

Außerbetriebliche Rahmenbedingungen, betriebliche Anreize und Krankenstand der Arbeitnehmer

Reinwald, Norbert

Veröffentlichungsversion / Published Version

Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Reinwald, N. (1997). Außerbetriebliche Rahmenbedingungen, betriebliche Anreize und Krankenstand der Arbeitnehmer. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Differenz und Integration: die Zukunft moderner Gesellschaften ; Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie im Oktober 1996 in Dresden ; Band 2: Sektionen, Arbeitsgruppen, Foren, Fedor-Stepun-Tagung* (S. 282-286). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-139036>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

4. Rationierung statt Rationalisierung?

Für die erfolgreiche Organisation der klinischen Versorgung gibt es keine Patentrezepte – und schon gar nicht in Form einer bruchlosen Übertragung industrieller Produktionskonzepte. Gerade die besonders lautstark propagierten Konzepte verweisen oft weniger auf gesicherte Erfolgchancen als auf ein besonders gelungenes Dienstleistungsmarketing der Managementberatung.

Die klinische Krankenversorgung ist enorm vielfältig und heterogen. Prozeßqualität und Behandlungserfolg sind eng mit gelungener Interaktion und Kommunikation verknüpft. Beides ist individuell geprägt, enthält also unkalkulierbare Elemente und sperrt sich gegen eine allzu starke Standardisierung. Insofern bedarf die erfolgreiche Organisation des klinischen Versorgungsgeschehens sowohl einer engen Abstimmung mit der Bedürfnislage, der Belastbarkeit und den Empfindlichkeiten des verfügbaren Personals als auch der Anerkennung des Unterstützungsbedarfs und der Compliance-Potentiale ganz konkreter Patienten (vgl. dazu ausführlich Feuerstein/Badura 1991: 116ff.)

Sicher gibt es gerade hier Verbesserungschancen durch den Einsatz moderner Methoden der Organisationsgestaltung und Arbeitsstrukturierung. Ob damit allerdings entscheidende Rationalisierungsreserven des medizinischen Systems erschlossen werden können, ist fraglich. Diese liegen weit mehr in einer strikt bedarfsgerechten Dimensionierung des Leistungsgeschehens, einer gezielten Beschränkung des Ressourceneinsatzes auf effektive Verfahren der Diagnostik und Therapie und einer Auswahl der jeweils kostengünstigsten Alternativen. Weder die aktuelle Praxis des medizinischen Technikeinsatzes, noch die der Verordnung von Arzneimitteln weisen auch nur ansatzweise in diese Richtung. Verpaßte Rationalisierungschancen verschärfen jedoch den schon jetzt spürbar gewordenen Zwang zur selektiven Leistungsbegrenzung: der krankheits- oder patientenbezogenen Rationierung notwendiger und medizinisch anerkannter Behandlungsmaßnahmen.

Literatur: beim Autor

Günter Feuerstein, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, PF 10 01 31, D-33501 Bielefeld

7. Außerbetriebliche Rahmenbedingungen, betriebliche Anreize und Krankenstand der Arbeitnehmer

Norbert Reinwald

Der Krankenstand von Arbeitnehmern kann als ein im medizinischen Sinn als Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit einzuordnender psychischer oder physischer Zustand des betroffenen Arbeitnehmers, aber auch als Resultat individueller Handlungen von Akteuren verstanden werden, das zumindest in einem gewissen Maß von objektiv feststellbaren medizi-

nischen Tatbeständen unabhängig ist. Das letztgenannte Konzept steht im Mittelpunkt eines Projekts, das vom Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg in Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Soziologie an der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät durchgeführt wurde (Reinwald: 1995). Es beinhaltete die Formulierung eines handlungstheoretisch fundierten Konzepts zur Erklärung von Unterschieden des Krankenstands der Arbeitnehmer und dessen empirische Prüfung mit Hilfe einer Datenerhebung in einer mittelständischen Branche mit industrieller Fertigung.

1. Theorie

Das *Verhalten von Arbeitgebern und Arbeitnehmern im Rahmen von Arbeitsverhältnissen* kann als *rationales Handeln eigeninteressierter Akteure in einer Handlungssituation, in der ein partieller Interessengegensatz besteht*, begriffen werden. Arbeitnehmer und Arbeitgeber handeln in einer Situation strategischer Interdependenz, in der das mit einer Aktion herbeiführbare Handlungsergebnis jeweils vom Verhalten des Interaktionspartners abhängig ist. Im Rahmen spieltheoretischer Überlegungen läßt sich zeigen, daß derartige Interaktionssituationen so strukturiert sein können, daß bei Fehlen geeigneter Kooperationsanreize das für beide Akteure schlechtestmögliche Ergebnis realisiert wird, wie dies beim Gefangenendilemma der Fall ist (Büschges et al. 1995: 128ff.).

