

STRUKTURFORSCHUNG IM GESUNDHEITSWESEN

**ARBEITSUNFÄHIGKEIT UND
ÄRZTLICHE BEHANDLUNG**

(HRSG)

WILHELM F. SCHRÄDER

DIETER BORGERS

STRUKTURFORSCHUNG IM GESUNDHEITSWESEN

BAND 13

BASIG

SCHRIFTENREIHE
STRUKTURFORSCHUNG IM GESUNDHEITSWESEN
BAND 13

HERAUSGEBER:
BERLINER ARBEITSGRUPPE
STRUKTURFORSCHUNG IM GESUNDHEITSWESEN
TECHNISCHE UNIVERSITÄT
BERLIN

**ARBEITSUNFÄHIGKEIT UND
ÄRZTLICHE BEHANDLUNG
STUDIEN ÜBER KURZE UND SEHR LANGE
PERIODEN DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT
AUF BASIS VON GKV-DATEN**

(HRSG)

WILHELM F. SCHRÄDER
DIETER BORGERS

ISSN 0170-8589

ISBN 3 7983 1024 6

Grafik und Manuskriptgestaltung: Chr. Borchelt, M. Fuchs
Alle Rechte bei den Autoren
Herausgeber der Schriftenreihe: Berliner Arbeitsgruppe
Strukturforschung im Gesundheitswesen (BASiG)
Technische Universität Berlin
Hardenbergstraße 4-5, 1000 Berlin 12, Tel.: (030) 314-3490

1985 Berlin (West)

Druck: Offset-Druckerei Gerhard Weinert GmbH, 1000 Berlin 61

Vertrieb: Technische Universität Berlin,
Universitätsbibliothek, Abt. Publikationen,
Straße des 17. Juni, D-1000 Berlin 12
Tel. (030) 314-2976, Telex 01-83872 ubtu d
Verkauf: Budapester Straße 40, D-1000 Berlin 30 (3. OG)

Wilhelm F. Schröder, Dieter Borgers

ARBEITSUNFÄHIGKEIT IM MEDIZINISCHEN BEHANDLUNGSKONTEXT

Arbeitsunfähigkeit ist bisher fast ausschließlich unter betriebs- und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten als "Krankenstand", daneben unter arbeitsmedizinischen Aspekten als Folgeerscheinung pathogener Arbeitsbedingungen und aus sozialmedizinischer Sicht als Aufgabenfeld des Vertrauensärztlichen Dienstes diskutiert und erforscht worden (vgl. Bürkardt/Oppen 1982 u. die dort zit. Titel; aus der neueren Literatur: C.v. Ferber 1983; Hauss u.a. 1984; Lefelmann 1984; Oppen 1984; Preiser/Schröder 1983; Scharf 1983; Schlegel 1982; Seffen 1983; Silomon 1983, 1985). Äußerst selten dagegen wurde der Arbeitsunfähigkeit aus originär medizinischem und gesundheitspolitischem Blickwinkel Beachtung gezollt, wurde der Verordnung von Arbeitsruhe als einer Behandlungsmaßnahme des niedergelassenen Arztes Aufmerksamkeit geschenkt, und wenn, dann zu dem Zweck, die Ärzteschaft von dem Vorwurf einer allzu leichtfertigen Anwendung dieser im Vergleich zu anderen Behandlungsmaßnahmen durchaus kostspieligen diagnostischen und therapeutischen Maßnahme zu entlasten (Häussler 1982). "Eine Grippe mit zehn Tagen Arbeitsunfähigkeit kostet ... einen Betrieb fast 3.000 DM", schrieb Siegfried Häussler unter Bezugnahme auf eine Berechnung des Bundes Junger Unternehmer und gab damit die zentrale Argumentationsfigur wieder, von der die politische ebenso wie die wissenschaftliche Diskussion beherrscht wird und von der ein Legitimationsdruck auf die Ärzte ebenso ausgeht wie auf

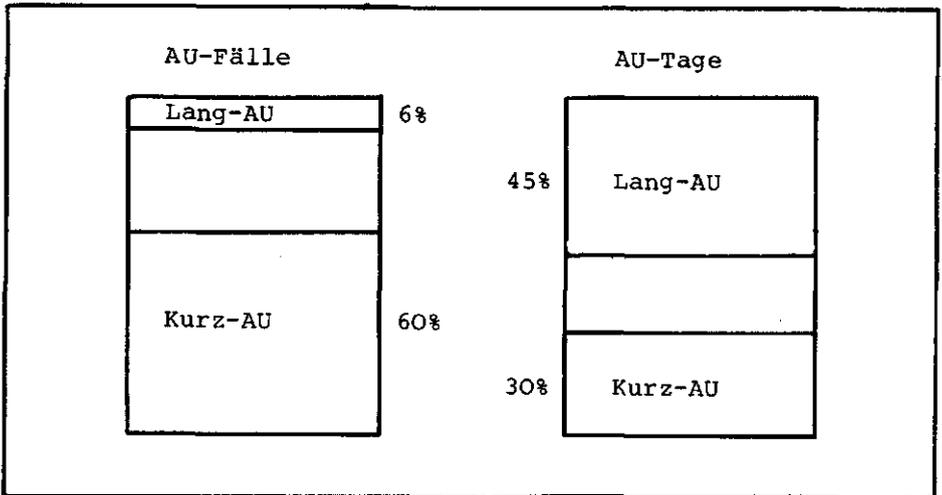
die Arbeitnehmer (Häussler 1982, S. 5714). Eine Entlastung von dem Vorwurf leichtfertiger Verordnung bzw. mißbräuchlicher Inanspruchnahme von Arbeitsruhe wird dann zum einen im Nachweis krankmachender Arbeitsbedingungen gesucht (Georg/Stuppardt/Zoike 1981/82; Müller 1980), zum anderen darin, daß vordergründig betriebswirtschaftlichen Interessen entgegenkommende Vorschläge zur Verschärfung der Kontrolle "krankfeiernder" Arbeitnehmer unterbreitet werden.

Daß die den Umfang der Verordnung und Inanspruchnahme von Arbeitsruhe kritisierenden und legitimierenden Stimmen gleichermaßen ihren zentralen Bezugspunkt im betrieblichen Krankenstand und in der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall finden, muß um so mehr Verwunderung hervorrufen, als bisher nicht nur keine Erkenntnisse über die Häufigkeit des Auftretens von Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsleben eines Arbeitnehmers vorliegen, also z.B. darüber, wie oft ein Arbeitnehmer "seine Grippe nimmt", sondern auch weil die tatsächliche ökonomische Bedeutung der Entgeltfortzahlung in keinem Verhältnis zu dem Aufwand steht, mit dem dieser Aspekt der Arbeitsunfähigkeit in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt worden ist. Nach Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft betragen die Lohnnebenkosten im Produzierenden Gewerbe 1982 77,90 DM je 100,- DM Lohnkosten; von diesen 77,90 DM wurden 4,90 DM für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall aufgewendet (iwd 31/1983, S. 3). Der Anteil der Entgeltfortzahlungskosten an den gesamten Lohn- und Lohnnebenkosten belief sich demnach auf 2,8 %. Würde man modellhaft bezüglich der Inanspruchnahme von Arbeitsruhe ein "Mißbrauchspotential" von 20 % unterstellen, so würde bei Eindämmung dieses "Mißbrauchs" der Anteil der Entgeltfortzahlungskosten an den Lohn- und Lohnnebenkosten um 0,56 % sinken, d.h. das Einsparvolumen bewegt sich selbst bei hochgegriffenem Mißbrauchspotential im Promille-Bereich. Welchen Umfang der vielfach behauptete, aber bisher nur in extremen Ausnahmefällen bewiesene "Mißbrauch" hat, konnte bisher

nicht ermittelt werden. Es scheint an der Zeit zu sein, bei der Untersuchung der Arbeitsunfähigkeit von der Fixierung auf den Krankenstand Abstand zu gewinnen und das Augenmerk verstärkt auf die medizinischen und gesundheitspolitischen Aspekte zu richten.

Vorliegende Studien, in denen Arbeitsunfähigkeit im Kontext von Belastungen und Beanspruchungen in der Arbeitswelt untersucht worden ist, betonen die Bedeutung der Langzeit-Arbeitsunfähigkeit (Lang-AU; mehr als 42 Tage) für das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen als Pendant zur Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeit (Kurz-AU; ein bis vierzehn Tage), bei der hauptsächlich ein Mißbrauchsspielraum vermutet wird. Sie zeigen - differenziert nach Diagnosen - die unterschiedliche Häufigkeit von Lang-AU in bestimmten Berufsgruppen auf (Müller u.a. 1983) oder verdeutlichen, daß das Lang-AU-Geschehen bei Arbeitnehmern je nach Tätigkeit von unterschiedlichen, den spezifischen Belastungen korrespondierenden chronischen Krankheiten dominiert wird (C.v. Ferber 1983; L.v. Ferber/Schröer 1984). Bezüglich des Ausmaßes der Lang-AU kommen sie zu dem Ergebnis, daß 25 % des AU-Volumens auf Lang-AU entfällt (Müller u.a. 1983, S. 153) bzw. der Anteil chronisch-degenerativer Krankheiten am Krankenstand mindestens 25 % beträgt (C.v. Ferber 1983, S. 370). Den hier vorgelegten Ergebnissen zufolge macht die Lang-AU sogar rund 45 % des AU-Volumens aus, während der Anteil der Kurz-AU bei nur 30 % liegt, obgleich 60 % der AU-Fälle Kurz-AU-Fälle sind und nur 6 % Lang-AU-Fälle (siehe Abbildung). Eine Kurz-AU tritt dabei - bezogen auf 100 erwerbstätige Versicherte - 66 mal im Jahr auf, und zwar konzentriert bei 40 % der Versicherten, das heißt: 60 % der Versicherten weisen im Laufe eines Jahres keine Kurz-AU auf. Kurz-AU-Fälle mit einer Dauer von ein bis drei Tagen ereignen sich neunmal je 100 Versicherte, was bedeutet, daß im statistischen Mittel die "sehr kurze AU" (1-3 Tage) im Leben eines Arbeitnehmers alle zehn Jahre einmal auftritt.

Abbildung:



Originäres Anliegen der hier vorgestellten Studien über kurze und lange Perioden der Arbeitsunfähigkeit, die auf Routinedaten zweier Allgemeiner Ortskrankenkassen aus den Jahren 1975 und 1978-1981 basieren, war es, den medizinischen Kontext zu untersuchen, in dem die Verordnung kurzer und langandauernder Arbeitsruhe als Behandlungsmaßnahme steht. Gefragt wurde danach, welche Krankheitsbilder in welchem Ausmaß zur Verordnung kurz- und langfristiger Arbeitsruhe führen, welche Personengruppen von diesen Erkrankungen betroffen sind, wie sich der Verlauf der AU-Fälle medizinisch darstellt, ob und in welchem Ausmaß es sich bei den Kurz-AU-Fällen um medizinisch "unkomplizierte" bzw. "komplexe" Behandlungsfälle handelt, inwieweit das Lang-AU-Geschehen von chronischen oder akuten Erkrankungen beherrscht wird u.a.m. Darüber hinaus wurden die Behandlungsverläufe zweier Versichertengruppen mit Lang-AU einer eingehenderen Analyse unterzogen: Frauen zwischen 25 und 34 Jahren, deren Lang-AU-Fälle zum großen Teil durch Multimorbidität gekennzeichnet sind, sowie Frührentner, die im Vorfeld der Verrentung besonders häufig und dabei lange Lang-AU-Perioden aufweisen.

Von den häufigsten Anlässen für Kurz-AU stehen die meisten in einem Behandlungskontext, der es nicht gestattet, sie als "unkomplizierte" oder gar "Bagatellfälle" zu klassifizieren. Bei den Erkrankungen des Bewegungsapparates, die in 14 % der Kurz-AU-Fälle den AU-Anlaß besonders bei älteren Frauen abgeben, handelt es sich zumeist um Fälle, die durch ein komplexes Behandlungsgeschehen gekennzeichnet sind, d.h. in einem längeren Behandlungskontext stehen, in dem die Kurz-AU-Periode nur einen Zeitausschnitt darstellt, die von mehreren Ärzten behandelt werden oder bei denen spezielle medizinische Leistungen wie Bestrahlungen und Injektionen erbracht werden. Auch bei kleineren Verletzungen, die 12 % der Kurz-AU-Anlässe ausmachen und von denen besonders jüngere Männer betroffen sind, finden sich kaum unkomplizierte Fälle: In hohem Grade werden sie fachärztlich, insbesondere durch Fachärzte für Chirurgie, versorgt, und häufig werden spezielle medizinische Leistungen wie Röntgenuntersuchungen und Wundversorgung erbracht. Ebenfalls die Kurz-AU-Fälle wegen Erkrankungen und Symptomen des Oberbauchs (5 % der Kurz-AU-Fälle), Erkrankungen und Verletzungen des Auges (2 %), Herz- und Kreislaufsymptomen (1,5 %) sowie psychophysischen Symptomen (1,5 %) sind durch ein komplexes Behandlungsgeschehen gekennzeichnet, sei es, daß sie kurz vor oder nach einem anderen AU-Fall oder einem Krankenhausaufenthalt auftreten, weswegen sie im Zusammenhang einer chronischen oder schweren Erkrankung gesehen werden müssen, sei es, daß mehrere Ärzte an ihrer Behandlung beteiligt sind und spezielle Leistungen erbringen. Dagegen zeichnet sich der größte Teil der Erkältungskrankheiten, die 33 % der Kurz-AU-Anlässe ausmachen, und der Durchfallkrankheiten, die in 5 % der Kurz-AU-Fälle den AU-Anlaß bilden, durch eine "unkomplizierte" Behandlung aus, die sich weitgehend auf die ärztlichen Grundleistungen der Beratung, eingehenden Untersuchung und Ausstellung einer AU-Bescheinigung beschränkt. Daß unter den Kurz-AU-Fällen wegen Erkältungskrankheiten sich ebenso viele mit zweiwöchiger wie mit einwöchiger Dauer finden lassen, sollte jedoch

vor einer allzu leichtfertigen Einstufung dieser Kurz-AU-Fälle als "Bagatellfälle" warnen.

Das Spektrum der Lang-AU wird keineswegs allein von chronischen Krankheiten beherrscht. Bei fast einem Drittel der Versicherten (31 %), bei denen es sich überwiegend um jüngere Männer handelt, ist die Lang-AU durch einen Unfall bedingt. In mehr als der Hälfte dieser Fälle liegen Brüche der Extremitäten oder des Knochenapparates vor, die in der Regel abschließend geheilt werden können. 12 % der Versicherten mit Lang-AU weisen Akuterkrankungen (außer Unfällen) auf, die klar definierte medizinische Behandlungsschritte erfordern und gute Heilungschancen bieten. Die größte Gruppe der Versicherten mit Lang-AU (42 %) bilden jedoch diejenigen mit einzelnen, spezifischen chronischen Krankheiten: Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen vor allem bei Männern mittleren und höheren Alters, Herz-Kreislauf- und Magen-Darm-Krankheiten hauptsächlich bei Männern mittleren Alters, psychische Störungen und Erkrankungen vornehmlich bei Frauen. Versicherte, die unter mehreren derartigen chronischen Krankheiten leiden (12 % der Personen mit Lang-AU), weisen die meisten AU-Fälle und die längste AU-Dauer auf. Die Zusammensetzung dieser Gruppe der "Multimorbiden" nach Alter und Geschlecht ist ebenso heterogen wie die der Gruppe mit Akuterkrankungen. Dagegen sind von Suchtkrankheiten (3 % der Versicherten mit Lang-AU) hauptsächlich Männer im Alter um 40 Jahre betroffen. Bei Frauen im Alter zwischen 25 und 34 Jahren, jenem Alter also, in dem sie neben der Erwerbstätigkeit meist noch jüngere Kinder zu versorgen und zu erziehen haben, fiel die hohe Beteiligung psychischer Faktoren und psychosomatischer Phänomene am Krankheits- und Behandlungsgeschehen auf. Fast ein Viertel der Frührentner war während des letzten Jahres vor der Verrentung durchgängig arbeitsunfähig, hauptsächlich infolge von Skelett-, Muskel- und Bindegewebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Krankheiten sowie Multimorbidität.

Insgesamt gesehen läßt sich in den allermeisten Fällen nachweisen, daß die Verordnung von Arbeitsruhe in einem engen Zusammenhang zum Erkrankungs- und Behandlungsgeschehen steht, also eine medizinisch begründete Behandlungsmaßnahme neben anderen darstellt. Angesichts der Tatsache, daß Arbeitsunfähigkeit als Anlaß von Erkrankungen, die "unkompliziert" behandelt werden, ein seltenes Ereignis ist, sollten sich wissenschaftliche und gesundheitspolitische Anstrengungen eher auf eine Verbesserung der Situation der Problemgruppen mit langen Perioden der Arbeitsunfähigkeit richten.

Literatur:

- Bürkardt, D./M. Oppen (1982)
Krankenstandsforschung zwischen Personal- und Gesundheitspolitik - kritischer Überblick über vorliegende Untersuchungsansätze, IIVG discussion paper 82-203, Berlin
- Ferber, C.v. (1983)
Morbiditätsaspekte der Arbeitsunfähigkeit - kurze und lange Arbeitsunfähigkeitszeiten; in: Das öffentliche Gesundheitswesen 45/1983, S. 368-373
- Ferber, L.v./A. Schröer (1984)
Arbeitsunfähigkeitsdaten als Grundlage der Verlaufsbeobachtung chronischer Krankheiten; in: Das öffentliche Gesundheitswesen 46/1984, S. 71-79
- Georg, A./R. Stuppardt/E. Zoike (1981/82)
Krankheit und arbeitsbedingte Belastungen. Analyse der Art, Häufigkeit und Dauer von mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankungen und Unfällen bei Mitgliedern der Betriebskrankenkassen unter Berücksichtigung ausgewählter arbeitsweltlicher und soziodemographischer Faktoren, 3 Bde., Essen
- Häussler, S. (1982)
Arbeitsunfähigkeit. Probleme des Kassenarztes bei der Verordnung von Arbeitsruhe wegen Krankheit; in: Der Kassenarzt 50/1982, S. 5713-5723
- Haus, F., u.a. (1984)
Krankenstand. Zwischen Unternehmerpolitik und Gesundheitsinteresse, Düsseldorf
- Lefelmann, G. (1984)
Krankenstand, Lohnfortzahlung und konjunkturelle Entwicklung; in: DOK 22/1984, S. 843-872
- Müller, R. (1980)
AU-Meldungen. Häufigkeit, Dauer und Diagnosen bei Arbeitsunfähigkeitsmeldungen einer Ortskrankenkasse nach Berufen und Wirtschaftszweigen; in: Die Ortskrankenkasse 13-14/1980, S. 465-470

- Müller, R., u.a. (1983)
Langzeit-Arbeitsunfähigkeit. Häufigkeit und Verteilung von Arbeitsunfähigkeit aus Krankheitsgründen mit einer Dauer von 6 Wochen und länger und ihre Bedeutung für Frühverrentung sowie Tod bei Versicherten einer Ortskrankenkasse, Bremen
- Oppen, M. (1984)
Auswirkungen der Krise auf den Krankenstand: Verändertes Arbeitsunfähigkeitsverhalten der Beschäftigten; in: Soziale Sicherheit 2/1982, S. 46-50
- Preiser, K./W.F. Schröder (1983)
Der Rückgang des Krankenstandes in der ökonomischen Krise: Eine Folge struktureller Veränderungen in der Erwerbsbevölkerung; in: Sozialer Fortschritt 12/1983, S. 276-282
- Scharf, B. (1983)
Krankenstand - Mißbrauch oder Spiegelbild betrieblicher Belastungen; in: Soziale Sicherheit 5/1983, S. 140-144
- Schlegel, M. (1982)
Krankenstand. Analyse der Entwicklung des Krankenstandes in der gesetzlichen Krankenversicherung von 1954 bis 1980; in: Die Ortskrankenkasse 15/1982, S. 513-519
- Seffen, A. (1983)
Krankenstand und Konjunkturverlauf; in: iw-trends 4/1983, S. 21-27
- Silomon, H. (1983)
Arbeitsunfähigkeit: ihr Ausmaß und Trend - die Organisation ihrer Kontrolle und deren Ergebnis; in: Das öffentliche Gesundheitswesen 45/1983, S. 374-379
- Silomon, H. (1985)
Der Vertrauensärztliche Dienst in der Krankenversicherung im Jahre 1985; in: Wege zur Sozialversicherung 5/1985, S. 131-136

Bertram Häussler, Wilhelm F. Schröder

KURZE ARBEITSUNFÄHIGKEIT UND ÄRZTLICHE BEHANDLUNG

MEDIZINISCHE BERATUNG: Dr. med. Rolf-Rüdiger Dreykluft
Informatik: Dipl.-Inf. Ulrich Ruhl, Gerhard Scholz

Inhalt

	Seite
1. Ziel und Ergebnisse der Untersuchung (Zusammenfassung).....	18
1.1 Ausgangspunkt und Ziel.....	18
1.2 Empirisches Material: Routinedaten der Allgemeinen Ortskrankenkasse I.....	19
1.3 Ergebnisse zur Häufigkeit kurzer Arbeitsunfähigkeitsperioden.....	20
1.4 Ergebnisse zum medizinischen Behandlungskontext.....	21
1.5 Ergebnisse zu den Ausgaben im Zusammenhang mit kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit.....	26
1.6 Zusammenfassung.....	27
2. Wie lange dauert eine kurzfristige Arbeitsunfähigkeit?.....	28
3. Die Häufigkeit kurzer Perioden der Arbeitsunfähigkeit.....	29
3.1 Krankenstand.....	29
3.2 Häufigkeit der AU-Fälle nach ihrer Dauer.....	30
3.3 Arbeitsunfähigkeit nach Wochentagen.....	32
3.4. AU-Volumen nach der Dauer der Fälle.....	34
3.5 Kurzfristige Arbeitsunfähigkeit nach betroffenen Personen.....	36
3.5.1 Kurz-AU-Fälle je 100 Pflichtmitglieder.....	36
3.5.2 Anteile der AU-betroffenen Personen.....	37
4. Gesundheitsstörungen als Anlässe kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit.....	38
4.1. Diagnosen kurzfristiger AU-Fälle.....	39
4.2 Anlässe kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit.....	43
4.3 Arbeitsunfähigkeit nach Anlässen und Falldauer.....	46
4.4 AU-Anlässe je 100 Pflichtmitglieder.....	48
5. Das Behandlungsgeschehen im Zusammenhang mit Fällen kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit.....	49
5.1 Indikatoren für die Komplexität des Behandlungsgeschehens.....	51
5.1.1 0: Der 'unkomplizierte Fall'.....	51

5.1.2	A: Anschluß-AU-Fälle.....	52
5.1.3	B: Anschluß-Krankenhaus-Fälle.....	52
5.1.4	C: Längerer ambulanter Behandlungskontext.....	52
5.1.5	D: Inanspruchnahme spezieller medizinischer Leistungen.....	53
5.1.6	E: Behandlung durch mehrere Ärzte (Überweisungen).....	55
5.2	Komplexität des Behandlungsgeschehens -quantitative Ergebnisse.....	56
5.2.1	Komplexität des Behandlungsgeschehens nach der Falldauer.....	56
5.2.2	Komplexität des Behandlungsgeschehens nach AU-Anlässen.....	57
5.2.2.1	'Unkomplizierte' Fälle nach AU-Anlässen.....	57
5.2.2.2	Häufigkeit umfangreicherer Behandlung nach AU-Anlässen.....	59
6.	Einzelne Anlässe kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit in ihrem Behandlungskontext.....	64
6.1	Erkältungskrankheiten.....	66
6.1.1	Quantitative Bedeutung und typische Falldauer.....	66
6.1.2	Behandlungsprofil Erkältungskrankheiten.....	66
6.1.3	Charakteristik des typischen Behandlungsgeschehens.....	67
6.1.3.1	Saisonale Häufigkeit.....	68
6.1.3.2	Chronische Behandlungsverläufe?.....	69
6.1.3.3	Medizinische und medikamentöse Behandlung.....	70
6.1.4	Fallbeispiel Erkältungskrankheit: Facharbeiter im Baugewerbe, 47 Jahre.....	72
6.2	Erkrankungen des Bewegungsapparates.....	74
6.2.1	Quantitative Bedeutung und typische Falldauer.....	74
6.2.2	Behandlungsprofil.....	74
6.2.3	Charakteristik des typischen Behandlungsgeschehens.....	75
6.2.3.1	Längerfristige Behandlungsverläufe.....	76
6.2.3.2	Spezielle medizinische Leistungen.....	77
6.2.3.3	Behandelnde Ärzte.....	79
6.2.4	Fallbeispiel: Erkrankungen des Bewegungsapparates (Facharbeiterin im Einzelhandel, 45 Jahre).....	80
6.3	Kleinere Verletzungen.....	85

6.3.1	Quantitative Bedeutung und typische Fall- dauer.....	85
6.3.2	Behandlungsprofil.....	85
6.3.3	Charakteristik des typischen Behandlungsgesche- hens.....	86
6.3.3.1	Spezielle medizinische Leistungen.....	87
6.3.3.2	Behandelnde Ärzte.....	88
6.4	Weitere Anlässe.....	88
6.4.1	Durchfallkrankheiten.....	89
6.4.2	Erkrankungen und Symptome des Oberbauchs.....	90
6.4.3	Verletzungen und Erkrankungen des Auges.....	91
6.4.4	Zahnerkrankungen.....	92
6.5.5	Herz- und Kreislauf- (Gruppe 8) sowie psycho- physische Symptome (Gruppe 9).....	92
7.	Kurzfristige Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht der Betroffenen.....	96
7.1	Alter.....	97
7.2	Geschlecht.....	98
8.	Alter und Geschlecht der Betroffenen und Anläs- se kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit.....	99
8.1	Anlaß und Alter.....	100
8.2	Anlaß und Geschlecht.....	100
8.3	Anlaß nach Alter und Geschlecht.....	101
8.3.1	Erkältungskrankheiten.....	103
8.3.2	Erkrankungen des Bewegungsapparates.....	103
8.3.3	Kleinere Verletzungen.....	104
9.	Ausgaben der Krankenkasse für die ambulante Be- handlung im Zusammenhang mit kurzfristiger Ar- beitsunfähigkeit.....	106
9.1	Ausgaben.....	106
9.2	Einsparungsmöglichkeiten.....	107
9.2.1	Falldauer.....	108
9.2.2	'Unkomplizierte' Fälle.....	109
9.2.3	Arbeiteranteil.....	110
9.2.4	Einsparungsvolumen.....	110
10.	Verzeichnisse.....	111
10.1	Literaturverzeichnis.....	111
10.2	Verzeichnis der Abbildungen.....	112
10.3	Verzeichnis der Tabellen.....	113

1. Ziel und Ergebnisse der Untersuchung
(Zusammenfassung)

1.1 Ausgangspunkt und Ziel

In der sozialpolitischen Diskussion um den Krankenstand der Erwerbsbevölkerung werden die Arbeitsunfähigkeitsfälle mit kurzer Dauer immer wieder mit dem Tenor thematisiert, daß es sich hier häufig nicht um krankheitsbedingte Fehlzeiten handelt bzw. daß Störungen des Befindens zwar vorlägen, Arbeitsunfähigkeit jedoch nicht gegeben sei. In der Alltagssprache findet das seinen Ausdruck in den Chiffren vom 'blauen Montag', 'Krankfeiern' oder 'eine Grippe nehmen'. In der sozialpolitischen Diskussion wird von Mißbrauch gesprochen.

Sozialrechtlich resultieren aus dieser Einschätzung Regelungen, die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit unter einen hohen Legitimationsdruck stellen; das Lohnfortzahlungsgesetz (§ 3 Abs 1 LFG) bzw. entsprechende tarifliche Vereinbarungen für Angestellte schreiben vor, daß Arbeitnehmer, die aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit infolge von Krankheit an der Arbeitsleistung verhindert sind, eine ärztliche Bescheinigung ihrer Arbeitsunfähigkeit vorzulegen haben, und zwar Arbeiter vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an, Angestellte in der Regel erst nach drei Tagen (diese Regelung wurde in den letzten Jahren auch für einen Teil der Arbeiter durch Tarifverträge, Betriebsvereinbarungen etc. übernommen). Unberührt von der ärztlichen Bescheinigung haben Arbeiter und Angestellte ihrem Arbeitgeber unverzüglich die Arbeitsunfähigkeit anzuzeigen.

Die Regelung des LFG über die Vorlage der ärztlichen Bescheinigung macht es für Arbeiter erforderlich, ärztliche Leistungen (in jedem Falle Beratung und Ausstellung einer

AU-Bescheinigung) auch bei sehr kurzfristiger Dauer der Arbeitsunfähigkeit in Anspruch zu nehmen, obwohl dies aus medizinischen Gründen nicht immer erforderlich sein muß; der Krankenkasse können dadurch zusätzliche Ausgaben entstehen, und es kann deshalb in ihrem Interesse liegen, daß die '3-Tage-Regelung' grundsätzlich auch für Arbeiter eingeführt wird. Gegen diesen Vorschlag werden von Arbeitgeberseite im Rahmen der Mißbrauchsdebatte erhebliche Bedenken vorgebracht, die sich vornehmlich auf 'praktisches Erfahrungswissen' gründen.

Ziel dieser Untersuchung ist es, am Beispiel der Versicherten einer Allgemeinen Ortskrankenkasse (I.) Perioden kurzer Arbeitsunfähigkeit auf der Basis von Routinedaten der Krankenkasse zu analysieren, um einerseits die auf Anschauung gegründete Meinung über die Häufigkeit dieses Ereignisses (der Kurz-AU) mit der im Abrechnungswesen dokumentierten Häufigkeit zu vergleichen. Zum anderen soll untersucht werden, in welchem medizinischen Behandlungszusammenhang die Verordnung von kurzzeitiger Arbeitsruhe auftritt, um Anhaltspunkte für ihre medizinische Bedeutung zu gewinnen. In diesem Zusammenhang sollen auch die Ausgaben bestimmt werden, die bei der Krankenkasse im Zusammenhang mit Perioden kurzer Arbeitsunfähigkeit entstehen.

Als Perioden kurzer Arbeitsunfähigkeit werden in dieser Studie die Fälle mit einer Dauer bis zu vierzehn Tagen untersucht und an gegebener Stelle in Falldauerklassen bis fünf, bis sieben und von acht bis vierzehn Tagen unterteilt.

1.2 Empirisches Material: Routinedaten der Allgemeinen Ortskrankenkasse I.

Die Untersuchung stützt sich auf Routinedaten der Krankenkasse I., die im Rahmen einer Sondererhebung vom Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern (LdOib) erfaßt wurden. In einer repräsentativen 21,8 %-Stichprobe sind 16.955

Pflichtmitglieder mit einer Versicherungszeit von 14.514 Versichertenjahren. Der Einzugsbereich der Allgemeinen Ortskrankenkasse I. umfaßt eine Region mit ca. 330.000 Einwohnern in Bayern mit einem industriell geprägten Oberzentrum und stark ausgeprägter zentralörtlicher Struktur (Knoblich u.a. 1979, S. 28).

Die Sondererhebung des LdOiB umfaßt neben den Krankenhaus- und AU-Meldungen die Angaben von den kassenärztlichen Behandlungsscheinen und den Rezepten. Die methodischen Probleme der Auswertung dieser Daten sind an anderer Stelle erörtert (Borgers/Schröder 1982; Maag u.a. 1982). Bisher sind entsprechende Erhebungen vom LdOiB nur für das Jahr 1975 durchgeführt worden. Deshalb stellt sich die Frage, ob die auf dieser Basis gefundenen Ergebnisse auch neueren Entwicklungen entsprechen. Zudem stellt sich die Frage, inwieweit die für die Krankenkasse I. gefundenen Ergebnisse allgemein übertragbar sind. Hierfür ist das Niveau der Arbeitsunfähigkeit, der 'Krankenstand', für den diese Studie durchgeführt wurde, von ausschlaggebender Bedeutung. Die Geschäftsstatistik der AOK I. weist für 1975 einen Krankenstand von 4,6 % aus. Der entsprechende Wert für den Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO) betrug 5,3 % (1975) und 4,8 % für 1982 (BMA, 1976 und 1983). Der Wert der untersuchten Krankenkasse lag also mit 0,2 % unter dem Krankenstand für den BdO 1982.

1.3 Ergebnisse zur Häufigkeit kurzer Arbeitsunfähigkeitsperioden

Dem Krankenstand von 4,6 % entsprechen im Jahre 1975 im statistischen Mittel 96 AU-Fälle je 100 Pflichtmitglieder (gerechnet in Versichertenjahren - VJ). Jedoch war nur etwa die Hälfte der Mitglieder im Laufe des Jahres arbeitsunfähig gemeldet (52 %); 48 % waren nicht arbeitsunfähig gemeldet. Eine kurze Periode der Arbeitsunfähigkeit mit einer Dauer von bis zu vierzehn Tagen ereignete sich im statistischen Mittel 66mal bezogen auf 100 erwerbstätige Versicherte im Laufe des

Jahres 1975 (betroffen waren davon 40 % der Personen).

Als seltenes Ereignis fanden sich AU-Fälle mit einer Dauer von 1 bis 3 Tagen: lediglich neunmal bezogen auf 100 Mitglieder. Das bedeutet, daß die 1- bis 3-Tage-AU im statistischen Mittel alle 10 Jahre im Leben eines Arbeitnehmers auftritt.

Betrachtet man die Kurz-AU-Fälle (bis 14 Tage) nach dem Anlaß, so zeigt sich, daß - wie aus verschiedenen Untersuchungen bekannt ist - ein Drittel der Fälle den Erkältungskrankheiten zuzurechnen ist. Das bedeutet, daß im statistischen Mittel in einem Betrieb mit 100 Beschäftigten 22 AU-Fälle im Jahr auf Erkältungskrankheiten zurückzuführen sind, also jeder fünfte Arbeitnehmer aus diesem Anlaß einmal im Jahr abwesend ist.

Nach der Häufigkeit der Anlässe folgen die Erkrankungen des Bewegungsapparates (9,5 Fälle je 100 VJ), die kleinen Verletzungen (7,7 Fälle), Durchfall (3,4 Fälle) und Erkrankungen und Symptome des Oberbauches (3,2 Fälle).

Diese Ergebnisse scheinen den Alltagserfahrungen und den daraus entstandenen Meinungen über die Häufigkeit kurzer Arbeitsunfähigkeit nicht zu entsprechen. Angesichts des ambulanten Behandlungsgeschehens insgesamt fällt die Diskrepanz zwischen Behandlungsdichte und AU-Dichte auf. 85 von 100 Arbeitnehmern sind im Laufe eines Jahres mindestens einmal bei einem niedergelassenen Arzt; insgesamt sind diese 85 Patienten 1.143mal beim Arzt; 96mal erfolgt eine Verordnung von Arbeitsruhe, das heißt bei jedem 12. Arzt-Patient-Kontakt.

1.4 Ergebnisse zum medizinischen Behandlungskontext

Die Untersuchung des Behandlungskontextes im Rahmen von Fällen kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit liefert Informationen

über den Grad der Komplexität dieses Geschehens und gibt Hinweise darauf, inwieweit für das Zustandekommen kurzer Arbeitsunfähigkeitsperioden medizinische Ursachen angenommen werden müssen.

Dazu wurden Indikatoren definiert, die Fälle mit unterschiedlich komplexem Behandlungsgeschehen erfassen und deren quantitative Bestimmung ermöglichen.

Das Behandlungsgeschehen mit dem geringsten Grad an Komplexität zeichnet sich dadurch aus, daß sich der Arztkontakt weitgehend auf die Grundleistungen der 'Beratung', der 'eingehenden Untersuchung' und der 'Ausstellung einer AU-Bescheinigung' beschränkt. Derartige Fälle wurden als 'unkomplizierte' bezeichnet, dürfen jedoch nicht einfach als 'Bagatellfälle' verstanden werden. Fälle höherer Komplexität zeichnen sich dadurch aus, daß ihre Behandlungsverläufe eines oder mehrere der folgenden Merkmale aufweisen:

- sie liegen kurz vor oder nach einem anderen AU-Fall und können deshalb nicht als abgegrenztes Kurz-AU-Ereignis gewertet werden;
- sie liegen kurz vor oder meist kurz nach einem Krankenhausaufenthalt und müssen deshalb im Rahmen einer schwereren Erkrankung gesehen werden;
- bei dem betroffenen Versicherten ist erkennbar, daß er aufgrund der Gesundheitsstörung, die Anlaß für seinen AU-Fall ist, in längerer ambulanter oder auch stationärer Behandlung steht, der Kurz-AU-Fall demnach in dem Zusammenhang einer chronischen Erkrankung gesehen werden muß;
- während des AU-Falles werden spezielle medizinische Leistungen erbracht, die über die Grundleistungen hinausgehen;

- während des AU-Falles findet eine Behandlung durch mehrere Ärzte statt.

Bei den beiden letzten Merkmalen wird davon ausgegangen, daß sie solche Fälle bezeichnen, die sich durch eine erhöhte diagnostische und/oder therapeutische Problematik, aber auch insgesamt durch schwerere Verläufe auszeichnen. Die möglicherweise ökonomisch induzierte Erbringung von Leistungen muß unter Berücksichtigung konkreter Krankheitsbilder diskutiert werden.

Der Kurz-AU-Fall mit unkompliziertem Verlauf ist nicht der Normalfall: nur etwa bei der Hälfte der 1- bis 14tägigen AU-Fälle fanden sich solche Behandlungsverläufe, ca. 60 % bei bis zu 5- bzw. 7tägigen und ca. 40 % bei 8- bis 14tägigen Fällen. Als Merkmal, das Fälle mit komplexeren Behandlungsverläufen anzeigt, hatte die 'Inanspruchnahme spezieller medizinischer Leistungen' die quantitativ größte Bedeutung und wurde bei durchschnittlich ca. 40 % der Kurz-AU-Fälle (bis 14 Tage) gefunden. Ferner waren noch die Merkmale 'längerer Behandlungskontext' und 'Behandlung durch mehrere Ärzte' mit durchschnittlich 13 % und 14 % von Bedeutung.

Je nach dem Anlaß der AU-Fälle lassen sich deutliche Unterschiede in der Komplexität des Behandlungsgeschehens feststellen:

1. Erkältungskrankheiten (33 % der Kurz-AU-Fälle):

Ganz kurze Verläufe sind nicht charakteristisch, Fälle mit 1- und 2wöchigen Verläufen sind etwa gleich häufig. Ein großer Teil der Fälle ist durch 'unkomplizierte' Behandlungsverläufe gekennzeichnet. Es finden sich häufige und zum Teil auch fragwürdige Medikationen.

2. Erkrankungen des Bewegungsapparates (14 % der Fälle):

Fälle mit eher längerem Verlauf (8 bis 14 Tage) sind häufiger als kürzere Fälle. In hohem Maße finden sich Fälle mit komplexerem Behandlungsgeschehen, also mit längerem Behand-

lungskontext, Behandlung durch mehrere Ärzte (Überweisungen zu Orthopäden), sowie Fälle, bei denen spezielle medizinische Leistungen erbracht wurden. Es handelte sich insbesondere um Bestrahlungen und Injektionen, wobei die Notwendigkeit letzterer zur Diskussion gestellt werden kann.

3. Kleinere Verletzungen (12 % der Fälle):

Auch hier finden sich eher längere Fälle. Unabhängig von der Falldauer finden sich wenig 'unkomplizierte' Fälle. Es werden vor allem häufig spezielle medizinische Leistungen erbracht (Verbände, Röntgenuntersuchungen, Wundversorgung), der Grad fachärztlicher Versorgung, insbesondere durch Fachärzte für Chirurgie, ist hoch.

4. Durchfallkrankheiten (5 % der Fälle):

Während sich wie bei den Erkältungskrankheiten die große Mehrzahl der Fälle als 'unkompliziert' darstellt, finden sich hier typischerweise hauptsächlich Fälle mit kürzeren Verläufen (bis 7 Tage).

5. Erkrankungen und Symptome des Oberbauches (5 % der Fälle):

Bei durchschnittlich längeren Verläufen finden sich hier Hinweise auf Fälle, die im Kontext eines Magengeschwürleidens stehen.

6. Erkrankungen und Verletzungen des Auges (2 % der Fälle):

Diese Gruppe von Fällen zeichnet sich durch besonders kurze Verläufe aus, die meisten Fälle dauern nur bis zu 5 Tagen. Dennoch finden sich hier meistens Fälle, die sich durch ein recht komplexes Behandlungsgeschehen auszeichnen: Bei einem hohen fachärztlichen Versorgungsgrad werden meistens spezielle Leistungen erbracht wie die Entfernung von Fremdkörpern aus dem Auge sowie Untersuchungen des Auges mit dem Spaltlampenmikroskop.

7. Zahnerkrankungen (ca 1,5 % der Fälle):

Aus diesem Anlaß ereignen sich immerhin 4 % der Kurz-AU-Fälle mit einer Dauer bis zu 5 Tagen. Die Untersuchung des Be-

handlungskontextes kann hier nicht erfolgen, weil die zahnärztliche Behandlung im Untersuchungsmaterial nicht abgebildet war.

8. Herz- und Kreislaufsymptom (ca. 1,5 % der Fälle) und

9. Psychophysische Symptome (ca. 1,5 % der Fälle):

Für beide Gruppen gilt, daß die Häufigkeit der gestellten Diagnosen weit größer ist als die Häufigkeit der Fälle, bei denen eine solche Diagnose der eigentliche Anlaß für die Arbeitsunfähigkeit war. Insbesondere für die psychophysischen Symptome gilt, daß solche Diagnosen meist Begleitdiagnosen sind und in charakteristischer Weise bei solchen Personen gestellt werden, bei denen aus den ganzjährigen Behandlungsverläufen auf eine erhebliche psychophysische oder psychosoziale Problematik geschlossen werden kann.

Die gefundenen Besonderheiten des Behandlungsgeschehens können bei fast allen Gruppen auf die Gesundheitsstörungen bezogen werden, die Anlaß des Kurz-AU-Falles waren. Daraus kann der Schluß gezogen werden, daß sich Kurz-AU-Fälle in hohem Maße aus der gesundheitlichen Problemlage der Betroffenen erklären lassen.

Dieser Schluß wird auch weitgehend bestätigt durch die epidemiologische Untersuchung einzelner Kurz-AU-Anlässe nach der Häufigkeit bei unterschiedlichen Versichertengruppen (Alter und Geschlecht).

Besonders bei Frauen (aber auch bei Männern) zeigt sich, daß mit dem Alter die Häufigkeit von Kurz-AU-Fällen mit dem Anlaß einer Erkrankung des Bewegungsapparates zunimmt. Dies ist aus medizinischen Gründen verständlich, da es sich hier meist um Verschleißkrankheiten handelt, bei denen ältere Menschen ein höheres Erkrankungsrisiko haben.

Bei kleineren Verletzungen ist die AU-Häufigkeit genau umgekehrt: besonders jüngere Männer sind betroffen. Eine Analyse

der Betroffenen nach Berufen ergibt einen deutlichen Einfluß des Arbeitsplatzes auf das Risiko, aus einem solchen Anlaß arbeitsunfähig zu werden.

Allein bei Erkältungskrankheiten finden sich keine, im engeren Sinne medizinische Erklärungen dafür, weshalb jüngere Menschen (bis 24 Jahre) häufiger aus diesem Anlaß arbeitsunfähig werden. Die Möglichkeit eines Mißbrauchs muß aber vor dem Hintergrund gesehen werden, daß aus einem solchen Anlaß auf 100 jüngere Pflichtmitglieder jährlich nur 29 Kurz-AU-Fälle (bis 14 Tage) entfallen.

1.5 Ergebnisse zu den Ausgaben im Zusammenhang mit kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit

Im Rahmen kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit entstehen für die Krankenkassen im wesentlichen Ausgaben für ärztliche Leistungen sowie für Arzneimittel.

Je nach Dauer der betrachteten AU-Fälle betragen diese Kosten 1975 bei der untersuchten Krankenkasse I. zwischen ca. 180.000 DM (1- bis 3tägige Fälle) und ca. 2 Millionen DM (1- bis 14tägige Fälle). Dies sind zwischen 1,4 % und 16,2 % der Ausgaben für ärztliche Leistungen und Arzneimittel der Pflichtmitglieder; gemessen an den Gesamtausgaben der Krankenkasse sind dies jedoch nur 0,1 % bis 1,3 %.

Bei 'unkomplizierten' Behandlungsverläufen im Rahmen von 1- bis 5tägigen AU-Fällen entstanden der Krankenkasse I. 1975 Ausgaben in Höhe von etwa DM 275.000. Es kann geschätzt werden, daß diese Ausgaben entfallen, wenn die für Angestellte gültige 3-Tage-Regelung auch für Arbeiter eingeführt und in Anspruch genommen werden würde. Gemessen an den Behandlungskosten der Pflichtmitglieder bzw. an den Gesamtausgaben der Krankenkasse sind dies nur etwa 2,1 % bzw. 0,17 %. Das mögliche Einsparungsvolumen aus einer Einführung der 3-Tage-Regelung ist somit als gering zu beurteilen.

1.6 Zusammenfassung

Kurze Arbeitsunfähigkeit, davon muß man nach den Ergebnissen dieser Studie ausgehen, ist ein seltenes Ereignis. Die Bedeutung, die die kurze Arbeitsunfähigkeit in der Mißbrauchsdebatte hat, ist nach den vorgestellten empirischen Befunden nicht gerechtfertigt. Dies wird besonders deutlich am seltenen Auftreten des 'häufigsten' Anlasses für kurze Arbeitsunfähigkeit, den Erkältungskrankheiten, aber auch dadurch, daß das Behandlungsgeschehen, das sich im Rahmen kurzer AU-Perioden abspielt, auf die zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen bezogen werden kann. Öffentliche Meinung und empirische Befunde befinden sich nicht in Übereinstimmung.

2. Wie lange dauert eine kurzfristige Arbeitsunfähigkeit?

Für die zeitliche Eingrenzung kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit (hier auch als 'Kurz-AU' bezeichnet) liegen keine allgemeingültigen Kriterien vor. Da diese Studie sich im wesentlichen mit der medizinischen Problematik der Kurz-AU beschäftigt, werden hier vor allem medizinische Gründe für die Eingrenzung des Zeitraumes herangezogen:

Erkältungskrankheiten, Infektionskrankheiten mit akutem, gutartigem Verlauf stellen sowohl ihrer Natur als auch ihrer quantitativen Bedeutung nach den Prototyp des Anlasses einer kurzen AU dar. Betrachtet man aber die Dauer von AU-Fällen dieses Anlasses, so stellt sich heraus, daß die Fälle mit einer Dauer bis zu einer Woche genauso häufig vertreten sind wie diejenigen mit einer Dauer zwischen einer und zwei Wochen; Fälle mit längerer Dauer verlieren an Bedeutung.

Dieser Sachverhalt legt es nahe, für den untersuchten Zeitraum eine AU-Dauer von bis zu 14 Tagen zu wählen, ihn aber für verschiedene Fragestellungen in die Zeiträume 1 - 5, 1 - 7 und 8 - 14 Tage zu unterteilen.

3. Die Häufigkeit kurzer Perioden der Arbeitsunfähigkeit

Die Häufigkeit des Ereignisses kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit trägt sicherlich zu der eingangs bemerkten emotionalen Färbung dieses Themas in der sozialpolitischen und öffentlichen Diskussion bei.

Der erste Schritt dieser Untersuchung beschäftigt sich deshalb mit der quantitativen Bedeutung der Kurz-AU auf folgenden sechs Ebenen:

- Krankenstand
- Häufigkeit der Fälle nach ihrer Falldauer
- Verteilung der Fälle auf Wochentage
- AU-Volumen nach der Dauer der Fälle
- Personen, die von kurzfristiger AU betroffen sind
- Von einer spezifischen Erkrankung ('Erkältung' betroffene Personen).

3.1 Krankenstand

Aus dem Geschäftsbericht der untersuchten Krankenkasse für das Jahr 1975 (Allgemeine Ortskrankenkasse für die Region I., 1975, S. 39) geht hervor, daß der Krankenstand in diesem Jahr 4,61 betrug. Er liegt damit um 13 % niedriger als der Durchschnitt (5,31) der Krankenkassen des betreffenden Bundesverbandes.

Diesen Krankenstand ergibt auch folgende Schätzung: Die zugrundeliegende Gesamtheit der 16.955 Pflichtmitglieder war unter Berücksichtigung der nicht ganzjährig versicherten Mitglieder insgesamt 14.514 Jahre versichert (5.297.610 Versichertentage). In diesem Jahr fielen 251.560 Arbeitsunfähigkeitstage an (vgl. Tab. 4). Somit kann folgender Kranken-

stand berechnet werden:

$$K = \frac{251.560 \text{ AU-Tage}}{5.297.610 \text{ Versichertentage}} \times 100 = 4,75$$

Die Abweichung dieser Schätzung von dem von der Kasse berechneten Krankenstand beträgt somit 0,14 %.

Mit dieser Schätzung soll nun berechnet werden, wie hoch der Krankenstand ist, der durch kurzfristige AU (1-14 Tage) entsteht. Durch Kurz-AU sind 1975 72.399 Arbeitstage ausgefallen. Daraus wird folgender Krankenstand berechnet:

$$K_{\text{kurz}} = \frac{72.399 \text{ AU-Tage}}{5.297.610 \text{ Versichertentage}} \times 100 = 1,37$$

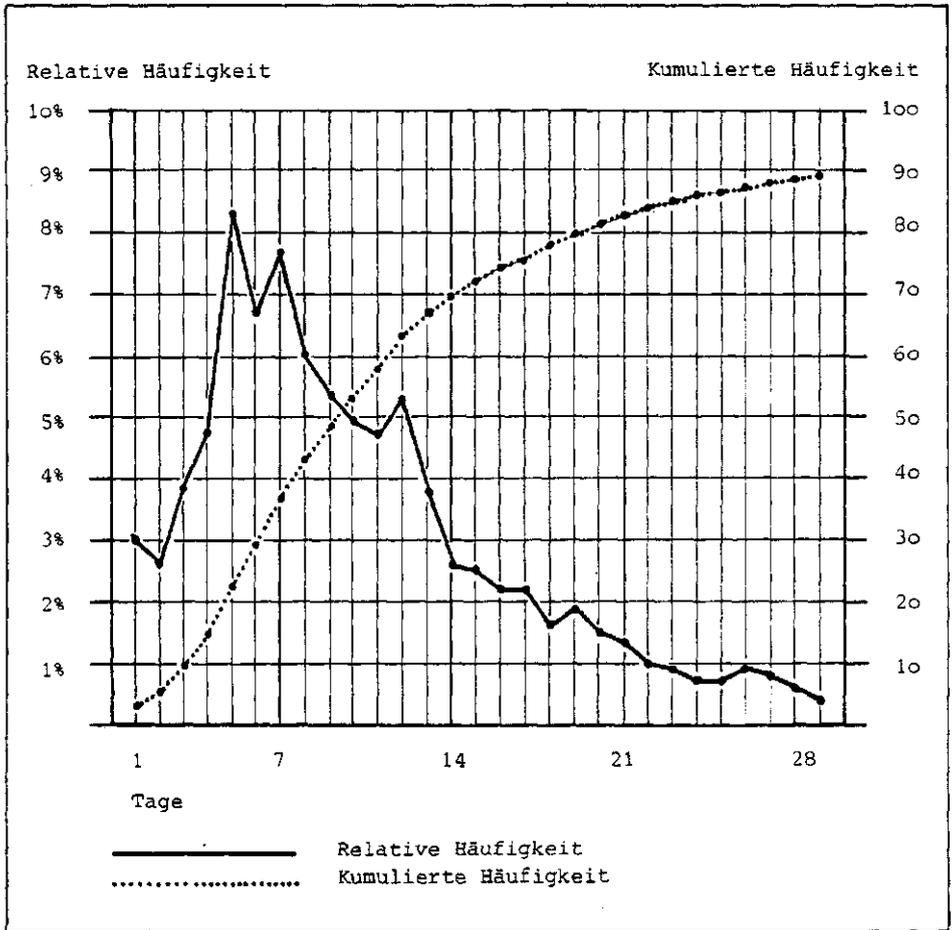
Dieser Wert gibt einen ersten Hinweis auf die quantitative Bedeutung kurzfristiger AU-Fälle für den Krankenstand: er ist zu ca. 30 % auf Kurz-AU-Fälle zurückzuführen.

3.2 Häufigkeit der AU-Fälle nach ihrer Dauer

Für detaillierte Analysen ist zunächst die Verteilung aller AU-Fälle nach ihrer Dauer erforderlich. Die graphische Darstellung (Abb. 1) zeigt:

- Die Verteilung hat drei Gipfel bei 5, 7 und 12 Tagen. Darin wird ein Wochenrhythmus erkennbar, der in Kapitel 3.3 noch näher erläutert wird.
- Ein Großteil der Fälle (ca. 70 %) hat eine Dauer bis zu 14 Tagen.
- Nach 12 Tagen fällt die Kurve stark ab, die Häufigkeit der Fälle nimmt ab.

Abb. 1: Relative und kumulierte Häufigkeit der AU-Fälle der Pflichtmitglieder nach der Falldauer (Anteile in %))



Faßt man nun die AU-Fälle der Pflichtmitglieder nach Falldauerklassen zusammen, so ergibt sich folgendes Bild:

Tabelle 1: AU-Fälle der Pflichtmitglieder nach Falldauer-
klassen (Anteile in %))

AU-Dauer (Tage)	AU-Fälle	
	absolut	in %
1 - 3	1.323	9,5
1 - 5	3.176	22,8
1 - 7	5.129	36,8
8 - 14	4.494	32,3
1 - 14	9.623	69,1
15 +	4.307	30,9
alle	13.930	100,0

Damit haben die Klassen bis zu 7 Tagen, von 8 bis 14 Tagen und von 15 und mehr Tagen ungefähr jeweils einen Anteil von einem Drittel an der Zahl der Fälle.

3.3 Arbeitsunfähigkeit nach Wochentagen

Die in Kapitel 3.2 festgestellten Maxima bei 5 und 12 Tagen weisen auf einen Wochenrhythmus hin, denn: unter Einbeziehung eines Wochenendes (zwei Tage) ergeben sich jeweils 7 bzw. 14 Tage, d.h. eine bzw. zwei Wochen.

Dieser Rhythmus ist ein Charakteristikum kurzfristiger AU-Fälle, er tritt bei längerfristigen Fällen kaum oder gar nicht in Erscheinung.

Daraus kann zunächst eine empirische Bestätigung der in Kapitel 2 getroffenen Einteilung der kurzfristigen AU gesehen werden, d.h. man kann Kurz-AU-Fälle grob in diese zwei Klassen einteilen. Zur Erklärung dieses Wochenrhythmus drängen sich zunächst nicht-medizinische Faktoren auf.

Geht man jedoch davon aus, daß bei den betroffenen Versicherten tatsächlich eine Gesundheitsstörung vorliegt, so stellt sich die Frage, welche Kriterien der behandelnde Arzt hat, um die angemessene Dauer einer AU entscheiden zu können.

Die Situation des Arztes ist aber dadurch gekennzeichnet, daß er wenig objektivierbare Anhaltspunkte für die Einschätzung

- a) des subjektiven Ausmaßes der Einschränkung des Betroffenen und
- b) der konkreten betrieblichen Arbeits- und Leistungsanforderungen hat (vgl. Thiele 1981, S. 6).

Daraus wird verständlich, daß der Arzt in dieser Unsicherheit dazu tendiert, den Spielraum eines anschließenden Wochenendes mit einzubeziehen.

Eine Untersuchung von Daten mehrerer Krankenkassen ergab, daß 2/3 der AU-Fälle mit einer Dauer von 1 - 7 Tagen in ihrer Dauer so bemessen waren, daß ihr Ende auf ein Wochenende fiel (Thiele 1981, S. 16).

Die Daten der vorliegenden Untersuchung stimmen damit überein. 68 % aller AU-Fälle enden an einem Freitag, Samstag oder Sonntag (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2: Beginn und Ende der AU-Fälle der Pflichtmitglieder nach Wochentagen (Anteile in %)

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
Beginn am	32	18	16	15	12	3	3
Ende am	8	9	11	5	29	20	19

Der Montag ist als Tag des Beginns von AU-Fällen mit 32 % gegenüber einem Durchschnitt von 15,3 % bei den Wochentagen stark überrepräsentiert. Dies erinnert an die These vom 'Blauen Montag'.

Zunächst ist dazu zu sagen, daß am Montag fast alle diejenigen Versicherten zum Arzt gehen, die am Wochenende erkrankt und arbeitsunfähig geworden sind. Zum anderen ist aber der Montag der Werktag mit dem niedrigsten Krankenstand, wie die oben schon zitierte Studie von Thiele zeigt:

Tabelle 3: AU-Tage nach dem Wochentag (Anteile in %)

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1-7-täg. AU-Fälle (n = 20.546)	12,7	15,6	17,1	17,8	18,3	11,4	7,1
AU-Fälle insg. (n = 243.711)	13,8	14,3	14,7	14,9	15,3	14,0	13,0

(nach Thiele 1981, S. 19)

Mit diesen Ausführungen sollte aufgezeigt werden, daß eine spezifische Verteilung der kurzfristigen AU-Fälle im Verlauf des Wochenrhythmus nicht ohne weiteres mit Gründen erklärt werden kann, die außerhalb der zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen liegen.

3.4 AU-Volumen nach der Dauer der Fälle

In Stellungnahmen zu kurzfristiger AU wird von den hohen Fallzahlen implizit oft auf eine hohe Zahl dadurch ausgefallener Arbeitstage geschlossen. Mit anderen Worten: Es wird die tatsächlich große relative Häufigkeit kurzfristiger AU-Fälle für den gesamten Krankenstand verantwortlich gemacht. Der in Kapitel 3.1 ermittelte Kurz-AU-Krankenstand von 1,37 gibt erste Anhaltspunkte für Zweifel an solchen Vorstellungen.

Im folgenden wird deshalb der Anteil am AU-Volumen (in % aller AU-Tage) für verschiedene Falldauerklassen untersucht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 dargestellt.

