

Kap 4. Kein Volk eingebildeter Kranker -das Märchen vom Mißbrauch

Die Seitennummerierung ist identisch mit jener in der Buchveröffentlichung

4. Kein Volk eingebildeter Kranker - das Märchen vom Mißbrauch

Zu den gängigen Argumentationsmustern in der Gesundheitspolitik gehört die Behauptung, die steigenden Ausgaben der Krankenkassen seien zwangsläufiges Resultat der umfassenden Absicherung der Bürger in der GKV. Diese führe zu einer »Vollkasko mentalität« und provoziere geradezu Mißbrauch von Leistungsangeboten der GKV. Dem liegt die unter Ökonomen weit verbreitete Lehre vom *moral hazard* (übersetzt etwa »moralische Versuchung«) zugrunde. Sie geht davon aus, daß jede Umverteilungsfinanzierung von Leistungen falsche Anreize enthält, ja sogar das Gegenteil ihrer gutgemeinten Absichten bewirkt, nämlich soziale Ungerechtigkeit. »Blauer Montag«, hoher Krankenstand, zu viele Arztbesuche und teure Facharzt konsultationen seien gar nicht zu vermeiden, wenn alle Leistungen von der Krankenkasse und nicht von den Versicherten selbst finanziert werden müßten.

Die These vom *moral hazard*

Grundlage dieser These ist eine von Schumpeter (1950) und Downs (1957) entwickelte »Ökonomische Theorie der Demokratie«, die davon ausgeht, daß Politik ähnlich funktioniert wie die Marktwirtschaft. In beiden Bereichen dominiere der am Eigennutz orientierte »homo oeconomicus«. Dem Politiker gehe es im Grunde nur darum, seine persönlichen Ziele zu verwirklichen, d. h. Macht, Prestige oder persönlichen Wohlstand zu erlangen. Auch den Wahlbürger als quasi Nachfrager von Politik interessiere nur der eigene Vorteil. Alle verhielten sich auch in der Politik gemäß der bereits von

Adam Smith, dem Vater der modernen Volkswirtschaftslehre, konstatierten Tauschmentalität des Warenbesitzers.¹

Anders als in dem klassischen Marktmodell von Adam Smith werden in der Demokratie die divergierenden Einzelinteressen je doch nicht durch das Wirken einer »unsichtbaren Hand« zu einem harmonischen Ganzen gefügt, behauptet der amerikanische Politik-Wissenschaftler Olson. In seinem Klassiker »Theorie des kollektiven Handelns« (1968) vertritt er die Auffassung, daß kollektive Politikziele und individuelle Interessen bzw. Handlungen nicht deckungsgleich seien und sich sogar bei gemeinsamer Interessenlage der Beteiligten sehr verschieden entwickelten. Angesichts des menschlichen Strebens, zunächst den eigenen Vorteil im Auge zu haben, sei die Organisierung gemeinschaftlicher Interessen mit einem kaum lösbaren Dilemma verbunden. Die Gruppen bzw. Verbände müßten ihren Mitgliedern Vorteile bieten, die sie ohne Mitgliedschaft nicht erhalten würden. Biete eine Organisation - z.B. eine Gewerkschaft - Kollektivgüter an, z.B. das Aushandeln von Tarifverträgen für einen Betrieb oder Wirtschaftszweig, dann trete der »Trittbrettfahreneffekt« ein. Für das ökonomisch rational denkende Individuum lohne es nicht, zahlendes Mitglied dieser Organisation zu werden, da sich ohne die Beitragszahlung das gleiche Resultat ergebe. Daraus folge, daß eine Organisation, die Kollektivgüter anbietet, nur bei Zwangsmitgliedschaft überleben könne. Jeder, der von der Arbeit des Verbandes profitiert, müsse verpflichtet werden, sich an dessen Finanzierung angemessen zu beteiligen. Das wiederum provoziere eine Überinanspruchnahme der von dem Verband bereitgestellten Güter und Dienstleistungen, da jedes seiner Mitglieder versuchen würde, soviel wie möglich für das eingezahlte Geld wieder herauszuholen, schon um nicht derjenige zu sein, der weniger erhält, als er in den Fonds eingezahlt hat. Das Ergebnis dieses ökonomisch rationalen Verhaltens der Individuen sei die syste-

1 Adam Smith beschrieb die Sozialpsychologie des Marktes wie folgt: »Wer einem anderen einen Handel anträgt, macht ihm den folgenden Vorschlag: Gib mir, was ich will, und du sollst haben, was du willst. Das ist der Sinn jedes derartigen Anerbietens; und so erhalten wir voneinander den bei weitem größten Teil der guten Dienste, die wir benötigen.«

matische Vergeudung von Ressourcen, also aus volkswirtschaftlicher Sicht eine Irrationalität.

Olsons Modellannahmen haben sich in den vergangenen 20 Jahren zu *der* theoretischen Grundlage von Konzepten zum Abbau des Sozialstaates entwickelt. Der amerikanische Gesundheitsökonom Pauly (1968) hat daraus seine mittlerweile zum Schlagwort geronnene These vom *moral hazard* abgeleitet, d. h. einer moralischen Gefährdung der Bürger durch Sozialleistungen. Ursache für diese Gefährdung sei der Wohlfahrtsstaat und das Prinzip der Finanzierung über Umverteilung, nach dem auch die GKV vorgehen. Da die Beiträge für alle Versicherten auf der gleichen Basis festgesetzt würden, gerieten einzelne in Versuchung, mehr medizinische Leistungen nachzufragen als erforderlich. Der einzelne Versicherte könne nicht abschätzen, welche Gegenleistung ihm für seine Beitragszahlungen zusteht. Solange der Umfang der beanspruchten Leistung keinen Einfluß auf die Höhe des gezahlten Beitrages habe, werde jeder Versicherte danach streben, so viele Leistungen wie möglich zu erlangen. Aus Sicht der Theorie handelt der Versicherte ökonomisch rational: Für zusätzlich erhaltene Leistungen entstehen keine zusätzlichen Kosten. Fragt er nur in bescheidenem Umfang nach, wird er unter Umständen sogar übervorteilt, da sich andere aus seinen Beitragszahlungen bedienen. Für Pauly prägt diese eigennützige Mentalität das Verhalten aller Versicherten und führt zu einem überproportionalen, sachlich nicht begründbaren Anstieg der Krankenkassenausgaben und damit letztlich zu einer Steigerung der Beitragssätze.

Mit Abhandlungen über das *Moml-hazard-Theorem* lassen sich mittlerweile ganze Bücherschränke füllen. Von vielen Gesundheitsökonomern und Politikern wird es mit einer Selbstverständlichkeit verwendet, die Zweifel an seiner praktischen Relevanz gar nicht mehr zuzulassen scheint. Das ändert freilich nichts daran, daß ein empirischer Beleg für dieses Verhaltensmuster bei den Nutzern medizinischer Leistungen noch aussteht. Nicht von ungefähr weichen seine Epigonen auf Gleichnisse aus dem Alltagsleben aus. So illustriert z.B. der deutsche Gesundheitsökonom Herder-Dorneich (1981) seine These von der »Rationalitätenfalle« in der GKV an-

hand eines promilleträchtigen Betriebsausfluges. Werde ein solches Vergnügen von den Teilnehmern per Umlage finanziert, sei es für niemanden lohnend, auf ein Bier zu verzichten. Im Gegenteil, rational sei es für den einzelnen, mehr als die anderen zu trinken, um nicht hinterher derjenige zu sein, der mit seiner Einlage den Rausch der anderen finanziert hat, während man selbst noch nüchtern ist. Beliebt sind auch Beispiele aus der Hausrats- oder Kfz-Kasko-Versicherung.

