

## Aussagewert, Merkmale und Zusammenhänge der Krankenstandsentwicklung

Von Dipl.-Kaufmann Alfred Krinner, Regierungsrat im Bayerischen Statistischen Landesamt

Der durch die Krankenversicherungsstatistik ermittelte Krankenstand gibt an, wieviel von 100 bzw. 1000 Krankenkassenmitgliedern arbeitsunfähig krank gemeldet sind. Da nahezu alle Arbeitnehmer der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, haben diese Krankenstandsziffern einen hohen Repräsentationsgrad. Allerdings ist eine gewisse, methodisch und erhebungstechnisch bedingte Untererfassung der Arbeitsunfähigkeitsfälle zu berücksichtigen, deren Umfang nicht näher festgestellt werden kann; diese Einschränkung wirkt sich aber grundsätzlich nur in der Höhe, nicht im Entwicklungsverlauf der Krankenstandsziffern aus. Seit 1962 wird auch die monatliche Fluktuation der kranken Mitglieder erfaßt. Diese zusätzliche Auszählung ermöglicht eine aufschlußreiche Ergänzung der nach dem herkömmlichen Verfahren aus Vereinfachungsgründen jeweils auf den Stand zu Beginn des Monats abgestellten Krankenstandsziffern.

Der Krankenstand ist Veränderungen unterworfen. Die hierfür ursächlichen Einflüsse sind vielfältig, greifen komplex ineinander und können anhand des vorhandenen Zahlenmaterials statistisch nicht exakt abgegrenzt werden. Vor allem machen sich jedoch saisonale Einflüsse bemerkbar (Witterung). Es kann auch auf eine gewisse Beeinflussung durch die konjunkturelle Entwicklung geschlossen werden. Der Krankenstand zeigt einen typischen saisonalen Verlauf: Spitzenbelastung im ersten Vierteljahr — relativ niedriger, wenig bewegter Stand im Sommerhalbjahr — Zunahme im vierten Vierteljahr — Unterbrechung zur Weihnachts-/Neujahrszeit. Auf Grund mehrjähriger Beobachtung läßt sich der saisonale Schwankungsbereich, mit dem gerechnet werden muß, abschätzen. Der durch Krankenhausfälle verursachte Teil des Krankenstandes zeigt nur wenig Bewegung.

Bei den Diskussionen über Krankenversicherung, Lohnfortzahlung, Produktionsausfall, Arbeitsmoral und andere im öffentlichen Interesse stehende Fragen spielt „der Krankenstand“ eine große Rolle. Im Rahmen der amtlichen Statistik werden monatliche Ermittlungen über den Krankenstand der Krankenkassenmitglieder durchgeführt. Das Bayerische Statistische Landesamt veröffentlicht diese Krankenstandsziffern — gegliedert nach Kassenarten, Versichertengruppen und Geschlecht — auszugsweise in den vierteljährlichen Statistischen Berichten der Reihe K II 1.

Besonders anschaulich ist die graphische Darstellung der Krankenstandsentwicklung. Der nachstehende Bericht soll deshalb einmal hauptsächlich anhand von Schaubildern die wichtigsten aus der Statistik erkennbaren Merkmale und Zusammenhänge dieser Entwicklung aufzeigen. Zunächst jedoch einige Ausführungen zum Aussagewert der Krankenstandsziffern.

### Was besagt der durch die Statistik ermittelte Krankenstand?

Die Krankenstandsziffern werden auf Grund der von den gesetzlichen Krankenkassen nach § 43 der „Verwaltungsvorschriften für das Rechnungswesen bei den Trägern der sozialen Krankenversicherung“ vom 31. August 1956 (Beilage zum BAnz. Nr. 174) zu erstellenden Monatsstatistik (Vordruck KM 1) errechnet. Sie bezeichnen den prozentualen Anteil der wegen Krankheit arbeitsunfähigen Krankenkassenmitglieder am jeweiligen Mitgliederbestand insgesamt. Der Krankenstand ist also eine Verhältniszahl, die immer in Relation mit der als Bezugsgröße zugrunde liegenden Gesamtzahl der Krankenkassenmitglieder gesehen werden muß. In Bayern wird für rund 3,8 Millionen pflicht- oder freiwillig krankenversicherte Personen laufend der Krankenstand festgestellt. Dieser Personenkreis umfaßt insbesondere nahezu alle Arbeitnehmer. Für die knapp eine Million Rentner in der gesetzlichen Krankenversicherung wird kein Krankenstand erhoben, da die Krankenstandsermittlungen von dem für Rentner irrelevanten Begriff der Arbeitsunfähigkeit ausgehen. Die krankenversicherungspflichtigen Rentner bleiben deshalb in den nachstehenden Ausführungen generell unberücksichtigt.

<sup>1)</sup> Ohne pflichtversicherte Rentner.

Übersicht 1. Krankenkassenmitglieder, Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage in Bayern 1951 bis 1967

Jahr	Pflichtmitglieder <sup>1)</sup>		Freiwillige Mitglieder	Pflicht- und freiwillige Mitglieder der insgesamt <sup>1)</sup>	Arbeitsunfähigkeitsfälle			
	mit	ohne			fälle		tage	
	sofort. Anspruch auf Barleistungen				in 1000	je 100 Mitglieder	in 1000	je Mitglied
	im Durchschnitt in 1000							
1951 . . .	1 871	495	509	2 875	1 182	41,1	28 413	9,9
1955 . . .	1 950	647	566	3 163	1 611	50,9	36 437	11,5
1960 . . .	1 993	771	704	3 467	2 374	68,5	56 106	16,2
1961 . . .	2 035	766	757	3 558	2 430	68,3	56 572	15,9
1962 . . .	2 041	766	818	3 625	2 586	71,9	58 053	16,0
1963 . . .	2 029	765	879	3 673	2 521	68,6	58 434	15,9
1964 . . .	2 048	745	942	3 735	2 390	64,0	56 050	15,0
1965 . . .	2 065	773	962	3 800	2 520	66,3	58 285	15,3
1966 . . .	2 049	909	879	3 837	2 456	64,0	58 020	15,1
1967 . . .	1 973	880	944	3 797	2 160	56,9	52 431	13,8

Der Krankenstand besagt, wieviele von je 100 Krankenkassenmitgliedern nach Kenntnis der Krankenkassen monatlich zu einem bestimmten Zeitpunkt arbeitsunfähig krank sind und dadurch der gesetzlichen Krankenversicherung Kosten verursachen. Zeitlich maßgebend ist der Stand am Ersten eines jeden Monats ohne Berücksichtigung der während dieses Tages eintretenden Veränderungen, also der Stand um 0,00 Uhr.

Die Aussage der Krankenstandsziffern unterliegt somit drei methodisch bzw. erhebungstechnisch bedingten Einschränkungen:

1. Der Krankenstand berücksichtigt nur die Arbeitsunfähigkeitsfälle, von denen die Krankenkassen Kenntnis haben. Eine Unterrichtung der Krankenkasse erfolgt auf jeden Fall dann, wenn der Versicherte sofortigen Anspruch auf Barleistungen gegenüber seiner Krankenkasse hat oder sich in Krankenhausbehandlung begibt. Von kurzen Arbeitsunfähigkeitsfällen der Pflichtmitglieder ohne sofortigen Barleistungsanspruch und der freiwilligen Mitglieder erfährt die Krankenkasse jedoch nicht immer.
2. Der Krankenstand berücksichtigt nur die Arbeitsunfähigkeitsfälle, die finanziell ganz oder teilweise zu Lasten der sozialen Krankenversicherung gehen. Andere Arbeitsunfähigkeitsfälle (z. B. Heilverfahren

der Renten- und Unfallversicherung) bleiben somit außer Betracht.