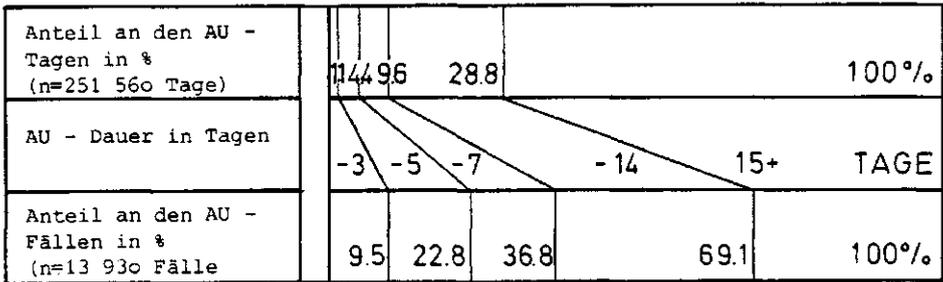
Es zeigt sich demnach, daß die Fälle, die bis zu 7 Tagen dauern, nur etwa 10 %, die Fälle, die 8 bis 14 Tage dauern, nur etwa 20 % der anfallenden AU-Tage bedingen; Kurz-AU-Fälle im Sinne dieser Untersuchung (bis 14 Tage) machen zwar ca. 70 % aller AU-Fälle, jedoch weniger als 30 % des gesamten AU-Volumens aus.

Tabelle 4: AU-Fälle und AU-Volumen der Pflichtmitglieder nach Falldauerklassen

AU-Dauer (Tage)	AU-Fälle		AU-Volumen	
	abs.	in %	in Tagen	Tage in %
1 - 3	1.323	9,5	2.767	1,1
1 - 5	3.176	22,8	11.119	4,4
1 - 7	5.129	36,8	24.225	9,6
8 - 14	4.494	32,3	48.174	19,2
1 - 14	9.623	69,1	72.399	28,8
15 +	4.307	30,9	179.161	71,2
insgesamt	13.930	100,0	251.560	100,0

Den Zusammenhang zwischen der Häufigkeit des Ereignisses und dem resultierenden Volumen an AU-Tagen soll Abbildung 2 veranschaulichen.

Abb. 2: Häufigkeit von AU-Fällen nach Falldauerklassen (Anteile in % aller AU-Fälle) und daraus resultierende Anteile am AU-Volumen (in %)



Größen wie Lohnfortzahlung bzw. Krankengeld, Produktionsausfall, Behandlungskosten etc. werden dadurch entscheidend von den Fällen mit längerer Dauer bestimmt; kurzfristige Arbeitsunfähigkeit wird vor diesem Hintergrund sicherlich überbewertet, bedenkt man nur die Tatsache, daß die Fälle mit einer Dauer von 42 und mehr Tagen zwar einen Anteil von 6,4 % an der Zahl der Fälle, jedoch nur 41,7 % am gesamten AU-Volumen haben.

3.5 Kurzfristige Arbeitsunfähigkeit nach betroffenen Personen

Um den Stellenwert der Kurz-AU einschätzen zu können, müssen solche Fälle auch auf Personen bezogen werden; es ist zu fragen, wie oft dieses Ereignis durchschnittlich auf einen bzw. 100 Pflichtmitglieder entfällt, welcher Anteil der Pflichtmitglieder überhaupt betroffen ist und welcher Teil mehrmals betroffen ist.

3.5.1 Kurz-AU-Fälle je 100 Pflichtmitglieder

Bezieht man die Zahl der Kurz-AU-Fälle aus Tab. 4 auf 16.955 Pflichtmitglieder mit 14.414 Versichertensjahren, ergibt sich folgendes Bild (Tab. 5):

Tabelle 5: Zahl der AU-Fälle auf 100 Pflichtmitglieder (in VJ) nach Falldauerklassen (n = 14.514 VJ)

AU-Dauer (Tage)	AU-Fälle auf 100 Pflichtmitglieder
1 - 3	9,1
1 - 5	21,9
1 - 7	35,3
8 - 14	31,0
1 - 14	66,3
15 +	29,7
insgesamt	96,0

Während im Mittel fast jedes Pflichtmitglied einen AU-Fall im Jahr hat, sind es bei Kurz-AU-Fällen (bis 14 Tage) nur noch zwei Drittel der Pflichtmitglieder; erstaunlich gering sind die Häufigkeiten der ganz kurzen Fälle: Statistisch gesehen bedeuten diese Zahlen, daß ein Versicherter nur etwa alle 10 Jahre eine 1 - 3tägige AU und alle fünf Jahre eine 1 - 5tägige AU hat.

3.5.2 Anteile der AU-betroffenen Personen

Bei den in Kapitel 3.5.1 ermittelten Werten muß berücksichtigt werden, daß ein Teil der Versicherten mehr als einen AU-Fall pro Jahr hat und ein anderer Teil überhaupt keinen. Untersucht man die 13.930 AU-Fälle der 16.955 Pflichtmitglieder nach der Zahl der betroffenen Personen, so zeigt sich folgendes (Tab. 6):

Tabelle 6: Pflichtmitglieder nach der Zahl der AU- und Kurz-AU-betroffenen Personen und der Zahl ihrer Kurz-AU-Fälle pro Jahr

	Pflichtmitgl. insgesamt		Pflichtmitgl. mit mind. einer Kurz-AU in %
	abs.	rel.	
Pflichtmitglieder insg. davon:	16.955	100,0	
- ohne AU-Fall	8.138	48,0	
- mind. 1 AU-Fall	8.817	52,0	
Von d. Pflichtmitgliedern m. mind. 1 AU-Fall hatten:			
- nur AU-Fälle länger als 14 Tage	2.163	12,8	
- mind. 1 Kurz-AU-Fall	6.654	39,2	100,0
Von d. Pflichtmitgliedern mit mind. 1 Kurz-AU-Fall hatten:			
- nur 1 Kurz-AU-Fall	4.528	26,7	68,1
- 2 Kurz-AU-Fälle	1.498	8,8	22,5
- 3+ Kurz-AU-Fälle	628	3,7	9,4

Tabelle 6 sind folgende Ergebnisse zu entnehmen (auf ein Jahr bezogen):

- Fast die Hälfte (48 %) der Pflichtmitglieder ist in einem Jahr überhaupt nicht von AU betroffen;
- nur knapp 40 % der Mitglieder sind von Kurz-AU (bis 14 Tage) betroffen;
- von diesen Kurz-AU-Betroffenen hatten zwei Drittel nur einen Fall;
- lediglich 3,7 % der Pflichtmitglieder hatten drei und mehr Fälle kurzfristiger AU.

4. Gesundheitsstörungen als Anlässe kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit

Vom Kurz-AU-Fall wird häufig angenommen, daß er ein Bagatellfall ist, was die auslösende Gesundheitsstörung betrifft: "Entweder man ist richtig krank oder gar nicht, aber nicht nur ein paar Tage." Es wird angenommen, daß die Störung so geringfügig war, daß der betroffene Arbeitnehmer auch hätte zur Arbeit gehen können.

Zur Klärung des Mißbrauchsverdachts müssen folgende Fragen beantwortet werden:

- Was sind die gesundheitlichen Störungen, die zu kurzfristiger AU führen?
- Wie werden sie behandelt?
- Bei wem treten sie besonders auf und weshalb?

Die Klärung dieser Fragen erscheint auch deshalb wichtig, weil mit kurzfristiger AU ein sehr großer Bereich alltäglicher Störungen und Erkrankungen verbunden ist, der einen Großteil der Arbeit des ambulanten Versorgungssystems bestimmt.

Das Ziel dieses Kapitels ist es deshalb, die Fälle kurzfristiger AU nach ihren Anlässen zu beschreiben.

Es ist dabei wichtig, zwischen Diagnosen und Anlässen zu unterscheiden, denn auch ein Teil der Kurz-AU-Fälle ist mit mehr als einer Diagnose belegt. Aufgrund des abgegrenzten Charakters dieser Krankheitsepisoden ist es aber möglich - und die Analyse von Behandlungsverläufen bestätigt dies -, daß jedem Kurz-AU-Fall ein ausschlaggebender Anlaß zugeordnet werden kann.

In Kapitel 4.1 wird deshalb zunächst das Spektrum der Diagnosen, die im Zusammenhang mit Kurz-AU gestellt wurden, beschrieben, und in Kapitel 4.2 erfolgt durch die quantitative Zuordnung der Fälle zu diesem Diagnosespektrum die Bestimmung der AU-Anlässe. Während dann in Kapitel 4.3 den einzelnen AU-Anlässen ihre typische Falldauer zugeordnet wird, wird in Kapitel 4.4 untersucht, wie oft die einzelnen Anlässe bei jeweils 100 Pflichtmitgliedern auftreten.

4.1 Diagnosen kurzfristiger AU-Fälle

Um ein Krankheitsspektrum beschreiben zu können, ist es erforderlich, die Vielzahl von Einzeldiagnosen, die für die Gesamtheit aller Fälle gestellt wurden, auf eine möglichst kleine und überschaubare Zahl von Gruppen zu reduzieren, die sinnvolle Zusammenfassungen darstellen.

Viele Untersuchungen greifen zur Beschreibung der AU-Morbidität auf die übergeordneten Krankheitsartengruppen des ICD-Schlüssels (z.B. BdB 1981) zurück. Die Krankheitsartengruppen dieses Schlüssels fassen aber im allgemeinen derart viele unterschiedliche Einzeldiagnosen zusammen, daß Vorstellungen und Aussagen über die realen Fälle schwer fallen.

Obwohl sich auch diese Untersuchung des ICD-Schlüssels bedient, wird jedoch bei der Zusammenfassung von Gruppen anders verfahren. Bevor dieses Verfahren dargestellt wird, soll noch kurz auf die Validität von Diagnosedaten eingegangen werden, weil sämtlichen Daten die AU-Diagnosen von Abrechnungsbelegen der GKV zugrundeliegen (zur ausführlichen Behandlung des Themas siehe Borgers/Schräder 1982).

Daß Diagnosen auf Krankenscheinen das, was sie bezeichnen sollen, nämlich eine Krankheit oder eine Gesundheitsstörung im strengen medizinischen Sinne schlecht wiedergeben, daß ihre Validität, insbesondere wenn sie als isolierte Daten

betrachtet werden, gering ist, wird als Tatsache von vielen Autoren hervorgehoben (z.B. Schwartz/Schwefel 1978).

Bei isolierten Diagnosen von AU-Scheinen sind Validität und Reliabilität noch kritischer zu betrachten. Nicht zuletzt ist der Grund darin zu sehen, daß diese Diagnosen in einem 'Aushandlungsprozeß' (L.v. Ferber 1980, S. 918) zwischen Arzt und Patient zustandekommen, daß also die Legitimation der Arbeitsruhe als weitere Variable bei der Diagnosenfestlegung hinzutritt.

Gleichwohl kann man aber annehmen, daß die Bezeichnung des medizinischen Sachverhalts auf dem AU-Schein durch den Arzt nicht völlig willkürlich erfolgt. Sie wird aber in der Regel nicht mit einer im ICD erfaßten nosologischen Einheit identisch sein, obwohl es auch starke Unterschiede in der Präzision der diagnostischen Bezeichnung gibt:

So wird zwar die Diagnose 'Fremdkörper im Auge und seinen Anhängen' (ICD Nr. 930) relativ präzise, hingegen aber z.B. die Diagnose 'Akute Rhinopharyngitis' (ICD Nr. 460) kaum von der Diagnose 'Akute Infektionen der oberen Luftwege an mehreren nicht näher bezeichneten Stellen' (ICD Nr. 465) zu unterscheiden sein.

Trotz solcher diagnostischer Unschärfen ist es je nach Fragestellung möglich, einzelne Diagnosen in den Rahmen eines Schwerpunktes zu stellen. Auf das vorige Beispiel bezogen, können die Diagnosen 460 und 465 in einen Schwerpunkt 'Erkältungskrankheiten' eingeordnet werden, ohne daß der Verlust des möglichen Unterschiedes zwischen beiden Einzeldiagnosen in diesem Beispiel von Bedeutung wäre. Für die vorliegende Fragestellung ergibt sich aber der Vorteil, daß relativ wenige, aber homogene Gruppen gebildet werden, an die z.B. die Fragen nach Häufigkeit und Behandlung gestellt werden können.

In dieser Untersuchung wurden die 48 häufigsten Diagnosen ausgewählt, die im Zusammenhang mit Kurz-AU-Fällen gestellt

wurden. Auf Basis dieser Diagnosen erschien es plausibel, neun Hauptgruppen zu bilden, die jeweils einen Schwerpunkt hinsichtlich Ätiologie, Pathogenese, organischer Manifestationen oder psychosozialer Problematik bilden. Die in den Gruppen zusammengefaßten Diagnosen (Diagnosegruppen) können Tabelle 7 entnommen werden:

Tabelle 7: Im Rahmen kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit bedeutungsvolle Diagnosegruppen (nach ICD, 8. Rev.) und deren Zusammensetzung

1 Erkältungskrankheiten		
ICD	460	Akute Rhinopharyngitis (Erkältung)
ICD	461	Akute Nebenhöhlenentzündung
ICD	462	Akute Rachenentzündung
ICD	463	Akute Mandelentzündung
ICD	464	Akute Kehlkopf- und Luftröhrenentzündung
ICD	465	Akute Infektion der oberen Luftwege an mehreren oder n.n. bez. Stellen
ICD	466	Akute Bronchitis und Bronchiolitis
ICD	470	N.n. bez. Grippe
ICD	471	Grippe mit Pneumonie
ICD	472	Grippe mit sonstiger Beteiligung der Atmungsorgane
ICD	473	Grippe mit Beteiligung der Verdauungsorgane
ICD	474	Grippe mit Beteiligung des Nervensystems
ICD	490	N.n. bez. Bronchitis
ICD	502	Chronische Pharyngitis und Rhinopharyngitis
ICD	783	Symptome, die dem Atmungssystem zugeordnet werden können
2 Erkrankungen des Bewegungsapparates		
ICD	353	Ischias
ICD	355	Sonstige und n.n.bez. Formen der Neuralgie und Neuritis
ICD	713	Arthrosis deformans u. entspr. Zustände
ICD	717	Sonstige, nicht die Gelenke betreffende Formen des Rheumatismus
ICD	728	Schmerzhafte Wirbelkörper-Syndrome
ICD	731	Synovitis, Bursitis und Tendovaginitis
3 Kleinere Verletzungen		
ICD N	842	Verstauchung und Zerrung des Handgelenkes und der Hand
ICD N	845	Verstauchung und Zerrung des Fußgelenkes und des Fußes
ICD N	882	Offene Wunde an der Hand, ausgenommen Finger
ICD N	883	Offene Wunde eines oder mehrerer Finger
ICD N	920	Prellung des Gesichtes, der Kopfschwarte und des Halses, ausgenommen Augen

Fortsetzung Tabelle 7

(Kleinere Verletzungen)		
ICD N	921	Prellung des Auges und der Augenhöhle
ICD N	922	Prellung des Rumpfes
ICD N	923	Prellung der Schulter und des Oberarmes
ICD N	924	Prellung des Ellenbogens, Unterarmes und Handgelenkes
ICD N	925	Prellung der Hand (Hände) (ausgen. Finger)
ICD N	926	Prellung der Finger
ICD N	927	Prellung der Hüfte, des Oberschenkels, Beines und Knöchels
ICD N	928	Prellung des Fußes und der Zehen
ICD N	929	Prellung an sonstigen, mehreren und n.n. bez. Stellen
ICD N	996	Sonstige und n. n. bez. Verletzungen
4 Durchfallkrankheiten		
ICD	009	Durchfallkrankheiten
5 Erkrankungen und Symptome des Oberbauches		
ICD	535	Schleimhautentzündung des Magens und Zwölffingerdarmes
ICD	784	Symptome, die den oberen Verdauungsorganen zugeordnet werden können
6 Verletzungen und Erkrankungen des Auges		
ICD	360	Konjunktivitis und Ophtalmie
ICD N	930	Fremdkörper im Auge und seinen Anhängen
7 Zahnerkrankungen		
ICD	525	Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates
8 Herz- und Kreislaufsymptome		
ICD	458	Sonstige Krankheiten des Herzkreislaufsystems
ICD	782	Symptome, die dem kardiovaskulären und lymphatischen System zugeordnet werden können
9 Psychophysische Symptome		
ICD	305	Körperliche Störungen vermutlich psychogenen Ursprungs
ICD	780	Bestimmte Symptome, die dem Nervensystem u. d. Sinnesfunktionen zugeordnet werden können
ICD	790	Nervosität und Schwächezustände
ICD	791	Kopfschmerzen

Für die Kurz-AU-Fälle (bis 14 Tage) wurde die Häufigkeit der einzelnen Diagnosegruppen ermittelt (Tab. 8). Ein Fall konnte dabei auch mit mehr als einer Diagnosegruppe belegt sein.

Tabelle 8: Häufigkeit der Fälle kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit (1 - 14 Tage) mit einer Diagnosenennung aus Gruppe 1 bis 9

1	Erkältungskrankheiten	33,2
2	Erkrankungen des Bewegungsapparates	14,2
3	Kleinere Verletzungen	11,6
4	Durchfallkrankheiten	5,1
5	Erkrankungen und Symptome des Oberbauchs	4,9
6	Verletzungen und Erkrankungen des Auges	2,2
7	Zahnerkrankungen	1,5
8	Herz- und Kreislaufsymptome	5,6
9	Psychophysische Symptome	6,4

4.2 Anlässe kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit

Das gewonnene Diagnosespektrum dient im folgenden als Bezugsrahmen für die Analyse der AU-Anlässe: jeder Fall wird nur einer Diagnosegruppe zugeordnet, die seinem Hauptanlaß entspricht. Dazu reichen die isolierten Diagnosedaten nicht aus.

Es ist ein methodisches Vorgehen erforderlich, das an anderer Stelle als 'Kontextanalyse von Behandlungsverläufen' beschrieben wurde (siehe Häussler/Schräder 1982). Unter Hinzuziehung weiterer Daten, vor allem aus dem ambulanten Behandlungszusammenhang, in dem der AU-Fall steht, wird es möglich, die zentrale Problematik des Falles herauszuarbeiten. Es werden deshalb zu jeder der neun Diagnosegruppen Stichproben von solchen Behandlungsverläufen gezogen, nach denen ein Versicherter in einem Jahr mindestens einen AU-Fall mit mindestens einer Diagnose aus der jeweils untersuchten Gruppe hatte.

Zunächst kann gezeigt werden, daß die AU-Fälle der einzelnen Diagnosegruppen in unterschiedlichem Maße mit weiteren Diagnosen belegt sind, die nicht aus der untersuchten Gruppe stammen. Für die Mehrzahl der untersuchten Gruppen gilt aber, daß die Fälle in nur geringem Ausmaß durch weitere Diagnosen belegt sind (siehe Tab. 9.)

Tabelle 9: Häufigkeit weiterer Diagnosenennungen je AU-Fall nach den Gruppen 1 bis 9
(Mittlere Anzahl der weiteren Diagnosen je Fall)

1	Erkältungskrankheiten	0,28
2	Erkrankungen des Bewegungsapparates	0,41
3	Kleinere Verletzungen	0,15
4	Durchfallkrankheiten	0,20
5	Erkrankungen und Symptome des Oberbauchs	0,36
6	Verletzungen und Erkrankungen des Auges	0,10
7	Zahnerkrankungen	0,06
8	Herz- und Kreislaufsymptome	1,65
9	Psychophysische Symptome	1,71

Tabelle 9 zeigt, daß zwei Gruppen bei der Zahl der zusätzlichen sonstigen Diagnosen hervortreten:

- Herz- und Kreislaufsymptome,
- psychophysische Symptome.

Die Analyse von Behandlungsverläufen (Kapitel 6.4.5) bestätigt den besonderen Charakter dieser beiden Gruppen: Während für die übrigen Gruppen gilt, daß die (Gruppen-)Diagnosen im allgemeinen auch den Anlaß des Falles bezeichnen, sind die Gruppen 8 und 9 dadurch gekennzeichnet, daß

- a) die Diagnosen 8 und 9 sehr häufig quasi als Begleitdiagnosen genannt sind und damit
- b) für den kleineren Teil dieser AU-Fälle die Diagnose der Gruppe 8 bzw. 9 als der Anlaß der Arbeitsunfähigkeit gelten kann.

Bei beiden Gruppen kann davon ausgegangen werden, daß jeweils nur etwa ein Viertel der Fälle einen Anlaß hat, der durch eine Diagnose der Gruppe 8 und 9 gekennzeichnet ist. Bei beiden Gruppen entfällt jeweils die Hälfte der Anlässe

auf 'Erkältungskrankheiten' sowie ein Viertel auf andere akute bzw. schwere Erkrankungen. Beide Diagnosegruppen treten bei ca. 6 % der 1 - 14tägigen AU-Fälle auf, demnach haben je ca. 1,5 % der Kurz-AU-Fälle einen Anlaß, der durch eine Diagnose aus einer der beiden Gruppen gekennzeichnet ist.

Somit kann gesagt werden, daß bei den Gruppen 1 - 7 die AU-Anlässe im wesentlichen durch die gestellte Diagnose bezeichnet sind. Bei den Gruppen 8 und 9 bezeichnen diese Diagnosen lediglich einen Teil der AU-Anlässe (ca. 1/4). Wenn im folgenden vom 'Anlaß' eines Kurz-AU-Falles die Rede sein wird, ist die kennzeichnende Diagnose mit der oben gemachten Einschränkung immer als die 'Hauptdiagnose' zu verstehen, die den 'wahren' Anlaß des AU-Falles darstellt.

Tabelle 10 zeigt die Verteilung der Kurz-AU-Anlässe (unter Berücksichtigung der Falldauerklassen) und damit das Krankheitsspektrum der kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit. Es ergibt sich folgende Verteilung der Anlässe (unter Berücksichtigung von Falldauerklassen) und damit das Krankheitsspektrum der kurzfristigen Arbeitsunfähigkeit:

Tabelle 10: Kurz-AU-Fälle nach Anlässen und Falldauerklassen (Anteile in %)

Anlaß	AU-Dauer in Tagen			
	1 - 5	1 - 7	8 - 14	1 - 14
1 Erkältungskrankheiten	30,7	31,6	35,0	33,2
2 Bewegungsapparat	10,3	12,9	15,7	14,2
3 Kleinere Verletzungen	9,2	9,1	14,4	11,6
4 Durchfallerkrankungen	5,8	5,8	4,3	5,1
5 Oberbauch	4,4	4,4	5,5	4,9
6 Auge	5,4	3,7	0,5	2,2
7 Zahnerkrankungen	3,7	2,6	0,3	1,5
8 Herz- u. Kreisl.sympt.	1,3	1,3	1,5	1,4
9 Psychophys. Symptome	1,6	1,8	1,4	1,6
Sonstige	27,6	26,8	21,4	24,3
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Somit ist es möglich, die Vielzahl von AU-Anlässen auf neun Gruppen zu reduzieren, die in sich wesentlich homogener sind als z.B. die Krankheitsartengruppen des ICD-Schlüssels, und damit drei Viertel der Fälle zu erfassen.

4.3 Arbeitsunfähigkeit nach Anlässen und Falldauer

Je nach AU-Anlaß gibt es unterschiedliche Verteilungen der Fälle über den betrachteten Kurz-AU-Zeitraum von 1 bis 14 Tagen. Es gibt Anlässe, die überwiegend in der Klasse von 1 - 5 Tagen, und solche, die stärker in der Klasse von 8 - 14 Tagen vertreten sind; es gibt aber auch Anlässe, wie z.B. Erkältungskrankheiten, die sich mehr oder weniger gleichmäßig auf den Zeitraum von 1 - 14 Tagen verteilen.

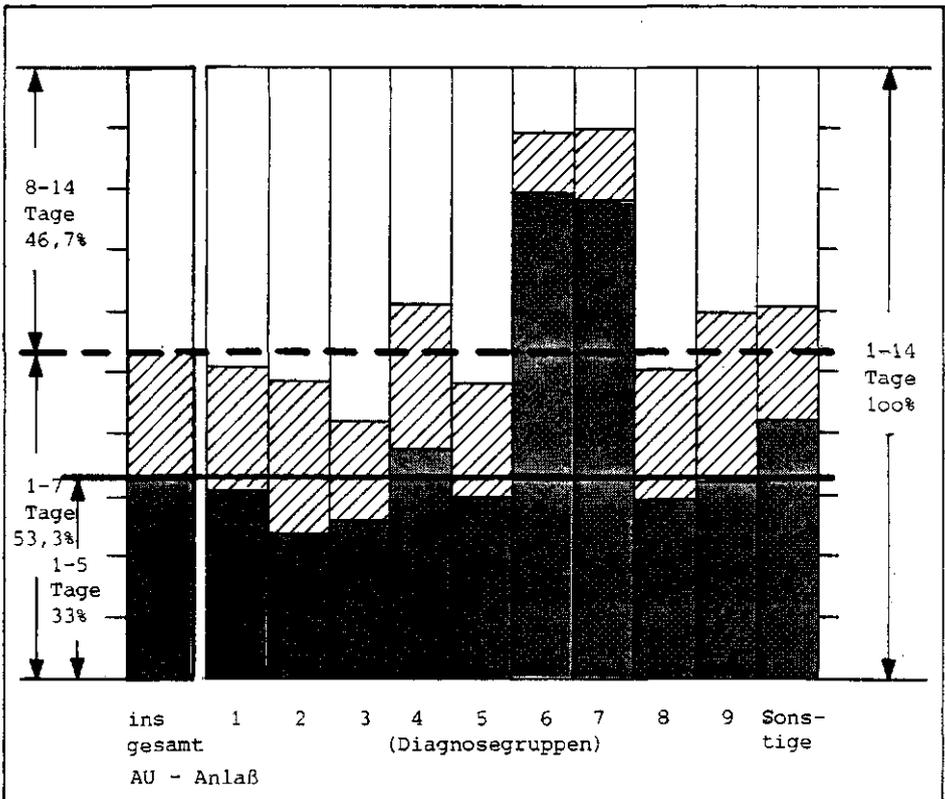
Es bedarf keiner näheren Begründung, daß unterschiedliche Gesundheitsstörungen bzw. Krankheiten zu unterschiedlich langen Beeinträchtigungen der Betroffenen und - vermittelt über das Medizinsystem - auch zu unterschiedlich langen AU-Zeiten führen.

Es wurden deshalb die Kurz-AU-Fälle (1 - 14 Tage) nach ihrer Verteilung auf die Falldauerklassen 1 - 5, 1 - 7 und 8 - 14 Tage untersucht. Die Ergebnisse sind in Tabelle 11 und Abbildung 3 dargestellt.

Tabelle 11: Kurz-AU-Fälle nach Falldauerklassen und Anlässen (Anteile in %)
(Mit * bezeichnete Falldauerklassen zeigen die jeweils typische Falldauer an.)

Anlaß	AU-Dauer in Tagen			
	1 - 5	1 - 7	8 - 14	1 - 14
insgesamt	33,0	53,3	46,7	100
1 Erkältungskrankheiten	30,5	50,8	49,2	100*
2 Bewegungsapparat	23,9	48,4	51,6*	100
3 Kleinere Verletzungen	26,2	42,0	58,0*	100
4 Durchfallerkrankungen	37,2	60,7*	39,3	100
5 Oberbauch	29,8	48,0	52,0*	100
6 Auge	79,4*	89,2	10,8	100
7 Zahnerkrankungen	78,4*	89,9	10,1	100
8 Herz- u. Kreisl.sympt.	29,2	50,9	49,1	100*
9 Psychophys. Symptome	32,0	59,8*	40,2	100
Sonstige	37,5*	58,8	41,2	100

Abb. 3: Kurz-AU-Fälle nach Falldauerklassen und Anlässen (Anteile in %)



4.4 AU-Anlässe je 100 Pflichtmitglieder

In Kapitel 3.5 wurde festgestellt, daß 100 Pflichtmitglieder im Durchschnitt 66,3 Kurz-AU-Fälle (bis 14 Tage) pro Jahr haben. Diese 66,3 Fälle verteilen sich nach ihren verschiedenen Anlässen folgendermaßen (Tab. 12):

Tabelle 12: Kurz-AU-Fälle (- 14 Tage) nach Anlässen und Fällen je Pflichtmitglieder

AU-Anlaß	AU-Fälle in % (n = 9.623)	AU-Fälle je 100 Pflichtmitglieder (n = 14.514 VJ)
1 Erkältungskrankheiten	33,2	22,0
2 Bewegungsapparat	14,2	9,4
3 Kleinere Verletzungen	11,6	7,7
4 Durchfallkrankungen	5,1	3,4
5 Oberbauch	4,9	3,2
6 Auge	2,2	1,5
7 Zahnerkrankungen	1,5	1,0
8 Herz- u. Kreisl.sympt.	1,4	0,9
9 Psychophys.Symptome	1,6	1,1
Sonstige	24,3	16,1
insgesamt	100,0	66,3

Die statistische Bedeutung dieser Zahlen soll am Beispiel der häufigsten Krankheitsgruppe (Erkältungen) erläutert werden. Auf 100 Versicherte entfielen im Laufe eines Jahres 22 Fälle von Erkältung mit einer AU bis zu 14 Tagen. Dieser Befund steht offensichtlich in einem Widerspruch zu landläufigen Vorstellungen über Erkältung und Arbeitsunfähigkeit, die etwa in der Redeweise ihren Ausdruck finden, daß jeder Arbeitnehmer einmal im Jahr "seine Grippe nimmt". Statistisch gesehen tritt dieses Ereignis jedoch nur alle 4 bis 5 Jahre im Leben eines Arbeitnehmers auf.

Da ein Teil der Versicherten mehr als eine Kurz-AU wegen Erkältung hat, ergibt sich, daß von den 16.955 Pflichtmitgliedern 2.773 Personen mindestens einmal Grippe mit Kurz-AU haben, das sind 16,4 %.

5. Das Behandlungsgeschehen im Zusammenhang mit Fällen kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit

Die in der sozialpolitischen und öffentlichen Diskussion über kurzfristige Arbeitsunfähigkeit häufig anzutreffenden Vorstellungen, daß es sich hier um Bagatellfälle oder auch im größeren Maße um Mißbrauch handelt, bringen es mit sich, daß der medizinische Aspekt des Problems vernachlässigt wird: Die zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen werden entweder als unbedeutend oder sogar nur als vorgeschoben angesehen. Das gleiche gilt für die medizinische Behandlung, die solchen Fällen zuteil wird: Über Komplexität und Umfang des Behandlungsgeschehens im Rahmen von Kurz-AU-Fällen gibt es bisher keine Informationen.

Um diese Informationslücke zu schließen, soll im folgenden das Behandlungsgeschehen untersucht werden; des weiteren ist es aber wichtig, daß das Behandlungsgeschehen vor dem Hintergrund des diagnostizierten AU-Anlasses betrachtet wird: Läßt sich nämlich ein begründeter Zusammenhang zwischen anlaßspezifischem Behandlungsgeschehen und dem zugrundeliegenden Anlaß selbst nachweisen, so ist dies ein wichtiger Hinweis auf die Legitimität der Verordnung von Arbeitsruhe. Trifft die genannte Voraussetzung nicht zu, müßte die umgekehrte Hypothese formuliert werden. Wenn anstelle von Gesundheitsstörungen andere Gründe für das Zustandekommen von Kurz-AU-Fällen maßgeblich sind, so müßte sich dies in einem eher gleichförmigen anlaßunspezifischen Behandlungsgeschehen ausdrücken.

Mit der Analyse des Behandlungsgeschehens wird auch noch die Grundlage für eine weitere Fragestellung geschaffen: Es wird untersucht, bei welchen Fällen vom Behandlungsverlauf her auf ein 'unkompliziertes' Geschehen geschlossen werden kann,

bei dem eine Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nicht von unmittelbarer Notwendigkeit ist und der Arztbesuch unter den gegebenen Umständen aus der Sicht des Versicherten vermutlich vor allem durch die Notwendigkeit einer ärztlichen AU-Bescheinigung begründet ist. In Kapitel 9 soll daraus ein Potential von Einsparungen ermittelt werden, das sich ergibt, wenn Arbeitnehmern der Arztbesuch für 1 - 3tägige Arbeitsunfähigkeit freigestellt werden würde.

Die Analyse des medizinischen Aspektes kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit basiert in dieser Studie auf Behandlungsverläufen, die aus Verwaltungsdaten der Krankenkasse entstanden sind (zur Methode siehe: Borgers/Schröder 1983). Deshalb müssen einige Bemerkungen über den Zusammenhang zwischen Behandlungsgeschehen und diesen Daten vorausgeschickt werden.

Zunächst muß berücksichtigt werden, daß es sich hauptsächlich (neben verordneten Medikamenten) um abrechnungsfähige ärztliche Leistungen handelt. Ärztliche Leistungen müssen auch vor dem Hintergrund gesehen werden, daß sie im Einzelfall auch aus überwiegend ökonomischen Interessen der behandelnden Ärzte erbracht werden können. Dies kann pauschal nicht beurteilt werden; eine Beurteilung muß vielmehr im Einzelfall unter Berücksichtigung der medizinischen Problematik erfolgen (Kapitel 6).

Vor dem Hintergrund von Gesundheitsstörungen muß ferner berücksichtigt werden, ob und inwieweit eine Behandlung überhaupt möglich ist und sich somit in den Daten niederschlagen kann. Deshalb kann im Konkreten, wie z.B. bei den meisten Erkältungskrankheiten, von einem geringen Leistungsaufkommen nicht auf ein geringes Niveau subjektiver Beeinträchtigung geschlossen werden. Weiterhin drückt sich im Behandlungsgeschehen auch aus, inwieweit die Betroffenen Möglichkeiten haben, selbst mit ihrer Gesundheitsstörung umzugehen bzw. inwiefern nur der Arzt mit seinen diagnostischen und therapeutischen Mitteln helfen kann.

Zur Beschreibung des Behandlungsgeschehens wurden Indikatoren definiert, die Fälle mit unterschiedlich komplexem Behandlungsgeschehen erfassen und deren quantitative Bestimmung ermöglichen. Diese Indikatoren beschränken sich nicht auf ärztliche Leistungen sowie Arzneimittel, die im Rahmen der Kurz-AU-Fälle erbracht oder verordnet werden, sondern beziehen Daten aus dem gesamten Behandlungsgeschehen eines Versicherten im Laufe eines Jahres ein.

5.1 Indikatoren für die Komplexität des Behandlungsgeschehens

5.1.1 0: Der 'unkomplizierte Fall'

Als Kurz-AU-Fall mit dem geringsten Grad an Komplexität im Behandlungsgeschehen wird derjenige angesehen, dessen Verlauf episodenhaft ist, also zeitlich und sachlich gegenüber dem übrigen Behandlungsgeschehen des Versicherten abgegrenzt ist. Weiterhin zeichnet er sich durch einen geringen Grad von Inanspruchnahme der ambulanten medizinischen Versorgung aus: Der Arztkontakt beschränkt sich weitgehend auf die Grundleistungen der 'Beratung', der 'eingehenden Untersuchung' und der 'Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung' sowie gegebenenfalls auf die Verordnung eines oder mehrerer Medikamente (dazu siehe auch Kapitel 5.1.5). Fälle dieser Art werden als 'unkomplizierte' bezeichnet. Sie dürfen jedoch nicht einfach als 'Bagatellfälle' verstanden werden. Am Beispiel der Erkältungskrankheiten sei nochmals darauf hingewiesen, daß sich eine intensive subjektive Beeinträchtigung des Betroffenen nicht unbedingt im Behandlungsgeschehen ausdrücken muß, da hier die Bandbreite der ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten im allgemeinen gering ist.

'Unkomplizierte Fälle' werden in dieser Studie operational als Restgröße erfaßt. Es handelt sich um diejenigen Fälle, die nicht durch mindestens einen der folgenden Indikatoren

bezeichnet sind, wobei diese Indikatoren Fälle mit komplexerem Behandlungsgeschehen anzeigen. Die Indikatoren A - E werden im folgenden dargestellt.

5.1.2 A: Anschluß-AU-Fälle

Wenn einem Kurz-AU-Fall ein anderer Fall im Abstand von höchstens 5 Tagen vorausgeht oder nachfolgt, wird davon ausgegangen, daß die gesundheitliche Störung so gravierend war, daß der Versuch der Arbeitsaufnahme nach der ersten AU als mißglückt zu betrachten ist. Faßt man beide Fälle zusammen, handelt es sich nicht um eine abgegrenzte 'echte' Kurz-AU.

5.1.3 B: Anschluß-Krankenhaus-Fälle

Liegt ein Kurz-AU-Fall bis zu fünf Tage vor oder (meist) nach einem Krankenhausaufenthalt, so ist er im Zusammenhang einer schweren Erkrankung zu sehen und ebenfalls nicht mehr als abgegrenztes Ereignis.

5.1.4 C: Längerer ambulanter Behandlungskontext

Ein AU-Fall kann auch im Rahmen des Behandlungsgeschehens einer chronischen Erkrankung auftreten. In diesem Fall handelt es sich um die Verschlimmerung eines Zustandes, der im allgemeinen im Zusammenhang einer längeren ambulanten Behandlungsgeschichte steht und nicht ein abgegrenztes Ereignis darstellt.

Ein solcher Fall wird in den Daten der Behandlungsverläufe dann als gegeben angenommen, wenn auf mindestens drei von den vier Behandlungsscheinen eines Versicherten und eines Jahres eine Diagnose aus der Gruppe derjenigen AU-Anlässe gestellt worden ist, die auch Anlaß des AU-Falles war.

5.1.5 D: Inanspruchnahme spezieller medizinischer Leistungen

Das Ausmaß der subjektiven Beschwerden, diagnostische Unklarheiten, der besondere Charakter der Störung und die Unmöglichkeit für den Patienten, selbst gewisse Schritte zu unternehmen, können medizinische Leistungen erforderlich machen, die den Umfang der Grundleistungen bei einem Arztbesuch übersteigen.

Als 'Grundleistungen' wird hier ein Satz von drei abgerechneten Leistungen verstanden, der sich bei typischen AU-Fällen im obigen Sinne immer wiederholt:

- Beratung (BMÄ-Position 1),
- Eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung (BMÄ-Position 25),
- Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (BMÄ-Position 14 a).

(Die BMÄ-Positionen sind nach dem Bewertungsmaßstab, der 1975 gültig war, erfaßt - vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung 1973 ff.)

Obwohl die Regelmäßigkeit, mit der dieser Satz von Leistungen erbracht wird, insbesondere inhaltliche Zweifel an der Ausführlichkeit des tatsächlichen Geschehens 'Beratung' bzw. 'Eingehende Untersuchung' aufkommen läßt, muß davon ausgegangen werden, daß der kurze diagnostische Blick des Arztes zur Feststellung bzw. zum Ausschluß schwerwiegender Krankheiten ausreichend sein kann. Sind also beim typischen AU-Fall außer diesen Leistungen keine weiteren abgerechnet worden, ist der Fall damit nicht gleichzeitig medizinisch oder subjektiv für den Patienten belanglos; er ist aber im allgemeinen unkompliziert und bei Erkrankungen, die in der Bevölkerung weitverbreitet sind, zum Teil auch vom Patienten selbst zu beurteilen und zu behandeln.

Weiterhin wird davon ausgegangen, daß folgende Leistungen nicht mit dem AU-Fall in Verbindung stehen, bzw. es wird

angenommen, daß ihre Erbringung keine besondere Schwere oder Kompliziertheit des Falles anzeigen:

- Gebühren für Gutachten und Berichte: (BMÄ-Positionen 14, 15, 16, 17 a, 18-20, 2025 und 2026) sowie
- Früherkennungsleistungen: (BMÄ-Positionen 1071, 1111-1117: Schwangerenvorsorge; 1121 und 1122: Krebsfrüherkennung bei Frauen; 1131: Krebsfrüherkennung bei Männern; 1141: Untersuchung auf Blut im Stuhl).

Alle anderen Leistungen werden dagegen als Hinweis für einen höheren Komplexitätsgrad des Falles im oben dargestellten Sinn aufgefaßt, wenn sie während der Dauer des Falles bzw. einen Tag zuvor erbracht wurden. Dazu gehören insbesondere Leistungen, die eine besondere Dringlichkeit anzeigen, wie z.B. Hausbesuche. Ferner sind auch Röntgen- und Labordiagnostik zu nennen. Einen Überblick über die Gesamtheit der hier erfaßten Leistungen gibt das Inhaltsverzeichnis des BMÄ:

Tabelle 13: Hauptgruppen des Bewertungsmaßstabes für Ärzte
(gültige Fassung von 1975)

A Gebühren für ärztliche Grundleistungen und allgemeine meine ärztliche Leistungen; Entschädigungen		
I	Gebühren für ärztliche Grundleistungen	(a)
II	Gebühren für allg. ärztliche Leistungen	(b)
III	Entschädigungen	
B Gebühren für ärztliche Sonderleistungen		
I	Allgemeine Sonderleistungen	(c)
II	Innere Medizin, Kinder, Haut	
III	Chirurgie, Anästhesie, Orthopädie	
IV	Geburtshilfe und Gynäkologie	
V	Augen	
VI	Hals - Nase - Ohren	
VII	Urologie	
VIII	Mund und Kiefer	
IX	Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie	
X	Physikalische Medizin	
XI	Laboratoriumsdiagnostik	
XII	Röntgendiagnostik	
XIII	Anwendung radioaktiver Stoffe	
XIV	Röntgentherapie, Anwendung des Teilchen- beschleunigers, Telecurie-Therapie	
XV	Mutterschaftsvorsorge, Krankheitsfrüh- erkennung	(d)

Anmerkung: Ausgeschlossen sind folgende Positionen
(vgl. oben):

- a) Pos. 1
- b) Pos. 14, 15, 16, 17 a-c, 18-20, 2025, 2026
- c) Pos. 25
- d) Pos. 1071, 1111-1117, 1091-1098, 1121, 1122, 1131, 1141.

Es soll nochmals darauf hingewiesen werden, daß Leistungen aus ökonomischen und weniger aus medizinischen Überlegungen heraus erbracht sein können; mit anderen Worten kann aus einer erbrachten speziellen medizinischen Leistung nicht von vornherein auf einen komplexeren Behandlungsverlauf geschlossen werden. Dies muß aber, wie schon bemerkt, im Einzelfall geklärt werden (siehe dazu z.B. Kapitel 6.2.3.2).

5.1.6 E: Behandlung durch mehrere Ärzte (Überweisungen)

Weiterhin wird ein Fall über das gewöhnliche Maß hinausgehend als schwerwiegend oder unklar bezeichnet, wenn während

seiner Dauer einschließlich einen Tag vor seinem Beginn, eine Behandlung durch mehrere Ärzte erfolgt, sei es aus diagnostischen oder aus therapeutischen Gründen.

5.2 Komplexität des Behandlungsgeschehens - quantitative Ergebnisse

5.2.1 Komplexität des Behandlungsgeschehens nach der Falldauer

Die Gesamtheit der 9.623 Kurz-AU-Fälle (1 - 14 Tage) wurden auf den Anteil der 'unkomplizierten' Fälle sowie auf den Anteil der Fälle mit komplexerem Behandlungsverlauf, die durch die Indikatoren A - E bezeichnet sind, untersucht. Die Ergebnisse werden in Tabelle 14 für unterschiedliche Falldauerklassen dargestellt.

Tabelle 14: Anteile der durch Indikatoren bezeichneten Fälle kurzfristiger AU sowie der 'unkomplizierteren' Fälle nach Falldauerklassen (in %).

Indikatoren	AU-Dauer (in Tagen)			
	1-5	1-7	8-14	1-14
0 'unkomplizierte' Fälle	65	61	41	52
A Anschluß-AU-Fälle	5	4	3	4
B Anschluß-Krankenhausaufenthalte	3	4	3	4
C Längerer ambulanter Behandlungskontext	12	13	14	13
D Inanspruchnahme spez. med. Leistungen	30	33	53	42
E Behandlung durch mehrere Ärzte	10	12	16	14

Tabelle 14 zeigt folgendes:

- Zwischen Fällen bis 7 Tage und Fällen bis 14 Tage Dauer besteht ein deutlicher Unterschied: Bei ersteren ist der Anteil 'unkomplizierter' Fälle ca. 60 %, bei letzteren nur ca. 40 %.
- Nur die Hälfte der Kurz-AU-Fälle mit einer Dauer bis zu 14 Tagen hat den typischen einfachen Verlauf und kann als 'unkompliziert' bezeichnet werden. Die andere Hälfte

ist durch ein komplexeres medizinisches Geschehen gekennzeichnet.

- Von erheblicher Bedeutung für die Komplexität des Behandlungsgeschehens sind die Indikatoren C, D und E. Die Fälle mit komplexerem Behandlungskontext fallen deshalb hauptsächlich auf durch:
 - Inanspruchnahme spezieller medizinischer Leistungen (D): 42 % der Fälle;
 - Behandlung durch mehrere Ärzte (E): 14 % der Fälle;
 - längeren ambulanten Behandlungskontext (C): 13 % der Fälle.
- Insbesondere die Inanspruchnahme spezieller medizinischer Leistungen erfährt dabei eine deutliche Zunahme, wenn man die einzelnen Falldauerklassen innerhalb kurzfristiger AU betrachtet: 33 % der Fälle bei 1 - 7tägiger gegenüber 53 % der Fälle bei 8 - 14tägiger AU.

5.2.2 Komplexität des Behandlungsgeschehens nach AU-Anlässen

Im folgenden soll der Zusammenhang zwischen der Komplexität von Behandlungsverläufen und den zugrundeliegenden Gesundheitsstörungen hergestellt werden. Die Auswertung der Fälle erfolgte dabei zwar nach gestellten Diagnosen, die im strengen Sinne nicht mit den Anlässen identisch sind. Unter Berücksichtigung der in Kapitel 4.2. gemachten Einschränkungen wird aber im folgenden von 'Anlässen' die Rede sein. Gruppe 7 (Zahnerkrankungen) wurde dabei von der Untersuchung ausgenommen, weil hierzu keine Behandlungsdaten verfügbar waren.

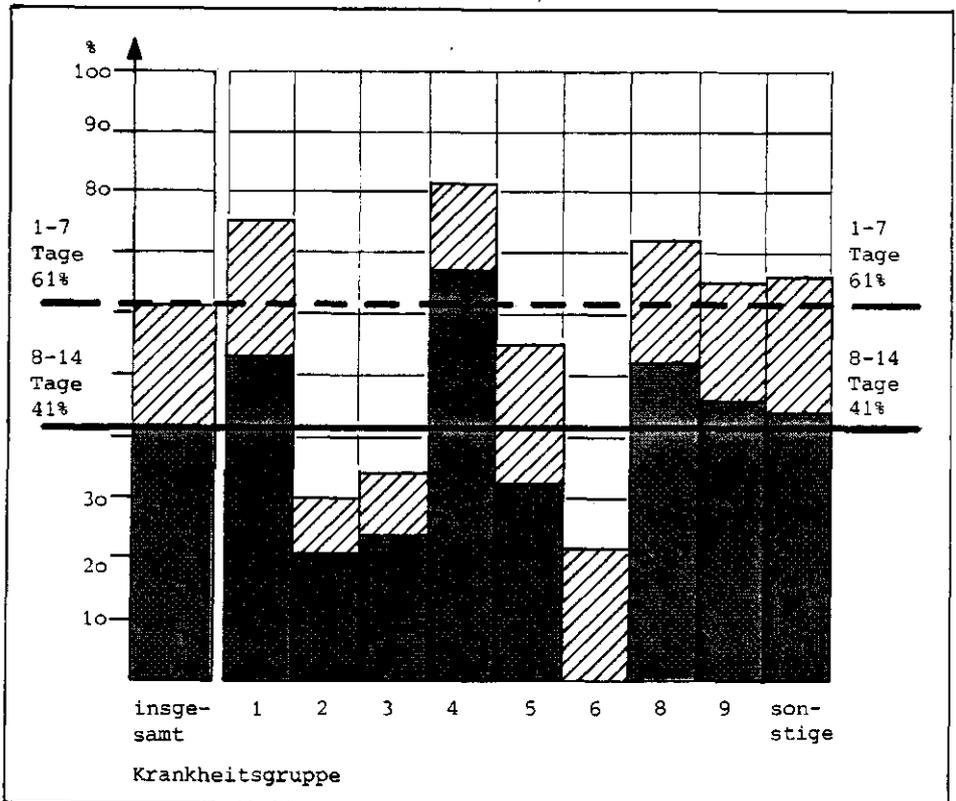
5.2.2.1 'Unkomplizierte' Fälle nach AU-Anlässen

Die Auswertung nach Anlässen ergibt ein recht heterogenes Bild; die Ergebnisse sind in Tabelle 15 sowie in Abbildung 4 wiedergegeben:

Tabelle 15: Anteile der 'unkomplizierten' Fälle (in %) nach Anlässen und Falldauerklassen

AU-Dauer (in Tagen)	insges.	Anlaß (Diagnosegruppe)									
		1	2	3	4	5	6	8	9	Sonst.	
1 - 5	65	77	37	39	82	56	24	77	71	70	
1 - 7	61	75	30	34	81	55	22	72	65	66	
8 - 14	41	53	21	24	67	32	--	52	46	44	
1 - 14	52	64	25	28	76	43	22	62	56	56	

Abb. 4: Anteil der 'unkomplizierten' Fälle (in %) nach Anlässen und Falldauerklassen 1 - 7 Tage (gestrichelt) und 8 - 14 Tage



Insbesondere aus Abbildung 4 wird ersichtlich, daß vor allem die Gruppen 1 und 4 (Erkältungskrankheiten und Durchfallkrankheiten) einen besonders hohen Anteil von 'unkomplizierten' Fällen haben (die Gruppen 8 und 9 enthalten, wie in Kapitel 4.2 schon angedeutet, einen hohen Anteil von Erkältungskrankheiten, was ihre gleichfalls überdurchschnittlichen Werte erklärt).

Dies entspricht auch der Tatsache, daß Erkältungskrankheiten bzw. Durchfälle in aller Regel einen akuten und gutartigen Verlauf haben und wenig medizinischer Behandlung im eigentlichen Sinne bedürfen, die ohnehin nur in der Minderzahl der Fälle möglich ist.

Auf der anderen Seite gibt es jedoch eine Reihe von Erkrankungen, d.h. AU-Anlässen, bei denen ein erhebliches Maß an schwereren bzw. komplexeren Fällen zu verzeichnen ist. Es sind dies die Gruppen:

- Erkrankungen des Bewegungsapparates (2)
- Kleinere Verletzungen (3)
- Erkrankungen und Symptome des Oberbauches (5)
- Verletzungen und Erkrankungen des Auges (6).

Hier soll zunächst nur der Zusammenhang festgehalten werden; den Ursachen wird in Kapitel 6 bei der Analyse der Behandlungsverläufe nachgegangen.

5.2.2.2 Häufigkeit umfangreicherer Behandlung nach AU-Anlässen

Von den fünf Indikatoren, die die Komplexität des Behandlungsgeschehens bezeichnen, werden nur die drei wichtigsten in ihrer Abhängigkeit vom Anlaß der Arbeitsunfähigkeit dargestellt. Wiederum soll nur gezeigt werden, daß z.T. starke krankheitsspezifische Unterschiede vorliegen; die Interpretation erfolgt in Kapitel 6.

Tabelle 16: Anteil der Fälle nach dem Behandlungskontext (Indikator C, D, E) in % sowie nach Anlässen und Falldauerklassen

Beh.- kont.	AU-Dauer (in Tagen)	Anlaß (Diagnosegruppe)									
		insg.	1	2	3	4	5	6	8	9	Sonst
C	1 - 5	12	15	18	12	1	11	6	11	10	11
	1 - 7	13	16	19	11	0	12	6	13	11	12
	8 - 14	14	16	20	9	0	13	--	13	12	12
	1 - 14	13	16	20	10	0	13	6	13	11	12
D	1 - 5	30	16	58	53	16	43	73	19	25	26
	1 - 7	33	17	64	62	16	40	76	21	29	30
	8 - 14	53	41	74	72	31	62	--	44	49	49
	1 - 14	42	29	69	68	22	51	76	32	37	39
E	1 - 5	10	6	18	20	4	14	26	8	9	8
	1 - 7	12	8	20	22	4	16	30	10	12	9
	8 - 14	16	10	22	32	3	19	--	12	14	11
	1 - 14	14	9	21	28	4	18	30	11	13	10

Die Mitteilung der Zahlenwerte erfolgt hauptsächlich deshalb, weil im folgenden (Kapitel 6) Bezug darauf genommen wird. Deutlicher wird der Zusammenhang zwischen Gesundheitsstörung und Behandlungskontext durch die graphischen Darstellungen in den Abbildungen 5 bis 7:

Abb. 5: Längerer ambulanter Behandlungskontext (Indikator C): Anteil der Fälle (in %) nach Anlässen und Falldauerklassen 1 - 7 Tage und 8 - 14 Tage (gestrichelt)

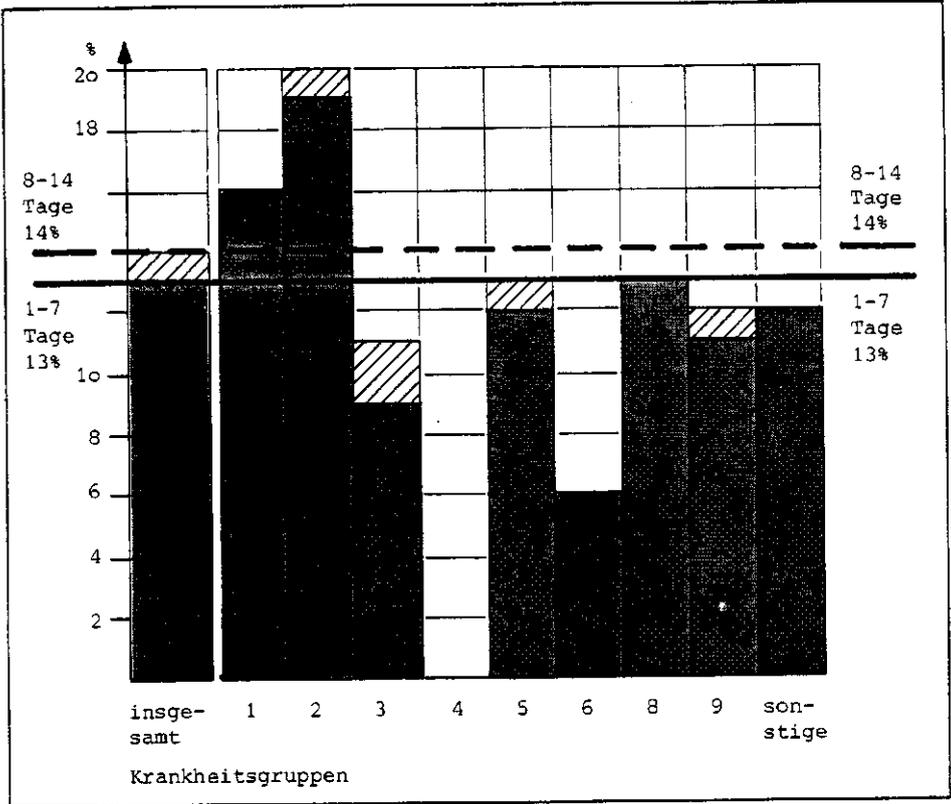


Abb. 6: Inanspruchnahme spezieller medizinischer Leistungen (Indikator D): Anteil der Fälle (in %) nach Anlässen und Falldauerklassen 1 - 14 Tage und 8 - 14 Tage (gestrichelt)

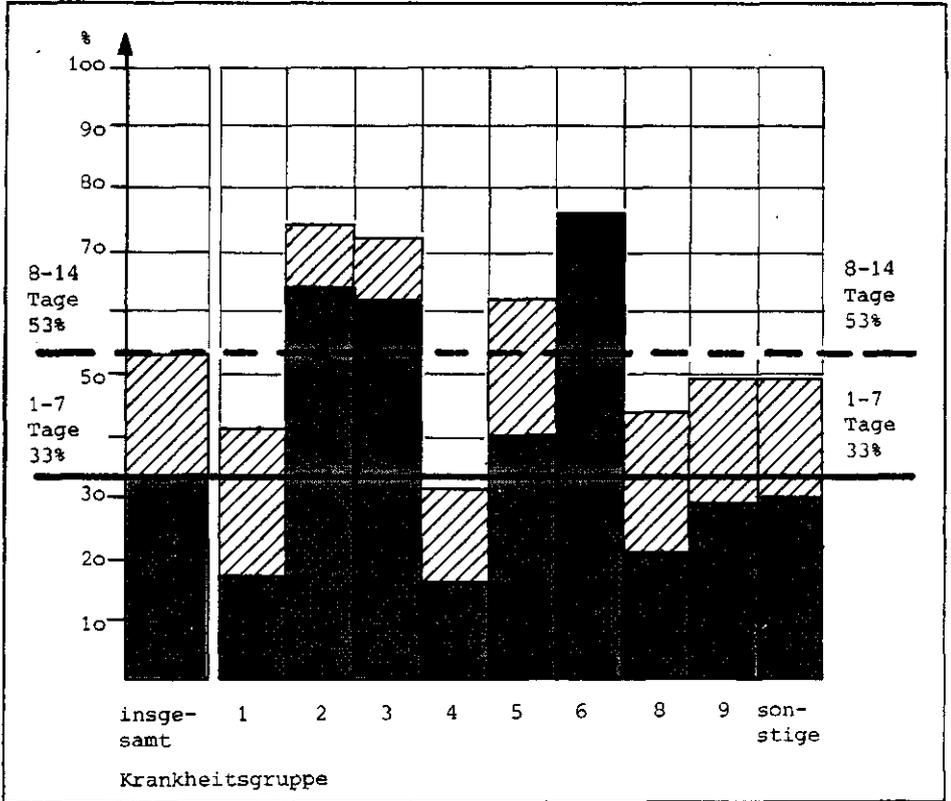
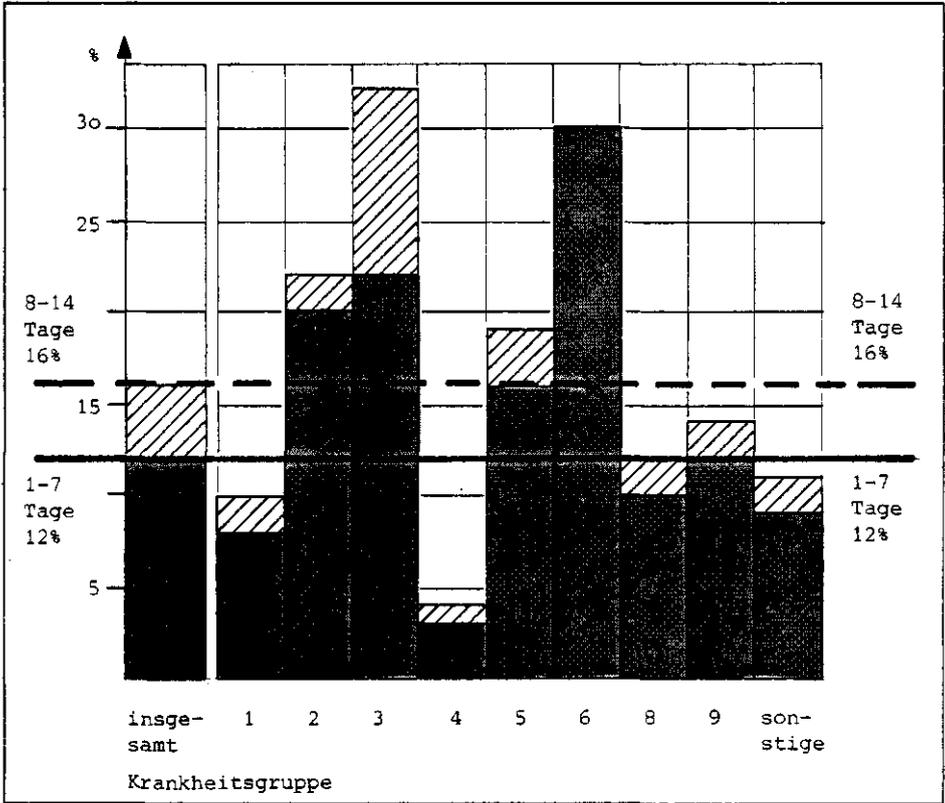


Abb. 7: Behandlung durch mehrere Ärzte (Indikator E): Anteil der Fälle (in %) nach Anlässen und Falldauerklassen 1 - 14 Tage und 8 - 14 Tage (gestrichelt)



6. Einzelne Anlässe kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit in ihrem Behandlungskontext

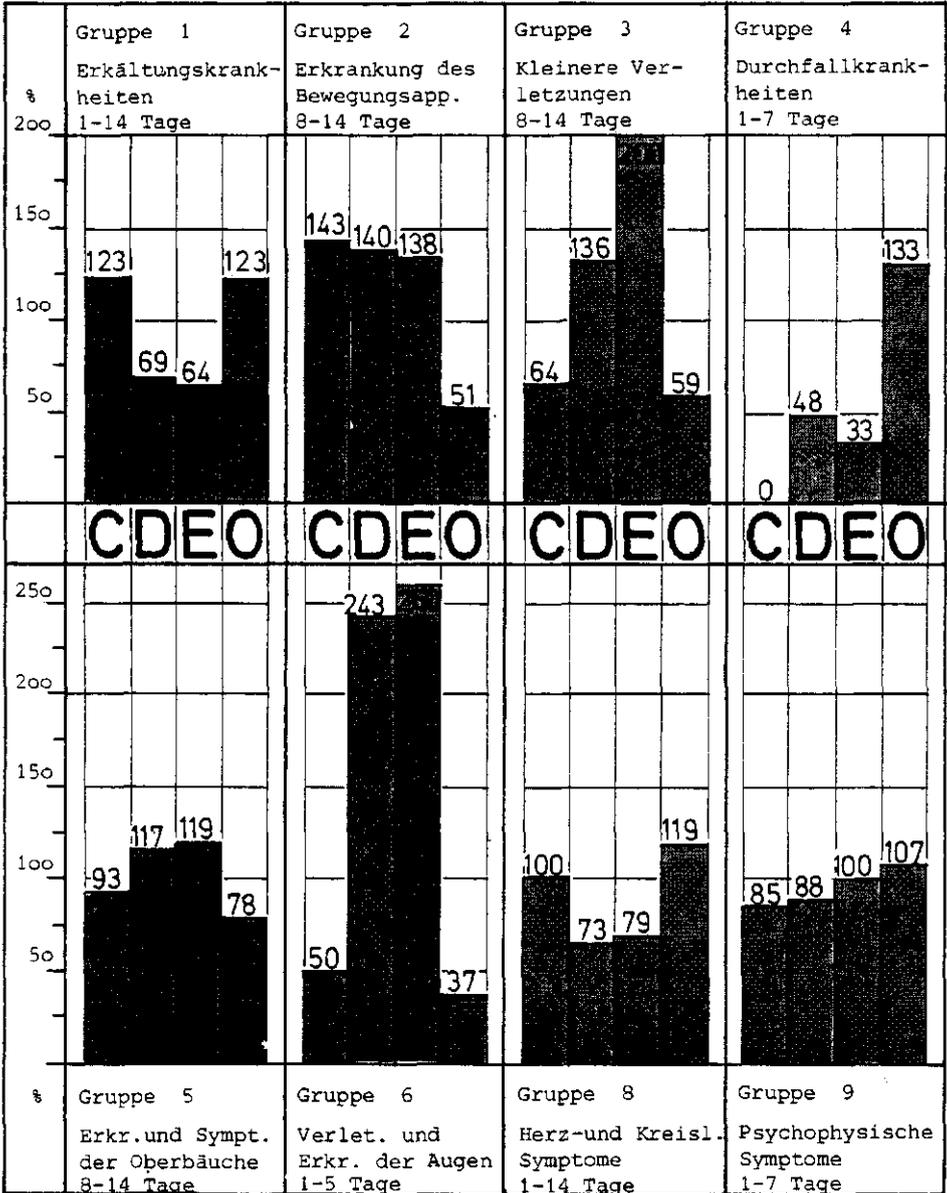
Der bisherige Verlauf der Untersuchung hat gezeigt, daß Anlaß und Dauer (Kapitel 4.3) sowie Anlaß und Komplexität des Behandlungsgeschehens (Kapitel 5.2.2) bei Fällen kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit in Zusammenhang stehen. Im folgenden geht es darum, nach medizinisch begründeten Zusammenhängen zwischen dem Anlaß und dem Behandlungsgeschehen bei Kurz-AU-Fällen zu suchen.

