

Die Kürzung des Krankengeldes

Ergebnisse einer empirischen Studie
über den neuen Umgang mit Kranken

1. Einleitung

Die gesundheitspolitischen Regulationsbemühungen des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geraten spätestens ab 1989 entgegen Ankündigungen einer durchgreifenden, ausgewogenen und nachhaltigen »Jahrhundertreform« immer kurzatmiger und in ihrer Lastenverteilung immer einseitiger und belastender für die kranken Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen. Eine Art Lehrstück hierfür sind die gesetzlichen Veränderungen bei den Lohnersatzzahlungen im Krankheitsfall, der arbeitsrechtlichen Form der »Lohnfortzahlung« und der sozialversicherungsrechtlich begründeten Form des »Krankengelds«, aus dem Jahre 1996.

Der Deutsche Bundestag hat am 13.9.1996 das »Arbeitsrechtliche Gesetz zur Förderung von Wachstum und Beschäftigung (Arbeitsrechtliches Beschäftigungsförderungsgesetz)« und das »Gesetz zur Entlastung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (Beitragsentlastungsgesetz)« verabschiedet.¹ Durch diese Gesetze wurden zwei seit Jahrzehnten existierende sozialpolitische Leistungsarten dem Umfang und der Qualität nach erheblich verändert. Es handelt sich in beiden Fällen um Lohnersatzleistungen im Krankheitsfall², und zwar

- die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall (LFZ) durch die Arbeitgeber für bei ihnen Beschäftigte bis maximal 6 Wochen und
- das Krankengeld (KG) durch die Krankenkasse des Erkrankten ab dem 42. Tag der Erkrankung, das höchstens bis zur 78. Woche gezahlt wird, wenn es sich um ein- und dieselbe Erkrankung handelt.

Zu den expliziten Zielsetzungen und Wirkungen der Gesetze gehört es, Überinspruchnahme im Bereich LFZ und KG durch materielle und ideelle Anreize abzubauen und dadurch die Lohnnebenkosten zu reduzieren. Einwände, es gäbe für die Krankengeldempfänger keine hinreichende Nachfrageelastizität, begegnete man mit Formeln von der Notwendigkeit des Sparens und der Arbeitskostensenkung.³ Auch wollte man »endlich« mal zeigen, daß nicht jeder »Mißbrauch« einfach hingenommen wird.

Gesetzlich festgelegt wurde die deutliche Reduktion des Umfangs beider Lohnersatzleistungen von bisher 100% des Bruttoeinkommens auf 80% bei der *Lohnfortzahlung* ab dem 1.10.1996 und von bisher 80% des Bruttoeinkommens auf 70% beim *Krankengeld*, das aber maximal 90% des Nettoeinkommens betragen darf, ab dem 1.1.1997.⁴

Am Beispiel des Krankengeldes, das anschließend an die 6 Wochen Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber den Einkommensersatz im Krankheitsfall darstellt und das ausschließlich von den gesetzlichen Krankenkassen gezahlt wird, wollen wir hauptsächlich zwei Fragen bzw. Problemen nachgehen:

1. Was sind die Problemlagen und wer sind konkret die Personen, die durch die Leistungskürzungen betroffen sind? Welche Wirkungen sind für diese Personengruppe wahrscheinlich, welche nicht und welche unerwünschten Wirkungen sind u.U. eine (un-)beabsichtigte Nebenfolge der gesetzlichen Veränderungen? Sowohl die technisch-abstrakte, leistungsrechtliche (»länger als 42 Tage mit derselben Erkrankung krankgeschrieben«) als auch die immerhin schon inhaltliche Charakterisierung (»chronisch Kranke«) von Krankengeldempfängern und ihrer Lebenslage verschleiern u.E. eher die wirklichen Verhältnisse. Die kritische Würdigung fällt bisher zu allgemein aus, und ein Teil der derzeitigen Gegenstrategien, vorrangig die materiellen Benachteiligungen zu kompensieren⁵, verfehlt u.E. den Kern des Problems. Statt dessen wollen wir zeigen, daß die Krankengeldkürzung eine deutliche Verschlechterung des Umgangs mit chronisch erkrankten Personen ist.
2. Wie wirkt sich die mittlerweile selbst von Experten nicht mehr überschaubare fall- und leistungsartbezogene Fülle von Leistungskürzungen, Zuzahlungen, Leistungsprivatisierungen und natürlich auch die partiellen Kompensationsmöglichkeiten (Stichwort: Härtefallregelungen) konkret auf diejenigen aus, welche diese Leistungen in Anspruch nehmen müssen? Droht die immer parzellierter, flickenartiger und unübersichtlicher werdende Gesundheitspolitik zur einer Kumulation von Nachteilen und sozialen Lasten gerade bei sowieso schon gesundheitlich belasteten Personen zu führen, die zu ihrer Heilung oder Linderung eher finanzielle *Entlastung* und soziale Ermutigung nötig hätten?

Diesen Fragen möchten wir auf der Basis zweier Datenquellen konkret nachgehen. Zum einen handelt es sich um Ergebnisse einer schriftlich-postalischen Befragung der am Stichtag 17.12.1996 unter den Mitgliedern der bundesweit arbeitenden Gmünder Ersatzkasse (GEK)⁶ Krankengeld beziehenden 7.036 Personen. 2.416 oder 34,4% dieses

Personenkreises haben den Fragebogen im Zeitraum von bis zu drei Monaten ohne Erinnerungsschreiben beantwortet.⁷ Zum anderen haben wir für eine leicht modifizierte Teilgruppe der 7.036 befragten Krankengeldempfänger, nämlich einer Teilmenge von 6.604 Personen⁸, alle während ihrer Mitgliedschaft bei der GEK zwischen dem 1.1.1989 und 1996 im Zusammenhang mit Krankschreibungen und diversen stationären Aufenthalten (Krankenhaus, medizinische Rehabilitation durch die Rentenversicherung, Anschlußheilbehandlungen) dokumentierten Daten unter vollständiger Wahrung des Datenschutzes von der Krankenkasse zusammenführen lassen (Zeitpunkte der Inanspruchnahme, Leistungstage, Diagnosen etc.). Diese Leistungsdaten wurden durch einige soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, Beruf) der betreffenden Personen ergänzt, so daß vollständig anonym, aber personenbezogen, langjährige Leistungs- bzw. Erkrankungsverläufe rekonstruiert und untersucht werden können.

Wir halten, nachdem wir uns intensiv mit der Analyse der Situation von Krankengeldempfängern beschäftigt haben, zwei inhaltlich bedeutende Hinweise für angebracht: Erstens wurde unsere Analyse mit einem geringen materiellen Aufwand durchgeführt. Dieser Aufwand ist v.a. im Vergleich mit den möglicherweise existierenden materiellen Folgen einer »blinden« Gesundheitspolitik noch geringer zu veranschlagen. Zweitens sind solche Berechnungen in einer relativ kurzen Zeit möglich. Beides zusammengenommen heißt dies, daß weder die Protagonisten derartiger Eingriffe noch die Kritiker in ihren Planungen und Erwägungen über erwünschte und unerwünschte Wirkungen an der Finanzierung oder raschen Verfügbarkeit von Probleminformationen scheitern müßten. Als ein Nebenprodukt unserer empirischen Arbeiten ist daher festzuhalten: Eine vorausschauende, prozeßbegleitende, folgensimulierende oder praktisch-evaluative Politikfolgenforschung und -berichterstattung ist leichter möglich als manchmal behauptet oder vermutet wird. Wäre also der Bundesgesundheitsminister wirklich daran interessiert gewesen, etwas über die Folgen seiner Politik für die betroffenen Menschen zu erfahren, so wäre er weder am Geld noch an der Zeit gescheitert.

