

Nüchtern E, Mohrmann M. Arbeitsunfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung. Z Allg Med 2012; 88: 162–169 und

Egidi G. Kommentar zum Artikel von E. Nüchtern und M. Mohrmann. Z Allg Med 2012; 88: 170–171

Leserbrief von Dr. Stefan Sachtleben

Günther Egidi drückt es nicht scharf genug aus: Eine Hausärztin, ein Hausarzt kann niemanden arbeiten schicken! Unterstellt, jemand sei wirklich ein „Drückeberger“ (was sehr selten der Fall ist), dann wird dieser eben so lange in der ihm ja zur freien Verfügung stehenden Ärztelandschaft herumziehen, bis er hat, was er will! Es ist ein bei den Kassen und ihren Institutionen weit verbreiteter Irrtum, dass Ärzte bedenkenlos ihren Patienten mit AU-Scheinen zu Gefallen seien. Tatsache ist, dass ein Hausarzt praktisch keine Möglichkeit hat, Druck auszuüben, selbst wenn er dies wollte.

Fortgesetzter AU-Wunsch ist immer eine schwierige Situation. Denn oft genug sind auch einem Hausarzt nicht alle Aspekte, nicht nur sozialversicherungsrechtliche und medizinische, eines Falles bekannt (auch wegen der ungegliederten und „freien“ Versorgung!). Einfach eine AU zu verweigern, kann da keine Lösung sein. Eine sehr gute Lösung dagegen wurde von den Autoren gar nicht angesprochen: Es gibt MDK-Gut-

achter, die greifen zum Telefon, wenn es Unklarheiten gibt! Ich habe diese, viel zu seltenen, Telefonate durchweg als positiv erlebt. Denn der MDK hat oft Informationen, die mir gefehlt hatten und ich konnte dem Gutachter den Fall besser schildern, als das auf Anfrageformularen möglich ist. Es muss klar sein, dass ein MDK-Gutachter immer ohne Patientenkenntnis urteilt! Es muss auch klar sein, dass wir Ärzte oft genug keine Perspektive haben, wie ein fortgesetzter AU-Wunsch konstruktiv gelöst werden könnte. Die gemeinsame Diskussion konnte das Problem meist zur beiderseitigen Zufriedenheit lösen. Denn auch der Arzt ist manchmal der Meinung, dass es eigentlich reicht, aber nur mithilfe des MDK kann z.B. Druck aufgebaut werden, dem sich ein Patient nicht durch Arztwechsel entziehen kann. Oder es kann kurzfristig eine REHA-Maßnahme organisiert werden und andere Maßnahmen mehr.

Bedenklich finde ich die Feststellung der Autoren, dass ein MDK-Gutachter nur seinem Gewissen verpflichtet sei. Ich verstehe den Satz so, dass MDK-Gutachter nicht den Kassen zu Gefallen

sein. Eine tapferere Feststellung! Neben ihrem Gewissen sind MDK-Gutachter aber auch der Berufsordnung unterworfen. Wirklich problematisch ist, dass über Fälle geurteilt wird, über die nur Dokumente vorliegen, aber keine persönlichen Patientenkontakte stattgefunden haben. Nach §7.4 der Musterberufsordnung der BÄK ist dies unzulässig. Ganz besonders konfliktreich wird diese Situation, wenn der MDK Arbeitsunfähigkeiten beendet – ohne mit dem Arzt darüber diskutiert zu haben, ohne den Patienten gesehen zu haben. Denn hier wird objektiv eine unzulässige Ferndiagnose gestellt.

Wünschenswert beim Thema Langzeit-Arbeitsunfähigkeit wäre, dass MDK-Gutachter viel häufiger mit uns telefonieren und wir gemeinsam nach Lösungen suchen.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Stefan Sachtleben
Kaiserstraße 2a
66955 Pirmasens
Stefan.sachtleben@t-online.de

Leserbrief von Dr. Richard Barabasch

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege vom MdK Ba-Wue, liebe Kollegen,

(deswegen, weil ich Frau Nüchtern und Herrn Mohrmann nicht kenne, die beiden anderen Kollegen mir indes seit Jahren als Mitglied der DEGAM und von Kongressen her persönlich vertraut sind)

nach dem Ende dieser Vormittagsprechstunde des zweiten Mai 2012 beginne ich meine Gedanken nach dem gestrigen Lesen der beiden Beiträge in der **4/12 der ZFA** zu formulieren und erlebe dabei nachgerade schmerzhaft, diese Unseligkeit einer Medizin am

Schreibtisch gegenüber jener im Angesicht und Vier-Augen-Kontakt mit veritablen, lebendigen Menschen *und* dem Anspruch der ersteren, der zweiten Art von Arzt-Sein kompetent „etwas sagen“ zu wollen (oder gar zu müssen), von Können spreche ich zunächst einmal nicht.

Aber: der Beitrag in 4/12 der ZFA, dies ganz am Anfang, war notwendig und ich begrüße ihn auch: trotzdem. Beide Welten sind hier in Deutschland Alltags-Realität im Bereich hausärztlichen Tuns unter der Gegebenheit von Hausarzt als **Krankenkassenpflicht-versicherte betreuender** VertragsarztIn. Auch dies **muss** gleich zu Beginn **festgehalten** werden, denn es geht ausschließlich um jene Patienten (ca.

95% von Hausarztpatienten durchschnittlich), nicht um Privatversicherte (ca. 5 %).