Methodisch wird dabei zunächst so vorgegangen, daß die bisherigen Ergebnisse über Häufigkeit, typische Falldauer und Behandlungskontext für jede Gruppe von AU-Anlässen zusammengefaßt werden, wobei die letzteren Ergebnisse zu 'Behandlungsprofilen' zusammengefaßt werden. Ein 'Behandlungsprofil' gibt für eine Gruppe von AU-Anlässen einen Überblick über die quantitative Bedeutung der einzelnen Indikatoren, und zwar jeweils für die Falldauerklasse, die für die entsprechenden Gruppen typisch ist. Weiterhin wird ein Behandlungsprofil auch in seiner Abweichung vom Durchschnitt aller Kurz-AU-Fälle der entsprechenden Falldauerklassen graphisch dargestellt; Abbildung 8 gibt einen Überblick über acht von neun Behandlungsprofilen und veranschaulicht noch einmal die anlaßspezifische Heterogenität des Behandlungsgeschehens.

Im nächsten Schritt erfolgt die Analyse von konkreten Behandlungsverläufen. Für jede Gruppe wurde eine Stichprobe von 40-50 Versicherten gezogen, die mindestens einen Kurz-AU-Fall mit einem Anlaß an dieser Gruppe hatten. Vor allem unter der Prämisse dieses AU-Falles wurden die Behandlungsverläufe rekonstruiert und damit die gefundenen Behandlungsprofile einer empirischen Kontrolle unterzogen. Die dabei angewandte Methode der 'Kontextanalyse von Behandlungsverläufen'

wird an anderer Stelle ausführlich dargestellt (Häussler/Schröder 1982). An einzelnen Stellen werden Beispiele für solche Behandlungsverläufe und deren Interpretation wiedergegeben (vgl. Kapitel 6.1.4, 6.2.4).

Abb. 8: Behandlungsprofile für acht Gruppen von AU-Anlässen



(Zahlenangaben in den Diagrammen in Prozent)

Für die Gruppen 1 bis 3, die bei weitem am häufigsten sind, wird die Analyse ausführlich im Sinne dieser Einführung dargestellt; für die anderen Gruppen werden nur die wichtigsten Ergebnisse zusammengefaßt; die Gruppen der Zahnkrankheiten sowie der 'sonstigen Anlässe' werden nicht berücksichtigt.

6.1 Erkältungskrankheiten

6.1.1 Quantitative Bedeutung und typische Falldauer

Von seiner Häufigkeit her kann man den AU-Fall aus Anlaß einer Erkältungskrankheit als den 'typischen' Kurz-AU-Fall bezeichnen: jeder dritte Kurz-AU-Fall, gleich ob der Zeitraum von 1 - 5, 1 - 7 oder 8 - 14 Tagen betrachtet wird, hat eine Erkältungskrankheit zum Anlaß. Dagegen beträgt der Anteil bei den 15 - 28tägigen Fällen nur noch 21 %. Trotz dieser hohen relativen Häufigkeit entfallen auf 100 Pflichtmitglieder der untersuchten Krankenkasse im Jahr 1975 absolut nur 22 AU-Fälle wegen Erkältungskrankheiten, die sich auf 16,4 % der Pflichtmitglieder konzentrieren (Kapitel 4.4).

Der typische Erkältungsfall ist nicht von sehr kurzer Dauer, die Fälle verteilen sich etwa zur Hälfte auf die AU-Zeiträume von 1 - 7 und 8 - 14 Tage; die 8 - 14tägigen Fälle sind sogar etwas häufiger als der Durchschnitt aller Fälle. Diese Tatsache hat in dieser Untersuchung wesentlich zur Festlegung des Kurz-AU-Zeitraumes auf die Dauer von 1 - 14 Tagen beigetragen.

6.1.2 Behandlungsprofil Erkältungskrankheiten

Bei einer typischen Falldauer von 1 - 14 Tagen ergeben sich nach Kapitel 5 folgende Ergebnisse bei der Analyse des Behandlungsgeschehens (Tab. 17):

Tabelle 17: Erkältungskrankheiten (Gruppe 1): Behandlungsprofil für AU-Fälle (1 - 14 Tage) (siehe auch Abb. 8, Gruppe 1)

Indikator		
O	'unkomplizierte' Fälle	in 64 % der Fälle
C	Längerer Behandlungskontext	in 16 % der Fälle
D	Inanspruchn. spez. med. Leistungen	in 29 % der Fälle
E	Behandlung durch mehrere Ärzte	in 9 % der Fälle

Stellt man das Behandlungsprofil als Abweichung der jeweiligen Anteile vom Durchschnitt aller Fälle zusammen, ergibt sich folgendes Bild:

Weit mehr als der Durchschnitt der Erkältungs-AU-Fälle (64 %) stellt sich als typischer, unkomplizierter AU-Fall dar. Dies ist im Vergleich zum Durchschnitt aller Diagnosegruppen (52 %) erheblich mehr, nämlich 123 %. Entsprechend gering sind die Inanspruchnahme spezieller medizinischer Leistungen (Indikator D) und die Überweisungen zu anderen Ärzten (E). Lediglich die Fälle, die in einem längeren Behandlungskontext stehen, sind im Vergleich zu den meisten anderen Gruppen häufiger vertreten (obwohl ihr Anteil nur 16 % der Fälle ausmacht).

6.1.3 Charakteristik des typischen Behandlungsgeschehens

Bei den Fällen aus dieser Gruppe handelt es sich um akute Erkrankungen durch meist virale oder auch bakterielle Infektionen der oberen Luftwege mit meist gutartigem Verlauf, d.h. die Erkrankung heilt ohne bleibende Defekte aus und ist damit abgeschlossen.

Die große Streubreite diagnostischer Bezeichnungen für Erkrankungen dieses Typs zeigt sich in der relativ großen Zahl von Einzeldiagnosen (unter denen sich aber auch eine Diagnosebezeichnung für chronische Erkrankungen befindet: ICD 502). Bei solchen Erkrankungen bestehen mit Ausnahme von relativ

selteneren bakteriellen Infektionen wenig kurative Möglichkeiten; die Erkrankungen klingen meist von selbst ab; es können lediglich Symptome gelindert werden.

Folgende Fragen werden deshalb an die Analyse von Behandlungsverläufen gestellt, um zu klären, ob sich bestimmte medizinische Sachverhalte auch in den Verläufen von Kurz-AU-Fällen niederschlagen:

- Wie verteilen sich diese AU-Fälle über das Jahr? Gibt es bestimmte Häufungen, die epidemiologisch zu klären sind?
- Spricht die relativ große Häufigkeit von Fällen mit längerem Behandlungskontext nicht eher für einen chronischen Verlauf dieser Erkrankungen, was sonstigem Wissen widerspricht.
- Wie werden Erkältungskrankheiten behandelt unter Berücksichtigung der Tatsache, daß in relativ wenig Fällen spezielle medizinische Leistungen erbracht werden?

Zur Klärung dieser Fragen wurde eine Stichprobe von Behandlungsverläufen von 50 Pflichtmitgliedern untersucht, die 60 Kurz-AU-Fälle umfaßt.

6.1.3.1 Saisonale Häufigkeit

Die 60 AU-Fälle verteilen sich über die vier Quartale wie Tabelle 18 zu entnehmen ist.

Tabelle 18: Erkältungskrankheiten: Verteilung der Kurz-AU-Fälle auf die 4 Quartale

Quartal	I	II	III	IV
Anteile in %	32	15	20	33

Es zeigt sich eine deutliche saisonale Häufung im Herbst- und Winterquartal, was mit der allgemeinen Inzidenz dieser Erkrankungen in dieser Jahreszeit übereinstimmt.

6.1.3.2 Chronische Behandlungsverläufe?

Indikator C könnte als Hinweis auf den chronischen Charakter von bestimmten Krankheitsgruppen gewertet werden. (Von Erkrankungen des Bewegungsapparates ist z.B. bekannt, daß sie zur Chronizität neigen, und tatsächlich zeigt dies auch ein vergleichsweise hoher Wert des Indikators C an; vgl. Kapitel 6.2.3.1). Dieser Frage wird im folgenden nachgegangen.

In der Stichprobe fanden sich 5 Versicherte, die in 3 Quartalen eine Diagnose aus der Gruppe 1 (Erkältungskrankheiten) hatten. Um solche Fälle auszuschließen, in denen etwa aus abrechnungstechnischen Gründen eine Diagnose auf einem Krankenschein lediglich durch Übertrag vom vorigen Quartal zustandekommt, wurden die Quartalsdiagnosen folgendermaßen überprüft (validiert): Eine Quartalsdiagnose wurde nur dann als hinreichend begründet angesehen, wenn entweder ein AU-Fall in diesem Quartal lag oder in diesem Quartal einschlägige Medikamente verschrieben wurden. In den Fällen, in denen dies nicht der Fall war, wurde von einer einfachen Übernahme der Diagnose aus dem vorigen Quartal in der Routine der Arztpraxis ausgegangen. Das Ergebnis ist in Tabelle 19 dargestellt.

Tabelle 19: Chronische Behandlungsverläufe bei Erkältungskrankheiten (Gruppe 1): ambulante Behandlungsdauer, AU-Fall und Medikation nach Quartalen für 5 Versicherte

Versicherter Nr.	2	9	16	30	32
Quartal Nr.	1234	1234	1234	1234	1234
Diagnose aus Gruppe 1	x-xx	xx-x	xx-x	xx-x	xx-x
AU-Fall aus Gruppe 1	x	x x	x x	x	x
Medikation f. Gruppe 1	xx	x	x x	xx x	x x
Bewertung: Diagnose gestützt	x xx	x x	x x	xx x	x x
Bewertung gesamt	chron.	-	-	chron.	-

Es fanden sich demnach nur 2 von 5 Versicherten mit plausibler längerfristiger Behandlung (über 3 Quartale). Bei den drei anderen Versicherten sind die längeren Behandlungsverläufe als dokumentationstechnischer Artefakt zu verstehen. Erkältungs-AU-Fälle sind mithin fast ausnahmslos abgegrenzte Episoden.

6.1.3.3 Medizinische und medikamentöse Behandlung

Daß nur bei einer geringen Zahl von Fällen spezielle medizinische Leistungen oder Überweisungen stattfinden, bedarf keiner weiteren Untersuchung und erklärt sich aus dem Charakter der Erkrankung (siehe oben). Die Frage ist aber, wie sich die sonstige Behandlung gestaltet.

Bei der Betrachtung von Behandlungsverläufen mit kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit fällt auf, daß in der Regel am Tage der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit neben den obligaten Leistungen 'Beratung' und 'Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung' fast regelmäßig ein Rezept mit zum Teil mehreren Medikamenten ausgestellt wird. Diese Gewohnheit ist etwas unterschiedlich, je nach der Diagnose der Arbeitsunfähigkeit, und zeigt sich am deutlichsten bei der Diagnosegruppe 'Erkältungskrankheiten'.

In der untersuchten Stichprobe (n = 60) wurden 136 verschiedene Medikamente verordnet, d.h. pro Arbeitsunfähigkeit mehr als zwei Medikamente. Bei der näheren Aufschlüsselung der verordneten Medikamente ergibt sich folgendes Bild:

- 36mal sogenannte 'Grippemittel' bzw. Schmerz- und Fiebermittel (Analgetika, Antipyretika);
- 25mal Hustenmittel, davon 15mal Medikamente, die entweder ausschließlich oder - weit häufiger - in Kombination Codein enthielten;
- 18mal Lutschtabletten zur symptomatischen Behandlung von Halsschmerzen und einmal eine Gurgellösung;
- 14mal Antibiotika bzw. Sulfonamide, davon 4mal als Kom-

bination mit anderen symptomatisch wirksamen Mitteln;

- 4mal Nasentropfen;
- 2mal homöopathische Präparationen mit dem Anwendungsbereich 'Stärkung der körpereigenen Abwehrkräfte';
- 36mal sonstige Medikamente, die in keinem erkennbaren Zusammenhang mit dem Anlaß der Arbeitsunfähigkeit standen. Gelegentlich ließ sich erkennen, daß es sich um eine Dauermedikation (z.B. Antihypertonika, Digitalispräparate) handelte.

Bei kritischer Würdigung dieser Verordnungsgewohnheiten muß man feststellen, daß nur 10mal, nämlich bei Antibiotika ohne Kombination mit anderen Substanzen, kausal wirkende Medikamente verschrieben wurden. Ob auch in diesem Fall eine Indikation vorgelegen hat, läßt sich natürlich nicht beurteilen, wenn auch in einigen Fällen die Kombination mit der Diagnose 'Angina', die ja nicht selten eine bakterielle Ätiologie hat, dafür eine gewisse Wahrscheinlichkeit bietet.

In einigen Fällen steht den Verordnungen die gängige wissenschaftliche Lehrmeinung entgegen: So wird das Verordnen von Kombinationen mit Antibiotika für schädlich gehalten, weil die individuelle Dosierungsnotwendigkeit der verschiedenen Bestandteile nicht genügend berücksichtigt.

Als weiteres Beispiel sei die Verordnung von Codein oder codeinähnlich wirksamen Substanzen beim akuten Infekt genannt: In einer solchen Situation ist die Schleimlösung und die Förderung der Expectorations das oberste Prinzip und nicht etwa deren Verhinderung.

Als größte Gruppe lassen sich aber die Medikamente einordnen, die ausschließlich symptomatisch wirksam sind, wie Grippemittel, Lutschtabletten und Nasentropfen, die natürlich gelegentlich die Beschwerden in einem akuten Infekt lindern, aber auch den natürlichen Verlauf einer solchen Erkrankung stören können (Fiebersenkung bei mäßig erhöhtem Fieber bzw. Durchblutungsminderung in der Nasenschleimhaut

durch Nasentropfen). In all diesen Fällen gibt es Alternativen bei den Hausmitteln.

Bei diesen Fällen ist es erstaunlich zu sehen, wie gleichförmig das Verordnungsgeschehen ist: Es drängt sich der Eindruck auf, daß hier ein vom Patienten oder vom Arzt oder von beiden initiiertes und erwartetes Ritual abläuft.

Zur Veranschaulichung des typischen Geschehens wird im folgenden ein Fallbeispiel dargestellt.

6.1.4 Fallbeispiel Erkältungskrankheit: Facharbeiter im Baugewerbe, 47 Jahre

Das Fallbeispiel betrifft einen 47jährigen Patienten. Die Dokumentation (siehe Abb. 9) zeigt, daß er gleich zu Beginn des Jahres bei einem Arzt für Allgemeinmedizin mit Anzeichen einer sogenannten Erkältungskrankheit war (Diagnosen: 'nicht näher bezeichnete Grippe', 'Grippe mit sonstiger Beteiligung der Atmungsorgane'). Der Arzt stellt eine Arbeitsunfähigkeit fest, wobei der Patient schon zwei Tage vorher aus diesem Grunde der Arbeit ferngeblieben ist (AU-Beginn am 28.1., Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung am 30.1.). Als ärztliche Leistungen werden erbracht: eine Beratung, eine eingehende Untersuchung und die schon erwähnte Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung. Darüber hinaus verordnet der Arzt zwei Medikamente; zunächst Nymixamid: ein Kombinationspräparat aus einem kurzwirkenden Sulfonamid und einem schleimlösenden Medikament, daneben Influtex-Tabletten: ein homoöpathisches Umstimmungsmittel, das die körpereigenen Abwehrkräfte stimulieren soll. Die Arbeitsunfähigkeit dauert elf Tage und wird nicht verlängert.

In diesem und im nächsten Quartal kommt es zu keinen weiteren Arztkontakten. Erst im dritten Quartal sucht der Patient wieder denselben Allgemeinmediziner auf, um eine Untersuchung im Rahmen des gesetzlichen Früherkennungsprogrammes

durchführen zu lassen. Da im Rest des Jahres keine weiteren Arztkontakte bzw. -leistungen erfolgen, kann von einem negativen Befund dieser Untersuchung ausgegangen werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß diese Arbeitsunfähigkeit und Behandlung wegen einer Erkältungskrankheit eine klar abgrenzbare Episode ist.

Abb. 9: Behandlungsverlauf Nr. 1: Erkältungskrankheit (Facharbeiter im Baugewerbe, 47 Jahre)

Arzt	Datum	Behandlungsanlass (D), ärztl. Leistungen (L) und verordn. Arzneimittel (R)	Ausgaben DM
ALL	28.01.75	AU AU-Beginn	
		D AU N.n.bez. Grippe (Diagnose	
		AU AU-Schein)	
		D AU Grippe m. sonst. Beteil. d.	
		AU Atmungsorgane (D. AU-Schein)	
	29.01.75	AU AU	
	30.01.75	D AU N. n. bez. Grippe (D. Kranken-	
		AU schein)	
		D AU Grippe m. sonst. Beteil. d.	
		AU Atmungsorgane (D. Krankensch.)	
		L AU Beratung	3,00
		L AU Eingehende Untersuchung	6,70
		L AU Ausstellung einer Arbeits-	
		AU unfähigkeitsbescheinigung	2,00
		RAU Nymix-amid Tabletten	6,75
		RAU Influtex Tabletten	4,20
	31.01.75	AU AU	
	01.02.75	AU AU	
	02.02.75	AU AU	
	03.02.75	AU AU	
	04.02.75	AU AU	
	05.02.75	AU AU	
	06.02.75	AU AU	
	07.02.75	AU AU-Ende	
	18.08.75	L Beratung	
		L Krebsfrüherkennungs-	
		untersuchung eines	
		Mannes	16,00

6.2 Erkrankungen des Bewegungsapparates

6.2.1 Quantitative Bedeutung und typische Falldauer

Die zweitgrößte Gruppe von AU-Anlässen umfaßt 14 % der Fälle von 1 - 14 Tagen. Dieser Anteil nimmt mit den Falldauerklassen 1 - 5 Tage, 1 - 7 Tage und 8 - 14 Tage von 10 und 13 auf 16 % zu.

51,6 % dieser Fälle haben eine Dauer von 8 - 14 Tagen (gegenüber 46,7 % beim Durchschnitt der Fälle insgesamt). Man kann daraus ersehen, daß dieser Anlaß zu einer längeren AU-Zeit führt. Dies bestätigt sich auch dadurch, daß der Anteil dieser Anlaßgruppe bei den 15 - 28tägigen Fällen auf 19 % anwächst.

6.2.2 Behandlungsprofil

Das Behandlungsprofil soll für die typische Falldauerklasse von 8 - 14 Tagen näher betrachtet werden. Die Anteile der Indikatoren in % der Fälle sind Tabelle 20, die Abweichungen vom Durchschnitt der Abbildung 8, Gruppe 2, zu entnehmen.

Tabelle 20: Erkrankungen des Bewegungsapparates: Behandlungsprofil für AU-Fälle (8 - 14 Tage)

Indikator		
O	'Unkomplizierte' Fälle	in 21 % der Fälle
C	Längerer Behandlungskontext	in 20 % der Fälle
D	Inanspruchn. spez. med. Leistungen	in 74 % der Fälle
E	Behandlung durch mehrere Ärzte	in 22 % der Fälle

Gemessen an den definierten Indikatoren hat diese Gruppe das komplexeste Behandlungsgeschehen: In der Falldauerklasse von 8 - 14 Tagen beträgt der Anteil der unkomplizierten Fälle nur 21 % gegenüber einem Durchschnitt von 41 % bei den 8 - 14tägigen Kurz-AU-Fällen insgesamt.

Dies ist insbesondere durch das hohe Leistungsaufkommen bedingt, aber auch durch Überweisungen und längerfristige Behandlungen, die in dieser Gruppe am weitaus häufigsten anzutreffen sind.

Dieser hohe Anteil an komplexen Fällen ergibt sich, wenn auch mit etwas geringerer Ausprägung, in den unteren Falldauerklassen: Auch in der Klasse von 1 - 5 Tagen beträgt der Anteil an unkomplizierten Fällen nur 37 %; der Durchschnitt aller Fälle liegt dagegen bei 65 %.

Es stellt sich nun die Frage, wie sich diese Ergebnisse in das Krankheitsbild und das konkrete Behandlungsgeschehen einfügen.

6.2.3 Charakteristik des typischen Behandlungsgeschehens

Die Präzision der Einzeldiagnosen, die in dieser Gruppe zusammengefaßt sind, ist wie bei der vorigen Gruppe relativ gering. Es ist in der Regel nicht davon auszugehen, daß die einzelnen Diagnosen Rückschlüsse auf die Pathogenese der Erkrankungen, etwa rheumatischer oder arthrotischer Art, erlauben. Es ist aber insgesamt ein Kreis von schmerzhaften Zuständen an Gelenken, Muskulatur und peripheren Nerven (z.B. Ischias-Nerv) umschrieben, der erfahrungsgemäß zu Chronifizierung neigt und Dauerbehandlung bzw. intervallartige Behandlung bei akuten Schmerzsymptomen nach sich zieht.

In dieses Bild fügen sich die Hinweise, die die Analyse der Indikatoren ergeben hat, gut ein. An die Untersuchung der Behandlungsabläufe werden deshalb folgende Fragen gestellt:

- Steht der hohe Wert des Indikators C ('längerfristige Behandlung') tatsächlich für einen großen Anteil von Fällen, die im Rahmen einer chronischen Erkrankung zu sehen sind, oder erweist sich dies wie bei den Erkältungskrankheiten als Artefakt?

- Wie stellt sich das Behandlungsgeschehen hinsichtlich der hohen Zahl von erbrachten speziellen medizinischen Leistungen dar und wie ist dies zu bewerten?
- Welche Bedeutung haben Überweisungen in dieser Fallgruppe?

Der Untersuchung liegen die Behandlungsverläufe von 50 Versicherten zugrunde, die insgesamt 63 AU-Fälle aus Anlaß einer Diagnose an der Gruppe der Erkrankungen des Bewegungsapparates (Gruppe 2) hatten.

6.2.3.1 Längerfristige Behandlungsverläufe

Ähnlich wie bei Gruppe 1 wurden diejenigen Behandlungsverläufe (insgesamt sechs) untersucht, bei denen mindestens in drei Quartalen eine oder mehrere Diagnosen aus der Gruppe 2 gestellt wurden. Wieder wurde untersucht, ob die gestellte Diagnose im Quartal durch mindestens eines der Merkmale gestützt werden konnte: AU-Fall, Krankenhaus-Fall, typische Medikation, Leistung oder Heilbehandlung.

Die Ergebnisse werden in Tabelle 21 dargestellt:

Tabelle 21: Chronische Behandlungsverläufe bei Erkrankung des Bewegungsapparates (Gruppe 2): ambulante Behandlungsdiagnose, AU-Fall, Krankenhausfall und Medikation nach Quartalen für 6 Versicherte

Versicherter Nr.	3	7	13	15	23	32
Quartal Nr.	1234	1234	1234	1234	1234	1234
Diagnose aus Gr. 2	x xx	xx x	x xx	xxxx	x xx	xx x
AU-Fall aus Gr. 2	x	x	xxx	x x	x x	xx
KH-Fall aus Gr. 2	xx	xx		xx		
Medikation für Gr. 2	x	xx	x x	xxxx	x xx	xxxx
Bewertung: Diagnose gestützt	xxx	xx x	xxx	xxxx	x xx	xxxx
Behandl. in Quartalen	3	4	3	4	3	4

Als Ergebnis kann festgehalten werden, daß bei allen sechs Versicherten von einer gesicherten Behandlung über mindestens 3 Quartale hinweg ausgegangen werden kann. Dokumentationstechnische Artefakte wie bei Gruppe 2 spielen keine Rolle.

6.2.3.2 Spezielle medizinische Leistungen

Das schon dargestellte extrem hohe Leistungsgeschehen im Rahmen dieser Fälle kommt durch eine Reihe von typischen Leistungen zustande. Diese sind in Tabelle 22 aufgeführt, wenn sie während der Dauer des AU-Falles bzw. einen Tag vorher erbracht wurden (d.h. die bei den Versicherten insgesamt erbrachten Leistungen liegen viel höher).

Tabelle 22: Erkrankungen des Bewegungsapparates: Häufige ärztliche Leistungen während der Kurz-AU (n = 63 Fälle)

Kurz- bzw. Mikrow.behandl., Infrarotbestr.	in 43 % der Fälle
Injektionen	in 40 % der Fälle
Laboruntersuchungen	in 13 % der Fälle
Massage, Wärmeanw., Bäder, Krankengymn.	in 11 % der Fälle
Reizstrombehandlung	in 10 % der Fälle
Röntgenaufnahmen	in 5 % der Fälle
Verbände	in 5 % der Fälle

Die Laboruntersuchungen müssen in einigen Fällen im Zusammenhang mit Begleiterkrankungen (wie z.B. Harnwegsinfekte etc.) gesehen werden.

Bäder, Wärmebehandlungen und krankengymnastische Übungen werden ausschließlich nach Überweisung von selbständigen Berufen erbracht, jedoch werden in mehreren Fällen Teilmassagen auch von den behandelnden Ärzten abgerechnet (BMÄ-Position 760).

Tabelle 22 zeigt aber vor allem, daß zwei Typen von Leistungen von herausragender Bedeutung sind: Injektionen und Bestrahlungen. Typischerweise werden beide therapeutische Maß-

nahmen zusammen angewendet und dies meist in einer ganzen Serie. Eine solche typische Serie zeigt folgender Ausschnitt aus einem Behandlungsverlauf:

Abb. 10: Behandlungsverlauf Nr. 2: Erkrankungen des Bewegungsapparates (Ausschnitt)

Arzt	Datum	Behandlungsanlass (D), ärztl. Leistungen (L) und verordn. Arzneimittel (R)	Ausgaben DM
ALL	06.11.75	L Beratung	3,00
		L Herzfunktionsprüfung nach Schellong	5,00
		L Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	3,00
		L Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung	3,00
		L Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	2,00
		R Papack Kompr.	10,50
		R Dexamonozon Ampulle	21,95
		R Percutase Salbe	8,10
		R Sigma-Elmedal Dragees	12,70
		AU AU-Beginn	
		D AU Sonstige, n. d. Gelenke betreffende Formen d. Rheumatismus (Diagn. AU-Schein)	
		AU AU	
		07.11.75	L AU Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär
L AU Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung	3,00		
08.11.75	L AU Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	3,00	
09.11.75	AU AU		
10.11.75	L AU Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	3,00	
	L AU Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung	3,00	
11.11.75	L AU Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	3,00	
	L AU Kurzwellen-, Mikrowellenbehandlung	3,00	
12.11.75	L AU Injektion, subkutan, submukös, intrakutan oder intramuskulär	3,00	

Fortsetzung Abb. 10

	L AU	Kurzwellen-, Mikrowellen- behandlung	3,00
13.11.75	L AU	Kurzwellen-, Mikrowellen- behandlung	3,00
14.11.75	L AU	Injektion, subkutan, sub- mukös, intrakutan oder intramuskulär	3,00
	L AU	Kurzwellen-, Mikrowellen- behandlung	3,00
15.11.75	AU	AU	
-16.11.75	AU	AU-Ende	

Es hat sich offenbar im medizinischen Alltag eingebürgert, daß bei solchen Erkrankungen Medikamente durch Injektionen verabfolgt werden, entweder in Form von systemisch wirksamen Substanzen durch meist intramuskuläre Injektionen (siehe vorangegangenes Beispiel) oder durch Infiltration von lokal wirksamen Substanzen in die krankhaften oder schmerzhaften Stellen. Die medizinische Notwendigkeit einer solchen Applikationsform kann hinterfragt werden, denn nach allgemeiner pharmakologischer Lehrmeinung ist es nur in wenigen Fällen notwendig, Medikamente auf parenteralem Wege dem Körper zuzuführen.

6.2.3.3 Behandelnde Ärzte

Die überproportionale Häufigkeit von Überweisungen, die im Verlauf von 22 % der Kurz-AU-Fälle dieser Gruppe stattfinden, stellt sich nach Fachrichtungen differenziert wie folgt dar:

Im Rahmen der Stichprobe fanden sich 52 Fälle, in deren Verlauf nur ein einziger Arzt behandelte. Bis auf fünf Fälle waren dies Allgemeinärzte.

In 11 Fällen fanden im Verlauf des AU-Falles Überweisungen statt. Immer überwies ein Allgemeinarzt zu einem Arzt mit anderer oder auch höherer Spezialisierung. Es waren dies:

Tabelle 23: Erkrankungen des Bewegungsapparates: Überweisung von den behandelnden Allgemeinärzten zu Fachärzten folgender Spezialisierung (n = 63 Fälle)

Orthopädie	in 5 Fällen
Chirurgie	in 3 Fällen
Laborarzt	in 1 Fall
HNO	in 1 Fall
Gynäkologie	in 1 Fall

Bis auf die Überweisungen zum Gynäkologen bzw. HNO-Arzt standen alle Überweisungen im direkten Zusammenhang mit dem Anlaß der Arbeitsunfähigkeit.

6.2.4 Fallbeispiel: Erkrankungen des Bewegungsapparates (Facharbeiterin im Einzelhandel, 45 Jahre)

Zur Erläuterung wird auch in dieser Gruppe ein typisches Fallbeispiel wiedergegeben und interpretiert. Eine 45jährige Versicherte hat in allen vier Quartalen Arztkontakte, die im Zusammenhang mit einer Diagnose aus der Gruppe der Krankheiten des Bewegungsapparates stehen. In diesem Zusammenhang fallen im beobachteten Jahr eine 13-tägige Arbeitsunfähigkeit im Juni sowie eine vierwöchige Kur im Krankenhaus mit anschließender einwöchiger Arbeitsunfähigkeit an.

Der Behandlungsverlauf beginnt im ersten Quartal mit einer eingehenden Untersuchung und dem Verschreiben von Novalgin-Zäpfchen (Schmerzmittel) und Veriazol-Tropfen (Kreislaufmittel). Eine Mammographie wird veranlaßt. Gegen Ende des Quartals werden im Abstand von vier Wochen je zehn krankengymnastische Übungen mit entsprechender Massage verordnet.

Die zu vermutenden Beschwerden am Bewegungsapparat führen die Patientin auch im zweiten Quartal wieder zu ihrem Allgemeinarzt, der abermals zehn krankengymnastische Übungen verordnet. Der nächste Kontakt steht dann im Zeichen einer Verstärkung der Beschwerden, so daß neben einer weiteren medi-

kamentösen Therapie (Rheuma-Ichthyol-Bad, Lindofluid-Liniment: äußerlich wirkende Substanzen) eine Arbeitsunfähigkeit festgestellt wird, die insgesamt 13 Tage dauert. Innerhalb dieser Arbeitsunfähigkeit kommt es zur Überweisung zu einem Orthopäden, der wohl wegen der Notwendigkeit einer röntgen-diagnostischen Maßnahme hinzugezogen wurde. Neben einer Beratung und einer eingehenden Untersuchung wird bei diesem Facharzt ein Teil der Wirbelsäule geröntgt. Konsequenzen aus dieser Intervention ergeben sich offensichtlich nicht.

Zu Beginn des dritten Quartals kommt es zu einer kurzen fünftägigen Arbeitsunfähigkeit mit einer Diagnose aus dem Bereich der Verletzungen: 'Prellung des Fußes'. Auch in dieser Zeit wird die schon anfänglich durchgeführte krankengymnastische Behandlung durch eine weitere Verordnung fortgeführt. Zum Ende des Quartals wird in einem Arztkontakt deutlich, daß die Beschwerden der Patientin sich weiter verstärkt haben. Es wird ein sehr wirksames Medikament verordnet (Muskeltrancopal C. Cod.). Am 24.9. beginnt ein vierwöchiger Aufenthalt in einem Krankenhaus. Daß zwischenzeitlich eine Früherkennungsuntersuchung mit entsprechenden technischen Leistungen bei der Frau durchgeführt wurde, soll nur am Rande erwähnt werden. Die Patientin bleibt dann ca. vier Wochen im Krankenhaus und wird anschließend noch für sieben Tage krankgeschrieben.

Abb. 11: Behandlungsverlauf Nr. 3: Erkrankungen des Bewegungsapparates (Facharbeiterin im Einzelhandel, 45 Jahre)

Arzt	Datum	Behandlungsanlass (D), ärztl. Leistungen (L) und verordn. Arzneimittel (R)	Ausgaben DM
ALL	10.01.75	D Arthrosis deformans und entsprechende Zustände	
	-12.03.75	D Sonst. Krankheiten des Kreislaufsystems	
	10.01.75	L Beratung	3,00
		L Eingehende Untersuchung	6,70
		R Novalgin Suppositorien	4,00
		R Veriazol Tropfen	4,30

Fortsetzung von Abb. 11

	(10.01.75)		Überw. v. Allg.arzt (ALL) z. Röntgenfacharzt (ROE)	
ROE	13.01.75	D	Beobachtungsfall ohne Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung	
		L	Beratung	3,00
		L	2mal Mammographie zwei Aufnahmen	56,00
ALL	03.02.75	H	10mal krankengymnastische Ganzbehandlung mit Bindegewebsmassage	128,00
	04.02.75	L	Beratung	3,00
	12.03.75	L	Blutkörperchen-Senkungsgeschwindigkeit einschl. Blutentnahme	5,00
		H	10mal krankengymnastische Ganzbehandlung mit Bindegewebsmassage	128,00
ALL	24.04.75	D	Pleuritis	
	-13.06.75	D	Sonst. Krankheiten der Gelenke	
		D	Schmerzhafte Wirbelkörper-Syndrome	
	24.04.75	L	Beratung	3,00
		L	Eingehende Untersuchung	6,70
		R	Veriazol Tropfen	4,30
		R	Feminon Tropfen	6,80
		H	10mal krankengymnastische Ganzbehandlung einschl. Massage	128,00
	03.06.75	L	Beratung	3,00
		L	Austellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	2,00
		R	Novalgin-Sirup	7,30
		R	Durenat Tabletten/Saft	5,30
		R	Rheumichthylbad	12,45
		R	Lindofluid Liniment	4,75
		AU	AU-Beginn	
		D AU	Schmerzhafte Wirbelkörper-Syndrome (Diagn. AU-Schein)	
	04.06.75	AU	AU	
	05.06.75	AU	AU	
	06.06.75	AU	AU	
	07.06.75	AU	Beratung	3,00
	08.06.75	AU	AU	
		AU	Überw. v. Allg.arzt (ALL) z. Orthopäden (ORT)	
ORT	09.06.75	D AU	Krankheiten des peripheren autonomen Nervensystems	
		D AU	Symptome, die den Gliedmaßen und dem Rücken zugeordnet werden können	
		D AU	Arthrosis deformans und	

Fortsetzung Abb. 11

	(09.06.75)	AU	entsprechende Zustände	
		L AU	Beratung	3,00
		L AU	Eingehende Untersuchung	6,70
		L AU	Röntgen: Wirbelsäulen-	
		AU	abschnitt zwei Ebenen	32,00
		L AU	Röntgen: Ganzes Becken	
		AU	beim Erwachsenen	24,00
		L AU	Röntgen: HWS eine Ebene	18,00
	10.06.75	AU	AU	
	11.06.75	AU	AU	
	12.06.75	AU	AU	
ALL	13.06.75	L AU	Mikroskopische Untersu-	
		AU	chung des Harnsediments	3,50
	14.06.75	AU	AU	
	15.06.75	AU	AU-Ende	
ALL	02.07.75	D	Prellung der Hüfte, des Ober-	
	-24.09.75		schenkels, Beines und	
		D	Knöchels	
			Schmerzhafte Wirbelkörper-	
			Syndrome	
	02.07.76	L	Anlegen einer elastischen	
			Binde oder einer redres-	
			sierenden Klebbinde	4,00
	07.07.75	L	Beratung	3,00
		L	Anlegen einer elastischen	
			Binde oder einer redres-	
			sierenden Klebbinde	4,00
		L	Ausstellung einer Arbeits-	
			unfähigkeitsbescheinigung	2,00
		AU	AU-Beginn	
		D AU	Prellung d. Fußes u. d.	
		AU	Zehen (Diagn. AU-Schein)	
	08.07.75	HAU	Massagen	150,00
		HAU	10mal krankengymnastische	
		AU	Ganzbehandlung einschl.	
		AU	Massage	128,00
	09.07.75	RAU	Hemeran-Creme	6,30
	10.07.75	AU	AU	
	11.07.75	AU	AU	
	12.07.75	AU	AU-Ende	
	15.09.75	L	Beratung	3,00
		R	Muskel-Trancopal C.	
			Cod.Supp.	9,30
		R	Terbintilen Fl.	5,80
	20.09.75	L	Krebs-Früherkennungsunter-	
			suchung e. Frau ausschl.	
			cytolog. Untersuchung	18,00
		R	Gyno-Daktar Creme (vag.)	34,05
PAT	23.09.75	L	Zyto-Unt.: Zytolog. Unt.	
			von Abstrichmaterial	
			aus dem weibl. Genitale	9,00
		L	Zyto-Unt.: Versand- u.	
			Portokosten für zytolog.	

Fortsetzung Abb. 11

		<u>(23.09.75)</u>		
			Untersuchung (Vorsorge)	2,50
ALL	24.09.75	L	Beratung	3,00
		L	Ausstellung einer Arbeits- unfähigkeitsbescheinigung	2,00
		AUK	Aufnahme in Kurkrankenhaus	
		D AUK	Osteochondrose (Diagn. KH)	
		AUK	Schmerzhafte Wirbelkörper- Syndrome (Diagn. KH)	
	25.09.75	AUK	KH	
	26.09.75	AUK	KH	
	27.09.75	AUK	KH	
	28.09.75	AUK	KH	
	29.09.75	AUK	KH	
	30.09.75	AUK	KH	
	01.10.75	AUK	KH	
	02.10.75	AUK	KH	
	03.10.75	AUK	KH	
	04.10.75	AUK	KH	
	04.10.75	AUK	KH	
	06.10.75	AUK	KH	
	07.10.75	AUK	KH	
	08.10.75	AUK	KH	
	09.10.75	AUK	KH	
	10.10.75	AUK	KH	
	11.10.75	AUK	KH	
	12.10.75	AUK	KH	
	13.10.75	AUK	KH	
			AUK KH: Dito bis	
	21.10.75	AUK	KH	
	22.10.75	AUK	Entlassung aus KH	
	23.10.75	AU	AU	
	24.10.75	AU	AU	
	25.10.75	AU	AU	
	26.10.75	AU	AU	
ALL	27.10.75	D AU	Sonst. Krankheiten der Muskeln, Sehnen und Faszien	
		D AU	Schmerzhafte Wirbel- körper-Syndrome	
		L AU	Beratung	3,00
		L AU	Ausstellung einer Arbeits- unfähigkeitsbescheinigung	2,00
		RAU	Neuro-Fortamin-retard	
		AU	Dragees	19,60
		HAU	Medizinische Bäder	150,00
	28.10.75	AU	AU	
	29.10.75	AU	AU-Ende	

6.3 Kleinere Verletzungen

6.3.1 Quantitative Bedeutung und typische Falldauer

Diese drittgrößte Gruppe der Anlässe macht 12 % der Kurz-AU-Fälle (1 - 14 Tage) aus.

Die Tendenz zu längerfristigen Fällen ist in dieser Gruppe am deutlichsten: 58 % der Verletzungs-AU-Fälle dauern 8 - 14 Tage (gegenüber 46,7 % beim Durchschnitt der Fälle insgesamt). Dies zeigt sich auch darin, daß der Anteil der Verletzungs-AU-Fälle von 12 auf 15 % bei 15 - 28tägigen Fällen steigt.

6.3.2 Behandlungsprofil

Deshalb wurde für das Behandlungsprofil die Falldauerklasse von 8 - 14 Tagen gewählt. Dies ist in Tabelle 24 sowie in Abbildung 8, Gruppe 3, dargestellt:

Tabelle 24: Kleinere Verletzungen: Behandlungsprofil für AU-Fälle (8 - 14 Tage)

Indikator		
O	'unkomplizierte' Fälle	in 24 % der Fälle
C	Längerer Behandlungskontext	in 9 % der Fälle
D	Inanspruchn. spez. med. Leistungen	in 72 % der Fälle
E	Behandlung durch mehrere Ärzte	in 32 % der Fälle

Bei gleicher Falldauer (8 - 14 Tage) haben AU-Fälle in dieser Gruppe fast den gleich hohen Komplexitätsgrad wie die Gruppe der Erkrankungen des Bewegungsapparates: Nur 24 % der Fälle können als 'unkompliziert' bezeichnet werden. Gleichfalls hat diese Gruppe einen sehr hohen Anteil an Fällen, in deren Verlauf spezifische medizinische Leistungen erbracht werden, nämlich 72 %.

Die Erbringung solcher Leistungen ist in dieser Gruppe jedoch kaum an die Dauer des Falles gebunden: Der Anteil der Fälle, in deren Verlauf solche Leistungen erbracht werden, liegt bei 1 - 7tägiger AU bei 62 %, bei 8 - 14tägigen Fällen bei 72 %, steigt also nur um 16 %, während er im Durchschnitt aller Fälle um 61 % steigt, bei Erkältungskrankheiten sogar um 141 %. Es werden also bei einem Großteil der Verletzungs-AU-Fälle spezielle medizinische Leistungen erbracht, dies aber meist schon zu Beginn des Falles.

Bezüglich längerfristiger Behandlung und Überweisungen ergeben sich auch signifikante Konstellationen: Der Anteil der Fälle, bei denen die Betroffenen aus einem solchen Anlaß während mindestens drei Quartalen behandelt werden, liegt mit 9 % weit unter dem Durchschnitt.

Dagegen haben die Überweisungen eine herausragende Bedeutung: In 32 % der 8 - 14tägigen Fälle werden die Betroffenen von mindestens zwei Ärzten behandelt.

Dieses sehr heterogene Behandlungsprofil wird nun vor dem Hintergrund der Anlässe, wie sie sich in konkreten Behandlungsverläufen darstellen, vorgestellt.

6.3.3 Charakteristik des typischen Behandlungsgeschehens

AU-Fälle aus diesem Anlaß sind im Vergleich zu den meisten anderen Gruppen sehr präzise durch die Diagnosen auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bezeichnet, wie sie in Tabelle 7 wiedergegeben sind.

Es ist einfach zu erklären, daß die Fälle mit längerem Behandlungskontext (Indikator C) weit unterdurchschnittlich vertreten sind: Derartige Verletzungen sind akute Ereignisse und heilen bei diesem geringen Schweregrad auch meist vollständig aus, bedürfen also auch nur kurzfristiger Behandlung. Diese Behandlung hat naturgemäß auch sofort zu gesche-

hen, weshalb die Abhängigkeit des Leistungsgeschehens (Indikator D) von der AU-Dauer gering ist.

Daß immerhin 9 % der Fälle in mindestens drei Quartalen behandelt werden, dürfte darauf zurückzuführen sein, daß ein kleiner Teil der Betroffenen mehr als eine solche Verletzung pro Jahr erleidet. (Daher stellt sich die Frage nach den Ursachen, da es sich bei der hier untersuchten Gruppe um Arbeitnehmer handelt und sich der Bezug zu Arbeitsunfällen aufdrängt (dazu siehe Kapitel 8).

Bei der Durchsicht der einzelnen Diagnosen bleibt die Frage offen, wie 'schwer' diese 'leichten' Verletzungen sind. Da in fast 3/4 aller Fälle spezielle Leistungen erbracht werden und in 1/3 der Fälle Überweisungen stattfinden, besteht die Vermutung, daß der Schweregrad doch erheblich ist und es sich im allgemeinen nicht um Verletzungen handelt, die der Betroffene selbst versorgen kann.

Da aus der Art der Leistungen auch auf den Schweregrad der Verletzung geschlossen werden kann, wurden die Behandlungsverläufe von 50 Versicherten untersucht, die mindestens einen AU-Fall mit einer Dauer von 8 - 14 Tagen wegen einer Verletzung hatten; dies waren insgesamt 52 Fälle.

6.3.3.1 Spezielle medizinische Leistungen

In 35 von den 52 Fällen wurden spezielle Leistungen erbracht. Deren Art, Zahl und Anteil kann Tabelle 25 entnommen werden.

Tabelle 25: Kleinere Verletzungen: Spezielle medizinische Leistungen bei AU-Fällen (n = 52) mit einer Dauer von 8 - 14 Tagen

Leistungsart	
Verbände	in 58 % der Fälle
Röntgenaufnahmen	in 27 % der Fälle
Wundversorgung (Wundnaht etc.)	in 13 % der Fälle
Tetanusimpfung	in 6 % der Fälle

Insbesondere an den letzten drei Leistungen wird ersichtlich, daß es sich nicht um belanglose Verletzungen gehandelt haben kann.

6.3.3.2 Behandelnde Ärzte

In 16 von 52 Fällen fand eine Überweisung statt, und zwar immer vom Allgemeinarzt zum Facharzt für Chirurgie.

Interessant ist aber auch, daß in 13 Fällen der Chirurg der alleinige behandelnde Arzt war; es liegt demnach ein hoher Grad fachärztlicher Versorgung dieser AU-Fälle vor, was eher für einen erheblichen Schweregrad bei diesen Fällen spricht.

Tabelle 26: Kleinere Verletzungen: Behandelnde Ärzte bei AU-Fällen mit einer Dauer von 8 - 14 Tagen (n = 52)

Behandelnde Ärzte	
Erstkontakt mit dem Allgemeinarzt	in 69 % der Fälle
(davon Überweisung zum Chirurgen)	in 31 % der Fälle)
Erstkontakt mit Chirurg	in 25 % der Fälle
Erstkontakt mit sonstigem Facharzt	in 6 % der Fälle

6.4 Weitere Anlässe

Die letzten sechs Gruppen von AU-Anlässen haben nur noch Anteile von jeweils 1,5 - 5 % an der Zahl der Kurz-AU-Fälle und machen jährlich nur noch 0,9 bis 3,4 Fälle pro 100 Pflichtmitglieder aus (vgl. Tab. 12).

Aus diesem Grund soll die Analyse von Behandlungsverläufen für diese Gruppen nur noch an den Stellen vorgeführt werden, wo sich markante Besonderheiten im Behandlungsgeschehen zeigen; der Gang der Untersuchung der ersten drei Gruppen dient dabei als Vorbild. Mit diesen exemplarischen Darstellungen soll das Bild der Heterogenität des medizinischen Behandlungsgeschehens vervollständigt werden.

6.4.1 Durchfallkrankheiten

Aus diesem Anlaß war 1975 im Durchschnitt nur jedes 30. Pflichtmitglied arbeitsunfähig. Bei den folgenden Anlässen geht die Häufigkeit so weit zurück, daß z.B. aus Anlaß von psychophysischen Symptomen nur etwa jedes 100. Pflichtmitglied arbeitsunfähig war.

Durchfallkrankheiten sind eine Gruppe von Anlässen, die typischerweise zu eher kürzeren AU-Zeiten führen: über 60 % der Kurz-AU-Fälle dauerten nur 1 - 7 Tage.

Aus dem Behandlungsprofil wird ersichtlich, daß es sich hier in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle um 'unkomplizierte' Fälle handelt: über 80 % der 1 - 7tägigen Fälle laufen nach einem Schema ab, das als Fallbeispiel in Abbildung 12 wiedergegeben ist:

Abb. 12: Behandlungsverlauf Nr. 4: Durchfallkrankheiten (Ausschnitt)

Arzt	Datum	Behandlungsanlass (D), ärztl. Leistungen (L) und verordn. Arzneimittel (R)	Ausgaben DM
ALL	17.07.75	D Durchfallkrankheiten	
		L Beratung	3,00
		L Ausstellung einer Arbeits- unfähigkeitsbescheinigung	2,00
		R Mexaform Plus Dragees	4,20
		AU AU-Beginn	
		D AU AU: Durchfallkrankheiten	
	18.07.75	AU AU	
	19.07.75	AU AU	
	20.07.75	AU AU	
	21.07.75	AU AU	
22.07.75	AU AU-Ende		

Durchfallerkrankungen verdeutlichen in typischer Weise den in Kapitel 5 definierten 'unkomplizierten' Kurz-AU-Fall; sie sind von kurzer Dauer, gegen das übrige Behandlungsgeschehen des Versicherten abgegrenzt und bedürfen nur geringer Behandlung insbesondere von seiten des Gesundheitssystems. Weil

dennoch eine erhebliche subjektive Beeinträchtigung des Betroffenen bestehen kann, ist die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung in diesen Fällen die zentrale Leistung des Arztes, die Verschreibung von symptomatisch wirksamen Medikamenten erscheint eher als Nebenprodukt.

6.4.2 Erkrankungen und Symptome des Oberbauchs

Die quantitative Bedeutung dieser Gruppe liegt in der Größenordnung der Durchfallerkrankungen. Das Besondere an dieser Gruppe ist, daß es neben harmlosen Fällen (passagere Übelkeit, 'verdorbener Magen' etc.) durchaus Fälle gibt, die der großen Gruppe der 'Magenkrankheiten' und damit medizinisch und psychosozial problematischen Erkrankungen zuzuordnen sind. In dieser Gruppe ist auch die Diagnose 'Schleimhautentzündung des Magens und Zwölffingerdarmes' (ICD 535) erfaßt. Von dieser Gruppe ist aus einer anderen Untersuchung (Borgers 1982) bekannt, daß sie zwar zum Teil als 'Verlegenheitsdiagnose' bei unklaren, aber harmlosen Symptomen aufzufassen ist, in einem Teil der Fälle aber mit einer mehrmonatigen Behandlung und spezifischen Diagnostik zum Ausschluß eines Magengeschwürs verbunden ist (Borgers 1982, S. 114 ff.).

Dies wird vom Behandlungsprofil dieser Fallgruppe überwiegend bestätigt: Es gibt weniger unkomplizierte Fälle als im Durchschnitt der Fälle und mehr Fälle mit Inanspruchnahme spezieller medizinischer Leistungen und Überweisungen. Der Indikator C zeigt jedoch keine überdurchschnittlichen Anteil an Fällen mit längerer Behandlung an. Unter den 48 in der Stichprobe untersuchten Behandlungsverläufen fanden sich immerhin sieben, in deren Verlauf sich die Bestätigung eines Magengeschwürs erkennen ließ.

6.4.3 Verletzungen und Erkrankungen des Auges

In dieser Gruppe sind zwei Einzeldiagnosen zusammengefaßt, von denen die eine ('Fremdkörper im Auge und seinen Anhängen') eine Verletzung, also eine ziemlich genau beschriebene Gesundheitsstörung und ihre Ursache bezeichnet, die andere ('Konjunktivitis und Ophtalmie') dagegen eher ein Symptom, das bei vielen Gesundheitsstörungen und Erkrankungen auftreten kann.

Der Grund für diese Zusammenfassung liegt darin, daß eine Durchsicht vieler AU-Fälle mit ganz verschiedenen Anlässen zu Beginn dieser Studie ergab, daß diese beiden Diagnosen wie sonst keine die Behandlung durch einen Spezialisten entweder direkt oder durch Überweisung nach sich zogen.

Die Untersuchung einer Stichprobe von 40 Behandlungsverläufen mit 42 derartigen AU-Fällen bestätigt dies: In 32 Fällen (76 %) war ein Augenarzt behandelnder Arzt; in 22 Fällen nahmen die Betroffenen dessen Dienste ohne Überweisung in Anspruch, in 10 Fällen wurden sie vom Allgemeinarzt überwiesen.

Ebenfalls in 32 Fällen wurden spezielle medizinische Leistungen erbracht, wovon besonders die Entfernung eines Fremdkörpers aus dem Auge und die Untersuchung des vorderen Augenabschnitts mit dem Spaltlampenmikroskop zu nennen sind.

AU-Fälle aus dieser Gruppe sind von allen Gruppen am häufigsten von sehr kurzer Dauer: ca. 80 % der Kurz-AU-Fälle dauern nur bis zu 5 Tagen.

Damit ist diese Gruppe ein Beispiel dafür, daß auch Fälle mit sehr kurzer Dauer ein hohes Maß an qualifizierter und spezialisierter Behandlung innerhalb des Gesundheitssystems erfahren.