- Der Krankenstand berücksichtigt nur die Arbeitsunfähigkeitsfälle, die zum Erhebungszeitpunkt des Stichtags bestehen. Krankheitsfälle, die diesen Zeitpunkt nicht berühren, kommen also nicht zur Geltung.

Aus den beiden erstgenannten Einschränkungen ergibt sich eine gewisse, statistisch nicht abgrenzbare Untererfassung der Arbeitsunfähigkeitsfälle, so daß die Höhe der errechneten Krankenstandszi­ffern etwas unter dem tatsächlichen Krankenstand liegt. Auf Grund der wohl zutreffenden Annahme, daß diese Einschränkungen für jeden Erhebungsstichtag etwa in gleichem Ausmaß gelten, wird dadurch aber nur die Höhe und nicht auch die Entwicklungsreihe der Krankenstandszi­ffern beeinträchtigt (vgl. hierzu auch die Ausführungen zu Schaubild 1). In diesem Zusammenhang soll nicht unerwähnt bleiben, daß auch versicherungsrechtliche Änderungen den Krankenstand beeinflussen können. An derartigen Änderungen sind die am 1. Juli 1957 und am 1. August 1961 in Kraft getretenen Verkürzungen der Krankengeld-Wartezeit, die am 1. Juli 1963 wirksam gewordene Neuabgrenzung der Zuständigkeit zwischen Kranken- und Unfallversicherung sowie verschiedene mitgliederrechtliche Neuregelungen zu nennen. Der Einfluß dieser rechtlichen Bestimmungen auf den Verlauf des Krankenstandes ist statistisch nicht abgrenzbar. Für den langfristigen Entwicklungsverlauf ist er jedoch von untergeordneter Bedeutung.

Zu der dritten obengenannten Einschränkung ist zu erwähnen, daß die Abstimmung der Krankenstandsermittlungen auf monatlich einen Stichtag zweifellos ungenauer und mehr zufallgebunden ist als eine Darstellung, die auch die während des Monats eintretende Entwicklung berücksichtigt. Um diesen Nachteil in etwa auszugleichen, wird seit 1962 in der Monatsstatistik der gesetzlichen Krankenversicherung zusätzlich die „Bestandsveränderung der arbeitsunfähig kranken Mitglieder“ erfaßt. Durch diese Ermittlung der jeweils während des Monats eingetretenen Zu- und Abgänge an arbeitsunfähig kranken Mitgliedern ergeben sich für die Darstellung der Krankenstandsentwicklung neue Aussagen. Nachdem die Ergebnisse dieser zusätzlichen Ermitt-

lungen inzwischen für mehrere Berichtsjahre vorliegen, sollen sie im nachstehenden Bericht erstmals in Form einer Zeitreihe dargestellt und mit den herkömmlichen Krankenstandszi­ffern verglichen werden. Die Ermittlung der Zu- und Abgänge ist nicht (wie die Stichtags-erhebung) nach Versichertengruppen gegliedert, so daß bei dieser vergleichenden Untersuchung vom Krankenstand der Mitglieder insgesamt ausgegangen werden muß. Da jedoch, wie erwähnt, die vollzählige Erfassung des Krankenstandes bei den Pflichtmitgliedern ohne sofortigen Anspruch auf Barleistungen und den freiwilligen Mitgliedern nicht so gewährleistet ist wie bei den Pflichtmitgliedern mit sofortigem Barleistungsanspruch (grundsätzlich alle Arbeiter), soll deshalb zunächst auf die Frage eingegangen werden, ob eine solche Gesamtdarstellung überhaupt aussagefähig und sinnvoll ist oder ob sie durch Untererfassungen bei den genannten Versichertengruppen in ihrem Entwicklungsverlauf verzerrt wird.

**Gesamtverlauf folgt im wesentlichen der Entwicklung bei den Pflichtmitgliedern mit sofortigem Barleistungsanspruch**

Die Krankenstandszi­ffern der Pflichtmitglieder mit sofortigem Barleistungsanspruch liegen etwas höher als der Gesamt-Krankenstand der Krankenkassenmitglieder. Inwieweit diese Unterschiede auf einem tatsächlich höheren Krankenstand der Arbeiter beruhen oder auf einer meldetechnisch bedingten Untererfassung derjenigen kranken Mitglieder, die im Krankheitsfall keinen sofortigen Anspruch auf Barleistungen gegenüber ihrer Krankenkasse geltend machen können (meist Angestellte), ist aus der Krankenversicherungsstatistik nicht ersichtlich. Wegen des engen Kontakts zwischen Personalbüro und Krankenkasse dürfte die vollzählige Erfassung der kranken Angestellten bei den Betriebskrankenkassen am ehesten gewährleistet sein. Im Durchschnitt des Jahres 1968 waren bei den Betriebskrankenkassen in Bayern täglich von je 100 Pflichtmitgliedern mit sofortigem Barleistungsanspruch gut 6, von je 100 Pflichtmitgliedern ohne sofortigen Barleistungsanspruch knapp 5 arbeitsunfähig krank. Es kann demnach angenommen werden, daß die Angestellten tatsächlich einen etwas niedrigeren Krankenstand haben als die Arbeiter.

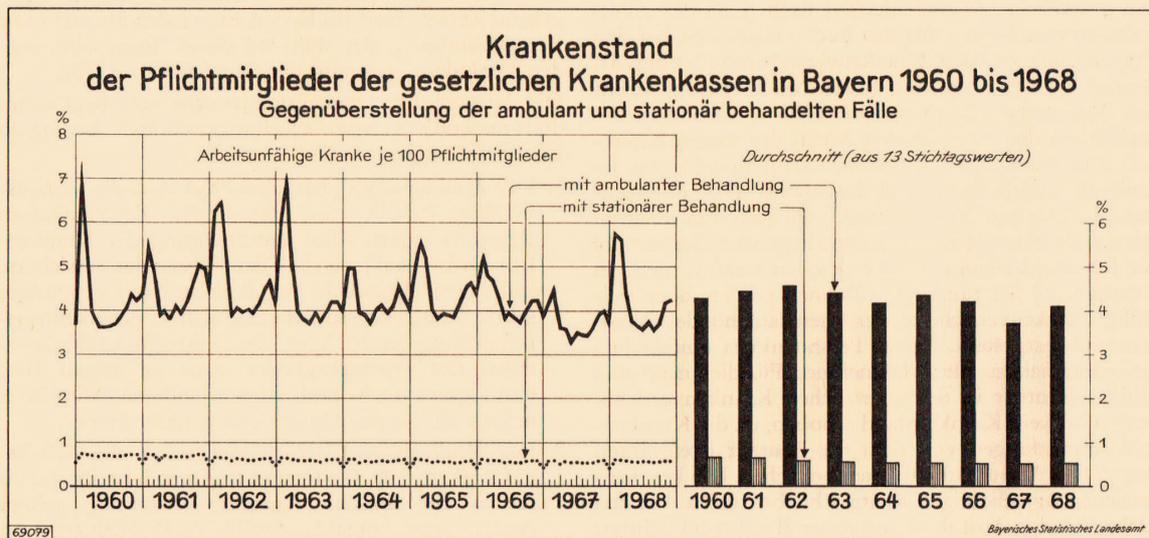


Schaubild 1

Quelle: „Bayern in Zahlen“ Heft 01/1969

Schaubild 1 zeigt, daß die Krankenstandsziffern der Pflichtmitglieder mit sofortigem Barleistungsanspruch zwar stets etwas höher sind als die der Krankenkassenmitglieder insgesamt, daß aber der Entwicklungsverlauf beider Kurven weitgehend gleichgerichtet ist. Diese Parallelität ergibt sich sowohl beim Vergleich der Ursprungsreihen als auch aus den jeweils nach 13 Stichtagsergebnissen errechneten Jahresdurchschnitten. Die Gesamtkurve folgt in ihrer Entwicklung ziemlich genau der Krankenkassenkurve der Pflichtmitglieder mit sofortigem Anspruch auf Barleistungen, die auf einer prak-