Ich habe 11 AUs ausgestellt heute morgen und zwei Auszahlungsscheine und erlebte also dabei 13 Menschenschicksale.

Ich habe sie bewusst unter den E.-Nüchtern-Gesichtspunkten **Punkt 2** „Kriterien für das Vorliegen von AU“, **Punkt 3** „Bedeutung der AU für den Patienten“ und **Punkt 4** „Bedeutung der AU für die Solidargemeinschaft“ unter Berücksichtigung von **Punkt 5** „Praktische Hinweise für die Attestierung von AU“ durchgeführt. Spaßeshalber. Und litt Qualen.

Aber aufgefallen ist mir dabei, dass offenbar die Idee zum Artikel aus einer

ganz anderen Ecke hervorkam, als ich ursprünglich vermutete, nämlich 1) aus der, dass eine ärztliche MdK-Kollegin ohne Patientenkontakte (**wie lange schon?**) problematische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und Auszahlungsscheine gemäß **Punkt 6** „Begutachtungen der AU“ auf ihrem Schreibtisch zu bearbeiten hat und als 2.) weitere Idee zu ihrem Artikel, uns Hausärzten im wirklichen Leben einmal „so richtig die Leviten lesen“ wollte darüber, wie denn sich deren (unser tagtäglich hausärztliches) Tun auf einem MdK-Stuhl anfühlt, entstanden aus einer dort vorliegenden möglichen Fülle von Problem-AUs innerhalb der Tarif-Arbeitszeit, die aber eher auftreten dürften, nachdem die AUs sich in Auszahlungsscheine verwandelt haben. Anders kann ich den Artikel von Frau Nüchtern nicht mit meinem Täglichen-AU-Tun in Zusammenhang bringen und somit auch nicht ernsthaft verstehen. Damit aber hat **der Beitrag Schlagseite**, kein Kielwasser von Alltagsrelevanz, denn: Zum einen wissen wir KV-Hausärzte Bescheid über die Definition von AU in der GKV, denn wir sind ja Krankenkassenpflichtversicherte betreuende VertragsärztInnen und haben

Leserbrief von Stephan Heberger

Mit großem Interesse habe ich den Artikel von Elisabeth Nüchtern und Matthias Mohrmann gelesen. Ich begrüße, dass dieses Thema von den Autoren aufgegriffen wurde. Im übrigen freue ich mich sehr über die Entscheidung der Autoren als Vertreter des MdK und damit wenigstens indirekt auch der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) sich, jenseits der oft unerquicklichen (und oft unergiebig) politischen Auseinandersetzungen, auf dieser Plattform auch einem wissenschaftlichen Diskurs zu stellen.

Der Artikel beschreibt sehr sachlich und umfassend die Rahmenbedingungen und die Bedeutung der Therapiemaßnahme „Arbeitsunfähigkeit“ (AU) aus der Sicht der Krankenversicherer.

Die Sicht des behandelnden Arztes hat ja Günther Egidi bereits in seinem Kommentar in der gleichen Ausgabe umrissen.

entsprechende Unterschriften geleistet unter KV-Verträge, zum anderen berücksichtigen wir bei jeder AU gemäß des eben Gesagten die Kriterien zum Vorliegen von AU, kennen die Bedeutung von AU für den Patienten und wissen um die Bedeutung der AU für die Solidargemeinschaft. Was die praktischen Hinweise zur Attestierung der AU anbelangt, wurde im Artikel ein weiteres Mal Eulen nach Athen getragen, wo eher Euros fehlen, **wie im richtigen Hausarztleben auch**: Denn die AU wird umsonst für die Kassen, die Patienten und die Arbeitgeber ausgefüllt, getreu nach den Kriterien 1 bis 5 von Frau Nüchtern.

Von den Problemen, die Frau Nüchtern in ihrem MdK-Alltag aber hat, erfahre ich nur indirekt durch die Interpretation ihrer Ratschläge an uns.

Kennen wir Hausärzte alles bereits. Also keine Alltagsrelevanz für uns, kein Hinweis auf ein Hinfühlen zu unserem alltäglichen hausärztlichen Auftrag und Bedürfnis, einem Menschen, der in dieser Zeit mit uns zusammen ist, auch gerecht zu werden, von Einfühlen in unseren AU-Alltag schon gar nicht zu reden. Ausschließlich bürokratisch, zum wiederholten Male herz-

Aus wissenschaftlicher Sicht (ohne Wissenschaftler zu sein) muss ich allerdings der Grundargumentation der Autoren heftigst widersprechen!

Hintergrund

Die Autoren stellen die folgende vier Hypothesen auf:

1. Die Frage von Patienten „Können Sie mich bitte krankschreiben?“ sei ein für den Arzt häufiges, tägliches Ereignis.
2. Diese Frage werde seit 2007 jedes Jahr häufiger mit „Ja“ beantwortet.
3. Dadurch und nur dadurch steige der Krankenstand sozialversicherungspflichtig Beschäftigter seither wieder an. (Es wird also eine Trendwende beim Krankenstand impliziert.)
4. Dies habe zu dem Anstieg der Krankengeldausgaben von 2,8 Mrd. Euro seit 2007 bei den GKV geführt.

Für die ersten beiden Hypothesen wurden von den Autoren weder Quellen

los und seelenlos formulierte Ansprüche und MdK-Forderungen nach Erleichterung der Arbeitsabläufe. Auch im Ausblick am Ende kann ich keinen Einblick bekommen in eine verstehende Motivation zum Thema AU, oder deren Absicht, oder gar einen neuen Zugewinn – für mich als Hausarzt.

