

KLAUS PRIESTER

## Im Jahr 2006 niedrigster Krankenstand seit Einführung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall

*Der Krankenstand der Pflichtversicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat in Deutschland im Jahr 2006 abermals leicht abgenommen und einen neuen Tiefstand erreicht. Mit nunmehr noch 3,29% lag er lag er um drei Hunderstel Prozentpunkte unter dem Vorjahresstand (3,32%). Entgegen dem Bundestrend stiegen die Arbeitsunfähigkeitsraten aber in Ostdeutschland sowie bei einigen Kassenarten gegenüber dem Vorjahr leicht an. Der Krankenstand wird außer vom realen Gesundheitszustand und der Arbeitsmarktlage auch durch wirtschafts-, berufs- und altersstrukturelle Faktoren sowie von der betrieblichen Personal-, Leistungs- und Gesundheitspolitik beeinflusst.*

Wie in dieser Zeitschrift (Heft 11/2006, Seite 8-9) auf Grundlage der Entwicklung in den ersten acht Monaten des vergangenen Jahres vorausgeschätzt, ist der Krankenstand in Deutschland im Jahresdurchschnitt 2006 abermals leicht gesunken. Nach den vom Bundesministerium für Gesundheit im Januar veröffentlichten vorläufigen Zahlen betrug er im Durchschnitt der Monate Januar bis Dezember 2006 in Deutschland 3,29%; im gleichen Vorjahreszeitraum waren es noch 3,32%. Als für das Gesamtjahr 2006 vorläufig müssen diese Daten deshalb noch angesehen werden, weil das Bundes-

gesundheitsministerium den Jahresdurchschnittskrankenstand traditionell aus 13 Monatswerten (Januar bis Dezember plus Januarwert des folgenden Jahres) berechnet; die Januardaten für 2006 lagen bei Redaktionsschluss dieser Ausgabe noch nicht vor.

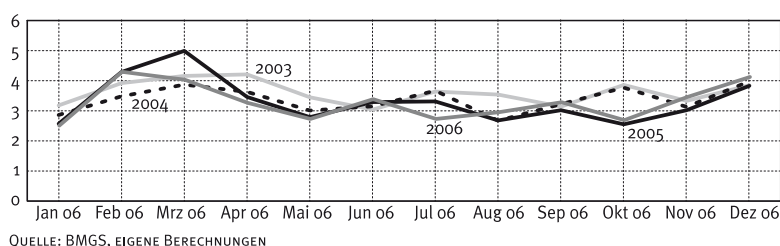
### **Trendwende in der Krankenstandsentwicklung?**

Der abermalige Rückgang des Krankenstands ist gegenüber dem Vorjahr weniger stark ausgefallen, als aufgrund der Entwicklung im ersten Halbjahr 2006 – hier war, anders als 2005, keine nennenswerte „Grippewelle“

aufgetreten (vgl. Gute Arbeit. 2/2006, Seite 9-10, und 11/2006, Seite 8-9) – erwartet werden konnte. Ursächlich hierfür ist das während beinahe des gesamten zweiten Halbjahres 2006 mit Ausnahme des Monats Juli gegenüber dem entsprechenden Vorjahreszeitraum leicht erhöhte Krankenstandsniveau (vgl. Abb. 1). Möglicherweise kann dies als Trendwende in der Krankenstandsentwicklung gedeutet werden, die auch im laufenden Jahr anhalten könnte, denn immerhin liegen die Monatswerte seit dem vergangenen Sommer um ca. 0,2 bis 0,5 Prozentpunkte über dem Niveau des

*Der Autor*  
Professor Dr. rer. med. Klaus Priester lehrt Sozialmedizin, Medizinsoziologie und Gesundheitswissenschaft an der Ev. Fachhochschule Ludwigshafen.

Abb. 1 : GKV-Krankenstand Deutschland 2003-2006 (Monatswerte)



Jahres 2005. Zu beachten ist ferner, dass im vergangenen Jahr sechs der insgesamt zwölf Monatsersten, an denen der amtliche Krankenstand erfasst wird, auf Samstag, Sonntag oder Feiertage (einschließlich des 1. November, der kein bundesweiter Feiertag ist) fielen, an denen das Krankheitsniveau im langjährigen Vergleich um bis zu einen Prozentpunkt (2006: 0,8 Prozentpunkte) niedriger liegt als an Erhebungstichtagen, die auf „normale Arbeitstage“ von Montag bis Freitag fallen. Im Vorjahr war dies nur an vier der Stichtage der Fall. Dennoch lag der Krankenstand im zweiten Halbjahr 2006, in dem allein drei Stichtage auf Wochenenden und Feiertage fielen, über dem Vorjahresniveau.

