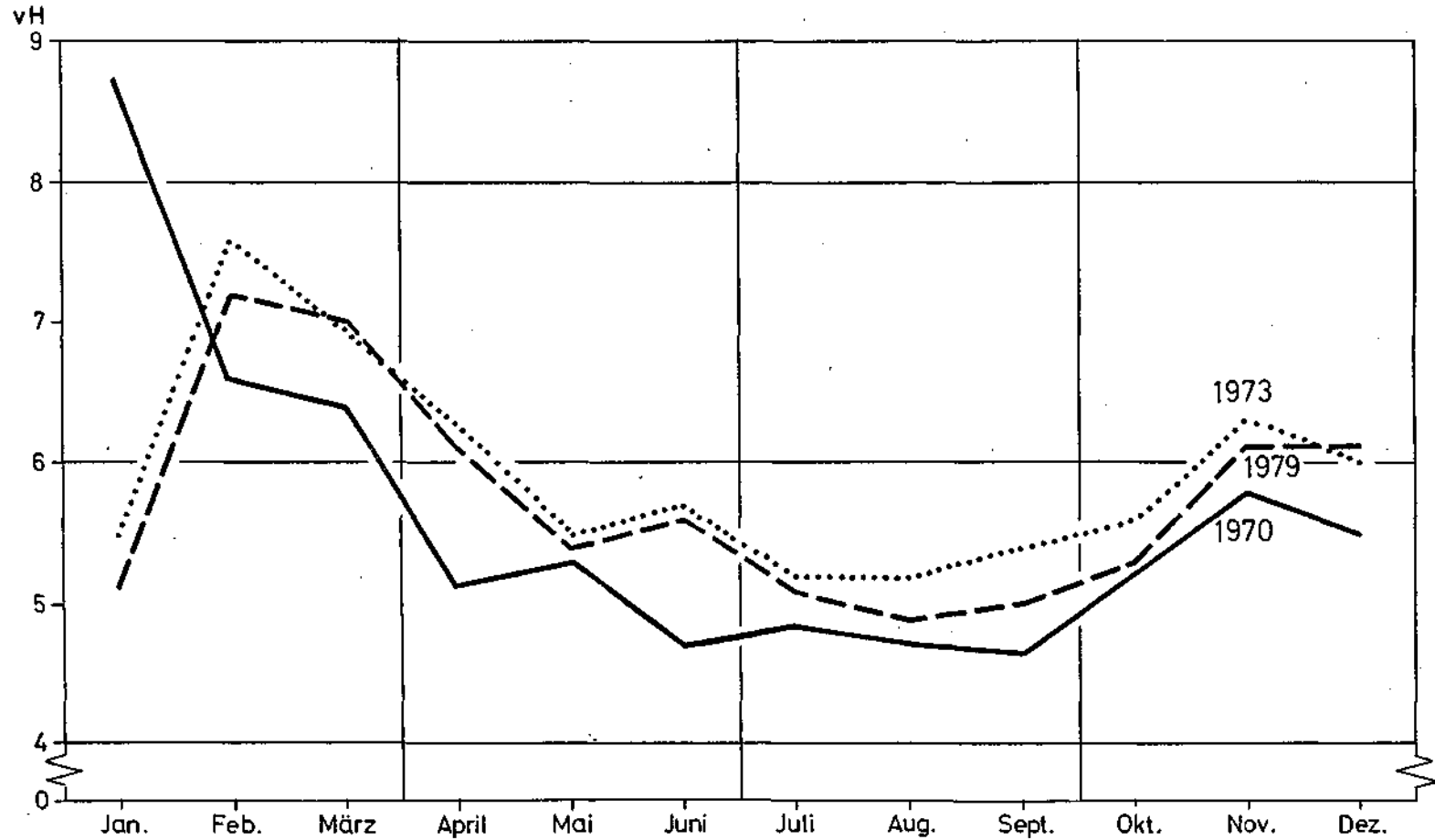
Zum 1.1.1970 ist die Lohnfortzahlung in der gegenwärtigen Form eingeführt worden. Die Unternehmen übernahmen Leistungen, die vorher von der Krankenversicherung gezahlt worden waren. Entsprechend gibt es Anfang der siebziger Jahre einen Sprung in der Entwicklung der Geldleistungen der Krankenversicherung. 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 vH 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 vH im Vergleich zu 6,8 vH 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.

1) Vgl. auch Albers, Willi, Soziale Sicherung, Stuttgart 1982, S. 136.

2) Vgl. Sonnenberg, a.a.O., S. 289.

Schaubild 3:

Der Krankenstand¹ der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung im Verlauf der Jahre 1970, 1973 und 1979



¹Am 1. Tag eines Monats in vH.

Tabelle 2: 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, April 1983, S. 20-23 und S. 104.

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 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 arbeitsrechtliche Lösung) vermeiden. Eine solche Versicherung gegen das Lohnfortzahlungsrisiko existiert für Unternehmen mit weniger als 20 Beschäftigten. Sie finanzieren die Entgeltfortzahlungen durch eine Umlage mit Hilfe eines Fonds bei der Krankenversicherung. Allerdings werden nur 80 vH der fortgezahlten Löhne 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 100-prozentigen 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 Einkommensausfalls 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 niedrigerer Versicherungsbeiträge geringer schätzten als die Kosten einer auch nur etwas erhöhten Selbstbeteiligung" 1).

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 2).

"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" 3). 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

1) Vaubel, a.a.O., S. 13.

2) 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.

3) Vaubel, a.a.O.

ersten sechs Wochen der Krankheit auf zum Beispiel 90 vH des Lohns oder Gehalts zu begrenzen - bei gleichzeitig andauernder Steuer- und Sozialabgabenbelastung der "fortgezahlten" Löhne und Gehälter 1).

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.

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

-
- 1) 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.