2. Dimensionen und Wirkungen der Kürzung des Krankengeldes

2.1 Wie sieht die Belastung von Krankengeldempfängern durch die aktuelle Kürzung aus?

»10% Kürzung sind doch nicht so schlimm« – unsere empirischen Befunde weisen diese Denkfigur als verkürzt und sachlich falsch aus. Zum einen: Um die Tragweite der finanziellen Einbußen konkret vor Augen

zu haben, ist es nötig, nicht die Höhe der Krankengeld-Bezüge zuvor (bis 31.12.96) als Vergleichsmaßstab heranzuziehen, sondern jene finanziellen Einkünfte, die man als gesunder Erwerbstätiger erzielt hat. Laufende finanzielle Verpflichtungen zur Lebensführung wie Miete, Darlehensrückzahlungen, Zeitungs- und Rundfunkgebühren werden ja durch Krankheit überhaupt nicht oder allenfalls marginal (Strom, Telefon) reduziert. Zum zweiten: Übersehen wird leicht, daß Krankheit ein »teures Vergnügen« ist, das trotz Gesetzlicher Krankenversicherung insbesondere chronisch Erkrankten eine Reihe zusätzlicher Kosten abverlangt. Hier sind nicht nur Zuzahlungen zu Medikamenten, zu Klinik-Aufenthalten, zu Rehabilitationskuren (jetzt 25 DM pro Tag) aufzuführen, sondern auch indirekte und sehr verborgene (dazu noch ständig zunehmende) Zusatzkosten durch Taxifahrten zum Arzt, Mehraufwendungen für besondere Ernährung und vieles andere mehr.

Die »indirekten« krankheitsverursachten Kosten variieren nach unseren Befragungsergebnissen erheblich. Im Gesamt-Durchschnitt liegen sie trotz aller beim Nennen dieser Belastungen genannten Härtefall- oder Überforderungsregelungen bei 152 DM monatlich. Für etwa die Hälfte der Befragten betragen sie bis zu 100 DM, für knapp ein Viertel 100 bis 200 DM und für etwas mehr als ein Viertel über 200 DM. Darüber liegt eine Extremgruppe von etwa 14%, deren Krankheitskosten über 300 DM im Monat betragen. Die Bedeutung dieser krankheitsverursachten Kosten wird nachvollziehbarer, wenn sie in Relation zum durchschnittlichen Krankengeld der Befragungsteilnehmer gesetzt werden. Dieses betrug im Januar 1997 noch 2.123 DM.

Wir haben den »Durchschnitts-Krankengeld-Bezieher« unserer Studie in finanzieller Hinsicht einmal näher betrachtet. Nimmt man als Vergleichs-Maßstab den Verdienst in jener Phase, als er noch gesund und erwerbstätig war, dann ergibt sich für die materielle Lage im Rahmen des Krankengeldbezugs (und unter kumulativer Berücksichtigung auch der benannten »indirekten« Krankheitskosten) maximal eine reale Einkommensminderung um 791 DM monatlich. D.h.: Er hat mehr als ein Viertel weniger zur Lebenshaltung zur Verfügung als ein gesunder und Erwerbseinkommen beziehender Kollege. Diese kumulativen materiellen Wirkungen sind entweder gar nicht bekannt, werden nicht beachtet oder fälschlicherweise unter Bezug auf die Härtefallregelungen für imaginär gehalten. Völlig unabhängig von einer späteren Möglichkeit, von Zuzahlungen etc. befreit zu werden, müssen die meisten kranken Versicherten zuerst einmal Vorleistungen in erheblicher Höhe erbringen – und dies ausgerechnet zu einem Zeitpunkt relativ niedrigen Einkommens und in einer sozialen Situation und Stimmung, die sich durch

weitere Belastungen eher noch weiter verschlechtert als verbessert. Wie schon immer vermutet, greifen Härtefallregelungen also entweder – wegen der als diskriminierend empfundenen Umstände der Beantragung – gar nicht oder erst in deutlichem zeitlichen Abstand zum Krankheitsereignis.

Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, daß der Krankengeldbezug für die Mehrzahl der Betroffenen nicht nur eine vorübergehende und absehbar kurze Episode ist, über die man auch in finanzieller Hinsicht schnell wieder hinweg kommen sollte. Rund 70 % der Befragungsteilnehmer beziehen Krankengeld seit mehr als zwei Monaten, knapp die Hälfte seit mehr als 4 Monaten, über ein Drittel schon über 6 Monate. Und die jetzige Erkrankung ist bei mehr als der Hälfte in den letzten beiden Jahren schon mindestens einmal aufgetreten. D.h.: Krankengeld-Empfänger mußten sich – anders als Bezieher von Lohnfortzahlung – in der Vergangenheit bereits mehrfach oder über sehr lange Zeiträume hinweg finanziell einschränken. Damit geraten eine ganze Reihe von Krankengeldempfängern in die Nähe der Sozialhilfegrenze oder gar darunter.⁹

Daher nimmt es nicht Wunder, daß die Beurteilung der gegenwärtigen und zukünftigen finanziellen Lage von erheblichem Pessimismus und von Sorgen durchsetzt ist. 27% der Befragten beurteilen die materiellen Einschränkungen und Belastungen durch die Kürzung als »außerordentlich schwerwiegend«, weitere 51% als »beträchtlich«. 63% geben an, Ersparnisse in größerem Ausmaß aufbrauchen zu müssen, 29% werden voraussichtlich Lebensversicherungsverträge oder Sparverträge kündigen, 54% sehen Schwierigkeiten hinsichtlich der Bezahlung von Mieten, Hypotheken und Darlehen. Und eine kleinere Gruppe von knapp 12% befürchtet gar, im Jahre 1997 Sozialhilfe beantragen zu müssen.

Die Kürzung des Krankengeldes ist also, dies sollte deutlich geworden sein, für die Betroffenen aufgrund ihres (nicht ohne weiteres erkennbaren) quantitativen Ausmaßes und ihrer zumeist auch längerfristigen Dauer keineswegs ein vorübergehendes, ohne größere Probleme zu verkraftendes finanzielles Opfer, das zur Konsolidierung der GKV-Finzen durchaus billig zu heißen wäre.