Abgesehen davon, daß noch nicht einmal Betriebsfeiern stets nach diesem Muster verlaufen, fehlt jeder Beleg dafür, daß das Gesundheitswesen in dieser Weise funktioniert. Die Behauptung der »Rationalitätenfalle« im Gesundheitswesen ist an ein völlig unrealistisches Merkmal des Patientenverhaltens geknüpft. Es wird davon ausgegangen, daß die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen ein Genuß ist, von dem der Patient - wie manche (!) Trinker von Bier - gar nicht genug bekommen kann. Diese Annahme läßt sich ohne große wissenschaftlichen Analysen widerlegen. Schon der Hinweis auf nervende und zeitraubende Wartezeiten beim Arzt, die zweifelhaften Freuden eines Zahnarztbesuches oder den reichlich herben Genuß einer Bypassoperation sollten ausreichen. Wir werden uns im folgenden eingehend mit der anscheinend faktenresistenten Behauptung auseinandersetzen, die GKV verleite systematisch zum Mißbrauch ihres Leistungsangebotes.

Volkssport »Krankfeiern«?

Wenn es um den Mißbrauch sozialer Leistungen geht, wird kaum ein anderer Beleg so häufig angeführt wie die Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen bzw. der Krankenstand. Vom angeblichen Mißbrauch der Leistung »Krankschreibung« bzw. »Arbeitsunfähigkeit« wird dann sehr oft auf ähnliche Verhältnisse in anderen Leistungsbereichen geschlossen.

Schon ein Blick auf die Allgegenwart und den Variantenreichtum entsprechender Etiketten zeigt die zentrale Stellung des Krankenstands für die Propagandisten der Mißbrauchsgesellschaft. Da wim-

melt es von Blaumachern, wird selbst im Gewerkschaftsjargon »krankgefeiert« und - bevorzugt in Zeiten der Hochkonjunktur - der »Zusatzurlaub auf Krankenschein« genommen. Angesichts dieser Fülle von »Drückebergern an der Arbeitsfront« und »Simulanten«, entwarf das auf diesem Feld missionarisch tätige Wochenmagazin *Der Spiegel* zum vorläufig letzten gesetzgeberischen Versuch, den Mißbrauch zu stoppen, das folgende Problempanorama: »Die Krankenzahlen in Betrieben und Behörden steigen *stetig an*, und es sieht so aus, als habe das *nicht nur medizinische Gründe*. Studien und Krankheitsdaten lassen den Schluß zu, daß ein *beträchtlicher Teil* der Bundesbürger *regelmäßig* blau macht.« (*Spiegel* Heft 18/1996; Hervorhebungen durch den Autor)

In diesem Absatz werden nahezu alle Techniken eingesetzt, mit denen sich eine erfolgreiche Legende konstruieren läßt: Weder in diesem Zitat noch an einer anderen Stelle des umfangreichen Artikels werden die gravierenden quantitativen Behauptungen und Andeutungen wirklich erhärtet. Statt dessen leistet die Häufung diffuser Attribute - ein »stetiger«, »regelmäßiger« Leistungsmißbrauch durch »beträchtliche« Bevölkerungsteile - apokalyptischen Szenarien Vorschub¹. Die ressentimentgeladene Stimmung wird durch sachliche Ungenauigkeiten verstärkt wie z. B. die Vernachlässigung des Sachverhalts, daß nur eine zahlenmäßige Minderheit der »Bundesbürger«, nämlich die lohnabhängig Beschäftigten, überhaupt »blaumachen« können.

Als der Bundesverband der Betriebskrankenkassen im Sommer 1997 seine jährlichen Daten zur Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit vorstellte und in der Tat einen Rückgang für das Jahr 1996 meldete, werteten viele Vertreter der Mißbrauchsthese dies als Beweis für eine dramatische Trendwende. Ein Teil der Dramatik verdankte sich aber nicht den Zahlen, sondern dem Ziel, die Kürzungen der

¹ Der unumstrittene Meister dieser Methode, bei Bedarf aus jeder Entwicklung eine apokalyptische Bedrohung werden zu lassen, ist der Dortmunder Statistiker W. Krämer. Dieser läßt praktisch keine Gelegenheit aus, nachzuweisen, daß und wie »wir« von Bedrohungen durch sozialproduktverschlingenden Gesundheitsausgaben bedroht oder durch die längerlebigen Nutznießer von Präventionsleistungen umstellt sind.

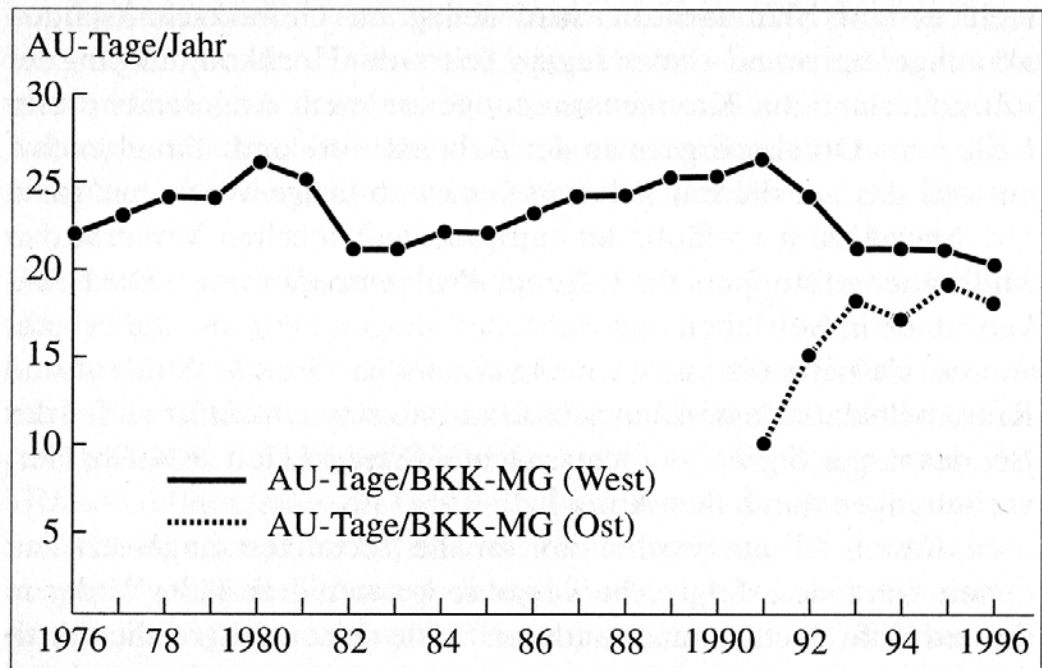


Abbildung 4.1
Jährliche Arbeitsunfähigkeitstage pro Pflichtmitglied einer Betriebskrankenkasse 1976-1996 (Ost- und Westdeutschland)

Quelle: Daten des Gesundheitswesens 1997, Daten 1996 Stand: Dezember

Lohnfortzahlung (von 100 % auf 80 %) und des Krankengeldes (von 80 % auf 70 %) zu verteidigen.

Statistisch betrachtet bestätigt die langfristige Entwicklung des Krankenstandes bzw. der Krankschreibungen die gängigen Vorurteile »arbeitsscheuer« und »eingebildeter« Kranker keineswegs. Zwei Übersichten liefern einen repräsentativen Eindruck: Erstens die langjährige Übersicht zur Anzahl von Arbeitsunfähigkeits (AU)-Tagen der Mitglieder aller Betriebskrankenkassen (BKK) und zweitens die ebenfalls langjährige Übersicht zur Entwicklung des Krankenstands aller in der GKV pflichtversicherten Personen.

