

SCHWERPUNKT SOZIALMISSBRAUCH?

Verantwortung im Gesundheitswesen Ein Beitrag zur Mißbrauchsdebatte

Wolfgang MAZAL

ZUSAMMENFASSUNG

Die politische Diskussion macht deutlich, daß die Entwicklung des sozialen Leistungsnetzes so wie bisher nicht mehr lange weitergehen kann. In der Problematik der Leistungsbegrenzung der Krankenversicherung spielt auch der Mißbrauch, als zweckwidriges Ausnützen legaler Möglichkeiten, eine relevante Rolle. Eine Reihe von rechtlichen und außerrechtlichen Faktoren begrenzen die Leistungen der Krankenversicherungen. Ein Problem stellt die Krankschreibung dar, weil der Arzt nur die Wahl zwischen einer totalen Arbeitsfähigkeit oder totalen-Unfähigkeit hat. Gäbe es die Möglichkeit einer differenzierten ärztlichen Beurteilung, gäbe es weniger Arbeitsunfähigkeitserklärungen. Mißbrauch läßt sich auch als Mangel an Verantwortung gegenüber der Solidargemeinschaft verstehen.

Schlüsselwörter: Mißbrauch, Krankenversicherungen, Krankschreibung, Arbeitsunfähigkeitserklärung

ABSTRACT

Political discussions make evident that the development in the social benefits systems can not continue the way it has in the past. Abuse, which is an inappropriate exploitation of the legal benefit possibilities, plays an important part among the problems of benefit limits in health insurance. A number of legal and non legal factors limit the benefits of the health insurance systems. One not unimportant problem is that the doctor has little choice when registering a person for sick leave since he can only decide between „totally able“ and „totally unable to work“. If he had the possibility to differentiate a little more, there would be fewer cases of paid sick leave. Abuse can also be understood as a deficiency in responsibility toward the rest of the solidarity group.

keywords: abuse, health insurance, paid sick leave, declaration of being unable to work

1. Einleitung

Die politische Diskussion zeigt, daß wir an einer Wegkreuzung der weiteren Entwicklung des Sozialstaats angekommen sind. Wir alle fühlen, daß die Entwicklung des sozialen Leistungsnetzes so wie bisher nicht mehr lange weitergehen kann, und wir verspüren gleichzeitig eine dumpfe unbehagliche Ahnung vor der Zukunft des Sozialstaats. Dabei ist neben der Finanzierung der Pensionsversicherung das derzeit aktuellste Problem die Finanzierung der Krankenversicherung. Rasch ist dabei von Mißbrauch die Rede: Glaubt man kleinformatigen Zeitungen, scheinen diverse Sozialschmarotzer aufs „Krankfeiern“ spezialisiert zu sein, den Arzt als Wärmestube, das Spital als Hotel zu mißbrauchen.

Befaßt man sich mit dem Mißbrauchsproblem, ist zwar immer ein Verhalten angesprochen, das mit einem Unwerturteil verknüpft ist; dennoch ist es wichtig, nicht bei dieser oberflächlichen Bedeutungszuordnung stehen zu bleiben, sondern zumindest den Versuch einer tiefergehenden Begriffsklärung vorzunehmen, weil der Terminus so vielschillernd ist, daß seine Reichweite die unterschiedlichsten sozialen Phänomene erfaßt: Versteht man beispielsweise unter Mißbrauch ein bewußtes rechtswidriges Ausnutzen vorgegebener Leistungsansprüche und Leistungsstrukturen, wird man Mißbrauch in der Krankenversicherung als *quantité négligable* ignorieren können. Anders ist es freilich, wenn man unter Mißbrauch ein zweckwidriges Ausnutzen legaler Möglichkeiten versteht: Damit wird der Mißbrauch zwar des Unwerturteils *rechtlicher* Verfehlung entkleidet, nach wie vor aber bleibt ein *moralisches* Unwerturteil haften. Es wird sich zeigen, daß im Rahmen der Krankenversicherung dieser zweite Mißbrauchs begriff Relevanz hat.