Und Herr Egidi hält sich (dagegen) arg verständnisvoll in seiner Kommentierung zurück. Man merkte indes zumindest, dass er sich zügelte.

Deshalb musste dieser Brief von der Seele geschrieben werden.

Mit aufrichtigen und kollegialen Grüßen aus (nicht nur meinem) Hausarzt-Herzen,

Dr. Richard Barabasch

Interessenkonflikt: Ich arbeite und schreibe im Sinne von Patienten = Leidenden.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Richard Barabasch
Steppach 41
96178 Pommersfelden
r.2.barabasch@freenet.de

noch Daten angeführt, welche die Behauptungen untermauern würden. Für die anderen beiden Hypothesen werden Zahlen und Grafiken des GKV-Spitzenverbandes [1] sowie der Gesundheitsberichterstattung des Bundes [2] angeführt. Alle vier Hypothesen sollen im folgenden auf Evidenz geprüft werden.

Methode

- Internetrecherche bei Google und Google Scholar; Suchwörter: „Können Sie mich bitte krankschreiben?“, „krankschreiben“, „Krankschreibung, Häufigkeit“
- Blitzumfrage mittels Email bei 60 HausärztInnen: Wie oft wird Ihnen im Jahr konkret und explizit folgende Frage gestellt? „Können Sie mich bitte krankschreiben?“
- Datenabfrage über die jeweilige Suchfunktion der Internetseiten bei: Bundesamt für Statistik (destatis.de), Gesundheitsberichterstattung des Bundes (gbe-bund.de), GKV-Spitzenver-



Abbildung 1 Wie oft im Jahr werden Sie nach einer AU gefragt? 29 von 60 befragten ÄrztInnen antworteten (N = 60, Rücklauf 48,33%, Durchschnitt: 8,4, Median: 5, Minimum: 0 (3-mal), Maximum 50 (1-mal)).

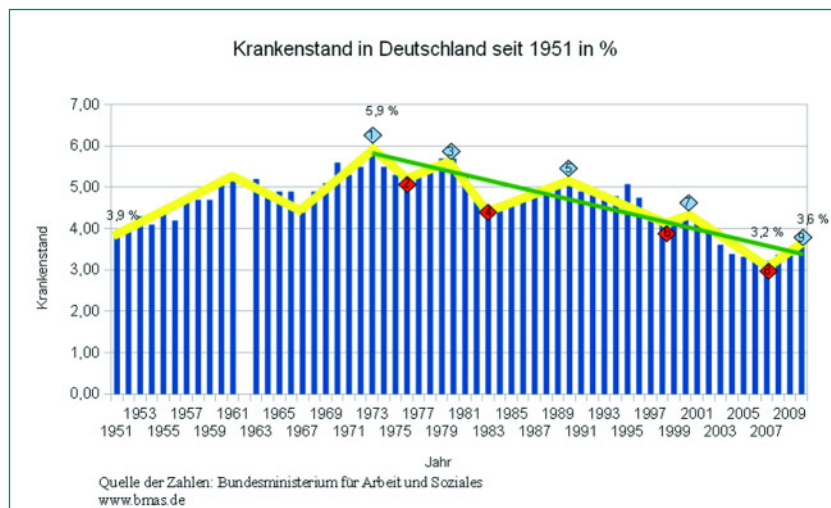


Abbildung 2 Entwicklung des Krankenstandes in Prozent seit 1951.

band (gkv-spitzenverband.de); Suchwörter: „Krankenstand“, „Entwicklung Bruttolöhne“, „Entwicklung Erwerbstätige“.

Es wurden die Datenreihen für den Krankenstand in Deutschland recherchiert, grafisch aufbereitet ihre Trends sichtbar gemacht und interpretiert. Ebenso wurden die Daten der Erwerbstätigen in Deutschland recherchiert und ihre Entwicklung bis 2010 in Prozent gegenüber dem Stand von 2000 berechnet. Daraufhin wurden die Daten zur Entwicklung der Bruttolöhne recherchiert und ebenfalls ihre Entwicklung in Prozent gegenüber dem Jahr 2000 berechnet.

Ergebnisse

Es konnte keine Quelle mit Angaben dazu gefunden werden, wie oft Ärzte explizit von Patienten gefragt werden, ob sie von ihnen bitte krankgeschrieben werden können. Nimmt man an, dass „häufig“ mindestens 2-mal pro Arbeitstag bedeutet, wären dies (Dienste mit Urlauben verrechnet) für einen Hausarzt etwa 500-mal pro Jahr.

Um dies wenigstens auf Plausibilität zu prüfen, wurde am 20.4.2012 stichprobenartig eine Blitzumfrage bei 60 Hausärzten im Rahmen eines E-Mail-Rundschreibens durchgeführt. Frage: „Wie oft im Jahr wird Ihnen explizit und konkret von Patienten folgende Frage

gestellt? „Können Sie mich bitte krank-schreiben?“

Von 60 ÄrztInnen haben 29 geantwortet (Rücklauf 48,33%). In dieser sehr kleinen sicherlich nicht repräsentativen Stichprobe reichte der Wert von 0 bis 50 pro Jahr. Der Durchschnitt lag bei 8,4 der Median bei 5 (s. Abb.1).

Für die Behauptung, Ärzte würden auf die Bitte um Arbeitsunfähigkeit seit 2007 häufiger mit „ja“ und weniger häufig mit „nein“ antworten als vor 2007 konnten von mir keine Belege gefunden werden.