2.2 *Wer sind die Krankengeldempfänger?*

2.2.1 *Ergebnisse einer schriftlichen Befragung von Krankengeldempfängern*

Krankengeldempfänger stellen eine relativ kleine Gruppierung unter den Versicherten dar, die jedoch überwiegend durch eine außerordentliche

Schwere ihrer Erkrankungen charakterisiert sind. Ende 1996 bezogen 0,9% der GEK-Mitglieder Krankengeld. Nach einer Auswertung über den Zeitraum 1989-1995 dauern 4,4% aller AU-Fälle länger als 6 Wochen, diese Fälle verursachen 39,6% des Gesamtaufkommens aller AU-Tage. Die AU-Tage ab dem 43. Tag einer Erkrankung machen 25,7% der gesamten AU-Zeiten aus.¹⁰

Nach den Angaben der Krankengeldempfänger selbst sind 63% chronisch erkrankt. Dabei ist auch hier wieder ein ähnliches Bild der Häufigkeitsverteilung für die »modernen Volkskrankheiten« erkennbar wie bei anderen Indikatoren zur Morbidität. Die häufigsten Krankheitsarten sind: Wirbelsäulenkrankheiten (30,5%), Gelenkerkrankungen (16,3%), Verletzungen und Unfälle (14%), Psychiatrische Krankheiten (8,5%), Sonstige Kreislauferkrankungen, z.B. Bluthochdruck (8,4%), bösartige Neubildung (Krebs [7,9%]), Herzinfarkt (6%).

Für die große Mehrzahl der Betroffenen gilt, daß sie bereits recht umfassende und z.T. langwierige ärztlich-therapeutische Maßnahmen und Kontrollen durchlaufen haben. 43% waren zur persönlichen Vorstellung und Untersuchung beim Medizinischen Dienst der GKV, 68% berichten über einen Krankenhaus-Aufenthalt wegen der Erkrankung, 44% haben bereits in einer Rehabilitations-Klinik eine Kur oder Anschlußheilbehandlung wegen der Erkrankung durchführen müssen.

Eine genauere Betrachtung der Krankheits-Indikatoren zeigt, daß es sich bei den Krankengeld-Empfängern um drei Gruppen handelt.

1. Da ist zunächst eine sehr kleine Gruppe von Erwerbstätigen, die an einer akuten Erkrankung leidet (oft durch Unfälle, Verletzungen), die längerfristiger Rekonvaleszenz oder Rehabilitation bedarf. Diese Befragten waren in den letzten Jahren nicht krank und werden nach Abklingen der Beschwerden aller Voraussicht nach wieder ganz normal ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen. Zieht man, um die quantitative Bedeutung dieser Gruppe abzuschätzen, einmal als Indikatoren heran: keine chronische Erkrankung, keine persönliche Vorstellung und Untersuchung beim Medizinischen Dienst, kein Aufenthalt in einer Akut- oder Rehabilitations-Klinik, so zeigt sich: insgesamt sind nur etwa 3% aller Befragungsteilnehmer dieser Gruppe zuzurechnen.
2. Eine zweite Gruppe von Betroffenen, die ca. 48% der Befragungsteilnehmer umfaßt, hat bereits im Gefolge von Krankheit und daraus resultierenden psycho-physischen Beeinträchtigungen eine »Negativ-Karriere« hinter sich, es allerdings gleichwohl geschafft, bislang in das System der Erwerbsarbeit einbezogen zu bleiben. Hierzu zählen insbesondere die anerkannten Schwerbehinderten, z.T. wohl aber auch jene Versicherten, die in den letzten Jahren des öfteren arbeitsunfähig

waren und bei denen die jetzige Krankheitsart bereits früher schon einmal oder öfter aufgetreten ist.

3. Für eine dritte, etwa gleich große Gruppe ist das zukünftige »Schicksal« sowohl in gesundheitlicher als auch in beruflicher Hinsicht ungewiß, wengleich mit insgesamt eher negativen Vorzeichen belastet. Während der Antrag auf Durchführung einer medizinischen Rehabilitations-Maßnahme (trifft für 30% der Befragten zu) noch durchaus Chancen hinsichtlich einer späteren beruflichen Wiedereingliederung offenläßt, so muß der Antrag auf Anerkennung als Schwerbehinderter (34% der Befragten) und noch mehr der Antrag auf Frühverrentung (25,5% der Befragten) als prognostisch sehr ungünstiger Indikator für eine berufliche Wiedereingliederung betrachtet werden.¹¹

Für die politisch gewollte Abschreckungswirkung des Krankengeldkürzungsgesetzes ist es von zentraler Bedeutung, daß bei Beziehern von Krankengeld ganz überwiegend keine Beeinträchtigungen und Erkrankungen vorliegen, die eine individuelle Entscheidung über die Dauer der Rekonvaleszenz und Arbeitsunfähigkeit überhaupt erlauben. Der Grad der Erkrankung und auch das Ausmaß ärztlicher Aufsicht und Kontrolle ist derart schwerwiegend, daß die politische Idee einer individuellen »Abwägung«, Kalkulation und Entscheidung über die noch unbedingt notwendige Dauer der weiteren Krankmeldung absolut wirklichkeitsfremd und sachlich abwegig ist. Krankengeld-Bezieher haben sich einer strengen ärztlichen Kontrolle unterzogen (im Zusammenhang von Untersuchungen beim Medizinischen Dienst, von Reha- oder Akut-Klinik-Aufenthalten) oder aber Maßnahmen eingeleitet (Anträge auf Rehabilitation, Frühverrentung, Anerkennung als Schwerbehinderter), die diese ärztliche Prüfung alsbald erneut auf die Tagesordnung setzen. Das politische Motiv der Steuerung des Krankheitsverhaltens über »ökonomische Anreize« erweist sich damit als realitätsfremd und an den Haaren herbeigezogen.

Dies wird noch deutlicher, wenn wir die Krankengeldempfänger nach Typen unterschiedlicher Problemkumulation und Bewältigungsversuchen unterscheiden (Übersicht 1). Wenn man die nachstehend zusammengefaßten Gruppen genauer betrachtet, wird überdeutlich, daß und in welcher Weise es sich in unterschiedlichster Weise um Betroffene eines langwierigen, labilen und abwärtsgerichteten Prozesses mit ganz geringen individuellen Handlungsspielräumen handelt.

Aus der Fülle der wichtigen Lagemerkmale der von uns ausgewählten Betroffenengruppen haben wir einige Krankheiten und einige Indikatoren für die Art und den Umfang der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen ausgewählt und kommentiert.

Übersicht 1:

Indikatoren der gesundheitlichen und Versorgungslage unterschiedlicher Gruppen von Arbeitsunfähigen (Kombination von Vorgeschichte und aktuellen Lage- und Bewältigungsmerkmalen)

Merkmale ¹	gesamt ²	Typ I ³	Typ II ⁴	Typ III ⁵	Typ IV ⁶	Typ V ⁷
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	13,2	18,6	16,6	19,1	19,0	18,9
Krebs	7,9	1,3	1,3	1,8	1,5	1,6
psychiatrische Erkrankungen	8,5	11,0	11,2	7,3	9,0	8,1
Wirbelsäule	30,3	48,9	46,9	46,8	50,3	53,4
Unfälle	14,0	6,1	5,5	5,0	6,0	5,3
Antrag Frührente	25,5	53,0	38,5	55,6	55,2	59,2
Antrag medizinische Rehabilitation	30,3	40,9	34,9	39,8	40,5	37,3
Antrag berufliche Rehabilitation	13,9	22,6	16,2	26,8	21,9	24,7
Antrag auf Schwerbehinderung	22,4	42,2	37,0	44,7	43,6	46,6
Angewiesenheit auf fremde pflegerische Hilfe (sehr oft/öfter)	19,5	22,9	20,7	27,7	22,5	23,1
an Haus und Wohnung gefesselt (sehr oft/öfter)	35,0	38,8	39,1	45,0	38,7	39,2
diverse berufliche Veränderungen (ja)	73,8	68,8	69,3	66,7	70,9	69,2
Befürchtete Kündigung oder/und Arbeitslosigk. (sehr stark/stark)	42,5	62,5	55,5	61,6	63,0	63,6
Arbeitslosigkeit (in den letzten 2 Jahren)	15,1	14,7	16,1	15,0	15,9	14,1