2. Leistungsbegrenzung in der Krankenversicherung

2.1. Allgemeines

Ein Blick auf die Entwicklung der sozialen Krankenversicherung zeigt, daß sich ihr sozio-ökonomischer Kontext massiv verändert hat. Die Krankenkassen hatten zu Anbeginn die Aufgabe, für relativ klar umrissene Großrisiken einzustehen, die den typischen Arbeiterhaushalt finanziell überforderten – nämlich die Rechnung von Arzt, Apotheker und Spital.¹ Alle Determinanten dieses Systems haben sich seither massiv verändert: Die Entwicklung der Medizin hat zu einer Explosion diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten geführt, die Kosten für Heilmittel und die Möglichkeiten ihres Einsatzes sind extrem gestiegen; das Anspruchsverhalten der Patienten hat sich massiv verstärkt. Gleichzeitig sind Teile dieser Risiken heute angesichts veränderter sozialer Umstände für den einzelnen durchaus verkraftbar: Immerhin könnte heute beispielsweise ein Großteil der Bevölkerung die Grundvergütung für die ärztliche Hilfe² aus Eigenem aufbringen. Auch die Zuzahlung einiger Schillinge aus Kassenkosten zu Luxusbrillenfassungen ist rational nicht mehr begründbar.

Nur punktuell verändert wurde freilich das Leistungsrecht. Blickt man auf die einschlägigen gesetzlichen Regelungen, verspricht das Krankenversicherungsrecht im Grunde genommen nach wie vor undifferenziert umfassende medizinische Versorgung. Dabei sind vor allem jene rechtlichen Faktoren, die zu einer Begrenzung des Leistungsrechts gegen un gerechtfertigte Inanspruchnahme dienen, gleichsam stumpf geworden. Als derartige Begrenzer fungieren beispielsweise der Krankheitsbegriff, die Beschreibung der Leistungen und eine ökonomische Aspekte ansprechende Wendung, nach der Krankenbehandlung „ausreichend, zweckmäßig und notwendig“ zu sein habe.

Gehen wir auf diese „Begrenzer“ ein wenig näher ein.

2.2. Begrenzende Faktoren der Inanspruchnahme

2.2.1. Rechtliche Begrenzungsfaktoren

Der Krankheitsbegriff ist im Normtext mit der Wendung, es handle sich um einen „regelwidrigen und behandlungsbedürftigen Körper- oder Geisteszustand“ beschrieben³. Dabei war es ursprünglich leicht, einen Zustand als regelwidrig, als dem Leitbild vom gesunden Menschen widersprechend⁴ zu qualifizieren, weil die hier zu transportierenden Wertungen in einer relativ homogenen Gesellschaft nicht weiter problematisch waren. In einer Gesellschaft allerdings, in der der Konsens über das, was regelhaft ist, schwindet, vermag eine Beurteilung nach der Regelwidrigkeit keine tragfähige Abgrenzung des Krankheitsrisikos mehr zu gewährleisten: Darüber, ob die Infertilität nach freiwilliger Sterilisierung als Krankheit anzusehen ist, mit der Konsequenz, daß die Krankenkassa die Refertilisierungsbehandlung zu zahlen hat, läßt sich in unserer Gesellschaft kein durchgehender Konsens mehr erzielen, weil die Vorstellung vom Regelhaften nicht mehr homogen ist.⁵

Ein weiterer Begrenzer ist die Berufung auf die vorgesehenen Leistungen. Im Krankenversicherungsrecht erfolgte eine Einschränkung der Leistungspflicht der Krankenversicherungen ursprünglich auch dadurch, daß sie nicht bei jeder Krankheit, sondern nur bei jenen Krankheiten Leistungen erbringen mußten, denen man unter anderem durch ärztliche Behandlung begegnen konnte. Ein Großteil der damals im Rahmen des Laiensystems⁶ erbrachten Heilkunst ist heute allerdings in den ärztlichen Bereich gleichsam „hineingewachsen“; und darüber, welche Behandlungsmethoden im Rahmen des ärztlichen Berufs ausgeübt werden

dürfen bzw. wo jene Methoden beginnen, die nicht mehr von der für den Arztberuf notwendigen Wissenschaftlichkeit getragen sind, besteht heute ebenfalls bekanntlich ebenfalls keineswegs mehr ein unzweideutiger Konsens.

2.2.2. Außerrechtliche Begrenzungsfaktoren

Ein besonders wichtiger Leistungsbegrenzer wurde schließlich durch die Einführung der Krankenversicherung selbst abgeschafft: die Kosten der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Heute sind die Kosten des Gesundheitswesens für das Individuum nicht mehr unmittelbar bei Inanspruchnahme, sondern allenfalls im Umweg über eine hohe Besteuerung und Abgabenlast fühlbar. Dabei ist offensichtlich, daß der von direkten Kosten freie Zugang breiter Bevölkerungskreise zu Gesundheitsleistungen für die Hebung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung von enorm hoher Bedeutung war und auch heute noch einen enormen sozialen Fortschritt darstellt; ebenso unverkennbar ist jedoch, daß durch die Kostenfreiheit eine Hemmschwelle gegen leichtfertige Inanspruchnahme wegfiel.⁷