Das Ergebnis ist in beiden Fällen eindeutig: Von einer stetigen oder gar quantitativ relevanten Zunahme von Leistungsmissbrauch oder einer dramatischen Trendwende im Jahr 1996 ist im Lichte bei-

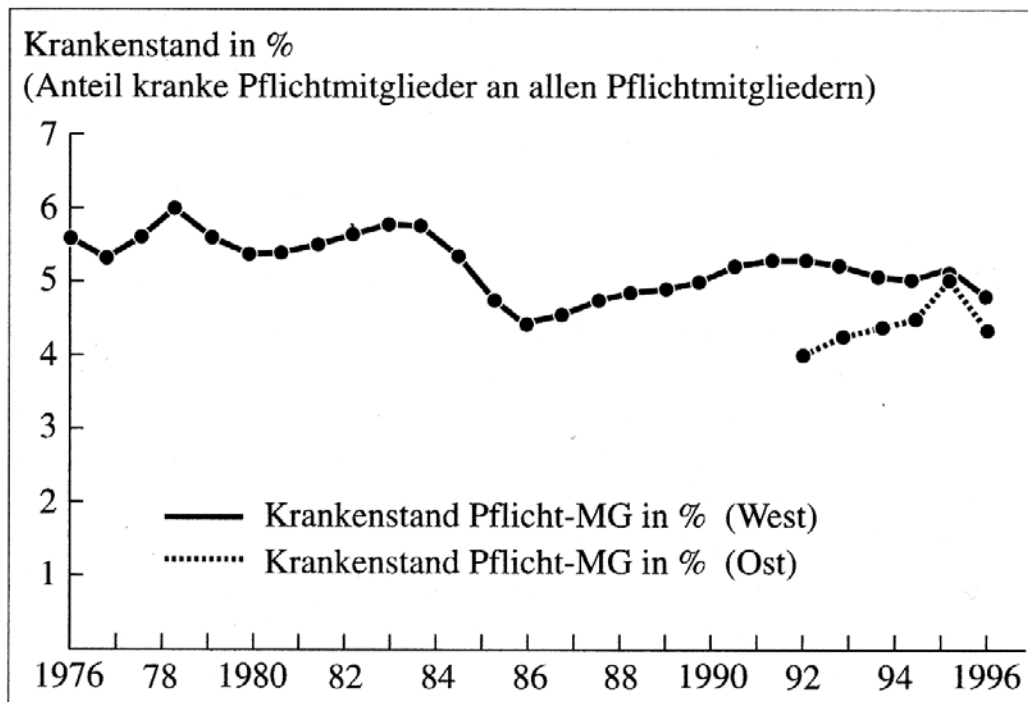


Abbildung 4.2
Krankenstand der Pflichtmitglieder in der GKV in Prozent der Pflichtmitglieder (Ost- und Westdeutschland) 1970-1996

Quelle: Daten des Gesundheitswesens 1997, Daten 1996 Stand: Dezember

der Indikatoren nichts zu erkennen. Mit Ausnahme der erheblichen Zunahme beider Indikatoren in Ostdeutschland für die Jahre nach 1991 schwankte die Anzahl der AU-Tage und der damit statistisch eng verbundene Krankenstand seit über 20 Jahren in einem relativ schmalen »Korridor« hin und her, ohne einen eindeutigen oder gar bedrohlich zunehmenden Trend. Es gab zuvor geringere Werte als 1996. und auf das aktuelle Inanspruchnahmeniveau wurde z.B. schon vor rund drei Jahren eingeschwenkt.

Auch der Hinweis auf deutlich niedrigere Krankenstände in anderen Industrieländern ignoriert wichtige Faktoren für die Entwicklung des Krankenstandes. Selbst wenn der internationale Vergleich von Krankenstandsindikatoren methodisch sauber möglich wäre, läßt er die spezifischen Bedingungen von Arbeit, Arbeits-

Organisation oder auch Umweltfaktoren in den verglichenen Gesellschaften völlig außer acht. Typisch für die deutsche Arbeitswelt sind z.B. extrem intensiviert und verdichtete Arbeitsprozesse. Das führt im internationalen Vergleich zu einer sehr hohen Produktivität und günstigen Lohnstückkosten, bedeutet aber auch ein höheres Risiko zu erkranken.

Befindlichkeitsstörungen, die unter anderen Produktivitätsverhältnissen evtl. noch die Beteiligung am Arbeitsprozeß zugelassen hätten, gefährden bei hochintensiven Arbeitsprozessen Produktivität und Sicherheit. Daher muß auch der Zeitpunkt der Rückkehr in den Arbeitsprozeß später erfolgen. Diese Besonderheiten des deutschen Arbeitslebens machen es auch problematisch, die andernorts üblichen Zwangs- oder Anreizmethoden zu einer zurückhaltenden Inanspruchnahme von Arbeitsunfähigkeit (z.B. Karenztage) zu übernehmen. Entweder »greifen« sie unter den in Deutschland vorherrschenden Arbeitsbedingungen nicht oder sie führen zu unerwünschten sozialen und gesundheitlichen Folgen (z. B. Verschieben der Krankheitslast in die nähere Zukunft oder von der Kranken- in die Rentenversicherung).

Betrachtet man das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen etwas näher, stößt man schnell auf Hinweise, die an einer hohen Zahl von Mißbrauchsfällen zweifeln lassen. Statt dessen scheinen viele Vertreter der Mißbrauchsthese bewußt statistische Erkenntnisse zu unterdrücken, wenn sie die beiden Indikatoren von Arbeitsunfähigkeit, die Fälle und die Tage, je nach Belieben für ihre Zwecke funktionalisieren. Die auf den ersten Blick immer hohen AU-Fallzahlen werden z. B. häufig ohne jede Differenzierung als Beleg für massenhaften und folgenschweren Mißbrauch herangezogen. Dabei wird unterschlagen, daß sich die AU-Fälle grob in zwei Gruppen aufteilen lassen, die von sehr unterschiedlicher Brisanz sind: Es gibt eine sehr große Gruppe von Fällen, bei denen sich die Krankschreibung meist nur über wenige Tage erstreckt und die daher insgesamt wenig Ausfalltage auslösen. Dies ist sicherlich aus Sicht des Arbeitgebers, der in jedem Fall einen »Springer« einsetzen muß, lästig, gesamtwirtschaftlich aber eher irrelevant. Demgegenüber steht eine sehr kleine Anzahl von Fällen, bei denen die Arbeitsunfähigkeit

sehr lange dauert und die daher überproportional viele AU-Tage auf sich vereinigen.

Im Jahre 1996 führten die AU-Fälle, die länger als sechs Wochen dauerten (6 %), zu 48 % aller ausgefallenen Tage (1994: 44 %, 1995: 45 %). 27,2 % aller AU-Fälle bei den Betriebskrankenkassen hatten eine Dauer von drei Tagen und trugen »nur« zu 3,2 % aller AU-Tage bei. Weitere rd. 50 % aller AU-Fälle dauerten bis zu einer Woche und »produzierten« dabei aber nur etwas mehr als 10 % aller durch Arbeitsunfähigkeit bedingten Fehltage in den Betrieben. Schließlich rührten 14 % des gesamten Krankenstandes aller BKK-Mitglieder im Jahre 1996, d. h. aller AU-Tage dieses Jahres, allein von AU-Fällen her, die ein Jahr und länger dauerten.

Fast die Hälfte aller AU-Fälle werden also von Erkrankungen chronischer Art verursacht, die nicht mehr mit bloßem Leistungsmißbrauch oder Simulantentum zu erklären sind.

Querschnittsuntersuchungen über kurze Zeiträume, wie die soeben zitierte für das Jahr 1996, müssen sich den Einwand gefallen lassen, daß ihre Ergebnisse nicht repräsentativ sein können. Ein einzelnes Jahr kann immer eine Ausnahmeentwicklung spiegeln. Daher soll das Problem von Krankenstand und Leistungsmißbrauch abschließend am Beispiel eines längeren Zeitraums untersucht werden. Zwischen 1989 und November 1995 wurde das Verhalten von 22432 erwerbstätigen, durchgängig versicherten Mitgliedern der Gmünder Ersatzkasse (GEK), einer bundesweiten Ersatzkasse, analysiert. Diese Versicherten konnten in einem Zeitraum von fast sieben Jahren zu jedem Zeitpunkt krank geschrieben werden, sich in einem Akut-Krankenhaus versorgen lassen oder eine stationäre Maßnahme der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen. Geprüft wurde, inwieweit diese Personen Leistungen in den genannten Bereichen in Anspruch genommen haben. Unsere Auswertung betrachtet die Ergebnisse gezielt durch die Brille der verschiedenen Mißbrauchserwartungen. Zunächst werden die Resultate zum Bereich der Krankschreibungen vorgestellt: - Fast alle, nämlich 92,14% oder 20669, der vorwiegend in der Metall- und Elektrotechnikindustrie beschäftigten Kassenmitglieder waren in den knapp sieben Jahren irgendwann minde-

68 Kein Volk eingebildeter Kranker?

stens einmal arbeitsunfähig. Bei Einjahresanalysen sind durchschnittlich nur 60 % aller Erwerbstätigen mindestens einmal arbeitsunfähig. Die krankgeschriebenen Personen hatten insgesamt 171151 AU-Fälle. Interessant ist dabei, daß die Gruppe der Personen, die in den sieben Jahren niemals arbeitsunfähig waren, nicht sonderlich homogen ist, also z. B. nur jüngere Personen umfaßt.