1 (Zahlenangaben = Prozent der jeweils untersuchten Gruppe)

2 alle Befragten N = 2416 (50 J. u. jünger: 57%)

3 Typ I = mit derselben Erkrankung zwei- und mehrmals arbeitsunfähig in 1995 u. 1996 und in diesem Zeitraum insg. 6 und mehr Monate arbeitsunfähig N = 544 (50 J. u. jünger: 41,4%)

4 Typ II = Typ I ohne 6 und mehr Monate arbeitsunfähig N = 1023 (50 J. u. jünger: 46,2%)

5 Typ III = Typ I und Krankenhausaufenthalt und Aufenthalt in Rehaklinik wegen der AU-Erkrankung N = 220 (50 J. u. jünger: 45,9%)

6 Typ IV = Typ I und Selbstbewertung als chronische Erkrankung N = 469 (50 J. u. jünger: 37,3%)

7 Typ V = Typ IV und Aufenthalt in Rehaklinik wegen der AU-Erkrankung N = 322 (50 J. u. jünger: 37,6%)

a) *Krebserkrankungen*

7,9% aller Befragten waren wegen bösartiger Neubildungen arbeitsunfähig geschrieben und bezogen Krankengeld. Nur 1,3% waren mit derselben Erkrankung zwei- und mehrmals arbeitsunfähig in den Jahren 1995 und 1996 und in diesem Zeitraum insgesamt 6 und mehr Monate arbeitsunfähig. Dies erklärt sich aus folgenden Gründen. Krebserkrankungen sind dramatische Krankheiten, die in der Regel innerhalb von 6 Monaten durchdiagnostiziert und therapiert werden. Die Befragung war im November bis Februar. Die Versicherten waren zu diesem Zeitpunkt schon 6 Wochen krank. Es ist deshalb sinnvoll anzunehmen, daß sie 1995 und 1996 nicht wiederholt und mehrmals und schon gar nicht 6 Monate und mehr arbeitsunfähig waren. Denn Krebs muß als eine akute Diagnose angesehen werden, die unmittelbare Interventionen in Gang setzt. Von daher sind auch die folgenden Verlaufsformen (Typ II bis Typ V) mit 1,3% bis 1,8% recht selten. Man muß weiterhin betonen, daß Krebserkrankte sehr ungern in eine Rehabilitation gehen, weil sie dort wieder mit ähnlich Betroffenen zusammenkommen. Zum anderen ist wichtig zu sehen, daß Krebserkrankte relativ leicht in die Erwerbs- und Berufsunfähigkeit kommen. Eine Reintegration in die Arbeitswelt ist eher nicht beabsichtigt. Die häufigsten Krebserkrankungen sind Lungenkrebs und Magen-Darm-Krebs. Bei Frauen stehen Mammakarzinom und Uteruskarzinom im Vordergrund. Welchen monetären »Anreiz« will der Gesetzgeber auf diese Menschen wirken lassen?

b) *Psychiatrische Erkrankungen*

Insgesamt litten 8,5% der Befragten an psychiatrischen Erkrankungen. Hier fällt nun auf, daß unter denjenigen, die mit derselben Erkrankung zwei- und mehrmals arbeitsunfähig in 1995/96 und in diesem Zeitraum sogar 6 und mehr Monate arbeitsunfähig waren, der Anteil der psychisch Erkrankten auf 11% ansteigt. Dies hat folgende Erklärung: Psychische Erkrankungen sind chronische Erkrankungen, die immer wieder auftreten. Hier wären zu unterscheiden: Schizophrenie, Depression oder auch Alkoholismus oder chronisch psychosomatische Erkrankungen. Dies setzt also durchaus eine Erkrankungskarriere in Gang, die über einen längeren Zeitraum verläuft. Psychische Erkrankungen sind als rezidivierende, wiederholt auftretende Erkrankungen zu klassifizieren und führen von daher häufiger zu einer Arbeitsunfähigkeit. Dies bestätigt auch der Prozentsatz von 11,2% bei denjenigen, die ähnlich häufig erkrankt waren, aber nicht insgesamt 6 Monate und mehr. Die Reduktion des Prozentanteils bei Typ III auf 7,3% erklärt sich folgendermaßen:

Personen mit einer psychiatrischen Erkrankung kommen nicht notwendigerweise in eine stationäre Behandlung und erhalten in der Regel auch nicht zusätzlich eine Rehabilitation. Bei einer Rehabilitation von psychisch Erkrankten ist der therapeutische Umgang unklar. Deshalb verbleiben sie häufiger eher in der ambulanten Versorgungsstruktur bzw. in stationärer Behandlung. Psychiatrisch Erkrankte werden leicht verrentet. Der Anstieg bei Typ IV und V ist somit erklärbar.

c) *Wirbelsäule*

30,3 % der Krankengeldbezieher litten unter chronischen Wirbelsäulenerkrankungen. Der Prozentanteil steigt auf fast 50 % (48,9 %) bei der Krankengeldgruppe, die mit dieser Erkrankung zwei- und mehrmals arbeitsunfähig in 1995/96 war und in diesem Zeitraum sogar insgesamt 6 und mehr Monate dem Arbeitsplatz fernbleiben mußte (Typ I). Also fast 50 % der chronisch Kranken sind Personen mit schweren Wirbelsäulenproblemen. Der deutliche Anstieg von 30,3 auf fast 50 % spricht ebenso dafür, daß dieser Kreis der Wirbelsäulenerkrankten ein typischer Patientenkreis ist, der immer wiederkehrend mit Schmerzerfahrungen und neurologischen Ausfällen chronisch erkrankt. Die Chronifizierung der Wirbelsäulenbeschwerden manifestiert sich zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr. Im Typ I ist der Anteil der über 50jährigen größer als in der Gesamtgruppe, nämlich 48,6%. Das Anwachsen des Anteils der Wirbelsäulenerkrankungen des Typs I erklärt sich dadurch, daß diese Personengruppen als therapieresistent gelten. Beim Vergleich von Typ I bis Typ V überrascht, daß der Anteil der Wirbelsäulenerkrankungen wächst, je schärfer die Kriterien formuliert werden, nämlich von 40 über 48 und 46 auf 53 %. Wirbelsäulenkrankheiten sind unter den chronischen Krankheiten dominante Krankheitsbilder. Die therapeutische Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen bzw. Krankenhausaufenthalten sind eher gering einzuschätzen.

d) *Kreislaufkrankungen einschließlich Herzinfarkt*

13,2 % aller befragten Krankengeldbezieher litten an Erkrankungen des Kreislaufs. Unter den Krankengeldbezieher der Typen I bis V liegt in allen Gruppen der Anteil höher. Das spricht dafür, daß dieser Personenkreis mit chronisch rezidivierenden Herz-Kreislauf-Problemen zu tun hat. Wegen dieser Erkrankungen sind sie in den Jahren 1996 und 1996 zweimal und öfter arbeitsunfähig gewesen und waren auch in stationärer Behandlung sowie in Rehabilitationskliniken. Herz-Kreislauf-Erkrankungen

liegen also bei den Krankengeldbeziehern der Typen I bis V nach den Wirbelsäulenerkrankungen an zweiter Stelle.