Vergleichbar massiv wirkt sich die Anonymisierung der Inanspruchnahme der Gesundheitsleistung aus: War in einer kleinen sozialen Gemeinschaft oder in einer kleinen Versicherungsgemeinschaft die Inanspruchnahme von Leistungen der Solidargemeinschaft durch den Einzelnen noch überschaubar, entfällt heute im Grunde genommen jegliche Sozialkontrolle gegen leichtfertige oder gar ungerechtfertigte Inanspruchnahme. Dabei ist auch hier wiederum eine Ambivalenz offensichtlich: Es ist auf der einen Seite ein unbestreitbarer Fortschritt, sich nicht vor den Nachbarn, Betriebskollegen usw. rechtfertigen zu müssen, warum man denn schon wieder zum Arzt gehen mußte; nüchtern festzuhalten ist aber auf der anderen Seite, daß durch die Anonymität eine nicht unwirksame Hemmschwelle gegen Inanspruchnahme der ärztlichen Betreuung weggefallen ist.

2.2.3. Würdigung

Diese kurzen Ausführungen haben gezeigt, daß es sowohl rechtliche als auch außerrechtliche Faktoren gibt, die das Verhalten der Patienten bei der Inanspruchnahme von Krankenversicherungsleistungen indirekt steuern. Viele dieser Faktoren haben seit und infolge der Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung ihre verhaltenssteuernde Wirkung zumindest teilweise eingebüßt. Daß all diese Faktoren außerdem in einer Zeit, in der die durch Ärzte ausgeübte Medizin einen im Vergleich zu heute klar abgegrenzten und noch dazu relativ bescheidenen Aktionsradius besaß und die Gesellschaftliche Bewertung von gesund und krank noch weitgehend homogen war, tauglicher waren, gegen ungerechtfertigte Inanspruchnahme vorzukehren als heute, liegt auf der Hand: So gesehen stellt das Krankenversicherungsrecht einer leichtfertigen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen heute kaum mehr hemmende Faktoren entgegen. Von einem wirklichen Mißbrauch der Inanspruchnahme der Krankenversicherungsleistungen kann man dabei im Grunde genommen allerdings nicht sprechen.

3. Das Problem der Krankschreibung

Ein weiteres Beispiel, das in den Medien und der Diskussion der Stammtische als Mißbrauchsfall gehandelt wird, ist die ärztliche Krankschreibung. Dabei ist die rechtliche Situation zunächst durchaus klar: Soweit ein Arbeitnehmer an der Leistung seiner Dienste krankheitshalber verhindert ist, gewährt ihm das Recht Entgeltfortzahlungsansprüche. Interessant ist daran, daß dieses Privileg an sich nur so weit reicht, als eine krankheitsbedingte Dienstverhinderung besteht: Letztlich ist das Maß des Fortzahlungsanspruchs aus einem Vergleich der Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkung mit der geschuldeten Tätigkeit zu gewinnen.⁸

In der Praxis wird freilich eine derart feine Differenzierung nicht gehandhabt, sondern der Arzt

hat nur die Wahl zwischen einer totalen Arbeitsfähigkeit und einer totalen Arbeitsunfähigkeit.

Dabei ist diese Praxis mit der soeben beschriebenen Struktur des gesetzlichen Entgeltfortzahlungsanspruchs nicht in Einklang zu bringen. Wenn dieser durch einen Vergleich medizinischer Aspekte – nämlich der gesundheitlichen Einschränkung des Arbeitnehmers – mit einer rechtlichen Maßgröße – nämlich dessen Arbeitspflicht – zu ermitteln ist, ist es bei rechtlicher Betrachtung falsch, wenn Ärzte in der totalen Arbeitsfähigkeits- oder Arbeitsunfähigkeitsbestätigung pauschal bestätigen und damit eigentlich eine Rechtsfrage beantworten.⁹ Zutreffenderweise müßte sich die ärztliche Bescheinigung auf ein medizinisches Kalkül beschränken, das etwa bescheinigt, daß ein Patient krankheitshalber nicht in der Lage sei, im Freien, im Sitzen, im Stehen zu arbeiten, oder daß Pausen einzuhalten seien; auch hier ist eine absolute Arbeitsunfähigkeit denkbar: wenn der Arzt nämlich feststellt, daß aus medizinischen Gründen überhaupt keine Erwerbsarbeit verrichtet werden kann. Auf diese Weise wird eine differenzierte ärztliche Beurteilung möglich, die es wahrscheinlich macht, daß absolute Arbeitsunfähigkeit seltener bestätigt werden wird, als wenn der Arzt nur die Möglichkeit hat, entweder totale Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen oder den Patienten für arbeitsfähig zu erklären. Daß ein Arzt sich im Zweifel dafür entscheidet, Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen, ist aus der Theorie des ärztlichen Entscheidungsvorgangs erklärbar;¹⁰ warum ihn die Praxis des Formularwesens zu diesem Vorgehen zwingt, ist mir unverständlich.