tisch vollzähligen Erfassung basiert. Dieser enge Zusammenhang ist zum Teil schon durch die Mitgliederstruktur zu erklären, da mehr als die Hälfte der Krankenkassenmitglieder (ohne Rentner) als Pflichtmitglieder einen sofortigen Barleistungsanspruch haben (vgl. Übersicht 1). Jedenfalls kann — wie eingangs schon erwähnt — davon ausgegangen werden, daß die Untererfassung der kranken Angestellten kaum den Entwicklungsverlauf der Gesamt-Krankenstandsziffern beeinträchtigt, daß der Ungenauigkeitsfaktor also im wesentlichen konstant bleibt.

Vergleicht man für die einzelnen Versichertengruppen nicht die Höhe, sondern den Entwicklungsverlauf der Krankenstandsziffern, so zeigt sich, daß im Gesamtbild des Zeitraumes 1960 bis 1968 der Krankenstand der Angestellten im Gegensatz zu dem der Arbeiter einen deutlich ansteigenden Trend aufweist (Schaubild 2).

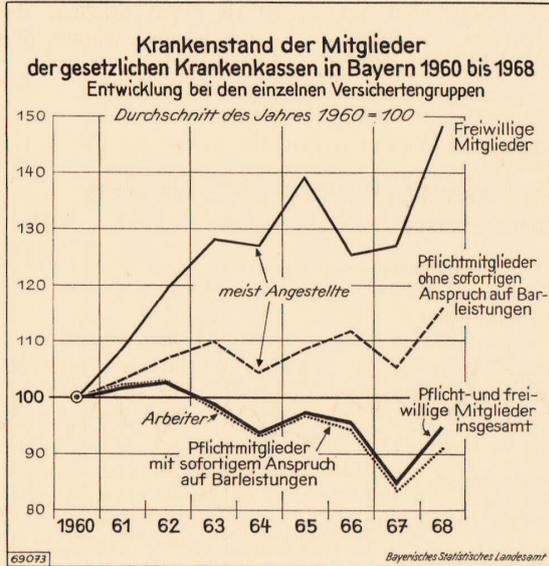


Schaubild 2

**Monatsergebnisse aussagekräftiger als Stichtagsergebnisse**

Der Krankenstand wird als Stichtagsergebnis jeweils zu Beginn des Monats ermittelt. Durch die seit 1962 in die Monatsstatistik der Krankenversicherung eingefügte Erfassung der Fluktuation der arbeitsunfähig kranken Mitglieder ist nun aber auch die im Laufe des Monats eingetretene Veränderung bekannt. Aus dem Anfangsbestand an Kranken plus Zugängen während des Monats oder aus dem Endbestand plus Abgängen ergibt sich die Zahl der Mitglieder, die insgesamt im Laufe des Monats für kürzere oder längere Zeit wegen Krankheit arbeitsunfähig gemeldet waren. Setzt man diese Zahl in Relation zur jeweiligen Gesamtzahl der Mitglieder, so erhält man eine Verhältniszahl, die angibt, wie viele von je 100 Mitgliedern im Laufe des betreffenden Monats krank gemeldet waren.

Übersicht 2. Krankenstand der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen in Bayern 1962 bis 1968

Monat	Arbeitsunfähige Kranke in % der Pflicht- und freiwilligen Mitglieder insgesamt													
	zu Beginn des Monats							im Laufe des Monats						
	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
	Ergebnis der monatlichen Erhebung <sup>1)</sup>													
Januar . . . . .	4,04	3,76	3,61	3,61	4,00	3,52	3,39	12,72	11,66	10,11	9,55	10,70	8,93	11,12
Februar . . . . .	5,74	5,44	4,61	4,55	4,97	3,99	5,39	14,56	14,02	10,67	11,27	10,96	9,44	14,39
März . . . . .	5,93	6,43	4,65	5,13	4,57	4,30	5,32	13,06	14,05	10,03	13,60	11,26	9,54	11,77
April . . . . .	4,75	4,62	3,78	4,82	4,47	3,48	4,24	9,61	9,55	9,50	9,80	9,62	8,11	8,96
Mai . . . . .	3,74	3,81	3,73	3,82	4,16	3,51	3,70	9,22	8,83	7,84	8,79	9,04	7,46	8,55
Juni . . . . .	3,97	3,65	3,50	3,64	3,64	3,22	3,59	8,68	7,73	8,81	8,30	8,53	7,65	7,53
Juli . . . . .	3,81	3,56	3,77	3,67	3,77	3,41	3,54	9,31	9,28	9,65	8,85	8,80	7,92	9,17
August . . . . .	3,85	3,78	3,92	3,64	3,66	3,34	3,66	9,08	8,77	8,88	8,50	8,51	7,83	8,16
September . . . . .	3,75	3,53	3,68	3,57	3,54	3,29	3,47	8,94	8,75	9,19	8,87	8,71	7,81	8,21
Oktober . . . . .	3,95	3,76	3,82	3,94	3,76	3,45	3,60	10,58	10,17	10,07	9,78	9,42	8,78	9,74
November . . . . .	4,29	3,99	4,31	4,28	4,00	3,72	4,04	10,60	9,57	10,22	10,46	9,62	9,02	9,53
Dezember . . . . .	4,48	4,01	4,09	4,41	4,03	3,83	4,11	9,05	8,58	9,11	10,07	8,66	8,08	8,71
<b>Durchschnitt<sup>2)</sup></b>	<b>4,31</b>	<b>4,15</b>	<b>3,93</b>	<b>4,08</b>	<b>4,01</b>	<b>3,57</b>	<b>3,98</b>	<b>10,45</b>	<b>10,08</b>	<b>9,51</b>	<b>9,82</b>	<b>9,49</b>	<b>8,38</b>	<b>9,65</b>
	Gleitender Monatsdurchschnitt <sup>3)</sup>													
Januar . . . . .	4,46	4,26	3,87	4,06	4,08	3,71	3,86	.	10,28	9,36	9,84	9,72	8,70	9,37
Februar . . . . .	4,45	4,26	3,90	4,05	4,08	3,67	3,88	.	10,27	9,38	9,79	9,72	8,64	9,43
März . . . . .	4,44	4,23	3,89	4,03	4,08	3,65	3,89	.	10,25	9,40	9,76	9,71	8,57	9,46
April . . . . .	4,43	4,24	3,91	4,05	4,09	3,64	3,92	.	10,22	9,41	9,73	9,69	8,51	9,52
Mai . . . . .	4,42	4,24	3,95	4,08	4,09	3,64	3,96	.	10,16	9,44	9,73	9,64	8,45	9,58
Juni . . . . .	4,39	4,22	3,96	4,09	4,08	3,62	3,99	.	10,10	9,48	9,78	9,54	8,41	9,63
Juli . . . . .	4,31	4,15	3,93	4,08	4,01	3,57	3,98	10,41	10,02	9,48	9,87	9,41	8,47	.
August . . . . .	4,42	4,22	4,00	4,19	4,01	3,72	.	10,34	9,81	9,49	9,90	9,28	8,77	.
September . . . . .	4,47	4,15	4,04	4,19	3,95	3,82	.	10,36	9,50	9,66	9,79	9,14	9,07	.
Oktober . . . . .	4,37	3,95	4,05	4,14	3,87	3,81	.	10,40	9,33	9,82	9,69	9,01	9,20	.
November . . . . .	4,30	3,88	4,06	4,09	3,80	3,83	.	10,38	9,29	9,87	9,69	8,88	9,28	.
Dezember . . . . .	4,29	3,86	4,05	4,07	3,72	3,84	.	10,32	9,30	9,89	9,71	8,77	9,32	.

