

Hauß, Friedrich; Oppen, Maria

Working Paper — Digitized Version

Warum gibt es eine Krankenstandsdiskussion? / Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand

WZB Discussion Paper, No. IIVG pre 83-214

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Hauß, Friedrich; Oppen, Maria (1983) : Warum gibt es eine Krankenstandsdiskussion? / Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand, WZB Discussion Paper, No. IIVG pre 83-214, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/82998>

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.

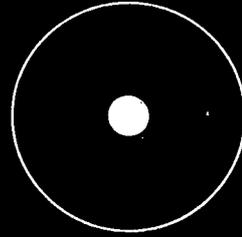
Terms of use:

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.

Wissenschaftszentrum



Berlin

IIVG/pre83-214

Warum gibt es eine Kranken-
standsdiskussion?

Friedrich Hauß

Auswirkungen der Krise auf
den Krankenstand

Maria Oppen

Internationales
Institut
für
Vergleichende
Gesellschafts-
forschung

International
Institute
for
Comparative
Social
Research

IIVG preprints

Handwritten signature or mark at the bottom left.

Abstract

Die beiden Aufsätze von Hauß und Oppen wurden als Referate auf der Fachkonferenz "Arbeitsmedizin und Arbeitsmarkt" am 1.10.1983 präsentiert. Ihr inhaltlicher Zusammenhang ergibt sich aus der Tatsache, daß die Krankenstandsdiskussion in der Bundesrepublik vor allem unter dem Aspekt des Mißbrauchs sozialer Rechte geführt wird. Auf diesen Punkt geht Hauß in seinem Referat ein. Es werden die Grundelemente der Krankenstandsdiskussion erläutert und zur derzeitigen Sozialpolitik in Beziehung gesetzt. In der öffentlichen Diskussion findet eine Entkoppelung von Krankheit und Krankenstand statt. Arbeitsbedingte Ursachen des Krankenstandes bleiben damit unberücksichtigt. Zum anderen findet in der Diskussion eine Umdefinition des Problems statt. Der Krankenstand erscheint, unabhängig von seiner Höhe, nicht mehr als Gesundheitsproblem, sondern als betriebswirtschaftliches Problem. Da ihm aber nur mit gesundheitspolitischen Maßnahmen zu begegnen ist, hilft die betriebswirtschaftliche Sichtweise nicht zur Lösung des Problems. Hauß argumentiert, daß diese Diskussionsweise des Themas in das derzeitige sozialpolitische Konzept paßt, welches Gefahr läuft, seinen eigentlichen Gegenstandsbereich, nämlich die Anhäufung sozialer Risikolagen für große Bevölkerungsteile aus den Augen zu verlieren und statt dessen finanzpolitische Überlegungen zu den Eckpfeilern des sozialpolitischen Handelns zu machen.

Die Hauptthese in Maria Oppens Aufsatz besagt, daß der innerhalb der letzten zwei Jahre erheblich gesunkene Krankenstand der Erwerbsbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nicht nur auf den Selektionsstrategien der Betriebe, sondern auch auf den Verhaltensänderungen der Beschäftigten selbst beruht. Immer häufiger sind kranke Arbeitnehmer vor die Alternative gestellt, eine ärztlich verordnete Arbeitsruhe zu akzeptieren und damit möglicherweise ihren Arbeitsplatz zu riskieren oder aber in krankem Zustand zur Arbeit zu gehen und dadurch Gefahr zu laufen, die Krankheit zu verschleppen. Auf lange Sicht kann dies jedoch auch zum Verlust des Arbeitsplatzes führen. Anhand von teilgruppenspezifischen Arbeitsunfähigkeitsdaten zeigt M. Oppen, daß nur die kurzdauernden Krankheitsfälle zurückgegangen sind. Die Fälle mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen haben dagegen zugenommen, was auf ein Aufschiebeverhalten der Beschäftigten schließen lasse, mit der Folge langwierigerer und kostspieligerer Heilungsprozesse. Auch die Verlagerung von Krankheitsepisoden und stationären Behandlungen auf Phasen der Arbeitslosigkeit weist in diese Richtung. Damit verschlechtern sich jedoch die Wiedereingliederungschancen in das Beschäftigungssystem.

Warum gibt es eine Krankenstandsdiskussion?

"In der Krise sinkt der Krankenstand", diese weit verbreitete Annahme bestätigt sich in der Entwicklung des Krankenstandes seit etwa zwei Jahren. Der Krankenstand ist von 1980 = 5,6 % auf 1983 = 4,6 % um 18 % gesunken. Nie zuvor jedoch hat man den Zusammenhang zwischen Krise und Krankenstand empirisch bestätigen können: Nur um Prozentbruchteile sank der Krankenstand 1967 um bereits im Krisenjahr 1968 wieder sein altes Niveau zu erreichen. Erst seit 1981 ist zum ersten Mal in der Geschichte der BRD ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Anzahl der Arbeitslosen, also dem Beschäftigungsrisiko für den Einzelnen, und dem Krankenstand zu verzeichnen.

Beschleunigt wird diese Entwicklung durch Regierungsmaßnahmen, die darauf hinauslaufen, den Krankenstand noch weiter zu senken, wie z.B. die verstärkte Einschaltung des Vertrauensärztlichen Dienstes mit Wirkung vom 1.1.83. Eine andere Maßnahme ist in der Eigenbeteiligung von 5,- DM pro Krankenhaustag (während der ersten 14 Tage) zu sehen. Krankenstands senkend soll auch die ab 1.1.84 geplante Besteuerung des Krankengeldes wirken. Diese Maßnahmen könnten die Bedrohung der ökonomischen Existenz, die mit einem individuellen hohen Krankenstand verknüpft sein kann, noch mehr erhöhen, die Diskriminierung der Arbeitsunfähigen und Arbeitsunfähigkeit intensivieren und gleichzeitig noch einen finanzpolitischen Mitnahmeeffekt erzielen.

Der jetzt niedrige Krankenstand könnte den Schluß zulassen, die Beschäftigten seien gesünder geworden. Tatsächlich trifft dies für die im Betrieb beschäftigten Teile der Bevölkerung insofern zu, als durch gesundheitsbedingte Selektionsprozesse nur die Gesunden in den Betrieben übrig geblieben sind (K. Preiser, W. Schröder; Folge struktureller Veränderungen in der Erwerbsbevölkerung, Berlin 1983).

Diese müssen jedoch weniger häufig als andere von ihrem Recht auf Krankschreibung Gebrauch machen. Wer trotzdem krank ist, hat oft gute Gründe auf dieses Recht zu verzichten (s. Aufsatz von M. Oppen).

Zunächst soll auf einige Elemente der Krankenstandsdiskussion eingegangen werden.