#### Neuer Tiefststand im Westen, leichter Anstieg im Osten Deutschlands

Jenseits der skizzierten kurzfristigen Entwicklungen im Jahresverlauf zeichnet sich in langfristiger Perspektive ein in dieser Größenordnung wohl dauerhafter Niedergang des Krankenstands in Deutschland ab: Im Jahr 2006 wurde das nunmehr niedrigste Niveau seit der Einführung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall in der (alten) Bundesrepublik im Jahr 1970 erreicht. Der Krankenstand in Deutschland liegt derzeit um gut anderthalb Prozentpunkte niedriger als zum Zeitpunkt der deutsch-deutschen Vereinigung und knapp zweieinhalb Prozentpunkte unter dem Stand bei Einführung der Lohnfortzahlung in den alten Ländern. Der Krankenstand sinkt in Deutschland seit nunmehr sieben Jahren kontinuierlich. Dies gilt regional auch für die alten Bundesländer, während in den neuen Ländern im vergangenen Jahr erstmals nach sechs Jahren wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen war (vgl. Abb. 2). Insgesamt bleiben aber die Unterschiede im Krankheitsniveau zwischen West- und Ostdeutschland weiterhin ausgespro-

chen gering: Einem Krankenstand von 3,28% im alten Bundesgebiet steht ein Krankenstand von 3,38% in den neuen Ländern gegenüber.

Auch die Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren (zumindest auf gesamtwirtschaftlicher Ebene) im vergangenen Jahr nur schwach ausgeprägt: Während die Männer im Jahresdurchschnitt auf einen Krankenstand von 3,31% kamen, waren es bei den Frauen 3,28%, also lediglich drei Hundertstel Prozentpunkte weniger. Allerdings zeigen sich auf der Ebene der einzelnen Kassenarten teilweise doch markante Geschlechterdifferenzen: So lagen im Jahr 2006 die Krankenstände der Frauen im Bereich der Innungskassen und Arbeiter-Ersatzkassen merklich niedriger als die der Männer, während in den Landwirtschaftlichen Krankenkassen und der See-Krankenkasse die weiblichen Pflichtversicherten deutlich höhere Krankenstände aufwiesen als die männlichen.

Insgesamt nicht sehr stark ausgeprägt stellen sich die Geschlechterdifferenzen im Ost-West-Vergleich dar. Auffällig bleibt, dass – wie bereits früher – die ostdeutschen Frauen einen höheren Krankenstand aufwiesen als die westdeutschen Frauen, aber auch als die Männer in Ost- und Westdeutschland (vgl. Abb. 3).

#### Differenzierung des Krankenstands nach Kassenarten

Hinter der gesamtwirtschaftlich festzustellenden weitgehenden Homogenität des Krankenstands in großräumlicher Hinsicht und auf die Geschlechter bezogen verbergen sich allerdings nach wie vor vorhandene Unterschiede im Krankenstand nach Kassenarten. Im Jahr 2006 lag der Krankenstand in der See-Krankenkasse mit 5,1% gut anderthalb mal so hoch wie der Kas-

sendurchschnitt (3,3%) und etwa drei Viertel über dem Niveau der Betriebskrankenkassen (2,9%). Überdurchschnittliche Krankenstände verzeichneten neben der Seekasse auch die Bundesknappschaft (4,8%), die Landwirtschaftlichen Krankenkassen (4,2%) und die Ortskrankenkassen (3,6%). Die übrigen Kassenarten bewegten sich mit geringen Schwankungen um den Kassendurchschnitt. Deutlich sichtbare Ost-West-Unterschiede in den Krankenständen, die jedoch maximal etwa einen halben Prozentpunkt ausmachen und u.a. auf regionale Differenzen in den Beschäftigungs-, Alters- und Geschlechterstrukturen der Pflichtversicherten zurückgehen, finden sich gegenwärtig bei den Landwirtschaftlichen Krankenkassen, der See-Krankenkasse, der Bundesknappschaft und den Angestellten-Ersatzkassen.