Die Entwicklung des Krankenstandes

Betrachtet man den Verlauf des Krankenstandes in Deutschland seit 1951 [2] (Abb. 2), so lässt dieser sich seit seinem Höchststand vor 39 Jahren (1973, 5,9%) in acht kleine sich in der Richtung abwechselnde Trends (gelb) unterteilen (1–2, 2–3, 3–4, 4–5, 5–6, 6–7, 7–8, 8–9). Wobei sich Hochs (blau) und Tiefs (rot) abwechseln.

Diese kleinen Trends ondulieren typischerweise um einen großen Trend (grün). Es fällt auf, dass jedes Hoch (3, 5, 7, 9) ausnahmslos einen niedrigeren Wert hat als das vorhergehende Hoch und jedes Tief (2, 4, 6, 8) einen niedrigeren Wert hat als das vorhergehende Tief. Dies gilt auch für das aktuelle, letzte Hoch (9).

Bemerkenswert ist, dass der aktuelle Wert von 2010 mit 3,7% immer noch um 0,2% niedriger liegt, als der Wert von 1951, der immerhin 56 Jahre lang nicht unterboten wurde.

Aus all diesen Tatsachen lässt sich zwar keine Prognose für den weiteren Verlauf stellen, es lässt sich aber klar sagen, dass der große Haupttrend (grün) auch aktuell ungebrochen nach unten zeigt.

Die Entwicklung der Ausgaben des Krankengeldes

Krankengeld wird für die GKV im Krankheitsfall eines Arbeitnehmers fällig, wenn die Pflicht der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber nach sechs Wochen ausläuft [3].

Unabhängig von Kausalitäten weist die grafische Darstellung des GKV-Spitzenverbandes zu den Ausgaben des Krankengeldes [1] gravierende Mängel

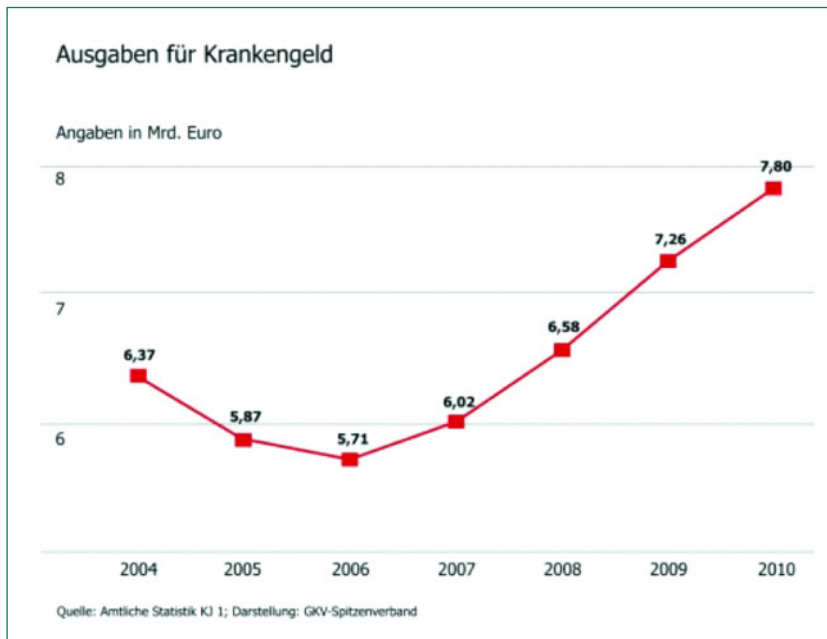


Abbildung 3 Die Originalgrafik des GKV-Spitzenverbandes. Die Y-Achse ist gekürzt. Es fehlt der 0-Punkt [4]. Dies suggeriert eine Verdreifachung der Kosten seit 2006.

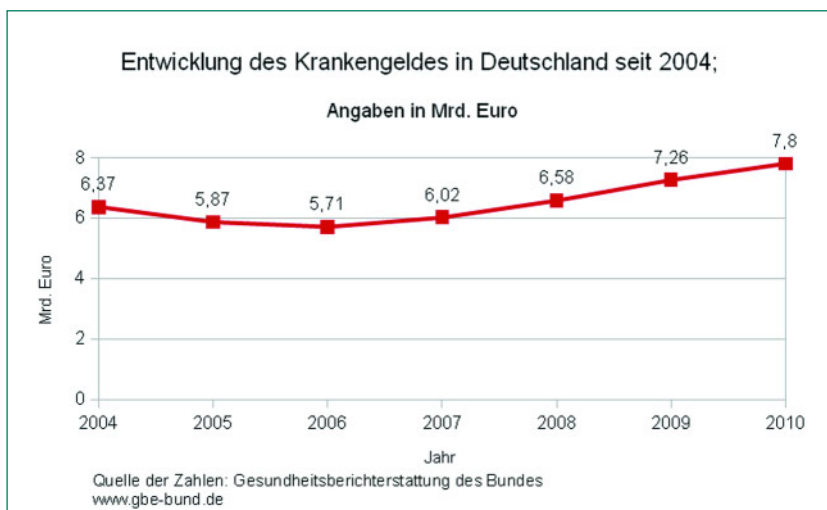


Abbildung 4 Gleiche Zahlen aber korrekte Darstellung.

auf, nämlich in der Art, **wie** dargestellt wurde,

- in der Darstellung des GKV-Spitzenverbandes (Abb. 3) wurde die Y-Achse nicht bis zur 0 dargestellt,
- dadurch entsteht die Wirkung einer Verdreifachung der abhängigen Variablen „Krankengeld“ (s. Abb. 3 und 4).