Da in Arbeitsverhältnissen aus prinzipiellen (Vorhersehbarkeit und Spezifizierbarkeit aller möglichen Situationen) und Kostengründen die Leistungen beider Vertragspartner nicht detailliert vertraglich festgelegt werden können, besteht für beide Seiten ein Spielraum, sich in Handlungssituationen für kooperatives bzw. nichtkooperatives Verhalten (Shirking) zu entscheiden (Milgrom und Roberts 1992: 179ff.).

Im Rahmen dieser Überlegungen läßt sich der *Krankenstand der Arbeitnehmer als Form nichtkooperativen Verhaltens* interpretieren. Dies setzt Wahlmöglichkeiten der Arbeitnehmer zwischen Anwesenheit im Betrieb und Abwesenheit wegen Krankheit voraus. Diesbezügliche *Entscheidungsspielräume* bestehen in vielen Fällen, da keine eindeutige objektive Abgrenzung zwischen Gesundheit und Krankheit möglich ist und somit die Begriffe Krankheit und Arbeitsunfähigkeit zumindest teilweise unbestimmt bleiben (Nieder und Blaschke 1979: 18f.). Damit verbunden sind praktische Schwierigkeiten bei der Feststellung von Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt; so stützt sich die ärztliche Diagnostik nicht selten auf Auskünfte des Patienten. Für den Arbeitnehmer besteht Unsicherheit bei der Wahrnehmung des eigenen Befindens und der Einschätzung der Möglichkeit, den Arbeitsanforderungen gerecht zu werden. Aus den genannten Gründen ergeben sich für den Arbeitnehmer auch bei Vorliegen einer Attestpflicht Möglichkeiten einer Beeinflussung des Arztes und damit Spielräume, eine Krankmeldung herbeizuführen oder zu vermeiden und ihre Dauer zu beeinflussen. Diese Überlegungen machen deutlich, daß die Nutzung derartiger Spielräume durch die Arbeitnehmer keineswegs zwingend einen Mißbrauch der gesetzlich gegebenen Möglichkeiten impliziert; bei diesem handelt es sich lediglich um einen schwer abgrenzbaren Sonderfall.

Die *Nutzung der Spielräume* ist *abhängig von den rechtlichen und institutionellen Rahmenbedingungen* (z.B. Regelung der Lohnfortzahlung), *individuellen Merkmalen, Rah-*

menbedingungen auf dem Produkt- und Arbeitsmarkt sowie den betrieblichen Arbeitsbedingungen, die die Handlungssituation der Arbeitnehmer bei Krankmeldungen strukturieren. Insbesondere die betrieblichen Bedingungen, die von den Interaktionspartnern vor Ort gestaltet werden können, können als endogene Anreize zu einer effizienten Lösung des Kooperationsproblems im Rahmen von Arbeitsverhältnissen beitragen (vgl. Abraham 1996: 48ff.). Hinsichtlich der Wirkungen von Anreizen sind kurzfristige (z.B. unmittelbare Sanktionen) und langfristige Aspekte (z.B. Erhöhung des Entlassungsrisikos) für das Kalkül der Arbeitnehmer bedeutsam.

2. Untersuchungsdesign, Datenerhebung und Datenauswertung

Dieses Konzept wurde zum Ausgangspunkt der empirischen Erforschung von betrieblichen und außerbetrieblichen Bedingungen des Krankenstands der gewerblichen Arbeitnehmer in der deutschen feuerverzinkenden Industrie, einer mittelständischen Branche mit Betriebsgrößen zwischen 5 und 150 Mitarbeitern. Beim Verfahren der Feuerverzinkung werden Metallteile in eine Zinkschmelze getaucht, wodurch sich eine Legierung an der Oberfläche des Metalls bildet, die es vor Korrosion schützt. Der Arbeitsablauf ist industriell organisiert und in vier Teilschritte zerlegt (Aufrüstung, Säurebereich, Kesselbereich, Abrüstung), in denen einfache Tätigkeiten zu verrichten sind, die in der Regel durch Arbeitskräfte ohne abgeschlossene Berufsausbildung ausgeführt werden. Bei den untersuchten Arbeitnehmern handelt es sich somit um eine vergleichsweise homogene Population. Die Produktion wird jeweils durch einen Meister geleitet, dem ein für die Gesamtleitung des Betriebs zuständiger Geschäftsführer übergeordnet ist.