6.4.4 Zahnerkrankungen

Diese Gruppe von AU-Anlässen stellt insofern einen Sonderfall in dieser Untersuchung dar, als über sie nur Daten aus dem Bereich der Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Alle Daten über die Behandlung sind auf den Belegen der kassenzahnärztlichen Versorgung erfaßt und hier nicht zugänglich.

An dieser Stelle kann deshalb nur mitgeteilt werden, daß diese AU-Fälle von sehr kurzer Dauer sind. Fast 80 % dieser Kurz-AU-Fälle dauern nur bis zu 5 Tagen.

6.5.5 Herz- und Kreislauf- (Gruppe 8) sowie psychophysische Symptome (Gruppe 9)

Die Gruppen 8 und 9 werden aus folgenden Gründen zusammengefaßt:

- a) Die Validität der in beiden Gruppen zusammengefaßten Einzeldiagnosen ist hier am geringsten. In beiden Gruppen werden am wenigsten medizinisch eng umschriebene Krankheitsbilder erkennbar.
- b) Beide Diagnosen werden relativ oft im Zusammenhang mit Kurz-AU-Fällen gestellt (je 6 %, vgl. dazu Tab. 8), bezeichnen aber nur in relativ geringem Ausmaß die unmittelbaren Anlässe von Kurz-AU-Fällen (je etwa 1,5 %).
- c) In fast der Hälfte der Fälle sind solche Diagnosen Begleitdiagnosen von Erkältungskrankheiten.
- d) Insbesondere für Gruppe 9 gilt, daß Versicherte, bei denen im Rahmen eines AU-Falles eine solche Diagnose zusätzlich gestellt wurde, in besonderem Maße durch ein psychosomatisches Geschehen beeinträchtigt oder psychischen bzw. sozialen Belastungen ausgesetzt sind.

Tabelle 27 zeigt, daß in diesen Gruppen ausschließlich Symptombegriffe vorkommen, mit denen sich allenfalls vage Vorstellungen über Ursache und Kern der gesundheitlichen Störungen verbinden lassen. Während Gruppe 8 auf das Herz-Kreis-

laufsystem hindeutet, weist Gruppe 9 sowohl auf das Nervensystem im engeren Sinne als auch auf die Schnittpunkte von Körper, Psyche und sozialer Lage der betroffenen Individuen hin. Besonders diese Gruppe zeigt, daß sich die ambulante Versorgung in beträchtlichem Umfang mit Problemen konfrontiert sieht, die nicht körperlicher Natur sind und deshalb auch durch medizinische Diagnosebegriffe kaum zu erfassen sind. Dieses Ergebnis beruht auf der Analyse von Behandlungsverläufen: Aus Gruppe 8 (9) wurden 39 (37) Behandlungsverläufe mit insgesamt 41 (39) Kurz-AU-Fällen mit einer Dauer von 1 - 14 Tagen untersucht.

Aus den übrigen Diagnosen, die im Rahmen solcher Fälle gestellt wurden (vgl. Tab. 9), aus der Medikation, der Art der erbrachten Leistungen und aus dem übrigen Behandlungsgeschehen wurden die ausschlaggebenden Au-Anlässe herausgearbeitet und in Tabelle 27 dargestellt.

Tabelle 27: Herz-Kreislauf-Symptome (Gruppe 8, n = 41) und psychophysische Symptome (Gruppe 9, n = 39): Hauptanlaß der AU

Hauptanlaß der AU	AU-Fall mit Anlaß	
	Herz-Kreislauf-Symptom in %	Psychophysisches Symptom in %
Erkältungskrankheiten	46	41
Andere i.d.R. schwere Erkrankungen	20	28
Jugendliche ohne Hinweis auf Krankheit	10	5
Fälle im Anschluß an KH-Aufenthalt	24	26
Summe	100	100

Daß eine AU-Diagnose nicht auch den AU-Anlaß bezeichnet, findet sich sonst in keiner Diagnosegruppe, hier aber in jeweils etwa 75 % der Fälle. Diese Fälle aber sind schon in anderen Gruppen (viele in Gruppe 1) durch die übrigen Diagnosen erfaßt. Um - wie in Kapitel 4.2 - zur wahren Verteilung

lung der Anlässe zu gelangen, mußten in beiden Gruppen die Anteile an der Zahl der Diagnosen von 6 % um 75 % verringert werden, um zu jeweils 'echten' 1,5 %-Anteilen bei den AU-Anlässen zu kommen.

Wenn Erkältungskrankheiten oder anderen (meist schweren) Erkrankungen eine zusätzliche Diagnose aus den Gruppen 8 oder 9 zugeordnet wurde, handelte es sich im ersten Fall (Gruppe 8) meist darum, daß der Betroffene derart unter 'Kreislaufschwäche' litt, daß ihm einmalig ein Antihypotonikum verordnet wurde. Im zweiten Fall (Gruppe 9) wurden meist 'Kopfschmerzen' diagnostiziert, die im Rahmen der Erkältungskrankheiten mit Analgetika behandelt wurden. Hier wurde auch oft die Diagnose 'Nervösität und Schwächezustände' gestellt.

Von den zehn Fällen der Gruppe 8, die Herz-Kreislaufprobleme im engeren Sinne als AU-Anlässe erkennen ließen, konnten 4 Fälle Schwangeren zugerechnet werden, die in den letzten vier Monaten vor der Entbindung standen. Sechs Fälle können als unmittelbaren Anlaß 'nervöse Herzbeschwerden' zugeordnet werden; in diesen Fällen wurden Tranquillizer oder Baldrian verordnet. Bei nur je einem Versicherten war eine längere Behandlung wegen Herzinsuffizienz bzw. einer koronaren Herzkrankung zu erkennen.

Von den zehn Fällen der Gruppe 9 mit erkennbar unmittelbaren Anlässen mit psychophysischen Symptomen fanden sich fünf Fälle mit der Diagnose 'körperliche Störungen vermutlich psychogenen Ursprungs' und fünf mit der Diagnose 'Nervosität und Schwächezustände'. Bei diesen Fällen kann davon ausgegangen werden, daß ein organisch nicht zu begründendes Geschehen sich in Symptomen von Erschöpfung, Nervosität und Schwäche äußert und vom Arzt als Begründung einer AU gesehen wird. Die in einem Fall zusätzlich gestellte Diagnose 'vorübergehende Situationsstörung' mag ein Hinweis auch für die anderen Fälle sein. Eine Verschreibung von Psychopharmaka fand sich in allen Fällen, z.T. mehrmals über das ganze Jahr verteilt.

In den ganzjährigen Behandlungsverläufen von Versicherten mit mindestens einem Kurz-AU-Fall aus Gruppe 9 fand sich eine Reihe von Besonderheiten:

- Bei acht versicherten Frauen fand sich oft mehrmals im Jahr die Diagnose 'klimakterische Beschwerden';
- neun Versicherte hatten in diesem Jahr einen Krankenhausaufenthalt;
- bei etwa der Hälfte der Versicherten war eine Behandlung einer ganzen Reihe von Erkrankungen erkennbar, wovon einige typische Kombinationen genannt seien:
Angina pectoris/Adipositas,
Rheuma/Adipositas,
Varicosis/schmerzhafte Wirbelkörpersyndrome.

7. Kurzfristige Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht der Betroffenen

In diesem Kapitel erfolgt ein Perspektivwandel bei der Behandlung des Problems der kurzfristigen AU: Nicht mehr die quantitative Seite, die Anlässe oder die Behandlung stehen im Mittelpunkt des Interesses, sondern die von kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit betroffenen Versicherten selbst. Es kann hier also von einer epidemiologischen Sichtweise gesprochen werden, denn untersucht werden die sozialen und lebensgeschichtlichen Einflüsse auf die Ausprägung des Phänomens krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit.

Diese Fragestellung steht nicht mehr im Zentrum dieser Studie und wird deshalb nur exemplarisch verfolgt; Ergebnisse haben mehr den Charakter von Tendenzaussagen. Der Sinn besteht jedoch darin zu fragen, ob sich hinsichtlich sozialer Merkmale von AU-Betroffenen medizinisch plausible Verteilungen von Häufigkeiten und Anlässen kurzfristiger AU-Fälle finden.

Als grundlegende Merkmale werden in diesem Kapitel Alter und Geschlecht untersucht. Der allgemeine Charakter dieser Merkmale erlaubt indes keine zwingenden Schlußfolgerungen bezüglich ihres Einflusses auf das AU-Geschehen, wenn nicht die Anlässe kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit mit einbezogen werden.

Deshalb werden in Kapitel 8 in exemplarischer Weise einzelne Gruppen von AU-Anlässen hinsichtlich der sozialen Merkmale der davon Betroffenen untersucht. Neben Alter und Geschlecht spielen dabei auch die Merkmale des Berufes und der Stellung im Beruf eine Rolle. Die Ergebnisse werden dann auf dem Hintergrund ihrer epidemiologischen Plausibilität diskutiert.

7.1 Alter

Um den Einfluß des Alters der Betroffenen auf die Häufigkeit kurzfristiger AU-Fälle zu untersuchen, wurden drei Altersgruppen gebildet:

- bis 24 Jahre,
- 25 - 44 Jahre,
- 45 Jahre und älter.

Die Anteile dieser Altersgruppen an der Gesamtheit der Pflichtmitglieder liegen bei 24 %, 51 % und 25 %.

Tabelle 28 zeigt die Anteile dieser Altersgruppen an den AU-Fällen bei unterschiedlichen Falldauerklassen:

Tabelle 28: Kurz-AU-Fälle nach Alter der betroffenen Versicherten und Falldauer sowie Pflichtmitglieder insgesamt (in %)

Alter (Jahre)	Falldauer (Tage)				Pflicht- mitglieder insgesamt
	1 - 5	1 - 7	8 - 14	1 - 14	
- 24	39	37	31	34	24
25 - 44	47	46	50	48	51
45+	14	17	19	18	25
insgesamt	100	100	100	100	100,0

Es zeigt sich, daß Jugendliche und junge Erwachsene (bis 24 Jahre) deutlich mehr Kurz-AU-Fälle aufweisen als es ihrem Anteil an der Gruppe der Pflichtmitglieder entspricht. Dies wird umso deutlicher, je kürzer die AU-Fälle sind. Das Umgekehrte gilt für Pflichtmitglieder über 45 Jahre.

Um diesen Befund besser einschätzen zu können, wird die Zahl der Fälle auf 100 Pflichtmitglieder ermittelt, wobei insgesamt 9.623 Kurz-AU-Fälle auf 14.514 Versichertenjahre (16.955 Pflichtmitglieder), also 66 Fälle auf 100 Pflichtmitglieder entfallen.

Tabelle 29: Zahl der AU-Fälle auf 100 Pflichtmitglieder nach Altersgruppen und Falldauerklassen

Alter (Jahre)	Falldauer (Tage)			
	1 - 5	1 - 7	8 - 14	1 - 14
- 24	36	54	40	94
25 - 44	20	32	30	62
45+	12	24	24	48
insgesamt	22	35	31	66

Tabelle 29 macht einerseits den Einfluß des Alters auf die Häufigkeit von Kurz-AU-Fällen noch deutlicher, zeigt aber andererseits auch, daß die relative Häufigkeit von Kurz-AU-Fällen selbst in der Altersgruppe bis 24 Jahre noch als gering zu bezeichnen ist: 100 Pflichtmitglieder (= 100 Versichertenjahre) im Alter bis zu 24 Jahren haben pro Jahr 94 Kurz-AU-Fälle bis 14 Tage, also knapp ein Fall pro Jahr und Mitglied. Deshalb ist die Tatsache bemerkenswerter, daß bei älteren Versicherten Kurz-AU eine so geringe Rolle spielt: 100 Versicherte über 45 Jahre haben nur 48 Kurz-AU-Fälle.

7.2 Geschlecht

Bei den Pflichtmitgliedern beträgt das Verhältnis von Männern zu Frauen genau 2 : 1 (67 % : 33 %).

Fast kein Unterschied ergibt sich bei der Verteilung der Kurz-AU-Fälle auf Männer und Frauen: 69 % entfallen auf Männer, 31 % auf Frauen bei annähernder Gleichverteilung auf die einzelnen Falldauerklassen.

Tabelle 30: Kurz-AU-Fälle nach Geschlecht und Falldauer sowie Pflichtmitglieder insgesamt (in %)

	Falldauer (Tage)				Pflicht- mitglieder insgesamt
	1 - 5	1 - 7	8 - 14	1 - 14	
Männer	70	70	69	69	67
Frauen	30	30	31	31	33

8. Alter und Geschlecht der Betroffenen und Anlässe kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit

Aussagen über den Einfluß sozialer und persönlicher Merkmale der Versicherten auf die Häufigkeit von Kurz-AU-Fällen müssen vor dem Hintergrund deren konkreter Anlässe, also der auslösenden Gesundheitsstörungen gesehen werden. Spezifische Häufungen von AU-Fällen bei unterschiedlichen sozialen Gruppen können Ausdruck eines besonderen Risikos solcher Gruppen sein, an spezifischen Gesundheitsstörungen zu erkranken, können also Ausdruck soziomedizinischer Zusammenhänge sein.

Andererseits existiert die Vorstellung, daß besonders bei kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit ein hohes Maß an mißbräuchlicher Inanspruchnahme besteht. Dieser Vorstellung läuft zuwider, daß Auftreten und Häufigkeit kurzfristiger Fälle durch ein besonderes Risiko der Betroffenen erklärbar sein können. In diesem Kapitel wird deshalb die Frage gestellt, ob (hinsichtlich der beiden grundlegenden Merkmale Alter und Geschlecht) soziomedizinische Begründungszusammenhänge für spezifische Häufungen kurzfristiger AU-Fälle gefunden werden können. Als Grundlage für die Bewertung dienen anderweitig gefundene epidemiologische Kenntnisse über den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Erkrankungshäufigkeit.

Dem exemplarischen Charakter dieses Kapitels gemäß werden für diese Fragestellung nur die drei häufigsten Gruppen von Anlässen behandelt, nämlich Erkältungskrankheiten (1), Erkrankungen des Bewegungsapparates (2) und kleinere Verletzungen (3).

8.1 Anlaß und Alter

Kapitel 7 hat gezeigt, daß besonders jüngere Versicherte häufiger von kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit betroffen sind, als es ihrem Anteil an der Versichertenpopulation entspricht. Im folgenden wird gefragt, ob dies unabhängig von den AU-Anlässen gilt.

Es werden dazu die Altersstrukturen dreier, aus verschiedenen Anlässen Kurz-AU-betroffener Versichertengruppen (1-3) mit der Altersstruktur der Pflichtmitglieder insgesamt verglichen. Die Ergebnisse können Tabelle 31 entnommen werden.

Tabelle 31: Kurz-AU-Betroffene (1-14 Tage) nach Anlaß und Alter sowie Pflichtmitglieder insgesamt (in %)

Alter (Jahre)	Anlaß			Pflicht- mitgl. insges.
	1. Erkäl- tungskrank- heiten	2. Erkrank. des Beweg.- apparates	3. Kleinere Verletzungen	
- 24	31,5	16,7	36,1	23,8
25 - 44	50,7	53,2	46,0	51,1
45+	17,8	30,1	17,9	25,1
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabelle 31 zeigt, daß sich der allgemeine Trend, daß Jüngere überproportional von Kurz-AU-Fällen betroffen sind, in den drei größten Anlaßgruppen unterschiedlich darstellt:

Während jüngere Versicherte auf der einen Seite überproportional häufig von Erkältungskrankheiten (1) und kleineren Verletzungen (3) betroffen sind, gilt für die Gruppe der Erkrankungen des Bewegungsapparates (2) das umgekehrte: Jüngere sind unter-, Ältere sind überrepräsentiert.

8.2 Anlaß und Geschlecht

Während sich die Kurz-AU-Fälle insgesamt in proportionaler Weise auf die Geschlechter verteilen, zeigt die Differenzierung nach Anlässen folgende Verteilung der Betroffenen (Tab. 32):

Tabelle 32: Kurz-AU-Betroffene (1-14 Tage) nach Anlaß und Geschlecht sowie Pflichtmitglieder insgesamt (in %)

Alter (Jahre)	Anlaß			Pflicht- mitgl. insges.
	1. Erkäl- tungskrank- heiten	2. Erkrank. des Beweg.- apparates	3. Kleinere Verletzun- gen	
Männer	66,8	71,7	85,5	66,9
Frauen	33,2	28,3	14,5	33,1
insges.	100,0	100,0	100,0	100,0

Lediglich bei den Erkältungskrankheiten (1) sind die Frauen ihrem Anteil gemäß von Kurz-AU-Fällen betroffen; bei Erkrankungen des Bewegungsapparates (2) sind Frauen kaum weniger, bei kleineren Verletzungen deutlich weniger von Kurz-AU-Fällen betroffen.

8.3 Anlaß nach Alter und Geschlecht

Zur Einschätzung des Einflusses der sozialen Lage der Betroffenen auf die Art der AU-Anlässe wird in Tabelle 33 folgende Verteilung wiedergegeben.

Tabelle 33: Kurz-AU-Betroffene (1 - 14 Tage) nach Anlaß, Alter und Geschlecht sowie Pflichtmitglieder insgesamt (in %)

Alter (in Jahren)	Anlaß									Pflichtmit-		
	1. Erkältungs- krankheiten			2. Erkrank. d. Bewegungsapp.			3. Kleinere Verletzungen			glieder insgesamt		
	m.	w.	insg.	m.	w.	insg.	m.	w.	insg.	m.	w.	insg.
-24	26,8	41,0	31,5	14,2	23,8	17,4	34,6	37,6	36,1	19,0	33,4	23,8
25-44	55,1	41,8	50,7	57,3	43,0	52,4	49,6	39,1	46,0	56,1	41,3	51,1
45+	18,1	17,2	17,8	28,5	34,2	30,2	15,8	23,3	17,9	24,9	25,3	25,1
insg.	----- 100,0 -----											

8.3.1 Erkältungskrankheiten

Abbildung 13 zeigt, daß weitgehend unabhängig vom Geschlecht Jüngere überproportional, Ältere dagegen unterproportional häufig von Kurz-AU-Fällen aus Anlaß einer Erkältungskrankheit betroffen sind. Medizinische Gründe im engeren Sinne können dafür nicht zur Erklärung herangezogen werden. Es ist möglich, daß

- jüngere Menschen eher als ältere dazu neigen, den Belastungen des Arbeitslebens durch kurze Arbeitsunfähigkeitsepisoden auszuweichen, und daß
- die Arbeitsmarkt- und psychosoziale Situation älterer Arbeitnehmer dazu führt, daß sie aus Konkurrenzgründen und aus der Sorge um den Arbeitsplatz geringere Störungen ihres Befindens eher in Kauf nehmen, dafür aber mehr als Jüngere langfristig arbeitsunfähig sind.

Dies ist aber vor dem Hintergrund der in Kapitel 7.1 gefundenen Tatsachen zu sehen, daß auf 100 junge Pflichtmitglieder (bis 24 Jahre) nur 81 Kurz-AU-Fälle pro Jahr entfallen.

8.3.2 Erkrankungen des Bewegungsapparates

Das Umgekehrte gilt für AU-Fälle aus diesem Anlaß: Jüngere sind unter-, Ältere überrepräsentiert. Frauen sind, gemessen an ihrem Anteil an den Pflichtmitgliedern (33,1 %) mit 28,3 % unterrepräsentiert. Abbildung 13 ist jedoch zu entnehmen, daß ältere Frauen (über 45 Jahre) besonders betroffen sind.

Diese Befunde fügen sich in das Bild epidemiologischer Kenntnisse über einen Teil der hier erfaßten Krankheitsbilder: Da es sich meist um Verschleißerkrankungen handelt, treten solche Erkrankungen naturgemäß eher bei älteren Menschen auf.

8.3.3 Kleinere Verletzungen

Wegen kleinerer Verletzungen sind jüngere Pflichtmitglieder in noch höherem Maße überproportional von Kurz-AU betroffen als wegen Erkältungskrankheiten. Ältere sind aus beiden Anlässen unterproportional von Kurz-AU betroffen.

Frauen sind wegen kleinerer Verletzungen sehr viel weniger von Arbeitsunfähigkeit betroffen (14,5 %), als es ihrem Anteil an den Pflichtmitgliedern entspricht (33,1 %).

Abbildung 13 zeigt, daß besonders jüngere Männer stark überrepräsentiert sind, ältere Männer dagegen stark unterrepräsentiert. Diese Befunde zeigen das besondere Risiko von Männern (besonders auch von jüngeren Männern), (kleinere) Verletzungen zu erleiden.

Es ist nicht das Ziel dieser Studie, dieses besondere Risiko zu untersuchen, es bieten sich jedoch folgende Interpretationen an:

a) Jüngere Männer sind besonders häufig von Verletzungen verschiedenen Schweregrades bei Verkehrsunfällen betroffen.

Diese Interpretation kann mit den vorhandenen Daten weder gestützt noch widerlegt werden.

b) Das Risiko, eine Verletzung zu erleiden, ist vom Arbeitsplatz abhängig, weshalb besonders Männer (technische Arbeitsplätze) und Jüngere (fehlende Erfahrung) betroffen sind.

Für den Einfluß des Arbeitsplatzes auf das Verletzungsrisiko gibt es aus den vorliegenden Daten einen Hinweis aus den Berufen derjenigen, die aus Anlaß von kleineren Verletzungen von Kurz-AU betroffen sind.

Der Vergleich der Berufe dieser Gruppen von Versicherten mit den Berufen der Pflichtmitglieder insgesamt ergibt charakteristische Abweichungen bezüglich der Häufigkeiten, wie Tabelle 34 zeigt.

Tabelle 34: Häufigkeiten von Berufen bei Versicherten, die wegen kleineren Verletzungen von Kurz-AU betroffen sind, und bei Pflichtmitgliedern insgesamt (in %)

Beruf	Pflichtmitglieder	
	mit Ver- letzungen	insgesamt
1. Kraftfahrzeuginstandsetzer	6,9	2,8
2. Hilfsarbeiter	6,0	5,9
3. Elektroinstallateure u. -monteure	5,3	2,4
4. Köche	4,1	2,9
5. Kraftfahrzeugführer	3,5	4,0
6. Werkzeugmacher	3,4	1,5
7. Warenprüfer- und -sortierer	3,3	2,8
8. Bauhilfsarbeiter	3,2	2,1

Es wird deutlich, daß Versicherte mit Tätigkeiten an Maschinen (Kraftfahrzeuginstandsetzer und Werkzeugmacher) sowie Angehörige von Bauberufen (Elektroinstallateure und Bauhilfsarbeiter) deutlich mehr AU-Fälle wegen kleinerer Verletzungen aufweisen, was ohne weiteres aus dem dort höheren Verletzungsrisiko erklärt werden kann.

9. Ausgaben der Krankenkasse für die ambulante Behandlung im Zusammenhang mit kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit

Bei dem im folgenden behandelten finanziellen Aspekt kurzfristiger AU interessiert zum einen die Höhe der für die Krankenkasse entstehenden Kosten bzw. der Anteil am Gesamtvolumen der Ausgaben. Zum anderen soll die Größenordnung von Einsparungen ermittelt werden, die sich ergeben könnten, wenn die 3-Tage-Regelung, die seit langem schon für Angestellte gilt, auch für Arbeiter eingeführt werden würde.

9.1 Ausgaben

Im Rahmen kurzfristiger AU-Fälle entstehen für die Krankenkasse im wesentlichen Ausgaben für ärztliche Behandlung sowie für Verordnungen. Diese Ausgaben wurden auf der Basis der hier untersuchten Stichprobe von 16 955 Pflichtmitgliedern mit insgesamt 14.514 Versichertenjahren (21,75 %) ermittelt und auf die Gesamtheit der 66 727 im jährlichen Mittel pflichtversicherten Mitglieder (100 %) hochgerechnet. Diese Ausgaben wurden auf die Gesamtausgaben der Krankenkasse bezogen, die sich im untersuchten Zeitraum auf 162,2 Mio. DM beliefen.

Die Ergebnisse werden in Tabelle 35 mitgeteilt.

Es kann festgehalten werden, daß kurzfristige AU auch hinsichtlich der Krankenkassenausgaben keine große Rolle spielt: Der Anteil liegt in der Größenordnung von etwa einem Prozent. Obwohl nach dem untersuchten Jahr 1975 eine strukturelle Reform des Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen stattgefunden hat, wodurch die bei Kurz-AU-Fällen häufigen Lei-

stungen (Beratung, eingehende Untersuchung) verhältnismäßig höher bewertet wurden, ändert sich an der Marginalität dieser Ausgaben nichts.

Tabelle 35: Ausgaben für ärztliche Leistungen und Arzneimittel, die im Rahmen von Fällen kurzfristiger AU entstehen (nach der Falldauer)

Falldauer (in Tagen)	Ausgaben für ärztl. Leist. u. Arzneim. im Zus.hang mit AU (in DM)	Anteil an den Aus- gaben f. ärztliche Leist. u. Arznei- mittel d. Pflicht- mitgl. insg. (DM 12,9 Mio.) (in %)	Anteil an den Aus- gaben der Kasse insgesamt (DM 162,2 Mio.) (in %)
1 - 3	178.155	1,38	0,11
1 - 5	482.283	3,72	0,30
1 - 7	827.430	6,39	0,51
8 - 14	1.268.576	9,79	0,78
1 - 14	2.096.006	16,18	1,29

9.2 Einsparungsmöglichkeiten

Die Einführung der '3-Tage-Regelung' führt selbstverständlich nur dann zu Einsparungen für die Krankenkassen, wenn die betroffenen Arbeiter auch davon Gebrauch machen und nicht aus legitimatorischen Gründen etc. weiterhin am ärztlichen Attest festhalten. Unter der Annahme, daß von der geänderten Regelung Gebrauch gemacht wird, ist die Zahl derjenigen Kurz-AU-Fälle zu ermitteln, bei denen Arbeiter auch ohne ärztliches Attest dem Arbeitsplatz fernbleiben könnten.

Es ist dazu notwendig, folgende Fragen zu beantworten:

1. Von welcher Dauer sind die Kurz-AU-Fälle, für die die 3-Tage-Regelung in Betracht kommen? Eine einfache Berücksichtigung der Fälle von einem bis zu drei Tagen Dauer würde angesichts des Krankenschreiberverhaltens der Ärzte die Zahl der Fälle zu niedrig schätzen.
2. Wie hoch ist dabei der Anteil der 'unkomplizierten Fäl-

le'? Es ist zu berücksichtigen, daß nur bei einem Teil der in Frage kommenden Fälle der Arztbesuch zur Disposition des Versicherten steht. Nur die 'unkomplizierten' Fälle werden als in Frage kommend erachtet.

3. Wie hoch ist der Anteil der Arbeiter an diesen Fällen?

9.2.1 Falldauer

In Kapitel 3.3 wurde schon eine Untersuchung zitiert, wonach 2/3 der AU-Fälle bis zu sieben Tagen Dauer so bemessen waren, daß ihr Ende auf einen Freitag, Samstag oder Sonntag fiel (Thiele 1981, S. 16). Wie auch dort schon bemerkt, stehen dem Arzt keine objektivierbaren Kriterien für die Dauer einer AU zur Verfügung, er ist kaum in der Lage, die Länge auf den Tag exakt festzulegen. Bei kurzfristigen Fällen (z.B. bis sieben Tage) ist die Häufung des Wochenendes als Ende von AU-Fällen deshalb so zu werten, daß ärztlicherseits verständlicherweise ein gewisser Spielraum in der Festlegung der Dauer solcher Fälle kalkuliert wird. Bei der Ermittlung der Fallzahl wäre demnach den Fällen mit

- a) einer Dauer bis zu drei Tagen noch die Fälle hinzuzurechnen, die
- b) am Mittwoch beginnen und 4 bzw. 5 Tage dauern (Ende Samstag oder Sonntag), sowie
- c) am Donnerstag beginnen und 4 Tage dauern (Ende Sonntag). Weiterhin wird ein Teil der Fälle hinzuzurechnen sein, die
- d) am Montag bzw. Dienstag beginnen, zwar länger als drei Tage dauern, ihr Ende aber noch in dieser Woche einschließlich des Wochenendes haben. Dieser Anteil kann nur geschätzt werden und soll in dieser Untersuchung auf die Hälfte dieser Fälle festgelegt werden.

Die Aufteilung der 1 - 7tägigen AU-Fälle auf diese Fallgruppen bei der Untersuchung von Thiele (die für die Pflichtmitglieder der hier untersuchten Kasse repräsentativ ist) ist Tabelle 36 zu entnehmen.

Tabelle 36: Verteilung von AU-Fällen mit 1 - 7tägiger Dauer auf verschiedene Fallgruppen (a-d) sowie kumulierte Anteile der AU-Fälle nach Tagen

AU-Dauer (in Tagen)	Fälle (in kum. %)	Anteile der Fallgruppen an den AU-Fällen insgesamt (1-7 Tage) AU-Beginn						
		Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
1	9,4	AU-Fälle 1-3 Tage (a): 27,9 %						
2	17,4							
3	27,9							
4	41,5	AU-Fälle 4-7 Tage,		AU-Fälle 4-5 Tage, Beginn Mi bzw. Do (b,c) 10,2 %				
5	66,3							
6	85,3	Beginn Mo bzw. Di (d) 51,5 %						
7	100,0							

Demnach machen die Fälle der Kategorien a - c sowie die Hälfte der Fälle aus Kategorie d zusammen 63,7 % der 1 - 7tägigen AU-Fälle aus. Dies entspricht etwa dem Anteil der Fälle bis 5 Tage Dauer (66,3 %). Diese Fallgruppe wird deshalb als diejenige betrachtet, die bei einer Einführung der 3-Tage-Regel in Betracht käme. Sie umfaßt in der vorliegenden Untersuchung 3.176 Fälle.

9.2.2 'Unkomplizierte' Fälle

In den Kapiteln 5 und 6 wurde gezeigt, daß das Behandlungsgeschehen im Rahmen kurzfristiger AU-Fälle von unterschiedlicher Komplexität ist und einen Indikator für die Notwendigkeit der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen darstellt.

Zunächst werden deshalb diejenigen Fälle erfaßt, deren ambulantes Behandlungsgeschehen darauf hinweist, daß - durch die Art der Gesundheitsstörung bedingt - der Arztbesuch notwendig ist. Dies wird bei denjenigen Fällen angenommen, deren Behandlungsgeschehen durch mindestens einen der untersuchten Indikatoren (A-E) gekennzeichnet ist. Bei den restlichen Fällen, die als 'unkomplizierte' Fälle bezeichnet werden,

wird angenommen, daß die Arbeitsruhe den wichtigsten Beitrag zur Behandlung der zugrundeliegenden Gesundheitsstörung ausmacht. Mit anderen Worten: Es wird angenommen, daß unter den gegebenen Verhältnissen bei Arbeitern die Notwendigkeit, eine AU-Bescheinigung zu erlangen, den Hauptgrund für einen Arztbesuch darstellt. In Kapitel 5.2.1 wurde für die Falldauerklasse von 1 - 5 Tagen ein Anteil von 65 % 'unkomplizierter' Fälle ermittelt. Dieser Anteil wird bei der Ermittlung des Einsparungsvolumens in Rechnung gestellt.

9.2.3 Arbeiteranteil

Die Einführung der 3-Tage-Regelung würde nur bei denjenigen Versicherten den Arztbesuch zur Disposition stellen, die Arbeiter (im sozialrechtlichen Sinne) sind. Ihr Anteil beträgt in allen Falldauerklassen 88 %.

9.2.4 Einsparungsvolumen

Nach dem bisher vorgetragenen Modell kommen nun für Einsparungen aus einer Einführung der 3-Tage-Regelung für Arbeiter 65 % von 3.176 Fällen 1 - 5tägiger AU als 'unkomplizierte' Fälle und davon 88 % als solche, die Arbeitern zuzurechnen sind, in Betracht. Das sind 57,2 % oder 1.817 Fälle. Von den eingesparten Mitteln wird angenommen, daß sie eben diesen Anteil von 57,2 % an den Ausgaben für ambulante Behandlung im Rahmen 1 - 5tägiger AU (vgl. Kapitel 9.1) ausmachen. Dies sind DM 275.866,--.

Auf die gesamten Ausgaben für ärztliche Leistungen und Arzneimittel der Pflichtmitglieder bezogen sind dies 2,1 %, bezogen auf die gesamten Ausgaben der Krankenkasse 0,17 %. Diese Ergebnisse belegen, daß kurzfristige Arbeitsunfähigkeit nicht nur ein seltenes Ereignis ist, sondern auch für die Krankenkassen einen kleinen Kostenfaktor darstellt. Einsparungseffekte aus einer Einführung der 3-Tage-Regelung für Arbeiter sind als gering zu beurteilen.

10. Verzeichnisse

10.1 Literaturverzeichnis

- AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse) für die Region I (1975)
Geschäftsbericht 1975
- Borgers, Dieter/Schräder, Wilhelm F. (Hrsg.) (1983)
Behandlungsverläufe in der ambulanten medizinischen
Versorgung - Möglichkeiten ihrer Analyse auf der Basis
von Routinedaten der Krankenversicherung; Schriftenreihe
Gesundheitsforschung, hrsg. v. Bundesministerium für
Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1983
- Borgers, Dieter
Epidemiologie und Behandlung beim Magengeschwür; in:
Borgers/Schräder (1983), S. 100-119
- BMA (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung)
(Hrsg.)(1976 lfd.)
Arbeits- und Sozialstatistik, Gesetzliche Krankenver-
sicherung, Mitglieder, Beitragssätze und Krankenstand;
in: Bundesarbeitsblatt
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BdB)(Hrsg.)(1981)
Krankheitsarten- und Arbeitsunfallstatistik '80, Essen
- Ferber, Liselotte von
Die Arbeitsunfähigkeitsdiagnose des niedergelassenen
Arztes und ihre Aussagefähigkeit; in: Die Ortskranken-
kasse, H. 23-24, 1980, S. 918-923
- Häussler, Bertram/Schräder, Wilhelm F.
Kontextanalyse von Behandlungsverläufen auf der Basis
der Prozeßdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung;
in: Borgers/Schräder (1983), S. 20-31
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (1973 ff.)
Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (BMÄ),
Köln
- Knoblich, Ines u.a. (1979)
Vergleich der Leistungsstruktur verschiedener Formen der
ambulanten und stationären Versorgung. Analyse auf der
Basis der Datenbank des Landesverbandes der Ortskranken-
kassen in Bayern; Materialien und Forschungsberichte zur
Strukturforschung im Gesundheitswesen, H. 8-12, Hrsg.
Berliner Arbeitsgruppe Strukturforschung im Gesundheits-
wesen (BASiG), Technische Universität Berlin
- Maag, Heidrun u.a. (1982)
Methoden zur Darstellung der Leistungsstruktur von
Versichertengruppen auf der Grundlage der Auswertung von
Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung;
BASiG-Papier Nr. G 104, BASiG, Technische Universität
Berlin

Thiele, Wilhelm (1981)

Arbeitsunfähigkeit und Wochenrhythmus, BASiG-Papier
Nr. D 43, Technische Universität Berlin

Schwarz, F. W./Schwefel, D. (1978)

Diagnosen in der ambulanten Versorgung. Aussagefähigkeit
und Auswertbarkeit. Eine Expertenbefragung in der Bundes-
republik Deutschland, Band 9 Wissenschaftliche Reihe des
Zentralinstituts für kassenärztliche Versorgung in der
Bundesrepublik Deutschland, Köln

10.2	Verzeichnis der Abbildungen	Seite
Abb. 1:	Relative und kumulierte Häufigkeit der AU-Fälle der Pflichtmitglieder nach der Falldauer (Anteile in %)	31
Abb. 2:	Häufigkeit von AU-Fällen nach Falldauerklassen (Anteile in % aller AU-Fälle) und daraus resultierende Anteile am AU-Volumen (in %)	35
Abb. 3:	Kurz-AU-Fälle nach Falldauerklassen und Anlässen (Anteile in %)	47
Abb. 4:	Anteil der 'unkomplizierten' Fälle (in %) nach Anlässen und Falldauerklassen 1 - 7 Tage (gestrichelt) und 8 - 14 Tage	58
Abb. 5:	Längerer ambulanter Behandlungskontext (Indikator C): Anteil der Fälle (in %) nach Anlässen und Falldauerklassen 1 - 7 Tage und 8 - 14 Tage (gestrichelt)	61
Abb. 6:	Inanspruchnahme spezieller medizinischer Leistungen (Indikator D): Anteil der Fälle (in %) nach Anlässen und Falldauerklassen 1 - 14 Tage und 8 - 14 Tage (gestrichelt)	62
Abb. 7:	Behandlung durch mehrere Ärzte (Indikator E): Anteil der Fälle (in %) nach Anlässen und Falldauerklassen 1 - 14 Tage und 8 - 14 Tage (gestrichelt)	63
Abb. 8:	Behandlungsprofile für acht Gruppen von AU-Anlässen	65
Abb. 9:	Behandlungsverlauf Nr. 1: Erkältungskrankheit (Facharbeiter im Baugewerbe, 47 Jahre)	73
Abb. 10:	Behandlungsverlauf Nr. 2: Erkrankungen des Bewegungsapparates (Ausschnitt)	78
Abb. 11:	Behandlungsverlauf Nr. 3: Erkrankungen des Bewegungsapparates (Facharbeiterin im Einzelhandel, 45 Jahre)	81
Abb. 12:	Behandlungsverlauf Nr. 4: Durchfallkrankheiten (Ausschnitt)	89
Abb. 13:	Erkältungskrankheiten, Erkrankungen des Bewegungsapparates, kleinere Verletzungen: Abweichungen der Anteile der Kurz-AU-Betroffenen (1 - 14 Tage; differenziert nach Alter und Geschlecht) von den entsprechenden Anteilen der Pflichtmitgl. insgesamt (in %)	102

10.3	Verzeichnis der Tabellen	Seite
Tabelle 1:	AU-Fälle der Pflichtmitglieder nach Falldauerklassen (Anteile in %)	32
Tabelle 2:	Beginn und Ende der AU-Fälle der Pflichtmitglieder nach Wochentagen (Anteile in %)	33
Tabelle 3:	AU-Tage nach dem Wochentag (Anteile in %)	34
Tabelle 4:	AU-Fälle und AU-Volumen der Pflichtmitglieder nach Falldauerklassen	35
Tabelle 5:	Zahl der AU-Fälle auf 100 Pflichtmitglieder (in VJ) n. Falldauerklassen (n = 14.514 VJ)	36
Tabelle 6:	Pflichtmitglieder nach der Zahl der AU- und Kurz-AU-betroffenen Personen und der Zahl ihrer Kurz-AU-Fälle pro Jahr	37
Tabelle 7:	Im Rahmen kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit bedeutsame Diagnosegruppen (nach ICD, und 8. Rev.) deren Zusammensetzung	41
Tabelle 8:	Häufigkeit der Fälle kurzfristiger Arbeitsunfähigkeit (1 - 14 Tage) mit einer Diagnosenennung aus Gruppe 1 bis 9	43
Tabelle 9:	Häufigkeit weiterer Diagnosenennungen je AU-Fall nach den Gruppen 1 bis 9	44
Tabelle 10:	Kurz-AU-Fälle nach Anlässen und Falldauerklassen (Anteile in %)	45
Tabelle 11:	Kurz-AU-Fälle nach Falldauerklassen und Anlässen (Anteile in %)	47
Tabelle 12:	Kurz-AU-Fälle (- 14 Tage) nach Anlässen und Fällen je Pflichtmitglieder	48
Tabelle 13:	Hauptgruppen des Bewertungsmaßstabes für Ärzte (gültige Fassung von 1975)	55
Tabelle 14:	Anteile der durch Indikatoren bezeichneten Fälle kurzfristiger AU sowie der 'unkomplizierteren' Fälle nach Falldauerklassen (in %)	56
Tabelle 15:	Anteile der 'unkomplizierten' Fälle (in %) nach Anlässen und Falldauerklassen	58
Tabelle 16:	Anteil der Fälle nach dem Behandlungskontext (Indikator C, D, E) in % sowie nach Anlässen und Falldauerklassen	60
Tabelle 17:	Erkältungskrankheiten (Gruppe 1): Behandlungsprofil für AU-Fälle (1 - 14 Tage) (siehe auch Abb. 8, Gruppe 1)	67
Tabelle 18:	Erkältungskrankheiten: Verteilung der Kurz-AU-Fälle auf die 4 Quartale	68
Tabelle 19:	Chronische Behandlungsverläufe bei Erkältungskrankheiten (Gruppe 1): ambulante Behandlungsdauer, AU-Fall und Medikation nach Quartalen für 5 Versicherte	69
Tabelle 20:	Erkrankungen des Bewegungsapparates: Behandlungsprofil f. AU-Fälle (8 - 14 Tage)	74
Tabelle 21:	Chronische Behandlungsverläufe bei Erkrankung des Bewegungsapparates (Gruppe 2): ambulante Behandlungsdiagnose, AU-Fall, Krankenhausfall und Medikation nach Quartalen für 6 Versicherte	76

Tabelle 22:	Erkrankungen des Bewegungsapparates: Häufige ärztliche Leistungen während der Kurz-AU (n = 63 Fälle)	77
Tabelle 23:	Erkrankungen des Bewegungsapparates: Überweisung von den behandelnden Allgemeinärzten zu Fachärzten folgender Spezialisierung (n = 63 Fälle)	80
Tabelle 24:	Kleinere Verletzungen: Behandlungsprofil für AU-Fälle (8 - 14 Tage)	85
Tabelle 25:	Kleinere Verletzungen: Spezielle medizinische Leistungen bei AU-Fällen (n = 52) mit einer Dauer von 8 -14 Tagen	87
Tabelle 26:	Kleinere Verletzungen: Behandelnde Ärzte bei AU-Fällen mit einer Dauer von 8 - 14 Tagen (n = 52)	88
Tabelle 27:	Herz-Kreislauf-Symptome (Gruppe 8, n = 41) und psychophysische Symptome (Gruppe 9, n = 39): Hauptanlaß der AU	93
Tabelle 28:	Kurz-AU-Fälle nach Alter der betroffenen Versicherten und Falldauer sowie Pflichtmitglieder insgesamt (in %)	97
Tabelle 29:	Zahl der AU-Fälle auf 100 Pflichtmitglieder nach Altersgruppen und Falldauerklassen	98
Tabelle 30:	Kurz-AU-Fälle nach Geschlecht und Falldauer sowie Pflichtmitglieder insgesamt (in %)	98
Tabelle 31:	Kurz-AU-Betroffene (1-14 Tage) nach Anlaß und Alter sowie Pflichtmitglieder insges.	100
Tabelle 32:	Kurz-AU-Betroffene (1-14 Tage) nach Anlaß und Geschlecht sowie Pflichtmitglieder insgesamt (in %)	101
Tabelle 33:	Kurz-AU-Betroffene (1 - 14 Tage) nach Anlaß, Alter und Geschlecht sowie Pflichtmitglieder insgesamt (in %)	101
Tabelle 34:	Häufigkeiten von Berufen bei Versicherten, die wegen kleineren Verletzungen von Kurz-AU betroffen sind, und bei Pflichtmitgliedern insgesamt (in %)	105
Tabelle 35:	Ausgaben für ärztliche Leistungen und Arzneimittel, die im Rahmen von Fällen kurzfristiger AU entstehen (nach der Falldauer)	107
Tabelle 36:	Verteilung von AU-Fällen mit 1 - 7tägiger Dauer auf verschiedene Fallgruppen (a-d) sowie kumulierte Anteile der AU-Fälle nach Tagen	109

Bernd Schneider, Wilhelm F. Schröder

LANGE PERIODEN DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT - EINE ANALYSE DER
VERSICHERTEN EINER ALLGEMEINEN ORTSKRANKENKASSE AUF DER
BASIS VON ROUTINEDATEN DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG
FÜR DIE JAHRE 1978 BIS 1981

Medizinische Beratung: Dr. med. Dieter Borgers
Informatik: Dipl.-Inf. Ulrich Ruhl

Inhalt

	Seite
1. Ziel und Ergebnisse der Untersuchung (Zusammenfassung).....	121
1.1 Ausgangspunkt.....	121
1.2 Eckdaten zur Häufigkeit der Langzeit-Arbeitsunfähigkeit (L-AU) der Allgemeinen Ortskrankenkasse B (KK B) für das Jahr 1979...	123
1.3 Verteilung nach Anlässen: Typologie der L-AU.....	124
1.4 Ausgewählte Versichertengruppe: Junge Frauen mit L-AU.....	130
1.5 Ausgewählte Versichertengruppe: Versicherte zwischen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit..	131
1.6 Zusammenfassung.....	134
I. ABSCHNITT: DIE EMPIRISCHE AUSGANGSSITUATION..	135
2. Ausgangsdaten, Methoden der Erhebung (Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung) und Anlage der Untersuchung.....	136
3. Die Entwicklung des Langzeit-AU-Volumens 1973 - 1981 auf Bundesebene.....	140
4. Eckwerte zur Langzeit-Arbeitsunfähigkeit für die Krankenkasse A (1975) und die Krankenkasse B (1978 - 1981) 1978 - 1981.....	148
4.1 AU-Fälle und AU-Tage nach der Dauer der Fälle.	148
4.2 Versicherte mit mindestens einem Arbeitsunfähigkeitsfall von mehr als 42 Tagen nach Alter und Geschlecht.....	150
4.3 Anteil der Versicherten mit mindestens einer L-AU an den Versicherten insgesamt.....	152
II. ABSCHNITT: TYPOLOGIE DER LANGZEIT-ARBEITSUNFÄHIGKEITSFÄLLE.....	157
5. Untersuchungsdaten: Ziehung zweier Stichproben (à 209 Personen).....	158
6. Die leitenden Kriterien für die Bildung von Teilgruppen.....	161
7. Die Methodik der Analyse von Behandlungsverläufen aus Versichertenblättern.....	166

8.	Teilgruppe A: Versicherte mit Unfällen.....	172
8.1	Definition der Teilgruppe:.....	172
8.2	Größe und Zusammensetzung der Teilgruppe:....	173
8.3	Fallbeispiel Nr. 1: Unfall als Anlaß einer L-AU (Arbeiter, 30 Jahre), KK A 1975.....	174
8.4	Fallbeispiel Nr. 2: Unfall als Anlaß einer L-AU (Bauhilfsarbeiter, 28 Jahre), KK B 1979.	177
9.	Teilgruppe B: Versicherte mit akuten Erkrankungen und einer Behandlungsdauer von üblicherweise mehr als 6 Wochen.....	180
9.1	Definition der Teilgruppe.....	180
9.2	Größe und Zusammensetzung der Teilgruppe.	180
9.3	Fallbeispiel Nr. 3: Akuterkrankung (Leistenbruch) als Anlaß einer L-AU (Arbeiterin, 49 Jahre), KK A 1975.....	182
9.4	Fallbeispiel Nr. 4: Akuterkrankung (Gebärmutter- und Scheidenvorfall/Neubildung) als Anlaß einer L-AU (Bürofachkraft, 57 Jahre), KK B 1979.....	183
10.	Teilgruppe C: Versicherte mit akuter Verschlechterung einer spezifischen chronischen Erkrankung.....	185
10.1	Definition der Teilgruppe.....	185
10.2	Größe und Zusammensetzung der Teilgruppe.....	186
10.3	Fallbeispiel Nr. 5: Spezifische chronische Erkrankung (Herzkrankheit) als Anlaß einer L-AU (Bauarbeiter, 47 Jahre), KK A 1975.....	194
10.4	Fallbeispiel Nr. 6: Spezifische chronische Erkrankung (Skelett-/Muskel-/Bindegewebskrankheit) als Anlaß der L-AU (Bürofachkraft, 50 Jahre), KK B 1979.....	195
11.	Teilgruppe D: Versicherte mit Suchtkrankheiten.....	198
11.1	Definition der Teilgruppe.....	198
11.2	Größe und Zusammensetzung der Teilgruppe.....	198
11.3	Fallbeispiel Nr. 7: Suchtkrankheit als Anlaß der L-AU (Arbeiter, 37 Jahre), KK A 1975.	201
11.4	Fallbeispiel Nr. 8: Suchtkrankheit als Anlaß einer L-AU (Baumaschinenführer, 39 Jahre), KK B 1975.....	203
12.	Teilgruppe E: Versicherte mit akuter Verschlechterung chronischer Krankheiten (ohne dominierende Einzelkrankheit), insbesondere mit psychosomatischem oder Verschleiß-Hintergrund (Multimorbidität).....	206
12.1	Definition der Teilgruppe.....	206

12.2	Größe und Zusammensetzung der Teilgruppe.....	207
12.3	Fallbeispiel Nr. 9: Multimorbidität als Anlaß der L-AU (Arbeiter, 52 Jahre), KK A 1975.	212
12.4	Fallbeispiel Nr. 10: Multimorbidität als Anlaß der L-AU (Hilfsarbeiter, 39 Jahre), KK B 1979.....	215
13.	Teilgruppe R: Versicherte zwischen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit.....	217
13.1	Definition der Teilgruppe.....	217
13.2	Größe und Zusammensetzung der Teilgruppe.....	218
13.3	Fallbeispiel Nr. 11: Versicherter mit L-AU und Zweifeln an der weiteren Erwerbsfähigkeit (Arbeiter, 58 Jahre), KK A 1975.....	220
13.4	Rentenbeginn bei Versicherten der Stichprobe KK B 1979.....	222
14.	Zusammenfassung: Typologie.....	226
III.	ABSCHNITT: ANALYSE AUSGEWÄHLTER VERSICHER- TENGROUPE.....	229
15.	Auswahl der näher zu untersuchenden Versichertengruppen.....	230
16.	Zusatzerhebung in KK B zu den ausgewählten Versichertenblättern. Vergleich der Datelage der Versichertenblätter mit Material aus weiteren Informationsquellen bei der Krankenkasse (insbesondere beim Rehabilitationssachbearbeiter).....	232
17.	Junge berufstätige Frauen, 25 - 34 Jahre, mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit.....	236
17.1	Ausgangspunkt: Zahlenmäßiges Auftreten/besondere Problemlage.....	236
17.2	Psychosoziale Belastungen von Frauen im Alter zwischen 25 und 34 Jahren.....	237
17.3	Übersicht: Soziale Situation.....	244
17.4	Übersicht: Gesundheitliche Situation.....	247
17.5	Fallbeispiel Nr. 12: Berufstätige junge Frau mit L-AU-Anlaß Multimorbidität/psychosomatische Beteiligung (Köchin, 30 Jahre), KK A 1975.....	252
17.6	Fallbeispiel Nr. 13: Berufstätige junge Frau mit L-AU-Anlaß Multimorbidität/psychosomatische Beteiligung (Arbeiterin, 31 Jahre), KK B 1979.....	254
17.7	Fallbeispiel Nr. 14: Berufstätige junge Frau mit L-AU-Anlaß psychosomatische Colitis ulcerosa (Arbeiterin, 29 Jahre), Zusatzerhebung KK B 1982.....	256

17.8	Handlungskonzepte der Krankenkassen.....	259
18.	Versicherte zwischen Arbeits- und Erwerbs- unfähigkeit.....	263
18.1.	Ausgangspunkt: Zahlenmäßiges Auftreten.....	263
18.2.	Gesundheitliche und soziale Situation der in ihrer Erwerbsfähigkeit durch Krankheit bedrohten Arbeitnehmer.....	271
18.3	Übersicht: Soziale Situation.....	276
18.4.	Übersicht: Gesundheitliche Situation.....	285
18.5.	Fallbeispiel Nr. 15: Versicherter mit L-AU (Verschleiß: Skelett, Muskeln, Bindegewebe) und vorzeitigem Rentenbeginn (Arbeiter, 53 Jahre bei Rentenbeginn), Zusatzerhebung KK B 1982.....	299
18.6	Fallbeispiel Nr. 16: Versicherter mit L-AU (Herzkrankheit) und vorzeitigem Rentenbe- ginn (Arbeiter, 48 Jahre bei Rentenbe- ginn); KK B 1981.....	301
18.7	Fallbeispiel Nr. 17: Versicherte mit L-AU (Multimorbidität) und vorzeitigem Rentenbe- ginn (Arbeiterin, 56 Jahre bei Rentenbe- ginn); KK B 1981.....	303
18.8.	Handlungsmöglichkeiten der Krankenkasse.....	305
IV.	ANHANG.....	311
19.	Verzeichnis der Fallbeispiele.....	312
20.	Verzeichnis der Tabellen.....	314
21.	Verzeichnis der Abbildungen.....	317
22.	Verzeichnis der Literatur.....	318
24.	Verzeichnis der Abkürzungen.....	323

Alle in dieser Untersuchung wiedergegebenen Fallbeispiele sind fiktiv; Ähnlichkeit mit lebenden Personen ist rein zufällig. Die Fallbeispiele wurden tatsächlichen Behandlungsverläufen sinngemäß nachgebildet.

1. Ziel und Ergebnisse der Untersuchung (Zusammenfassung)

1.1 Ausgangspunkt

12,2millionenmal wurde im Jahr 1981 den 9,8 Millionen Pflichtversicherten der Ortskrankenkassen krankheitsbedingt Arbeitsruhe verordnet (BdO, 1981, S. 29, 262). Dabei handelt es sich um Fälle von einem Tag Dauer bis zu 78 Wochen Dauer und länger. Die kurzzeitigen Perioden von nur wenigen Tagen Dauer sind in der Regel Ausdruck von akuten, passageren Erkrankungen, Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen. Langandauernden Perioden der Arbeitsunfähigkeit liegen eher gravierende akute und chronische Erkrankungen zugrunde: Unfallfolgen, degenerative Erkrankungen des Skeletts, des Herzens und des Kreislaufs, langwierige psychosomatische und psychische Störungen.

Letzteres trifft insbesondere für die hier näher zu betrachtenden Fälle von Langzeit-Arbeitsunfähigkeit (im folgenden kurz: L-AU) mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen zu. Diese L-AU-Fälle machen ca. 5 - 7 % aller AU-Fälle aus; auf sie entfallen jedoch ca. 40 - 45 % aller AU-Tage (AU-Volumen). Für die von L-AU betroffenen Versicherten gilt in den meisten Fällen, daß die 42-Tage-Frist für die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall endet und daß die Krankenkasse die Funktion der Einkommenssicherung übernimmt.

Obwohl diese Versichertengruppe große gesundheitsökonomische Bedeutung hat (40 % des AU-Volumens, fast 100 % des Krankengeldes) und zudem sozialmedizinisch von großem Gewicht ist, da es sich in der Regel um Personen mit schweren gesundheitlichen Schäden handelt, liegen dazu bisher keine empirischen

Studien vor, obwohl der Stand der versichertenbezogenen Datenerfassung im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung hier vielfältige Möglichkeiten bietet.

Angesichts dieser Konstellation erschien es sinnvoll, zunächst einen statistischen Überblick über die von L-AU betroffenen Versicherten zu erstellen, wobei insbesondere nach dem Anlaß und dem Verlauf der AU gefragt wurde (siehe Kapitel 1.3 und Abschnitt II).

Die einzelnen gefundenen Versichertengruppen zeigen eine große Variation hinsichtlich ihrer sozialmedizinischen und sozialrechtlichen Probleme. Zwei Teilgruppen wurden exemplarisch einer detaillierten Analyse unterzogen, um Anhaltspunkte für Handlungsmöglichkeiten insbesondere der Krankenkassen zu gewinnen: junge Frauen zwischen 25 und 34 Jahren und Frührentner; in einem Falle standen eher sozialmedizinische Handlungsmöglichkeiten, im anderen eher sozialrechtliche Probleme im Vordergrund (siehe Kap.1.4 und 1.5 und Abschnitt III).

Die Studie wurde im Rahmen eines größeren Forschungsvorhabens "Inanspruchnahme und Leistungsstruktur von Versichertengruppen in der Gesetzlichen Krankenversicherung" durchgeführt, das vom Bundesminister für Forschung und Technologie und vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung gefördert wurde. Ziel des Gesamtvorhabens war es zu prüfen, inwieweit die Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen zur Gesundheitssicherung ihrer Mitglieder durch verstärkte Auswertung von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung erweitert werden können.

Die vorliegende Studie stützt sich auf Routinedaten einer Allgemeinen Ortskrankenkasse in Bayern mit einer Einzugsregion von ca. 170.000 Einwohnern, von denen ca. 60.000 in der zentral gelegenen kreisfreien Stadt wohnen, die das Indu-

strie-, Geschäfts- und Verwaltungszentrum der ansonsten ländlichen Region ist.

Die Untersuchung erstreckt sich auf das AU-Geschehen eines Jahres, und zwar aus methodischen Gründen auf das Jahr 1979. Berücksichtigt wurden jedoch die Routinedaten der Jahre 1978 bis 1981, wobei für jede der in dem Zeitraum versicherten 51.231 Personen mit Barleistungs-(Krankengeld-)berechtigung Angaben zum Versicherungsverlauf, zur Krankenhausbehandlung sowie zum AU-Geschehen in anonymisierter Form vorlagen.

1.2 Eckdaten zur Häufigkeit der Langzeit-Arbeitsunfähigkeit (L-AU) der Allgemeinen Ortskrankenkasse B (KK B) für das Jahr 1979

Im Jahr 1979 waren insgesamt 39.062 barleistungsberechtigte Mitglieder bei der KK B versichert mit einem Versicherungszeitraum von insgesamt 33.082 Versicherungsjahren. Der Anteil der weiblichen Mitglieder betrug 36,9 %. Auf die 39.062 Versicherten entfielen 1979 insgesamt 32.783 AU-Fälle mit 624.346 AU-Tagen (99 AU-Fälle und 1887 AU-Tage pro 100 Versichertenjahre). AU-Häufigkeit und AU-Volumen der KK B liegen etwa auf dem Niveau des entsprechenden Regierungsbezirks; gegenüber dem Land Bayern und dem Bund sind sie unterdurchschnittlich.

Bei 7,6 % (= 2505) der AU-Fälle handelte es sich um die hier im Mittelpunkt der Untersuchung stehenden Perioden von Langzeit-Arbeitsunfähigkeit (L-AU), d.h. von mehr als 42 Tagen Dauer. Auf diese entfielen jedoch 47,9 % aller AU-Tage; die durchschnittliche Dauer eines L-AU-Falles beträgt 119 Tage. Die 2505 L-AU-Fälle verteilen sich auf 2230 Personen (1425 Männer, 805 Frauen). Es haben somit 5,8 % der männlichen und 5,6 % der weiblichen Versicherten im Jahr 1979 mindestens eine L-AU aufzuweisen (durchschnittlich: 5,7 %).