Was dargestellt wurde:

- Der gewählte Zeitabschnitt ist willkürlich und zu kurz gewählt. Mit der Grafik in Abbildung 3 wird ein aktuelles Allzeithoch suggeriert. Dies wird als „cherry picking“ bezeichnet [4].

Nimmt man statt dessen z. B. einen Zeitraum von 16 Jahren, ist der Eindruck ein ganz anderer [2] (s. Abb. 5).

Was nicht dargestellt wurde:

- Wir wissen nicht, welche Zielwerte für die Gesamtausgaben des Krankengeldes die GKV zur Finanzoptimierung anstreben. Nehmen wir, weil es sich hier anbietet, das Jahr 2000 als Maßstab (7,06 Mrd. Euro). Das ist etwa die Mitte zwischen dem Tief von 2006 (5,71 Mrd. Euro) und dem Hoch von 2010 (7,8 Mrd. Euro.).

Die Höhe der Gesamtausgaben des Krankengeldes hängt von 3 Faktoren ab:

1. **Dem AU-Verhalten:** Wie viele Arbeitnehmer werden wie oft und wie lange arbeitsunfähig? Betroffen sind natürlich nur AU mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen. 2010 lagen die Krankengeldtage immer noch um 9,67% niedriger als 2000 aber um 35,67% höher als beim historischen Tief 2006 (s. Abb. 6).
2. **Der Zahl der Erwerbstätigen:** Arbeitet niemand ist die Wahrscheinlichkeit für die GKV, Krankengeld bezahlen zu müssen, gleich null. Arbeiten viele, steigt diese Wahrscheinlichkeit entsprechend an. 2010 lag die Zahl der nicht selbstständig Erwerbstätigen um 2,14% höher als 2000. Gegenüber dem Jahr 2006 lag die Zunahme bei 3,91% (s. Abb. 7).
3. **Der Höhe der Bruttolöhne:** (70% des letzten vollen monatlichen Brutto-, aber höchstens 90% des letzten vollen monatlichen Nettoeinkommens). Steigen die Bruttolöhne, steigen die Ausgaben für das Krankengeld. Die Bruttolöhne gemittelt über Deutschland sind gegenüber 2000 um 12,7% und gegenüber 2006 um 6,4% gestiegen (s. Abb. 8).

Alleine aufgrund der steigenden Bruttolöhne und der steigenden Anzahl der Erwerbstätigen wäre ein Anstieg der Ausgaben des Krankengeldes um 17,54% von 7,06 Mrd. auf 8,29 Mrd. Euro durchaus zu erwarten gewesen! Tatsächlich betrug der Anstieg aber nur 11,51% auf 7,8 Mrd. Euro (s. Abb. 9).

Diskussion

Für die Hypothese der Patient komme regelhaft (oft, täglich) als Bittsteller für eine Krankschreibung zum Arzt, konnten weder in der Literatur noch im Rahmen einer Stichprobe mittels einer E-Mail-Umfrage bei Hausärzten Belege gefunden werden. Die Hypothese Ärzte als Kollektiv würden dieser Bitte in den letzten Jahren öfter mit einem „Ja“ und weniger oft mit einem „Nein“ begegnen, ist ebenfalls durch keine Untersuchung belegt.

Die Analyse der Daten zum Krankenstand zeigt, dass es keinerlei Hinweis auf eine Trendwende gibt und die Zahlen weiterhin historisch niedrig liegen. Somit fehlt auch für die Hypothese, die

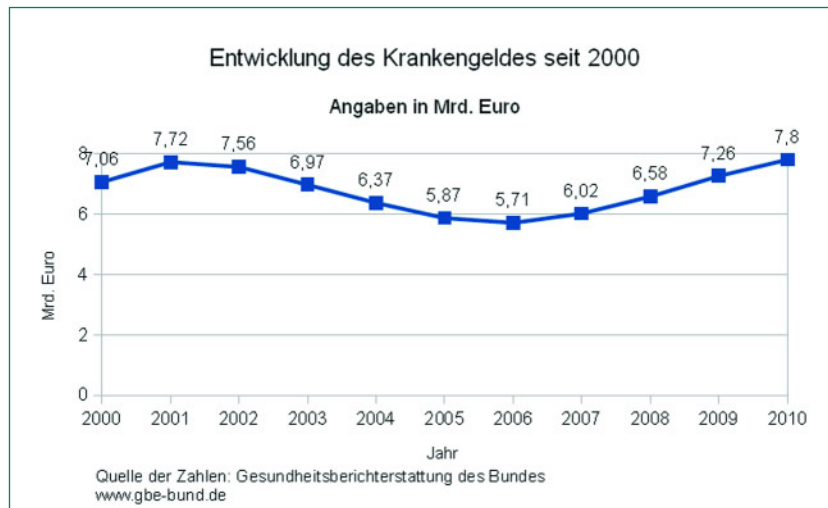


Abbildung 5 Über einen realistischeren Zeitraum dargestellt, verliert sich die gewollte Wirkung des „schockierenden Anstiegs“.