- Die 20669 Personen, die arbeitsunfähig waren, haben die Arbeitsunfähigkeit aber deutlich unterschiedlich in Anspruch genommen: 1617 Personen waren in rund sieben Jahren nur einmal und 1715 Personen zweimal krank geschrieben. »Nur« 1408 Personen waren in sieben Jahren insgesamt siebenmal, d. h. durchschnittlich einmal im Jahr, krank geschrieben. Von den 20669 Krankgeschriebenen hatten 54,4 % in den sieben Jahren bis zu sieben Fälle. Insgesamt konzentrieren sich auf diese Gruppe rd. 64 % aller AU-Fälle. Diese Personengruppe als notorische »Blaumacher« zu charakterisieren fällt schwer.
- Noch deutlicher wird die schwache empirische Basis der Mißbrauchsmärchen, wenn wir eine realistischere Grenzmarke für Leistungsmißbrauch aufstellen. Mehr als 21 Krankschreibungen in den sieben Jahren, d. h. durchschnittlich mindestens drei »Auszeiten« pro Jahr, könnten ein hartes Indiz für fortgesetzte mißbräuchliche Inanspruchnahme sein. Dies trifft dann aber »nur« noch auf 3,9% der insgesamt krank geschriebenen Personen zu. Mindestens zwei Drittel dieser Personen sind jedoch chronisch krank oder über einen Zeitraum krank geschrieben, der auf eine schwere Erkrankung schließen läßt (Braun/Helmert 1998). Mißbrauch kann in diesen Fällen weitgehend ausgeschlossen werden. Damit bleiben noch maximal 1,6 % übrig, bei denen von klarem Mißbrauch ausgegangen werden *kann* (nicht muß).
- Quantitativ ist ein übermäßiger Mißbrauch des Gesundheitswesens mit Hilfe von Krankschreibungen also nicht nachzuweisen. Nicht viel anders sieht es aus, wenn man untersucht, wie hoch die maximale Anzahl der Mißbraucher von Krankenhausaufenthalten und stationären medizinischen Rehabilitationsangeboten ist:

Für die Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen haben wir das Verhalten von 54054 durchgängig Versicherten (erwerbstätige Mitglieder, Mitversicherte und Rentner) derselben bundesweiten Krankenkasse innerhalb der knapp sieben Jahre untersucht. Bei 61,3 % gab es keinerlei Inanspruchnahme, d. h. also nur 39,7 % oder 21474 Mitglieder hatten überhaupt derartige Leistungen in Anspruch genommen. Davon waren 11898 Personen einmal und 4976 Personen zweimal im Krankenhaus. Siebenmal und damit durchschnittlich einmal pro Jahr waren nur noch 572 Personen in stationärer Behandlung. Nur 1,8% aller Personen, die in sieben Jahren überhaupt im Krankenhaus waren, waren mehr als siebenmal dort. Zieht man auch hier eine Mißbrauchsgrenze bei einer mehr als siebenmaligen Inanspruchnahme, dann redet man über einen Anteil von maximal 396 Personen oder 0,57 % der untersuchten Krankenversicherten. Wir verzichten auch hier darauf, die Art und die Schwere der Erkrankungen dieser Personengruppe genauer zu untersuchen. Sie wird aber in jedem Fall die maximale Anzahl der Leistungsmißbraucher erheblich zusammenschrumpfen lassen. Eine genauere Betrachtung der Inanspruchnahme von stationären medizinischen Rehabilitationsangeboten der Rentenversicherungsträger führt uns zu immer kleineren Zahlen. Vor allen quantitativen Betrachtungen sei daran erinnert, daß solche Leistungen nur nach einer mehrstufigen ärztlichen Begutachtung zugänglich werden. Von den 22432 Kassenmitgliedern, die überhaupt berechtigt waren, zu jedem Zeitpunkt der sieben Jahre eine derartige Leistungen in Anspruch zu nehmen, haben dies 2782, d. h. 12,4 %, getan. Obwohl es im Untersuchungszeitraum gesetzlich möglich gewesen wäre, mindestens zweimal eine solche Leistung zu erhalten (der damalige Regelabstand zwischen zwei Rehabilitationsmaßnahmen war drei Jahre), kam dies nur bei 617 Personen vor. 2165 Mitglieder hatten eine Rehabilitationsmaßnahme und schließlich 79 sogar drei derartige stationären Aufenthalte. 9 Menschen gelang es, mehr als drei Maßnahmen in Anspruch zu nehmen. Selbst wenn mehrere Rehabilitationsmaßnahmen in diesem Zeitraum schon als Mißbrauch gelten, betreiben

ihn nur so wenige der Anspruchsberechtigten, daß es keines Systemumbaus, sondern höchstens einer genaueren Einzelfall-Kontrolle bedarf, um hier eindämmend zu handeln. Diese Daten stehen jedem, der an einer Analyse von Mißbrauch interessiert ist, zur Verfügung oder sind in enger Zusammenarbeit mit Krankenkassen und Wissenschaftlern auswertbar. Würden sie genutzt, könnten laufend Annahmen zum Mißbrauch überprüft bzw. quantifiziert werden. Die geringe Zahl von Mißbrauchsfällen, die wir bei unserer Analyse identifizieren konnten, rechtfertigt die Fülle von rhetorischen und leistungsrechtlichen Interventionen nicht.

Freizeitsyndrom »blauer Montag«?

Anders als viele andere Märchen und Legenden im Gesundheitsbereich stützt sich die Behauptung, viele Arbeitnehmer nützten den »blauen Montag«, um ihr Wochenende zu verlängern, auf eine nachweisbare empirische Größe: Seit Jahrzehnten beginnen in verschiedenen Kassen, Regionen oder Berufsgruppen rund 33 % aller Krankschreibungen am Montag. Wesentlich weniger verbreitet und bedacht wird, daß ebenfalls durchweg am Samstag und Sonntag nur rd. 1 % aller Krankschreibungen stattfinden.

Diese empirischen Tatsachen bildeten den Ansatzpunkt einer Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO) über den Mißbrauch durch Krankmeldungen am Montag (Eberle, Thimmel, Vetter 1996). Die Studie geht zu Recht davon aus, daß die Wahrscheinlichkeit, durch eine gesundheitliche Störung arbeitsunfähig zu werden, an jedem Wochentag, also auch am Wochenende, existiert. Da am Wochenende nicht die Notwendigkeit und in vielen Regionen praktisch nicht die Möglichkeit (z. B. kein oder ein unterbesetzter Notdienst) besteht, sich behandeln bzw. »krank schreiben« zu lassen, schließt die montägliche Arbeitsunfähigkeit das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen des gesamten Wochenendes mit ein. Führt man eine »Wochenendbereinigung« der AU-Fälle des Montags durch, entfallen auf ihn in der AOK-Studie nur noch 12 % der Fälle. Im Vergleich mit allen anderen Werk-

tagen steht der Montag dann auf dem vorletzten Rang, nur knapp vor dem Freitag (10 % der Krankschreibungsstarts).