Untersucht wurden 539 Arbeitnehmer in 12 Betrieben, die so ausgewählt wurden, daß zentrale Merkmale der Betriebe die aus externen Daten bekannten Branchenbedingungen widerspiegeln. Da sich bei der Datenauswertung Übereinstimmungen zwischen den untersuchten Arbeitnehmern bzw. Betrieben und der Branche hinsichtlich der Verteilung weiterer wichtiger Merkmale zeigten, kann davon ausgegangen werden, daß die ermittelten Ergebnisse auch erste empirische Evidenzen für die Branche aufzeigen.

Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe strukturierter mündlicher Befragungen von betrieblichen Schlüsselinformanten (Geschäftsführer und Meister), einer strukturierten Beobachtung von Arbeitsplatzbedingungen und einer Dokumentenanalyse, die die individuelle Erfassung von Krankenstandsdaten und zentraler persönlicher Merkmale der Arbeitnehmer auf der Grundlage der betrieblichen Statistik beinhaltete. Untersuchungszeitraum war das Jahr 1993.

Als zentrale abhängige Variable wurde die Krankenquote (KQ) der Arbeitnehmer analysiert, in der zum Ausdruck kommt, welchen prozentualen Anteil die Krankentage an den Sollarbeitstagen eines Arbeitnehmers während der Zeit seiner Betriebszugehörigkeit haben (Eissing 1991: 46f.). Einbezogen in die Berechnung der Krankenquoten wurden Abwesenheiten wegen Krankheit mit und ohne Lohnfortzahlung, Arbeitsunfall und Kuren. Da die untersuchte Branche eine hohe Personalfuktuation aufweist, wurde zusätzlich nach Betriebszugehörigkeitsdauer während des untersuchten Jahres gewichtet, so daß sich die Daten auf Beschäftigtenjahre beziehen.

3. Ausgewählte empirische Ergebnisse

Bei der Analyse der *individuellen Merkmale* wird die Bedeutung der außerbetrieblichen sozialen Einbettung der Arbeitnehmer deutlich. Verheiratete Arbeitnehmer verfügen im Gegensatz zu ledigen Arbeitnehmern über ein (potentielles) zweites Haushaltseinkommen; für sie sind somit die Folgen einer Entlassung weniger gravierend, was zu einer häufigeren Nutzung der Möglichkeiten der Krankmeldung führt (KQ Verheiratete 10,2%; Ledige 6,8%). Der entsprechende Zusammenhang ist sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Arbeitnehmern vorfindbar. Das Aufziehen von Kindern ist, besonders solange die Kinder klein sind, mit zusätzlichen sozialen Belastungen verbunden, die zu einem höheren Krankenstand führen. Erwartungsgemäß ist ein Zusammenhang zwischen der Existenz von Kindern und Krankenstand lediglich bei der Gruppe der jüngeren Arbeitnehmer (KQ ohne Kinder 5,9%; mit Kindern 7,4%) feststellbar.

Als *betriebliche Anreize* sind sowohl Aspekte der Entlohnung als auch nichtmonetäre Arbeitsbedingungen bedeutsam. Unter den im Untersuchungszeitraum gegebenen Bedingungen ändert sich die *Lohnhöhe* im Fall einer Erkrankung in der Regel nicht (Lohnfortzahlung) oder lediglich in geringem Umfang (Krankengeld). Von ihr dürften somit kaum Einflüsse auf den Krankenstand ausgehen. Dagegen ist zu erwarten, daß der Krankenstand niedriger ist, wenn höhere Löhne als in den Umgebungsbetrieben gezahlt werden, da in diesem Fall bei Arbeitsplatzverlust ein größeres Risiko besteht, keinen Arbeitsplatz mit gleicher Entlohnung zu finden. Eine mehrfaktorielle Varianzanalyse bestätigt, daß lediglich die relative Lohnhöhe im Vergleich zu den Umgebungsbetrieben bedeutsam für die Höhe der Krankenstands ist (KQ bei gleichem oder schlechterem Lohn als in Umgebungsbetrieben 10,7%; bei besserem Lohn 8%). Für Lohnbestandteile, die sich nach An- und Abwesenheit im Betrieb unterscheiden, können jedoch auch Effekte im Rahmen des kurzfristigen Kalküls der Arbeitnehmer nachgewiesen werden (z.B. KQ bei Existenz von Anwesenheitsprämien 8,6%; ohne Anwesenheitsprämien 10,5%).