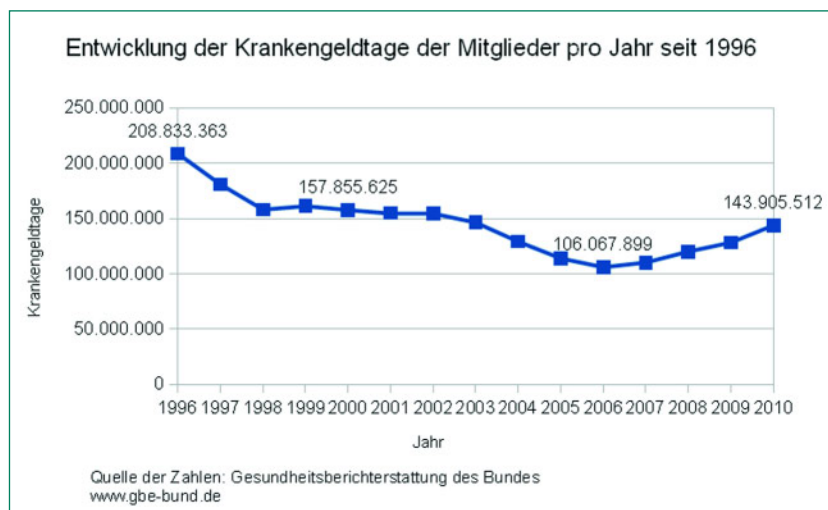


Abbildung 6 Verlauf der Krankengeldtage aller GKV-Mitglieder seit 1996.

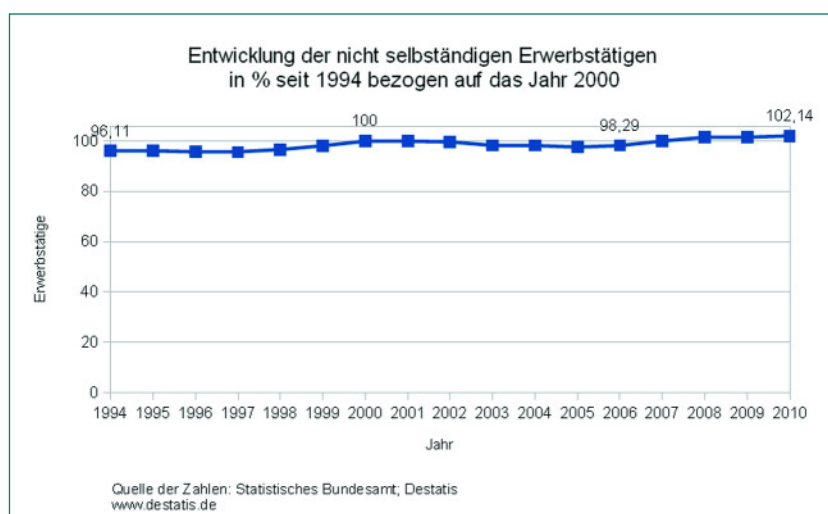


Abbildung 7 Verlauf der Zahl der nicht selbständig Erwerbstitigen seit 1994 bezogen auf das Jahr 2000 (= 100%). 2010 lag die Zahl der Erwerbstitigen um 3,91% über dem Wert von 2006 und 2,14% über dem Wert von 2000.

kollektive Handlungsweise der Ärzteschaft hätte zu einem Ansteigen des Krankenstandes außerhalb der zu erwartenden Schwankungen geführt, ebenfalls jede Evidenz.

Der Anstieg der Ausgaben des Krankengeldes bei mindestens drei sich überlagernden unabhängigen Variablen (AU-Verhalten, Bruttolöhne, Zahl der Erwerbstitigen) lässt sich schwer korrelieren. Selbst der GKV-Spitzenverband hat eingeräumt, dass die Ursachen für den Anstieg des Krankengeldes nicht klar sind. Die Darstellung der Zahlen durch den GKV-Spitzenverband scheint mehr als fragwürdig.

Konsequenz aus den Ergebnissen

Die Ergebnisse zeigen auf beeindruckende Weise, dass der Bürger als Patient und Ärzte als ihre therapeutischen Partner nach wie vor geradezu vorbildlich, verantwortungsbewusst und die Ressourcen schonend mit der „therapeutischen Maßnahme“ AU umgehen.

Dabei sollte auch eine Tatsache immer bedacht werden. Der Bürger, Patient und Arzt, wurde nicht von den Krankenkassen erfunden, um für sie Überschüsse, den Erhalt eines Kontroll- und Verwaltungsapparats sowie Vorstandsgehälter zu erwirtschaften. Das Gegenteil ist der Fall. Bürger und somit auch Patienten und Ärzte haben die Krankenkassen geschaffen, um Volksgesundheit zu ermöglichen (jedoch nicht diese zu schaffen!). Deshalb ist auch nicht jede kurzfristige Entwicklung, die Überschüsse, den Kontroll- und Verwaltungsapparat oder Vorstandsgehälter zu schmälern droht, gleich Ausdruck des Missbrauchs, Parasitismus oder organisierten Verbrechens.

Es wäre mehr als spannend, hier in der ZFA vom GKV-Spitzenverband selbst zu hören, warum er mit verzerrten Darstellungen, Argumente zu erzwingen sucht.