Die Hauptelemente und -argumente dieser Diskussion betreffen die folgenden Bereiche und Zusammenhänge:

- Es findet eine Entkopplung von Krankheit und Krankenstand statt.
- Es findet eine Umdefinition eines gesundheitspolitischen Problems in ein ökonomisches Problem statt.
- Es findet eine Mobilisierung zur aktiven Diskriminierung der nur eingeschränkt Erwerbsfähigen statt.

Zu diesen Punkten im einzelnen:

Die wissenschaftliche Aufbereitung des Zusammenhanges zwischen belastenden Faktoren in der Lebens- und Arbeitswelt sowie Krankheit und Arbeitsunfähigkeit ist ausgesprochen selten. Erst in neuerer Zeit liegen Untersuchungen vor, die sich hauptsächlich auf die Routinedaten der Krankenkassen stützen und zu relativ übereinstimmenden Ergebnissen kommen. (Vgl. Georg, Stuppardt, Zoike 1982 und R. Müller 1981)

Den meisten der älteren Untersuchungen liegt die These zugrunde, bei der Inanspruchnahme der Rechte auf Arbeitsunfähigkeit handle es sich weitgehend um den Mißbrauch sozialer Rechte, nicht aber um deren Gebrauch zur Wiederherstellung von Gesundheit und Wohlbefinden. Bisher konnte diese Mißbrauchsthese von allen wissenschaftlich haltbaren Untersuchungen widerlegt werden (vgl. dazu WSI Extra 1983 sowie Hauß, Müller, Oppen, Thiele, Scharf, Westhoff 1983)

Trotzdem verblüfft die Zeitstabilität, mit der das Argument des Mißbrauchs sozialer Leistungen gehandhabt wird. 1929 beispielsweise klagte der Vorsitzende der Deutschen Arbeit-

geberverbände (VDA) von Borsig, die Sozialpolitik und das soziale Netz als "ernste Gefahr für die Arbeitsmoral der Bevölkerung an. "Skrupellose, Dreiste und Arbeitsscheue" könnten sich "auf Kosten der Gewissenhaften und Arbeitssamen" bereichern. Der Bundesverband Deutscher Arbeitgeberverbände (BDA) klagt 1982 in der Denschrift "Soziale Sicherung in der Zukunft": "Hier (bei der Krankschreibung) gehen oft offensichtlich Fehlanreize von der 100%'igen Lohngarantie bei Nichtleistung von Arbeit aus. Die Gleichbewertung von Arbeit und arbeitsfreier Lebensführung bei Arbeitsunfähigkeit muß Mitnahmeeffekte und Anspruchsdenken bei den Arbeitnehmern auslösen" (alle Zitate WSI Extra, 1983).

Zudem werden die Argumente unabhängig von der Höhe des Krankenstandes angeführt. Als der Krankenstand besonders hoch schien, wurde dieser Fakt als Beweis für den Mißbrauch sozialer Rechte gewertet, als der Krankenstand seinen bisherigen Tiefstand nach dem Kriege erreicht hat, wurde eben dies als Beweis für den Mißbrauch in Zeiten hohen Krankenstandes angeführt und der Abbau kompensierender Sozialgesetzlichkeit verlangt. Teilweise nicht erfolglos.

Entsprechend der Mißbrauchsthese wird der Krankenstand als individuelles Problem gesehen. Indem die individuelle Höhe des Krankenstandes auf verhaltensbezogene Fakten reduziert wird, scheint damit nicht nur die Varianz individueller Krankenstände erklärt, sondern wird auch die grundsätzlich individuelle Verantwortung für die Gründe des Krankenstandes untermauert. Diese Argumentation wird nicht nur den Beschäftigten, sondern auch den niedergelassenen Ärzten entgegengehalten (CDU-Sozialausschüsse zit. nach Kölner Stadt-Anzeiger vom 9./10.10.82). Die niedergelassenen Ärzte neigten dazu, aus Gründen der Konkurrenz "Gefälligkeitsatteste" auszustellen. Ein Ergebnis der Individualisierungsdiskussion war die erneute, seit 1.1.1983 gültige, verstärkte Einbeziehung des VÄD in den Krankschreibungsprozeß. Der VÄD sollte gleichermaßen Ärzte und Krankgeschriebene kontrollieren. Von einer Bußgeldverordnung gegen Ärzte, die zu oft "Ge-

fälligkeitsatteste" ausstellten, wurde abgesehen, da sich die Verbände der niedergelassenen Ärzte mit Erfolg dagegen zur Wehr gesetzt haben. Neben diesen unmittelbar spürbaren Auswirkungen führt die Individualisierung der Begründungszusammenhänge weiterhin zur Legitimation des Nichthandelns auf dem Gebiet der gesundheitsbezogenen Sanierung und Humanisierung von Arbeitsplätzen, denn erst der empirische Beweis des Zusammenhanges von Arbeitsbelastungen und Krankheit - so wird argumentiert - begründet eine (wenigstens moralische) Pflicht zur gesundheitsgerechten Ausgestaltung von Arbeitsplätzen.

Ein weiteres Element der Krankenstandsdiskussion besteht in der Umdefinition eines Gesundheitsproblems in ein ökonomisches Problem. Unter dieser Sichtweise erscheint der Krankenstand als lediglich kostenverursachender Faktor, der seit Einführung der Lohnfortzahlung durch die Betriebe hauptsächlich den Einzelbetrieb träge. Die insgesamt durch Lohnfortzahlung aufzubringenden Kosten werden auf 20 bis 80 Mrd. DM jährlich geschätzt, wobei die Schätzungen selbst von ihren Autoren als nicht sehr seriös bezeichnet werden (A. Richter in: Stuttgarter Zeitung vom 25.9.82). Andere Berechnungen geben an, daß die Lohnfortzahlung ca. 5,7 % der gesamten Personalzusatzkosten ausmacht. Berücksichtigt man jedoch, daß die dem Mißbrauchsargument am häufigsten ausgesetzte Arbeitsunfähigkeit von unter sieben AU-Tagen nur 6,9 % des gesamten AU-Volumens ausmacht, relativiert sich auch das finanzielle Argument drastisch. Dies freilich hindert die FAZ vom 18.12.82 nicht, von der "alltäglich Kleinkriminalität gegen Mitversicherte und gegen die Betriebe" zu sprechen. Die Umdefinition des Gesundheitsproblems und die Individualisierung der Arbeitsunfähigkeitsgründe führen zusammen zu einer Verantwortungsverlagerung und zum Einbeziehen großer Teile von sozialversicherten Beschäftigten in die betriebswirtschaftliche Logik der Unternehmerseite. Diese Verantwortungsverlagerung besteht im wesentlichen darin, daß nicht die an sich für krankmachende Arbeitsbelastungen zuständigen Unternehmen und Betriebe verantwort-

lich für den Gesundheitsverschleiß und die daraus folgenden Krankenstände der Beschäftigten dargestellt werden. Vielmehr wird behauptet, der einzelne Beschäftigte habe sich nicht nur "gesund" zu verhalten, sondern bei sogenannten Bagatellerkrankungen auch nicht von seinem Recht auf Krankenschreibung Gebrauch zu machen. Damit könne er dem Betrieb Kosten sparen helfen. Befindet sich der Betrieb oder das Unternehmen im Grenzbereich, wird oft versucht, die Verantwortung dafür auf die "verantwortungslosen Mitarbeiter" zu schieben. Teilweise nimmt dies Ausmaße einer Kampagne an, mit der Teile der Beschäftigten gegeneinander mobilisiert werden.