Eine Überprüfung dieser Ergebnisse am Sample der Gmündner Ersatzkasse bestätigt diese Befunde. Innerhalb von sieben Jahren beginnt für 77,1 % der Untersuchungsgruppe mindestens einmal eine Arbeitsunfähigkeit am Montag. Auch hier ist interessant, wie viele Personen wie oft am Montag krank geschrieben werden: 4448 Personen, d.h. rund 21,5 % aller überhaupt einmal und rd. 25,7% aller am Montag krank geschriebenen Personen hatten in den sieben Jahren eine einzige Krankschreibung an einem Montag. 16017 Personen, d. h. 92,6 % aller an einem Montag Krankgeschriebenen, begannen maximal siebenmal in sieben Jahren an diesem Wochentag ihre Arbeitsunfähigkeit. Angenommen, bei mehr als 14 montäglichen Krankschreibungen in sieben Jahren finge der Mißbrauch an, bleiben noch 1272 oder 6,2 % aller überhaupt krank geschriebenen Personen übrig, die als »harter Kern« von »Blaumachern« angesehen werden könnten.

Die Diagnosen der AU-Fälle, die am Montag beginnen (Grobe, Dörning 1997), weisen allerdings auf einen Zusammenhang mit Freizeitaktivitäten am Wochenende hin. So beginnen z.B. »Verstauchungen und Zerrungen« mit einer AU-Dauer von bis zu sieben Tagen zu 46,4 % unerwartet (Erwartungswert: 42,9 %) zahlreich am Montag. Gleiches gilt für »Affektionen des Rückens« mit 44,2 % und »Prellungen der unteren Extremitäten« mit 43,7% der zu Wochenbeginn attestierten AU-Fälle. Die Tatsache, daß sich diese Art akut-kurzzeitiger, schlecht zu simulierender, oft sichtbarer und ursächlich eindeutiger Verletzungen montäglich häuft, spricht gegen die Annahme, den Versicherten (wie ihren Ärzten) sei nahezu jede Diagnose recht, um »blaumachen« zu können. Die Studie mit Daten der GEK liefert auch Belege dafür, daß Umweltbedingungen den Krankenstand und auch die Erkrankungen am Montag beeinflussen. Für die Jahre 1990 bis 1995 zeigte sich ein eindeutiger Zusammenhang von Atemwegserkrankungen und jahreszeitlichen Temperaturschwankungen. Die Debatte um den blauen Montag ließe sich ohne weiteres versachlichen, wenn ihre Teilnehmer sich den Anlässen der Krankschreibungen zuwenden würden.

Die Vielzahl von Behauptungen über die Ursachen von Arbeitsunfähigkeit haben zwei Funktionen: Erstens machen sie durch eindeutige Schuldzuweisungen und die uneingeschränkte Annahme, bei den empirischen Verhältnissen handle es sich um Ergebnisse absichtsvollen Handelns, die »Opfer« verantwortlich (»blaming the victims«). Zweitens lenken sie gezielt von Ansätzen und Faktoren ab, die das Geschehen überhaupt oder zutreffender erklären könnten. Solange man die Schuldigen unter den Kranken sucht, bleiben die krankmachenden Bedingungen in der Arbeitswelt - Unfallgefahren, unangemessene Arbeitsumgebung, Überlastung, Konflikte (»Mobbing«) - ausgeblendet. Dies dürfte ein Hauptgrund für die lange Lebensdauer der Legende vom »blauen Montag« sein.

Gemeinschaftsdelikt Krankschreibungen ?

Die Legende vom »blauen Montag« findet ihre gefällige Fortsetzung in der Unterstellung, ein nicht geringer Teil von Krankschreibungen gehe auf eine Art Verschwörung zwischen Arzt und Patient zurück. Die Ärzte, so die Behauptung, schrieben in erheblichem Maße aus Gefälligkeit und mit sachlich unhaltbaren Begründungen krank. Tatsächlich simulierten die Versicherten aus reiner Faulheit Erkrankungen. Die Ärzte hingegen wollten ihre Patienten halten oder seien schlicht unfähig zur Diagnose. So brisant und beeindruckend solche Vorwürfe wirken, so schwer sind sie empirisch zu belegen. Da aber jedermann mindestens ein »Mißbrauchs-Duo« kennt, erscheint sowohl die Generalisierung plausibel als auch eine empirische Überprüfung selbst dann unnötig, wenn es an praktische Schlußfolgerungen geht.

Für eine Studie (Ferber, L. v. 1988) über die Zuverlässigkeit von Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen wurden alle Personen, die in einem bestimmten Zeitraum von niedergelassenen Ärzten krank geschrieben worden waren, nochmals durch poliklinisch erfahrene Ärzte des Vertrauensärztlichen Dienstes untersucht. Je höher die Zahl übereinstimmender Diagnosen, desto schwerer läßt sich die Behauptung aufrechterhalten, der krank schreibende Arzt habe ein

Gefälligkeitsgutachten ausgestellt. Außerdem läßt sich durch die doppelte Untersuchung auch in Erfahrung bringen, ob der Vertrauensarzt mehr bzw. andere Erkrankungen diagnostiziert als der krank schreibende Arzt.

Bei der Beurteilung der Ergebnisse muß beachtet werden, daß der krank schreibende Arzt primär die Arbeitsunfähigkeit attestiert und dies nicht unbedingt durch detaillierte Diagnosen belegen muß oder kann. Ausländische Studien zeigen ferner, daß Diagnose und Therapie bei verschiedenen Ärzten im normalen Medizinbetrieb weit voneinander abweichen. Selbst wenn man diese Bedingungen zugrunde legt, existiert in der zitierten Studie eine enorme Übereinstimmung der Diagnosen. Damit schrumpft der mögliche Anteil des »Mißbrauchs durch Fehl- oder Falschdiagnose« erheblich zusammen. Außerdem findet sich eine hohe Quote von Unter-Diagnostik bzw. Nichtentdeckung durch die ambulanten Ärzte. Eine Reihe gravierender gesundheitlicher Probleme wird häufig bei der »normalen« AU-Diagnostik nicht entdeckt. Also könnte die schon seit Jahrzehnten geforderte strengere Überprüfung der Diagnosen von Krankschreibungen sogar zu zusätzlichen Krankschreibungen führen.

Zu den wenigen Versuchen der Institutionen sozialer Sicherung, die Existenz von Leistungsmißbrauch zu überprüfen, gehört das Projekt PAULA (Projekt Arbeitsunfähigkeit/Länderübergreifende Auswertung) des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), das 1994/95 in fünf Regionen verschiedener Bundesländer durchgeführt wurde (Mein 1996; o.V. 1996, Gensch 1997). In diesem Modellversuch wurden nach jahrelanger Kritik insbesondere der Arbeitgeber, der MDK nehme seine Kontrollpflichten nicht ernst genug, 13119 AU-Fälle mit einer Dauer von mehr als 22 Tagen gründlich kontrolliert. Die ärztlichen Experten des MDK kamen zu folgendem Ergebnis:

- Die Ärzte des MDK hegten in einem ersten Überprüfungsschritt bei 5 % der Fälle, d. h. bei 656 Personen, einen »Verdacht auf medizinisch nicht begründete Arbeitsunfähigkeit«.
- Von diesen darauf zur weiteren Prüfung eingeladenen Personen erschienen 32 %, d. h. 210, beim MDK. Der Rest nahm in der Zeit

zwischen Einladung und Kontrolltermin wieder die Arbeit auf, was bei einer Arbeitsunfähigkeitsdauer von mehr als 22 Tagen sehr naheliegt, oder ignorierte die Einladung. Es ist wohl unzulässig, diesen 446 Personen pauschal Leistungsmissbrauch vorzuwerfen.