<sup>1)</sup> Graphisch in Schaubild 3 dargestellt. — <sup>2)</sup> Bei den Stichtagsergebnissen („Beginn des Monats“): Dreizehmonats-Durchschnitt. Bei den Zeitraumergebnissen („im Laufe des Monats“): Zwölfmonats-Durchschnitt. — <sup>3)</sup> Graphisch in Schaubild 4 dargestellt.

In Übersicht 2 ist auf der linken Hälfte der Tabelle der Krankenstand als Stichtagsergebnis („zu Beginn des Monats“) und auf der rechten als Monatsergebnis („im Laufe des Monats“) ausgewiesen. Diese Zahlen, vor allem ihre graphische Darstellung, zeigen, daß die Krankenstandsentwicklung deutlicher zum Ausdruck kommt, wenn man nicht nur den Stand am Monatsersten, sondern die ganze während des Monats eingetretene Entwicklung berücksichtigt. Zwangsläufig sind diese Krankenstandsziffern höher als die Stichtagsergebnisse, da im Laufe des Monats mehr Personen krank sind als an einem bestimmten einzelnen Stichtag. Auch die saisonale Schwankung kommt deutlicher zur Geltung. Innerhalb eines Monats aufgetretene Spitzenwerte oder Tiefpunkte werden erkennbar, die bei bloßen

Stichtagsergebnissen unter Umständen nicht in Erscheinung treten. Beispiel: Der 1963 im Laufe des Monats März noch relativ hohe Krankenstand kommt im Monatsergebnis deutlich zum Ausdruck, ist aber aus den Stichtagsergebnissen nicht ersichtlich, da der Krankenstand am 1. April bereits wieder verhältnismäßig gering war.

Der grundsätzliche Verlauf ist jedoch bei beiden Darstellungsarten gleich. Wenn man in Kauf nimmt, daß die saisonalen Ausschläge nur in abgeschwächter Form sichtbar werden, ist also das herkömmliche, aus Vereinfachungsgründen auf monatlich einen Stichtag beschränkte Erhebungsverfahren durchaus geeignet, den Entwicklungsverlauf zu charakterisieren.

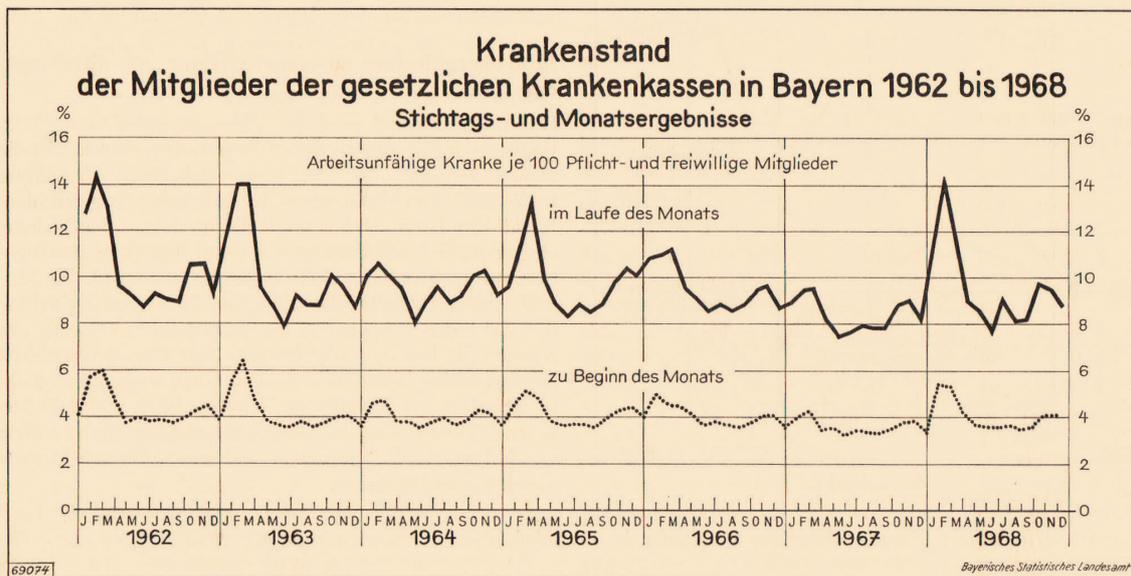


Schaubild 3

### Kein stetiger Entwicklungstrend

Zerlegt man die Entwicklungskurve des Krankenstandes, so ergibt sich für den Zeitraum 1962 bis 1968 der in Schaubild 4 dargestellte Trend und die in Schaubild 6 aufgezeigte Saisonkomponente. Der Entwicklungstrend ist — einmal nach den Stichtagsergebnissen und zum anderen nach den Monatsergebnissen errechnet — als gleitender Dreizehn- bzw. Zwölfmonats-Durchschnitt eingezeichnet.

Die gleitenden Monatsdurchschnitte (zahlenmäßig in Übersicht 2 ausgewiesen) bilden trotz der durch die Durchschnittsbildung vorgenommenen Saisonbereinigung noch eine recht bewegte Kurve. Auch die vereinfachte Trenddarstellung durch Jahresdurchschnitte ergibt im Vergleich der einzelnen Jahre nicht eine stetige Entwicklungsfolge. Eine von Jahr zu Jahr beständige, klare Entwicklungstendenz des Krankenstandes ist somit nicht feststellbar.

Der Krankenstand wies im Zeitraum 1962 bis 1968 in den Jahren 1963/64 und besonders 1966/67 einen rückläufigen Trend auf, aber in den Jahren 1965 und hauptsächlich 1968 eine ansteigende Tendenz.

Trotz dieser Auf- und Abbewegung der einzelnen Jahresergebnisse ist im langfristigen Zeitvergleich eine

Zunahme des Krankenstandes zu beobachten. Von jeweils 1 000 Pflichtmitgliedern mit sofortigem Barleistungsanspruch waren im Durchschnitt<sup>1)</sup> der neun Jahre 1951 bis 1959 täglich 43 arbeitsunfähig krank gemeldet, im Durchschnitt der Jahre 1960 bis 1968 hingegen fast 56. Selbst im Jahr 1967, das mit Abstand den niedrigsten Krankenstand der sechziger Jahre aufwies, war der durchschnittliche Krankenstand höher als in einem der sechs Jahre 1951 bis 1956. Diese langfristig zum Ausdruck kommende Zunahme ist (abgesehen von methodischen und rechtlichen Gründen) vermutlich auch darauf zurückzuführen, daß sich die Verhaltensweisen der Arbeitnehmer bei Erkrankungen im Laufe der Zeit allgemein etwas verändern.