Die Umdefinitorik des Arbeitsunfähigkeitsproblems in ökonomische Kategorien ist dabei Teil eines Prozesses, in dem auch andere Probleme der Gesundheitspolitik unter betriebs- bzw. finanzwirtschaftlichen Rentabilitätsgesichtspunkten gesehen werden. Sozial- und Gesundheitspolitik drohen, unter diesen Voraussetzungen zu Instrumenten staatlicher Finanz- und Wirtschaftspolitik zu werden, bzw. sie werden durch diesen Umdefinitorikprozeß erst objektiv instrumentalisierbar für die staatliche Finanz- und Wirtschaftspolitik. So wie finanz- und wirtschaftspolitische Begründungen die Sozial- und Gesundheitspolitik instrumentalisierbar für gesamtgesellschaftliche Prozesse macht, so soll die in der gesundheitspolitischen Diskussion eingebrachte Krankenstandsdiskussion dies für einzelwirtschaftliche Prozesse leisten.

Die bisher genannten Elemente der Krankenstandsdiskussion sind Entsolidarisierungskampagnen gegen leistungsgeminderte oder nicht in die betriebswirtschaftliche Zielsetzung der Unternehmen integrierbare Beschäftigte bzw. Versicherte. "Wer krankfeiert, ohne krank zu sein, handelt unsolidarisch. Wer einen anderen krankschreibt, obwohl dieser nicht krank ist, der beteiligt sich an der Ausbeutung des Versicherungssystems." (H. Kohl in seiner Regierungserklärung vom Oktober 1982).

Dabei wird zweifach unsolidarisches Handeln unterstellt:

- Gegen die Solidargemeinschaft der Versicherten, die jedoch gerade auf dem Grundsatz beruht, daß gesellschaftlich entstandene Risiken und gesellschaftlich kumulierte Belastungssituationen auch gesellschaftlich ausgeglichen werden,
- sowie gegen die "Produktionsgemeinschaft" des Betriebes, die zunächst als widerspruchloses Gebilde entworfen wird, in dem das partikulare betriebswirtschaftliche Interesse des Eigners als Gemeininteresse von Eigner und den Beschäftigten erscheint.

So werden die gängigen Parameter der Solidarität umgedreht und in ihr Gegenteil verkehrt. Es gilt nicht, solidarisch mit den Leistungsgeminderten zu handeln, sondern gemeinsam gegen sie im Interesse der Wirtschaftlichkeit. Auch diese Umkehrung der Solidarisierung kann als Element einer aktiven Mobilisierung von Teilen der Beschäftigten für die betriebswirtschaftlichen und gegen die Gesundheitsinteressen betrachtet werden.

Die Art der Krankenstandsdiskussion und ihre Wirkung wäre nicht denkbar, wenn nicht die gesamtökonomischen Verhältnisse und die derzeitige Beschäftigungslage dazu führen würden, daß das entscheidende Grundelement sozialer Sicherheit, nämlich die Sicherheit des Arbeitsplatzes zum Hauptinteresse der meisten Beschäftigten werden muß. So scheint die Instrumentalisierung der Sozialpolitik insgesamt für wirtschaftspolitische Zielsetzungen auch nur deshalb so legitimiert, weil sie als flankierende Maßnahme der Arbeitsplatzsicherungspolitik ausgegeben wird. Tatsächlich lassen sich aber Belege dafür finden, daß die derzeitige Sozialpolitik auch dem Zweck dient, die insgesamt disziplinierende Funktion der Beschäftigungskrise auf die Beschäftigten flankierend zu unterstützen. Die disziplinierende Wirkung der Beschäftigungskrise besteht darin, daß bei abnehmendem Arbeitsplatzangebot die Stärke der Abhängigkeit des Einzelnen sowohl von seinem Arbeitsplatz als auch gesamtgesellschaftlich

gesehen von der Lohnarbeit insgesamt wächst. Bisherige Gesundheits- und Sozialpolitik hatte vorwiegend die Aufgabe, die gesellschaftlichen Risikolagen zu kompensieren und in ihrer Wirkung zu senken. Damit wird nicht nur der materielle Schaden sozialer Risiken auf gesellschaftlich erträglichem Maß gehalten, sondern es wird auch vermieden, daß die Marktposition und damit die politische Handlungsfähigkeit der abhängig Beschäftigten auf ein Niveau sinkt, das systemfunktionale, gesellschaftliche Austausch- und Konfliktprozesse verhindert und damit auf lange Sicht zu unkalkulierbaren politischen Folgeerscheinungen führen könnte.

Diesem Muster entspricht die derzeitige Sozial- und Gesundheitspolitik nicht: Angesichts steigender sozialer Risiken für die Mehrzahl der abhängig Beschäftigten hält sie zunehmend weniger Kompensation bereit. Sie unterstützt damit den disziplinierenden Effekt der Beschäftigungskrise und flankiert positiv den Prozeß, die abhängig Beschäftigten zunehmend weniger handlungsfähig werden zu lassen, bzw. sie hilft bisherige Formen der Austausch- und Konfliktprozesse zwischen Kapital und Arbeit durch andere weniger auf Konsens basierende Formen von Herrschaft zu ersetzen; teure und demokratische Aushandlungsprozesse sollen durch neue Formen direkter Interessendurchsetzung ersetzt werden. Insofern haben wir es offensichtlich nicht mit einem momentanen, vor allem ökonomisch bedingten Anpassungsprozeß der Sozialpolitik an ihre verengten finanziellen Spielräume zu tun, sondern mit der aktiven Gestaltung und Instrumentalisierung einer neuen Form von Sozialpolitik, deren eines Ziel nicht tendenzielle Freisetzung der abhängig Beschäftigten von gesellschaftlichen Risiken ist, sondern eher hilft, Risikolagen für bestimmte Bevölkerungsteile zu kumulieren.