Erste Aufschlüsse über die Verteilung der L-AU-Fälle liefert die Betrachtung nach dem Alter der betroffenen Versicherten. Bei der jüngsten Versichertengruppe der unter 25jährigen haben im Verlauf des Jahres 1979 3,1 % (Männer) bzw. 2,4 % (Frauen) der Personen mindestens eine L-AU. Über die Altersklassen steigt dieser Anteil bei beiden Geschlechtern kontinuierlich an, bis es bei den über 54jährigen schließlich 11,7 % bzw. 10,6 % sind, denen eine AU von mehr als sechs Wochen Dauer verordnet wurde. Vergleicht man diese L-AU-Quoten des einen Jahres mit denen für den gesamten Vierjahreszeitraum, so ergibt sich, daß diese bei der jüngsten Altersklasse drei- bis viermal so hoch liegen (11,4 % bzw. 7,2 %), bei den älteren Versicherten aber weniger als doppelt so hoch (23,0 % bzw. 21,0 %) als die Quoten des Jahres 1979. Dies bedeutet, daß bei den jüngeren Versicherten immer wieder andere Personen von einer L-AU betroffen sind, wohingegen bei den älteren Versicherten vorwiegend Wiederholungsfälle auftreten.

1.3 Verteilung nach Anlässen: Typologie der L-AU

Da bisher noch nicht bekannt war, wie sich die Gruppe der langzeit-arbeitsunfähigen Versicherten im einzelnen zusammensetzt, wurde im ersten Arbeitsschritt anhand einer repräsentativen Stichprobe von 200 Fällen eine Differenzierung nach den Anlässen der L-AU-Phasen vorgenommen. Die detaillierte Betrachtung der 200 Behandlungsverläufe (zu methodischen Problemen der Auswertung von Versichertenblättern vgl. Borgers/Schräder 1982, Schräder u.a. 1982) legte eine Unterteilung in fünf Teilgruppen nahe. Dieselbe Unterteilung hatte sich bereits im Rahmen einer Vorstudie mit Daten der Krankenkasse A aus dem Jahr 1975 ergeben (Borgers u.a. 1982; zur Einbeziehung der KK A vgl. Kap. 2 dieses Berichts).

- A. Versicherte mit Unfällen (31 % der Personen mit L-AU): Bei fast einem Drittel der Versicherten ist die Langzeit-AU durch einen Unfall bedingt; gleichzeitig kommt anderen (Begleit-) Erkrankungen hier eine zu vernachlässigende Bedeutung zu. Die Betrachtung des Vierjahreszeitraums zeigt, daß bei der Mehrzahl dieser Versicherten die unfallbedingte L-AU eher ein isoliertes Ereignis ist; bei einem kleineren Teil findet sich daneben eine Anzahl weiterer Unfälle, die zu meist kürzeren AUs führen.

Betroffen sind in dieser Teilgruppe zum ganz Überwiegenden Anteil jüngere männliche Versicherte. So stellen bei den unter 25jährigen Männern die Unfallpatienten zwei von drei Mitgliedern der Versichertengruppe Langzeit-Arbeitsunfähige. In mehr als der Hälfte der Fälle liegen Brüche der Extremitäten oder des Knochenapparates vor. Bei der Hälfte der nach ihrer Ursache aufgeklärten Unfälle handelt es sich um Arbeitsunfälle.

Unter dem Gesichtspunkt des Behandlungserfolges wird davon ausgegangen, daß in der Regel mit Behandlungsende eine abschließende erfolgreiche Heilung erreicht werden kann und langfristige Folgeerscheinungen nicht zu erwarten sind. Dies trifft natürlich nicht in jedem Einzelfall zu; das Ausmaß chronischer Unfallfolgen konnte aber bisher nicht näher bestimmt werden. Unter dem Blickwinkel langandauernder AU wird hier vorläufig kein besonderes Handlungserfordernis der Krankenkassen gesehen.

- B. Versicherte mit Akuterkrankungen (außer Unfällen) (12 % der Personen mit L-AU): Weitere Erkrankungen, die - wie auch die Unfälle - akut verlaufen und zum gegebenen Zeitpunkt klar definierte medizinische Behandlungsschritte erfordern, wurden in dieser Gruppe zusammengefaßt. Es handelt sich zum einen um Versicherte mit guten

Heilungschancen, aber zum anderen gerade auch um solche Krankheiten, bei denen eine vollständige oder auch nur partielle Heilung nicht oder kaum mehr möglich bzw. zu erwarten ist. In dieser alters- und geschlechtsmäßig heterogenen Gruppe finden sich daher Personen, deren L-AUen aus verschiedenen, aber klar zu identifizierenden Erkrankungsbereichen resultieren: CA, Tuberkulose, gynäkologische Beschwerden, langwierige Akuterkrankungen der Atemwege, akut notwendig werdende Operationen u.a.m. Die Diskussion ggf. relevanter Behandlungs- und Versorgungsalternativen für die hier betrachteten Versicherten muß weniger im Kontext der Probleme lang anhaltender Arbeitsunfähigkeit geführt werden als vielmehr im Zusammenhang der Entwicklung in speziellen Feldern der kurativen Medizin.

- C. Spezifische chronische Erkrankungen (42 % der Personen mit L-AU): In Abhebung zu den ersten beiden Teilgruppen werden in dieser und den beiden folgenden Gruppen chronisch erkrankte Versicherte erfaßt. Wenn sich aus den Behandlungsverläufen ein bestimmter Erkrankungsbereich als dominierend und allein bzw. hauptsächlich das AU-Geschehen verursachend identifizieren läßt, wurde der Versicherte dieser Gruppe zugeordnet. Die am häufigsten vorkommenden Erkrankungsbereiche sind (in dieser Reihenfolge): Skelett-/Muskel-/Bindegewebserkrankungen (körperlicher Verschleiß im engeren Sinne), Herz-/Kreislaufkrankungen, Krankheiten der Verdauungsorgane (v.a. Magen/Darm) sowie psychische Störungen und Erkrankungen. Es zeigt sich, daß bei den Magen-/Darmerkrankungen vor allem Männer mittleren Alters betroffen sind, bei den Herz-/Kreislaufkrankungen vor allem Männer höheren Alters, bei den körperlichen Verschleißprozessen Männer sowohl mittleren als auch höheren Alters und bei den psychischen Störungen mehrheitlich Frauen. In vielen

Fällen handelt es sich um psychosomatische Krankheitsverläufe.

Chronischer Verlauf bedeutet auch, daß in der Regel durch das Behandlungsintervall keine abschließende vollständige Heilung erreicht wird, sondern daß vielmehr die gegenwärtige Verschlechterungsphase der überdauernden chronischen Erkrankung, welche der Anlaß zur Behandlung wurde, mehr oder weniger zum Abklingen gebracht werden kann.

Hinsichtlich des Aspekts der Handlungskompetenzen der Krankenkassen stellt sich die Frage, ob in Abhängigkeit vom dominierenden Krankheitsbild sinnvolle alternative Handlungsstrategien denkbar erscheinen; ggf. könnte also die Notwendigkeit der Überprüfung derzeit gängiger Behandlungsroutinen angezeigt sein. Vor allem stellt sich aber auch wegen des chronischen - also langjährigen und überdauernden - Charakters der Erkrankungen die Frage nach der Sicherung der Kontinuität der Gesamtbehandlung. Da verschiedene Träger und Institutionen im mehrjährigen Verlauf an der Behandlung partizipieren, werden Abstimmung und Kooperation erforderlich. - Der Versicherte kann über mögliche Behandlungs- und Rehabilitations-schritte beraten werden. Dieser Aspekt erlangt bei einigen chronischen Erkrankungen besonderes Gewicht, da hier, abgesehen von Akutphasen, oft keine absolut "zwingenden" Behandlungsschritte indiziert sind, sondern hinsichtlich der einzuleitenden Therapie ein gewisser Entscheidungsspielraum vorliegt.

- D. Versicherte mit Suchtkrankheiten (3 % der Personen mit L-AU): Versicherte, bei denen die L-AU durch das Vorliegen einer Suchtkrankheit verursacht wird, wurden einer eigenen Teilgruppe zugeordnet: es erschienen sowohl

Suchten (v.a.: Alkoholabhängigkeit) als klar umrissenes Krankheitsbild als auch im Zusammenhang typisch multimorbider Problematik mit einer Vielfalt von Begleiterscheinungen. Betroffen sind überwiegend Männer mittleren Alters um 40 Jahre.

Die Therapie und Rehabilitation Suchtkranker war der erste Arbeitsbereich, für den Kranken- und Rentenversicherungsträger im Jahr 1978 eine Empfehlungsvereinbarung über die Regelung ihrer Zusammenarbeit abschlossen ("Sucht-Vereinbarung"). Durch die spezifische Struktur der primär psychischen Suchtkrankheiten stellen sich besondere Schwierigkeiten auf Seiten der Versicherten hinsichtlich einer kontinuierlichen geordneten Gesamtbehandlung, auf Seiten der behandelnden Ärzte hinsichtlich der Adäquatheit der durchgeführten therapeutischen Strategien. - Maßnahmen der Versichertenberatung durch die Behandlungsträger werden hier angebracht sein.

- E. Mehrere bzw. unspezifische chronische Erkrankungen: Multimorbidität (12 % der Personen mit L-AU): Unter den Fällen mit L-AU ist ein Teil von Patienten mit chronischen Leiden, bei denen - anders als bei der Teilgruppe C. - offensichtlich nicht eine einzelne Erkrankung im Mittelpunkt steht. Vielmehr ist das Hauptkriterium der Zuordnung von Versicherten zu dieser fünften Teilgruppe gerade, daß nur sehr schwer und unsicher oder aber überhaupt nicht zu entscheiden ist, in welchem Bereich ihr "Hauptleiden" eigentlich liegt, bzw. daß die Annahme entsteht, daß ein solches "Hauptleiden" nicht vorliegt.

Patienten dieser Teilgruppe haben im Durchschnitt die meisten AU-Fälle und die längste AU-Gesamtdauer. Als Anlässe werden in der Regel Diagnosen aus zwei bis sieben verschiedenen Erkrankungsbereichen genannt, wobei sich

am häufigsten wiederum die auch bei C. erwähnten finden: Verschleiß-, psychosomatischen und psychischen Prozessen kommt also ebenfalls eine große Bedeutung zu. Alters- und geschlechtsmäßig zeigen sich keine durchgehenden Auffälligkeiten. Die Betrachtung der Versicherungsverläufe dieser Patienten legt den Schluß nahe, daß in vielen Fällen enorme Belastungssituationen zugrunde liegen, wobei Anforderungen, die aus der Arbeitstätigkeit resultieren und psychosoziale Probleme des Privat- und Freizeitbereichs zusammenwirken können.

Hinsichtlich der Diskussion von Handlungsalternativen der Krankenkassen entsteht hier die Problematik, ob angesichts des bestehenden Zustandes der Multimorbidität ein krankheitenorientierter Einstieg möglich und sinnvoll sein kann. Handlungsmöglichkeiten können hier liegen in Maßnahmen zur Zurückdrängung einer inadäquaten Polypragmasie seitens behandelnder Institutionen (Überprüfung vorgenommener Behandlungsleistungen) sowie im Bereich der Koordination von Behandlungsschritten. Auf der Ebene der im Einzelfall Betroffenen kann für die Krankenkasse die Notwendigkeit einer umfassenden Beratung und Information der Versicherten entstehen. Unter dem Gesichtspunkt vorliegender (teilweise) arbeitsbedingter Belastungen und des Eintretens lang andauernder und wiederholter AU-Perioden müssen dabei die Möglichkeiten realer Änderungen in den Lebensvollzügen der Versicherten im Auge behalten werden neben der Aufgabe der Information, Vermittlung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme möglichst adäquater Behandlung und Rehabilitation der konkret vorliegenden Symptomatik.

1.4 Ausgewählte Versichertengruppe: Junge Frauen mit L-AU

Angeregt durch die Ergebnisse der Vorstudie (Daten der KK A, 1975) und beeinflusst durch Interviews mit Mitarbeitern der KK B wurde entschieden, für zwei ausgewählte Versichertengruppen deren gesundheitlich-soziale Situation einerseits sowie die Behandlungs- und Versorgungslage andererseits näher zu betrachten mit dem Ziel, Chancen einer verbesserten Versorgungssituation unter besonderer Berücksichtigung der Handlungskompetenzen der Krankenkassen zu diskutieren.

Als erstes wurde aus der Versichertengruppe Langzeit-Arbeitsunfähige die Gruppe der jungen Frauen zwischen 25 und 34 Jahren ausgewählt. Diese waren zwar hinsichtlich des Vorliegens einer L-AU nicht überdurchschnittlich häufig vertreten, es zeigte sich jedoch sowohl im Datenmaterial der KK A als auch der KK B, daß in dieser Gruppe auffällig viele psychische Störungen sowie psychosomatische Phänomene insbesondere bei von Multimorbidität geprägtem Krankheitsbild vorlagen (30-40 % der Fälle dieser Altersgruppe), so daß insgesamt von einem hohen Ausmaß der Beteiligung psychischer Faktoren bei parallel auftretenden körperlichen Beschwerden in den Fällen lang andauernder Arbeitsunfähigkeit junger Frauen auszugehen ist. Die Betrachtung der Behandlungsverläufe sowie die Aufarbeitung der Literatur legt die Vermutung nahe, daß bei einem größeren Teil dieser Frauen Situationen von Mehrfachbelastung verantwortlich sind für das Auftreten von L-AU-Phasen, wobei insbesondere an das gleichzeitige Einbezogenensein in Berufstätigkeit und Haushaltsführung/Versorgung noch kleinerer Kinder zu denken ist.

Unter diesem Gesichtspunkt scheinen spezifische Formen der Beratung der betroffenen Personen erforderlich, welche die Chance bieten, "bloß" medizinische und damit ggf. unzureichende oder inadäquate Versorgungsleistungen, die in dem Zirkelsschluß: körperliche Symptome - primär somatisch

orientierte Therapie - Andauern bzw. Wiederauftreten körperlicher Beschwerden ... befangen bleiben, zu überwinden. Zwar scheinen bisher nur erste Empfehlungen möglich (weitere Untersuchungen zur Situation junger berufstätiger Frauen bleiben abzuwarten). Jedoch kann gesagt werden, daß spezifische Beratungsangebote der Sozialversicherungsträger, insbesondere der Krankenkassen, für Versicherte, die komplexen Belastungsstrukturen ausgesetzt sind, den doppelten Effekt haben können, einerseits zu einer Erweiterung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten der Betroffenen zu führen (Entwicklung, Teilnahme an selbstbewußten und eigenverantwortlichen Entlastungsstrategien statt medizinischem "Versorgtwerden") und damit andererseits eine Entlastung der bestehenden Versorgungssysteme zu bewirken. Die hier angestellten Überlegungen zu Bewältigungsalternativen bei gesundheitlich beeinträchtigten mehrfach belasteten jungen Frauen sind eventuell zu übertragen auf die Diskussion der Versorgungssituation anderer Versichertengruppen mit besonderen Belastungskonstellationen.

1.5 Ausgewählte Versichertengruppe: Versicherte zwischen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit

Nach der Analyse der Einjahresdaten der KK A 1975 (Borgers u.a., 1982) hatten sich für ca. 10 % der Versicherten mit L-AU medizinisch begründete Zweifel an ihrer weiteren Erwerbsfähigkeit ergeben. Bei Betrachtung der Vierjahresdaten der KK B aus den Jahren 1978 - 1981 zeigte sich nun, daß in der Tat für fast genau 10 % derjenigen Versicherten, die 1979 eine L-AU hatten, im Folgezeitraum bis zum 31.12.81 eine Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeitsrente bzw. eine andere Form des Ausscheidens aus dem Arbeitsleben vor Erreichen der gesetzlichen Altersruhegeldgrenzen (63. Lebensjahr für Männer, 60. Lebensjahr für Frauen; vgl. Kap. 18) zum Tragen kam. Es kann somit ein "Frühinvaliditäts-Potential" von ca. 10 % unter den Versicherten mit Langzeit-AU angenommen werden.

Es sollte die Situation derjenigen Versicherten näher untersucht werden, bei denen sich im Vorfeld der (auch: Alters-) Berentung lange AU-Zeiten fanden. Als zweite ausgewählte Versichertengruppe wurde daher die Gesamtheit derjenigen Mitglieder der KK B definiert, für die im Jahr 1981 eine Rente begann und die gleichzeitig innerhalb der dem Rentenbeginn vorausgehenden 365 Tage eine L-AU-Periode hatten. Es handelte sich hierbei um rund ein Viertel aller Rentenbeginner der KK B im Jahr 1981 (219 von 824 Personen), die gleichzeitig ca. ein Zehntel aller Versicherten mit L-AU binnen eines Einjahreszeitraums ausmachen. Für diese Gruppe (133 Frührentner bis 59 Jahre bei Rentenbeginn, 44 Männer 60 - 62 Jahre, 42 Altersrentner) wurde die Situation ihrer Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit und damit die Lage ihrer Einkommenssicherung (Trägerschaft des Einkommens) in den dem Rentenbeginn vorausgehenden Zeiträumen ermittelt.

Für den Zeitraum des jeweils letzten Jahres vor Beginn der Rente ergab sich für die Gesamtheit der 219 Personen:

- Nur für etwas mehr als ein Drittel der Zeit (35,9 %) waren diese Versicherten in ihrem letzten Vorrentenjahr noch arbeitsfähig; d.h., sie hatten Einkommen aus aktiver Erwerbstätigkeit (27,5 %) bzw. durch Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit (Arbeitslosengeld und -hilfe 8,4 %).
- Hingegen waren diese Versicherten für zwei Drittel der Zeit (64,1 %) im letzten Jahr vor der Berentung arbeitsunfähig geschrieben. Während dieser AU-Zeiten verteilte sich die Trägerschaft des Einkommens wie folgt: 6,6 % des Gesamtzeitraums Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber, 54,2 % des Gesamtzeitraums Krankengeld der Krankenkasse, 2,6 % der Zeit Übergangsgeld von RV-/UV-Trägern sowie 0,7 % der Zeit Leistungsfortzahlung der Bundesanstalt für Arbeit (erst seit dem 01.01.81). In absoluten

Zahlen: für 118,1 Versichertenjahre des Gesamtzeitraums von 217,9 Versichertenjahren dieser 219 Rentenbeginner der KK B im Jahr 1981 zahlt die Kasse während des letzten Vorrentenjahres Krankengeld. Demgegenüber stehen: Einkommen aus aktiver Erwerbstätigkeit 59,9 Jahre, Lohnfortzahlung der Arbeitgeber 14,4 Jahre. Bezogen allein auf die 133 Frührentner erreicht der Zeitanteil der Krankengeldleistungen an der Einkommenssicherung 59 %.

Durchgehend arbeitsunfähig während des letzten Jahres vor der Berentung sind 54 der 219 Personen. Als Erkrankungsbe-
reiche dominieren Verschleißerscheinungen (Krankheiten von Skelett, Muskeln und Bindegewebe), Herz-/Kreislaufferkrankungen sowie Fälle von Multimorbidität (zusammen rund zwei Drittel aller Fälle).

Unter dem Gesichtspunkt der Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen können in bezug auf die Situation insbesondere der potentiellen Frührentner drei Handlungsfelder thematisiert werden. Zum ersten wäre zu fragen, inwiefern bei dem komplexen Vorgang des vorzeitigen Ausscheidens aus dem Berufsleben aufgrund schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigung eine verbesserte Kooperation und Abstimmung der verschiedenen Sozialversicherungsträger im Sinne größerer "Nahtlosigkeit" zu erreichen wäre. Zu prüfen wäre, ob es sinnvoll ist, wenn sich etwa Krankenversicherung und Rentenversicherung im Rahmen einer Aufgabenneuverteilung vermehrt auf ihre je primären Aufgaben der Gewährleistung und Finanzierung von Behandlungs- und Bewältigungsstrategien (KV) bzw. der Einkommenssicherung (RV) konzentrieren.

Zum zweiten erscheinen Maßnahmen unter dem Stichwort Intensivierung der Rehabilitationsbemühungen erforderlich, um dem einzelnen Betroffenen die Gelegenheit zur möglichst langen Integration in den Arbeitsprozeß zu eröffnen. In diesem Zusammenhang sind Schritte der Versichertenberatung und -in-

formation sowie ggf. auch eine verbesserte Dokumentation relevanter Fälle zum Zweck frühzeitiger Ansprache der Versicherten denkbar. Die Initiierung von ambulanten Nachsorgeangeboten nach stationären Heilmaßnahmen (Krankenhaus, Kur) kann Behandlungserfolge stabilisieren. Möglichkeiten der stufenweisen Arbeitswiederaufnahme ("Teil-AU") nach Behandlung und Rehabilitation sind auszuweiten.

Drittens könnten für solche Versicherten, deren Arbeitsfähigkeit trotz intensiver Behandlung und Rehabilitation eingeschränkt bleibt bzw. weiter abnimmt, flexiblere Regelungen des Ausscheidens aus dem Arbeitsleben vorgesehen werden, als dies bisher der Fall ist. Solche Möglichkeiten werden etwa unter den Stichworten Tariffrente, Teilrente, "gleitender Ruhestand", schrittweises Ausscheiden aus dem Berufsleben diskutiert. Schließlich erfordert eine präventive Orientierung, die sich vom Standpunkt des einzelnen Versicherten aus quasi als prospektive Einkommenssicherung fassen ließe, daß aus je bestimmten Lebensbereichen (v.a. aus der Arbeitstätigkeit) resultierende Veränderungen des Gesundheitszustandes zu möglichst frühen Zeitpunkten wahrgenommen werden und daß diese Lebens- und Arbeitsumstände in ihren Belastungsmomenten beeinflußt werden können.

1.6 Zusammenfassung

Die Untersuchung hat gezeigt, daß es auf der Basis einer Analyse von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung möglich ist, die Gruppe der Versicherten mit langen Perioden von Arbeitsunfähigkeit nach dem Anlaß und dem Verlauf der AU zu beschreiben. Für ausgewählte Teilgruppen (junge Frauen, Frührentner) konnte gezeigt werden, daß mit einer detaillierteren Analyse Anhaltspunkte für ein spezifisches Handlungskonzept der Krankenkassen gewonnen werden können.

I. ABSCHNITT: DIE EMPIRISCHE AUSGANGSSITUATION

2. Ausgangsdaten, Methoden der Erhebung.....	137
3. Die Entwicklung des L-AU-Volumens 1973 - 1981 auf Bundesebene	141
4. Langzeit-Arbeitsunfähigkeit in den Unterlagen zweier Ortskrankenkassen: erste statistische Über- sichten, KK A 1975, KK B 1978 - 1981	149

2. Ausgangsdaten, Methoden der Erhebung (Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung) und Anlage der Untersuchung

Als Ziel der Untersuchung wurde benannt, Versicherte mit L-AU-Perioden auf der Grundlage von Routinedaten der GKV zu untersuchen. Die Begrenzung hinsichtlich der empirischen Basis hat zunächst ökonomische Gründe: die entsprechenden Daten liegen in vielen Krankenkassen seit vielen Jahren auf elektronischen Datenträgern vor. Da entsprechende Untersuchungen mit diesen Daten nicht durchgeführt wurden, ist es eine Teilaufgabe, zu zeigen, ob Routinedaten der GKV sich für entsprechende Untersuchungen eignen und welche Aussagen sie zulassen.

Im Mittelpunkt der Auswertungen standen die Versicherten einer Allgemeinen Ortskrankenkasse in Bayern, deren Einzugsbereich einen Landkreis und eine kreisfreie Stadt umfaßt. Analysiert wurden die Routinedaten der Jahre 1978 bis 1981, also ein Zeitraum von vier Jahren.

Im Rahmen einer Vorstudie wurden Einjahres-Daten (1975) einer anderen bayerischen AOK berücksichtigt, deren Versicherte aus drei benachbarten Landkreisen sowie einer kreisfreien Stadt kommen. Auf Probleme der demographischen und ökonomischen regionalen Strukturen kann in diesem Rahmen nicht näher eingegangen werden.

Weil die Daten der letztgenannten Krankenkasse die zeitlich früheren sind, wird diese im folgenden als Krankenkasse A (KK A) bezeichnet. Die zweite Kasse wird Krankenkasse B (KK B) genannt.

Für alle pflicht- und freiwillig versicherten Mitglieder der Kasse B liegen für die Jahre 1978 - 1981 alle Stamm- und Leistungsdaten in anonymisierter Form vor. Die Stamm-(Personal-)daten der Versicherten wurden unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen aus der Mitgliederbestandsführung gewonnen. Die Leistungsdaten ergeben sich aus den Angaben auf den für die Versicherten vorliegenden Behandlungs- und Arbeitsunfähigkeitsscheinen dieses Vierjahreszeitraumes. Diese Informationen wurden individuenbezogen zusammengestellt und liegen in Form der im Rahmen dieses Gesamtprojekts entwickelten Versichertenblätter vor (vgl. hierzu ausführlicher: Schröder/Maag/Ruhl, 1982). Die Versichertenblätter für die Mitglieder der KK B 1978 - 1981 enthalten neben den Stammdaten alle Angaben über AU-Perioden und über Krankenhausaufenthalte während des Vierjahreszeitraums. (Beispiele für anhand der Versichertenblätter erstellte Fallgeschichten finden sich in den Abschnitten II. und III.) Es sind zur Zeit zwei weitere Untersuchungen bekannt, in denen Mehrjahresverläufe von AU-Daten zugrundegelegt werden (vgl. hierzu: Ferber, 1980, sowie Ferber u.a., 1982, Müller u.a., 1982).

Um über die routinemäßig erhobenen GKV-Prozeßdaten, wie sie ihren Niederschlag in den Versichertenblättern finden, hinaus ergänzende Informationen zu gewinnen, die bei der Krankenkasse vorliegen, wurden hinsichtlich der Erkrankungs- und Behandlungssituation einiger ausgewählter Versicherter Interviews mit dem Rehabilitationsberater sowie weiteren Sachbearbeitern der Kasse durchgeführt. Im Vordergrund standen hierbei die Behandlungsverläufe von Angehörigen der ausgewählten L-AU-Untergruppen der jungen berufstätigen Frauen um 30 Jahre sowie der Versicherten zwischen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit; die Informationen wurden ebenfalls in anonymisierter Form mitgeteilt. In den beiden Kapiteln 17.5 und 18.5 des III. Abschnitts ist je eine Fallgeschichte aufgenommen, die auf den so erhobenen detailreichen Informationen aufbaut. Im Kap. 16 wird erläutert, in welchen Punkten die

zusätzlichen Informationen aussagefähiger sind als die Versichertenblätter auf ihrem gegenwärtigen Entwicklungsstand und welche Datenbereiche einbezogen werden müssen, um die sich aus den Versichertenblättern ergebenden Behandlungsverläufe und Fallgeschichten vervollständigen zu können.

Im Rahmen einer Vorstudie zur Untersuchung der Situation der Versicherten mit L-AU anhand der Unterlagen der KK B für die Jahre 1978 - 1981 wurden die Daten einer anderen bayerischen AOK, der KK A, aus dem Jahre 1975 verwandt. Für eine repräsentative 21 %-Stichprobe der Mitglieder der KK A liegen ebenfalls Behandlungsverläufe in Form von Versichertenblättern vor. Diese unterscheiden sich aber von denen der KK B in zwei wesentlichen Punkten: bei den Leistungsdaten der KK A sind neben den Angaben zu AU und Krankenhaus auch die Daten aus dem Bereich der ambulanten Behandlung (Arztbesuche, ärztliche Leistungen, Verordnung von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln) aufgeführt. Die Behandlungsverläufe der Versicherten der KK A sind also umfangreicher und intensiver dokumentiert. Jedoch handelt es sich dabei um Behandlungsverläufe für nur ein Jahr (1975), wohingegen für die Versicherten der KK B Vierjahresverläufe zur Verfügung stehen.

Für eine Stichprobe von Mitgliedern der KK A wurde ebenfalls eine Analyse nach Typen und Untergruppen von Versicherten mit L-AU durchgeführt (vgl. Borgers u.a., 1982). In den Abschnitten II. und III. finden sich jeweils Fallgeschichten, die sich auf die "großen" Versichertenblätter der KK A 1975 beziehen.

Bevor die Ergebnisse zu den beiden Hauptfragestellungen dieser Studie (Typologie der Versicherten mit L-AU; die Behandlungssituation ausgewählter Teilgruppen) vorgestellt werden, sollen die Entwicklung des L-AU-Volumens auf Bundesebene in den Jahren 1973 - 1981 diskutiert (Kapitel 3) sowie erste

Ergebnisse der statistischen Auswertung der beiden Populationen der KKen A und B mitgeteilt werden: Verteilung von Mitgliedern insgesamt und Mitgliedern mit L-AU nach Alter und Geschlecht, Verteilung der AU-Fälle und AU-Tage nach ihrer Dauer (Kapitel. 4).

3. Die Entwicklung des Langzeit-AU-Volumens 1973 - 1981 auf Bundesebene

Die Arbeitsunfähigkeitsfälle mit einer Dauer von mehr als 42 Tagen konzentrieren sich in den beiden hier untersuchten Kassen auf ca. 7 % der AU-Fälle und ca. 6 % der Versicherten. Sie verursachen jedoch ca. 45 % der Arbeitsunfähigkeitstage, mithin nahezu die Hälfte des Krankenstands (siehe Kap. 4). Es stellt sich die Frage, ob diese Werte auch für die Bundesrepublik insgesamt gelten und ob sie sich über einen längeren Zeitraum betrachtet konstant bleiben. Dieser Frage soll für die Jahre 1973 bis 1981 für den Bundesverband der Ortskrankenkassen (BdO) nachgegangen werden. Die Beschränkung auf den BdO erfolgt, weil die beiden hier untersuchten Kassen Ortskrankenkassen sind. Der Zeitraum 1973 bis 1981 ergibt sich, weil erst seit 1973 die Mitglieder- und Leistungsstatistik der Ortskrankenkassen eine Unterscheidung der Mitglieder nach Pflichtmitgliedern ohne Arbeitslose ermöglicht. Die Nicht-Berücksichtigung der Arbeitslosen ist jedoch methodisch sinnvoll, weil die AU-Meldungen der Arbeitslosen in ihrer Validität geringer zu bewerten sind (Unterschätzung) und insbesondere weil bis 1980 die Krankengeldzahlungen für die Arbeitslosen vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an durch die Krankenkassen erfolgte. Das ist von Bedeutung, weil zur Schätzung des Langzeit-AU-Volumens im folgenden eine Methode verwendet wird, die sich auf die Zahl der Krankengeldfälle stützt. Diese Schätzung auf Bundesebene ist erforderlich, weil Zahlen über den Anteil des L-AU-Volumens nicht veröffentlicht werden.

Die Berechnung des L-AU-Volumens basiert auf folgenden Angaben in den jährlichen Statistiken der Ortskrankenkassen (BdO 1973 - 1981):

- Anzahl der Pflichtmitglieder (P) mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen (ohne Arbeitslose);
- Arbeitsunfähigkeits-(AU-)Tage je 100 Pflichtmitglieder (ohne Arbeitslose);
- Krankengeld-(KG-)Fälle je 100 Pflichtmitglieder (ohne Arbeitslose). Krankengeld-Fälle sind identisch mit unserer Definition von Langzeit-AU-Fällen: Es handelt sich um AU-Perioden von mindestens 43 Tagen Dauer (zur Problematik einer möglichen Überschätzung vgl. unten);
- Krankengeld-(KG-)Tage je 100 Pflichtmitglieder (ohne Arbeitslose).

Das L-AU-Volumen (L-AU-Tage je 100 Mitglieder) wird geschätzt mit Hilfe der Angaben über die Krankengeldfälle und -tage. Ein Krankengeldfall tritt in der Regel ein, wenn ein Arbeitsunfähigkeitsfall länger als 42 Tage andauert. Die Anzahl der Krankengeldtage entspricht der Anzahl der Tage nach dem 42. Tag einer AU.

Setzt man die L-AU-Fälle gleich mit den Fällen, in denen Krankengeld gezahlt wird, dann ergibt sich für das L-AU-Volumen:

$$\text{L-AU-Volumen} = \frac{(\text{Anz. der KG-Fälle} \times 42 \text{ Tage} + \text{KG-Tage} \times 100)}{\text{Anzahl der Mitglieder}}$$

Die Differenz zum AU-Volumen insgesamt beschreibt das AU-Volumen der Fälle mit einer Dauer bis zu 42 Tagen, im folgenden "Normal-AU" genannt (Tab. 1, Spalte 3).

Spalte 5 in Tabelle 1 zeigt den relativen Anteil des L-AU-Volumens am Gesamt-AU-Volumen. Dieser schwankt nach der von uns angewandten Berechnungsmethode zwischen 42 und 47 % für die Jahre 1973 - 1983. Diese Werte entsprechen den Anteilen,

die auch in unseren Untersuchungen der Krankenkassen A und B gefunden wurden. Dabei kann es sein, daß Bundeswerte eine

Tabelle 1: AU-Volumina in AU-Tagen je 100 Mitglieder. Für AUen insgesamt, Normal-AUen, Langzeit-AUen. Anteil des L-AU-Volumens am Gesamt-AU-Volumen. Für Pflichtmitglieder der OKK mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen
Quelle: Bundesverband der Ortskrankenkassen, Statistik der Ortskrankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland, 1973 - 1983; danach eigene Berechnungen.

Spalte	1	2	3	4	5
Jahr	Anzahl der Pflichtmitglieder (ohne Arbeitslose)	AU-Volumen (Tage je 100 Mitglieder)			L-AU-Volumen in % des AU-Volumens
		AU insg.	Normal-AU (bis 42 Tage)	L-AU (mehr als 42 Tage)	
	Abbildung 1 Bezeichnung der Kurven	A	B	C	D
1973	9.590.151	2.332,9	1.349,4	983,5	42,16
1974	9.345.735	2.185,5	1.180,7	1.005,3	46,00
1975	8.815.765	2.074,5	1.087,8	986,7	47,56
1976	8.728.752	2.157,3	1.172,4	984,9	45,65
1977	8.779.532	2.074,4	1.139,0	935,4	45,09
1978	8.865.958	2.184,5	1.233,5	951,0	43,53
1979	9.042.680	2.241,1	1.245,9	995,2	44,41
1980	9.162.225	2.283,8	1.237,6	1.046,2	45,81
1981	9.002.111	2.209,5	1.166,7	1.042,8	47,20

gewisse Überschätzung der real auf Langzeit-AUen entfallenden AU-Tage bedeuten, denn bei den in die Berechnung mit dem Faktor 42 eingehenden Krankengeldfällen muß es sich nicht notwendigerweise jedesmal erneut um AU-Perioden handeln, die eine "6-Wochen-Grund-AU" beinhalten. Liegt der Beginn einer weiteren AU wegen einer Erkrankung, für die bereits bei einer vorhergehenden AU die Entgeltfortzahlung von sechs Wochen geleistet worden ist, binnen eines halben Jahres nach

dem Ende dieser vorausgehenden AU, so setzt nun bei der erneuten AU unmittelbar die Krankengeldzahlung der Kasse ein, da der Lohnfortzahlungsanspruch bereits ausgeschöpft ist, also für diesen Fall nicht mehr besteht (§ 1 Abs. 1 Satz 2 LFZG).

Hiernach gibt es also zu einem gewissen Teil Krankengeldfälle, ohne daß diese eine erneute "6-Wochen-Grund-AU" (mit Lohnfortzahlungsanspruch) unmittelbar einschließen. Dieser Umstand hat aber, da sein Effekt über die Jahre in etwa gleichgeblieben sein dürfte, keine Auswirkungen auf den Verlauf des Langzeit-AU-Volumens, wie er durch die Kurve C in Abb. 1 zum Ausdruck kommt. Lediglich die absolute Höhe des L-AU-Volumens müßte in Abhängigkeit vom Ausmaß solcher Folgefälle wahrscheinlich etwas reduziert werden.

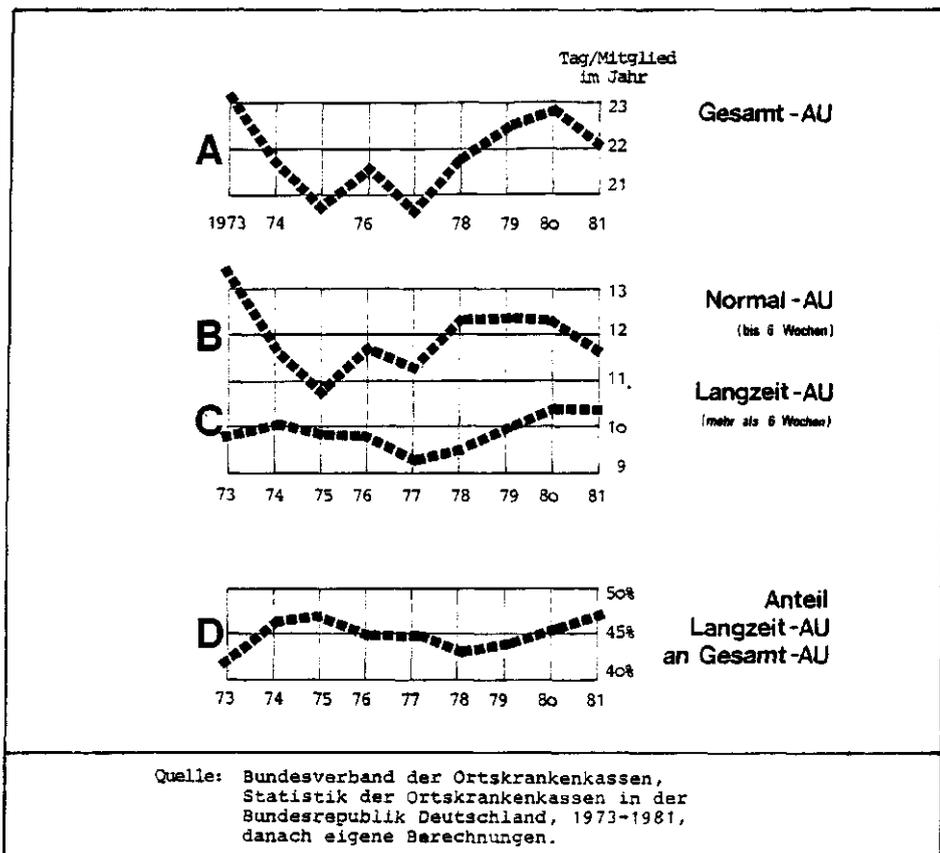
Es liegt der von uns vorgenommenen Berechnung des Langzeit-AU-Volumens also ein etwas abweichendes Verständnis von Langzeit-AU-Fällen zugrunde: In unserer Auswertung der GKV-Prozeßdaten aus den KK A und B werden wir nur solche Verläufe als L-AU-Fälle zählen, die tatsächlich in einer zusammenhängenden Periode die Dauer von 42 Tagen übersteigen. Hingegen können hier auch solche Fälle eingehen, die durch ihren inhaltlichen und zeitlichen Zusammenhang zu Langzeit-AU und damit zu Krankengeld-Fällen werden, ohne daß die aufzuaddierenden Einzelzeiträume jeweils für sich bereits sechs Wochen ausmachen.

Beide Methoden der Bestimmung von L-AU-Fällen (Real-Auszählung und Berechnung über KG-Fälle) bezeichnen aber inhaltlich die gleiche Gruppe der Versicherten, nämlich die KK-Mitglieder mit schwerer gesundheitlicher Beeinträchtigung und demzufolge lang andauernder AU.

Der Zusammenhang zwischen der Entwicklung des AU-Volumens (Krankenstand) und dem Konjunkturverlauf ist in den vergan-

genen Jahren immer wieder diskutiert worden (Bürkardt u.a., 1980). Es besteht weitgehend Konsens, daß sich der Krankenstand, also der Umfang der AU-Fälle und -Tage prozyklisch, in Abhängigkeit von der Wirtschaftsentwicklung verhält: Bei guter Konjunktur ist der Krankenstand höher, bei schlechter Konjunktur niedriger. Es werden i.w. drei Erklärungsansätze verwendet:

Abbildung 1: AU-Volumina in AU-Tagen je Mitglied. Für AUn insgesamt, Normal-AUn, Langzeit-AUn. Anteil des L-AU-Volumens am Gesamt-AU-Volumen. Für Pflichtmitglieder der OKK mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen (graphische Umsetzung der Tabelle 1)



- In Zeiten guter Konjunktur nutzen die Beschäftigten ihre gute Stellung am Arbeitsmarkt zur Ausweitung der erforderlichen AU-Zeiten (Mißbrauch).
- In Krisenzeiten kehren die Beschäftigten häufiger aus Angst vor Arbeitsplatzverlust vor Ablauf der erforderlichen Rekonvaleszenz an den Arbeitsplatz zurück.
- Höhere Arbeitsplatzbelastungen bei guter Konjunktur (Nacht-, Schicht-, Akkordarbeit) bzw. geringere Belastung in Krisenzeiten (nicht ausgelastete Kapazitäten, Kurzarbeit) führen zu mehr bzw. weniger belastungsabhängigen Erkrankungen.

Wissenschaftliche Untersuchungen über die Ursachen der Schwankungen liegen nicht vor; in jüngster Zeit wurden lediglich methodisch bessere Voraussetzungen für die Interpretation langer Zeitreihen geschaffen (vgl. Schlegel, 1982, und Knoblich, 1982). Dabei zeigt sich, daß die konjunkturellen Schwankungen im langjährigen Vergleich (1954 - 1980) ca. 12 % ausmachen.

Unsere eigenen Berechnungen (vgl. Kurve A) zeigen folgende Entwicklung: In der Krise 1973/74/75 sinkt der Krankenstand, um sich im konjunkturellen "Zwischenhoch" 1976/77/78 wieder leicht zu erhöhen. In der aktuellen Wirtschaftskrise zeigt sich der prozyklische Verlauf erst mit Verspätung: Erst nach 1980 geht der Krankenstand wieder zurück, nun allerdings mit deutlichen Veränderungen, wie die jüngsten Zahlen zeigen (Preiser/Schräder, 1983).

Interessante und aussagekräftige Unterschiede ergibt nun unsere Differenzierung in die Anteile des AU-Volumens (Krankenstand), die auf Normal-AUen bis 6 Wochen Dauer und solche, die auf Langzeit-AUen von mehr als 6 Wochen Dauer entfallen (Kurven B und C). Die behauptete prozyklische Ent-

wicklung des Krankenstands zeigt sich ausschließlich im Bereich der kürzeren Normal-AUen bis 6 Wochen Dauer. Hier wird auch der Krankenstandsanstieg während des Zwischenhochs etwas deutlicher (Kurve B). Hingegen folgt die Entwicklung des auf L-AU-Fälle entfallenden Krankenstands (Kurve C) geradezu einem antizyklischen Trend: Das L-AU-Volumen erreicht seinen Höhepunkt jeweils erst in der Krise (1974, 1980). Es ist auch zu erkennen, daß nahezu ausschließlich die Entwicklung des L-AU-Volumens den Anstieg der Gesamt-AU-Rate während der letzten Krise erklärt. Als Begründung für die These von der antizyklischen Entwicklung des Langzeit-AU-Volumens sind folgende Erklärungen möglich:

- In der Krise wirkt der Betrieb bei ungünstiger Auftragslage auf die Beschäftigten, die die Entgeltfortzahlungsgrenze überschritten haben, ein, über den erforderlichen Zeitraum hinaus die Rekonvaleszenz auszudehnen, um bei verbesserter Auftragslage kurzfristig auf langjährig bewährte Mitarbeiter der "Kernbelegschaft" zurückgreifen zu können (Mißbrauch).
- Darüber hinaus werden in Zeiten wirtschaftlicher Schwierigkeiten die Arbeitgeber verstärkt darauf hinwirken, daß im Sinne der o.a. Fortsetzungsregelung für den Entgeltfortzahlungsanspruch (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 2 LFZG) auch kurze AU-(Folge-)Fälle als Krankengeldfälle anerkannt werden (was nach unserem Berechnungsverfahren einen L-AU-Bias nach oben für die Krisenzeiten ergibt).
- In der ökonomischen Krise werden die gesundheitlich Beeinträchtigten mit Hilfe der Frühberentung verstärkt aus der Erwerbsbevölkerung ausgesondert. Im zeitlichen Vorfeld der Frühberentung übernimmt die Krankenversicherung in diesen Zeiten vermehrt die Einkommenssicherung im Rahmen lang dauernder Arbeitsunfähigkeitsfälle. Das würde bedeuten, daß in der langanhaltenden Krise das L-AU-Volumen absolut und relativ zurückgehen muß.

- In der Krise führt die anhaltende psychische Belastung aus Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes vermehrt zu psychosomatischen Krankheiten (u.a. Herz-/Kreislauf-, Magen-/Darm-Erkrankungen), die häufig einen langwierigen Verlauf haben.

Die jüngste Entwicklung (seit 1980) bei den Ausgaben der Krankenkassen für das Krankengeld (starker Rückgang) sowie die Entwicklung des AU-Volumens insgesamt (Rückgang um 20 %) deuten darauf hin, daß in der nun langanhaltenden Krise (Strukturkrise) Prozesse der Selektion von gesundheitlich Beeinträchtigten aus der Erwerbsbevölkerung ihren Niederschlag im AU- und L-AU-Volumen finden.

Inwieweit diese und andere Erklärungen zutreffen und wie stark ihr Einfluß quantitativ ist, ist wissenschaftlich nicht untersucht, obwohl der Untersuchung des Problemfelds Langzeit-Arbeitsunfähigkeit - wie gezeigt - eine große sozialpolitische Bedeutung zukommt. Die von L-AU betroffenen Arbeitnehmer bilden besonders in wirtschaftlich schwierigen Zeiten eine markante Problemgruppe unter Arbeitsmarkt-, Sozialversicherungs- und Gesundheitsversorgungsgesichtspunkten.

4. Eckwerte zur Langzeit-Arbeitsunfähigkeit für die
Krankenkasse A (1975) und die Krankenkasse B
(1978 - 1981)

Die Betrachtung der auf Bundesebene verfügbaren Zahlen über den Umfang der Langzeit-Arbeitsunfähigkeit hat die große quantitative Bedeutung der L-AU für den Krankenstand deutlich werden lassen. Es sollen nun Eckwerte der L-AU für die beiden in dieser Untersuchung berücksichtigten Krankenkassen (siehe Kap. 2) vorgestellt werden.

4.1 AU-Fälle und AU-Tage nach der Dauer der Fälle

Thema dieser Untersuchung sind die langen Perioden der Arbeitsunfähigkeit. Untersucht werden sollen Versicherte mit einer Arbeitsunfähigkeit von langer Dauer. Da stellt sich die Frage nach der Verteilung der Arbeitsunfähigkeitsfälle insgesamt hinsichtlich der Dauer der Fälle. Untersuchungen liegen zu diesem Thema für die Bundesrepublik nicht vor. Es können deshalb die Werte, die in den beiden Krankenkassen dieser Untersuchung gefunden wurden, nicht mit allgemeinen Werten verglichen werden.

Für die Krankenkasse B zeigt sich bei der Verteilung der Fälle über die Jahre 1978 bis 1981, daß nahezu die Hälfte der Fälle (43 bis 49 %) eine Dauer von weniger als 8 Tagen hat, während ca. 7 % der Fälle länger als 42 Tage dauern. Die Ergebnisse der Krankenkasse A für das Jahr 1975 bewegen sich in einer ähnlichen Größenordnung, wobei hier die Werte für die AU-Fälle von 8 - 14 Tagen etwas höher liegen.

Eine völlig andere Verteilung zeigt sich, wenn man die AU-Tage betrachtet. Hier konzentrieren sich nahezu die Hälfte aller AU-Tage auf die Fälle mit einer Dauer von mehr als 42 Tagen (42 bis 48 %), während auf die kurzen Fälle mit einer Dauer von weniger als 8 Tagen gerade 10 bis 12 % der AU-Tage entfallen. Auch hier finden sich in Krankenkasse A für 1975 vergleichbare Werte.

Tabelle 2: Arbeitsunfähigkeitsfälle und -Tage nach der Dauer der AU-Fälle; Krankenkasse A 1975 und Krankenkasse B 1978 bis 1981

		KK A	Krankenkasse B				
Sp.	Dauer der Fälle in Tagen	1975	1978	1979	1980	1981	1978-1981
1	AU-Fälle insg. abs.	14.867	29.603	32.783	37.446	35.399	135.231
2	- 7	36,70	42,96	45,29	47,38	49,59	46,47
3	8 - 14	32,60	29,18	26,15	25,09	23,53	25,84
4	15 - 21	13,20	10,60	9,99	9,61	9,38	9,86
5	22 - 28	5,60	5,05	5,17	4,99	4,89	5,02
6	29 - 42	5,50	5,46	5,76	5,33	5,39	5,48
7	43 +	6,40	6,75	7,64	7,60	7,22	7,33
8	AU-Tage insg.	268.500	520.430	624.346	697.027	618.951	2.460.754
9	- 7	9,60	11,16	10,64	11,03	11,78	11,15
10	8 - 14	19,20	17,84	14,83	14,49	14,49	15,28
11	15 - 21	10,90	10,75	9,30	9,21	9,55	9,65
12	22 - 28	7,70	7,19	6,79	6,68	6,99	6,89
13	29 - 42	10,20	10,85	10,57	10,02	10,79	10,53
14	43 +	42,40	42,21	47,87	48,57	46,40	46,50

Für die Krankenkasse B können die Veränderungen zwischen den Jahren 1978 bis 1981 betrachtet werden; es zeigen sich folgende Trends:

- AU-Fälle und -Tage absolut nehmen bis 1980 stark zu. Während die Fälle auf 1981 leicht zurückgehen, sinkt hier die Anzahl der AU-Tage sogar auf den Stand von vor 1979 ab.

- Der Anteil der AU-Perioden von 1 - 7 Tagen Dauer nimmt stark zu bei den Fällen und bleibt nahezu konstant bei den Tagen. Dies bedeutet, daß die durchschnittliche Dauer dieser Kurzzeit-AUen abnimmt.
- Die deutlichste Abnahme sowohl bei den Fällen als auch bei den Tagen zeigt sich bei den AU-Perioden von 8 - 14 Tagen Dauer.
- Uneinheitliche Trends bei insgesamt eher konstanten Anteilen zeigen die AU-Perioden von 15 - 42 Tagen Dauer.
- Für die Fälle mit mehr als 42 Tagen Dauer zeigt sich eine Entwicklung, wie sie in Kap. 3 für die Bundesrepublik insgesamt aufgezeigt wurde.

Hier interessieren vor allem die Langzeit-AUen von mehr als 42 Tagen Dauer. Ihr Anteil an den Fällen und an den Tagen hat seinen absoluten Höhepunkt im Jahr 1980. Im Durchschnitt der vier Jahre handelt es sich bei 7,33 % aller AU-Fälle um Langzeit-AU-Perioden; diese machen 46,5 % aller AU-Tage aus.

4.2 Versicherte mit mindestens einem Arbeitsunfähigkeitsfall von mehr als 42 Tagen nach Alter und Geschlecht

Ca. 6 % der Versicherten (siehe Kap. 4.4) haben im Verlaufe eines Jahres mindestens eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 42 Tagen. Mit eben dieser Gruppe von Personen beschäftigt sich diese Untersuchung. Ihre Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht zeigt folgendes Bild (Tabelle 3):

- Die Relation zwischen Männern und Frauen liegt etwa bei 2:1; in der Krankenkasse A ist der Frauenanteil etwas geringer.

- Mehr als die Hälfte der Versicherten mit mindestens einer langen AU-Periode im Jahr ist jünger als 45 Jahre (KK A: 55 %; KK B: 57 %). Das gilt sowohl für die Männer wie für die Frauen.

Die Versichertengruppe weist in ihrer Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht eine ähnliche Struktur auf, wie sie für die Beschäftigten insgesamt gilt. Gleichwohl gibt es, wie in Kap. 4.3 gezeigt, epidemiologisch gesehen alters- und geschlechtsspezifische Schwerpunkte.

Tabelle 3: Personen mit mindestens einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht; Krankenkasse A 1975 und Krankenkasse B 1978 bis 1981

		KK A	Krankenkasse B				
Sp.		1975	1978	1979	1980	1981	1978-81
1	insg. und abs.	1.080	1.832	2.230	2.515	2.348	7.471
2	insg. männlich (%)	72,3	63,1	63,9	64,3	63,7	64,1
3	insg. weiblich (%)	27,7	36,9	36,1	35,7	36,3	35,9
4	insg. - 24	11,3	15,4	16,1	16,4	20,4	19,1
5	25 - 34	18,0	18,5	18,7	18,8	16,6	19,0
6	35 - 44	25,6	22,1	23,2	21,3	20,5	22,0
7	45 - 54	26,8	25,5	24,2	25,0	24,2	24,1
8	55 +	18,3	18,5	17,8	18,5	18,3	18,3
9	männl. - 24	10,5	16,6	16,3	18,0	21,5	20,3
10	25 - 34	19,2	18,1	18,6	18,9	16,1	19,0
11	35 - 44	26,7	22,3	24,1	20,8	20,2	21,9
12	45 - 54	24,3	24,3	23,8	24,5	24,0	23,4
13	55 +	19,3	18,7	17,2	17,8	18,2	17,7
14	weibl. - 24	13,4	13,4	15,6	13,5	18,5	16,8
15	25 - 34	14,7	19,0	18,9	18,7	17,4	19,0
16	35 - 44	23,1	21,9	21,6	22,2	21,2	22,3
17	45 - 54	33,1	27,5	25,0	26,0	24,4	25,4
18	55 +	15,7	18,2	18,9	19,6	18,5	19,3

4.3 Anteil der Versicherten mit mindestens einer L-AU an den Versicherten insgesamt

Um den Anteil der Versicherten mit mindestens einer L-AU im Verlaufe eines Jahres an den Versicherten insgesamt epidemiologisch sinnvoll zu berechnen, muß zunächst die Anzahl der Versicherten bestimmt werden, die von Arbeitsunfähigkeit betroffen sein kann.

Tabelle 4: Mitglieder mit und ohne Krankengeld (in Versicherungsjahren); Krankenkasse A 1975 und Krankenkasse B 1978 bis 1981
*einschließlich Arbeitslose und Freiwillige ohne KG-Anspruch

		IKK A	Krankenkasse B				
Sp.		1975	1978	1979	1980	1981	78-81
1	Pflichtvers.		29.405,8	30.742,3	31.503,0	31.333,6	30.707,3
2	Arbeitslose		969,9	1.330,8	1.349,0	1.906,3	1.354,2
3	Freiwill. m. KG-Anspruch		1.015,0	1.008,7	993,3	1.057,6	1.016,0
4	Barleistungsberechtigte	16.216*	31.390,6	33.081,8	33.845,3	34.297,4	33.077,4
5	wie Spalte 4, aber Anzahl der Personen	18.888*	37.025,0	39.062,0	40.062,0	39.456,0	51.231,0
6	Sonst. Pflichtvers. u. Rehab.		82,7	267,4	643,7	768,9	418,8
7	Freiwill. o. KG-A.		2.317,5	2.325,7	2.287,1	2.279,6	2.304,0
8	Rentner u. RA		18.529,6	18.601,5	18.516,3	18.434,1	18.526,2
9	Mitglieder insges.		52.320,4	54.276,3	55.292,4	55.780,0	54.326,3
10	wie Spalte 9, aber Anzahl der Personen	25.897	61.970,0	63.705,0	65.003,0	64.321,0	79.013,0

In der Krankenkasse A sind alle Pflicht- und freiwilligen Mitglieder erfaßt; darunter befinden sich mit einem Anteil von ca. 4 % nicht-barleistungsberechtigte freiwillig Versicherte, für die mithin auch keine AU-Meldungen vorliegen. Die entsprechenden Kennziffern der KK A sind daher um einen Faktor 0.05 zu niedrig. In der KK B wurden die barleistungsberechtigten Mitglieder versicherungsrechtlich exakt bestimmt (siehe Tabelle 4).

Tabelle 5: Mitglieder nach Alter und Geschlecht (Anzahl der Personen; Verteilung in %); Krankenkasse A 1975 und Krankenkasse B 1978 bis 1981

		KK A		Krankenkasse B			
Sp.		1975	1978	1979	1980	1981	1978-81
1	insg. und abs.	18.888	37.025	39.062	40.062	39.456	51.231
2	insg. männlich (%)	67,8	63,2	63,1	63,3	63,4	62,3
3	insg. weiblich (%)	32,2	36,8	36,9	36,7	36,6	37,7
4	insg. - 24	21,8	31,7	32,5	33,1	32,5	28,8
5	25 - 34	24,5	21,1	21,2	21,3	21,4	25,0
6	35 - 44	26,8	21,4	20,8	19,8	19,6	18,4
7	45 - 54	17,8	16,7	16,5	16,8	17,3	15,8
8	55 +	9,1	9,1	9,0	9,0	9,2	12,0
9	männlich - 24	17,2	29,0	30,1	30,9	30,6	26,6
10	25 - 34	26,2	22,4	22,0	22,3	22,0	25,6
11	35 - 44	30,1	23,1	22,4	21,0	20,6	19,8
12	45 - 54	17,5	16,9	17,0	17,4	17,9	16,5
13	55 +	9,0	8,6	8,5	8,4	8,9	11,5
14	weiblich - 24	31,7	36,7	36,6	36,7	35,6	32,4
15	25 - 34	20,9	18,9	19,5	19,7	20,3	24,2
16	35 - 44	19,9	18,5	18,3	17,8	17,9	16,1
17	45 - 54	18,3	16,1	15,7	15,8	16,2	14,5
18	55 +	9,2	9,8	9,9	10,0	10,0	12,8

Für die Verteilung dieser Versicherten insgesamt nach Alter und Geschlecht zeigt sich (Tabelle 5), daß die Geschlechterproportion etwa gleich 2(M):1(F) ist. Der Anteil der Versicherten, die jünger als 45 Jahre sind, liegt bei mehr als 70 %; das gilt ähnlich für Männer wie für Frauen.