Vergleicht man die Altersstruktur der Krankengeldbezieher nach Typ I bis Typ V, so fällt auf, daß der Anteil der Älteren mit Zunahme der Chronifizierung wächst.

Ein Viertel der Krankengeldbezieher hat einen *Antrag auf Frührente* gestellt. Der Anteil steigt auf 50%, wenn Sie – wie beim Typ I – als eine Gruppe anzusehen sind, die schwerwiegend chronisch krank ist. Mehr als die Hälfte von ihnen orientiert sich also auf den Übergang in den vorzeitigen Ruhestand. Zu bedenken bleibt hier, daß dies nicht notwendigerweise von den Versicherten selbst ausgeht, sondern es auch einen institutionellen Zwang in Richtung Frühverrentung seitens der Betriebe bzw. auch Krankenkassen gibt. Chronisch Kranke mit stationären Aufenthalten und Behandlungen in Rehabilitationskliniken sind zu fast 60% bereits auf Frühverrentung ausgerichtet. Diese Orientierung kommt nicht von ungefähr, denn in der Gruppe von Typ I, II, III und IV sind Befürchtungen, im Betrieb gekündigt und arbeitslos zu werden, ähnlich hoch, wenn nicht sogar höher als bei den Krankengeldbeziehern insgesamt.

Überraschend hoch ist mit über einem Drittel der *Zwang zur Immobilität*, d.h. der Umstand, an Haus und Wohnung gefesselt zu sein. Der Anteil steigt in den Typen I bis V leicht an. Von *Arbeitslosigkeit* waren in allen Beobachtungsgruppen 15% in den letzten zwei Jahren betroffen.

Sehr interessant ist, daß von den Krankengeldbeziehern insgesamt 42,6% durch den *Medizinischen Dienst der Krankenkassen* kontrolliert wurden. Der Anteil steigt rapide bei denjenigen, die mit derselben Erkrankung wiederholt arbeitsunfähig sind und insgesamt 6 und mehr Monate am Arbeitsplatz gefehlt haben und in einem Krankenhaus bzw. in einer Rehabilitationsklinik behandelt werden mußten. Chronische Erkrankungen sind ein Kostenfaktor für die Gesetzliche Krankenversicherung, deshalb wird dieser Personenkreis auch stärker vom Medizinischen Dienst beachtet. Allerdings muß angemerkt werden, daß ein Viertel nicht überprüft wurde. Welche hohe finanzielle Belastung eine chronische Erkrankung zur Folge hat, wird auch daran deutlich, daß in allen Gruppen jeweils die Hälfte der chronisch Erkrankten Zuzahlungen in Höhe von mehr als 100 DM zu leisten hatte.

Fast ein Drittel aller Befragten hat einen *Antrag auf medizinische Rehabilitation* gestellt. Dies ist nicht erstaunlich, weil solche Versicherte dazu gehalten sind. Es soll nämlich geklärt werden, ob sie weiterhin in der Erwerbsarbeit verbleiben können oder die Statuspassage in Richtung Rente beschreiten sollen. Bei denjenigen Gruppen, die nach den

Selektionskriterien als besonders chronisch krank anzusehen sind (Typ I, Typ III bis V) steigt der Anteil auf 40%.

Als erstaunlich niedrig muß der Prozentanteil derjenigen angesehen werden, die einen *Antrag auf berufliche Rehabilitation* gestellt haben. Er beträgt 13,9% aller Befragten. Er verdoppelt sich anteilmäßig beim Typ III. Hier sind zwei Tendenzen zu beachten: einerseits sind chronisch Kranke gehalten, eine berufliche Rehabilitation zumindest als Antrag zu formulieren; wenn jedoch ein höheres Alter vorliegt, wird eher selten eine berufliche Rehabilitation empfohlen.

2.2.2 Ergebnisse einer Analyse zur gesundheitlichen Vorgeschichte von Krankengeldbezieher*innen von 1989 bis 1996

Die Auswertung dieser Informationen zur Vorgeschichte gibt weitere Klarheit über die Tatsache und das Volumen und damit u.a. die Bemerkbarkeit der Chronizität von Erkrankungsprozessen, an deren vorläufigem Ende ein oder mehrere Krankengeldbezugssituationen stehen. Eine Politik, die nur dort negativ-benachteiligend eingreift, verzichtet von vornherein darauf, sich überhaupt mit dem Zustandekommen der für die Versicherten desolaten Situation zu beschäftigen. Eine solche Politik dethematisiert u.U. auch die aktive wie passive Beteiligung der Sozialbürokratie an erkennbaren Karrieren oder Aufschaukelungsprozessen. Der defizitäre Wissensstand über die Prozesse, die hinter bzw. vor prekären gesundheitlichen Situationen liegen, gibt v.a. keinerlei Anreize, sich zukünftig damit zu beschäftigen, ob diese Prozesse verhindert, abgekürzt oder andersartig gestaltet werden können. Insgesamt wird mit diesen Ergebnissen deutlicher als das die sozialversicherungsrechtliche Charakterisierung als »Krankengeldempfänger« oder selbst die Beschreibung der Gruppe als »chronisch Kranke« vermag, um welche höchst prekären und desolaten, langjährig sich entwickelnden Lebenslagen es sich konkret handelt. – Zunächst wollen wir einige soziodemographische Charakteristika der Untersuchungsgruppe vorstellen. Anschließend wollen wir untersuchen, ob und in welchem Umfang welche krankheitsbezogenen Vorereignisse oder »Karriere«schritte zur jetzigen Situation als Krankengeldempfänger zu erkennen sind.