- 17 % der erschienenen Personen, d. h. 36 Menschen, wurden als arbeitsfähig beurteilt. Das Ergebnis dieser aufwendigen Überprüfungsaktion lautet also, daß bei 36 von 13119 Arbeitsunfähigen, d.h. bei 0,3%, nachgewiesen werden konnte, daß die Arbeitsunfähigkeit medizinisch nicht begründet war. Selbst wenn man unterstellte, die 446 Personen, die nicht mehr zur Untersuchung erschienen waren, seien Simulanten gewesen, beträgt die Mißbrauchsquote maximal 3,7 %. Wie vielen Personen eine vielleicht medizinisch angezeigte Krankschreibung nicht gewährt oder erst gar nicht angeregt wurde, ist nicht untersucht worden. Wie sieht es aber mit der Erpressung durch Patienten und der Erpreßbarkeit von Ärzten als Grundlage für eine Art »einverständlichen Leistungsmissbrauch« aus? Die bisherigen Berechnungen zeigen, daß diese Variante des Mißbrauchs unwahrscheinlich bzw. quantitativ zu vernachlässigen ist. Trotzdem können sowohl viele Patienten wie auch viele Ärzte spontan eine Fülle von Beispielen anführen, so daß der Eindruck entsteht, derartige Methoden seien allgegenwärtig. Direkte systematische Untersuchungen, ob und in welcher Weise diese Einzelfälle verallgemeinert werden dürfen, gibt es allerdings nicht.

Ein mehrjähriger Modellversuch ging der Behauptung nach, viele Ärzte seien gezwungen, zu viele und qualitativ fragwürdige Medikamente zu verschreiben, um die Abwanderung ihrer Patienten zu verhindern. Der Versuch überprüfte die Verordnungen der Ärzte einer Region und nutzte dieses Wissen, um die Ärzte über ihre Möglichkeiten einer rationalen Pharmakotherapie zu beraten. Außerdem ging der Modellversuch der Frage nach, wie Patienten reagieren, wenn Ärzte nach einem ausführlichen Gespräch mit dem Patienten weniger Arzneimittel verordneten als bisher. Tatsächlich verloren Ärzte, die Medikamente sparsamer verordneten, insgesamt kaum »alte« Patienten, ja sie gewannen gegenüber ihren Kol-

legInnen, die nicht zu den sparsamer verordnenden Ärzten gehörten, sogar einige neue Patienten hinzu. Nur in der Altersgruppe der über 70jährigen Patienten sehen die Abwanderungsverluste der sparsamer verordnenden Ärzte etwas größer aus, ohne daß dies aber zu einem negativen Saldo von Patientengewinnen und -Verlusten führte (Dornier 1990).

Das Ergebnis ist also eindeutig: Eine qualitativ orientierte Analyse und Beeinflussung der Verordnung von Arzneimitteln scheitert weder an der Kooperationsunfähigkeit von Ärzten und Krankenkassen noch gar an Erpressungsversuchen der Patienten. Die von und für die Ärzte beschworenen Gefahren, durch eine fachlich geleitete Zurückhaltung gegenüber Patientenwünschen eine existenzgefährdende Anzahl von Patienten zu verlieren, existieren offensichtlich nicht im erwarteten Maße. Unabhängig davon, ob Begehrlichkeiten nach Medikamenten tatsächlich existieren, erweist sich die Mehrheit der Patienten als überzeugungsfähig und einsichtig.

Ansturm der Hypochonder?

Beliebt ist das Klischee einer Gesellschaft von wehleidigen Sozialversicherten, deren Mitglieder wegen jeder Kleinigkeit zum Arzt rennen oder sich über Gebühr für alle Fälle durchchecken lassen. Inbegriffen ist der Vorwurf, die Krankenversicherten würden vorschnell und unnötig Experten konsultieren. Je greller und bedrohlicher die Behauptungen wirken, desto seltener oder karger sind auch hier seriöse Belege für die Existenz und den Umfang derartiger Verhaltensweisen.

Die Verallgemeinerung von Einzelfällen und der Mangel an Fakten lassen sich gewiß nicht nur auf die fehlende Bereitschaft zurückführen, sich mit Problemen sachlich auseinanderzusetzen. Es gibt leider oder bezeichnenderweise über die Inanspruchnahme von Leistungen im deutschen Gesundheitswesen keine *systematische* und *dauerhafte* Statistik¹, und das trotz der seit Jahrzehnten be-

1 Der Münchner Ökonom Günter Neubauer, langjähriges Mitglied des Sachverständigen-

schworenen Bedrohung, die eine ungesteuerte Leistungsentwicklung für die Lage und Zukunft des Gesundheitssystems bedeutet.

Die wenigen regional oder zeitlich begrenzten empirischen Untersuchungen belegen, daß Leistungen im Gesundheitswesen sehr differenziert und keineswegs exzessiv in Anspruch genommen werden: Mehrere Analysen in den 80er Jahren zeigten, daß Menschen mit Krankheitsepisoden keineswegs beim geringsten Wehwehchen sofort einen Arzt oder andere teure Experten aufsuchen. Das Gegenteil ist richtig: 60 bis 80% dieser Personen kommen mit ihren gesundheitlichen Problemen nie zu Ärzten (Troschke 1981; Grunow 1988). Die Mehrheit der Ereignisse wird durch gesellschaftliche bzw. familiäre Selbsthilfe bewältigt. Verschiedene Gesundheitswissenschaftler sprechen angesichts dieser und aktuellerer Zahlen sogar schon von einer gesundheitsgefährdenden Unter-Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems.

Im Jahre 1995 widmeten sich z.B. rd. 67500 Selbsthilfegruppen der eigenverantwortlichen Bewältigung von Krankheit und der Förderung von Gesundheit. In diesen Gruppen befanden sich ca. 2,65 Millionen Mitglieder vorübergehend oder dauerhaft (Kettler, v. Ferber 1997, 227)¹. Diese Zahlen dürften in Zukunft eher wachsen als abnehmen.

In einer Bevölkerungsbefragung des Statistischen Bundesamtes (Mikrozensus) aus dem Jahr 1992 gaben 30 % der Beamten und Angestellten und 30 % der Arbeiter an, sich trotz vorliegender Erkrankung oder Verletzung zur Arbeit zu begeben. Dieses Volumen wird durch eine Bevölkerungsumfrage in Bremen aus dem Jahre 1993 bestätigt. Rund 40 % der über 4000 Befragten gaben an, trotz des Gefühls »richtig krank«, d. h. bettlägrig oder behandlungsbedürftig zu

digenrats der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, weist angesichts der beträchtlichen Informationslücken auf die nahezu zwangsläufigen Verhaltensauswirkungen hin: »Ich will aber keine Selbstverantwortung im Nebel, sondern möglichst bei Licht.« »Aber über die Leistungen wissen wir nichts. Deshalb zieht für mich der ganze Appell an die Selbstverantwortung erst, wenn derjenige, der die Verantwortung übernehmen soll, auch die nötigen Informationen erhält.« (*Ärztliche Praxis* vom 22.7. 1997)

¹ Einen guten Überblick zur Organisation und zu den inhaltlichen Schwerpunkten der Selbsthilfegruppen geben z.B. Braun, Kettler, Becker 1996.

sein, nicht der Arbeit fernzubleiben. Wie stabil der Trend zu einem Inanspruchnahmemuster ist, das eher durch Unter- als Über-Inanspruchnahme geprägt ist, zeigt auch eine aktuelle Befragung (1997) im Auftrag der DAK. 61 % der Befragten hatten im letzten halben Jahr keinen AU-Tag; mehr als die Hälfte (58 %) gingen zur Arbeit, obwohl sie sich krank fühlten (bei Magen-Darm-Erkrankungen 35%, Fieber 32%, Erkältungen/Kopf schmerzen 2 bis 6%). Als Motiv für ihr Verhalten gaben 70 % Angst um den Arbeitsplatz und 32 % die intensive Krankenstandsdiskussion im Betrieb an (*Ärzte Zeitung* 18. 7.1997).

Eine in ihrer inhaltlichen Differenzierung immer noch einmalige Analyse der Leistungsdaten einer Krankenkasse zu Beginn der 80er Jahre gewährte Einblicke in das Verhalten der Versicherten. Sie belegt mehrere Dinge: Erstens bestätigt sie die Tendenz zu einer wesentlich geringeren Inanspruchnahme, als die »Mißbrauchs«-Annahmen erwarten ließen, sowie zweitens eine beträchtliche Ungleichverteilung der Inanspruchnahme des Versorgungssystems, womit sie drittens auf ungleich verteilte gesundheitliche Risiken hinweist.