Interessant wäre nun zweifellos die Frage, welcher Krankenstand als „normal“ anzusehen ist. Eine allgemein gültige, objektive Antwort hierauf gibt jedoch die Statistik nicht. Im Durchschnitt<sup>1)</sup> der 18 Jahre 1951 bis 1968 waren von je 100 Pflichtmitgliedern mit sofortigem Anspruch auf Barleistungen täglich rund 5 arbeitsunfähig krank. Diese auf einer 18jährigen, monatlichen Stichtagserhebung beruhende Quote von 5% vermittelt einen überschlägigen, empirisch gewonnenen Anhalt über den im Gesamtbild „normalen“ jahresdurchschnittlichen Krankenstand der Arbeiter. Durch

<sup>1)</sup> Arithmetisches Mittel aus den Jahresdurchschnitten.

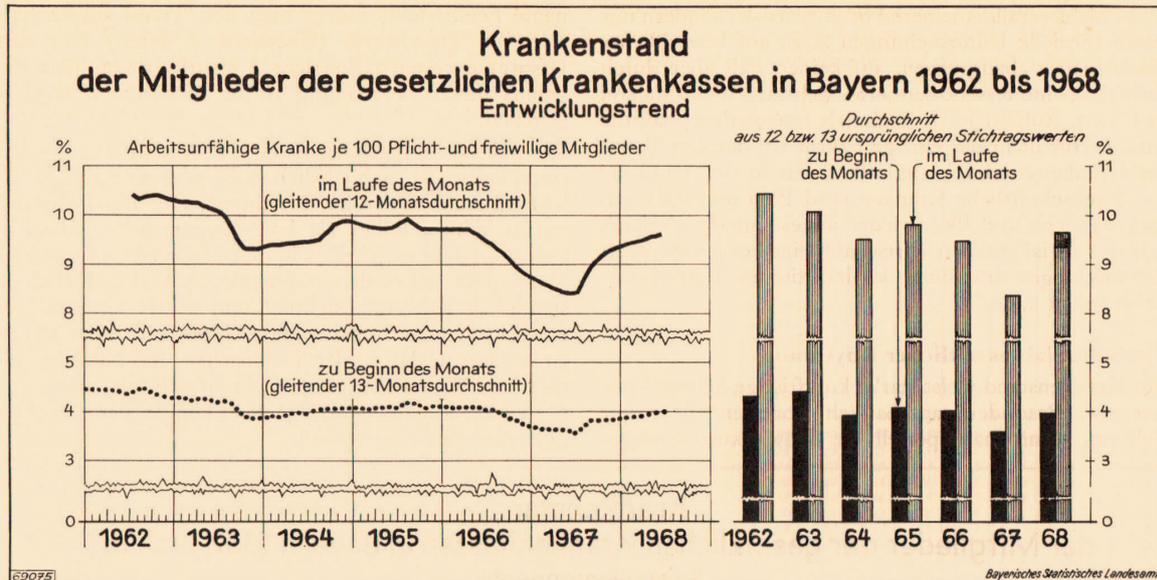


Schaubild 4

die verschiedenen Einflüsse weichen die einzelnen Jahre hiervon mehr oder weniger stark ab. Allerdings ist diese Schwankung, abgesehen von den jahreszeitlich bedingten Spitzen, nicht allzu groß: während der Krankenstand der Pflichtmitglieder mit sofortigem Barleistungsanspruch im Gesamtdurchschnitt 1951 bis 1968 bei 4,9% lag, bewegte er sich im Vergleich der einzelnen Jahresdurchschnitte zwischen 3,3% (1952) und 6,0% (1962). Langfristig gesehen reagiert der Krankenstand also nur zu einem Teil auf verändernde Einflüsse.

**Einfluß der Konjunktur**

Der Trend des Krankenstandes wird offensichtlich durch verschiedenartige Umstände beeinflusst, die komplex ineinandergreifen. Im folgenden soll kurz die Frage untersucht werden, ob sich auch die konjunkturelle Entwicklung des Arbeitsmarktes auswirkt. Als statistische Hilfsgröße zur Darstellung der Arbeitsmarktlage wird dabei der Bedarf an Arbeitskräften — ausgedrückt durch das Verhältnis der offenen Stellen zu den Arbeits-

losen — zugrunde gelegt und dem Krankenstand gegenübergestellt. Diese in Schaubild 5 für den Zeitraum 1958 bis 1968 vorgenommene Gegenüberstellung läßt auf einen gewissen Zusammenhang zwischen Konjunktur und Krankenstand schließen. Beide Kurven nehmen einen ähnlichen Verlauf: bei konjunkturellem Anstieg erhöht sich demnach der Krankenstand und bei Konjunkturabschwächung nimmt der Krankenstand ab.

Auch Korrelationsberechnungen weisen auf einen solchen Zusammenhang hin. So ergeben sich für die Entwicklung 1955 bis 1968 — also für eine relativ lange und deshalb Zufälle ausgleichende Zeitreihe — folgende Korrelationskoeffizienten:

- Rangkoeffizient  $\rho$  nach Spearman-Pearson = + 0,77
- Koeffizient  $i$  nach Fechner = + 0,93
- Korrelationskoeffizient  $r$  nach Bravais-Pearson = + 0,80

Zur Aussage der Korrelationskoeffizienten ist zu erwähnen, daß sie sich nur zwischen minus 1 (gegenläufige Entwicklung) und plus 1 (gleichlaufende Entwicklung) bewegen können. Die errechneten Koeffizienten ergeben eine positive Verbundenheit zwischen Konjunktur- und Krankenstandsentwicklung. Der Korrelationsgrad zeigt jedoch, daß der Krankenstand keineswegs parallel, sondern allenfalls nur teilweise auf konjunkturelle Veränderungen reagiert. Für einen Zusammenhang zwischen Konjunktur- und Krankenstandsverlauf kommen verschiedene Gründe in Betracht. Verleitet etwa die Hochkonjunktur mit ihren guten Beschäftigungsmöglichkeiten den Arbeitnehmer zu einer großzügigeren Pflichtauffassung oder beeinträchtigt die Sorge um den Arbeitsplatz in wirtschaftlich ungünstigen Zeiten eine angemessene Rücksichtnahme auf die Gesundheit? Liegt der Krankenstand in der Hochkonjunktur deshalb relativ hoch, weil auch die gesundheitlich nicht voll einsatzfähigen Arbeitskräfte beschäftigt werden — geht der Krankenstand bei Konjunkturabschwächung deshalb zurück, weil dann in erster Linie diese beschränkt einsatzfähigen Personen aus dem Erwerbsleben ausscheiden? Solche Fragen können aus dem vorhandenen statistischen Material nicht beantwortet werden. Sie sind wohl über-

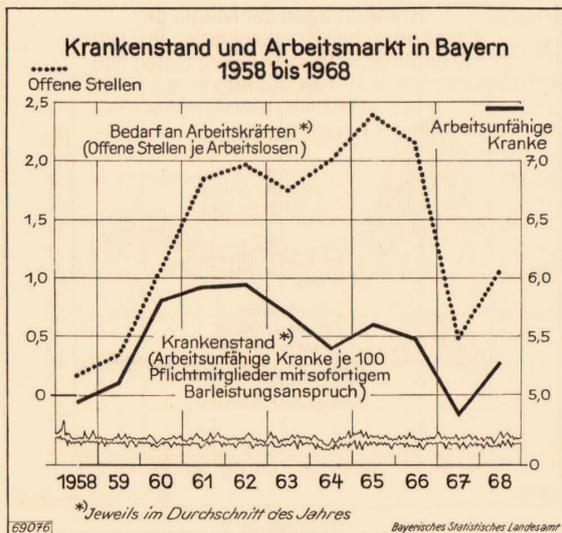


Schaubild 5

Quelle: „Bayern in Zahlen“ Heft 01/1969

haupt nicht verallgemeinernd beantwortbar, sondern nur durch spezielle Untersuchungen z. B. auf betrieblicher Ebene näher abzugrenzen, auf keinen Fall aber durch einseitige, interessenorientierte Schwarz-Weiß-Malerei zu klären. Außerdem ist nochmals festzuhalten, daß die Konjunktur nicht der einzige Faktor ist, der den Trend des Krankenstandes beeinflußt. Auch in der DDR ist der durchschnittliche Krankenstand 1966 und 1967 zurückgegangen und 1968 wieder angestiegen<sup>1)</sup>, obgleich es in der sozialistischen Wirtschaft keine konjunkturellen Entwicklungen im Sinne kapitalistischer Wirtschaftsweise geben kann.