4. Mißbrauch als Verantwortungsproblem

Fassen wir diese kurzen Darlegungen zusammen, zeigt sich, daß sich jene Konstellationen, die wir im Bereich der Krankenversicherung im allgemeinen mit dem Mißbrauchsvorwurf verbinden, letztlich als Situationen nicht wahr-

genommener Verantwortung beschreiben lassen: als Situationen, in denen der Einzelne – durchaus im Rahmen des bestehenden Gesetzes – seinen eigenen Vorteil zu maximieren versucht, ohne in seinem Verhalten die Interessen der Solidargemeinschaft bzw. des Gesamtsystems zu wahren.

In dieser Form ist Mißbrauch freilich nicht nur bei jenen Personen festzustellen, die die Gewährung von Leistungen der Krankenversicherung gleichsam „ausreizen“, sondern auch bei anderen Akteuren:

In diesem Sinn ist es m.E. auch mißbräuchlich, wenn ein Politiker in Kenntnis sich wandelnder Parameter des Systems Adaptierungen verweigert, um nicht unpopulär zu sein und dabei seine Verantwortung für das Gesamtsystem nicht wahrnimmt.

In diesem Sinn handelt auch der Arzt mißbräuchlich, wenn er allzu rasch eine Krankheitsbescheinigung ausstellt, weil er die Unschärfe des Systems nutzt, um nicht Gefahr zu laufen, einen Patienten zu verlieren, und dabei die Interessen des Arbeitgebers nicht beachtet, der durch die Entgeltfortzahlung belastet ist.

Mißbräuchlich ist es schließlich auch von der Warte des Krankenhauses, Patienten bei Abgeltung nach Tagespauschalien aus betriebswirtschaftlichen Gründen länger im stationären Aufenthalt zu belassen, als es medizinisch notwendig ist.

Daß wenigstens an diesem Punkt durch die Umstellung zu einer Abgeltung nach leistungs-

bezogenen Merkmalen jüngst ein Versuch gestartet wurde, einem Mißbrauch entgegenzusteuern, ist erfreulich: Hoffen wir, daß nicht durch „upgrading der Diagnosen“ erneut mißbräuchliches Verhalten gesetzt werden wird!

Endnoten

1. Vgl. zur Entwicklung des Leistungsumfelds der Sozialen Krankenversicherung MAZAL, Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung (Wien 1992), 176 ff, mit ausführlichen weiteren Nachweisen.
2. Bei Gebietskrankenversicherungen ca §S 250 pro Quartal.
3. Vgl. §120 Abs 1 Z 1 ASVG
4. So ein Topos aus der Judikatur des deutschen Bundessozialgerichts zur vergleichbaren Rechtslage in Deutschland etwa in Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSGE) 26,240 und BSGE 35,10.
5. Das deutsche Bundessozialgericht hat die Behandlung eines solchen Zustandes als Krankheit auf Kassakosten verweigert, BSGE 59,119.
6. Vgl. dazu z.B. SIEGRIST, Soziokulturelle Einflüsse auf die Krankheit, in: Blohmke/Schaefer (Hrsg), Handbuch der Sozialmedizin I, 300-315, mit ausführlichen weiteren Nachweisen.
7. Vgl. zu beiden Tendenzen erneut MAZAL, Krankheitsbegriff und Risikobegrenzung (Wien 1992), 176 ff, mit ausführlichen weiteren Nachweisen.
8. Vgl. z.B. § 8 Abs 1 und 2 AngestelltenG, oder § 1154b ABGB
9. Vgl. dazu die arbeitsrechtliche Literatur, z.B. MAZAL, Krankheitsbegriff und Arbeitsunfähigkeit, Zeitschrift für Arbeits- und Sozialrecht 1987, 164ff.; REBHAIN, Recht der Wirtschaft 1991, 185; TOMANDL, Alternativen zur Krankschreibung, ecolex 1991, 865
10. Vgl. dazu etwa ANSCHÜTZ, Ärztliches Handeln. Grundlagen, Möglichkeiten, Grenzen, Widersprüche (Darmstadt 1987)