Berechnet man nun den Anteil der Personen mit mindestens einer L-AU im Laufe des Jahres an den Versicherten insgesamt, dann ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 6):

- Ca. 6 % der Versicherten sind in der KK B im Laufe eines Jahres von L-AU betroffen (4,9 bis 6,3 %); das gilt für Männer wie für Frauen. Entsprechende Werte ergeben sich auch für die KK A (1975). Jedoch findet sich hier ein deutlicher Unterschied zwischen Männern (6,1 %) und Frauen (4,9 %).

Tabelle 6: Anteil der Mitglieder mit mindestens einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit an den Mitgliedern insgesamt, nach Alter und Geschlecht (in %); Krankenkasse A 1975 und Krankenkasse B 1978 bis 1981
* aus statistischen Gründen ergeben die Summen nicht 100 %

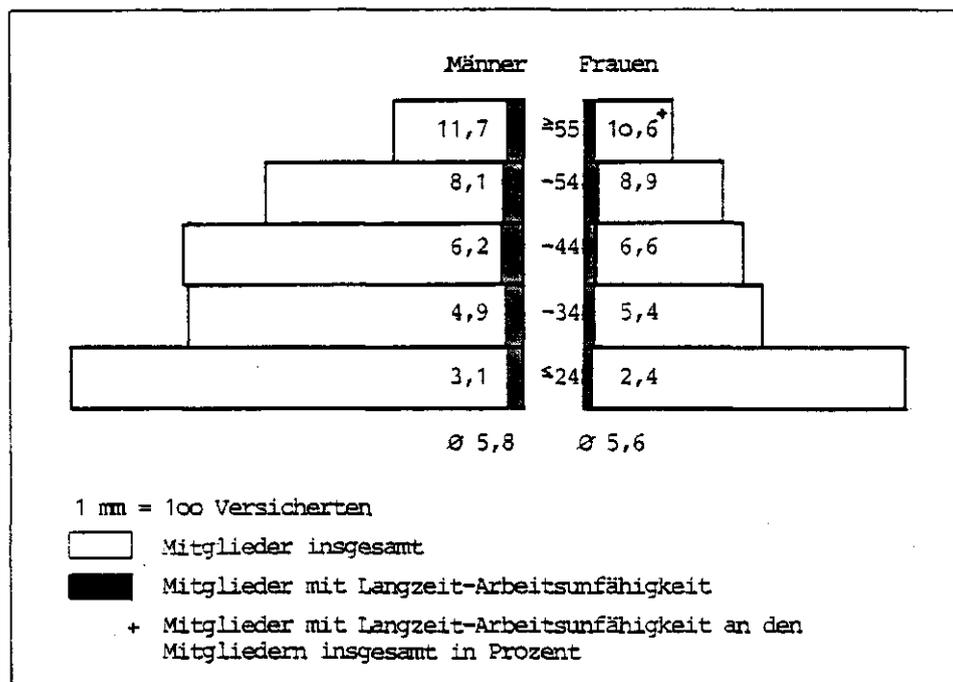
		KK A	Krankenkasse B				
Sp.		1975	1978	1979	1980	1981	1978-81
1	Mitglieder mit L-AU absolut	1.080	1.832	2.230	2.515	2.348	7.471
2	insgesamt	5,7	4,9	5,7	6,3	6,0	14,4
3	insg. männlich (%)	6,1	4,9	5,8	6,4	6,0	15,0
4	insg. weiblich (%)	4,9	5,0	5,6	6,1	5,9	13,9
5	insg. - 24	2,9	2,4	2,8	3,1	3,8	9,7
6	25 - 34	4,2	4,3	5,0	5,5	4,6	11,1
7	35 - 44	5,7	5,1	6,4	6,7	6,2	17,5
8	45 - 54	9,2	7,6	8,4	9,3	8,3	22,3
9	55 +	11,7	10,1	11,3	12,9	11,7	22,2
10	männlich - 24	3,3	2,8	3,1	3,7	4,2	11,4
11	25 - 34	4,5	4,0	4,9	5,4	4,4	11,2
12	35 - 44	5,6	4,8	6,2	6,1	5,9	17,0
13	45 - 45	9,0	7,1	8,1	8,9	8,0	21,3
14	55 +	13,0	10,7	11,7	13,4	12,2	23,0
15	weiblich - 24	1,9	1,8	2,4	2,2	3,1	7,2
16	25 - 34	3,4	5,0	5,4	5,8	5,1	11,2
17	35 - 44	5,9	5,9	6,6	7,6	7,0	19,2
18	45 - 54	9,6	8,5	8,9	10,0	8,8	24,3
19	55 +	9,1	9,2	10,6	12,0	11,0	21,0

- Hinsichtlich der Altersverteilung zeigt sich ein deutlicher Trend zur Zunahme der Quote insgesamt wie auch bei Männern und Frauen. Während die Quote in der jüngsten Altersgruppe bei den Frauen bei 2 bis 3 je 100 und bei

den Männern bei 3 bis 4 je 100 liegt, steigt sie in der höchsten Altersgruppe auf bis zu 12 je 100 bei den Frauen und auf 13 je 100 bei den Männern (siehe auch Abb. 2).

Während sich alle bisher diskutierten Quoten auf einen Einjahres-Zeitraum bezogen haben, konnte für die KK B auch ermittelt werden, wieviele der von 1978 bis 1981 Versicherten in diesen vier Jahren mindestens einmal mehr als 42 Tage arbeitsunfähig waren (siehe rechte Spalte in Tabelle 6).

Abb. 2 Anteil der Mitglieder mit mindestens einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit an den Mitgliedern insgesamt, nach Alter und Geschlecht; Krankenkasse B 1979



Dabei zeigt sich, daß diese bei den unter 25jährigen rund dreimal so hoch sind wie die Einjahres-Quoten, bei den über 54jährigen hingegen nur rund doppelt so hoch. Dies bedeutet, daß bei den älteren Versicherten in höherem Maße immer wieder dieselben Personen von Langzeit-Arbeitsunfähigkeit be-

troffen sind, wohingegen es sich bei den jungen AOK-Mitgliedern in größerem Umfang um einmalige L-AU-Phasen innerhalb des 4-Jahres-Zeitraumes handelt.

II. **ABSCHNITT: TYPOLOGIE DER LANGZEIT-ARBEITSUNFÄHIG-
KEITSFÄLLE**

5. Die Untersuchungsdaten: Ziehung zweier Stichproben	159
6. Die leitenden Kriterien für die Bildung von Teilgruppen	162
7. Die Methodik der Analyse von Behandlungsverläufen aus Versichertenblättern	167
8. Teilgruppe A: Unfälle	173
9. Teilgruppe B: Akuterkrankungen (außer Unfällen) ...	181
10. Teilgruppe C: Spezifische chronische Erkrankungen .	186
11. Teilgruppe D: Suchtkrankheiten	199
12. Teilgruppe E: Mehrere chronische Erkrankungen (Multimorbidität)	207
13. Teilgruppe R: Versicherte zwischen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit	218
14. Zusammenfassung	227

5. Untersuchungsdaten: Ziehung zweier Stichproben
(à 209 Personen)

Für die KK A 1975 und die KK B 1979 liegen die Daten aller Versicherten mit mindestens einer Langzeit-AU im betreffenden Jahr vor (vgl. Kap. I.2.). Für eine detaillierte Analyse dieser Versichertengruppen wurde die genaue Untersuchung von jeweils ca. 200 Behandlungsverläufen methodisch für ausreichend gehalten. Deshalb wurden aus den beiden Gruppen nach Alter und Geschlecht geschichtete Stichproben gezogen.

Die exakte Größe der Stichproben von $n = 209$ Personen ergab sich aus datenverarbeitungsmäßigen Selektionskriterien (Bestimmung eines Einstiegs und einer Schrittlänge bei den Suchläufen aus der nach Alter geordneten Population). Es wurde in beiden Fällen dieselbe Stichprobengröße gewählt, um die Vergleiche auf statistischem Niveau zu erleichtern.

Die Tabelle 7 zeigt die Anpassung der Stichproben nach Alter und Geschlecht. Wie besonders die Insgesamt-Zahlen zeigen, wurde jeweils eine hohe Repräsentativität gegenüber der Gesamt-Versichertengruppe aller L-AU-Personen erreicht.

Die folgende detaillierte Analyse stützt sich auf die Untersuchung der in den Versichertenblättern abgebildeten Behandlungsverläufe der Versicherten dieser beiden Stichproben. Aufgrund dieser Daten werden Teil- bzw. Untergruppen der Versichertengruppe Langzeit-Arbeitsunfähige gebildet, d.h. es wird eine Typologie der Versicherten bzw. der Fälle mit Langzeit-AU auf der Grundlage ihrer Morbidität, Versicherungs- und Behandlungssituation erarbeitet.

Tabelle 7: Mitglieder mit Langzeit-AU insgesamt und in der Stichprobe daraus; nach Alter und Geschlecht (in Personen); Krankenkasse A 1975 und Krankenkasse B 1979

Sp.	KK A 1975		KK B 1979	
	Versicherte mit L-AU insges.	19,4 %-Stichprobe	Versicherte mit L-AU insges.	9,4 %-Stichprobe
1 insg. und abs.	1.080	209	2.230	209
2 insg. männlich	72,3	72,2	63,9	67,0
3 insg. weiblich	27,7	27,8	36,1	33,0
4 insg. - 24	11,3	11,5	16,1	16,7
5 25 - 34	18,1	18,7	18,7	18,1
6 35 - 44	25,3	24,9	23,2	22,5
7 45 - 54	27,4	26,8	24,2	23,4
8 55 +	17,8	18,2	17,8	19,1
9 männlich - 24	10,7	10,6	16,3	18,6
10 25 - 34	19,5	19,9	18,6	16,4
11 35 - 44	26,3	25,2	24,1	24,3
12 45 - 54	24,5	24,5	23,8	22,9
13 55 +	19,0	19,9	17,2	17,9
14 weiblich - 24	12,8	13,8	15,6	13,0
15 25 - 34	14,6	15,5	18,9	21,7
16 35 - 44	23,0	24,1	21,6	18,8
17 45 - 54	34,9	32,8	25,0	24,6
18 55 +	14,7	13,8	18,9	21,7

Im Kap. 6. sind die Kriterien, wie sie sich für die Herausbildung der Teilgruppen als leitend herausstellen, dargestellt. Im darauffolgenden Kap. 7. wird die Methodik der Analyse von Behandlungsverläufen aus Versichertenblättern diskutiert.

In den Kap. 8. - 13. wird die Typologie der Versicherten mit L-AU, d.h. die Diskriminierung in abgrenzbare Untergruppen, entwickelt. Diese Kapitel sind jeweils nach dem folgenden Schema aufgebaut:

- Definition der Teilgruppe:

Hier wird jeweils die Argumentation, die zur Herausbildung und Abgrenzung der Teilgruppe führte, näher erläutert.

- Größe und Zusammensetzung der Teilgruppe:

Hier findet sich die statistische Aufbereitung der Teilgruppe sowie ggf. eine weitere Aufschlüsselung nach Erkrankungsbereichen.

- Fallbeispiele:

Schließlich werden in jeder Untergruppe zwei Fallbeispiele dargestellt. Dabei handelt es sich um die Rekonstruktion von Fallgeschichten, von denen je eine sich auf die erstellten Behandlungsverläufe der Erhebung KK A 1975 ("großes" Versichertenblatt: inkl. ambulante Behandlungsdaten; Ein-Jahres-Verlauf) und KK B 1979 ("kleines" Versichertenblatt: nur AU- und KH-Daten, also ausschließlich der ambulanten Behandlung; Vier-Jahres-Verlauf) stützt.

6. Die leitenden Kriterien für die Bildung von Teilgruppen

Eine mindestens sechswöchige, ununterbrochene Krankschreibung wird in der Regel aufgrund eines schwerwiegenden Krankheitsbildes erfolgen, welches umfassendere medizinische Maßnahmen erfordert, als dies bei kurzfristigen, einfachen Gesundheitsstörungen der Fall ist. Dies schließt nicht aus, daß z.B. im Stadium der Rekonvaleszenz längere AU-Zeiten nicht mit komplexen medizinischen Strategien verbunden sind.

Hinsichtlich solcher komplexer Behandlungsverläufe stellt sich die Frage nach der Sicherstellung der Kontinuität der Gesamtbehandlung mit dem Ziel der möglichst weitgehenden Wiederherstellung der Gesundheit sowie der (Wieder-) Eingliederung in Familie, Arbeit und Gesellschaft. Eine sinnvolle Gesamtbehandlung, bei der die einzelnen Schritte (fachärztliche Behandlung, stationäre Behandlung, medizinische und berufliche Rehabilitation...) koordiniert ineinandergreifen bzw. aufeinander aufbauen, ist einerseits ein selbstverständlicher Anspruch der Betroffenen; sie liegt gleichzeitig im Interesse der Kostenträger der erforderlichen Behandlungsmaßnahmen an möglichst hoher Effektivität der von ihnen zu finanzierenden Leistungen.

Unter dem Gesichtspunkt der Sicherung der Kontinuität der Gesamtbehandlung bei lang andauernden komplexen Behandlungsverläufen als relevantem Problem der Versorgung von Versicherten mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit sind etwa folgende Handlungsstrategien der Träger der GKV denkbar, die z.T. bereits angewandt werden:

- Maßnahmen der Versichertenberatung;

- Regelungen zur trägerübergreifenden Kooperation (Gesamtkonzepte, "Gesamtplan");
- Überprüfungen hinsichtlich der Durchführung bzw. Adäquatheit medizinischer Leistungen.

Entsprechend der Fragestellung der Untersuchung orientierte sich die weitere Betrachtung und Unterteilung der Versicherten mit L-AU an den Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen.

Es waren zunächst solche Teilgruppen der Versicherten mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit zu identifizieren, bei denen sich wegen vorliegender akuter Erkrankungen mit eindeutigen Behandlungserfordernissen die Frage der Notwendigkeit alternativer bzw. zu modifizierender Bewältigungsstrategien für die Träger der GKV selbst nicht oder nur marginal stellt. Die zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten entsprechen hier weitgehend dem aktuellen Stand; mögliche Veränderungen sind vor allem aus der medizin-wissenschaftlichen und medizin-technischen Entwicklung zu erwarten.

Des weiteren wird es Untergruppen von Versicherten geben, bei denen bei Vorliegen einer langwierig-chronischen Erkrankung - etwa mit permanenter oder aber in Abständen rezidivierender Symptomatik -, bei insgesamt jedoch klar umrissenem Krankheitsbild, sich die Frage nach einem jeweils krankheitsspezifischen Einstieg in alternative Behandlungs- und Versorgungsstrategien stellt. Hier könnte also zum Beispiel die Überprüfung der Adäquatheit und Effizienz derzeit gängiger Behandlungsroutinen angezeigt sein. Einen Sonderfall der hier angesprochenen Problematik bildet die Erkrankungs- und Behandlungssituation bei den Suchtkrankheiten. Schließlich wird besonderes Augenmerk auf die Situation solcher Versicherter zu legen sein, bei denen bei insgesamt chronischem Erkrankungsverlauf kein Hauptleiden vorliegt bzw. bei denen es nicht möglich scheint, eine dominierende Krankheit zu

identifizieren. Insbesondere wenn sich im Behandlungsgeschehen solcher Versicherten-Teilgruppen Anhaltspunkte für Polypragmasie finden lassen, können sich neben der Überprüfung der Adäquatheit und Effizienz von Leistungen vor allem Maßnahmen der Versichertenberatung sowie der intensivierten Koordination zwischen Trägern und Anbietern medizinischer und rehabilitativer Maßnahmen als sinnvolle Handlungsstrategien darstellen.

Besonders wird die Problematik solcher Versicherter zu berücksichtigen sein, bei denen sich als Folge des Schweregrades oder der Fortgeschrittenheit ihres chronischen Leidens aus medizinischer Indikation die Frage der Notwendigkeit von Änderungen in der bisherigen Lebenssituation (z.B. Berufswechsel oder Frühberentung aus Gründen der Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit) stellt. Solche Prozesse qualitativer Veränderungen im Lebenslauf bringen in der Regel auch psychosoziale Belastungen sowie versicherungsrechtliche Unklarheiten mit sich, welche ggf. der Abklärung bedürfen. Hier ergeben sich besondere Handlungserfordernisse für die Träger der GKV im Bereich Versichertenberatung.

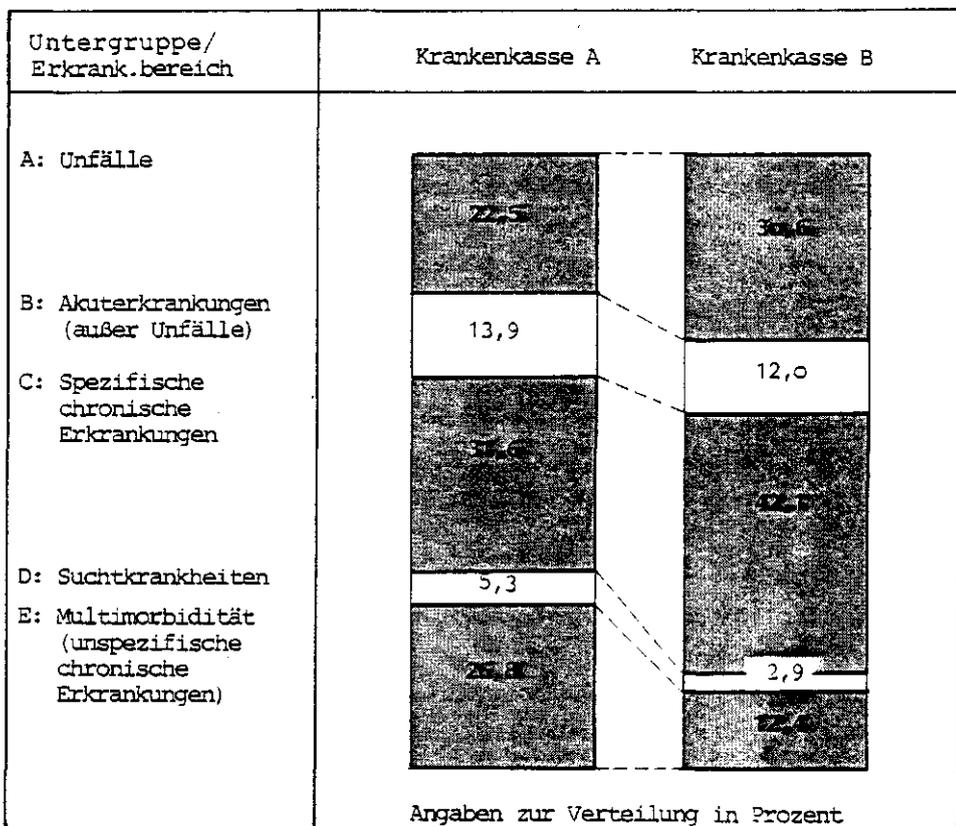
Damit sind einige zentrale Aspekte benannt, die für die nähere Untersuchung der Versichertengruppe Langzeit-Arbeitsunfähige leitend waren. Weitere Anregungen ergaben sich für die Mitarbeiter der Forschungsgruppe aus Gesprächen mit Beschäftigten der Krankenkassen sowie aus der "unmittelbaren Anschauung" des vorliegenden empirischen Materials in Form der ausführlichen Versichertenblätter.

Infolge der oben angerissenen Überlegungen wurden zunächst fünf voneinander abgrenzbare Untergruppen bzw. Morbiditätstypen der Versichertengruppe (VG) L-AU gebildet.

A. Unfälle: Versicherte mit Unfällen (z.B. Knochenbrüche, Verstauchungen, offene Wunden)

B. Akute Erkrankungen: Versicherte mit akuten Erkrankungen (außer Unfällen) mit einer Behandlungsdauer von üblicherweise mehr als sechs Wochen. (Dies sind Krankheiten, deren Dynamik entweder zur vollständigen Heilung führt oder die letal verlaufen. Krebserkrankungen wurden etwas willkürlich zu dieser Gruppe gerechnet).

Abbildung 3: Unterteilung zweier Stichproben von Versicherten mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit (jeweils n = 209 Personen) nach definierten Untergruppen/Erkrankungsbereichen; relativ (in %) KK A 1975 und KK B 1979 (weitere Erläuterungen: siehe Text)



- C. Spezifische chronische Erkrankungen: Versicherte mit akuter Verschlechterung bei einer spezifischen chronischen Erkrankung (z.B. Verschleißkrankheiten an Wirbelsäule oder Gelenken, Herzinfarkt, Magengeschwür).
- D. Suchten: Versicherte mit Suchtkrankheiten
- E. Multimorbidität (unspezifische chronische Krankheiten): Versicherte mit akuter Verschlechterung bei chronischer Erkrankung ohne dominierende Einzelkrankheit (insbesondere mit psychosomatischem oder Verschleiß-Hintergrund).

Bei einem Teil (ca. 10 %) der Versicherten der Untergruppen A. - E. ergaben sich Zweifel, ob sie überhaupt noch als erwerbsfähig einzustufen waren. Diese Versicherten wurden in einer zusätzlichen, sechsten Gruppe

- R. Versicherte zwischen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit

zusammengefaßt. Während also A. - E. disjunkte Kategorien darstellen, sind die Versicherten der Untergruppe R. bereits auch unter A. - E. erfaßt.

Bevor die einzelnen Gruppen näher vorgestellt werden, zeigt Abbildung 3 vorab die anteilmäßige Besetzung der beiden untersuchten Stichproben ($n = 209$ Personen) nach den Kategorien A. - E..

7. Die Methodik der Analyse von Behandlungsverläufen aus Versichertenblättern

Versichertenblätter sind eine systematische Form der Darstellung von Informationen, die der Krankenkasse für den einzelnen Versicherten vorliegen. Sie beinhalten zum einen die Stamm- (Personal- und Sozial-) Daten des Versicherten, wie sie sich aus der Dokumentation seiner Mitgliedschaft bei der Kasse ergeben. Zum zweiten sind im Versichertenblatt für einen je bestimmten Zeitraum die Leistungsdaten dieses Mitglieds enthalten, wie sie der Kasse als schriftliche Information in Form von Behandlungs-, Überweisungs-, Einweisungs-Scheinen sowie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der behandelnden Ärzte und Krankenhäuser vorliegen. Die Leistungsdaten im Versichertenblatt bilden dabei die Behandlungsanlässe ab (Diagnosen) und benennen die vorgenommenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen und Verordnungen (bestimmte Untersuchungen, Verordnung von Medikamenten, Arbeitsruhe, fachärztliche oder stationäre Behandlung und deren Dauer). Hingegen werden die Ergebnisse von Untersuchungen und die detaillierten Maßnahmen während stationärer Aufenthalte nicht mitgeteilt. Zur Systematik und Bedeutung des Erhebungsinstruments "Versichertenblatt" vgl. Maag u.a. (1982) und Häussler/Schräder (1982).

Die Versichertenblätter unterscheiden sich nach dem Umfang der aufgenommenen, d.h. der Krankenkasse vorliegenden und von ihr datenverarbeitungsmäßig aufbereiteten Informationen:

- Die Daten der KK A für das Jahr 1975 beinhalten neben KH- und AU-Perioden auch das ambulante Behandlungsgeschehen: diagnostische/therapeutische Maßnahmen, Verordnung von Medikamenten und Heil- und Hilfsmitteln. Die

Versichertenblätter für die Mitglieder der KK A 1975 erscheinen daher als relativ ausführliche und detailreiche Dokumentation des ambulanten und stationären Behandlungsgeschehens eines Jahres ("großes" Versichertenblatt).

- Bei den Daten der KK B für die Jahre 1978 - 1981 fehlen jegliche Angaben über ambulante Behandlung; aufgenommen sind nur AU- und KH-Perioden mit ihren Anlässen (Diagnosen) sowie die Dauer von Krankengeldzahlungen. Infolge der Berücksichtigung des Vierjahres-Zeitraumes erlauben die Versichertenblätter hier jedoch in Abhebung zu den Versichertenblättern der KK A trotz reduzierter Datendichte ("kleines" Versichertenblatt) eingehendere Verlaufsbetrachtungen: Es sind über mehrere Jahre Entstehungsprozesse von Erkrankungen oder auch deren Folgeverläufe zu betrachten.

Die Methodik der Analyse von Behandlungsverläufen auf der Basis von Versichertenblättern wird an anderer Stelle ausführlich diskutiert (Häussler/Schröder, 1982): Ausgangspunkt ist die Einsicht, daß eine vereinzelte, isolierte Information für sich genommen nur begrenzt aussagekräftig ist. So kann etwa das Datum "Diagnose: Magengeschwür" für einen (mehr oder wenigen vagen) Verdacht des Arztes stehen, jedoch auch für eine abgesicherte Diagnose oder aber für die Beschreibung eines (eventuell relativ beschwerdefreien) Folgezustands nach einer akuten Phase.

Deshalb ist es notwendig, bei der Rekonstruktion eines Behandlungsverlaufs an den zur Verfügung stehenden GKV-Prozeßdaten die vorliegenden Informationen immer im Zusammenhang zu betrachten. Die Voraussetzung hierfür ist durch den individuellenbezogenen und chronologischen Ausdruck der Daten in Form der Versichertenblätter gegeben. Insbesondere wird es darum gehen, die Diagnosen in ihrem inhaltlichen Zusammen-

hang mit den diagnostischen und therapeutischen Leistungen zu sehen, die Diagnose also quasi an diesen real vorgenommenen ärztlichen Handlungen zu validieren (Kontextanalyse).

Des weiteren wird bei der Fallrekonstruktion anhand des Versichertenblattes seitens des Untersuchenden ein Hintergrundwissen über die Umstände der Datenentstehung eingehen, etwa über Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion und über bestehende Strukturen des Gesundheitsversorgungssystems (Behandlungsangebote, Vergütungs- und damit Dokumentationsmodi, ...). Der Entstehungszusammenhang der Daten wird also berücksichtigt.

Schließlich werden Regelmäßigkeiten, Strukturen und Typisierungen in den Behandlungsverläufen zu beobachten sein, deren Kenntnis ggf. Interpretationshilfen für die Einzelfallbetrachtung liefern können.

In den folgenden Kapiteln 8. - 13. werden jeweils mehrere Fallgeschichten und die zugehörigen Versichertenblätter abgedruckt. Die ausgesuchten Fälle sind für die jeweilige Teilgruppe möglichst repräsentativ ("typische" Verläufe). Neben dem Erkrankungsverlauf werden die Behandlungsschritte, sofern sie erkennbar und rekonstruierbar sind, besonders hervorgehoben. Durch die Verschiedenartigkeit der Fallbeispiele über die Untergruppen hinweg entsteht so quasi ein Gesamtpanorama der Versichertengruppe Langzeit-Arbeitsunfähige. Hinsichtlich der z.T. sehr komprimierten Wiedergabe der Fallbeispiele muß um Nachsicht beim nicht-medizinisch geschulten Leser gebeten werden, wenn wegen des relativ hohen medizinischen Gehalts im Einzelfall Verständnisschwierigkeiten auftreten sollten.

Exkurs

über die Schwierigkeiten der Abgrenzung akuter vs. chronischer Erkrankungen in Abhängigkeit von der Datenlage ("großes" vs. "kleines" Versichertenblatt)

Eine eindeutige Einschätzung von Erkrankungen als akut oder chronisch allein nach der Diagnose bzw. dem Erkrankungsbereich ist in der Regel nicht möglich. Zwar liegen für einige Erkrankungen die Verhältnisse relativ klar: Eine Grippe oder eine Durchfallkrankheit wird man in nahezu jedem Fall als Akuterkrankung ansehen. Körperliche Verschleißkrankheiten etwa des Bewegungsapparates sind quasi per definitionem chronische Erkrankungen.

Für die überwiegende Anzahl der Erkrankungsbereiche ist die Situation jedoch nicht so eindeutig. Sind Krankheitszustände - wie im Rahmen dieser Studie - nur über Diagnosen (als "Behandlungsanlässe" nach dem ICD-Schlüssel, 8. Revision) benannt und nicht über die Ergebnisse näherer diagnostischer Untersuchungen, so muß die Beurteilung von Akutcharakter bzw. Chronizität in vielen Fällen unsicher bleiben. Diagnosen wie Schleimhautentzündung des Magens und Zwölffingerdarms, Bronchitis, Krankheiten des Kreislaufsystems oder schmerzhafte Wirbelkörpersyndrome können zunächst einmal auf eine akute Erkrankungsperiode, aber auch auf chronisches Krankheitsgeschehen verweisen.

Allenfalls lassen sich für bestimmte Erkrankungsbereiche Erwartungswerte angeben, nach denen es sich mit bestimmter Wahrscheinlichkeit um chronische Verläufe handelt. Diese Erwartungswerte erhöhen sich, wenn die behandelnden Ärzte präzisere Diagnosen angeben, wie z.B. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, chronische Bronchitis oder Asthma, chronische ischämische Herzkrankheiten oder Herzinfarkt, Arthrosis deformans oder Osteochondrose (Bandscheibendegeneration) usw.

Die Frage nach der Chronozität einer Erkrankung ist die Frage nach ihrem Verlauf. Auch Definitionen von akut bzw. chronisch beziehen sich immer auf den Verlauf (vgl. Pschyrembel, 1977; auch Schaefer, 1976, S. 19). Eine Akuterkrankung tritt relativ plötzlich auf, verläuft schnell, führt zu einer Heilung in absehbarer Zeit oder aber zum Tode. Chronische Erkrankungen verlaufen langsamer, können nach Besserungen rezidivieren, ihre Entwicklung ist unabsehbarer, Heilungschancen sind geringer bzw. schlechter angebar.

In diesem Sinne wurde auch die Einschätzung von Krankheitsfällen als Anlaß von Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsperioden im Rahmen dieser Untersuchung gehandhabt. (Akuterkrankungen in Teilgruppen A. und B., chronische Erkrankungen in den Untergruppen C., D. und E.). Entscheidend für die Praktikabilität einer solchen Einteilung war dabei, daß anhand der zunächst zur Verfügung stehenden Daten der KK A aus dem Jahre 1975 ("großes" Versichertenblatt) unter Zuhilfenahme der Informationen über ambulante Behandlung eine exakte und detaillierte Verlaufsuntersuchung über ein Jahr möglich war.

Verlaufsuntersuchung meint, festzustellen, über welchen Zeitraum und in welchem Umfang vor, während und nach den

AU-Phasen die Erkrankung ambulant behandelt wurde. Eine ambulante Behandlung über mehrere Quartale des Jahres, die den unmittelbaren Zeitraum der AU bzw. des KH-Aufenthaltes merklich überschritt, ließ auf einen chronischen Verlaufscharakter schließen.

Durch eine solche detaillierte Verlaufsbeobachtung über zwölf Monate konnte die Chronizität von Erkrankungen gut eingeschätzt werden: Es zeigte sich dabei, daß, wenn als Anlaß einer Langzeit-AU Diagnosen aus den Erkrankungsbereichen der Teilgruppen C.1. bis C.4. (Skelett/Muskeln/Bindegewebe, Herz/Kreislauf, Magen/Darm, Psychische Störungen) angegeben wurden, es sich hierbei in nahezu allen Fällen um ganzjährige, zumindest aber mehrmonatige, also chronische Verläufe handelte. Nur wenige Ausnahmen, u.a. aus dem Bereich der Verdauungsorgane, mußten den Akuterkrankungen der Gruppe B zugeordnet werden.

Nicht so stringent war die Situation im Gegensatz dazu bei denjenigen Krankheiten, die unter der Teilgruppe C.5. zusammengefaßt wurden. Bei Nennung dieser Erkrankungsbereiche als L-AU-Anlaß (im wesentlichen Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, des Nervensystems und der Sinnesorgane, der Haut, der Atmungsorgane, des Stoffwechsels und der inneren Drüsen) war nur in jedem Einzelfall unter genauer Beachtung der Verlaufsinformationen die Einschätzung als chronische (C.5.) oder aber Akuterkrankung (B.) durchführbar. Letztlich war aber in jedem Einzelfall der KK A-Stichprobe eine plausible, begründbare und nachvollziehbare Festlegung möglich.

Deutlich erhöhte Einschätzungsschwierigkeiten ergeben sich nun bei reduziertem Datenmaterial, wenn also noch die AU- und KH-Daten, aber nicht mehr die Informationen über ambulante Behandlung vorliegen ("kleines" Versichertenblatt, KK B). Besonders treten diese Schwierigkeiten bei der Betrachtung jüngerer Versichertengruppen hervor, da hier Chronifizierungsprozesse naturgemäß in geringerem Ausmaß auftreten und somit auch nur mit besonderer Zurückhaltung angenommen werden können.

Wie ist eine 6- oder 8wochen-AU einer 30jährigen Patientin mit den Diagnosen Sonstige Krankheiten der Gelenke und Knochen (oder: Rheumatismus; oder: Schleimhautentzündung des Magens und Zwölffingerdarms; oder: Phlebitis...) einzuschätzen, wenn keine Daten über die vorausgehende, gleichzeitige bzw. nachfolgende ambulante Behandlung vorliegen? Im Rahmen der Untersuchung wurde hier so verfahren, daß geprüft wurde, ob für den betreffenden Patienten (i.d.R. kürzere) AU- oder KH-Perioden zunächst im Berichtsjahr (1979, für die KK B) selbst oder aber in den miterhobenen Jahren 1978, 1980 oder 1981 vorlagen, die ebenfalls mit Diagnosen desselben Erkrankungsbereichs begründet wurden. War dies der Fall, so wurde dies als ein Indiz für Chronizität gewertet, war dies nicht der Fall, wurde ein Akutcharakter der Erkrankung angenommen.

Fanden sich also isolierte L-AU-Perioden bzw. L-AU-Perioden mit isolierten Anlässen/Diagnosen, so wurden diese den Akuterkrankungen zugeordnet, auch wenn die Diagnosen z.T. aus den als eher chronisch anzusehenden Erkrankungsbereichen C.1. - C.4. stammten. Dies aber nur, wenn die L-AU-Dauer etwa 8 - 10 Wochen nicht überschritt; wesentlich längere AUen wurden auch bei isoliertem Auftreten als chronischer Fall gewertet.

Hinsichtlich der Bestimmung der Häufigkeit von chronischen Erkrankungen ist dies also ein eher konservatives Vorgehen, bei dem solche Fälle nach den "kleinen" Versichertenblättern als chronische nicht entdeckt werden, bei denen die Chronizität allein aus den ambulanten Behandlungsdaten und nicht durch weitere AUen/KH-Aufenthalte zu erkennen ist.

8. Teilgruppe A: Versicherte mit Unfällen

8.1 Definition der Teilgruppe

Hauptkriterium derjenigen Versicherten mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit, die dieser ersten und auch der folgenden Teilgruppe B zugeordnet wurden, ist, daß ihre Erkrankungen Akut-Charakter haben. Art, Schwere und Verlauf der Erkrankung erfordern aber bestimmte Behandlungsmuster, die üblicherweise 6 Wochen oder länger dauern. Die medizinische Indikation ist relativ eindeutig, und es bestehen durchweg keine (relevanten) Behandlungsalternativen.

Für die hier zusammengefaßte größte Teilgruppe der Akuterkrankungen, die Unfälle, wird unter dem Gesichtspunkt des Behandlungserfolgs davon ausgegangen, daß in der Regel mit Behandlungsende eine abschließende erfolgreiche Heilung erreicht werden kann und langfristige Folgeerscheinungen nicht zu erwarten sind. Dies trifft natürlich nicht in jedem Einzelfall zu; die chronischen Unfallfolgen sollen jedoch hier außer Acht gelassen werden.

Unter dem Blickwinkel langandauernder Arbeitsunfähigkeit wird hier kein besonderes Handlungserfordernis der Krankenkassen gesehen. Der hohe Anteil von Arbeitsunfällen in dieser Teilgruppe verweist auf einen anderen Handlungskontext: den betrieblichen Gesundheitsschutz. Dieses Handlungsfeld wird hier jedoch nicht weiter betrachtet.

8.2 Größe und Zusammensetzung der Teilgruppe

Die Unfallpatienten stellen in KK A 1975 22,5 % (47 von 209) und in KK B 1979 30,6 % (64 von 209), also fast ein Drittel, aller L-AU-Fälle.

Tabelle 8: Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Unfall; Verteilung nach Alter und Geschlecht, KK A 1975, KK B 1979

Geschlecht	KK A 1975				KK B 1979			
	m	w	insgesamt abs.	%	m	w	insgesamt abs.	%
Alter								
- 24	10	1	11	23,4	18	5	23	35,9
25 - 34	11	-	11	23,4	16	3	19	29,7
35 - 44	14	1	15	31,9	5	2	7	10,9
45 - 54	6	2	8	17,0	8	2	10	15,6
55 +	2	-	2	4,3	3	2	5	7,8
Summe	43	4	47	100,0	50	14	64	100,0

Wie die Tabelle zeigt, besteht die Teilgruppe A (Unfälle) in beiden Erhebungen zum ganz überwiegenden Teil aus Männern, wobei in KK A die unter 45jährigen, in KK B die unter 35jährigen im jeweiligen Vergleich zur Gesamtpopulation aller L-AU-Personen eindeutig überrepräsentiert sind. In beiden Stichproben liegt für die männlichen Versicherten unter 45 Jahren der Anteil der Patienten mit Unfall bei 47 %. Bei den unter 25jährigen sind es sogar jeweils 2 von 3 Männern der Versichertengruppe L-AU, die einen Unfall erlitten.

Für die KK B-Stichprobe wurde eine nähere Auszählung vorgenommen. Danach handelt es sich bei mehr als der Hälfte der 64 Unfall-Patienten um Brüche der Extremitäten (Finger, Hand, Arm, Bein) bzw. des Knochenapparates (Hüfte, Schlüsselbein, Rippen). Mehr als ein weiteres Drittel geht auf das Konto von Prellungen, Verstauchungen und Verrenkungen. Der

Rest der Unfälle verteilt sich auf offene Wunden, Gehirnerschütterungen und Verbrennungen.

Die folgende Tabelle 9 zeigt für KK B die Aufschlüsselung der 64 Versicherten nach der Art der Unfälle.

Bei den Unfällen, deren Art aufgeklärt werden konnte (also außer sonstigen Unfällen), liegt der Anteil der Arbeitsunfälle bei Männern und Frauen jeweils bei 50 %.

Tabelle 9: Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Unfall; Verteilung nach der Art der Unfälle, KK B 1979

Geschlecht	m	w
Art der Unfälle:		
Arbeitsunfall	17	4
Wegeunfall	1	-
Verkehrsunfall	8	3
Sportunfall	7	-
Sonstiger Unfall	17	7
Summe	50	14

8.3 Fallbeispiel Nr. 1: Unfall als Anlaß einer L-AU (Arbeiter, 30 Jahre), KK A 1975

Ein 30jähriger deutscher Arbeiter in der Chemischen Industrie, verheiratet, kommt am 20.2. des Berichtsjahres 1975 aus der Notfallüberweisung eines Allgemeinarztes in die ambulante Behandlung eines Facharztes für Chirurgie; Diagnose: "Knöchelbruch". Der Arzt entscheidet, die Behandlung ambulant weiterzuführen, legt einen Gipsverband an und verordnet je ein entzündungs- und schmerzhemmendes Medikament. Die mit dem o.a. Tage beginnende AU-Periode dauert nahezu 9 Wochen. Während dieser Zeit wird der Gipsverband des Patienten dreimal gewechselt. Seit dem 13.3. wird die Behandlung durch einen Facharzt für Orthopädie weitergeführt. Es finden sich 2 weitere ambulante Behandlungsperioden: Zum Zeitpunkt des Knöchelbruchs war der Patient seit 8 Tagen in Allgemeinarzt-

behandlung mit den Diagnosen "Akute Mandelentzündung" und "Schmerzhafte Wirbelkörpersyndrome"; es erfolgte jedoch keine Rezeptur. Im September war der Versicherte dreimal beim Allgemeinarzt wegen einer Haut- und Bluterkrankung mit entsprechender Rezeptur. Angesichts des ganzjährigen Verlaufs steht die durch den Unfall bedingte L-AU-Periode eindeutig im Vordergrund.

Versichertenblatt Nr. 1

ARZT	DATUM		BEHANDLUNGSANLASS/LEISTUNGEN	AUSGABEN
ALL 1	12.02.75	D	AKUTE MANDELENTZUENDUNG	
	-13.03.75	D	SCHMERZHAFTE WIRBELKOERPER- SYNDROME	
	12.02.75	L	BERATUNG	3,00
ALL 2	20.02.75	D	SONSTIGE KRANKHEITEN DER GELENKE	
		L	NOTFALL: BERATUNG	3,00
			UEBERWEISUNG VON ALLGEMEINARZT 2 ZU CHIRURG (CHI)	
CHI	20.02.75	D	KNOECHELBRUCH	
		-06.03.75		
	20.02.75	L	ROENTGEN: HANDGELENK, SPRUNG- GELENK U. DGL.; ZWEI AUFNAHMEN	15,00
		L	BERATUNG AN SONN- UND FEIERTAGEN	6,00
	L	EINFACHER GIPSSCHIENENVERBAND ODER GIPSPANTOFFEL	10,00	
	L	UNFALLBERICHT IM UNFALLHEIL- VERFAHREN	5,50	
	R	PHLOGASE DRAGEES	8,40	
	R	NOVALGIN TROPFEN	4,65	
	L	AUSSTELLUNG EINER ARBEITSUN- FAEHIGKEITSBESCHEINIGUNG	2,00	
		AU	AU-BEGINN	
CHI	21.02.75	L AU	BERATUNG	3,00
	22.02.75	AU AU		
	23.02.75	AU AU		
	24.02.75	L AU	ZIRKULAERER GEHGIPSVERBAND	20,00
	25.02.75	AU AU		
	26.02.75	AU AU		
	27.02.75	AU AU		
	28.02.75	AU AU		
	01.03.75	AU AU		
	02.03.75	AU AU		
	03.03.75	AU AU		
	04.03.75	AU AU		
05.03.75	AU AU			

	06.03.75	L AU	BERATUNG	3,00
	07.03.75	AU	AU	
	08.03.75	AU	AU	
	09.03.75	AU	AU	
	10.03.75	AU	AU	
	11.03.75	AU	AU	
	12.03.75	AU	AU	
ALL 1	13.03.75	L AU	BERATUNG	3,00
		L AU	AUSSTELLUNG EINER ARBEITS- UNFAEHIGKEITSBESCHEINIGUNG	2,00
		L AU	UEBERWEISUNG VON ALL 1 ZU ORTHOPAEDEN (ORT)	
ORT	13.03.75	D AU	KNOECHELBRUCH	
	-12.04.75	AU		
	13.03.75	L AU	BERATUNG	3,00
		L AU	ABNAHME EINES ZIRKULAEREN GIPSVERBANDES NACH NRN. 265, 2249, 266 BIS 268	8,00
		L AU	ROENTGEN: HANDGELENK, SPRUNG- GELENK U. DGL.; ZWEI AUFNAHMEN	15,00
		L AU	ZIRKULAERER GIPSVERBAND ODER GIPSHUELSE MIT GELENKSCHIENEN	16,00
	14.03.75	AU	AU	
	15.03.75	AU	AU	
	16.03.75	AU	AU	
	17.03.75	L AU	BERATUNG	3,00
	18.03.75	AU	AU	
	19.03.75	AU	AU	
	20.03.75	AU	AU	
	21.03.75	AU	AU	
	22.03.75	L AU	ABNAHME EINES ZIRKULAEREN GIPSVERBANDES NACH NRN. 265, 2249, 266 BIS 268	8,00
		L AU	ROENTGEN: HANDGELENK, SPRUNG- GELENK U. DGL.; ZWEI AUFNAHMEN	15,00
		L AU	ANLEGEN EINES REDRESSIERENDEN KLEBVERBANDES AN FUSS UND/ODER BEIN	5,00
	23.03.75	AU	AU	
	24.03.75	AU	AU	
	25.03.75	AU	AU	
	26.03.75	AU	AU	
	27.03.75	AU	AU	
	28.03.75	AU	AU	
	29.03.75	AU	AU	
	30.03.75	AU	AU	
	31.03.75	AU	AU	
	01.04.75	AU	AU	
	02.04.75	AU	AU	
	03.04.75	AU	AU	
	04.04.75	AU	AU	
	05.04.75	AU	AU	
	06.04.75	AU	AU	
	07.04.75	AU	AU	
	08.04.75	AU	AU	
	09.04.75	AU	AU	

	10.04.75	AU	AU	
	11.04.75	AU	AU	
	12.04.75	L AU	BERATUNG	3,00
		L	AUSSTELLUNG EINER ARBEITS- UNFAEHIGKEITSBESCHEINIGUNG	2,00
	13.04.75	AU	AU	
	14.04.75	AU	AU	
	15.04.75	AU	AU	
	16.04.75	AU	AU	
	17.04.75	AU	AU	
	18.04.75	AU	AU	
	19.04.75	AU	AU	
	20.04.75	AU		
	21.04.75	AU	AU	
	22.04.75	AU	AU-ENDE	
ALL 1	01.09.75	D	FURUNKEL UND KARBUNKEL	
	-04.09.75	D	SONSTIGE KRANKHEITEN DES BLUTES UND DER BLUTBILDENDEN ORGANE	
		D	SONSTIGE MYKOSEN	
	01.09.75	L	BERATUNG AN SONN- UND FEIERTAGEN	6,00
		L	KLEINER EINFACHER VERBAND	2,50
		L	AUSSTELLUNG EINER ARBEITSUN- FAEHIGKEITSBESCHEINIGUNG	2,00
	03.09.75	L	INJEKTION, INTRAVENOS ODER INTRAARTERIELL	4,00
		L	KLEINER EINFACHER VERBAND	2,50
		R	OPINO GEL	14,45
		R	DAKTAR PUDER	15,60
		R	TONOFTAL LOESUNG	7,15
		R	PYOMYCIN SALBE	4,85
		R	VIBRAVENOS STERAJEKT	26,10
	04.09.75	L	KLEINER EINFACHER VERBAND	2,50
		L	INJEKTION, INTRAVENOS ODER INTRAARTERIELL	4,00

8.4 Fallbeispiel Nr. 2: Unfall als Anlaß einer L-AU
(Bauhilfsarbeiter, 28 Jahre), KK B 1979

Der Versicherte ist ein 28jähriger Deutscher. Obwohl sich als Berufsangabe Bauhilfsarbeiter findet, verfügt er über ein überdurchschnittliches Einkommen (ca. DM 3.000,-- Brutto-Monatseinkommen in den Jahren 1979 und 1980). Der Versicherte ist verheiratet und hat ein Kind. Der Versicherungszeitraum 1978 - 1981 ist vollständig erfaßt; daraus geht hervor, daß dieser Versicherte zunächst nicht der im Baugewerbe weitgehend üblichen saisonalen Arbeitslosigkeit unterliegt. Erst ab November 1981 ist er im Vierjahreszeitraum 1978 - 1981 erstmals arbeitslos.

Der Versicherte erscheint in unserer Stichprobe aufgrund einer 46 Tage dauernden AU-Periode, von Januar bis März 1979. Es handelt sich um einen Arbeitsunfall mit der Diagnose Bruch eines oder mehrerer Mittelhandknochen. Die Behandlung erfolgt ausschließlich ambulant durch einen Facharzt für Chirurgie. Für die letzten drei Tage dieser AU wird von der Kasse Krankengeld gezahlt.

Darüber hinaus finden sich im dargestellten Vierjahreszeitraum zwei weitere, kürzere AU-Perioden, die ebenfalls beide als durch einen Arbeitsunfall bedingt angegeben werden. Im Sommer 1978 leidet der Patient vier Wochen an einem Bruch eines oder mehrerer Fingerglieder sowie an einer Verstauchung und Zerrung der Hand bzw. des Handgelenks. Im April 1980 erfolgt eine kurze Vier-Tage-AU aufgrund einer entzündlichen Erkrankung des Auges.

Versichertenblatt Nr. 2

ARZT	DATUM		BEHANDLUNGSANLASS/ LEISTUNGEN	AUSGABEN DAUER	
ALL	10.08.78	AU	AU-BEGINN	28 T-AU	
		AU	ARBEITSUNFALL		
		DAU	BRUCH EINES ODER MEHRERER		
		AU	FINGERGLIEDER		
		DAU	VERSTAUCHUNG UND ZERRUNG		
		AU	DES HANDGELENKES UND DER		
		AU	HAND		
	06.09.78	AU	AU-ENDE		
CHI	18.01.79	AU	AU-BEGINN	46 T-AU	
		AU	ARBEITSUNFALL		
		DAU	BRUCH EINES ODER MEHRERER		
			AU	MITTELHANDKNOCHEN	
		02.03.79	AU	KRANKENGELD-BEGINN	3 T-KG
	04.03.79	AU	KRANKENGELD-ENDE		
		AU	AU-ENDE		
	25.04.80	AU	AU-BEGINN	4 T-AU	
		AU	ARBEITSUNFALL		
		DAU	SONSTIGE ENTZÜNDLICHE		
		AU	KRANKHEITEN DES AUGES		
	28.04.80	AU	AU-ENDE		

Insgesamt gesehen handelt es sich um einen eindeutigen Behandlungsverlauf über die vier Jahre. Das Erkrankungsgeschehen darf eher als gering angesehen werden; es findet sich keine weitere AU-Periode, die durch eine andere Erkrankung als durch einen Arbeitsunfall bedingt wäre.

9. Teilgruppe B: Versicherte mit akuten Erkrankungen und einer Behandlungsdauer von üblicherweise mehr als 6 Wochen

9.1 Definition der Teilgruppe

Die Teilgruppe B umfaßt alle Akut-Erkrankungen außer den Unfällen. Es gilt, wie im Kapitel 8 bereits erläutert, daß diese Krankheiten zum gegebenen Zeitpunkt klar definierte medizinische Behandlungsschritte erfordern.

Unter dem Aspekt des Behandlungserfolgs handelt es sich zum Teil wiederum um Versicherte mit guten Heilungschancen. Andererseits sind hier aber auch gerade solche Krankheiten erfaßt, bei denen eine vollständige oder auch nur partielle Heilung nicht möglich bzw. nicht zu erwarten ist (z.B. fortgeschrittene maligne CA). In dieser Teilgruppe finden sich Fälle mit akut notwendig werdenden Operationen sowie auch solche mit Todesfolge im Berichtszeitraum (zur genauen Zusammensetzung s.u.).

Es mag sein, daß für die hier betrachteten Versicherten ggf. relevante Alternativen für die medizinische Behandlung bzw. Betreuung bestehen; deren Diskussion muß jedoch nicht so sehr im Kontext der Probleme lang anhaltender Arbeitsunfähigkeit geführt werden als vielmehr im Zusammenhang der Entwicklung in speziellen Feldern der kurativen Medizin.

9.2 Größe und Zusammensetzung der Teilgruppe

Die akuten Erkrankungen, zu denen im Rahmen dieser Untersuchung wegen der eindeutigen Behandlungserfordernisse auch

die Tuberkulose- sowie die Krebs-Fälle gezählt wurden, machen in KK A 13,9 %, in KK B 12 % aller L-AU-Anlässe aus.

Tabelle 10: Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Akuterkrankungen; Verteilung nach Alter und Geschlecht, KK A 1975, KK B 1979

Geschlecht	KK A 1975				KK B 1979			
	m	w	insgesamt abs.	%	m	w	insgesamt abs.	%
Alter								
- 24	4	2	6	20,7	-	1	1	4,0
25 - 34	3	-	3	10,3	2	5	7	28,0
35 - 44	2	3	5	17,2	4	3	7	28,0
45 - 54	3	5	8	27,6	1	3	4	16,0
55 +	5	2	7	24,1	2	4	6	24,0
Summe	17	12	29	100,0	9	16	25	100,0

Es fällt auf, daß in KK A die Männer den größeren Anteil in dieser Gruppe stellen, während es in KK B die Frauen sind. Dieses Verhältnis korreliert damit, daß in KK A mehr Tuberkulosefälle als in KK B auftreten (6 : 2), wobei es sich - mit einer Ausnahme - ausschließlich um Männer handelt. Hingegen treten die gynäkologischen Fälle vermehrt in der KK B-Stichprobe auf (3 : 6). Der Unterschied im Geschlechtsverhältnis zwischen den beiden Stichproben kann aber damit nicht hinreichend erklärt werden.

Relativ ähnlich erscheint in beiden Stichproben der Anteil der CA-Fälle als L-AU-Anlaß; in KK A handelt es sich hierbei um 2 Männer und 4 Frauen, in KK B um 1 Mann und 4 Frauen. Bei den Frauen häufen sich die Krebserkrankungen um das 40. bis 50. Lebensjahr.

In der KK A-Stichprobe der L-AU-Personen im Jahre 1975 erscheinen drei Todesfälle, die alle dieser Untergruppe B. zugeordnet wurden (Ursachen: zweimal CA, einmal unklar). In

der L-AU-Stichprobe für KK B 1979 stirbt keiner der Patienten im Berichtsjahr, jedoch ebenfalls drei Personen in den beiden miterfaßten Folgejahren 1980 und 1981 (Ursachen: zweimal Verdauungsorgane, einmal Herzkrankheit); diese sind gemäß ihrer Krankheitsgeschichte und der L-AU-Anlässe alle in der Untergruppe C. erfaßt (vgl. Kap. 10.).

Als weitere Anlässe für die L-AU-Perioden erscheinen in dieser Untergruppe B. langwierige Akuterkrankungen der Atemwege (Lungenentzündung, Bronchitis) sowie u.a. des Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Harn- und Geschlechtsorgane, der Haut sowie der inneren Drüsen. In einigen Fällen handelt es sich um akut notwendig werdende Operationen (z.B. Gallensteine).

9.3 Fallbeispiel Nr. 3: Akuterkrankung (Leistenbruch) als Anlaß einer L-AU (Arbeiterin, 49 Jahre), KK A 1975

Die 49jährige verheiratete Versicherte kommt erstmalig im Berichtsjahr im Juli zum Allgemeinarzt; dieser stellt die Diagnosen "Krankheiten des Kreislaufsystems" sowie "Schleimhautentzündung des Magens und Zwölffingerdarms". Es erfolgt jedoch keine Rezeptur. In der folgenden Woche stellt der Arzt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aus, nun mit der Diagnose "Leistenbruch ohne Angabe einer Einklemmung". Gleichzeitig erfolgt mit dieser Diagnose auch die Aufnahme in ein Fachkrankenhaus. Nach zweieinhalbwöchigem Krankenhausaufenthalt, über den keine weiteren Angaben vorliegen, erfolgt die ambulante Weiterbehandlung durch den Allgemeinmediziner. Nach drei Arztkontakten und entsprechender medikamentöser Nachbehandlung endet die Arbeitsunfähigkeit nach insgesamt 7 1/2 Wochen im September. Zwei Wochen später kommt es zu einem abschließenden Arztbesuch. Keine weitere Behandlung im Berichtsjahr.

9.4 Fallbeispiel Nr. 4: Akuterkrankung (Gebärmutter- und Scheidenvorfall/Neubildung) als Anlaß einer L-AU (Bürofachkraft, 57 Jahre), KK B 1979

Die Versicherte ist im Jahre 1979 57 Jahre alt, Deutsche, nicht verheiratet, ohne (mitversicherte) Kinder. Sie ist angestellte Bürofachkraft mit abgeschlossener Berufsausbildung. Ihr Monatseinkommen liegt 1979 bei ca. DM 2.700,-- brutto. Nach dem Herbst 1980 ist ihr Versicherungsverhältnis nicht weiter erfaßt.

Insgesamt finden sich für diese Patientin in den drei Jahren 1978 - 1980 fünf AU-Fälle. Ausschlaggebend für ihre Zuordnung zur Untergruppe B. ist eine längere AU-Phase im Jahre 1979. Hier ist die Patientin fast genau ein Vierteljahr (85 Tage von Mai bis August) arbeitsunfähig geschrieben mit den Diagnosen Gebärmutter- und Scheidenvorfall sowie Neubildung unbekanntes Charakters der Eierstöcke.

Am ersten AU-Tag wird die Patientin akut in ein Krankenhaus aufgenommen; der stationäre Aufenthalt dauert 26 Tage. Da nichts über die Behandlung im Krankenhaus bekannt ist, kann nicht gesagt werden, ob es zu einer Operation kommt und ob und in welcher Weise die Neubildung behandelt wird. Auch ist nicht abschätzbar, ob es sich bei der Neubildungsdiagnose lediglich um eine Verdachtsdiagnose gehandelt hat. Wegen der Schwere und des Akutcharakters der Erkrankung, die eindeutige und sofortige Behandlungsschritte erfordern, erscheint aber unsere Beurteilung als Akuterkrankung für jede der beiden genannten Diagnosen als gerechtfertigt.

Für diesen akuten Verlauf spricht auch die Tatsache, daß keine der weiteren vier kurzen AU-Phasen mit der obigen Episode in einem engeren Zusammenhang zu stehen scheint. Zu Anfang des Jahres 1979 liegt eine dreizehntägige AU wegen Venenentzündung vor; einen Monat nach der o.a. Langzeit-AU erfolgt eine viertägige Arbeitsruhe wegen schmerzhafter Wirbelkörpersyndrome (also vermutlich Rückenschmerzen).

Des weiteren leidet die Patientin zum Ende des vorausgehenden und zu Beginn des nachfolgenden Jahres jeweils an einer Grippe, welche in beiden Fällen zu einwöchiger AU-Schreibung führt. Trotz des höheren Alters dieser berufstätigen Versicherten finden sich keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer im eigentlichen Sinne chronischen Erkrankung.

10. Teilgruppe C: Versicherte mit akuter Verschlechterung einer spezifischen chronischen Erkrankung

10.1 Definition der Teilgruppe

In Abhebung zu den ersten beiden Teilgruppen sollen in dieser dritten (und auch in den beiden weiteren Teilgruppen) nicht akut, sondern chronisch erkrankte Versicherte erfaßt werden. Dies meint, daß in der Regel keine abschließende vollständige Heilung erreicht wird, sondern daß vielmehr die gegenwärtige Verschlechterung der chronischen Erkrankung, welche zur Behandlung führte, zum Abklingen gebracht werden kann. Dabei soll entscheidend für die Zuordnung zu dieser dritten Untergruppe sein, daß sich als Anlaß der langwierigen Arbeitsunfähigkeit eine eindeutig dominierende chronische Erkrankung feststellen läßt. Hinsichtlich der Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen stellt sich die Frage, ob in Abhängigkeit vom dominierenden Krankheitsbild sinnvolle alternative Handlungsstrategien denkbar erscheinen: ggf. könnte also die Notwendigkeit der Überprüfung derzeit gängiger Behandlungsmethoden angezeigt sein.