**Typischer jahreszeitlicher Rhythmus**

Der Krankenstand weist starke kurzfristige Schwankungen auf. Besonders anschaulich kommen diese zur Geltung, wenn man speziell die Schwankungskompo-

nente herausstellt, indem man den Trend ausschaltet, also die Trendwerte (Übersicht 2 unten) von den Ursprungswerten (Übersicht 2 oben) abzieht. Das Ergebnis dieser Berechnung ist in Schaubild 6 wieder gegeben.

Die Schwankungskomponente des Krankenstandes hat einen typischen, sich jährlich mehr oder weniger gleichlaufend wiederholenden Rhythmus. Der Krankenstand ist im Winter höher als im Sommer; seine saisonale Spitze erreicht er jährlich in den Monaten Februar und März. Die saisonalen Schwankungen des Krankenstandes sind also offensichtlich und erwartungsgemäß in erster Linie witterungsbedingt. Als Sonderheit ist jedoch zu erwähnen, daß in der Weihnachts- und Neujahrszeit trotz des Winterwetters stets ein erheblicher, allerdings nur kurzer Rückgang erfolgt. Man könnte hier von einer „Feiertagspause“ sprechen.

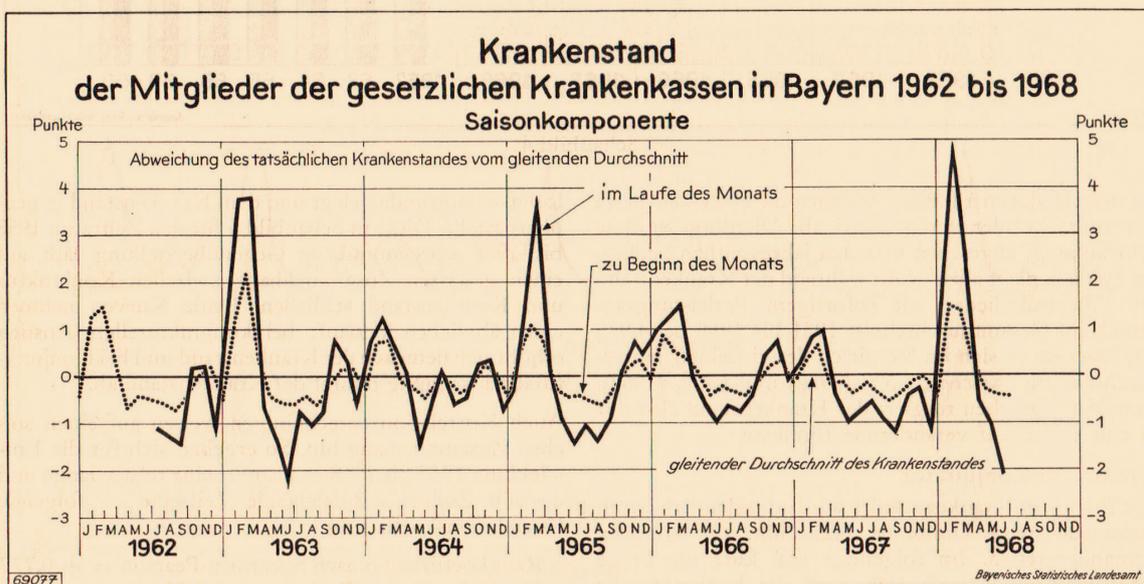


Schaubild 6

Aus Schaubild 6 geht hervor, daß die saisonalen Schwankungen nach oben weit stärker ausschlagen als nach unten. Auf extreme Spitzenbelastungen (z. B. Grippe) reagiert der Krankenstand also relativ stark. Allerdings dauern diese extremen Belastungen nur verhältnismäßig kurze Zeit, so daß im ersten Vierteljahr die Abweichungen vom Durchschnitt wesentlich stärker sind als in den übrigen drei Vierteljahren. Die nach unten weniger ausgeprägte Elastizität weist darauf hin, daß ein bestimmter Krankenstand als saisonunabhängiges Minimum immer — also auch bei sehr günstiger Witterung — bestehen bleibt. Ein Stichtag mit saisonal sehr geringem Krankenstand ist der 1. September. Von je 1000 Pflichtmitgliedern mit sofortigem Barleistungsanspruch waren 1966 bis 1968 am 1. September durchschnittlich 47 arbeitsunfähig krank, im Gesamtdurchschnitt dieser drei Jahre dagegen 52. Das jahreszeitliche Minimum liegt also nicht besonders weit unter dem Jahresdurchschnitt. Jedenfalls ist diese Differenz nicht so groß wie der Unterschied zwischen jahreszeitlichem Maximum und Durchschnitt. An dem relativ stark belasteten Stichtag 1. Februar waren in den drei genannten Jahren von je 1000 Pflichtmitgliedern mit sofortigem Barleistungsanspruch immerhin durchschnittlich 66 arbeitsunfähig krank. Selbst-

verständlich sind die saisonalen Schwankungen nicht in jedem Jahr gleich stark ausgeprägt.

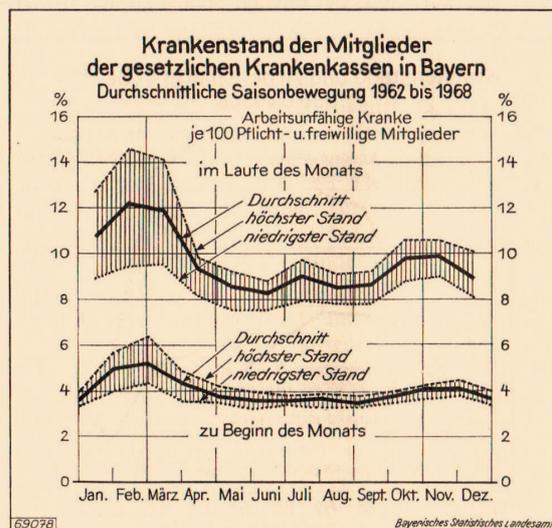


Schaubild 7

<sup>1)</sup> Zeitschrift des FDGB „Sozialversicherung, Arbeitsschutz“ Heft 4/1969, S. 1.

Schaubild 7 stellt die typische Saisonbewegung des Krankenstandes heraus. Zur Darstellung dieser Saisonnormale wurde für die Jahre 1962 bis 1968 jeweils das arithmetische Mittel aller Januar-Krankenstandsziffern, das arithmetische Mittel aller Februar-Ergebnisse usw. berechnet. Die Saisonnormale zeigt den bereits kurz beschriebenen typischen jahreszeitlichen Verlauf des Krankenstandes: Spitze im ersten Vierteljahr — niedriger Stand und relativ wenig Bewegung in den Monaten Mai bis September — Anstieg ab Oktober — Unterbrechung zum Jahreswechsel.