Die *Geschlechts- und Altersstruktur* der 6.604 aktuellen Krankengeldempfänger der GEK, Untersuchungsgruppe genannt, sieht wie folgt aus: 83,4% sind Männer, was wegen des bisherigen Mitgliederschwerpunkts der Kasse im Bereich der Metall- und Elektroindustrie und dort der gewerblichen Facharbeiter auch nicht anders zu erwarten war. Etwas anders als erwartet präsentiert sich die Altersstruktur (Übersicht 2):

Übersicht 2:

Alterstruktur der Untersuchungsgruppe insgesamt und von Personen, die verschiedene Arten von Leistungen in Anspruch nahmen, 1989 bis 1996 (in Prozent)

Alter	alle Krankengeldempfäng. (N=6.604)	Altersstruktur der Personen mit AU-Fällen (N=6.604)	Altersstruktur der stationär versorgten Personen (N=5.149)	Altersstruktur der mit AHB versorgten Personen (N=622)	Altersstruktur der rehabilitierten Personen (LVA/BfA) (N=2.325)
bis 39 Jahre	32,6	31,4	32,5	20,4	12,9
40-49 Jahre	23,8	24,6	26,1	26,3	22,5
50-59 Jahre	35,8	36,2	37,0	47,5	58,5
60 Jahre und älter	7,9	7,7	4,4	5,8	6,1

Mit 35,8% ist nämlich die Altersgruppe der 50- bis 59jährigen Krankengeldempfänger nur etwas stärker als die Gruppe der bis zu 39 Jahre alten Personen (32,6%) besetzt. Die 40- bis 49jährigen Krankengeldempfänger umfassen 23,8%, und der Anteil der 60 Jahre alten und älteren Personen beträgt 7,9%. Interessant sind schließlich noch die gravierenden Unterschiede der Altersstrukturen, je nachdem in welchem Versorgungszusammenhang die betreffende Person sich befindet. Der hohe Anteil der 50- bis 59jährigen in der Gruppe der Rehabilitanden von 58,5% zeigt im Zusammenhang mit der Kenntnis der gesundheitlichen Geschichte der Untersuchungsgruppe eine sehr bzw. zu späte Intervention an.

Eine weitere wichtige Information über die Untersuchungsgruppe ist deren *Kassen-Mitgliedschaftsdauer*. Sie hilft zu beurteilen, wieviel eine retrospektive Untersuchung überhaupt maximal an Einblick vermitteln kann.¹² Bei näherer Betrachtung relativiert sich aber die Befürchtung einer sehr ausgeprägten Unterschätzung der gesundheitlichen Problem-Vorgeschichte der Untersuchungsgruppe. 53,6% der 6.604 aktuellen Krankengeldempfänger waren zum Beginn unseres Untersuchungszeitraums, also Ende 1988, bereits Mitglied der GEK und blieben es auch bis zu ihrem aktuellen Krankengeldfall. Von ihnen liegen also auch komplette sog. Leistungskarrieren im Datenbestand der GEK vor. Die restlichen 44,4% kamen in den nachstehend genannten »Portionen« in ihre jetzige Kasse: 1989 = 3,7%, 1990 = 5,4%, 1991 = 9,6%, 1992 = 7%, 1993 = 5,4%, 1994 = 4,3%, 1995 = 6,5% und 1996 = 4,4%.¹³

Die zentrale Frage lautet, wie die langjährige, d.h. bis um 8 Jahre zurückreichende Leistungs- bzw. Erkrankungskarriere der aktuellen

Krankengeldempfänger aussieht. Um wie stark vorbelastete Personen handelt es sich? Welche Erkrankungen und Versorgungsleistungen haben sie schon hinter sich? Von welchen evtl. vermeidbaren Entwicklungen wird durch die aktuelle Form der materiellen Belastung oder »Bestrafung« abgelenkt? Wie groß kann überhaupt der Handlungsspielraum dieser Personen gegenüber Arbeitsunfähigkeit sein? Die folgenden Zahlen geben darauf erste wichtige Antworten (Übersicht 3).

Die 6.604 Personen, die mindestens einen Krankengeldfall gehabt haben, hatten im Zeitraum seit Beginn des Jahres 1989, d.h. in rund 8 Jahren, ohne ihren aktuellen Arbeitsunfähigkeits-Fall mit Krankengeldbezug insgesamt 67.631 AU-Fälle und 1.540.213 AU-Tage mit einer durchschnittlichen Falldauer von 22,8 Tagen. Darüber hinaus hatten sie 14.643 einzelne Fälle von Inanspruchnahme stationärer Versorgung im Krankenhaus mit insgesamt 218.736 Leistungstagen. Die durchschnittliche Krankenhausfalldauer betrug also knapp 15 Tage.

Übersicht 3:

Anzahl der betroffenen Personen und Umfang der Betroffenheit für ausgewählte Leistungsarten im Zeitraum 1989 bis 1996

	Arbeitsunfähigkeit	Krankenhaus- versorgung	Versorgung medizinische Rehabilitation	Anschlußheil- behandlung
Anzahl der betroffenen Personen insgesamt (Anzahl der Gesamtfälle in Klammern)	6.604 (67.631)	5.149 (14.643)	2.325 (3.267)	622 (673)
Anteil der jeweils betroffenen Personen an der Gesamtgruppe (N=6.604)	100%	77,96%	35,20%	0,94%
Anzahl der Personen mit				
1 Fall	443	1.861	1.591	577
2 Fälle	460	1.286	553	39
3 Fälle	432	716	157	6
4 Fälle	419	492	21	0
5 Fälle	415	267	3	0
6 Fälle	377	163	0	0
7 Fälle	393	103	0	0
8 Fälle	350	77	0	0
mehr als 8 Fälle	3.315	184	0	0

Weiterhin nahm der untersuchte Personenkreis 3.267 mal Leistungen der stationären Versorgung durch die Rentenversicherungsträger, d.h. Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation mit einer durchschnittlichen Falldauer von etwas über 35 Tagen in Anspruch. Last but not least gab es noch 673 stationäre Fälle von Anschlußheilbehandlungen (AHB), die mit 21.981 Leistungstagen und einer Durchschnittsdauer von knapp 33 Tagen zu Buche schlugen.¹⁴

Alles in allem wird also auch für einen längeren Zeitraum als den, welchen wir durch die Befragung erfaßten, bestätigt, daß die Vorgeschichte von Krankengeldempfängern langwierig und sowohl der Art nach (z.B. Diagnosen) als auch nach dem Volumen (z.B. Leistungstage) sehr leidens- und leistungsaufwendig ist.

In der Übersicht 3 haben wir das Volumen und die Intensität der Vorgeschichte aller aktuellen Krankengeldempfänger während ihrer Mitgliedschaftszeit in der GEK zusammengestellt. Wieviel Personen der Untersuchungsgruppe durchliefen oder durchlitten also überhaupt bestimmte Versorgungssituationen und wie häufig?

Ergänzt werden soll noch, daß immerhin noch 299 Personen insgesamt 12 AU-Fälle, 135 Personen 18 AU-Fälle, 92 Personen 22 AU-Fälle und 15 Personen 34 Fälle von Krankschreibung hatten.

Da sich eine prekäre gesundheitliche Lebenslage zwar mit Sicherheit aus einer Mehrfachbetroffenheit von längeren und unterschiedlichen Krankheits- oder Versorgungsabschnitten ergibt, aber auch im besonderen Maße durch die Art oder den Inhalt der jeweiligen Situation geprägt wird, wollen wir außerdem die Häufigkeit ausgewählter Erkrankungsarten auf der Basis der bekannten Diagnosen für einige Leistungsarten betrachten (Übersicht 4).

