

Kommentar zum Artikel von E. Nüchtern und M. Mohrmann „Arbeitsunfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung“

Günther Egidi¹

Elisabeth Nüchtern und Matthias Mohrmann geben in dieser Ausgabe der Zeitschrift für Allgemeinmedizin einen sehr systematischen Überblick zu rechtlichen, sozialen und gesundheitlichen Implikationen einer Krankschreibung. Sie stellen in diesem Zusammenhang die Entwicklung des Krankenstandes, die häufigsten AU-Diagnosen und die seit einem Nadir (Fußpunkt) 2006 wieder ansteigenden Krankengeld-Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen dar. Die Autoren führen als **zentrale Diskurse** zum Thema AU-Verschreibung

- **das Gerechtigkeits-Argument** (die Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen sollen nicht für ungerechtfertigte Krankengeldzahlungen herangezogen werden)
- sowie aus der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) **das Argument eines möglichen Schadens für die Patienten** durch das Herausfallen aus dem Arbeitsprozess an.

Sie stellen in ihrer Übersicht medizinisch begründete AU-Verschreibungen solchen gegenüber, die nicht zulässig sind und betonen, dass Arbeitsunfähigkeit und Krankheit nur partiell eine Schnittmenge miteinander besitzen. Arbeitsunfähigkeit ergebe sich aus dem Abgleich zwischen den Anforderungen des Arbeitsplatzes und möglichen krankheitsbedingten Einschränkungen der Leistungsfähigkeit.

Eher ein wenig versteckt findet sich im Artikel ein Hinweis darauf, was jeder Hausarzt täglich erlebt: Arbeitsunfähigkeit ist auch konjunkturabhängig: In Zeiten ansteigender Massenarbeitslosigkeit erleben Hausärzte, wie schwer es sein kann, wirklich kranke Patienten davon abzuhalten, zur Arbeit zu gehen. Die von den Autoren in ihren Artikel übernommene Grafik zur Höhe der Krankengeld-Zahlungen wirkt im Ausschritt ihrer Skalierung etwas suggestiv. Der drastische Anstieg seit 2006 kontrastiert zur Darstellung des Krankenstandes

allgemein, der sich weiterhin auf sehr niedrigem Niveau bewegt [1]. Anders als im Artikel dargestellt, kommt es sehr häufig vor, dass Arbeitgeber die Karenztage nicht akzeptieren und auf AU-Bescheinigung ab dem 1. AU-Tag bestehen. Nach eigenen Erfahrungen und Kenntnissen kommt es weiterhin häufig vor, dass entgegen dem gesetzlichen Kündigungsschutz Arbeitsunfähigkeit zu Kündigungen führen kann.

Es ist also festzuhalten: Die von Nüchtern und Mohrmann postulierte Abwägung der Anforderungen am Arbeitsplatz mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Patienten stellen nur eine idealtypische Situation dar, wenn man die gesellschaftliche Wirklichkeit und deren unmittelbaren Einfluss auf den Prozess der Krankschreibung ausblendet. Hinzu kommt: Immer mehr Beschäftigte arbeiten in Leihfirmen, in befristeten und prekären Arbeitsverhältnissen. Hier stößt die Anforderung, die Passung der individuellen gesundheitlichen Grenzen des Patienten mit den betrieblichen Erfordernissen abzugleichen, an ganz neue Grenzen, wenn der Betrieb und damit die Erfordernisse häufiger wechseln. In Betrieben ohne zusammengewachsene Belegschaft nimmt die Möglichkeit ab, durch Kollegialität einander vorübergehend auszuhelfen – hier wird möglicherweise eher der Arzt nach einem gelben Schein gefragt. Bei solchen Arbeitsverhältnissen rückt der von den Autoren angesprochene Gerechtigkeitsdiskurs auf ganz andere Weise in den Blick: Wenn die Arbeitssituation selbst eine einzige Kränkung darstellt, kann sie – zumindest aus hausärztlicher Sicht – ggf. einen eigenständigen Grund zur Krankschreibung bedeuten.

1956/57 streikten die Metallarbeiter in Schleswig-Holstein 16 Wochen lang und erreichten, dass im Krankheitsfall der Lohn vom Arbeitgeber sechs Wochen lang weiter gezahlt wurde. 1970 wurden von der seinerzeitigen sozialliberalen Regierung Arbeiter und Ange-

stellte im Lohnfortzahlungsgesetz miteinander gleichgestellt. Diese beiden Daten weisen darauf hin, wie stark die Regelungen zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von gesellschaftlichen Determinanten – und nicht zuletzt vom Stand der Klassenauseinandersetzungen – bestimmt sind.

In ihrem Artikel erwähnen die Autoren als unstrittige Anlässe für eine Krankschreibung „schwere Traumata, Myokardinfarkt, ... Hirninsult oder schwere psychische Erkrankung“. Dies sind in der Hausarztpraxis sicher eher seltene Anlässe. Besonders schwierig ist das Abwägen zwischen möglichen Vor- und Nachteilen einer Krankschreibung dagegen in „weichen“ Fällen wie beispielsweise, wenn sich ein Patient gekränkt fühlt. Gerade die Zunahme der psychischen AU-Diagnosen und die Konjunktur von Burn-Out und Mobbing als Anlässe für Krankschreibungen [2] weisen auf einen Zusammenhang von subjektivem Gekränkt-Sein und zumindest empfundener Arbeitsunfähigkeit hin.