Tabelle 4.1 zeigt, daß große Teile der Versicherten während eines gesamten Jahres überhaupt keine Leistungen in Anspruch nahmen, mit der scheinbar großen Ausnahme der ambulanten Behandlung. Wenn also über mißbräuchliche oder allzu wehleidige Inanspruchnahme von Krankenhausleistungen oder Heil- und Hilfsmitteln geredet wird, betrifft das maximal 10,9 % bzw. 20 % der Versicherten, und dabei ist noch keinerlei Information über Art und Schwere der Erkrankungen verarbeitet. Die scheinbar gegenläufigen Zahlen bei der ambulanten Behandlung und einem ihrer bedeutendsten Schwerpunkte, der Arzneimittelversorgung, erscheinen sofort in anderem Licht, wenn wir sehen, daß sich die Ausgaben ungleich verteilen. Es ist also nicht so, daß alle oder die meisten Versicherten gleichförmig eine Grundmenge ambulanter Leistungen in Anspruch nehmen und dadurch Kosten verursachen. Vielmehr entfallen bereits 35,1 % der Ausgaben für ambulante Versorgung und sogar schon 51,1% aller Ausgaben für Arzneimittel auf je 10% der Versicherten. Die Unterschiedlichkeit der Aufwendungen zeigt

Tabelle 4.1

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in der AOK Lindau 1980/81 (Berg 1986, 80)				
Leistungsart		25 %	10%	1%
	Versicherte ohne Inanspruchnahme (in %)	aller Versicherten beanspruchen folgende Anteile an den Ausgaben (in %)		
ambulante Behandlung	7,9	65,5	35,1	6,1
zahnärztliche Behandlung	55	87	54,9	10,9
Arzneimittel	15,7	78,8	51,1	12,1
Heil- und Hilfsmittel	80	100	79,4	26,6
Zahnersatz	87,3	100	98,6	38,7
stationäre Behandlung	89,1	100	99,6	38,3

eine beträchtliche Ungleichheit der Betroffenheit oder eine Kumulation von gesundheitlichen Problemen und Leiden bei relativ wenigen und dann meist chronisch kranken Personen.

Ausgewählte Versuche, die Lindauer Daten zu aktualisieren, zeigen, daß sie in den Grundzügen nach wie vor Gültigkeit haben. Bei der Analyse der Inanspruchnahme stationärer Leistungen durch Versicherte einer bundesweiten Ersatzkasse im Jahre 1992 (Schwartz, Busse 1994) finden sich noch mehr Personen, nämlich 90,9 % der Versicherten, die in jenem Jahr nicht in stationärer Behandlung waren. Auch die Konzentration der finanziellen Aufwendungen auf sehr wenige Personen ist eher noch ausgeprägter: Auf 1 % der Versicherten entfielen nämlich 43,9% aller Krankenhausausgaben.

Ohne eine weitergehende Differenzierung nach Leistungsarten bestätigten Pfaff, Busch und Rindsfüßer (1994) auch für das Jahr 1991 die beträchtliche Unterschiedlichkeit der Leistungsausgaben.

In Westdeutschland vereinte die eine Hälfte aller Mitglieder 7,7 % aller Leistungsausgaben (ohne die Kosten für Dialyse und Mutterschaft) auf sich und die andere Hälfte entsprechend 92,3 %. Die Unterschiede werden noch deutlicher, wenn wir sehen, daß 90 % der Mitglieder mit geringer Inanspruchnahme immer noch weniger als die Hälfte, nämlich 47,3 % aller Leistungsausgaben, benötigten und die restlichen 10 % mehr als deren Hälfte. Nur 5 % der Vielfach-Inanspruchnehmer verbrauchten dagegen 37,6 % der Ausgaben für ihre Behandlung.

Welche materiellen und immateriellen Anreize bei der Art und dem Umfang der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen im deutschen Gesundheitssystem wirklich wirken und vor allem, wie sich diese Inanspruchnahme innerhalb der letzten 10 bis 15 Jahre tatsächlich entwickelt hat, läßt sich schließlich aus der Fallzahlstichprobenanalyse von WidO und ZI¹ entnehmen. Auch sie, das kann vorweggenommen werden, verweist auf ganz andere »Akteure des Mißbrauchs«, als das die Behauptung von den eingebildeten Kranken suggeriert.

Die Stichprobenanalyse arbeitet mit wichtigen Indikatoren der Versorgungsstatistik, deren Entwicklung über den Zeitverlauf in der *Abbildung 4.3* dargestellt wird.

- Der Indikator *Primär-Inanspruchnahme* zeigt einen erstmalig mit Krankenschein oder Versichertenkarte erfolgten Besuch eines Arztes an.
- Der Indikator *Sekundär-Inanspruchnahme* zeigt eine Folge-Inanspruchnahme der Erst-Inanspruchnahme eines niedergelassenen Arztes bzw. die Inanspruchnahme aufgrund der Überweisung eines anderen Arztes an.
- Hinzu kommen noch Angaben zur *Anzahl von Versicherten und Ärzten*, die beide wichtige und anerkannte Determinanten des Volumens der Inanspruchnahme von Leistungen sind.

Zum weiteren Verständnis der Zahlenreihen sind zwei Hinter-

1 Hier handelt es sich um eine stichprobenartige Datenziehung für wichtige Struktur- und Entwicklungsmerkmale der ambulanten Versorgung, die seit Beginn der 80er Jahre in einem Kooperationsprojekt von den beiden Instituten, also dem Institut des AOK-Bundesverbandes und demjenigen der KBV, durchgeführt wird.

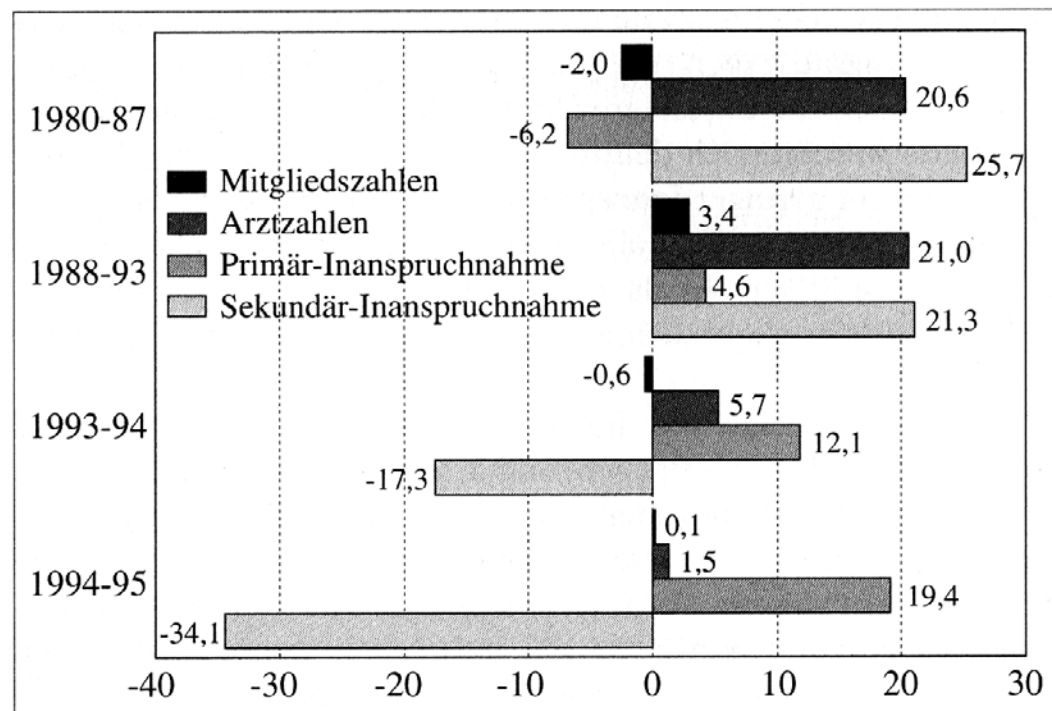


Abbildung 4.3

Entwicklung von Inanspruchnahme (Original- und Überweisungsschein), Arzt- und Fallzahlen und Mitgliedern von 1980 und 1995

Quelle: WldO/ZI-Fallzahlstichprobe in ausgewählten Kurven, eigene Zusammenstellung

grundinformationen wichtig: Der Gesetzgeber ermöglichte es letztmalig 1993, daß sich Ärzte relativ unreglementiert ambulant niederlassen konnten, und löste damit eine auf wenige Monate beschränkte Niederlassungswelle aus. Die meisten Versicherten erhielten ihre Versichertenkarte im Austausch mit dem alten Krankenschein in den Jahren 1994 und 1995.