Übersicht 4: Anteil ausgewählter Krankheitsarten an ausgewählten Leistungsarten bei Krankengeldempfängern im Zeitraum 1989 bis 1996 (jeweils Anteil in Prozent an der jeweiligen Leistungsart)

ausgewählte ICD-Hauptgruppen	Arbeitsunfähigkeitsfälle insges.	Krankenhausfälle	medizinische Rehabilitation	Anschlußheilbehandlungen
(jeweils Anteil an allen Fällen)				
Neubildungen	1,4%	16,5%	4,9%	11,6%
psychiatrische Erkrankungen	4,0%	9,0%	12,6%	0,7%
Kreislauf-Erkrankungen	5,3%	15,4%	12,6%	38,8%
Skelett- und Muskel-erkrankungen	24,7%	16,1%	54,1%	34,9%
Verletzungen und Vergiftungen	12,4%	10,7%	1,7%	7,0%

Für die Frage, ob es z.B. für die Krankenkasse möglich war, die von uns behauptete Problemkumulation zu erkennen und dann möglicherweise zu hemmen oder gar umzukehren, ist ein Blick auf die Existenz und die Häufigkeit von Krankengeldbezug in der Vergangenheit der aktuellen Krankengeldempfänger hilfreich.

2.2.3 Vorgeschichte und Lage der Mehrfach-Krankengeldempfänger

10,2% aller dokumentierten AU-Fälle, d.h. 6.873 AU-Fälle, dauerten 43 Tage und länger. Das Problem war also kaum zu übersehen. Noch deutlicher wird dies angesichts der Tatsache, daß an diesen Fällen 3.878 Personen, d.h. 58,7% der Angehörigen der Untersuchungsgruppe beteiligt, d.h. bereits vor dem aktuellen kritischen Ereignis ein- oder mehrere Male Krankengeldempfänger waren. Zusammengenommen resultierten dann 57,9% aller AU-Tage der gesamten Untersuchungsgruppe, nämlich 891.693 AU-Tage, aus Fällen mit mehr als 42 Tagen Dauer. Diese Gruppe ist überraschenderweise auch nicht durchweg in einem höheren Alter. Selbst wenn man der Einfachheit halber das von den Personen 1996 erreichte Lebensalter heranzieht und sie dadurch für den Großteil des Ereigniszeitraums sogar »älter« macht, waren 28,3% der Betroffenen jünger als 40 Jahre und im Vergleich z.B. nur 39,8% zwischen 50 und 59 Jahre alt.

Auch die Durchschnittsbetrachtung unterstreicht zusätzlich die Belastungsdimensionen durch die dem Krankengeldbezug zugrundeliegenden chronischen Erkrankungen. Der Durchschnitt pro Fall einer Krankengeldepisode liegt nämlich bei rund 130 Tagen. Sieht man sich ergänzend etwas genauer an, in welchem der zurückliegenden Jahre diese sog. Krankengeld-AU-Fälle begannen, verteilt sich deren Auftreten zwar nicht gleichermaßen auf alle Jahre, aber auch nicht erst auf die letzten 1 oder 2 Jahre.¹⁵ So gab es z.B. bereits 1989 398 AU-Fälle mit einer längeren Dauer als 42 Tagen, 1992 waren es 776 Fälle, 1994 schon 998 und 1995 dann 1291 derartige Fälle, eine aufsteigende Reihe, die 1996 (ohne den letzten Krankengeldfall der Untersuchungsgruppenangehörigen) schließlich mit 1271 Fällen vorläufig beendet wurde.

Ein weiterer Einblick in die innere Struktur dieser besonders belasteten Teilgruppe der Arbeitsunfähigen belegt ergänzend, daß sich hier noch eine größere Anzahl von mehrfach von Krankengeldbezug betroffenen Personen finden läßt. Unter den insgesamt 3.878 durch die Situation des Krankengeldbezugs belasteten Personen waren 2.148 in unserem Untersuchungszeitraum einmal betroffen, 994 aber zweimal, 432 dreimal, 177 viermal, 80 fünfmal und die restlichen Personen bis zu 17 mal

mit einer jeweiligen Dauer von über 42 Tagen. – Ein Blick auf die Krankheitsarten, die Anlaß für den ein- bis mehrmaligen Bezug von Krankengeld waren, vermittelt eine weitere Vorstellung über die gesundheitliche Lage der hier betrachteten Personen (Übersicht 5).

Übersicht 5: Altersspezifische Verteilung von Krankheitsarten bei AU-Fällen mit einer Dauer von mehr als 42 Tagen 1989-1996

ausgewählte ICD-Hauptgruppen	Anteil an den Erkrankung. aller Personen	Anteil bei den bis 39 Jahre alten Personen	Anteil bei den 40-49 Jahre alten Personen	Anteil bei den 50-59 Jahre alten Personen	Anteil bei den 60 Jahre und älteren Pers.
Neubildungen psychiatrische Erkrank.	2,6%	2,2%	3,0%	2,8%	2,2%
Kreislauf-Erkrank.	10,3%	16,3%	12,5%	6,9%	5,4%
Skelett- und Muskel-erkrank.	8,8%	3,7%	5,9%	12,0%	14,4%
Verletzungen und Vergiftungen	35,6%	25,5%	35,0%	39,6%	43,9%
	16,6%	26,0%	15,6%	13,0%	11,6%

In der nach Altersgruppen differenzierten Betrachtung lassen sich u.a. folgende Auffälligkeiten erkennen: 35,6% aller AU-Fälle mit Krankengeldbezug in den Jahren 1989 bis 1996 beruhten auf Diagnosen aus dem Bereich Skelett- und Muskelerkrankungen, was sich aber altersspezifisch durchaus noch zuspitzen kann. So waren derartige Erkrankungen bei 39,6% der Fälle in der Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren der Krankschreibungsanlaß und gar für 43,9% der AU-Fälle der 60 Jahre und älteren Personen ursächlich. 48% aller Krankschreibungsfälle mit Krankengeldbezug, die derartige Erkrankungen hatten, entfielen auf 50- bis 59jährige Personen. Verletzungen, und zwar angesichts der Dauer von über 6 Wochen sehr beträchtliche, waren insgesamt für 16,6% der Krankschreibungen verantwortlich, ein Wert, der bei den unter 40jährigen aber 26% erreichte. 37% aller Krankschreibungen mit Krankengeldbezug wegen Verletzungen entfielen auf die unter 40jährigen.

3. Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei den Krankengeldempfänger handelt es sich um eine Gruppe fast ausschließlich chronisch kranker Personen, deren Situation sich seit mehreren Jahren über eine lange Kette schwerer Erkrankungsperioden und unterschiedlicher Versorgungs-Inanspruchnahmen erkennbar aufgebaut hat.

Da die Mehrheit der Krankengeldempfänger so schwer krank ist, daß sie nicht mehr in der Lage sind, individuelle Entscheidungen über die Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu treffen, stellt die Kürzung des Krankengelds eine reine Bestrafungsaktion kranker Menschen dar.

Darüber hinaus lenkt die Reduktion der gesundheitspolitischen Aktivitäten auf diesen Aspekt und die natürlich zu registrierenden Ausgabenverringerungen der Krankenkassen von der viel entscheidenderen Frage ab, ob und wie z.B. durch die Krankenkassen solche »Karrieren« vermieden, abgekürzt oder rückgängig gemacht werden können. Dies kann sogar finanziell sinnvoll sein, wenn wir sehen, wie leidens- aber auch finanzaufwendig der Weg in den Krankengeldbezug ist.

Schließlich zeigt unsere Untersuchung: Wenn die politisch Handelnden interessiert gewesen wären, Transparenz über die Krankengeldempfänger zu gewinnen, um sich der Folgen ihres Tuns zu vergewissern, hätte es keines großen Aufwandes bedurft, um dieser Verantwortung gerecht zu werden.