Materiell werden z.B. betriebliche Ausleseprozesse, die oft in Erwerbslosigkeit für den Einzelnen enden, nicht mehr auf angemessenem gesellschaftlichen Niveau kompensiert, so daß sich die Kluft zwischen Erwerbssperson und Erwerbslosen sowohl materiell als auch bewußtseinsmäßig vergrößern muß. Ob dies

ein Prozeß ist, der die Umformierung der abhängig Beschäftigten für die Produktions- und gesellschaftlichen Anforderungen der neunziger Jahre bedeutet, kann hier nicht beantwortet werden. Das relativ geschlossene politische System der jetzigen Regierung läßt jedoch den vorsichtigen Schluß zu, daß die Kompatibilität ihrer Teilpolitiken für das Ziel, die abhängig Beschäftigten enger an das System der Lohnarbeit zu binden, kein Zufall ist.

- K. Preiser, W. Schröder; Der Rückgang des Krankenstandes in der ökonomischen Krise: Eine Folge struktureller Veränderungen in der Erwerbsbevölkerung, Berlin 1983
- A. Georg, R. Stuppardt, E. Zoike; Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen, Essen 1982
- R. Müller; Fehlzeiten und Diagnose der Arbeitsunfähigkeitsfälle von neun Berufen, Bremen 1982
- B. Scharf; WSI Informationsdienst: Krankenstand-"Krankfeiern" oder Krankheit durch Arbeit?, Düsseldorf 1983
- Hauß, Müller, Oppen, Thiele, Scharf, Westhoff; Krankenstand zwischen Unternehmenspolitik und Gesundheitsinteressen, Köln 1983 (i.E.)

Maria Oppen

Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand: Verändertes
Arbeitsunfähigkeitsverhalten der Beschäftigten

Der Krankenstand ist seit 1980 mit zunehmender Arbeitslosigkeit deutlich gesunken. Bereits in vorhergehenden Rezessionsphasen ließ sich ein solcher Rückgang - allerdings in weniger starkem Ausmaß - feststellen.

Von seiten der Arbeitgeber, der konservativen Sozialpolitiker sowie von eher sozial konservativen Wissenschaftlern werden für diesen Rückgang der Arbeitsunfähigkeit vor allem zwei Ursachen angeführt:

- der Rückgang der mißbräuchlichen Inanspruchnahme von Sozialleistungen, die Eindämmung des Krankfeierns aufgrund des erhöhten Arbeitsplatzrisikos für den einzelnen Arbeitnehmer und
- die Ausgliederung von besonders mißbrauchsgefährdeten, wenig leistungsorientierten Personengruppen oder, wie Küster sagt, Personengruppen, die "wegen ihrer mangelhaften moralischen Qualitäten und ihrer fehlenden sozialen Einordnung als industrieuntauglich" zu bezeichnen sind (Küster 1968).

Es ist davon auszugehen, daß tatsächlich beide Aspekte - sowohl die Ausgliederung bestimmter Beschäftigtengruppen als auch Verhaltensänderungen in bezug auf Arbeitsunfähigkeit - zu einer Verringerung des Krankenstandes in der Krise führen, jedoch aus einem anderen Begründungszusammenhang heraus als demjenigen der "Moral-Hazard"-Theorie, die von der Überinanspruchnahme sozialer Leistungen ausgeht (Forster 1977).

Denn einerseits führt die betriebliche Personalselektion nach gesundheitlichen Kriterien dazu, daß gesundheitsbeeinträchtigte und leistungsgeminderte Arbeitnehmer in der Krise weitgehend aus dem Arbeitsprozeß ausgegliedert werden. Untersuchungen über betriebsärztliche Einstellungsuntersuchungen etwa kommen zu dem Ergebnis, daß ein erheblicher Anteil der

Bewerber aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder eingeschränkter Belastbarkeit nicht eingestellt wird. Eine Befragung von Betriebsräten ergab nach Rosenbrock (1982) einen Selektionseffekt von zwischen 20 % und 50 % aller Bewerber. Ebenso fallen in der Krise häufig Arbeitnehmer der betrieblichen Personalauswahl zum Opfer, von denen ein hohes Maß von betriebsloyalem Verhalten und die Mobilisierung aller Leistungsreserven nicht erwartet wird (Hohn/Windolf 1982); wenn etwa angenommen wird, daß sie im Falle von Krankheit diese nicht am Arbeitsplatz "auskurieren" sondern auf ärztliche Anweisung zuhause.

Auch die Analyse von Gründen für Entlassungen und Aufhebungsverträge kommt zu dem Ergebnis, daß Krankheit und Fehlzeiten zentrale Selektionskriterien darstellen (Zimmermann 1981). Ein wesentlicher Teil der Gesundheitsschäden und arbeitsbedingten Erkrankungen der Erwerbsbevölkerung und deren Folgekosten werden über diese Mechanismen in die Institutionen der Sozialversicherung verlagert. Überdurchschnittlich hohe Anteile von gesundheitlich Beeinträchtigten und Leistungsgeminderten unter den Arbeitslosen mit besonders schlechten Wiedereingliederungschancen (Büchtemann 1982) und der größere Anteil von Frühberentungen unter den hoch belasteten Arbeitnehmergruppen (Institut für empirische Soziologie 1977) belegen diese für die Sozialversicherungsträger teuren Konsequenzen betrieblicher Selektion.

Der Rückgang der AU-Werte unter den Beschäftigten in der Krise muß damit einerseits als statistisches Artefakt bezeichnet werden. Neben den Auswirkungen von Selektionsmechanismen muß andererseits ebenso berücksichtigt werden, daß gerade die Krisenbetroffenheit oder die Krisenwahrnehmung der noch Beschäftigten Auswirkungen auf das Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten auch von Arbeitsunfähigkeit hat. Die Angst vor Arbeitsplatzverlust und die als gering eingeschätzten Erfolgsaussichten kollektiver Abwehrstrategien führen verstärkt zu individuellem Bewältigungs- und Anpassungsverhalten, ein Versuch, die innerbetriebliche Stellung in der Konkurrenz um

Arbeitsplätze zu verbessern. Hierzu gehört nicht nur die Hin-
nahme verschlechterter Arbeitsbedingungen sondern ebenso Ver-
meidung von Fehlverhalten. Krankheit und Arbeitsunfähigkeit
sind aus dem Blickwinkel des Managements ein solches Fehl-
verhalten.

Auf diesen zweiten Aspekt der Einstellungs- und Verhaltens-
veränderungen in der Krise in bezug auf Arbeitsunfähigkeit
soll im folgenden näher eingegangen werden.

Hierbei geht es weniger darum, den quantitativen Anteil zu
bestimmen, den diese Verhaltensänderungen in der Krise im
Vergleich zu Selektionseffekten auf das Sinken des Kranken-
standes ausüben.