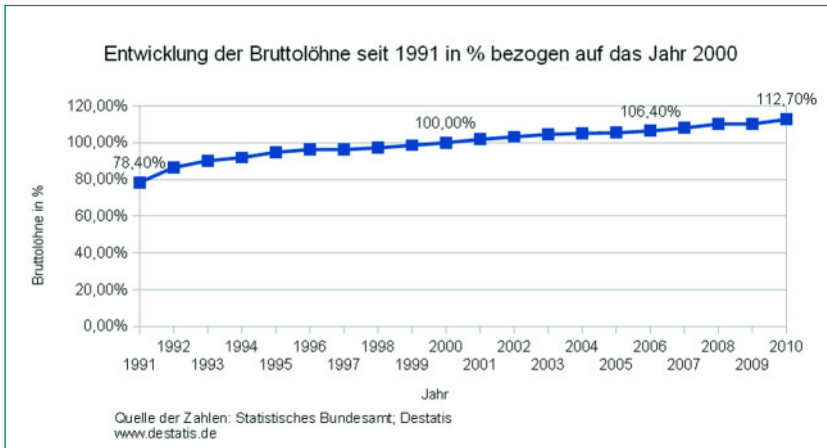


Abbildung 8 Entwicklung der Bruttolöhne in Deutschland seit 1991 bezogen auf das Jahr 2000 (= 100%). Anstieg gegenüber dem Jahr 2000 um 12,7% und gegenüber 2006 um 6,4%.

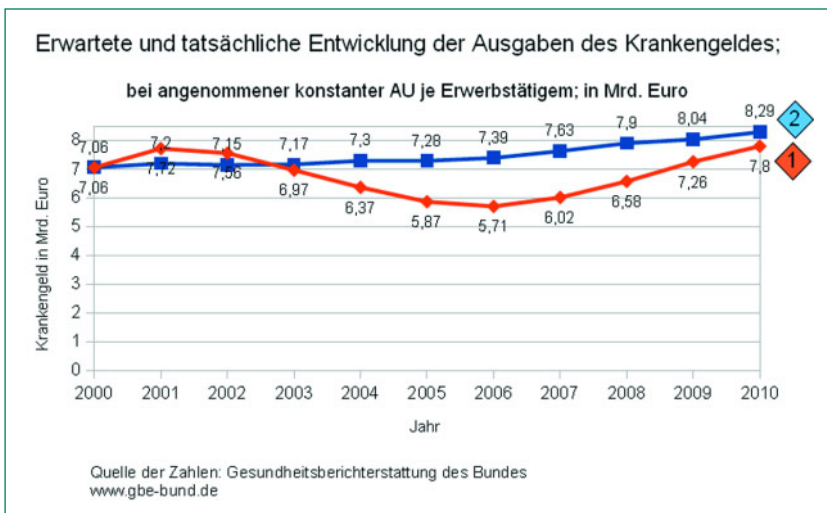


Abbildung 9 Kurve 1: Verlauf der tatsächlichen Ausgaben des Krankengeldes in Mrd. Euro seit 2000. Kurve 2: Zu erwartender Verlauf der Ausgaben unter Berücksichtigung der Entwicklung der Erwerbstätigen und der Bruttolöhne seit 2000.

Korrespondenzadresse

Stephan Heberger
Teilnehmer des 6. Professionalisierungskurses der DEGAM
Bürgermeister-Panzer-Str. 24
83629 Weyarn
Weaskyou2003@yahoo.de

Literatur

1. GKV-Spitzenverband; Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, März 2011. http://www.gkv-spitzenverband.de/upload/GKV_Kennzahlen_Booklet_Q4_2011-03_02_15951.pdf
2. Gesundheitsberichterstattung des Bundes; Tabelle: Krankenstand, GKV-Mitglieder. <http://www.gbe-bund.de/>
3. Sozial-Fibel; bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung Familie und Frauen. http://www.stmas.bayern.de/fibel/sf_k060.htm
4. Bosbach G, Korff JJ. Lügen mit Zahlen – Wie wir mit Statistiken manipuliert werden. München: Heyne, 2011
5. Statistisches Bundesamt (Destatis). <http://www.destatis.de>
6. VGR der Länder – Arbeitnehmerentgelt, Bruttolöhne und -gehälter in den Ländern – Reihe 1 Band 2, 1991 bis 2009. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/VolkswirtschaftlicheGesamtrechnungen/VGR_derLaender/VGR_Laenderergebnisse_Band2_5820002107005.html

Stellungnahme der Autoren Dr. Elisabeth Nüchtern und PD Dr. Matthias Mohrmann

Die drei veröffentlichten Leserbriefe und diejenigen, die uns mit Dank für die Übersicht direkt zugesandt wurden, zeigen, dass das Thema Arbeitsunfähigkeit behandelnde und begutachtende Ärztinnen und Ärzte bewegt. Um den gemeinsamen Dialog ging es uns. Insofern freuen wir uns über die ausgelöste Diskussion.

Ziel unseres Beitrags war ein Reflektieren der Bedeutung von Arbeitsunfähigkeit in der GKV, der Implikationen und der möglichen Auswirkungen einer AU-Attestierung. Im Einzelfall ist es ja nicht immer einfach, festzustellen, ob Arbeitsunfähigkeit besteht – für behandelnde wie für begutachtende Kolleginnen und Kollegen! Vor diesem Hintergrund wurden die Regularien und die beiden Seiten einer Krankschreibung – notwendige Entlastung einerseits, Unterstützung eines Vermeidungsverhaltens, das dem Patienten schaden kann, andererseits – dargestellt. Für uns alle gilt auch dabei § 1 Abs.1 S.1 der (Muster-)Berufsordnung: „Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung.“ Keineswegs ging es uns um Vorwürfe oder Verletzungen.