Die Krankenstände der bedeutendsten Kassenarten haben sich im Verlauf der letzten dreieinhalb Jahrzehnte seit der Neuregelung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall im Jahr 1970 stark aufeinanderzubewegt. Dies spricht für eine langfristige kassenartübergreifende Angleichung der Versicherten- und Risikostrukturen, die für den Krankenstand bedeutsam sind. Mit Einschränkungen gilt dies auch für regionale Angleichungstendenzen auf der Ebene einzelner Kassenarten. Gleichwohl haben sich die Krankenstände kurzfristig teilweise gegenläufig entwickelt. Während die Ortskrankenkassen, Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft sowie die Angestellten-Ersatzkassen im Jahr 2006 gegenüber dem Vorjahr (leicht) erhöhte Krankenstandsraten aufwiesen, sind die Krankenstände in allen anderen Kassenarten – wie im GKV-Durchschnitt – mehr oder minder stark zurückgegangen.

#### Nur ein Ausschnitt aus dem Krankheitsgeschehen

Der im Jahresdurchschnitt 2006 erreichte Krankenstand ist der niedrigste in der Geschichte der (alten) Bundesrepublik sowie in Gesamtdeutschland seit der Vereinigung. Aus sozialmedizinischer Sicht wäre es allerdings verfehlt, allein aus den amtlich ermittelten Krankenstandsziffern auf den tatsächlichen Gesundheitszustand der

Bevölkerung in Deutschland schließen zu wollen. Denn zum einen beziehen sich die Krankenstandsdaten nur auf einen Teil der Bevölkerung, nämlich die in den gesetzlichen Krankenkassen Pflichtversicherten, und damit noch nicht einmal auf alle Erwerbstätigen (freiwillig Versicherte und Selbständige bleiben aus der Berechnung ausgeschlossen), allerdings unter Einschluss der registrierten Arbeitslosen. Erstmals für das Jahr 2006 wurden allerdings nur noch die Bezieher von Arbeitslosengeld I in der amtlichen Stichtags-Krankenstandsstatistik erfasst. Dies führt – da die nunmehr nicht mehr berücksichtigten (Langzeit-)Arbeitslosen deutlich höhere Krankenstände aufweisen als die übrigen Pflichtversicherten sowie wegen der stichtagsbedingten Untererfassung kurzfristiger Erkrankungen von Arbeitslosen, die häufig nicht zu Krankmeldungen führen – tendenziell zu einer Absenkung des amtlich registrierten Krankenstands.

Zum anderen führt die Ermittlung der amtlichen Krankenstandsdaten aus monatlichen Stichtagswerten, die die Zahl der krankheitsbedingt Arbeitsunfähigen zum Monatsersten auf die Zahl der beschäftigten Pflichtversicherten beziehen, ebenfalls zu einer Untererfassung des tatsächlichen Arbeitsunfähigkeitsgeschehens auch über die die bereits angesprochenen Arbeitslosen- und Krankengruppen hinaus. Würde man den Krankenstand unter Einbeziehung seiner Gesamtdauer auf Monatsbasis messen, wie dies einige gesetzliche Kassen tun, erhielte man Krankenstandswerte, die in der Regel deutlich über den Stichtagskrankenständen liegen.

Am Beispiel der Betriebskrankenkassen lässt sich das veranschaulichen: Die Monatsdaten zeigen über längere Zeiträume hinweg, dass die in der amtlichen Krankenstandsstatistik angeführten Stichtagswerte um mindestens einige Zehntelprozentpunkte unter den vom BKK-Bundesverband auf der Grundlage einer bundesweiten Repräsentativstatistik erhobenen Monatsdurchschnittswerte liegen (vgl. Abb. 4). Zu beachten ist, dass die amtliche Stichtagsstatistik die arbeitsunfähigen arbeitslos gemeldeten Versicherten einschließt, die BKK-

Statistik jedoch nicht. Beide Effekte – der Stichtagsbezug und die Einbeziehung der Arbeitslosen – führen zu einer systematischen Verzerrung der amtlichen Krankenstände nach unten. Der Stichtagsbezug ist zudem in solchen Jahren problematisch, in denen – wie bereits erwähnt – viele Stichtage auf Samstags-, Sonn- und Feiertage fallen, an denen erfahrungsgemäß vergleichsweise wenig Beschäftigte arbeitsunfähig gemeldet sind.