Vielmehr geht es darum, dieses veränderte Arbeitsunfähigkeits-
verhalten als Risikoverhalten, welches die Arbeits- und Le-
benschancen der Betroffenen tendenziell verschlechtert, ins
Blickfeld zu rücken. Zumal gerade solche Arbeitnehmergruppen
in besonderem Maße zu einem solchen Risikoverhalten gezwun-
gen sind, die nicht nur in bezug auf Arbeitsplatzsicherheit
sondern auch bezüglich Einkommen, Qualifikation und Gesundheits-
verschleiß als besonders benachteiligt gelten müssen. Denn
Verschleppung und Verschiebung von Gesundheitsbeeinträchti-
gungen können für die Betroffenen zu Chronifizierung von
Leiden und zu erhöhtem, langwierigem medizinischem Behand-
lungsaufwand führen, wodurch sich letztendlich die Gefahr
der Ausgliederung solcher Beschäftigten aus der Erwerbstätig-
keit verstärkt.

Der Selektionseffekt mit der Folge der Anhebung des durch-
schnittlichen Gesundheitszustandes der Beschäftigten ermög-
licht eine weitere Erhöhung von Anforderungen und Belastungen
im Betrieb - eine Beschleunigung des Belastungs-, Verschleiß-
und Selektionsprozesses ist die Folge.

Solche individuellen krisenbezogenen Strategien sind also
nicht nur für die Betroffenen auf längere Sicht dysfunktional.
Auch gewerkschaftliche Arbeitspolitik, die sich etwa auf
Arbeitsplatzsicherung und Belastungsabwehr bezieht, darf die
in der Krise zum Teil in den Hintergrund gedrängten Gesund-

heitsinteressen der Beschäftigten nicht vernachlässigen, soll die langfristig zu erwartende Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht selbst zum individuellen Arbeitsplatzrisiko werden.

Krankheitsverhalten als konstitutives Element für die Höhe des Krankenstandes

Es ist davon auszugehen, daß der Krankenstand der Erwerbstätigen im wesentlichen Ausdruck der belastenden und gesundheitsbeeinträchtigenden Arbeits- und Lebensbedingungen ist. Hinweis hierfür sind vor allem immense gruppenspezifische Unterschiede zwischen Arbeitnehmergruppen auf unterschiedlich hoch belasteten Arbeitsplätzen mit jeweils spezifischen Erkrankungsschwerpunkten (Kollmeier u.a. 1980).

Weiterhin ist jedoch davon auszugehen, daß der Krankenstand nicht das gesamte Ausmaß von gesundheitlichen Beeinträchtigungen innerhalb einer Bevölkerungsgruppe widerspiegelt. Denn in verschiedenen Untersuchungen hat man feststellen müssen, daß zum Teil erhebliche Prozentsätze der "Gesunden", nicht arbeitsunfähigen Erwerbsbevölkerung massive, umgehend behandlungsbedürftige Beeinträchtigungen aufwiesen (Barttlinnegck 1979). Eine wesentliche Ursache für diesen "verdeckten Krankenstand" unter den Beschäftigten liegt darin, daß die jeweilige Höhe des Krankenstandes über vorhandene Gesundheitsbeeinträchtigungen hinaus durch individuelles Verhalten und subjektive Einstellungen mit beeinflußt wird. Die Elemente, die dieses Verhalten bestimmen, können überwiegend als lebenslagenbedingt bezeichnet werden. Diese sich mit zunehmender Arbeitslosigkeit sowie im Zuge von Rationalisierung verändernden Lebenslagen als Bedingungen des Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsverhalten stehen daher im folgenden im Vordergrund.

Arbeitsunfähigkeit muß in der Regel von einem Arzt attestiert werden. Dies setzt jedoch voraus, daß ein Arbeitnehmer

- Befindlichkeitsstörungen oder Krankheitsanzeichen wahr-

nimmt und erkennt,

- sich zu einem Arztbesuch entschließt und
- die vom Arzt gegebenenfalls vorgeschlagene Krankschreibung akzeptiert.

Ob ein Krankheitsanzeichen als solches erkannt wird, ist sicherlich abhängig von der Stärke und Dauer der subjektiven Beeinträchtigung. Die unterschiedliche Wahrnehmung von Krankheitssymptomen ist jedoch vor allem Ausdruck von Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit, die sich je nach Lebenslage erheblich unterscheiden.

Als Ursache für ein weniger ausgeprägtes Gesundheitsbewußtsein und eine höhere Symptomtoleranz der unteren Sozialschichten sind zum einen die weniger zukunftsorientierten Gesundheitsansprüche anzusehen. Die insgesamt unsichere Lebensperspektive und die unterprivilegierte Position innerhalb der gesellschaftlichen Sozialstruktur führen zu einer eher auf die Gegenwart eingeschränkten Zeitperspektive, in der die längerfristige Gesundheitssicherung hinter Notwendigkeiten der unmittelbaren Bedürfnisbefriedigung zurückstehen muß.

Zum anderen sind lebenslagenspezifische Einstellungen benachteiligter Gruppen zu arbeitsbedingtem Verschleiß zu beobachten. Bestimmte berufsspezifische Krankheitssymptome werden als "normale" Folgen der Arbeitstätigkeit und nicht als Krankheitsanzeichen interpretiert (Geissler/Thoma 1975).

In diese Richtung weist auch eine ältere Untersuchung aus den USA. Ergebnis hierbei war, daß Angehörige der Unterschicht zu einem sehr viel geringeren Anteil bei einer Reihe von zum Teil bedeutsamen oder auch chronischen Befindlichkeitsstörungen wie etwa hartnäckige Glieder- und Muskelschmerzen, chronische Müdigkeit, fortgesetztes Husten u.ä., einen Arztbesuch für notwendig halten, als dies in höheren Sozialschichten der Fall ist (Koos 1967).

Der Entscheidung, beim Auftreten eines als bedrohlich empfundenen Krankheitssymptoms ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen, stehen Barrieren entgegen, die wiederum nicht gleichmäßig auf

alle Bevölkerungsgruppen verteilt sind.

Neben den größeren Vorbehalten der Unterschichten gegenüber den Erfolgen ärztlichen Handelns, den Verständigungsschwierigkeiten und ungünstigeren Zugangsbedingungen zur medizinischen Versorgung, sind vor allem die möglicherweise negativen Auswirkungen eines Arztbesuches während der Arbeitszeit zu nennen. Sie behindern häufig den rechtzeitigen oder vorsorglichen Arztkontakt. Denn gerade bei gewerblichen Arbeitnehmern werden Arztbesuche häufig von der Arbeitszeit abgezogen, und/oder als krankheitsbedingte Fehlzeiten registriert. Hierdurch erklären sich Ergebnisse, nach denen Angehörige der unteren Schichten trotz in der Regel schlechteren Gesundheitszustandes gleich häufig oder sogar seltener einen Arzt aufsuchen gegenüber Mitgliedern der oberen Schichten (Schmädel 1975; Thiele 1981).