Hausärzte agieren hier in einem Spannungsfeld. Primär sind sie ihren Patienten gegenüber und zunächst niemandem sonst verantwortlich. De facto ist es in den allermeisten Fällen unmöglich, die Arbeitsfähigkeit eines Patienten zu beurteilen, der über Übelkeit, Durchfall oder Kopfschmerzen klagt. Die Anforderung, gesundheitliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu beurteilen, kann also häufig überhaupt nicht erfüllt werden – die entsprechenden Postulate an uns Hausärzte wirken künstlich.

In einigen anderen europäischen Ländern [3] ist es auch unüblich, Hausärzten die Entscheidung über die Arbeitsfähigkeit ihrer Patienten anzuvertrauen. Man geht davon aus, dass Hausärzte ohnehin im Sinne ihrer Patienten agieren. Es bliebe abzuwägen, ob bei Übernahme des niederländischen Modells der Krankschreibung nur durch Betriebsärzte die Vorteile einer Entlastung

¹ Hausarzt in Bremen, Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin Universitätsmedizin Göttingen, Vorsitzender der Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen
DOI 10.3238/zfa.2012.0170-0171

der ohnehin zu stark in Anspruch genommenen deutschen Hausarztpraxen den möglichen Nachteil aufwiegen, dass eben diese Betriebsärzte eventuell weniger an den Interessen der Patienten orientiert sein könnten.

Im Spannungsfeld der AU-Verschreibung in Deutschland wird jeder deutsche Hausarzt immer wieder gegen das Gesetz verstoßen, indem er AU bescheinigt, wenn ihm der Patient sagt, er müsse eine Woche lang die Pflege für seine alte Mutter übernehmen, er sei eigentlich gesund, aber völlig erschöpft und müsse ein paar Tage ausruhen, oder sein kleines Kind liege auf der Intensivstation. Nicht selten stellt die Bitte um Krankschreibung auch einen Hilferuf von Patienten dar, die anders als durch eine Auszeit mit den Bedingungen am Arbeitsplatz nicht mehr klarkommen.

Ob solche Situationen durch gesetzliche Reglementierungen, wie sie der Artikel schildert, eingefangen und noch exakter als bisher definiert werden können, erscheint mehr als fraglich.

Hinsichtlich der Feststellung, dass „die Attestierung von Arbeitsruhe ein verantwortungsvoller Akt“ ist, der „wie jede therapeutische Maßnahme Wirkungen und Nebenwirkungen“ haben

kann, ist den Autoren aber uneingeschränkt zuzustimmen. Insofern passt dieser Artikel, der die AU-Schreibung gewissermaßen aus einer Außenperspektive beschreibt, doch in diese hausärztliche Zeitschrift.

So hat sich die DEGAM insbesondere in ihren Leitlinien Müdigkeit, Kreuzschmerzen und Nackenschmerzen [4–6] für ein Konzept der Aktivierung ausgesprochen. Neben den üblichen Sicherheits-Argumenten (Ausschluss gefährlich abwendbarer – oder aber gut kausal behandelbarer Verläufe) werden darin Chronifizierung und die Ausbildung einer Inaktivitäts-Spirale als zentrale zu vermeidende Gefahren benannt.

Wenn die männliche Form benutzt wird, geschieht dies nur der Einfachheit halber. Gemeint sind immer Männer und Frauen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Günther Egidi
Arzt für Allgemeinmedizin
Huchtinger Heerstraße 41
28259 Bremen
Tel.: 0421 5797675
E-Mail: familie-egidi@nord-com.net

Referenzen

1. http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Geschaeftsergebnisse/Geschaeftsergebnisse_Krankenstand_Dezember_2011.pdf, letzter Zugang 6.1.2012
2. Kaschka W, Korczak D, Broich K. Modediagnose Burn-out. Dtsch Arztebl Int 2011;108:741–7
3. Ergebnis einer Umfrage zu AU-Regelungen in den Niederlanden, in Schweden, Großbritannien und Österreich im allgemeinmedizinischen Listserver im Februar 2011
4. <http://leitlinien.degam.de/index.php?id=72>
5. http://leitlinien.degam.de/uploads/media/LL_Kreuz_mod-007.pdf, inzwischen zu Gunsten der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerzen zurückgezogen
6. http://leitlinien.degam.de/uploads/media/LL-Nackenschmerzen-13_Langfassung_ZD.pdf



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen ab sofort frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als Kitteltaschenkarte. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können nun auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (<http://leitlinien.degam.de>) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Pressekontakt:

Dr. med. Isabelle Otterbach
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: 069–6500–7245
Fax: 069–6301–6428
E-Mail: otterbach@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
Homepage: www.degam.de