Die Primär-Inanspruchnahme, die als grober Indikator für eine nachfragegesteuerte Inanspruchnahme von Leistungen dienen kann, nimmt auf dem bis 1980 erreichten Niveau anschließend erst einmal viele Jahre kaum weiter zu. Für den Untersuchungszeitraum 1980-1993 folgt sie mehr oder weniger der Anzahl der Mitglieder in der GKV und nahm u. a. deswegen in den ersten sieben Jahren sogar ab. Anders sieht es bei der Sekundär-Inanspruchnahme durch

Überweisungen aus. Diese sogenannten veranlaßten Leistungen sind quantitativ völlig von der Anzahl der GKV-Mitglieder und deren Primär-Inanspruchnahme entkoppelt, hängen aber ersichtlich mit der Entwicklung der Anzahl der Ärzte zusammen. Auch die Entwicklung der Fallzahlen der ambulant-kurativen Versorgung folgt den Arztzahlen, wenngleich in geringerem Umfang. Selbst wenn man zugesteht, daß die Patienten an der Einleitung von Überweisungen durch den primär konsultierten Arzt beteiligt sind, belegt die Inanspruchnahmest Statistik für den Zeitraum 1980 bis 1993 nicht die These einer nachfragerinduzierten Leistungsausdehnung, sondern vielmehr die von der anbieterinduzierten Nachfragesteuerung.

Seit 1993 ändert sich das Bild beträchtlich. Treiben die Versicherten nach langen Jahren der offenkundigen Zurückhaltung nun mittels der Versichertenkarte und per Doktor-Hopping und -shopping die Nachfrage in die Höhe? Die Anzahl der Mitglieder und Ärzte hat sich seit 1993/94 wenig verändert. Eine anhaltende Expansion beider oder einer der beiden Gruppen kann daher auch nicht zur Erklärung der laufenden Entwicklung der anderen Indikatoren bemüht werden. Dies heißt aber nicht, daß die bei den Arztzahlen zuvor stattfindende Zunahme der niedergelassenen Ärzte nicht fortwirkte.

Die Entwicklung beider Inanspruchnahme-Indikatoren ist ausgesprochen dynamisch, aber interessanterweise gegenläufig. Einer kräftigen Zunahme der Primär-Inanspruchnahme steht in den Jahren 1994 und 1995 jeweils eine kräftige Abnahme der Sekundär-Inanspruchnahme gegenüber. Dieser Trend scheint sich nach vorläufigen Erkenntnissen auch 1996/97 fortzusetzen.

Diese Zahlen zeigen, daß viele Patienten direkt den Facharzt konsultieren, statt sich zunächst von einem Allgemeinmediziner eine Überweisung ausstellen zu lassen. Das Gesamtvolumen der Inanspruchnahme ist dabei weitgehend stabil geblieben, lediglich bei der Art der Inanspruchnahme hat es Verschiebungen gegeben, d. h. die Versicherten setzen Prioritäten zugunsten der Fachärzte. Kritisch anzumerken wäre, daß dieser schnelle Gang zum Facharzt auch negative gesundheitliche Folgen für komplex erkrankte Perso-

nen haben kann. Es gibt jedoch keinen Grund, den Versicherten ein Verhalten vorzuwerfen, das das einzig gewünschte, wirksame und wirtschaftliche zu sein scheint.

Arzt-Hopping und Leistungs-Shopping per Karte?

Dank einer technischen Neuerung in der GKV, der Ablösung des alten Krankenscheins durch eine elektronisch lesbare Krankenversichertenkarte, wurde der Legendenstrauß durch eine bunte Neupflanze angereichert. Unterstützt durch die neue Technik, greifen angeblich »Arzt-Hopping« und »Leistungs-Shopping« um sich. Für eine nennenswerte Existenz derartiger flexibler Mißbrauchsstrategien gibt es nach Untersuchungen des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO) keinen empirischen Beleg. Vielmehr sei es »unwahrscheinlich«, daß von Versicherten Ärzte-Hopping betrieben würde, um die Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln zu maximieren (*Die Ortskrankenkasse* Heft 8/1997).

Die »Geburt« der Hopper- und Shoppergeschichten, die um die Versichertenkarte kreisen, ist allerdings ein interessantes Beispiel für die Dürftigkeit und Unsinnigkeit dieser Art von Legenden und Klischees. Wie auch schon bei anderen Legenden lieferte der *Spiegel* (23. und 30. 6.1997) eine griffige, empörende und scheinbar empirische Basis für wilde Hochrechnungen und Assoziationen. Ein anonym auftretender, tagebuchschreibender Urologe berichtete aus »einer mittelgroßen deutschen Stadt« für das Nachrichtenmagazin vom schwunghaften Bahnhofshandel mit Versichertenkarten und den »Chipkarten-Touristen«. Wenige Tage später steuerten Vertreter der Caritas die Geschichte von einem schwunghaften Kartenhandel in Stuttgart bei, und der Geschäftsführer der dortigen Kassenärztlichen Vereinigung wußte von einem Patienten, der in drei Monaten 57 Ärzte konsultiert hatte (*Stuttgarter Zeitung* v. 7.7.1997)¹.

¹ Der Patient mit den 57 Arztbesuchen wurde wenige Wochen später in der *Bild-Zeitung* (31. 10. 1997) erneut angeführt, dieses Mal befand sich sein Wohnsitz aber nicht in Stuttgart, sondern in Dortmund. Bei dieser Art von wandernden Beweisen und Belegen stellt sich die berechtigte Frage, wie es eigentlich zu der in derselben *Bild-Mel-*

Der Geschäftsführer der AOK Baden-Württemberg sprach daraufhin zwar von »unbewiesenen Vorwürfen«, bot aber trotzdem auf »freiwilliger Basis«, wenngleich mit leichtem moralischen Druck (»wer nicht mitmacht, hat wohl etwas zu verbergen?«) an, ein Pilotprojekt »Versichertenkarten mit Personenphoto« einzuführen.

Durch stete Wiederholung und anekdotische Anreicherung wurden in diesem Beispiel Einzelfälle zu einer bedrohlichen Entwicklung stilisiert. Angesichts des geschickten Zitations-Karussells wagte niemand mehr, an der Existenz des Problems zu zweifeln. Das vorschnelle Angebot von Kassen und anderen Akteuren, das noch nicht einmal richtig zu quantifizierende Problem »in den Griff zu kriegen«, läßt jede Frage nach Art und Umfang des Mißbrauchs müßig erscheinen.

Schnell war vergessen, daß eine Untersuchung über den Mißbrauch mit Chipkarten gleich nach ihrer Einführung nur marginale Hinweise auf eine mögliche Gefahr erbracht hatte. Das Zentralinstitut (ZI) für kassenärztliche Versorgung der KBV und der WIdO hatten 1995 Ärzte in drei Kassenärztlichen Vereinigungen befragt. Davon war 93 % keinerlei Mißbrauch aufgefallen. Überhaupt nur 7 % der Ärzte wußten von Mißbrauchsfällen zu berichten. Diese kleine Anzahl von Ärzten nannte so wenige Einzelfälle, daß das Deutsche Ärzteblatt auf eine bundesweite »Betrugsquote« von 0,014% (dpa v. 8.11. 1995) kam.

düng zitierten Größe von »2 Millionen herrenloser Chipkarten«, d.h. Versichertenkarten, gekommen sein mag.