Plädiert der Arzt aufgrund von Symptomen und Befund unter Berücksichtigung der konkreten Arbeitsanforderungen des Patienten auf Arbeitsunfähigkeit, so kann der Patient den Arzt bitten, von einer Krankschreibung abzusehen. Dies ist vor allem dann anzunehmen, wenn aufgrund von Arbeitsunfähigkeit negative Konsequenzen am Arbeitsplatz, wie etwa Sanktionen von seiten der Arbeitskollegen, Wegfall von Anwesenheitsprämien und anderen Einkommensbestandteilen krankheitsbedingte Versetzung oder Kündigung befürchtet werden müssen. Eine Umfrage im Jahre 1979 zeigte bereits, wieweit diese Einschätzung verbreitet war: Ein Drittel aller Befragten befürchteten Nachteile am Arbeitsplatz bei einer Krankschreibung.

Gerade die Arbeitnehmergruppen, deren Gesundheit besonders gefährdet ist, antizipierten in größerem Maße Benachteiligungen im Krankheitsfall, wie etwa Arbeiter gegenüber Angestellten und Schichtarbeiter gegenüber Nicht-Schichtarbeitern (IG-Metall 1979).

Diese drei Aspekte zusammengenommen verdeutlichen einerseits, daß Einstellungen und Verhaltensweisen in bezug auf Gesundheit und Krankheit, die nach Lebenslage variieren, die Höhe des Krankenstandes beeinflussen können, und zwar vor allem

in Richtung auf Unterinanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen und die Vermeidung eines ärztlichen Arbeitsverbotes. Hierbei ist davon auszugehen, daß gerade hochbelastete, hinsichtlich der Arbeitsplatzsicherheit besonders benachteiligte Arbeitnehmergruppen ein eher defizitäres Krankheitsverhalten zeigen bzw. zeigen müssen; der Anteil von Gesundheitsschäden, die sich nicht in statistisch erfaßter Arbeitsunfähigkeit widerspiegeln (verdeckter Krankenstand), dürfte hier besonders hoch sein.

Einfluß der Krise auf Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsverhalten

Es ist davon auszugehen, daß sich in den letzten Jahren mit zunehmender Arbeitslosigkeit die Bedingungen für die Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeit verschlechtert haben und dies auch in der Weise von den Betroffenen wahrgenommen wird. Drei Komplexe sind hier vor allem zu nennen: steigende Arbeitsplatzunsicherheit, die zumindest in Teilbereichen zu beobachtende Zunahme von Belastungen des Arbeitslebens und sich verschärfende Disziplinierungs- und Kontrollstrategien der Arbeitgeber.

Die Unsicherheit der Beschäftigungsverhältnisse hat sich insofern erhöht, als die Verbreitung direkter und indirekter Betroffenheit von Arbeitslosigkeit zugenommen hat. Noch grundlegender dürfte die Erfahrung der Vernichtung von Arbeitsplätzen als Folge von Rationalisierungsprozessen sein.

Nach einer Untersuchung von Zoll u.a. (1981) zum Arbeiterbewußtsein in der Wirtschaftskrise wird deutlich, daß die Beschäftigten nicht nur Massenentlassungen sondern ebenso andere, "weichere" Formen wie etwa Frühverrentung, Entlassungen nach Sozialplan, Einstellungsstop u.ä. als Maßnahme zur Belegschaftsreduzierung sinnlich erfahren haben und in der zukünftigen Entwicklung als Bedrohung ihres Arbeitsplatzes ansehen. 85 % der Befragten aus dem krisenbetroffenen Untersuchungsgebiet äußerten entweder eine diffuse Angst um die Sicherheit

ihres Arbeitsplatzes oder die begründete Furcht, ihn zu verlieren (ebd., S. 47).

Auch andere Krisenerscheinungen wie Kurzarbeit, Arbeitsmangel, innerbetriebliche Umstrukturierungen mit Arbeitsplatzwechsel und/oder Abgruppierung beunruhigen die Beschäftigten, da diese jeweils eine massive Bedrohung des Arbeitsplatzes, zumindest aber des Einkommens und der Qualifikation darstellen. Diese Unsicherheit der Beschäftigungsverhältnisse dürfte einen erheblichen Einfluß auf das Krankheits- und Arbeitsunfähigkeitsverhalten ausüben. Denn Krankheit und Fehlzeiten vergrößern die Gefahr für den einzelnen, entlassen oder auf ungünstigere Arbeitsplätze umgesetzt und abgruppiert zu werden.

Weiterhin gibt es kaum Hinweise für eine Reduktion von arbeitsbedingten Belastungen, vielmehr läßt sich in Teilbereichen eher eine Zunahme vermuten. Zum einem wird mangelnde Arbeitsplatzsicherheit selbst immer wieder von Betroffenen als Belastungsfaktor angeführt (Wacker 1981). Aber auch eine Zunahme anderer Belastungsarten wird in der schon zitierten Untersuchung von Zoll in den besonders krisenbetroffenen Unternehmen festgestellt: Intensivierung der Arbeit und Anstieg der Arbeitshetze stehen an erster Stelle und werden von 50 % der Beschäftigten konstatiert. Die Beschleunigung von Rationalisierungsprozessen in der Krise sowie betriebliche "Krisenmaßnahmen" zur Senkung der Lohnkosten - Reduzierung der Beschäftigtenzahlen bei gleichbleibendem Arbeitspensum, Veränderungen des Lohn-/Leistungsverhältnisses sowie Verstärkung der Kontrolle der Arbeitsleistung - werden als Ursachen hierfür genannt.

Angesichts solcher Veränderungen der Arbeitsbedingungen sind die von den Betroffenen konstatierte Verschlechterung des Betriebsklimas und die Verschärfung der Konkurrenz der Beschäftigten untereinander um die Arbeitsplätze (Zoll 1981) als weitere belastende Momente in Betracht zu ziehen.

Hinsichtlich des Gesundheitsbewußtseins und -verhaltens läßt diese Entwicklung erwarten, daß auf dem Hintergrund eines durchschnittlich eher erhöhten Belastungsniveaus sich mög-

licherweise auch die Symptomtoleranz der Beschäftigten erhöht; d. h. arbeitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen und -verschleiß müssen in größerem Maße als normale Folgen der Arbeitstätigkeit akzeptiert werden, zumal die Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeit auf dem Hintergrund betrieblicher Personaleinsparung zunehmend auf Kosten der Kollegen erfolgen würde.