Aufschlußreich ist auch die Einzeichnung eines Schwankungsbereichs. Dies erfolgte in Schaubild 7 in der Weise, daß zum durchschnittlichen Januarstand der im Zeitraum 1962 bis 1968 festgestellte niedrigste und höchste Januarstand angegeben wurde, zum durchschnittlichen Februarwert der niedrigste und höchste Februarwert usw. Dabei ergibt sich wieder, daß in dem saisonal besonders stark belasteten ersten Kalendervierteljahr der Schwankungskorridor wesentlich breiter ist als zur übrigen Zeit des Jahres, daß also der Krankenstand bei ungünstiger Witterung stärker nach oben ausschlägt als bei günstiger Witterung nach unten. Aus der Summe der jeweiligen Abweichungen kann man auch für jeden Erhebungstichtag bzw. -monat eine durchschnittliche Abweichung errechnen<sup>1)</sup>.

**Krankenhausstand zeigt wenig Veränderung**

Der Krankenstand umfaßt die ambulant und die stationär behandelten Arbeitsunfähigkeitsfälle. Die für beide Behandlungsarten gesonderte Darstellung ist in vieler Hinsicht interessant. Erwartungsgemäß überwiegen mit Abstand die ambulant behandelten Arbeitsunfähigkeitsfälle. Nur ein relativ geringer Teil des Krankenstandes — bei den Pflichtmitgliedern z. B. ein Achtel — beruht auf Krankenhausfällen.

Der Krankenhausstand weist wenig Veränderungen auf. Dies gilt sowohl für den langfristigen als auch für den saisonalen Verlauf. Auffallend ist jedoch der jährlich zur Weihnachts- und Neujahrszeit eintretende, vorübergehende Rückgang der Krankenhausfälle; Ende Dezember/Anfang Januar erreicht der Krankenhausstand jährlich seinen niedrigsten Stand (vielfach Krankenhausferien, nur dringende Operationen). Davon abgesehen

Übersicht 3. Krankenstand der Pflichtmitglieder der gesetzlichen Krankenkassen in Bayern 1960 bis 1968, gegliedert nach ambulanter und stationärer Behandlung

Monat	Arbeitsfähige Kranke in % der Pflichtmitglieder (Stand jeweils Monatsender <sup>2)</sup> )								
	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968
Krankenstand ambulant									
Januar . . . . .	3,70	4,39	4,33	4,02	3,91	3,93	4,32	3,78	3,60
Februar . . . . .	7,35	5,63	6,25	5,92	4,96	4,93	5,30	4,19	5,78
März . . . . .	5,56	4,89	6,49	7,11	4,98	5,63	4,80	4,55	5,63
April . . . . .	3,97	3,85	5,01	4,88	3,97	5,25	4,69	3,61	4,33
Mai . . . . .	3,60	4,02	3,86	3,95	3,88	4,04	4,34	3,59	3,75
Juni . . . . .	3,60	3,79	4,10	3,77	3,65	3,81	3,76	3,29	3,66
Juli . . . . .	3,62	4,17	3,96	3,68	4,00	3,93	3,94	3,53	3,56
August . . . . .	3,67	3,90	4,02	3,99	4,18	3,88	3,81	3,45	3,73
September . . . . .	3,85	4,15	3,91	3,70	3,90	3,84	3,68	3,42	3,51
Oktober . . . . .	4,03	4,65	4,12	3,96	4,07	4,12	3,92	3,60	3,68
November . . . . .	4,42	5,08	4,52	4,20	4,65	4,51	4,21	3,89	4,17
Dezember . . . . .	4,19	4,95	4,72	4,20	4,31	4,64	4,23	4,01	4,22
Durchschnitt	4,30	4,45	4,37	4,41	4,19	4,37	4,22	3,73	4,12
Krankenstand stationär (Krankenhausstand)									
Januar . . . . .	0,52	0,50	0,47	0,45	0,43	0,41	0,41	0,41	0,41
Februar . . . . .	0,73	0,73	0,66	0,65	0,61	0,61	0,61	0,58	0,61
März . . . . .	0,71	0,72	0,65	0,64	0,61	0,61	0,59	0,59	0,59
April . . . . .	0,70	0,64	0,64	0,61	0,53	0,59	0,58	0,50	0,58
Mai . . . . .	0,68	0,69	0,56	0,59	0,57	0,54	0,58	0,56	0,55
Juni . . . . .	0,70	0,66	0,62	0,58	0,55	0,56	0,53	0,53	0,54
Juli . . . . .	0,69	0,67	0,60	0,59	0,57	0,54	0,55	0,55	0,57
August . . . . .	0,68	0,67	0,59	0,57	0,58	0,55	0,54	0,53	0,55
September . . . . .	0,68	0,66	0,59	0,55	0,56	0,52	0,53	0,52	0,54
Oktober . . . . .	0,70	0,70	0,61	0,58	0,56	0,53	0,56	0,53	0,55
November . . . . .	0,71	0,73	0,62	0,60	0,59	0,56	0,57	0,57	0,57
Dezember . . . . .	0,71	0,72	0,64	0,61	0,60	0,57	0,57	0,58	0,58
Durchschnitt	0,67	0,66	0,59	0,57	0,55	0,54	0,54	0,53	0,54

ist er weitgehend konstant, also im allgemeinen weder witterungs- noch konjunkturabhängig. Dabei ist allerdings daran zu erinnern, daß ein gleichbleibender Krankenhausstand nicht unbedingt bedeutet, daß auch die absolute Zahl der Krankenhausfälle gleich bleibt; es ist stets auch die Entwicklung des Mitgliederbestandes zu berücksichtigen (vgl. Übersicht 1). Außerdem ist zu erwähnen, daß der Entwicklung des Krankenhausstandes durch die verfügbare Krankenhauskapazität nach oben feste Grenzen gesetzt sind.

Auf saisonale und andere verändernde Einflüsse reagiert somit hauptsächlich nur der Teil des Krankenstandes, der durch ambulant behandelte Arbeitsunfähigkeitsfälle verursacht wird. Das ergibt sich auch aus den in Übersicht 4 dargestellten unterschiedlichen Veränderungsquoten der ambulanten und stationären Arbeitsunfähigkeitsfälle. Bemerkenswert ist die auch bei den ambulant behandelten Arbeitsunfähigkeitsfällen bestehende Zäsur in der Weihnachts- und Neujahrszeit.

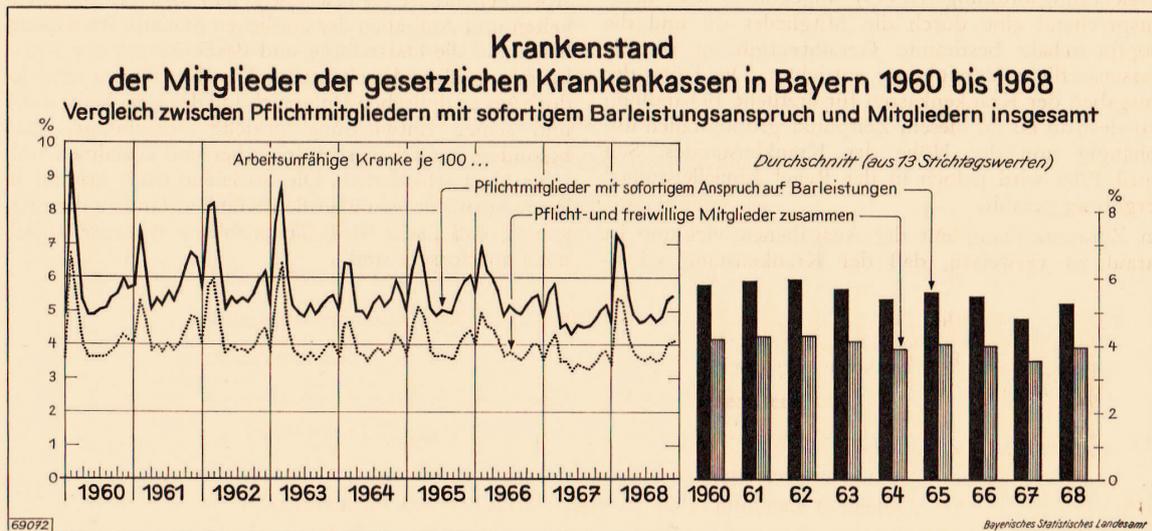


Schaubild 8

<sup>1)</sup> Vgl. Bundesarbeitsblatt Heft 7/1965, S. 267. — <sup>2)</sup> Graphisch in Schaubild 8 dargestellt.