Korrespondenzadresse: Dr. Bernard Braun und Prof. Dr. Rainer Müller
Zentrum für Sozialpolitik (ZeS)
Universität Bremen
Parkallee 39, 28209 Bremen

Anmerkungen

- 1 BGBl I S. 1476 vom 27.9.1996 und BGBl I S. 163 vom 1.11.1996.
- 2 Angemerkt werden muß, daß mehrere Millionen Arbeitnehmer aufgrund arbeitsrechtlicher oder anderer Gründe noch gar keine oder seltene Berührungen mit diesem System der Einkommenssicherung im Krankheitsfall hatten bzw. daß Sonderregelungen die Folgen der bisherigen wie jetzigen gesetzlichen Einschränkungen kompensierten.
- 3 Beide Motive für die gesetzlichen Regulationsbemühungen lassen sich z.B. im Bericht des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Bundestages vom 26.6. 1996 (BT-Drucksache 13/5107) finden. Insbesondere zur Steuerungswirkung der Kürzung der Lohnfortzahlung wird etwa der Vertreter des arbeitgebernahen Instituts der Deutschen Wirtschaft wie folgt paraphrasiert: »Jedoch sei in der gegenwärtigen Lage das Mißbrauchsargument auch weniger bedeutsam als die Notwendigkeit, Nebenkosten einzusparen ... würden die veränderten Rahmenbedingungen auch zu verändertem Verhalten bei Arbeitnehmern führen und den Krankenstand senken.« Der Vertreter der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände betonte, »daß es bei der Lohnfortzahlung nicht darum gehe, Arbeitnehmer zu bestrafen. Notwendig sei es, Lohnnebenkosten zu senken.« Derselbe Experte fährt dann ganz im Geiste einer Nachfrageelastizität fort: »Wer ernste Beschwerden habe, werde auch weiterhin zum Arzt gehen.«

- 4 Zu allen weiteren Effekten dieser gesetzlichen Eingriffe, d.h. insbesondere zur Beurteilung der Lohnfortzahlung und der Problematik sonstiger Versuche, die Belastungen der Gesetze z.B. tarifvertraglich zu kompensieren, möchten wir auf zwei andere Veröffentlichungen hinweisen, in denen diese ausführlich vorgestellt und gewürdigt werden: Müller, R.; Hebel, D.; Beck, R.; Braun, B.; Helmert, U.; Marstedt, G.; Müller, H.: Auswirkungen von Krankengeldkürzungen, Ludwigsburg 1997 und: Braun, B.; Müller, R.: Gesundheitliche Vorgeschichte und Lage von »chronisch Kranken« am Beispiel von Krankengeldempfängern, unveröffentlichtes Arbeitspapier, Bremen 1997.
- 5 Wir denken hier an die vielfach gelungenen gewerkschaftlichen Versuche, über Tarifverträge den status quo ante der Lohnfortzahlungspraxis und teilweise auch der Krankengeldzahlung wiederherzustellen. Selbst wenn dadurch ein Teil der materiellen Nachteile aufgefangen werden kann (was aber noch nicht einmal voll funktioniert), handelt es sich bei der geltenden gesetzlichen Praxis nach wie vor um einen massiv diskriminierenden und gesundheitlich kontraproduktiven Umgang mit chronisch Erkrankten. Hierzu werden wir weiter unten noch einige zusätzlichen Anmerkungen machen.
- 6 Die Mitglieder der GEK sind wegen historischer gesetzlicher Einschränkungen des Kreises der Mitglieder weit überwiegend gewerbliche FacharbeiterInnen aus dem Bereich der Metall- und Elektroindustrie aus dem gesamten Bundesgebiet. Die Kasse hat im Moment knapp 800.000 Mitglieder und mit Familienangehörigen, Rentnern etc. rd. 1,3 Millionen Versicherte.
- 7 Zu allen weiteren technischen und inhaltlichen Details dieser Befragung vgl. ausführlich Müller et al. (1997).
- 8 Nicht berücksichtigt wurden aus praktischen Gründen alle im Laufe des Jahres 1996 neu in die GEK eingetretenen Mitglieder aus anderen Kassen, für die es bei der GEK praktisch keine Daten aus dem vergangenen Leistungsgeschehen geben kann. Diese Daten bleiben leider bei der alten Kasse und stehen einer personenbezogenen längsschnittlichen Analyse nicht mehr zur Verfügung. Die dann noch übrigbleibenden 6.604 Personen sind aber sämtlich unter den 7.036 befragten Krankengeldempfängern zu finden. Trotzdem wird der letzte Leistungsfall, der ja darüber entschied, daß jede dieser Personen befragt wurde, in den Routinedaten nicht dokumentiert. Jüngster Ausgangspunkt ist daher der jeweils vorletzte Leistungsfall mit Arbeitsunfähigkeit, egal ob er im Jahre 1996 oder 1994 lag.
- 9 Vgl. zu den konkreten Faktoren, die zu dieser Behauptung führen, ausführlich Müller et al. (1997), S.40 ff.
- 10 Grobe, T.G.; Dörning, H.: Längsschnittanalysen der GEK-Versichertendaten im Rahmen der Gesundheitsforschung. Hannover, Schwäbisch Gmünd 1997, S.3.
- 11 Bei der Beantwortung der Fragen zu den laufenden Anträgen ist im übrigen die hohe Anzahl der Nichtantworten auffällig (durchschnittlich 15%). Dies ist u.E. nicht als Zeichen dafür zu interpretieren, daß diese Personen weit von einer derartigen Beantragung entfernt wären; es ist eher als ein gegenteiliges Signal zu werten.
- 12 Da die GEK – anders als z.B. die AOK – bereits früher in gewissen Grenzen eine »Wahlkasse« war, könnte das Problem einer hohen Mitgliederfluktuation existieren. Zusammen mit der Tatsache, daß alle Leistungsdaten im Falle des Kassenwechsels bei der alten Kasse bleiben und dort vernichtet werden, könnte eine hohe Fluktuation große Leistungsverlaufslücken reißen, die u.U. zu einer Unterschätzung der tatsächlichen gesundheitlichen Probleme der Untersuchungsgruppe führen.
- 13 Die Differenz von 0,1%, die meldetechnisch erst 1997 Mitglied wurden, erklärt sich aus einigen Besonderheiten des Wahlfreiheitsgeschehens, kann aber inhaltlich vernachlässigt werden. In einer ausführlichen Studie (Braun/Müller 1997) werden die Effekte dieser unterschiedlichen Eintrittszeiten genauer dargestellt. Beispielsweise werden die Erkrankungsdaten von Personen mit einer Mitgliedschaft während des gesamten Zeitraums 1989-1996 mit denen von Personen mit kürzerem Mitgliedschafts- und damit Datenzeitraum verglichen.
- 14 Welcher Art die restlichen 1.081 Leistungsfälle mit 17.766 Leistungstagen sind, wollen wir hier nicht mehr im Detail aufzeigen, sondern nur noch auf ihre Existenz hinweisen.
- 15 Eine Gleichverteilung wäre schon aufgrund der erst während des Untersuchungszeitraums vollzählig werdenden Gruppe unmöglich.