In diesem Zusammenhang der krisenbedingten Unternehmensstrategien zur Disziplinierung und Kontrolle der Beschäftigten sowie zur Senkung der Lohnkosten sind auch die Bemühungen der Unternehmen zu sehen, einen Abbau von Sozialleistungen für kranke Arbeitnehmer durchzusetzen, wie Kürzung der Lohnfortzahlung, Einführung von Karenztagen, verstärkte Kontrolle durch den vertrauensärztlichen Dienst u.ä. (Dienst für Gesellschaftspolitik 1982). Trotz des erheblich gesunkenen Krankenstandes werden gerade in der Krise eine Reihe von betrieblichen Maßnahmen ergriffen, die sich gegen kranke Arbeitnehmer richten, angefangen von öffentlicher Diskriminierung der Betroffenen bis hin zur Androhung von Krankheitskündigungen (IG-Metall o.J.).

Auf dem Hintergrund hoher Arbeitsplatzunsicherheit verstärken solche Politiken die Angst der Arbeitnehmer um ihren Arbeitsplatz und zwingen sie, im Falle von Krankheit dennoch ihre "Arbeitsfähigkeit" unter Beweis zu stellen.

Es ist also davon auszugehen, daß die drängende Sorge um den Arbeitsplatz und damit um die Existenzsicherung die Gesundheitsinteressen des einzelnen weit zurückdrängt. Die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen etwa während der Arbeitszeit und/oder gar eine Krankschreibung muß von daher so weit irgend möglich hinausgeschoben werden. Die rechtlich verbrieft Funktion der Krankschreibung, durch vorübergehende Befreiung von der Erwerbstätigkeit zur Erhaltung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit beizutragen, wird somit zurückgedrängt.

Identifizierung des verhaltensbedingten Rückgangs der Arbeitsunfähigkeit anhand von Massendaten

Inwieweit sich eine solche unterstellte Verschleppung und Verlagerung von Gesundheitsproblemen in der Krise auch auf breiterer Basis der Krankenkassendaten widerspiegelt, kann nur anhand einiger weniger Ergebnisse unserer eigenen Untersuchung in den zwei Städten Hamburg und München angerissen werden (Bürkardt u.a., i.E.). Es handelt sich um eine Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten mit Lohnfortzahlung der beiden Ortskrankenkassen dieser Städte für das Jahr 1981 im Vergleich zu 1978.

Insgesamt zeigt sich ein Rückgang des Krankenstandes in München um 10 % und in Hamburg um 7 %. Dieser ist überwiegend auf die bis zu drei Wochen dauernden Fälle zurückzuführen. Die länger als sechs Wochen dauernden Arbeitsunfähigkeitsfälle haben dagegen absolut zugenommen und zwar nicht nur bei den älteren sondern ebenso bei den jüngeren Arbeitnehmern.

Betriebliche Selektionsprozesse reichen als Begründung für dieses auch durch andere Untersuchungen (Schröder 1982) belegte Ergebnis nicht, denn die Ausgliederung gesundheitsbeeinträchtigter Arbeitnehmer bezieht sich nicht nur auf kurzzeitig Arbeitsunfähige sondern macht ebensowenig halt vor den schwerwiegend und längerfristig Erkrankten. In der Folge solcher betrieblichen Strategien müßte also ebenso die Langzeit-AU in der Krise rückläufig sein. Näher liegt hier die Vermutung, daß die notwendige Behandlung und Arbeitsruhe bei einem gewissen Teil der Krankheitsfälle solange hinausgezögert und verschleppt wird, bis die Durchführung der Arbeitstätigkeit nicht mehr möglich, der Heilungsprozeß aber gleichzeitig langwieriger geworden ist.

Dieser Zwang zur Unterinanspruchnahme betrifft nicht alle Personengruppen gleichermaßen. Krankschreibungen werden in der Krise vor allem von den Personengruppen weniger in Anspruch genommen, deren Status- und Arbeitsplatzsicherheit besonders stark bedroht ist, etwa aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu Rand-

belegschaften, aufgrund geringen Kündigungsschutzes u.ä.. Hinweise für einen solchen Zusammenhang lassen sich erstens daraus ableiten, daß der Krankenstand der Frauen stärker zurückgegangen ist als derjenige der Männer. Zweitens ist der Rückgang des Krankenstandes in der Krise vor allem bei den jüngeren Arbeitnehmern zu beobachten. Mit zunehmendem Alter schwächt sich dieser Rückgang ab, um in der Altersgruppe der 54- bis 59-jährigen sogar zuzunehmen (plus 5 % in München, plus 12 % in Hamburg). Erst in der Altersgruppe der über 59-jährigen wirken sich offensichtlich Selektionseffekte etwa durch vorgezogenes Altersruhegeld in Richtung eines wiederum gesunkenen Krankenstandes deutlich aus.

Auch die Verschiebungen im Krankheitsspektrum verweisen darauf, daß in Phasen drohender Arbeitslosigkeit vor allem bei solchen Erkrankungen eine Krankschreibung nicht in Anspruch genommen wird, die subjektiv als weniger gefährlich angesehen werden und/oder die Chance besteht, diese am Arbeitsplatz "auszukurieren". Einheitlich "krisenbedingt" nehmen nur Atmungs- und Verdauungsorganerkrankungen ab. Ein unterdurchschnittlicher Rückgang bzw. zum Teil sogar ein absoluter Anstieg von AU-Tagen läßt sich dagegen in beiden Regionen infolge von seelischen Störungen, Kreislaufkrankungen, Krankheiten des Skeletts und Unfällen konstatieren, überwiegend bedingt durch eine durchschnittlich erhöhte Falldauer bei gleichzeitigem Rückgang der Fallzahlen.

Auf Basis unserer Ergebnisse gibt es weiterhin einige, wenn auch schwache Hinweise dafür, daß eine möglicherweise durchaus einkalkulierte Verschiebung von aus gesundheitlichen Gründen erforderlichen Arbeitspausen und medizinischen Behandlungen erfolgt. Phasen der Erwerbslosigkeit sowie solche Beschäftigungsphasen, in denen Arbeitsplatzsicherung nicht mehr Ziel sein kann, weil das Beschäftigungsende absehbar ist, werden für Heilung und Regeneration genutzt. So liegt etwa der Krankenstand der Arbeitslosen sowie der Arbeitnehmer, die innerhalb eines Jahres sowohl beschäftigt als auch arbeitslos waren, allein infolge der länger als sechs Wochen

dauernden AU-Fälle erheblich höher als bei den durchgängig Beschäftigten und zwar nicht nur in den höheren Altersgruppen, wo dies sicherlich überwiegend als Folge verstärkter Ausgliederung aus Gesundheitsgründen zu interpretieren ist, sondern ebenso bei den jüngsten Altersgruppen.

Auch die Zahl der mit Krankenhausaufenthalt verbundenen Arbeitsunfähigkeitsfälle ist in Phasen der Arbeitslosigkeit doppelt so hoch wie in Zeiten der Beschäftigung. Während z.B. die unter 30-jährigen arbeitslosen Männer in München rund 22 solcher Fälle pro 100 Versicherte im Jahr verursachten, sind dies bei den Beschäftigten nur 10 Fälle.