Vor allem stellt sich aber auch wegen des chronischen, also langjährigen und überdauernden Charakters der Erkrankungen die Frage nach der Sicherung der Kontinuität der Gesamtbehandlung. Da verschiedene Träger und Institutionen im mehrjährigen Verlauf an der Behandlung partizipieren, sind Abstimmung und Kooperation erforderlich. Der Versicherte kann über mögliche Behandlungs- und Rehabilitationsschritte beraten werden. Dieser Aspekt erlangt bei einigen chronischen Erkrankungen besonderes Gewicht, da hier - abgesehen von Akutphasen - oft keine "absolut zwingenden" Behandlungsschritte indiziert sind, sondern hinsichtlich der einzuschlagenden Therapie ein gewisser Entscheidungsspielraum vorliegt.

10.2 Größe und Zusammensetzung der Teilgruppe

Definitionsgemäß sind in dieser Teilgruppe C. (Versicherte mit spezifischen chronischen Erkrankungen) Patienten aus unterschiedlichen Erkrankungsbereichen zusammengefaßt. Während Tabelle 11 zunächst die Untergruppe im ganzen vorstellt, zeigt Tabelle 12 die Alters- und Geschlechtsverteilungen nach einzelnen Erkrankungsbereichen.

Tabelle 11: Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Spezifische chronische Erkrankungen; Verteilung nach Alter und Geschlecht, KK A 1975, KK B 1979

Geschlecht	KK A 1975				KK B 1979			
	m	w	insgesamt abs.	%	m	w	insgesamt abs.	%
Alter								
- 24	2	2	4	6,1	6	2	8	9,1
25 - 34	9	1	10	15,2	4	6	10	11,4
35 - 44	10	5	15	22,7	14	6	20	22,7
45 - 54	17	6	23	34,8	19	11	30	34,1
55 +	12	2	14	21,2	16	4	20	22,7
Summe	50	16	66	100,0	59	29	88	100,0

Die Teilgruppe C. ist mit einem Anteil von 31,6 % in KK A und 42,1 % in KK B jeweils die größte Untergliederung. Sie ist in ihrer Alters- und Geschlechtsverteilung insgesamt (Tab. 11) der Gesamtstichprobe (n = 209) jeweils relativ ähnlich. Hinsichtlich der einzelnen Erkrankungsbereiche finden sich jedoch bedeutsame Abweichungen.

Bei den Skelett-/Muskel-/Bindegewebs-Erkrankungen, also den körperlichen Verschleißerkrankungen im engeren Sinn, sind männliche Versicherte überproportional vertreten, und zwar interessanterweise bereits gerade diejenigen mittleren Alters um 40 Jahre. In den Zahlen der Gruppe C.1 findet die Tatsache ihren Niederschlag, daß Männer in größerem Umfang in körperlich einseitig belastenden Tätigkeiten berufstätig

Tabelle 12: Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Spezifische chronische Erkrankungen; Verteilung nach Erkrankungsbereichen, Alter und Geschlecht, KK A 1975, KK B 1979

	Ge- schlecht	KK A 1975			KK B 1979		
		m	w	insges.	m	w	insges.
Erkrankungs- bereich	Alter						
C.1	- 24	1	-	1	3	-	3
Skelett/ Muskeln/ Bindegewebe	25 - 34	3	-	3	3	-	3
	35 - 44	8	1	9	7	3	10
	45 - 54	5	3	8	6	3	9
	55 +	4	1	5	7	-	7
	Summe	21	5	26	26	6	32
C.2	- 24	-	1	1	1	-	1
Herz/Kreis- lauf	25 - 34	-	-	-	-	1	1
	35 - 44	1	-	1	3	-	3
	45 - 54	4	1	5	5	1	6
	55 +	5	1	6	6	1	7
	Summe	10	3	13	15	3	18
C.3	- 24	-	-	-	1	-	1
Magen/Darm (Verdau- ungsorgane)	25 - 34	2	-	2	-	-	-
	35 - 44	1	1	2	4	1	5
	45 - 54	4	-	4	5	1	6
	55 +	-	-	-	1	-	1
	Summe	7	1	8	11	2	13
C.4	- 24	-	1	1	1	2	3
Psychische Störungen/ Erkrankun- gen	25 - 34	1	-	1	1	5	6
	35 - 44	-	-	-	-	-	-
	45 - 54	2	1	3	1	1	2
	55 +	1	-	1	1	1	2
	Summe	4	2	6	4	9	13
C.5	- 24	1	-	1	-	-	-
Sonstige Bereiche	25 - 34	3	1	4	-	-	-
	35 - 44	-	3	3	-	2	2
	45 - 54	2	1	3	2	5	7
	55 +	2	-	2	1	2	3
	Summe	8	5	13	3	9	12

sind als Frauen. Prozesse körperlichen Verschleißes manifestieren sich in vielen Fällen in mittleren Jahren. Eine Berufsanalyse und Untersuchung der Arbeitsbedingungen der hier erfaßten Versicherten wäre angezeigt.

Die unter C.1. erfaßten Verschleißkrankheiten (Diagnosen v.a.: Wirbelkörpersyndrome, Gelenkschädigung, rheumatische, arthritische Krankheiten...) machen in KK A allein 12,4 %, in KK B sogar 15,3 % aller L-AU-Fälle aus. Darüber hinaus spielen sie in der Gruppe E. - Multimorbidität - eine zentrale Rolle.

Maßnahmen medizinischer Behandlung und Rehabilitation finden bei Versicherten der Teilgruppe C.1 ihre Grenzen im Vorliegen bereits irreparabler Schädigungen des Skeletts, der Muskeln oder des Bindegewebes. Hier erlangen Maßnahmen beruflicher Rehabilitation eine große Bedeutung (Arbeitserleichterungen, Hilfsmittel, Umsetzung, Arbeitsplatzwechsel, Umschulung ...), die natürlich möglichst früh einsetzen sollten und nicht erst nach erfolgter chronifizierter Schädigung.

Bei den zu beobachtenden eindeutigen Herz-/Kreislauf-Erkrankungen (C.2., insgesamt 6,2 % bzw. 8,6 % der L-AU-Fälle) überwiegen Angina pectoris, Herzinfarkte sowie weitere ischämische Herzkrankheiten bei älteren Männern über 45 Jahren. Herz-/Kreislauf-Erkrankungen spielen aber ebenfalls eine große Rolle bei den Fällen von Multimorbidität (Gruppe E., s.u.).

Bei den Versicherten der Gruppe C.3 Magen-/Darm-Erkrankungen ist der Anteil der Männer noch höher. Besonders Männer mittleren Alters, mit dem Schwerpunkt um 50 Jahre, sind betroffen; dies deckt sich mit den bekannten epidemiologischen Befunden (Uexküll, 1981). Diagnosen sind u.a. Schleimhautentzündung bzw. Geschwür des Magens oder Zwölffingerdarms.

Hinsichtlich der Versorgungssituation der Herz-/Kreislauf- sowie Magen-/Darm-Erkrankungen besteht das zentrale Problem in der weitgehenden Vernachlässigung des hier in vielen Fällen entscheidenden psychosomatischen Entstehungszusammenhangs durch die primär biomedizinisch und symptomatologisch ausgerichtete ärztliche Behandlungsweise. Der psychosomatische Hintergrund wird gesehen, wenn Ärzte etwa darauf direkt oder indirekt verweisende Nebendiagnosen stellen (Körperliche Störungen vermutlich psychogenen Ursprungs, Nervosität und Schwächezustände...) oder Psychopharmaka verordnen (vgl. Fallbeispiel Nr. 5).

Da bei psychosomatischen Erkrankungen (wobei i.Ü. nicht jedes Magengeschwür oder jeder Herzinfarkt psychosomatisch bedingt sind) die derzeit dominierenden Behandlungsstrategien der Pharmakotherapie - in der Regel als Krisenintervention - allenfalls Linderung und Behebung des aktuellen Notstandes bedeuten können, nicht aber zu einer Heilung führen, stellt sich hier für die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung die Frage, ob und auf welche Art und Weise sie Anstöße zur Herstellung einer adäquateren Versorgungssituation geben können.

In der Gruppe C.4 - Psychische Störungen - sind die psychischen Erkrankungen im engeren Sinn zusammengefaßt. Die Diagnosen, die hier als Anlaß der Langzeit-AU und im Rahmen der weiteren Behandlung genannt werden, lassen sich in drei Gruppen unterteilen:

Zunächst die Diagnosen, die auf das Vorliegen psychotischer Erkrankungen (Schizophrenie; affektive Psychose = Depression) verweisen. Es handelt sich hier um die schwersten Fälle psychischer Erkrankungen; es finden sich sehr lange AU-Phasen. Auch hirnnorganisch begründete Psychosen gehören hierzu.

Im zweiten, größten Teil der Fälle wird vom behandelnden Arzt die psychische Störung bzw. Krankheitsbeteiligung mit der Diagnose Neurose beschrieben. Der Arzt wird damit in der Regel von ihm erkennbare Erlebens- und Verhaltensauffälligkeiten des Patienten festhalten wollen, von denen er annimmt, daß sie allein oder doch maßgeblich den Krankheitszustand des Patienten ausmachen. In vielen Fällen erscheint die Diagnose Neurose im Zusammenhang mit organ-bezogenen Diagnosen, so daß vermutet werden kann, daß die Ärzte hiermit z.T. ebenfalls auf einen psychosomatischen Bedingungskomplex hinweisen wollen. Jedenfalls dürfte gerade die Diagnose Neurose sehr uneinheitlich gebraucht werden, dies wegen der vielfachen psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Inkompetenz niedergelassener Ärzte einerseits und wegen der "Offenheit" des Begriffs andererseits.

Einen dritten, kleineren Teil bilden die Diagnosen, die nur einen indirekten, "verschwommenen" Hinweis auf das Vorliegen psychischer Störungen geben: Körperliche Störungen vermutlich psychogenen Ursprungs (also weitere psychosomatische Erkrankungen, z.T. ohne Angabe der betroffenen Körperregion), Nervosität und Schwächezustände, Kopfschmerzen, sonstige Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane. Es finden sich in einigen Fällen Langzeit-AUen, die allein mit diesen "offenen" Diagnosen begründet werden.

Insbesondere für diese letzte Gruppe, prinzipiell aber auch für die beiden vorgenannten Störungsarten, die mit Psychose bzw. Neurose umschrieben werden, muß kurz begründet werden, warum sie hier einer eigenen Untergruppe der chronischen Erkrankungen zugeordnet werden.

Natürlich gibt es auch psychische Befindlichkeitsveränderungen, die einen akuten Charakter haben. Hier wird man von psychischen Krisen sprechen; im ICD-Schlüssel (8. Revision) findet sich als mögliche Diagnose Vorübergehende (temporäre)

Situationsstörungen (welche übrigens nach unseren Unterlagen von Ärzten überaus selten gestellt wird). Bei den von uns betrachteten Versichertengruppen haben wir es jedoch ausschließlich mit Personen zu tun, denen im Verlauf eines Jahres mindestens eine AU-Periode von 6 Wochen Dauer attestiert wurde. Hierfür werden akute psychische Krisen aber in der Regel nicht den Anlaß liefern. Vielmehr zeigte sich aus den empirischen Unterlagen, daß, wenn eine Langzeit-AU allein durch oder im Zusammenhang mit psychischer Störung begründet wurde, es sich auch um eine überdauernde psychische (bzw. psychosomatische), also chronische Erkrankung handelte. Entweder liegt eine benennbare, länger andauernde (vom Arzt symptomatologisch eingrenzbar) Störung zugrunde, oder es kann zumindest so etwas wie eine einen bestimmten Zeitraum überdauernde psychische Labilität unterstellt werden, die den Patienten zu wiederholten Arztkontakten und Behandlungsschritten zwingt, wobei die jeweilige Veranlassung der Behandlungsepisode in wechselnden sozialen Situationen (Belastungskonstellationen) liegen kann.

Über die Behandlungssituation dieser Versicherten können anhand der vorliegenden Daten kaum Aussagen gemacht werden. Die kassenärztliche Versorgung ist meistens eine medikamentöse; es finden sich im vorliegenden Material auch kaum Beispiele kontinuierlicher Behandlung durch Fachärzte für Psychiatrie. Inwieweit die Patienten Unterstützung und Therapie durch andere Institutionen (nicht-ärztliche Psychotherapeuten, Beratungsstellen ...) in Anspruch nehmen, ist bei der hier zugrunde liegenden empirischen Basis nicht feststellbar. Gerade im Bereich psychischer Störungen ist in gewissem Umfang ein Versorgungsangebot außerhalb des kassenärztlichen Sektors vorhanden (mit starken regionalen Unterschieden), wie z.B. freie Praxen nicht-ärztlicher Psychotherapeuten, Beratungsstellen der Kommunen und Wohlfahrtsverbände, private Initiativen in Form von Laienarbeit, Vereinen und Selbsthilfegruppen.

Unter dem Gesichtspunkt, daß die konkreten Hilfsangebote, Zielsetzungen und vor allem Zugangsmöglichkeiten dieser Stellen weitgehend unbekannt sind, könnte über eine Beratung der Versicherten durch die Krankenkassen über dieses Versorgungsangebot in Einzelfällen eine verbesserte Betreuung herbeigeführt werden. Dabei sind jedoch die begrenzten Kapazitäten dieser psychosozialen und psychotherapeutischen Stellen zu berücksichtigen. Das hier Gesagte gilt in ähnlicher Weise auch für Patienten mit psychosomatischen (s.o.) oder Suchtkrankheiten (s. Untergruppe D.). Die Frage, ob Krankenkassen selbst durch eigene Einrichtungen als Anbieter von Behandlungsleistungen zur Verbesserung im Bereich der Versorgung psychischer, Sucht- sowie psychosomatischer Krankheiten beitragen können, bedarf einer gründlicheren Erörterung, als sie hier geleistet werden kann.

Die in den Gruppen C.1. - C.4. in der KK B 1979-Stichprobe durchweg etwas erhöhten Häufigkeiten (im Vergleich zu KK A 1975) sind zum entscheidenden Anteil auf die veränderte Datenstruktur zurückzuführen. Aus den umfang- und detailreichen ("großen") Versichertenblättern für KK A 1975 ließ sich in vielen Fällen erkennen, daß zwei oder mehrere chronische Erkrankungen nebeneinanderher vorlagen und die Ursache für L-AU-Perioden bildeten; diese Konstellation wurde von uns als Multimorbidität umschrieben (vgl. unten; Teilgruppe E.). Trotz vorliegender Hinweise auf Multimorbidität wurde aber in einem Teil dieser Fälle als L-AU-Anlaß gelegentlich nur eine einzelne spezifische Diagnose genannt; erst die Zusammenschau aller Daten ermöglichte hier die Multimorbiditäts-Einschätzung.

Solche Fälle erscheinen nun bei den KK B-Daten, bei denen Informationen über die ambulante Behandlung fehlen, als den jeweils genannten spezifischen chronischen Erkrankungen zugeordnet; ein potentiell gegebener Multimorbiditäts-Hintergrund ist aufgrund der Datenlage nicht mehr zu identifizieren.

ren. Hieraus resultieren die in KK B erhöhten Besetzungen der Teilgruppen C.1. - C.4. Ein besonders eindringliches Beispiel für diesen Verschiebungsprozeß zeigt die Gruppe der jungen Frauen zwischen 25 und 34 Jahren mit psychischen Störungen: In diese Kategorie fallen in KK B fünf Personen versus null in KK A. Hingegen läßt sich in der KK A-Stichprobe eine relativ erhöhte Häufigkeit der 25 - 34jährigen Frauen mit Multimorbiditätsproblematik bei deutlicher psychischer/psychosomatischer Krankheitsbeteiligung feststellen, was schließlich auch zur Auswahl und näheren Untersuchung speziell dieser Versichertengruppe beitrug (vgl. Abschnitt III, Kap. 17).

Dieser datenstrukturell mitbedingte Verschiebungsprozeß von Multimorbidität (KK A) hin zum spezifischen L-AU-Anlaß Psychische Störungen (in KK B) für die weiblichen Versicherten erklärt auch z.T. die Umkehrung der Geschlechterproportion in der Gruppe C.4.

In der Gruppe C.5. werden weitere spezifische chronische Erkrankungen zusammengefaßt. Hierher gehören u.a. Patienten mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankungen der Atemwege, der Harn- und Geschlechtsorgane, des Nervensystems, der inneren Drüsen oder der Haut. Die Umkehrung des Geschlechterverhältnisses in C.5. dürfte ebenfalls auf die o.a. datenstrukturell bedingten Verschiebungen zwischen der KK A- und der KK B-Stichprobe zurückzuführen sein.

Bei Patienten mit chronischen Krankheiten können neben der medizinischen Behandlung und Rehabilitation auch Maßnahmen wie Umschulung und Ausbildung, also berufsfördernde sowie ergänzende Leistungen notwendig werden. In solchen Fällen treten neben der Krankenkasse die Rentenversicherung, die Bundesanstalt für Arbeit (Arbeitsämter) oder auch die Sozialhilfe als Träger von Leistungen in Erscheinung. Zur Sicherung der Kontinuität der Gesamtbehandlung ist hier eine

intensive Kooperation und Koordination der beteiligten Stellen vonnöten. Dies gilt in besonderem Maße bei den drei folgenden Untergruppen: den Suchtkranken, den Patienten mit Multimorbiditätsproblematik und demzufolge komplexem Behandlungsgeschehen sowie den Versicherten zwischen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit.

10.3 Fallbeispiel Nr. 5: Spezifische chronische Erkrankung (Herzkrankheit) als Anlaß einer L-AU (Bauarbeiter, 47 Jahre), KK A 1975

Wegen der oben angedeuteten Problematik soll im folgenden der Fall eines Patienten mit psychosomatischer Krankheitslage dargestellt werden.

47jähriger deutscher Pflichtversicherter, verheiratet, 2 Kinder, Bauarbeiter. Wegen der dominierenden Herz-Kreislauf-Erkrankung kommt der Patient erstmalig im August des Berichtsjahres in allgemeinärztliche Behandlung. Die von da an kontinuierlich erscheinenden Diagnosen lauten "Angina pectoris", "Sonstige Herzmuskel-Krankheiten" sowie zunächst auch "Essentieller gutartiger Bluthochdruck". Die Aufnahmediagnose für den ersten Krankenhausaufenthalt im September (Dauer: 8 Wochen) lautet "Sonstige akute und subakute Formen von ischämischen Herzkrankheiten", für den zweiten im Dezember (Dauer: 3 Wochen) "Sonstige Herzmuskelkrankheiten" und "Angina pectoris".

Bemerkenswert ist, daß bereits vom Erstkontakt im August an der Allgemeinmediziner auf den psychosomatischen Zusammenhang verweist: "Körperliche Störungen, vermutlich psychogenen Ursprungs". Diese Angabe findet sich auch als Entlassungsdiagnose nach dem ersten Krankenhausaufenthalt. Einmal findet sich auch die isolierte Diagnose "Neurose"; schließlich erfolgt, zunächst während des stationären Aufenthalts, dann weiter ambulant, die Behandlung mit einem Psychopharma-

kon (Kombinationspräparat bei Depression und psychovegetativem Syndrom).

Trotz der anscheinend auch für die Allgemein- und Krankenhausärzte offensichtlichen psychosomatischen Verursachung der Herzbeschwerden erfolgt kaum eine entsprechende Behandlung: Es findet keine Überweisung an einen Facharzt statt, bei den Krankenhäusern handelt es sich nicht um Fachkliniken. Stattdessen erfolgt eine medikamentöse Behandlung des Hochdrucks.

Zusätzlich zur geschilderten Kernsymptomatik finden sich einige weitere unspezifische bzw. isolierte Diagnosen. Beim ersten KH-Aufenthalt liegt auch eine Sepsis (Blutvergiftung) vor. Der Patient wird insgesamt von zwei Allgemeinmedizinern und einem Internisten (zur eingehenden Untersuchung) ambulant gesehen. Im Januar findet eine Krebs-Früherkennungsuntersuchung statt. Die beiden KH-Aufenthalte in zwei verschiedenen Häusern dauern zusammen rund 11 Wochen, die AU insgesamt 15 Wochen. Die vorliegenden Daten enden im Januar; die Behandlungsperiode vom August 1975 bis Januar 1976 verursacht insgesamt ca. DM 5.800,-- Kosten.

10.4 Fallbeispiel Nr. 6: Spezifische chronische Erkrankung (Skelett-/Muskel-/Bindegewebs-Krankheit) als Anlaß der L-AU (Bürofachkraft, 50 Jahre), KK B 1979

Die im Berichtsjahr 50jährige Versicherte ist Deutsche, verheiratet, ohne (mitversicherte) Kinder. Lückenlos erfaßt ist für sie der Versicherungszeitraum vom Sommer 78 bis zum Herbst 81. Während des ersten Jahres dieses Zeitraums arbeitet die Patientin als angestellte Bürofachkraft. Im darauffolgenden Jahr wechseln sich Arbeitslosigkeit und AU mit Krankengeldbezug mehrmals ab, bis die Versicherte im Juli 1980 erstmals einen Rentenanspruch stellt. Dieser wird nicht

bewilligt; auch ein zweiter vom Februar 1981 bleibt bis Ende November ohne positiven Bescheid. Zwischen diesen beiden Antragsperioden war die Patientin wiederum kurz arbeitslos. Der Fortgang ihrer Versicherungsgeschichte über den Herbst 81 hinaus ist nicht bekannt.

Im vorliegenden Behandlungsverlauf dieser Patientin überwiegen ganz eindeutig Erkrankungen des Bereichs Skelett/Muskeln/Bindegewebe (C.I.), also körperliche Verschleißprozesse im engeren Sinn. Auch bereits während ihrer Berufstätigkeit finden sich mit den Diagnosen Rheumatismus bzw. Wirbelkörpersyndrome zwei kürzere AU-Perioden, für die des weiteren Ischias bzw. eine akute Entzündung der Eileiter/Eierstöcke als Anlaß genannt werden.

Ab November 1979 ist die Patientin dann beinahe durchgängig arbeitsunfähig geschrieben, bis zum August des folgenden Jahres. Es werden zuletzt ausschließlich und kontinuierlich die Diagnosen "Nicht die Gelenke betreffende Formen des Rheumatismus" sowie "Schmerzhafte Wirbelkörpersyndrome" genannt; die AU-Geschichte der Patientin ist deutlicher Ausdruck eines chronischen Verlaufs.

Zwischen Ende März und Ende April 1980 nimmt die Patientin an einer stationären Heilmaßnahme der Rentenversicherung teil. Diese bringt jedoch keine baldige bzw. gravierende Verbesserung des Gesundheitszustands der Patientin, denn anschließend bleibt sie nach wie vor mehrmonatig arbeitsunfähig.

Dies spricht für den bereits hohen Chronifizierungsgrad des Leidens der Patientin. Sie selbst scheint sich auch nicht mehr für weiter erwerbsfähig zu halten, denn mit dem Ende der AU-Periode stellt sie sich nicht mehr der Arbeitsvermittlung zur Verfügung, sondern beantragt eine Rente (vermutlich wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit). Ob und wel-

che Einkommensquellen sie während des folgenden, insgesamt mindestens 14monatigen Rentenantragstellungsverfahrens hat, bleibt unklar. Daß die Patientin nach wie vor prinzipiell Arbeitslosengeld-bezugsberechtigt ist, zeigt die kurze Bezugsperiode Anfang 1981. Ohne den Schweregrad der Erkrankung und den eventuellen Grad der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten aus den vorliegenden Unterlagen genauer einschätzen zu können, läßt sich aus dem Behandlungs- und AU-Verlauf doch schließen, daß es sich hier eindeutig um chronische, langwierige und bereits fortgeschrittene Prozesse körperlichen Verschleißes handelt.

11. Teilgruppe D: Versicherte mit Suchtkrankheiten

11.1 Definition der Teilgruppe

Suchtkranke Versicherte sollen in Abhebung zu den spezifisch (Teilgruppe C) und unspezifisch (Teilgruppe E; s.u.) chronisch Erkrankten einer eigenen Untergruppe zugeordnet werden. Dafür spricht, daß sie ansonsten in verschiedene andere Untergruppen eingeteilt werden müßten (es erscheinen sowohl Suchten - vor allem: Alkoholabhängigkeit - als klar umrissenes Krankheitsbild als auch im Zusammenhang typisch multimorbider Problematik mit einer Vielfalt von Begleiterkrankungen), sowie die große gesundheits- und sozialpolitische Bedeutung des Problems der Abhängigkeitskrankheiten. Diese drückt sich auch darin aus, daß die Rehabilitation Suchtkranker der erste Arbeitsbereich war, für den Kranken- und Rentenversicherungsträger im Jahre 1978 eine Empfehlungsvereinbarung über die Regelung ihrer Zusammenarbeit abschlossen (Sucht-Vereinbarung).

Durch die spezifische Struktur der primär psychischen Suchtkrankheiten (Tendenz zum Ausweichen gegenüber Anforderungen der Realität) stellen sich hier auf seiten des Versicherten besondere Schwierigkeiten hinsichtlich einer geordneten Gesamtbehandlung. Maßnahmen der Versichertenberatung durch den Behandlungsträger werden hier angebracht sein.

11.2 Größe und Zusammensetzung der Teilgruppe

Suchtkrankheiten (hier fast ausschließlich Alkoholabhängigkeit) bilden die Kernproblematik in KK A in rund 5,3 %, in

KK B in mindestens 2,9 % der L-AU Fälle. Wie insbesondere über die ambulanten Behandlungsdaten der KK A-Stichprobe zu erkennen ist, erscheinen sie bei einem Teil der Fälle eher larviert im Zusammenhang einer Vielzahl anderer körperlicher Leiden und Beschwerden (Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten; Schädigungen innerer Organe, vor allem der Leber; Verletzungen usw.), welche auch oft den direkten Anlaß für Arbeitsunfähigkeit oder Krankenhausaufenthalt bilden.

Dies wirkt sich beim reduzierten Datenmaterial der KK B-Stichprobe wiederum so aus, daß hier ein Teil der relevanten Fälle nicht mehr eindeutig als Suchten zu erkennen ist. Denn als Anlaß der L-AU werden gelegentlich eher körper-bezogene Diagnosen gewählt, die ausdrückliche Angabe Alkoholismus wird von einem Teil der Ärzte vermieden. Hingegen war in der KK A-Stichprobe durch die Hinzuziehung der ambulanten Behandlungsdaten von in der Regel mehreren Ärzten die Wahrscheinlichkeit größer, doch einen ausdrücklichen Verweis auf eine vorliegende Abhängigkeitsproblematik zu erhalten. So finden sich z.B. in der KK B-Stichprobe allein vier männliche Versicherte zwischen 37 und 43 Jahren mit der Diagnose Leberzirrhose. Da hier aber ein ausdrücklicher Verweis auf die Alkoholproblematik fehlt, konnten diese nur den Teilgruppen C.3. (Magen/Darm bzw. Verdauungsorgane) oder E. (Multimorbidität) zugeordnet werden; sie sind in der folgenden Tabelle 13 somit nicht enthalten.

Da ein solcher Bias in Richtung der Unterschätzung der Häufigkeit von Suchtkrankheiten auch noch bei einigen weiteren Diagnosen, die als L-AU-Anlässe genannt werden, möglich scheint (z.B. Krankheiten der Bauchspeicheldrüse, Störungen der Magenfunktion...), kann angenommen werden, daß in beiden Stichproben der Anteil der durch Suchtkrankheit bedingten L-AU-Fälle mindestens bei 5 % liegt. Die Zahlen der folgenden Tabelle bedeuten also insbesondere für KK B eine Unterschätzung.

Im vorliegenden Material überwiegen klar Männer mittleren Alters; d.h. insbesondere um das 40. Lebensjahr erscheinen Suchtkrankheiten als Ursache bzw. im Zusammenhang längerer

Tabelle 13: Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Suchtkrankheiten; Verteilung nach Alter und Geschlecht, KK A 1975, KK B 1979

Geschlecht	KK A 1975			KK B 1979		
	m	w	insges.	m	w	insges.
Alter						
- 24	-	-	-	-	-	-
25 - 34	3	-	3	1	-	1
35 - 44	6	1	7	3	-	3
45 - 54	1	-	1	1	-	1
55 +	-	-	-	1	-	1
Summe	10	1	11	6	-	6

Arbeitsunfähigkeitsperioden. Dieser Umstand wird z.T. dadurch erklärt, daß bei diesen Versicherten i.d.R. bereits mehrjährige Abhängigkeitskarrieren vorliegen und infolgedessen nun auch körperliche Begleit- und Folgesymptome sich immer mehr manifestieren.

Im Anfangsstadium der Krankheit, also vermehrt bei jüngeren Suchtkranken, haben dagegen diese Folgeerscheinungen wie Körperkrankheiten und lange Arbeitsunfähigkeitsperioden noch keine so große Bedeutung und Häufigkeit erlangt. Auf der anderen Seite kann angenommen werden, daß ab einem bestimmten Chronifizierungsgrad - also vermehrt bei älteren, langjährig abhängigen Patienten - die psychischen und körperlichen Folgeprozesse des Suchtstoffmißbrauchs so gravierend werden, daß sie zu Ausscheiden aus dem Arbeitsprozeß (Frühberentung, Sozialhilfefälle...) oder gar zu vorzeitigem Tode führen. So sterben z.B. zwei der oben erwähnten Leberzirrhose-Patienten im Folgejahr 1981 im Alter von 41 bzw. 45 Jahren.

Die ambulante Behandlung des Suchtkranken in der durchschnittlichen Kassenarztpraxis ohne spezifische Qualifikation des Arztes bringt in der Regel deutliche Schwierigkeiten und Unzulänglichkeiten mit sich (s. Fallbeispiel Nr. 7). Solange ein Mangel an adäquaten ambulanten Behandlungsangeboten besteht, wird in der Behandlung fortgeschrittener Suchtkrankheiten die stationäre Therapie eine zentrale Rolle spielen.

Aufgrund der besonderen Schwierigkeiten in der Behandlung von Suchtkrankheiten (Abstimmung von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen, Therapiemotivation, Gewährung von Vorleistungen vor endgültiger Feststellung der Trägerschaft, Bedeutung einer Nachsorge nach dem stationären Aufenthalt...) schlossen die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger 1978 eine Empfehlungsvereinbarung mit dem Ziel ab, ihre Zusammenarbeit in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker besser aufeinander abzustimmen und einen kontinuierlichen Behandlungsprozeß zu gewährleisten (Sucht-Vereinbarung). In der Folgezeit bildeten sich auf Landesebene Arbeitsgemeinschaften zur Rehabilitation Suchtkranker, die insbesondere durch schnelle und reibungslose Regelung der Kostenübernahme für die oft langwierigen Entwöhnungsbehandlungen (Vorleistungsübernahme durch die Arbeitsgemeinschaft) die Nahtlosigkeit der Behandlungs- und Rehabilitationschritte zu erreichen versuchen (vgl. Stamm, 1981). Es wäre zu überprüfen, ob sich diese Einrichtungen bewährt haben und inwiefern dieses Verfahren auf die Behandlung und Rehabilitation anderer Erkrankungsgebiete übertragen werden kann.

11.3 Fallbeispiel Nr. 7: Suchtkrankheit als Anlaß der L-AU (Arbeiter, 37 Jahre), KK A 1975

37jähriger deutscher Pflichtversicherter, verheiratet, 2 Kinder, Arbeiter in der Elektrogeräteindustrie. Der Patient ist in den ersten fünf Monaten des Jahres 1975 in kontinuierli-

cher Behandlung ausschließlich seines Allgemeinarztes. Auf eine Alkoholabhängigkeit deutet vorläufig nur die unklare Diagnose "Sonstige Krankheiten der Leber" sowie die regelmäßige Verordnung eines Leberpräparates hin. Darüber hinaus leidet der Patient unter "Angina pectoris"; es erfolgt eine Dauermedikation mit Koronar-, Schmerz- sowie Schlafmitteln.

Am 10.6. kommt es dann zu einer (evtl. Notfall-) Krankenhausaufnahme: "Gehirnerschütterung" und "Epilepsie". Am darauffolgenden Tag wird der Patient verlegt in ein Fachkrankenhaus, mittlerweile ist "Alkoholpsychose" diagnostiziert worden. Das Krankheitsbild des Patienten stellt sich durch diese Vorgänge nun deutlicher dar: Es dürfte bereits über einen langen Zeitraum ein chronischer Alkoholabusus vorliegen (Leberschaden). Dieser kann u.U. auch allein ursächlich sein für das Auftreten epileptischer Anfälle. Im Rahmen eines solchen Anfalls erleidet der Patient die Gehirnerschütterung (später, im November, kommt es erneut zu Kopfverletzungen).

Nach der fünfwöchigen KH-Behandlung (über die nichts Näheres bekannt ist; Ende: 16.7.1975) kommt es zunächst zu einem isolierten Besuch bei einem zweiten Allgemeinmediziner. Ab dem 19.7. befindet sich der Patient wieder in der Behandlung seines Hausarztes. Dieser nimmt die medikamentöse Dauerbehandlung mit ähnlicher Regelmäßigkeit wie schon vor Beginn der alkohol-psychotischen Episode wieder auf. Lediglich in der Phase der erneuten Kopfverletzung im November ist zusätzlich ein Facharzt für Chirurgie beteiligt (AU-Dauer insgesamt 64 Tage).

Besonders eindrucksvoll ist an diesem Behandlungsverlauf die kontinuierliche Dauermedikation durch den Hausarzt während des gesamten Jahres sowie die Unvermitteltheit der alkohol-psychotischen Episode. Während Koronar-, Schmerz- und Schlafmittel sowohl vor als auch nach dem KH-Aufenthalt ge-

geben werden, finden sich hinterher keine Lebertherapeutika mehr (stattdessen nun vermehrt Antirheumatika und Hustenmittel; entsprechende Diagnosen fehlen).

Insgesamt gewinnt man den Eindruck eines "Gleichgewichtssystems auf der Grundlage ängstlicher Vermeidung", welches sich zwischen Arzt und Patient eingespielt zu haben scheint: Der Hausarzt verordnet massiv Medikamente wegen der Herzsymptomatik und anderer Beschwerden, während gleichzeitig die vermutlich gravierende Alkoholismus-Problematik des Patienten keinerlei Niederschlag in Diagnostik und Therapie findet. Die Suchtkrankheit scheint innerhalb dieser Arzt-Patient-Beziehung gar nicht vorzukommen, in der zweiten Jahreshälfte noch weniger als in der ersten. (Aufgrund der vorliegenden Daten ist keinerlei Aussage darüber möglich, ob etwa der Alkoholkonsum nach der psychotischen Episode reduziert oder eingestellt wurde).

11.4 Fallbeispiel Nr. 8: Suchtkrankheit als Anlaß einer L-AU (Baumaschinenführer, 39 Jahre), KK B 1979

Es handelt sich um einen 1940 geborenen Deutschen, verheiratet, ein Kind, für den der Vierjahreszeitraum vollständig erfaßt ist. Im dem Untersuchungszeitraum vorausgehenden Jahr 1977 ist der Versicherte als angelernter Bauarbeiter, nämlich als Baumaschinenführer, berufstätig. Er wird Anfang 1978 arbeitslos.

Von März bis August d.J. ist er dann als Arbeitsloser arbeitsunfähig, somit (nach der seinerzeit gültigen Regelung) während dieser gesamten Zeitspanne Krankengeldempfänger. Die 150tägige AU wird mit verschiedenen Diagnosen begründet. Akutanlaß ist ein Knöchelbruch; weiter werden genannt: Sonstige Krankheiten der Knochen, Abnorme Harnbestandteile, Symptome des kardiovaskulären und lymphatischen Systems, Bluthochdruck und Neurose. Zu Beginn der AU ist der Patient

zwei Wochen in stationärer Behandlung, später nochmals vier Wochen (Knöchelbruch, Krankheiten der Knochen).

Unmittelbar im Anschluß an diese KH-Behandlung findet sich eine weitere L-AU (50 Tage), diesmal wegen Arthritis und Schleimhautentzündung des Magens und Zwölffingerdarms. Ab September ist der Patient dann wieder berufstätig, vermutlich in seiner alten Arbeitsstelle; im Januar 1978 beginnt schließlich eine dritte L-AU-Periode. Diese endet nach drei Monaten im April 1979. Als AU-Anlaß wird das Akutwerden einer Alkoholpsychose angegeben. Die Krankenseinweisung vom selben Tage nennt Neurose, Krankheiten des Kreislaufsystems, Alkoholismus sowie nicht näher bezeichnete Prellungen als Aufnahmediagnosen.

Es scheint relativ gesichert, daß es sich um einen Patienten mit zu diesem Zeitpunkt bereits langjährigem Alkoholabusus handelt. Unter diesem Aspekt werden jetzt auch die früher genannten Diagnosen Neurose und Magenschleimhautentzündung verständlicher; man kann annehmen, daß auch diese Episoden bereits im Zusammenhang des chronischen Alkoholmißbrauchs standen. Dessen Behandlung steht von nun an im Vordergrund: Nach anderthalb Wochen AU und Aufenthalt in einem ersten Krankenhaus (körperlicher Entzug) kommt es dann zu einem Wechsel in ein zweites Krankenhaus. Da sich hier als einzige präzise Aufnahmediagnose Alkoholpsychose findet, kann vermutet werden, daß es sich um ein Haus mit zumindest einer spezialisierten Abteilung, wenn nicht um ein Fachkrankenhaus handelt. Hierfür spricht auch die nunmehr folgende zehnwöchige stationäre Therapie (Entwöhnungsbehandlung, Sozio-, Psychotherapie).

Daß dies der Fall und diese Therapie wahrscheinlich auch erfolgreich war, dafür spricht der weitere Verlauf der Patientenkarriere dieses Versicherten über die noch erfaßten folgenden 2 3/4 Jahre: Unmittelbar nach dem stationären Aufent-

halt, im April 1979, nimmt er seine Erwerbstätigkeit wieder auf. Obwohl in wechselnden Positionen, ist er nun ununterbrochen bis zum Ende des Erfassungszeitraums (31.12.1981) berufstätig, zuletzt wieder in seinem alten Beruf als Baumaschinenführer.

In diesen der Phase des Alkoholmißbrauchs folgenden Jahren weist der Patient trotz durchgängiger Berufstätigkeit nur drei sehr kurzzeitige AU-Episoden auf (wegen Hämorrhoiden, Kopfschmerzen bei Erkältung und Bronchitis sowie wegen eines kleinen Arbeitsunfalls; zusammengenommen ergeben sich nur 27 Tage AU-Dauer). Auch dies spricht dafür, daß eine hinreichende Stabilisierung erreicht werden konnte.

12. Teilgruppe E: Versicherte mit akuter Verschlechterung chronischer Krankheiten (ohne dominierende Einzelkrankheit), insbesondere mit psychosomatischem oder Verschleiß-Hintergrund (Multimorbidität)

12.1 Definition der Teilgruppe

Es läßt sich unter den Fällen der Versichertengruppe Langzeit-Arbeitsunfähigkeit ein Anteil an Patienten mit chronischen Leiden identifizieren, bei denen - anders als bei der Teilgruppe C - offensichtlich keine spezifische Erkrankung dominiert. Vielmehr soll das Hauptkriterium der Zuordnung von Versicherten zu dieser 5. Teilgruppe gerade sein, daß nur sehr schwer und unsicher oder aber überhaupt nicht zu entscheiden ist, in welchem Bereich ihr "Hauptleiden" liegt. Es handelt sich in der Regel um Patienten mit vielfältigen Erkrankungs- und Behandlungsformen; die angegebenen Beschwerden resultieren oft aus den verschiedensten Diagnosebereichen (Multi-Morbidität); es bleibt zu prüfen, ob typische Krankheitskombinationen häufiger vorkommen.

Hinsichtlich der Diskussion von Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen stellt sich hier die Frage, ob angesichts der vorherrschenden Multimorbidität ein krankheiten-orientierter Einstieg möglich und sinnvoll sein kann. Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen könnten hier in Maßnahmen zur Zurückdrängung einer inadäquaten Polypragmasie seitens behandelnder Institutionen (Überprüfung vorgenommener Behandlungsleistungen) sowie wiederum in den Bereichen "Koordination von Behandlungsschritten" und "Versichertenberatung" liegen.

12.2 Größe und Zusammensetzung der Teilgruppe

Bei den Versicherten dieser Teilgruppe E. liegen also jeweils mindestens zwei, i.d.R. jedoch drei bis fünf verschiedene relevante Erkrankungen vor. Dieser Gruppe wurden in KK A 56 Fälle (26,8 %), in KK B nur 26 Fälle (12,4 %).

Diese geringere Zahl der Multimorbiditätsfälle im Rahmen der KK B-Erhebung ist das Komplementärerergebnis zur weiter oben beschriebenen erhöhten Häufigkeit der spezifischen chronischen Erkrankungen. Diese Verschiebungen werden zu einem entscheidenden Teil auf die veränderte Datenlage zurückgeführt: Durch das Fehlen der Informationen über die ambulante Behandlung erscheint der Teil der Fälle, bei dem als AU-Anlaß nur eine bzw. eine dominierende Diagnose genannt wird, nun als in den Gruppen A. bis D., insbesondere aber in C.1 bis C.5 eingeordnet, da der Multimorbiditäts-Charakter des Erkrankungsgeschehens hier nur über die Verfügbarkeit der ambulanten Daten (Häufigkeit von Arztbesuchen, Anzahl beteiligter (Fach-) Ärzte, Vielfalt der Diagnosen, Ausmaß der Medikation und sonstiger Leistungen) erkennbar war.

In diesem Zusammenhang ergibt sich noch eine weitere Schwierigkeit: Für einen geringeren Teil der aus der KK B-Stichprobe der Gruppe E. zugeordneten Fälle ist nur mit Einschränkungen unsere Definition von Multimorbidität anzuwenden. Vielmehr erscheinen diese Fälle zunächst als bloße Folge mehrerer AUn mit häufig wechselnden Anlässen, wobei über deren Chronizität kaum Aussagen möglich sind. Es könnte sich hier also eher um das Problem von zeitlich aufeinanderfolgenden Krankheitshäufungen handeln denn um Multimorbidität im engeren Sinne. Da aber auch solche erhöhten Krankheitsraten ein primär belastungsabhängiges Phänomen sind, ist ihre Zuordnung zur Teilgruppe E. gerechtfertigt.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung zeigt für die beiden Stichproben deutliche Unterschiede. Bei den Männern sind in KK A die über 45jährigen, in KK B die 35 - 44jährigen am

Tabelle 14: Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Multimorbidität; Verteilung nach Alter und Geschlecht, KK A 1975, KK B 1979

Geschlecht	KK A 1975				KK B 1979			
	m	w	insgesamt abs.	%	m	w	insgesamt abs.	%
Alter								
- 24	-	3	3	5,4	2	1	3	11,5
25 - 34	4	8	12	21,4	-	1	1	3,9
35 - 44	6	4	10	17,8	8	2	10	38,5
45 - 54	10	6	16	28,6	3	1	4	15,4
55 +	11	4	15	26,8	3	5	8	30,8
Summe	31	25	56	100,0	16	10	26	100,0

stärksten vertreten. Bei den Frauen sind in KK A jüngere um 30 Jahre, in KK B ältere Versicherte besonders häufig dieser Teilgruppe zugeordnet worden. Überhaupt ist der Frauenanteil bei dieser Teilgruppe der Langzeit-Arbeitsunfähigen überdurchschnittlich hoch (44,6 % bzw. 38,5 %).

Eine nähere Analyse der bei den Versicherten mit Multimorbidität vorkommenden Erkrankungsbereiche wurde hier nur bei einem zufällig ausgewählten Viertel der 56 KK A-Fälle vorgenommen (sowie an anderer Stelle bei einer anderen Versichertengruppe; vgl. Abschnitt III, Kap. 18.4. Tab. 33). Das Ergebnis der Auszählung dieser 14 Behandlungsverläufe zeigt die folgende Tabelle, in die nur die wichtigsten Erkrankungsbereiche (nach ICD-Hauptgruppen) aufgenommen wurden.

Hinsichtlich der 14 näher betrachteten Behandlungsverläufe bei unspezifischen chronischen Erkrankungen gilt:

- im Rahmen der ambulanten Behandlung wurden im Durchschnitt für jeden einzelnen der 14 Versicherten im Verlauf eines Jahres Behandlungsanlässe aus 8 verschiedenen Erkrankungsbereichen (entsprechend den 17 ICD-Hauptgruppen) genannt (Spanne: 4 - 11 Nennungen);
- als AU-Anlässe wurden durchschnittlich für jeden dieser 14 Versicherten im Verlauf eines Jahres Diagnosen aus 4 verschiedenen Erkrankungsbereichen genannt (Spanne: 1 - 7 Nennungen).

Tabelle 15: Anlässe für ambulante Behandlung, AU und Krankenhaus-/Kur-Einweisung bei 14 zufällig ausgewählten Fällen von Multimorbidität, KK A 1975

Bei 14 Fällen von Multimorbidität wurden genannt als Anlaß für	ambulante Behdlg.	AU	KH/ Kur
Erkrankungen im Bereich:			
Skelett, Muskeln, Bindegewebe	11	11	3
Herz/Kreislaufsystem	13	7	2
Atmungsorgane	11	7	-
Verdauungsorgane (Magen/Darm)	8	5	2
Nervensystem und Sinnesorgane	8	4	1
Seelische Störungen (psychisch/ psychosomatisch)	7	4	-
Unfälle, Vergiftungen	3	4	-
Unklare Diagnosen	10	3	1
Innere Drüsen, Ernährung, Stoffwechsel	5	3	1
Harn- und Geschlechtsorgane	9	2	1

Auch bei diesen Fällen von Multimorbidität dominieren wiederum solche Erkrankungen, die bereits bei den spezifischen Erkrankungen (Gruppen C.1 - C.4) am häufigsten vertreten waren: Erkrankungen aus den Bereichen Skelett/Muskeln/Bindegewebe (körperlicher Verschleiß), Herz/Kreislauf, Magen/Darm

(Verdauung) sowie seelische Störungen. Typische Kombinationen von Erkrankungsbereichen als Anlässe für Langzeit-Arbeitsunfähigkeit ließen sich nicht identifizieren.

Es zeigt sich die Tendenz, als Anlaß für eine Langzeit-AU sog. "harte" Diagnosen aus dem Bereich körperlicher Verschleißerkrankungen (Skelett, Muskeln, Bindegewebe) besonders zu betonen, auch wenn gleichzeitig Beschwerden anderer Herkunft eine große Rolle spielen.

Die 14 Personen dieser Gruppe E. haben im Vergleich zur Gruppe C. - Spezifische chronische Erkrankungen - eine höhere AU-Rate (mehr AU-Fälle und längere Dauer), wohingegen die Krankenhaushäufigkeit etwa gleich ist. Ebenfalls sehr auffällig ist das hohe Ausmaß ambulanter Behandlung (Kontakte und Verordnungen der Ärzte, Anzahl der Ärzte). Des weiteren wurde für die KK A-Stichprobe der Anteil derjenigen Versicherten dieser Gruppe E. gesondert ausgezählt, bei denen sich eine deutliche psychische bzw. psychosomatische Beteiligung am komplexen Erkrankungsgeschehen bzw. an der AU-Versachung feststellen ließ. Es sind dies 11 der 56 Fälle. Hierunter befinden sich allein fünf der acht Frauen aus der Altersklasse der 25 - 34jährigen.

Gerade bei der Versichertengruppe der 25 - 34jährigen Frauen (vgl. auch die Verteilung in der Teilgruppe C.4. - Psychische Störungen - für die KK B-Stichprobe) scheinen in besonderem Ausmaß körperliche und psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen eng zusammenzuhängen. Deswegen und weil bei diesen Frauen vielfach eine spezifische Belastungsstruktur (Mehrfachbelastung: Berufstätigkeit und Hausfrau/Mutterschaft) unterstellt werden kann, wurden sie für eine weiterführende Untersuchung - insbesondere im Hinblick auf Handlungsalternativen der Krankenkassen - ausgewählt (vgl. Abschnitt III, Kap. 17).

Ein Überblick über die Erkrankungsbereiche der KK B-Multimorbiditätsfälle ergab ebenfalls, daß hier Skelett-/Muskel-/Bindegewebs-Erkrankungen, Herz-/Kreislauf-, Magen-/Darm-Erkrankungen sowie psychische Störungen im Vordergrund stehen.

Bei einem kleinen Teil der Versicherten dieser Gruppe E. läßt sich theoretisch die Multimorbidität dadurch erklären, daß durch eine verbesserte Diagnostik die "eigentliche" Erkrankung näher eingegrenzt wird und demzufolge dann eine adäquatere Behandlung möglich ist. Bei einem anderen Teil der Versicherten könnten zwei oder drei voneinander unabhängige Erkrankungen vorliegen, welche jede für sich auch spezifische Behandlungsschritte erfordern. Beim überwiegenden Teil der Angehörigen dieser Gruppe E. scheint jedoch eine andere Konstellation zugrunde zu liegen: Es handelt sich hier weniger um Patienten, bei denen als Ausgangspunkt und Ursache ihrer Symptomatik eine primäre körperliche Schädigung oder Dysfunktion vorliegt. Vielmehr handelt es sich um Menschen, die unter den gegenwärtigen Bedingungen ihrer privat-sozialen und/oder beruflichen Situation außerordentlich leiden, die soziale und Arbeitsprobleme in Körpersymptomen ausdrücken.

Auf der privat-sozialen Seite können Probleme des Familienlebens, Probleme aus dem Bereich Kontakt/Kommunikation/Einsamkeit/soziale Identität eine Rolle spielen wie auch die materielle Lebenssituation. Diese Bedingungsbeziehungen können jedoch mit Hilfe des vorliegenden empirischen Materials (Behandlungsverläufe) nur sehr unzureichend beschrieben werden.

In ihrer Erwerbstätigkeit scheinen die Patienten großen Anforderungen und Belastungen zu unterliegen. Dies drückt sich auf der somatischen Ebene in der Häufigkeit der Verschleißprozesse aus: Bei 11 von 14 zufällig ausgewählten Mitglie-

dern der Gruppe E. (KK A 1975) fanden sich Diagnosen aus dem Erkrankungsbereich Skelett/Muskeln/Bindegewebe als Anlaß einer AU-Schreibung; auch bei den KK B-Multimorbiditätsfällen kam diesem Erkrankungsbereich großes Gewicht zu.

Vor diesem (vorläufig nur hypothetischen) Hintergrund privat-sozialer und aus der Erwerbstätigkeit resultierender Belastungen stellt sich die imponierende Vielfalt des Erkrankungs- und Behandlungsgeschehens dieser Versicherten als Ausdruck ihrer sozio-psychosomatischen Leidenssituation dar, die ihr Leben dominiert.

Unter Anerkennung dieser Bedingungskonstellation, in der der konkreten Symptomatik neben dem Krankheitswert vor allem ein berechtigter Ausdrucks- und Entlastungswert ("so kann ich nicht mehr"; "es muß sich etwas ändern") zugestanden werden muß, können Hilflosigkeit und Polypragmasie der behandelnden Institutionen nicht überraschen.

Für die Krankenkasse ergibt sich einerseits ein Interesse an der Durchsetzung angemessener Bewältigungsstrategien auf der Ebene der Gesamtversorgung (Träger und Anbieter von Behandlungsleistungen). Andererseits wird es für die KK notwendig, im Einzelfall die Versicherten umfassend zu beraten. Neben der Information, Vermittlung und Unterstützung bei der Inanspruchnahme möglichst adäquater Behandlungs- und Rehabilitationsangebote kommen dabei auch Beratung und Betreuung hinsichtlich beruflicher Veränderungen, Frühberentung sowie Änderungen im privat-sozialen Bereich infrage.

12.3 Fallbeispiel Nr. 9: Multimorbidität als Anlaß der L-AU (Arbeiter, 52 Jahre), KK A 1975

52jähriger deutscher Arbeiter im Textilgewerbe, nicht verheiratet. Bei einer ersten Betrachtung des Behandlungsverlaufs dieses Patienten überrascht und verwirrt zunächst die

außerordentliche Fülle an Diagnosen, ärztlichen Leistungen und Rezepturen. Bei einer gründlichen Analyse klärt sich das Bild jedoch etwas, und es ergeben sich einige Erkrankungsschwerpunkte.

In den ersten drei Quartalen des Jahres spielt ein Komplex von Erkrankungen und Beschwerden des Bereichs Skelett/Muskeln/Bindegewebe sowie - vermutlich im Zusammenhang damit - des peripheren und zentralen Nervensystems eine große Rolle: Wirbelsäulen-Erkrankungen, Arthrosis, Rheumatismus sowie Ischias und Zerebrale Lähmungen, um nur einige der angesprochenen Diagnosen zu erwähnen. Es erfolgt u.a. eine schmerzlindernde und muskel-relaxierende medikamentöse Therapie.

Den zweiten großen Komplex bilden die Herz-/Kreislauf-Erkrankungen. Entsprechende Diagnosen (Hirngefäßkrankheiten, Bluthochdruck) und Medikamente finden sich auch bereits zu Jahresanfang. Insbesondere jedoch ab der Krankenhausaufnahme vom 4.6. d.J. mit den Diagnosen "Sonstige akute und subakute Formen von ischämischen Herzkrankheiten" und "Angina pectoris" hat dieser Erkrankungsbereich ein ganz besonderes Gewicht.

Während es bisher nur eine zweieinhalbwöchige AU-Phase im März gegeben hatte, ist der Patient vom 4.6. an ununterbrochen 6 Monate aus dem Arbeitsprozeß ausgegliedert, bis es am 1.12. d.J. wieder zur Arbeitsaufnahme kommt. Innerhalb dieses halben Jahres liegen zwei Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte (zus. 66 Tage) sowie zwei längere AU-Phasen (insgesamt 168 Tage AU im Berichtsjahr). Auch die Medikation bezieht sich im III. und IV. Quartal des Jahres vor allem auf die Herz-/Kreislauf-Problematik: Neben Herz- und Herzkranzgefäßmitteln werden Beta-Rezeptoren-Blocker (Hemmung der Reizbildung am Herzen) verordnet. Die Tatsache, daß ebenfalls reichlich durchblutungsfördernde Mittel verordnet werden, dürfte in einer mangelhaften Versorgung vor allem des Ge-

hirns begründet liegen; hierauf verweisen u.a. die Diagnosen "Generalisierte ischämische Hirngefäßkrankheiten" und "Arteriosklerose".

Wenngleich damit wohl die hauptsächlichen Erkrankungsbereiche benannt sind, so findet sich dennoch darüber hinaus eine Vielfalt weiterer Beschwerden. So gehören z.B. Stoffwechselstörungen neben den Herz-/Kreislauf- und Wirbelsäulenkrankheiten zu den Aufnahmediagnosen beim Kuraufenthalt. Des weiteren leidet der Patient an Erkrankungen der Verdauungsorgane, der Atmungsorgane, der Haut sowie der Sinnesorgane. Insgesamt finden sich im Verlauf dieses Jahres 26 verschiedene Diagnosen aus sieben ICD-Hauptgruppen.

Außer von seinem Haus- sowie den Krankenhausärzten wird der Patient im Berichtsjahr nur von einem HNO-Arzt und einem Röntgenologen gesehen. Zusammengenommen kommt es jedoch zu 35 ambulanten Arztkontakten, bei denen insgesamt 68 ärztliche Leistungen (Beratung; Injektion, nähere Untersuchungen, z.B. des Blutes, des Mastdarmes...) erbracht werden.

Einen besonders eindrücklichen Hinweis auf die Multimorbiditätsproblematik dieses Patienten liefert das Verordnungsverhalten der Ärzte: Dem Patienten werden innerhalb des einen Jahres 64mal Medikamente verschrieben. Es handelt sich dabei um 29 verschiedene Medikamente aus 17 verschiedenen Arzneimittelgruppen; darunter befinden sich auch viermal Psychopharmaka (u.a. Valium -5 und -10). Die Behandlungskosten dieses Patienten betragen im Berichtsjahr rund DM 5.900,--. Dabei ist der Kuraufenthalt noch nicht mitgerechnet.

12.4 Fallbeispiel Nr. 10: Multimorbidität als Anlaß der L-AU (Hilfsarbeiter, 39 Jahre), KK B 1979

Der Versicherte ist 1979 39 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder. Er ist zunächst ca. zweieinhalb Jahre (vom Februar 78 bis Oktober 80) als Hilfsarbeiter beschäftigt. Dann wird er arbeitslos und ist als Empfänger von Arbeitslosengeld bis Juni 1981 erfaßt. Ab diesem Monat liegen dann für ihn keine weiteren Angaben vor.

Unter den insgesamt sieben AU-Episoden dieses Versicherten sind drei L-AU-Fälle von mehr als sechs Wochen Dauer; zwei davon liegen im Jahr 1979, einer in 1980. Für die drei L-AU-Phasen werden jeweils verschiedene Erkrankungsbereiche als Anlaß genannt, wobei es sich mindestens in den beiden Fällen des Jahres 1979 um überdauernde, chronische Störungen handeln dürfte.

Die erste, mehr als achtwöchige AU in 1979 wird aufgrund eines Zwischenwirbelscheibenvorfalles und rheumatischer Beschwerden verordnet. Daß es sich hier um einen überdauernden Krankheitsprozeß des Halte- und Bewegungsapparats (Verschleißerscheinungen) handelt, legt auch die Tatsache nahe, daß bereits eine mehrwöchige AU mit der Diagnose Arthritis vorausging. Es kommt zu einem zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt.

Einige Monate später, im Sommer des Jahres, liegt die zweite L-AU-Periode. Zur Begründung der sechswöchigen AU und einer zweiwöchigen stationären Behandlung werden genannt: Affektive Psychose, Alkoholismus, Nervosität und Schwächezustände. Es muß unklar bleiben, inwiefern es sich hier z.T. vielleicht um Verdachtsdiagnosen handelt. Jedenfalls dürfte aber auch hier ein überdauerndes, langwieriges Erkrankungsgeschehen zugrunde liegen, denn Symptome, aufgrund deren solch relativ gravierende Diagnosen gestellt werden, erscheinen nicht ohne entsprechende Vorgeschichte.