Insgesamt ist also davon auszugehen, dass die amtliche Krankenstandsstatistik weder aufgrund der Erhebungsmethodik in der Lage ist, das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen vollständig abzubilden (weniger vollständig jedenfalls als beispielsweise die Arbeitsunfähigkeitsstatistik der Betriebskrankenkassen), noch aus sachlichen Gründen vermag, hinreichend Auskunft über den tatsächlichen Gesundheitszustand der Beschäftigten zu geben, da sie lediglich die registrierten (d. h. die nach bestimmten Kriterien zu registrierenden) Arbeitsunfähigkeitsfälle berücksichtigen kann. So werden beispielsweise die weniger als drei Tage dauernden Arbeitsunfähigkeiten der Beschäftigten, bei denen die Betriebe sehr häufig auf eine Arbeitsun-

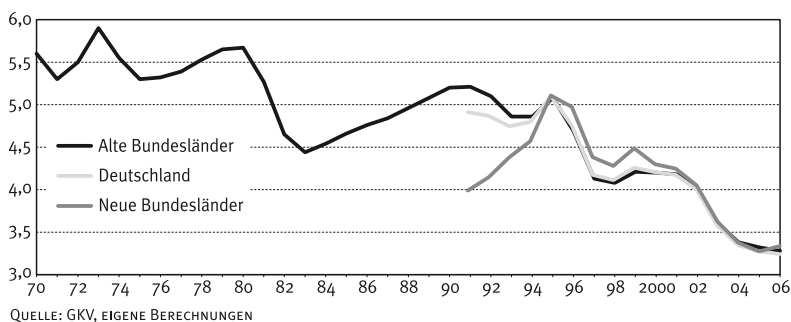
fähigkeitsbescheinigung verzichten, mit Sicherheit nur sehr unvollständig in der Krankenstandsstatistik erfasst.

**Hohe Arbeitslosigkeit senkt den Krankenstand**

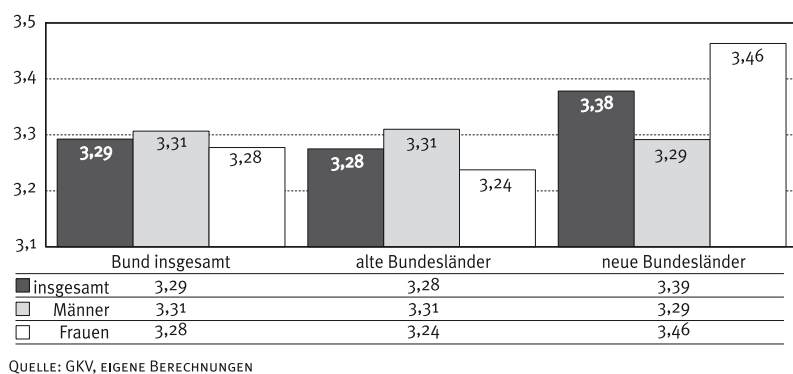
Zudem ist die Zahl der Krankmeldungen in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit rückläufig: Es muss davon ausgegangen werden, dass die Beschäftigten eine insgesamt nicht bekannte Anzahl von Befindlichkeitsstörungen und akuten Erkrankungen dem Gesundheitswesen nicht zur Kenntnis bringen, jedenfalls nicht als registrierte Arbeitsunfähigkeitsmeldungen. Hierüber ist in den vergangenen Wochen viel spekuliert worden. Die Tageszeitung „Die Welt“ (vom 15. Januar 2007) verweist auf den Einfluss von Arbeitslosigkeit und Angst um den Arbeitsplatz. „Spiegel-online“ (vom 15. Januar 2007) dagegen beruft sich auf das neoliberal ausgerichtete Münchener ifo-Institut sowie das arbeitgeberfinanzierte Kölner Institut der deutschen Wirtschaft, die beide einen Zusammenhang zwischen der Angst um den Arbeitsplatz und dem niedrigen Krankenstand bestreiten.

Hier ist aber offenbar der Arbeitgeberwunsch der Vater des Gedankens.