Geht man davon aus, daß nach einer Untersuchung in Nordrhein-Westfalen (Ehlers 1976) bei rund 50 % aller Krankenhaussfälle kein medizinischer Terminzwang bestanden hat, so belegt dies die Verschiebbarkeit langwieriger Behandlungen etwa auf Phasen der Erwerbslosigkeit.

Zusammenfassend läßt sich festhalten, daß es einige empirische Hinweise dafür gibt, daß nicht nur aufgrund erhöhter Selektion eine Senkung des Krankenstandes in der Krise zu beobachten ist. Ebenso ist von einer erheblichen Unterinanspruchnahme der Arbeitsunfähigkeit durch die Beschäftigten auszugehen.

Die eher steigenden Belastungen durch Arbeit und drohende Arbeitslosigkeit führen nicht etwa zu einem höheren Krankenstand, sie werden überkompensiert durch die individuellen Anpassungsstrategien, die auf eine Sicherung des Arbeitsplatzes ausgerichtet sind auf Kosten der Gesundheitssicherung.

Diese Strategie kann jedoch allenfalls kurzfristig greifen. Längerfristig ist mit verstärktem Auftreten von chronischen Verschleißerscheinungen zu rechnen durch das Aufschieben von Erholungspausen und Behandlungsphasen. Zu einem späteren Zeitpunkt besteht dann die erhöhte Gefahr gesundheitsbezogener Ausgliederung.

Diese individuelle Strategie behindert darüber hinaus kollektive Gegenwehrstrategien und zwar sowohl bezogen auf Belastungsabbau und Verbesserung der Arbeitssicherheit in den

Betrieben als auch bezogen auf die Erhaltung und Sicherung von Arbeitsplätzen.

Angesichts der steigenden Arbeitslosigkeit erscheinen Maßnahmen zur Umkehrung solcher Verhaltenstendenzen beinahe aussichtslos, wenn nicht die Bedingungen dafür verbessert werden können, daß die Beschäftigten auch in der Krise aufgrund subjektiv empfundener Gesundheitsbeeinträchtigungen Veränderungen unzumutbarer Arbeitsbedingungen einklagen können. Nur so läßt sich der Dethematisierung der Gesundheitsinteressen zugunsten der drängenden Notwendigkeit der Arbeitsplatzsicherung entgegenwirken.

Verlautbarungen wie die der Bundesregierung in bezug auf Kuren, daß "kein Versicherter aus Sorge um seinen Arbeitsplatz auf die Durchführung einer medizinisch notwendigen Kur verzichten soll" (o.V. 1983), helfen zumindest nicht weiter.

L i t e r a t u r

- Bartlinegck, H.: Vorsorgeuntersuchungen in Betrieben, Rundschreiben vom 24.04.1979, Frankfurt
- Büchtemann, Chr.: Arbeitsbelastungen, Arbeitsverschleiß, Arbeitslosigkeitsrisiko, in: Hauß, F. (Hg.): Arbeitsmedizin und präventive Gesundheitspolitik, Frankfurt/New York 1982
- Bürkardt, D.; Oppen, M.: Krankenstandsforschung zwischen Personal- und Gesundheitspolitik, Diskussionspapier des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung/Schwerpunkt Arbeitspolitik (IIVG/AP), IIVG/dp 82-203, Berlin 1982
- Bürkardt, D.; Oppen, M., Schneider, H.: Verteilung von Arbeitsunfähigkeitsrisiken in der Erwerbsbevölkerung - Berliner Krankenstand im interregionalen Vergleich, i.E.
- Dienst für Gesellschaftspolitik: Lohnfortzahlung: Umfrage des CDU-Wirtschaftsrates, 31-82
- Ehlers, x: Krankenhaushäufigkeit, in: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hg.): Eine Untersuchung über Faktoren der Bedarfsplanung, Düsseldorf 1976
- Forster, E.: Das moralische Risiko in Individual- und Sozialversicherung, Äquivalenz und Disvalenz in Versicherung und Staat, in: Zeitschrift für die Gesamte Versicherungswissenschaft, Heft 2/1977
- Geissler, B., Thoma, P. (Hg.): Medizinsoziologie - Eine Einführung für medizinische und soziale Berufe, Frankfurt/New York 1975
- Hohn, H.-W.; Windolf, P.: Selektion und Qualifikation - Die betriebliche Personalauswahl in der Krise, IIM/LMP 82-28, Wissenschaftszentrum Berlin 1982
- IG Metall (Hg.): Unternehmerverhalten in der Krise und gewerkschaftliche Gegenwehr, Frankfurt o.J.
- IG Metall - Bezirksleitung Stuttgart (Hg.): Werkstage müssen menschlicher werden, Stuttgart 1979
- Institut für empirische Soziologie (Hg.): Arbeit, Umwelt und Lebensgewohnheiten bei Früh- und Altersrentnern, Nürnberg 1977
- Kollmeier, H.; Thiele, W.; Müller, R.: Gibt es einen berufsspezifischen Krankenstand?, in: Zbl f. Arbeitsmed. 1980, Heft 4

- Koos, E. L.: Krankheit in Regionsville, in: Mitscherlich u.a. (Hg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft, 1967
- Küster, H. E.: Analyse der soziologisch relevanten Ursachen des Krankenstandes, Diss., Köln 1968
- o.V.: Kuren, in: Die Ortskrankenkasse 13/1983
- Rosenbrock, R.: Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb, Frankfurt/New York 1982
- Schaper, K.: Kollektivgutprobleme einer berufsgerechten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, Eine Diskussion der Public-goods-, Uncertainty- und Moral-Hazard-Theoreme allokativer Mängel von Gesundheits- und Krankenversicherungssystemen, Frankfurt 1978
- Schmädel, D.: Schichtenspezifische Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverhalten der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, in: Ritter-Röhr, D. (Hg.): Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft, Frankfurt 1975
- Schräder, W.: Langzeit-Arbeitsunfähigkeit: Antizyklische Entwicklung, in: Arbeit, Gesundheit, Sozialpolitik - Mitteilungen, 10/1982
- Thiele, W.: Schichtenspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der Bundesrepublik Deutschland, in: Hauß, F. u.a. (Hg.): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen, Bonn (BMAuS) 1981
- Wacker, A.: Zur Verarbeitung der Erfahrung unfreiwilliger Arbeitslosigkeit unter besonderer Berücksichtigung psychosomatischer Störungen, in: Medizinische Soziologie, Jahrbuch 1, Frankfurt/New York 1981
- Zimmermann, G.: Krankheitskündigung im Vergleich mit anderen Kündigungstypen, Manuskript Max-Planck-Institut, Hamburg 1981
- Zoll, R. (Hg.): Arbeiterbewußtsein in der Wirtschaftskrise, Köln 1981