Anlass des Beitrags waren der Wiederanstieg des Krankenstands nach einer langen Abwärtsbewegung, auf die mit Abbildung 1 in unserem Artikel hingewiesen wurde, und der zunehmende Anteil an AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren. Letzterer wäre sicher einen eigenen Artikel wert, ebenso die eingehende Darstellung möglicher versicherungsrechtlicher negativer Folgen für den Patienten durch medizinisch nicht begründete AU-Attestierung. Mir wurden diese bewusst, als ich als junge Ärztin für ein Sozialgericht begründen musste, warum ich bei einer Begutachtung die vertragsärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit im Widerspruchsverfahren bestätigt hatte, die sich im Nachhinein als für den Versicherten ungünstig bezüglich seiner Leistungsansprüche erwies. Eine ausführliche wissenschaftliche Darstellung der zahlreichen Einflussfaktoren auf Arbeitsunfähigkeit, auf die Leserbrief 2 hinweist, war nicht Ziel der Arbeit, sie hätte deren Rahmen gesprengt.

Mit der Publikation haben wir auf allgemeiner Ebene den Diskurs gesucht.

Ärztinnen und Ärzte des MDK treten in der täglichen Begutachtung immer wieder in Kontakt mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Mit dem Plädoyer von Herrn Kollegen Sachtleben für eine gemeinsame Lösungssuche bei langfristig arbeitsunfähigen Patienten gehen wir daher d'accord. Manchmal begegnen wir Bedenken, wegen der ärztlichen Schweigepflicht dürfe MDK-Kollegen keine Auskunft gegeben werden. Deshalb haben wir in unserem Beitrag die Auskunftspflicht behandelnder Ärztinnen und Ärzte gegenüber dem MDK ausdrücklich angesprochen.

Nicht zutreffend ist die Ansicht, nach § 7 Abs.4 der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer sei die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit ohne eigene Untersuchung des Patienten unzulässig. § 7 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2011) ist überschrieben: „Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln“. Es geht hier also um Behandlung, nicht um Begutachtung. Dies kommt auch im Text des Abs.4 zum Ausdruck: „Ärztinnen und Ärzte dürfen individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass eine Ärztin oder ein Arzt die Patientin oder den Patienten unmittelbar behandelt.“

Dass MDK-Gutachterinnen und Gutachter, wo ausreichende Informationen vorliegen, auf eine eigene Befunderhebung verzichten, liegt auch an den Grenzen der Mitwirkungspflicht: Versicherte brauchen sich Untersuchungen nur zu unterziehen, „soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind“ (§ 62 SGB I).

Der Autor des Leserbriefes 2 möchte vier Hypothesen widerlegen, die er im Hintergrund unseres Beitrags vermutet. Die vier Thesen, die er wissenschaftlich widerlegen möchte, sind nicht die Thesen unseres Beitrags. Er stellt durch eine „Blitzumfrage“ fest, Ärztinnen und Ärzte würden jährlich nur zwischen 0- und 50-mal um Krankschreibung gebeten. Im Leserbrief 3 erwähnt der Kollege Barabasch, er habe an einem Vormittag bei insgesamt 13 Patienten Arbeitsunfähigkeit bescheinigt („Ich habe 11 AUs ausgestellt heute morgen und zwei Auszahlungsscheine“). Die beiden unterschiedlichen Größenordnungen zeigen, dass

sich statistische Aussagen aus sehr unterschiedlichen Einzeldaten zusammensetzen, und dass es irreführend sein kann, nur von den eigenen Zahlen auszugehen.

Leserbriefschreiber 2 vermisst eine Darstellung, „welche Zielwerte für die Gesamtausgaben des Krankengeldes der GKV zur Finanzoptimierung anstrebe“. Die Vorstellung, die Höhe der Krankengeldausgaben könne durch einen Zielwert festgelegt werden, ist für uns nicht nachvollziehbar. Unsere Darstellung zielte nicht auf eine „Finanzoptimierung“ der GKV.

Aus dem Leserbrief des Kollegen Barabasch klingt die Sorge, die konkreten Bedingungen der täglichen Arbeit und insbesondere die Beziehungsaspekte in der Tätigkeit von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten seien mangels eigener Patientenkontakte nicht bekannt. Nur deshalb sei erwähnt, dass ich 15 Jahre lang selbst Untersuchungen anlässlich Arbeitsunfähigkeit durchgeführt habe [s. 1–5].

Abschließend begrüßen wir die Diskussion und setzen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Aufgaben behandelnder und begutachtender Ärztinnen und Ärzte weiterhin auf kollegiale Kommunikation.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Elisabeth Nüchtern
Leiterin Fachbereich
Allgemeine Sozialmedizin
MDK Baden-Württemberg
Ahornweg 2, 77933 Lahr/Schwarzwald

Literatur

1. Nüchtern E. Ich war noch nie krank. Deutsches Allgemeines Sonntagsblatt Nr. 21, 25.Mai 1990, S.30
2. Nüchtern E. Der Arzt als Gutachter. Gesundheitswesen 1991; 53: 1–6
3. Nüchtern E, Meyer-Callé K. Kooperation – nicht Kontrolle. Zur Zusammenarbeit von Vertragsärzten und MDK. Berliner Ärzte 1999; 36: 19–22
4. Nüchtern E. Auswirkungen des SGB III auf die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit durch den MDK. Gesundheitswesen 1999; 61: 299–302
5. Nüchtern E. Die Anwendung der ICDH bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit. In: Leistner K, Beyer HM (Hrsg.) Rehabilitation in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Landsberg/Lech: Ecomed, 2005, 189–198