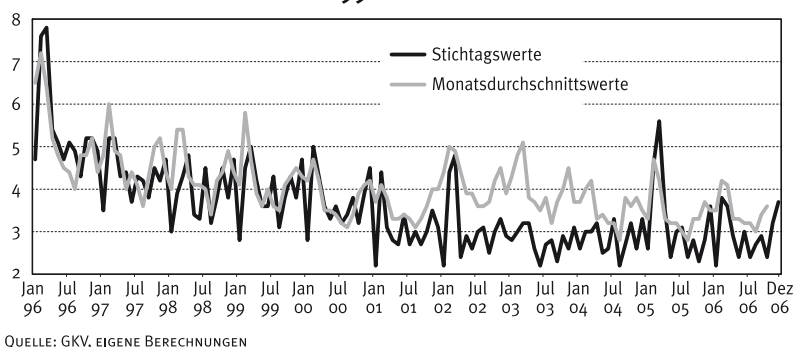
**Abb. 2: GKV-Krankenstand 1970 bis 2006 (Jahresdurchschnitte)**



**Abb. 3: GKV-Krankenstand 2006 im Ost-West-Vergleich nach Geschlecht**



**Abb. 4: Stichtags- und Monatsdurchschnitts-Krankenstände im Vergleich Betriebskrankenkassen Bund 1996 bis 2006**



Tatsächlich spricht sehr wohl vieles für einen solchen Zusammenhang, und der in den meisten Betrieben längst übliche Druck auf Kranke (z. B. durch Krankenrückkehrgespräche) trägt dazu kräftig bei. 2004 ergab eine Repräsentativbefragung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) bei 1000 Mitgliedern, dass es für neun von zehn Beschäftigten üblich geworden ist, trotz leichter Erkrankung am Arbeitsplatz präsent zu sein, um dem Druck der Arbeitgeber zu entgehen (Arbeit & Ökologie-Briefe 6/2004, Seite 6-7). Das Wissenschaftliche Institut (WidO) der Ortskrankenkassen stellte bereits 2003 in einer repräsentativen Erhebung fest (Arbeit & Ökologie-Briefe 12/2003, Seite 8-10), dass drei Viertel der Beschäftigten, wenn irgend möglich, aus Sorge um ihren Arbeitsplatz auf eine Krankmeldung verzichten. Zwei Drittel rechnen im Falle einer Krankmeldung mit beruflichen Nachteilen. Jede/r Zehnte hat erlebt, dass Ältere wegen Krankheit entlassen werden. Ein Drittel geht sogar gegen ärztlichen Rat trotz Krankheit weiter zur Arbeit. 40% befürchten, dass im Falle einer Krankschreibung zu viel Arbeit liegen bleibt. Mehr als die Hälfte der Befragten versucht, sich am Wochenende auszukurieren, und mehr als ein Fünftel hat schon Urlaub genommen, um wieder gesund zu werden.

Allerdings ist es nicht allein die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes, die in Zeiten hoher Arbeitslosigkeit den Krankenstand sinken lässt. Die langfristige Entwicklung der Krankenstandsziffern wird außerdem durch unterschiedlichste strukturelle Effekte, wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Wirtschafts-, Tätigkeits- und Beschäftigungsstrukturen sowie

Arbeitsbedingungen, aber auch dem Wirkungsgrad des betrieblichen und überbetrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der Gesundheitsförderung, ferner allgemeinen sozial- und gesundheitspolitischen Entwicklungen (Lohnfortzahlung, Praxisgebühren usw.) beeinflusst. Deren Auswirkungen lassen sich vielfach kaum hinreichend genau quantifizieren (vgl. Gute Arbeit 1/2005, Seite 4-5); sie entwickeln sich zudem im Hinblick auf ihre Krankenstand senkenden bzw. -steigernden Auswirkungen teilweise gegenläufig.

#### Differenzierte Ursachenanalysen sind notwendig

Bei der Interpretation der langfristigen Entwicklung der Krankenstandsziffern müssen demnach viele Fragen offen bleiben. Kurzschlüssige Antworten verbieten sich; vieles von dem, was „auf der Hand“ zu liegen scheint, stellt sich bei genauerer Analyse als nicht haltbare Vermutung dar. So kann beispielsweise nicht davon ausgegangen werden, dass die Alterung der Erwerbsbevölkerung generell krankenstandserhöhend wirkt, obwohl die Arbeitsunfähigkeitsanalysen zahlreicher Krankenkassen einen Zusammenhang von steigendem Lebensalter und Krankheitshäufigkeit – jedenfalls gilt dies in der Regel für Beschäftigte bis zum 60. Lebensjahr – eindeutig belegen, so erst jüngst wieder der „Gesundheitsreport 2006“ der Betriebskrankenkassen. So stieg zwischen 1991 und 2005 das Durchschnittsalter der Erwerbstätigen in Deutschland um gut zwei Jahre von knapp 39 auf 41 Jahre an. Im gleichen Zeitraum fiel der Krankenstand der Pflichtversicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung von 4,9% auf 3,3%.