Hinsichtlich der *nichtmonetären Beschäftigungsbedingungen* erweist es sich als wichtig, daß die *Bedürfnisse der Arbeitnehmer* berücksichtigt werden. Als vorteilhaft erweisen sich z.B. im Rahmen der Arbeitszeitregelungen sowohl Mechanismen, die den Arbeitnehmern Wahlmöglichkeiten eröffnen (KQ bei Wahlmöglichkeit zwischen finanziellem und Freizeitausgleich im Fall von Überstunden 7,3%; bei ausschließlich finanzieller Abgeltung 10,1%), als auch die Beachtung der Arbeitnehmerwünsche bei betrieblichen Regelungen (KQ wenn Arbeitszeitwünsche wahrgenommen und mittelmäßig oder schwach berücksichtigt 9,2%; wenn wahrgenommen und stark berücksichtigt 4,3%). Letzteres zeigt sich auch im Bereich Führungsstil: Die Existenz sozialer Kontakte zwischen Geschäftsführer und Belegschaft, die Gelegenheit bieten, über Probleme und Wünsche der Arbeitnehmer zu sprechen, ist unabhängig von der Betriebsgröße mit einem niedrigeren Krankenstand verbunden (KQ wenn Kontakte gegeben 8,7%; nicht gegeben 9,8%). Gleichzeitig gilt, daß in den Betrieben, in denen der Geschäftsführer die gewerblichen Arbeitnehmer häufiger kontrolliert, der Krankenstand niedriger ist (KQ wenn häufige Kontrollen 7,3%; seltene Kontrollen 10,3%). Mit einer intensiveren Wahrnehmung von Arbeitsergebnis und Anwesen-

heitsverhalten des Arbeitnehmers steigt die Wahrscheinlichkeit von (negativen bzw. positiven) Sanktionen als Reaktion der Vorgesetzten.

Hinsichtlich der *Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt* widersprechen die Projektergebnisse der Erwartung, daß der Krankenstand der Arbeitnehmer bei höherer Arbeitslosigkeit niedriger ist, da bei höherer Arbeitslosigkeit die Konsequenzen einer Entlassung schwerwiegender sind. Erklären läßt sich dies, wenn man in die Analyse die Fluktuation einbezieht, die neben der Krankmeldung eine wichtige weitere Möglichkeit nichtkooperativen Verhaltens von Arbeitnehmern darstellt. In Betrieben, die in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit liegen, ist auch die Ersetzungsquote, die die betrieblich unerwünschte Fluktuation widerspiegelt, gering. Somit kann davon ausgegangen werden, daß in Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit Möglichkeiten eines Betriebsaustritts den Arbeitnehmern nur eingeschränkt zur Verfügung stehen und deshalb bei Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen Krankmeldung als alternative Form nichtkooperativen Verhaltens häufiger gewählt wird. Die empirischen Ergebnisse stützen diese Interpretation (KQ bei geringer Ersetzungsquote und hoher Arbeitslosigkeit (12,4%); bei hoher Ersetzungsquote und geringer Arbeitslosigkeit (5,9%).

4. Fazit

Die Ergebnisse zeigen, daß das Abwesenheitsverhalten der Arbeitnehmer im Rahmen eines nutzen- und spieltheoretisch orientierten Ansatzes konsistent interpretiert werden kann. Insbesondere konnten Möglichkeiten aufgezeigt werden, die Krankenquote durch eine adäquate Gestaltung der betrieblichen Anreizstruktur zu beeinflussen. Die Datenauswertung zeigte, daß Einzelergebnisse soweit möglich im Kontext anderer Wirkungsfaktoren analysiert und interpretiert werden sollten. Dies gilt im besonderen Maß für die Einbeziehung von Möglichkeiten nichtkooperativen Verhaltens, die für die Arbeitnehmer eine Alternative zur Krankmeldung darstellen.

Literatur

- Abraham, Martin 1996, Betriebliche Sozialleistungen und die Regulierung individueller Arbeitsverhältnisse. Frankfurt a.M. u.a.
- Büschges, Günter und Martin Abraham und Walter Funk 1995, Grundzüge der Soziologie. München.
- Eissing, G. 1991, Fehlzeiten. Betriebliche Ursachenanalysen und Maßnahmen. In: *Angewandte Arbeitswissenschaft* 130: 44-104.
- Milgrom, Paul und John Roberts 1992, *Economics, Organization and Management*. Eaglewood Cliffs.
- Nieder, Peter und Dieter Blaschke 1979, Zur Bedeutung, Definition und Erfassung von Fehlzeiten. In: Peter Nieder (Hg.), *Fehlzeiten*. Bern und Stuttgart: 15-20.
- Reinwald, Norbert 1995, Außerbetriebliche Rahmenbedingungen, betriebliche Anreize und Krankenstand der Arbeitnehmer. Eine Untersuchung des Krankenstands der Arbeitnehmer in ausgewählten Betrieben der feuerverzinkenden Industrie. Projektbericht. Nürnberg.

Dipl.-Sozw. Norbert Reinwald, Universität Erlangen-Nürnberg, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Lehrstuhl Soziologie, Findelgasse 7/9, D-90402 Nürnberg