**Krankenkassenausgaben steigen überproportional**

Besonders wichtige Ausgabearten der gesetzlichen Krankenkassen sind, soweit es um ambulante Behandlung geht, die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, für Leistungen aus Apotheken und das Krankengeld. Bei der stationären Behandlung stehen die Ausgaben für Krankenhausbehandlung und Hausgeld im Vordergrund.

Übersicht 4. Veränderung der Arbeitsunfähigkeitsfälle und der Krankenhilfaufwendungen bei den gesetzlichen Krankenkassen in Bayern 1961 bis 1967

Jahr	Veränderung der							
	Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle <sup>1)</sup> mit		Aufwendungen für <sup>1) 2)</sup>					stationäre Krankenhausbehandlung <sup>3)</sup>
	ambulante Behandlung	stationärer	ambulante ärztliche Behandlung <sup>4)</sup>	Arzneien, Heil- und Hilfsmittel aus Apotheken	Krankengeld	Hausgeld	stationäre Krankenhausbehandlung <sup>3)</sup>	
gegenüber dem jeweiligen Vorjahr in %								
1961 . .	+ 2,4	+ 2,1	+ 11,6	+ 14,0	+ 13,7	+ 23,7	+ 13,6	
1962 . .	+ 7,0	+ 2,4	+ 9,2	+ 12,2	+ 12,4	+ 22,2	+ 13,8	
1963 . .	- 2,9	0,0	+ 8,0	+ 11,1	+ 1,1	+ 9,8	+ 10,9	
1964 . .	- 6,0	- 0,0	+ 11,4	+ 10,1	+ 1,7	+ 8,5	+ 11,6	
1965 . .	+ 6,0	+ 1,7	+ 14,9	+ 17,7	+ 11,0	+ 12,0	+ 14,8	
1966 . .	- 3,2	+ 2,1	+ 20,8	+ 20,8	+ 8,1	+ 15,8	+ 15,7	
1967 . .	- 14,2	+ 1,2	+ 5,9	+ 11,7	- 12,0	+ 0,2	+ 13,3	

Es zeigt sich, daß die Krankenhilfaufwendungen der Krankenkassen in den Jahren mit zunehmendem Krankenstand eine wesentlich stärkere Steigerungsquote als der Krankenstand aufweisen und in den Jahren mit zurückgehendem Krankenstand nur schwach auf diesen Rückgang reagieren. Die Ausgaben für ärztliche Behandlung und Leistungen aus Apotheken haben auch bei rückläufigem Krankenstand zugenommen. Die Krankenkassenausgaben entwickeln sich also keineswegs parallel zum Krankenstand. Die Ausgaben für ärztliche Behandlung, Arzneimittel und Krankenhausbehandlung werden auch von anderen Faktoren als der Krankenstandsentwicklung beeinflusst, so z. B. von den Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft. Vor dem 1. April 1966 wurden die kassenärztlichen Leistungen von den Pflichtkrankenkassen in Bayern fast ausnahmslos pauschal im Sinne des § 368 f Reichsversicherungsordnung (RVO) abgegolten und dementsprechend eine durch die Mitgliederzahl und die Kopfpauschale bestimmte Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung entrichtet. Die Höhe der Ausgaben der Krankenkassen für ärztliche Behandlung war deshalb bis zu diesem Zeitpunkt grundsätzlich unabhängig von der Höhe des Krankenstandes. Seit April 1966 wird jedoch in der Regel Einzelleistungsvergütung gezahlt.

Im Zusammenhang mit der Ausgabenentwicklung ist darauf zu verweisen, daß der Krankenstand selbst-

verständlich keine umfassende Aussage über den Gesundheitszustand bzw. die Morbidität der Bevölkerung gibt; bei weitem nicht jeder, der zum Arzt oder zur Apotheke geht, meldet sich arbeitsunfähig krank. Einigermaßen elastisch reagieren auf die Krankenstandsentwicklung nur die Krankengeldausgaben. Hierauf ist es zurückzuführen, daß das Jahr 1967 für die Krankenkassen eine „finanzielle Verschnaufpause“ brachte, in dem erstmals seit 1957 nicht das Krankengeld, sondern die Ausgaben für ärztliche Behandlung den höchsten Ausgabeposten bildeten.

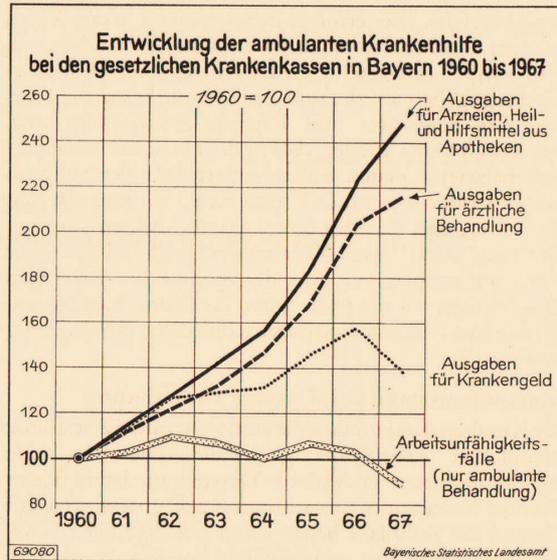


Schaubild 9

Die in Schaubild 9 dargestellten Entwicklungskurven (1960 = 100) zeigen, daß in den sechziger Jahren die Ausgaben der Krankenkassen einen wesentlich stärkeren Anstieg verzeichneten als die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle. Auf den im Jahr 1967 eingetretenen, relativ starken Rückgang des Krankenstandes reagierten nur die Krankengeldausgaben durch einen Rückgang.

Abschließend ist zu erwähnen, daß sich die Möglichkeiten und Aufgaben der amtlichen Statistik im wesentlichen auf die Darstellung und Beschreibung der Krankenstandsziffern beschränken. Darüber hinaus sind jedoch zur analytischen Untersuchung des Krankenstandes und seiner Entwicklung gezielte Forschungen insbesondere aus arbeitssoziologischer und sozialmedizinischer Sicht erforderlich. Die Sozialenquete<sup>4)</sup> kommt in ihren Ausführungen über den Krankenstand zu dem Ergebnis, daß „sehr viele Teilprobleme wissenschaftlich noch unerforscht sind“.

<sup>1)</sup> Pflicht- und freiwillige Mitglieder (ohne pflichtversicherte Rentner). — <sup>2)</sup> Einschließlich entsprechender Leistungen für Familienangehörige. — <sup>3)</sup> Vergütungen für stationäre kassenärztliche Behandlung durch Belegärzte sind statistisch bei ambulanter Behandlung berücksichtigt. — <sup>4)</sup> Im Auftrag der Bundesregierung erarbeiteter Bericht über „Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland (Sozialenquete)“, Kohlhammer-Verlag, 1966.