Selbst wenn man davon ausgeht, dass die GKV-Pflichtversicherten im Schnitt etwas jünger sind als die Erwerbstätigen insgesamt und dass – u.a. aufgrund betrieblicher Selektionsprozesse – die statistische Alterung der Pflichtversicherten langsamer verlaufen ist als die der Erwerbstätigen, ist es offenkundig nicht möglich, die altersstrukturellen Veränderungen der Beschäftigten für die Erklärung der Gesamtentwicklung des Krankenstandes verantwortlich zu machen. Vielmehr liegt es nahe – worauf zahlreiche Indizien aus der Arbeitsunfähigkeitsstatistik etwa der Betriebskrankenkassen hindeuten – davon auszugehen, dass die Belegschaften im Durchschnitt „gesünder“ geworden sind: zum einen, weil im Zuge berufs- und branchenstruktureller Veränderungen und betrieblicher Selektionsprozesse hochbelastende Tätigkeiten verschwunden (d. h. auch: teilweise „exportiert“ worden) sind, bevorzugt ältere und „leistungsgeminderte“ Beschäftigte ihre Arbeitsplätze verloren haben sowie gesundheitlich angeschlagene (ältere) Beschäftigte und Langzeiterkrankte in die unterschiedlichen Formen der Frühverrentung gedrängt wurden (vgl. Gute Arbeit. 1/2006, S. 22-23); zum anderen, weil sich unter den verbliebenen Beschäftigten nunmehr ein größerer Anteil gesünderer Höherqualifizierter, Angestellter und Frauen – allesamt mit durchschnittlich niedrigeren Krankenständen – befindet.

#### Freisetzung Älterer und Kranker erzeugt niedrigen Krankenstand

Generell deuten einige Indizien darauf hin, dass nicht nur die Belegschaften insgesamt, sondern insbesondere auch der (verbliebene) ältere Teil der Beschäftigten einen besseren Gesundheitszustand aufweisen als noch vor einem oder zwei Jahrzehnten. Ob sich dies als Trend auch in die Zukunft fortschreiben lässt, ist eine andere Frage. Aber: Aus der Alterung der Erwerbsbevölkerung allein künftig steigende Arbeitsunfähigkeitsraten ableiten zu wollen, verbietet sich vor diesem Hintergrund. Die Zusammenhänge müssen differenzierter analysiert werden.

In ähnlicher Weise gilt dies für den Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Krankenstandsentwicklung sowie

für die – im einzelnen recht unterschiedlich wirkenden – Konsequenzen wirtschafts- und sozialstruktureller Veränderungen. Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen kommt in einer Analyse der Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit in dem Jahrzehnt zwischen 1994 und 2003 zu dem Ergebnis, dass der festgestellte Rückgang der Fehlzeiten um 4,2 Tage pro beschäftigtem Pflichtversicherten rechnerisch (nur) zu etwa einem Sechstel auf berufs- und branchenstrukturelle Veränderungen zurückgeht. Dies hat einen zweifellos messbaren, aber keineswegs dominierenden Einfluss auf die Entwicklung

der Arbeitsunfähigkeit. Im aktuellen „Gesundheitsreport 2006“ der Betriebskrankenkassen wird zusammenfassend festgestellt, „dass der Strukturwandel vor allem durch die Freisetzung von Arbeitskräften merklichen Einfluss auf das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen ausgeübt haben dürfte. Insofern überzeichnet der Rückgang des Krankenstandes daher aller Wahrscheinlichkeit nach die Reduzierung gesundheitlicher Belastungen, weil besonders belastete Gruppen in die Frühverrentung oder Arbeitslosigkeit abgeschoben wurden und keine neuen Beschäftigungsmöglichkeiten in Dienstleistungsbranchen fanden.“

#### Weitere Informationen

Die aktuellen Krankenstandsdaten nach Kassenarten (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1) finden sich – im Referat LG5 von Klaus Busch monatlich aktualisiert – auf der Internetseite des Bundesministeriums für Gesundheit ([www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)) unter der Rubrik: Statistiken/Gesetzliche Krankenversicherung/Mitglieder und Versicherte. – Zahlreiche Daten zum Arbeitsunfähigkeitsgeschehen finden sich darüber hinaus im „Gesundheitsreport 2006“ des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen „Demografischer und wirtschaftlicher Wandel – gesundheitliche Folgen“, der unter [www.bkk.de](http://www.bkk.de) zum Download bereit steht.