Die dritte L-AU des Patienten, zu Anfang des folgenden Jahres 1980, hat wiederum einen anderen Anlaß: Abszeß und Phlegmone, also Erkrankungen der Haut. Des weiteren finden sich noch kürzere AUn wegen einer unfallbedingten offenen Wunde eines Fingers, wegen Kreislaufsymptomen sowie wegen nicht näher bezeichneter Formen von Neuralgie und Neuritis (Nervenschmerzen, -entzündung).

Eventuell sind alle vorhandenen AU-Episoden in mehr oder weniger engem Zusammenhang zur Alkoholproblematik des Patienten zu sehen. - Die Unterlagen liefern jedoch nur den Tatbestand, daß für drei L-AU-Phasen drei verschiedene Diagnosebereiche genannt werden und daß sich bei insgesamt sieben AU-Fällen lediglich ein einziger Verweis auf Alkoholismus findet. Daher scheint es gerechtfertigt, von Multimorbidität zu sprechen.

13. Teilgruppe R: Versicherte zwischen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit

13.1 Definition der Teilgruppe

Als im Rahmen der Vorstudie die Erkrankungs- und Behandlungsverläufe von Mitgliedern der KK A ausgewertet wurden, ergaben sich, insbesondere ermöglicht durch die Informationsdichte der ambulanten Behandlungsdaten, für einen Teil der Versicherten aufgrund der Verlaufsbetrachtung Anhaltspunkte dafür, daß das weitere Verbleiben dieser Versicherten am Arbeitsplatz in Frage zu stellen war. Anders ausgedrückt: aus Verlauf und einschätzbarem Schweregrad der Erkrankung resultierten medizinisch begründete Zweifel an der weiteren Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit dieser gesundheitlich erheblich beeinträchtigten Personen.

Es wurde dann speziell für diese Versicherten, die auch bereits in die Untergruppen der chronisch Erkrankten eingeteilt worden waren, eine zusätzliche Teilgruppe R. definiert. Die Zuordnung von Versicherten zu dieser sechsten Teilgruppe drückt also eine Akzentuierung ihrer Situation als schwer chronisch Erkrankte mit tendenzieller Erwerbsunfähigkeit aus.

Für einen Teil dieser Versicherten sind u.U. solche Maßnahmen wie Arbeitserleichterung, ergonomische Verbesserungen, Umschulung, Arbeitsplatz- oder Berufswechsel notwendig, so insbesondere z.B. für Versicherte jüngeren oder mittleren Alters mit körperlichem Verschleiß. Unter veränderten Bedingungen kann diesen Patienten noch eine mehr oder weniger lange Phase der Berufstätigkeit ermöglicht werden.

Bei einem anderen Teil der "Versicherten zwischen (vorübergehender) Arbeitsunfähigkeit und (andauernder) Erwerbsunfähigkeit" ist die Situation jedoch vor allem dadurch gekennzeichnet, daß es sich um Menschen höheren Lebensalters, in der Regel über 55 Jahre, handelt. Bei diesen Versicherten stellt sich weniger die Frage von Arbeitsplatz- oder Berufswechsel als vielmehr die des Ausscheidens aus dem Berufsleben, etwa aufgrund von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit.

Speziell diese Versicherten sind in dieser Gruppe R. erfaßt. Neben der vermuteten oder offensichtlichen Schwere der Erkrankung (beurteilt v.a. nach der Intensität der Behandlung: Anzahl Arztkontakte, AU-Dauer...) diente das Alter der betroffenen Versicherten, also ihre Nähe zur gesetzlichen Altersgrenze für den Bezug von Ruhegeld (Altersrente), als Kriterium für die Zuordnung zu dieser zusätzlichen Teilgruppe R.

Für die Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung stellen sich hier Aufgaben der Mitgliederberatung in bezug auf versicherungsrechtliche, aber ggf. auch psychosozial stützende Aspekte.

13.2 Größe und Zusammensetzung der Teilgruppe

Die Zuordnung von Versicherten zur Teilgruppe R. - Versicherte zwischen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit - wurde nur für die Mitglieder der KK A-Stichprobe vorgenommen, da nur hier bei Einbeziehung der detailreichen ambulanten Behandlungsdaten eine entsprechende Einschätzung hinreichend abzusichern schien.

Zunächst fanden sich unter den 209 Fällen fünf Versicherte, für die effektiv im Jahr 1975 eine Rente begann: vier Altersrentner (drei Männer, 63 Jahre, eine Frau, 65 Jahre) so-

wie ein unklarer Fall (Mann, 61 Jahre). (Als Altersrentner werden im Rahmen dieser Untersuchung die Personen bezeichnet, die bei Eintritt ihrer Berentung das 60. Lebensjahr bei Frauen sowie das 63. Lebensjahr bei Männern vollendet haben. Frührentner sind alle Personen, die bereits vor dem 60. Lebensjahr berentet werden. Bei den 60 - 62jährigen Männern bleibt die Art der Berentung unklar. Vgl. zur Definition und Abgrenzung Kap. 18.1.) Da Versicherte, die im ersten Halbjahr 1975 Rentner wurden, in der Stichprobe nicht erfaßt wurden (Aufnahmekriterium: im Jahr 1975 überwiegend pflicht- bzw. freiwillig versichert), kann die Quote der Rentenbeginner unter den Versicherten mit einer L-AU mit 10 von 209, also ca. 4,8 %, angenommen werden.

Über diese tatsächlich berenteten Personen hinaus bestanden für insgesamt 19 weitere Versicherte Zweifel an ihrer zukünftigen Erwerbsfähigkeit, d.h. sie wurden der zusätzlichen Untergruppe R zugeordnet (9,1 %).

Tabelle 16: Versicherte mit L-AU; Teilgruppe R: Zwischen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit; Verteilung nach Alter und Geschlecht, KK A 1975

Geschlecht	männlich	weiblich	insgesamt	
			absolut	%
Alter				
- 24	-	-	-	0,0
25 - 34	-	-	-	0,0
35 - 44	-	-	-	0,0
45 - 54	1	2	3	15,8
55 +	14	2	16	84,2
Summe	15	4	19	100,0

Es handelt sich also, wie die Tabelle zeigt, in mehr als acht von zehn Fällen um über 54jährige Versicherte, vor allem Männer. Man wird nicht fehlgehen in der Annahme, daß dies Versicherte sind, die ein langes und eventuell bela-

stendes Arbeitsleben hinter sich haben. Vielen dieser Versicherten wird die Berentung subjektiv als wohlverdiente Erleichterung und Belohnung erscheinen.

Unter dieser Annahme und angesichts des Leidensdrucks der chronischen Erkrankung kann erwartet werden, daß zumindest ein Teil dieser Versicherten die Möglichkeit wahrnehmen würde, bereits vorzeitig - etwa ab dem 55. Lebensjahr - aus dem Arbeitsleben auszuschneiden (wobei allerdings eventuelle Einkommensverluste zu berücksichtigen wären).

Das bekannte Phänomen des "Renten-Schocks" (psychische und körperliche Dekompensation als Folge der plötzlichen Entlastung; das "Nichts-mehr-zu-tun-haben") verweist auf zwei weitere Aspekte. Zum ersten müßte bei solchen Frühberentungsmaßnahmen das Prinzip der Freiwilligkeit gewahrt bleiben. Zweitens bietet sich neben der Verkürzung der Lebensarbeitszeit auch eine solche der Tages- oder Wochenarbeitszeit an; diese ermöglicht eher ein stufenweises, gleitendes Ausscheiden aus dem Erwerbsleben (vgl. hierzu die ausführlichen Diskussionen in Kap. 18).

Im folgenden findet sich zunächst ein Fallbeispiel eines Versicherten aus der Stichprobe der Langzeit-Arbeitsunfähigen in KK A 1975, der der Untergruppe R zugeordnet wurde. (Der Versicherte ist auch enthalten unter den zehn männlichen Mitgliedern der Untergruppe C.2-KK A 1975).

13.3 Fallbeispiel Nr. 11: Versicherter mit L-AU und Zweifeln an der weiteren Erwerbsfähigkeit (Arbeiter, 58 Jahre), KK A 1975

58jähriger Arbeiter in der Automobilindustrie, verheiratet, Deutscher. Wegen der die Jahresgrenze übergreifenden AU-Phasen ist der Zeitraum vom November 1974 bis zum Januar 1976 erfaßt. Dargestellt ist ein Zustand nach einem akuten Herz-

muskelfarkt. Der Patient ist in kontinuierlicher Behandlung seines Hausarztes sowie eines zweiten Arztes, in dessen Labor regelmäßig (2 - 3wöchentlich) die Blutgerinnungswerte festgestellt werden. Es erfolgt eine medikamentöse Dauertherapie mit Kardiaka, Koronarmitteln sowie lipidsenkenden (Blutfettspiegel) und gerinnungshemmenden Mitteln zur Nachbehandlung des Infarkts und Vorbeugung eines Reinfarkts.

Nach der ersten viermonatigen AU-Phase nimmt der Patient Anfang März 1975 wieder die Arbeit auf. Er steht fortan unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle. Nach genau einem Vierteljahr stellt sich Anfang Juni erneut eine Herzsymptomatik in Form schmerzhafter Angina-pectoris-Anfälle ein; es erfolgt eine zweite, diesmal fünfwöchige AU-Schreibung.

Von Anfang Juli bis Mitte November geht der Patient dann wiederum seiner Arbeit nach, erneute Angina-pectoris-Anfälle die dritte Arbeitsunfähigkeit bedingen (sieben Wochen Dauer bis zum Anfang Januar 1976). Insgesamt ist der Patient im Berichtszeitraum (14 Monate) für 222 Tage arbeitsunfähig geschrieben.

Dafür, daß in diesem konkreten Fall die belastenden Momente der Arbeitswiederaufnahme die positiven (gesellschaftlich-berufliche Reintegration) zu überwiegen scheinen, kann als Indiz angesehen werden, daß es während der ersten Arbeitsaufnahme zu einer Schleimhautentzündung des Magens und Zwölffingerdarms kommt und daß erstmalig auch ein Migräne-/Kopfschmerzmittel verordnet wird.

Neben bzw. im Zusammenhang mit den bereits genannten Krankheiten wird der Patient des weiteren behandelt wegen Stoffwechselstörungen, Krampfadern, Infektion der Atemwege, funktioneller Darmstörungen sowie beginnender Prostata-Beschwerden (zu letzteren keine Diagnosen, aber mehrfach entsprechende Medikamente). Außer dem Migräne-/Kopfschmerzmittel

(dreimal) werden zwei Schmerzmittel (Analgetika/Antirheumatika) insgesamt fünfmal verordnet. In der Zusammenschau entsteht das Bild eines Patienten, dessen weitere Arbeitsfähigkeit unter medizinischen Gesichtspunkten in Zweifel zu ziehen ist.

13.4 Rentenbeginn bei Versicherten der Stichprobe KK B 1979

Für die Versicherten aus der KK B-Stichprobe wurde anders verfahren. Eine Kategorisierung unter dem Gesichtspunkt "Zweifel an der weiteren Erwerbsfähigkeit" (Gruppe R) wurde wegen der reduzierteren und damit schwierigeren Datenlage nicht vorgenommen. Jedoch zeigt bereits die Auszählung der effektiv vorkommenden Fälle von Rentenbeginn innerhalb des Vierjahreszeitraums bei den 209 Personen der Stichprobe KK B 1979 eine Vielzahl interessanter Ergebnisse.

Das erste betrifft die Häufigkeit der Fälle von Rentenbeginn. Die folgende Tabelle 17 zeigt die Verteilung der Rentenbeginner (in den Jahren 1979 - 1981), getrennt nach Altersrentnern und Fällen vorzeitigen (Früh-) Rentenbeginns. (Zwei dieser Personen hatten auch bereits eine zeitlich begrenzte Rentenphase im Jahr 1978.)

Tabelle 17: Versicherte mit L-AU; Rentenbeginn im Berichtszeitraum, KK B 1978 - 1981

Jahr des Rentenbeginns:	1979	1980	1981	1979 - 1981
Altersrentner	3	2	3	8
Männer, 60 - 62 Jahre	5	-	-	5
Frührentner	11	4	2	17
insgesamt	19	6	5	30

Bei den insgesamt acht Altersrentnern überwiegen die Frauen (5 : 3), bei den Frührentnern hingegen deutlich die männlichen Versicherten (13 : 4).

Die Tatsache, daß der ganz überwiegende Teil der Renten 1979 beginnt, also in dem Jahr, in dem gemäß der Logik der Stichprobenziehung auch die Mehrzahl der L-AU-Phasen liegt (Stichproben-Zugangskriterium: L-AU-Ende in 1979), verweist bereits auf einen außerordentlich engen zeitlichen und damit auch inhaltlichen Zusammenhang zwischen Langzeit-AU und Rentenbeginn für einen Teil der Versicherten.

Der Vergleich der Häufigkeit von Rentenbeginn für die beiden Zeiträume KK A 1975 (siehe Kap. 13.2) und KK B 1979 (hier sind bereits alle Fälle - und nicht nur die des zweiten Halbjahres - erfaßt, da hier die Zugangsbedingung lediglich war: mindestens einen Tag in 1979 pflicht-/freiwillig versichert) zeigt:

- die Zahl der Rentenbeginner insgesamt ist in KK B doppelt so hoch (19 : 10 Versicherte; die weiter o.a. Zahl von fünf Rentenbeginnern in der Stichprobe KK A 1975 bedeutet eine Unterschätzung um 100 %: Zugangskriterium war "zeitlich überwiegend pflicht-/freiwillig versichert", so daß Rentenbeginner nach dem 1.7. d.J. nicht enthalten sind);
- dabei ist der Anteil der Altersrentner etwas niedriger, während die Zahl der Frührentner deutlich höher ist.

Zur Erklärung dieses Phänomens müßte zum einen auf die Unterschiedlichkeit der zugrundeliegenden Populationen eingegangen werden; dieser Vergleich kann hier nicht geleistet werden. Zum zweiten aber sind die durch veränderte sozio-ökonomische Rahmenbedingungen der beiden Erhebungsjahre bedingten Einflüsse zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang

kann an dieser Stelle auf die im Kapitel 3 beschriebene Entwicklung des Langzeit-AU-Volumens verwiesen werden. Es ist zu vermuten, daß die dort benannten Prozesse ihren Niederschlag in den unterschiedlichen Zahlen der Rentenbeginner mit vorausgehender L-AU in den beiden Stichproben 1975 bzw. 1979 finden.

So erweist sich hier aber vor allem im Nachhinein die Angemessenheit unserer Schätzung über die Anzahl der Personen (in KK A 1975), für die Zweifel an der weiteren Erwerbsfähigkeit erwogen wurden. Während diese bei 19 Personen lag, finden sich nun in einer zeitlich späteren Vergleichsstichprobe während eines Jahres 16, während eines Dreijahreszeitraums 22 effektive Fälle von vorzeitigem (Früh-) Rentenbeginn (wenn man die bei Rentenbeginn 60 - 62jährigen Männer und die jüngeren Frührentner zusammen betrachtet). D.h., unsere Annahme eines Potentials von ca. 10 % der Versicherten mit L-AU, für die die Einleitung einer Berentung vor Erreichen der flexiblen Altersgrenze (per Erwerbs-, Berufsunfähigkeitsrente ...) erwägenswert erscheint, war realistisch, und es kommt unter veränderten wirtschaftlichen Bedingungen in der Tat zu Frühberentungen in etwa diesem Ausmaß.

Betrachtet man die Karrieren dieser 30 Personen mit Rentenbeginn im Berichtszeitraum genauer, so zeigen sich weitgehend ähnliche Versicherungsverläufe. Die i.d.R. mehrmonatigen L-AU-Phasen gehen dem Rentenbeginn meist unmittelbar voraus; d.h. L-AU und Rente gehen vielfach direkt ineinander über. Bei den jüngeren Versicherten mit Rentenbeginn scheinen die L-AU-Phasen im Durchschnitt länger zu dauern als bei den älteren. Bei einem Teil der Fälle kommen Perioden von Arbeitslosigkeit hinzu.

Diese Verhältnisse sind in Fällen vorzeitiger Berentung durch EU bzw. BU zu erwarten, da die Zugangsbedingungen für diese Rentenarten ja gerade Arbeits-(Erwerbs-, Berufs-)unfä-

higkeit aufgrund chronischer langwieriger bzw. schwerer Krankheit beinhalten. Die Abbildung 4 in Kapitel 18.4 zeigt einige Versicherungsverläufe, bei denen auf L-AU der baldige Rentenbeginn folgt.

Als die Langzeit-AU primär bedingende Krankheiten kommen bei den Rentenbeginnern Gesundheitsstörungen aller Untergruppen A. bis E. vor. Erwartungsgemäß dominieren Fälle chronischer Skelett-/Muskel-/Bindegewebs-Krankheiten (C.1), Herz-/Kreislauf-Erkrankungen (C.2) sowie Verläufe mit Multimorbiditätscharakter (E.). Auf diese drei Erkrankungsbereiche entfallen die L-AU-Anlässe hier allein bei 19 der 30 Rentenbeginner.

Es wurde im Gang der Untersuchung entschieden, die Problematik lang andauernder Arbeitsunfähigkeitsfälle in ihrem Zusammenhang zu Prozessen von Alters- und vorzeitiger Berentung näher zu untersuchen (vgl. Kap. 18 im Abschnitt III.).

14. Zusammenfassung: Typologie

Die folgende Tabelle 18 zeigt nochmals die Zusammensetzung der Versichertengruppe Langzeit-Arbeitsunfähige in den beiden Stichproben im Überblick.

Inwiefern die abweichenden Häufigkeiten der einzelnen Erkrankungsbereiche in ihrem Auftreten als L-AU-Anlaß auf Unterschiede in den beiden zugrundeliegenden Populationen zurückzuführen sind oder auch als Ausdruck eines sich im Zeitverlauf (aufgrund sich modifizierender Belastungsstrukturen) ändernden Morbiditätsspektrums angesehen werden müssen, kann hier nicht weiter geklärt werden.

Daß die Unterschiedlichkeit der Zahlen zum Teil auf erhöhte Einschätzungsschwierigkeiten hinsichtlich mancher Krankungsverläufe bei veränderter (reduzierter) Datenlage zurückzuführen ist, wurde in den Kap. 8. - 13. diskutiert. Insbesondere erklärt sich hierdurch ein Teil der Verschiebung von den Multimorbiditätsfällen (E.) hin zu den spezifischen Anlässen (A., C.).

Folgende Trends zeigen sich durchgängig über beide Stichproben:

- männliche Versicherte sind überdurchschnittlich stark vertreten, wenn L-AU-Perioden in Unfällen oder spezifischen chronischen Erkrankungen wie körperlichen Verschleißprozessen im engeren Sinne (Skelett/Muskeln/Bindegewebe), Herz-/Kreislauf-, Magen-/Darm-Erkrankungen sowie Suchten begründet sind. Es lassen sich auch Altersspezifika nachweisen (Unfälle: v.a. jüngere Männer; in den anderen Gruppen solche mittleren bis höheren Alters).

Tabelle 18: Versicherte mit L-AU; Einteilung nach Untergruppen (Typologie), KK A 1975, KK B 1979

Bezeichnung Untergruppe	KK A 1975				KK B 1979			
	m	w	insges. abs.	%	m	w	insges. abs.	%
A. Versicherte mit Unfällen	43	4	47	22,5	50	14	64	30,6
B. Versicherte mit Akuterkrank. (außer Unfällen)	17	12	29	13,9	9	16	25	12,0
C. Versicherte m. spez. chron. Erkrankungen	50	16	66	31,6	59	29	88	42,1
C.1 Skelett-/Muskel-/Bindegewebs-Erkrank.	21	5	26	12,4	26	6	32	15,3
C.2 Herz-/Kreislauf-Erkrank.	10	3	13	6,2	15	3	18	8,6
C.3 Magen-/Darm-Erkrankungen	7	1	8	3,8	11	2	13	6,2
C.4 Psychische Erkrankungen	4	2	6	2,9	4	9	13	6,2
C.5 Sonst. spezif. chron. Erkrankungen	8	5	13	6,2	3	9	12	5,7
D. Versicherte mit Suchtkrankheiten	10	1	11	5,3	6	-	6	2,9
E. Versicherte m. unspez. chron. Erkrankung (Multimorbidität)	31	25	56	26,8	16	10	26	12,4
(R.) Versicherte zwischen Arbeits- u. Erwerbsunfähigkeit	(15)	(4)	(19)	(9,1)				
Summe	151	58	209	100,0	140	69	209	100,0

- Frauen stellen überdurchschnittlich hohe Anteile bei den Akuterkrankungen, bei den psychischen Störungen sowie bei den Fällen mit Multimorbiditäts-Hintergrund.

In jedem 3. bis 4. Fall ist die L-AU durch einen Unfall bedingt. Insgesamt (Gruppen A und B) machen die Akuterkrankungen 36 % bzw. 43 % der L-AU-Fälle aus. Für diesen Teil der Versicherten werden im Rahmen dieser Untersuchung Handlungserfordernisse der Krankenkassen kaum gesehen bzw. vernachlässigt. Diese sollten vielmehr diskutiert werden im Zusammenhang der Situation der chronisch erkrankten Patienten, welche zusammen den verbleibenden Anteil von 64 % bzw. 57 % ausmachen.

Spezifische chronische Erkrankungen (Gruppe C. und D.) bilden den Hintergrund der Arbeitsunfähigkeit in 37 % bzw. 45 % der Fälle. Die größten benennbaren Untergruppen bilden die Verschleißerkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, Herz-/Kreislauf-Erkrankungen, Magen-/Darm-Erkrankungen, psychische Störungen sowie Suchtkrankheiten. Die Rangfolge der Häufigkeiten dieser Störungsbereiche ist in beiden Stichproben die gleiche.

Die Behandlungsverläufe in KK A sind in doppelt so vielen Fällen wie in KK B durch das Nichtvorhandensein einer dominierenden Einzelkrankheit gekennzeichnet (27 % : 12 %); wir sprechen hier von Fällen von Multimorbidität.

III. ABSCHNITT: ANALYSE AUSGEWÄHLTER VERSICHERTEN-
 GRUPPEN

15. Auswahl der näher zu untersuchenden Versicherten- gruppen	231
16. Zusatzerhebung in der Krankenkasse B zu den aus- gewählten Versichertengruppen	233
17. Junge berufstätige Frauen (25-34 Jahre) mit Lang- zeit-Arbeitsunfähigkeit	237
18. Versicherte zwischen Arbeits- und Erwerbsunfähig- keit	264

15. Auswahl der näher zu untersuchenden Versicherten-
gruppen

Bei einem Informationsgespräch zwischen Mitarbeitern der Krankenkasse B und Mitgliedern der Forschungsgruppe im Mai 1982 wurde von letzteren die im Abschnitt II. entwickelte Typologie der Versichertengruppe Langzeit-Arbeitsunfähige vorgestellt. Es stellte sich heraus, daß die Systematik der hier beschriebenen Untergruppen sowohl nach Erkrankungsbe-
reichen als auch nach Häufigkeiten mit den "vorwissenschaft-
lichen" Erfahrungen der praktisch für die Krankenkasse tätigen Sachbearbeiter, Rehabilitationsberater und Vertrauens-
ärzte übereinstimmten.

Es wurde gemeinsam erörtert, welche Teilgruppen der Versicherten mit L-AU näher - insbesondere unter Berücksichtigung des Datenmaterials der KK B - untersucht werden sollten.

Folgende Teilgruppen wurden vorgeschlagen:

- Folgezustände nach Unfällen;
- Suchtkranke;
- Versicherte mit psychosomatischen Störungen;
- Versicherte mit Multimorbidität;
- Versicherte zwischen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit.

Als Ergebnis dieses Gesprächs entschied die Forschungsgruppe schließlich, die Behandlungs- und Versorgungssituation zweier Teilgruppen näher zu untersuchen und zwar mit folgenden Begründungen:

Junge Frauen um 30 Jahre:

Diese Versichertengruppe hatte sich im Rahmen der Typologie-
Erstellung als besonders interessant erwiesen, weil hier ei-

nerseits eine Mehrfachbelastung besonders ausgeprägt ist und andererseits ein breites Morbiditätsspektrum vorliegt; in dessen Rahmen wiederum spielen psychosomatische Erkrankungen eine hervorgehobene Rolle. Die Versorgungssituation psychosomatischer Erkrankungen sollte besonders beachtet werden, da davon ausgegangen werden konnte, in diesem Bereich Probleme der Gesundheitsversorgung vorzufinden.

Versicherte zwischen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit

Diese Teilgruppe der VG L-AU erschien deswegen einer weiterführenden Analyse wert, da sich hier Versicherte mit extrem langen AU-Zeiten fanden, gravierende Gesundheitsbeeinträchtigungen anzunehmen waren und aufgrund der komplexen Versicherungsverläufe, die Arbeitslosigkeitsphasen, Wechsel des Versicherungsstatus und schließlich Übergang in Berentung beinhalten, an dieser Gruppe auch das Problemfeld der Kontinuität der Einkommenssicherung untersucht werden konnte.

16. Zusatzerhebung in KK B zu den ausgewählten Versicherungengruppen. Vergleich der Datenlage der Versichertenblätter mit Material aus weiteren Informationsquellen bei der Krankenkasse (insbesondere beim Rehabilitationssachbearbeiter)

In den Abschnitten II. und III. finden sich Fallgeschichten, wie sie anhand der beiden Formen des Versichertenblatts rekonstruiert werden konnten. Die aufgenommenen Stammdaten resultieren aus der Mitgliederbestandsführung der Krankenkasse (gemäß DEVO/DÜVO etc.). Die berücksichtigten Leistungsdaten (AU, KH) wurden aus den Leistungskarten, die bei der Kasse für jedes Mitglied geführt werden, übernommen. (Daß in KK A 1975 die zusätzliche Erhebung der ambulanten Leistungsdaten möglich war, beruhte auf einer einmalig vorgenommenen Sondererhebung.)

Nachdem entschieden war, welche ausgewählten Versichertengruppen mit Langzeit-AU näher betrachtet werden sollten, wurde für insgesamt je drei junge berufstätige Frauen bzw. Versicherte zwischen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit eine Zusatzerhebung durchgeführt, bei der geklärt werden sollte, welche Daten und Informationen über Einzelfälle bei der Krankenkasse vorliegen, die im Versichertenblatt nicht berücksichtigt worden sind.

Zu diesem Zweck wurden fallbezogene Interviews mit dem Rehabilitationssachbearbeiter sowie weiteren Sachbearbeitern der KK B durchgeführt. Hier wurde von den Mitarbeitern der Kasse - in konsequent anonymisierter Form - dargestellt, welche weiteren Daten, auf welchen Informationsquellen beruhend, ihnen in Einzelfällen zugänglich sind.

Im folgenden findet sich eine Aufstellung nach Datenquellen und Informationsbereichen, die bei der Kasse über die reguläre Mitgliederbestandsführung und die Grundinformationen der Leistungskarte hinaus vorliegen können. Dabei sind diese insbesondere dann vorhanden und umso umfangreicher, je langwieriger und komplexer der Behandlungsverlauf und je fortgeschrittener eventuelle Rehabilitationsmaßnahmen bereits sind. Zum Ausgangspunkt der Versichertenbetreuung werden diese zusätzlichen Angaben vor allem beim Rehabilitationssachbearbeiter (zum Tätigkeitsfeld von Rehabilitationssachbearbeitern bei Krankenkassen vgl. BdO 1979).

a. Persönlicher Kontakt des Reha-Sachbearbeiters zum Mitglied bzw. dessen Familienangehörigen

Durch Schilderungen im persönlichen Gespräch erhält der Reha-Sachbearbeiter eine genauere Kenntnis vom Krankheitsverlauf des Patienten sowie eventuell auch Informationen über Motivation, Bedürfnislage und häusliche Umstände. In gewissem Umfang werden Hausbesuche und Krankenhausbesuche durchgeführt.

b. Kontaktaufnahme des Reha-Sachbearbeiters zu behandelnden Ärzten des Versicherten

In Ausführung von § 368 s RVO geschieht diese meist in schriftlicher Form. Die Kasse übersendet dem Arzt einen Fragebogen über Möglichkeiten weitergehender Behandlungsmaßnahmen für den Versicherten.

c. Kooperation mit dem Rehabilitationssachbearbeiter des zuständigen Rentenversicherungsträgers (meist LVA)

Hier kann es um die Information über den Verfahrensstand im Rahmen von (EU-, BU-) Rentenantragstellungen (Koordination von Leistungsträgerschaften z.B. bei drohender KK-Aussteuerung) sowie um die Abstimmung des Behandlungsverlaufs bei medizinischen Maßnahmen der Rentenversicherung gehen.

d. Begutachtungen des Vertrauensärztlichen Dienstes

Bei langwierigen Verläufen zur Begutachtung der AU und insbesondere im Zusammenhang mit der Einleitung von Maßnahmen zur Rehabilitation kommt es zu Untersuchungen der Versicherten durch den Vertrauensärztlichen Dienst (vgl. zur Diskussion der Situation des VÄD: Neuhaus, R./W.F. Schröder, 1982). Es kann vorkommen, daß diese in bestimmten zeitlichen Abständen wiederholt werden. In den Gutachten des VÄD finden sich z.T. detaillierte Angaben über den Krankheitszustand und -verlauf des Versicherten.

Für den Bereich der KK B wurden diese o.a. vier Quellen als die relevantesten zusätzlichen Informationsquellen bei langwierigen AU-Verläufen bzw. Rehabilitationsfällen genannt. Insbesondere die VÄD-Gutachten bilden die Grundlage für die Einschätzung eines Krankheitsverlaufs durch die (Reha-) Sachbearbeiter und damit auch den Ausgangspunkt für die Bewilligung von Leistungen. Darüber hinaus wurden noch folgende Datenquellen angegeben, die aber quantitativ und qualitativ eine geringere Bedeutung haben.

e. Entlassungsberichte von Kurkliniken

Diese enthalten oft sehr detaillierte Stellungnahmen über die Arbeits(un)fähigkeit des Versicherten und die Notwendigkeit berufsfördernder Maßnahmen. Seitens der Mitarbeiter der KK B wurde beklagt, daß diese Berichte routinemäßig nur an den RV-Träger der betreffenden Reha-Maßnahme gehen, nicht aber an die zuständige Krankenkasse. Durch eine einfache Änderung der entsprechenden Verwaltungsvorschriften könnte hier die Informationslage der für Fragen der medizinischen Behandlung ja eher zuständigen Krankenkasse deutlich verbessert werden.

f. Zuständige Leistungs- bzw. Vermittlungsstelle beim Arbeitsamt

Informationen können sich beziehen auf Fragen der Einkommenssicherung (drohende Aussteuerungen) sowie auf berufsfördernde Maßnahmen wie z.B. Umschulungen.

g. Arbeitgeber

Deren Anfragen werden sich i.d.R. auf Berechtigung und Dauer von AU-Perioden beziehen. Jedoch können die Kasenmitarbeiter in Einzelfällen vom Arbeitgeber Informationen über betriebsinterne Maßnahmen zur Unterstützung von Arbeitnehmern einholen, die durch AU bzw. EU/BU bedroht sind, wie z.B. über die Möglichkeiten innerbetrieblicher Umsetzungen schwer beeinträchtigter Personen auf angemessenere, "leichtere" Schonarbeitsplätze.

Weitere potentielle Kommunikationspartner der KK wie Unfallversicherungsträger oder Sozialverwaltung der Gemeinden können hinsichtlich der Informationsmöglichkeit zu AU- und Krankheitsverläufen vernachlässigt werden.

Nachdem für einige Versicherte neben den üblichen Stamm- und Leistungsdaten diese zusätzlichen Informationen aus den o.a. Bereichen - soweit sie im Einzelfall vorlagen - erhoben worden waren, wurden auch für diese Fallgeschichten rekonstruiert, von denen für jede ausgewählte Versichertengruppe eine in den Kap. 17 und 18 dargestellt wird. Es wird zu zeigen sein, in welchen Punkten insbesondere deren Darstellungsdichte die derjenigen Fallgeschichten übersteigt, die auf den Versichertenblättern aufbauen.

17. Junge berufstätige Frauen, 25 - 34 Jahre, mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit
(unter Mitarbeit von Dipl.-Soz. Marlies Krebstakies)

17.1 Ausgangspunkt: Zahlenmäßiges Auftreten/besondere Problemlage

Junge Frauen zwischen 25 und 34 Jahren stellen in KK A 1975 und KK B 1979 jeweils rund 20 % der weiblichen Versicherten (Tab. 5). Unter den weiblichen Versicherten mit mindestens einer Langzeit-AU haben sie in KK A (ohne Fälle komplikationsloser Mutterschaftshilfe: Entbindung, Mutterschaftsurlaub) einen Anteil von 14,6 %, in KK B (inklusive aller Fälle von Mutterschaftshilfe) von 18,9 % (Tab. 3). Ihre L-AU-Häufigkeit ist also in beiden Gruppen eher unterdurchschnittlich, bei KK B sogar unter Einbeziehung aller Mutterschaftshilfefälle.

Bei der Analyse der beiden Stichproben von Versicherten mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit ergab sich folgendes Bild: Gerade die Gruppe der jungen Frauen zwischen 25 und 34 Jahren stellte besonders hohe Anteile bei den Fällen von Multimorbidität (in KK A; vgl. Tab. 14) bzw. beim Erkrankungsbereich Psychische Störungen als L-AU-Anlaß (in KK B; vgl. Tab. 12).

Das bedeutet, daß gerade bei dieser Versichertengruppe der berufstätigen jungen Frauen mit Langzeit-AU im Erkrankungsspektrum jene Bereiche besonders dominieren, für die eher unzureichende und mangelhafte Betreuungsmöglichkeiten vorhanden sind. Darüber hinaus ist bekannt, daß gerade für diese Versichertengruppe besondere Gesundheitsrisiken vorliegen, die sich aus der ausgeprägten Mehrfachbelastung durch Haushalt und Kinderbetreuung einerseits sowie Berufstätigkeit andererseits ergeben.

Aus diesen beiden Aspekten ergab sich, das im Zusammenhang mit L-AU stehende Erkrankungs- und Behandlungsgeschehen für diese Versichertengruppe näher zu untersuchen. An diesem Beispiel kann die Frage der Handlungsmöglichkeiten der KK exemplarisch diskutiert werden, und Schlußfolgerungen können - mit gewissen Modifikationen - auf andere Versichertengruppen (mit ebenfalls hoher Belastung; chronischen bzw. psychosomatischen Erkrankungsschwerpunkten...) übertragen werden.

In KK A 1975 fielen in die Gruppe der jungen, 25 - 34jährigen berufstätigen Frauen mit L-AU 42 Personen. (Nach Tab. 3 sind es 44 Frauen; zwei davon konnten aber bei der Erstellung der Versichertenblätter nicht berücksichtigt werden.) Für KK B 1979 wurde eine Stichprobe von ebenfalls 42 Personen als ausreichend erachtet (insgesamt gehören in KK B 1979 152 Frauen zu dieser L-AU-Altersgruppe).

17.2 Psychosoziale Belastungen von Frauen im Alter zwischen 25 und 34 Jahren

Im folgenden werden allgemein soziale Lebensbedingungen von Frauen im Alter zwischen 25 und 34 Jahren beschrieben, denen eine ätiologische Bedeutung für die Entstehung verschiedener akuter bzw. chronischer Erkrankungen beigemessen wird. Im Vordergrund der Betrachtung stehen dabei soziale Belastungsfaktoren, die die Entstehung von psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen junger Frauen (mit-) bedingen, deren Erkrankungsanteil in den beiden Erhebungen beträchtlich ist.

Vorab muß allerdings erwähnt werden, daß über den Gesundheitszustand, die Häufigkeit, die Art und die sozialen Bedingungsfaktoren psychischer Erkrankungen berufstätiger Frauen aller Altersgruppen wenig bekannt ist. Die empirische Forschung bezieht sich bei der Erfassung des Zusammenhangs von Belastungsfaktoren und Krankheiterscheinungen vorwiegend auf Männer, wenn auch inzwischen von der Herzinfarkt-

forschung nachgewiesen werden konnte, daß Frauen spezifische Reaktionsformen auf Umwelteinflüsse entwickeln (Blohmke, 1981).

Betrachtet man nun die soziale Situation der Frauen in dieser Altersgruppe zwischen 25 und 34 Jahren, so ist zunächst eine Heterogenität der Bedingungen zu konstatieren, sei es hinsichtlich des Familienstandes, der Anzahl und des Alters der Kinder und hinsichtlich der Arbeitsanforderungen. Zu den gravierendsten Problemen gehört die besonders für junge Frauen in der untersuchten Altersspanne typische Doppelbelastung durch Berufstätigkeit und Haus- sowie Erziehungsarbeit - ein Sachverhalt, der keineswegs nur auf eine Minderheit junger Frauen zutrifft. Während die Erwerbsquote aller Frauen bei 39 % liegt, waren 1979 immerhin 42 % der Frauen mit mindestens einem minderjährigen Kind erwerbstätig.

Frauen, die wegen finanzieller Vorteile, sozialer Kontakte und sozialer Anerkennung einer Berufstätigkeit trotz Hausarbeit und Kindererziehung nachgehen, sind allein schon durch die zeitliche Überforderung Problemen ausgesetzt. Besonders junge Frauen mit Kleinkindern unterliegen durch die zeitintensive Betreuungsarbeit starken psychischen Beanspruchungen, die mit Schwächezuständen, vegetativ-funktionellen Störungen etc. einhergehen können. Die zeitliche Beanspruchung junger erwerbstätiger Frauen wird von ihnen als gravierend empfunden, weil sie ihre Zuwendung, besonders zu kleinen Kindern, einschränken müssen und weil dies zu einer Entfremdung zwischen ihnen und ihrem Kind beiträgt (Schöll-Schwinghammer, 1979). Massive Schuldgefühle gegenüber den Kindern können die Folge sein. Den jungen Frauen bleibt auch wenig Zeit, persönliche Interessen zu verfolgen und aktiv Möglichkeiten der Rekreation wahrzunehmen. Für alleinstehende berufstätige Mütter dürften die aufgezeigten Konflikte besonders ausgeprägt sein.

Krankheitsrelevante Auswirkungen können auch dadurch entstehen, daß die Frauen aufgrund gegensätzlicher Funktionen in Familie und Erwerbsleben mit widersprüchlichen Verhaltensanforderungen konfrontiert werden (Becker-Schmidt, 1981). So wird im Betrieb schnelle, exakte, rationelle Arbeit verlangt, während dagegen die Betreuung der Kinder - insbesondere der kleinen Kinder junger Frauen - ein hohes Maß an Geduld, Einfühlsamkeit, Zeit und emotionaler Zuwendung erfordert (Bartholomeyczik, 1981). Es wird vermutet, daß Frauen auf diese besonderen Anforderungen im allgemeinen mit permanenten Anpassungs- und Abwehrhaltungen und dementsprechenden psychosomatischen Beschwerden, wie Magen-Darm-Erkrankungen etc., reagieren (Kootz, 1981).

Von den 25 bis 34 Jahre alten Frauen gaben 46 % die Erwerbstätigkeit wegen der Geburt eines Kindes auf; demgegenüber stellt eine Heirat zunehmend weniger einen Anlaß zur Unterbrechung dar (Wex et al., 1979). Als Stimuli für die Wiederaufnahme der Berufstätigkeit müssen ein hoher Ausbildungsstatus, eine qualifizierte Beschäftigung und eine daraus resultierende, zu erwartende Arbeitszufriedenheit angesehen werden. Dagegen läßt sich eine sogenannte "Flucht aus der Berufstätigkeit bei Eheschließung" und einer damit verbundenen mangelnden Bereitschaft, später in das Berufsleben zurückzukehren, am ehesten bei jungen Frauen in Berufen mit unqualifizierter, gesellschaftlich gering geachteter Arbeit feststellen (Pettinger, 1977).

Eine positive Bewältigung der o.a. anspruchsvollen und zudem noch widersprüchlichen Funktionszuweisungen dürfte noch am ehesten dann möglich sein, wenn die Erwerbstätigkeit Handlungsspielräume, Entscheidungsbefugnisse etc. einräumt, wie es für qualifizierte Arbeitsplätze zutrifft. Dieser Zusammenhang ist durch empirische Ergebnisse belegt (Frese, 1979; Schöll-Schwinghammer, 1979). So bestand nach einer Befragung von 499 Frauen verschiedener Altersgruppen dann eine positi-

ve Haltung gegenüber der eigenen Erwerbsarbeit, welche auch kaum durch eine hohe familiäre Belastung geschmälert werden konnte, wenn die Frauen qualifizierte Arbeitsplätze im Angestelltenbereich hatten. Qualifizierte Arbeitsplätze sind jedoch nicht als typisch für Frauenarbeit anzusehen, was sich auch in den Erhebungen bei den Krankenkassen A und B widerspiegelt.

Vom Anforderungsprofil her sind eher Arbeitsinhalte kennzeichnend, die nach qualitativen Maßstäben eine Unterforderung und nach quantitativen - also zeitlichen Faktoren etc. - eine Überforderung darstellen. So sind weibliche Arbeitsplätze nach arbeitswissenschaftlichen Studien vorwiegend durch Monotonie, Repetition und niedrige Qualifikationsanforderungen (an- und ungelernte Tätigkeiten) geprägt - bei einer überwiegend sensomotorischen statt kognitiven Ausrichtung (Mohr et al., 1982).

Nach einer vergleichenden Analyse von 616 Tätigkeiten konnte jede zweite bis dritte bei Frauen mit "mindestens hoher Bedeutung repetitiver Arbeit eingestuft werden, bei Männern dagegen nur jede zehnte Tätigkeit" (Rohmert et al., 1979). "Weisungsbefugnisse und Führungsaufgaben (Kontrolle, Planung und Koordination) fallen Frauen so gut wie nicht zu. Planerische Anteile und dispositive Spielräume sind in der Regel gering - häufig besteht nicht einmal eine Tagesdisposition" (Mohr, 1982). Demzufolge ist die qualitative Unterforderung für erwerbstätige Frauen ein häufig auftretendes Merkmal (Becker-Schmidt, 1981). Unter diesen Bedingungen ergeben sich vermutlich nicht nur geringe Lernchancen, sondern auch negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl der Frauen.

Die quantitative Überforderung kann durch verschiedene Faktoren ausgelöst werden. Klassische Beispiele sind Zeitdruck - vor allem unter Akkordbedingungen - und hohe Konzentrationsanforderungen bei meist einfachen repetitiven Tätigkei-

ten. So gaben von 417 befragten, überwiegend jungen Arbeiterinnen und weiblichen Angestellten 31 % Zeitdruck als Belastungsfaktor an (Schöll-Schwinghammer/Lappe, 1978); in Repräsentativbefragungen lag der Anteil bei 25 % (Volkholz, 1977).

Gesundheitliche Beeinträchtigungen wurden in verschiedenen Untersuchungen nachgewiesen. Levi (1972) fand bei Frauen einen engen Zusammenhang zwischen Zeitdruck durch Akkordarbeit und der Katecholaminsekretion, die ätiologisch für die Entstehung von koronaren Herzkrankheiten bedeutsam sein kann. In Repräsentativuntersuchungen in Schweden und den USA konnte nachgewiesen werden, daß "Depression, Erschöpfungszustände, Lebensunzufriedenheit, Krankheitstage sowie Einnahme von Medikamenten jeweils dann am höchsten waren, wenn die Arbeit mit großer Schnelligkeit ausgeführt werden mußte und nur einen geringen Handlungsspielraum ermöglichte" (zit. nach Frese, 1979; Karasek, 1978). Doubrawa fand bei jungen Kurpatientinnen (n = 134) psychosomatische Erkrankungen im Magen-Darm-Bereich, die er auf die Zeitintensität am Arbeitsplatz zurückführte.

Kurzfristige Streßreaktionen wie z.B. Anspannung, Ärger, Frustration und Reizbarkeit auf der psychischen Seite bewirken erhöhten Blutdruck, gesteigerte Puls- und Herzfrequenz sowie verstärkte Ausschüttung von Streßhormonen auf der physiologischen Seite. Negative gesundheitliche Auswirkungen der Tätigkeit wie Kreuzschmerzen, Bandscheiben- und Wirbelsäulenschäden, Nervenentzündungen und schmerzende Füße werden von den befragten jungen Näherinnen, Büglerinnen und Maschinenbedienerinnen geäußert; sie sind als Folge anhaltender körperlicher Zwangshaltungen einzuschätzen (Schöll-Schwinghammer, 1979).

Ohne auf spezifische Untersuchungen über Frauen zurückgreifen zu können, ist darüber hinaus ein Zusammenhang zwischen

spezifischen Umweltbelastungen wie Hitze, Lärm, Schadstoffen etc. und psychischen bzw. somatischen Befindlichkeitsstörungen gegeben. So sind im allgemeinen "bei Lärm neben Einflüssen auf das vegetative Nervensystem langfristig auch typische Streßsymptome wie Leistungsrückgang, Magengeschwüre, Reizbarkeit und Nervosität zu erwarten" (Mohr, 1982). Kumulative Effekte sind u.a. dann zu befürchten, wenn Lärm mit anderen Stressoren zusammen auftritt, z.B. Zeitdruck, Konzentrationsanforderungen, Monotonie und/oder Nacht- und Schichtarbeit. Viel diskutiert sind die schädlichen Auswirkungen von Nacht- und Schichtarbeit, zu denen nicht nur Schlafstörungen gehören; Gedächtnisstörungen, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Magenbeschwerden etc. können des weiteren die Folge dieser Arbeitsbedingungen sein (PROSA, 1981; Rummel, 1982). Allerdings ist nur jede fünfte Person im Schichtdienst eine Frau; der Anteil junger Frauen ist nicht bekannt.

Geht man davon aus, daß objektive Belastungen - sieht man einmal von bestimmten Extremen ab - nicht zu den gleichen psychischen bzw. psychosomatischen Ausprägungen führen, müssen die jeweiligen persönlichen Möglichkeiten der Verarbeitung und Bewältigung belastender Situationen einbezogen werden. Entscheidend für die Entwicklung von Bewältigungsstrategien ist bereits die subjektive Rezeption der Arbeitssituation, d.h. wie sich das objektiv feststellbare Zusammenwirken von hohen physischen und psychischen Belastungen bei jungen Frauen in ihrem Urteil über die Beanspruchung niederschlägt.

An dieser Stelle ist kurz auf die empirischen Erhebungen zur Arbeitszufriedenheit einzugehen. In diesem Kontext ist vor allem bemerkenswert, ob und in welchem Umfang eine Diskrepanz zwischen den Erwartungen junger Frauen an ihre Arbeitsbedingungen, Berufsperspektiven etc. und den realen Verhältnissen besteht. Nach Schöll-Schwinghammer haben Fabrikarbei-

terinnen zumeist klare Vorstellungen über ihre Arbeit, während bei der Gruppe der einfachen Angestellten häufig ein hohes Anspruchsniveau existiert, das mit den realen Gegebenheiten in Konflikt gerät (Schöll-Schwinghammer, 1979). Hinsichtlich der Wahrnehmung der beruflichen Wirklichkeit ist auch die Dauer der Berufstätigkeit entscheidend. Hat in der Phase der Berufseinmündung die Konfrontation mit negativen Aspekten der Tätigkeit zunächst noch kaum einen entscheidenden Einfluß auf die Einstellung der Frauen zum Beruf, so erfahren junge Frauen, die bereits längere Zeit berufstätig sind, diese Belastungen zunehmend als negativ, so daß die Identifikation mit dem Beruf erschwert wird (Diezinger, 1979).

Die Krankheitsausprägung und der Verlauf der Krankheit sind also nicht nur durch objektive Belastungen der Erwerbstätigkeit und der familialen Situation junger Frauen geprägt. Subjektive Einstellungen und Bewältigungsstrategien können neben existierenden Eingriffsmöglichkeiten mitentscheidend für einen die Genesung fördernden bzw. hemmenden Umgang mit dem Krankheitsgeschehen sein. Der Versuch einer externen (offensiven, nach außen gerichteten) Bewältigung von Belastungen setzt allerdings voraus, daß bestehende psychische bzw. physische Beeinträchtigungen auch unmittelbar auf erfahrene objektive Bedingungsfaktoren zurückgeführt werden. Demgegenüber dürften interne (eher defensive, nach innen gewandte) Bewältigungsstrategien, bei denen die tatsächlichen Belastungen als solche geleugnet oder nicht gesehen werden, einer frühzeitigen und adäquaten Krankheitsbewältigung sicherlich abträglich sein, so daß einer Manifestierung psychischer bzw. psychosomatischer Erkrankungen Vorschub geleistet werden kann (zur Begriffsklärung externe vs. interne Bewältigungsstrategien vgl. Mohr, 1982).

17.3 Übersicht: Soziale Situation

Die folgenden Tabellen 19 bis 21 geben einige Aspekte der sozialen Situation wieder, wie sie sich für die beiden Stichproben von je 42 jungen, berufstätigen Frauen (25 bis 34 Jahre) aus den Versichertenblättern darstellen.

Tabelle 19: Frauen, 25 - 34 Jahre, mit L-AU; einige Aspekte der sozialen Situation. Anzahl der Personen (n = jeweils 42 Personen), KK A 1975, KK B 1979
 * bei KK A: monatliches Einkommen; bei KK B: Brutto-Tagesentgelt; umgerechnet in monatliches Einkommen durch Multiplikation mit 30 (Kalendertage)

	KK A 1975	KK B 1979
Fälle unvollständiger Daten: Versicherungsverlauf im Berichtsjahr nicht vollständig erfaßt (Arbeitsplatzwechsel, Aussteuerung, ...)	20	8
Ausländer	3	7
Arbeitslose: im Berichtsjahr zeitweise arbeitslos (Personen)	20	10
durchschnittliche Dauer	18 Wochen	12 Wochen
ganzjährig arbeitslos	2	-
Einkommenssituation *: Angaben bei ... Personen	29	32
durchschnittliche Höhe	1.140,-	1.670,-
Spanne	360,- bis 2.040,-	330,- bis 2.550,-

Tabelle 19 zeigt zunächst, daß besonders in KK A 1975 in fast der Hälfte der Fälle die Versicherungsverläufe nicht ganzjährig erfaßt sind. Viele Frauen sind also nur für einen

Teil des Jahres versicherungspflichtig. Dies korreliert mit der hier ebenfalls hohen Zahl von arbeitslosen Frauen; in vielen Fällen wird für Frauen dieser Altersgruppe eine mehr oder weniger lange Arbeitslosigkeitsphase der Anlaß für einen vorübergehenden oder dauerhaften Ausstieg aus dem Berufsleben sein, insbesondere wenn sie Aufgaben im "zweiten" Arbeitsfeld Haushalt/(Klein-)Kindererziehung wahrnehmen.

In KK B 1979 sind die entsprechenden Zahlen geringer. In dieser Stichprobe ist immerhin jede sechste Versicherte eine Ausländerin/Gastarbeiterin.

Tabelle 20 zeigt die Anzahl der Verheirateten und der Frauen mit Kindern. Besonders hier ist aber unklar, wie zutreffend diese Angaben sind, da vermutlich bei gleichzeitiger versicherungspflichtiger Berufstätigkeit von Mann und Frau in einer Familie insbesondere die Kinderzahl nicht jeweils bei beiden Versicherten vollständig in den Krankenkassenunterlagen erfaßt wird.

Tabelle 20: Frauen, 25 - 34 Jahre, mit L-AU. Übersicht über Familienstand und Kinderzahl; KK A 1975, KK B 1979

		KK A 1975	KK B 1979
Familienstand	Anzahl der Kinder		
verheiratet	0	19	15
	1	3	8
	2	1	4
	5	-	1
	6	1	-
nicht verheiratet	0	16	9
	1	-	4
	2	1	1
ohne Angaben		1	-
Summe		42	42

Tabelle 21 nennt die Berufe sowie die Stellung im Beruf für die beiden Gruppen der je 42 Versicherten. Die Berufsbezeichnungen allein ermöglichen kaum Angaben über die Art der Arbeit. So kann eine Näherin repetitive Maschinenarbeit, aber auch qualifizierte Schneiderinnenarbeit verrichten. Nach der Stellung im Beruf sind Angestellte und Facharbeiterinnen in der Minderzahl.

Tabelle 21: Frauen, 25 - 34 Jahre, mit L-AU; Übersicht über Berufe (nur häufigste Nennungen) und Stellung im Beruf, KK A 1975, KK B 1979 (n je = 42)

	KK A 1975	KK B 1979
Berufe der Versicherten		
Bürofachkraft	1	2
Verkäuferin	3	2
Köchin	2	3
Hauswirtschaftl. Betreuerin	2	1
Montiererin (Elektrogeräte-)	3	9
Metallarbeiterin	-	3
Näherin	5	3
Wäscherin	1	2
weitere Berufe (meist Industrie- arbeiterinnen)	14	17
nur Angabe: arbeitslos	10	-
Rehabilitantin	1	-
Summe	42	42
Stellung im Beruf		
Angestellte	7	5
Facharbeiterin	4	8
Angelernte (nicht als Facharb. tätige Arbeiterin)	15	27
Teilzeit-Beschäftigte	3	2
Auszubildende	1	-
Heimarbeiterin	1	-
nur Angabe: arbeitslos	10	-
Rehabilitantin	1	-
Summe	42	42

Detailliertere Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Art der Berufstätigkeit, Ausmaß der Belastungen in Haushalt/Kindererziehung sowie dem Verlauf von Erkrankungen und AU-Zeiten sind im Rahmen dieser Studie nicht möglich.

17.4 Übersicht: Gesundheitliche Situation

Bevor in diesem Kapitel auf das Morbiditätsspektrum der beiden Stichproben eingegangen wird, sei nochmals ausführlicher auf die Problematik der Einschätzung von Akutcharakter bzw. Chronizität von Erkrankungen anhand des vorliegenden Datenmaterials verwiesen (siehe Exkurs im 7. Kapitel). Hier sei nochmals erwähnt, daß bei der Erstellung der beiden 42er-Stichproben alle Fälle, in denen die L-AU "lediglich" auf Mutterschaftshilfe (Geburt)/Mutterschaftsurlaub zurückzuführen ist, eliminiert wurden. Fälle komplikationsloser Geburten wurden also unter L-AU-Gesichtspunkten vernachlässigt, nicht aber Fälle von Mutterschaftshilfe/Geburt mit Komplikationen: Diagnosen wie Komplikationen in der Schwangerschaft etc. wurden berücksichtigt.

Tabelle 22: Frauen, 25 - 34 Jahre, mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit; Einteilung nach Erkrankungsbereichen/Anlässen der L-AU (n jeweils = 42); KK A 1975, KK B 1979

Untergruppe	Erkrankungsbereich/ Anlaß der L-AU	KK A 1975	KK B 1979
A.	Unfall	1	4
B.	Komplikationen in der Schwangerschaft	2	7
	Gynäkolog. Krankheiten (weibl. Geschlechtsorg.)	2	2
	Neubildungen	4	2
	weitere Akuterkrankungen (vgl. Tab. 23)	4	9
C.1.	Skelett/Muskeln/Bindegewebe	3	1
C.2.	Herz/Kreislauf	-	1
C.3.	Magen/Darm (Verdauungsorgane)	1	3
C.4.	Psychische Störungen	6	8
C.5.	weitere chronische Erkrankungen (vgl. Tab. 23)	8	-
E.	Multimorbidität/ wechselnde AU-Anlässe	11	5
Summe		42	42

In der vorliegenden Stichprobe (Junge Frauen um 30 Jahre, KK B 1979) trifft die Problematik der Abgrenzung chronischer gegen akute Anlässe vor allem auf vier Fälle von Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes zu. Bei anderen Erkrankungen (Magen/Darm, psychische Störungen) fanden sich auch bei der eingeschränkten Datenlage noch Hinweise auf den andauernden und damit eher chronischen Charakter der Erkrankung.

Die beiden Tabellen 22 und 23 zeigen nun das Morbiditätsspektrum für die beiden Gruppen der jungen berufstätigen

Tabelle 23: Frauen, 25 - 34 Jahre, mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit; weitere Akut- und chronische Erkrankungen, KK A 1975, KK B 1979

Unter gruppe	Erkrankungsbereich, Anlaß der L-AU	
	KK A 1975	KK B 1979
B. weitere Akut- erkran- kungen	<ul style="list-style-type: none">- Krankheiten des Auges- Leistenbruch (OP)- Krankheiten des Darmes/ des Bauchfells, Durchfall- Salmonelleninfektion	<ul style="list-style-type: none">- Krankheiten der Hypo- physe- Phlebitis- Krankheiten des Kreis- laufs- Abszeß Anus/Rektum- Krankheiten der Haut/ der Wirbelkörper- Krankheiten der Gelen- ke und Knochen- Rheuma- Synovitis (2 x)
C.5. weitere chro- nische Erkran- kungen	<ul style="list-style-type: none">- Krankheiten der Schild- drüse (Kropf) (2 x)- Krankheiten der Niere und/oder der Harnleiter (3 x)- angeborene Mißbildungen der Haut und der Nägel- Krampfadern- Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	

Frauen (25 - 34 Jahre) mit L-AU. Dabei wird wegen der großen Bedeutung der Untergruppe B - Akuterkrankungen - diese nach

Erkrankungsbereichen gegliedert, wie bereits in Tab. 22 genauer spezifiziert (Komplikationen Schwangerschaft, gynäkologische Erkrankungen, Neubildungen); die weiteren Akut- und auch chronischen (C.5.) Erkrankungen sind schließlich in Tab. 23 noch vollständig aufgelistet.

Die beiden Stichproben unterscheiden sich in ihrer Zusammensetzung nach den dominierenden und die L-AU veranlassenden Erkrankungsbereichen. Ein Teil dieser Divergenz ist rückführbar auf die im obigen Exkurs sowie im II. Abschnitt beschriebene Problematik der Einschätzung und Zuordnung von Fällen bei der reduzierten Datenlage des "kleinen" Versichertenblattes (nur AU-, KH-Daten; fehlende ambulante Daten). Die dadurch in manchen Fällen fehlende Grundlage zur Einschätzung des Chronizitäts- oder Multimorbiditätscharakters eines Erkrankungsgeschehens führt mit zur geringen Besetzung der Untergruppen C.5 und E. in der KK B-Stichprobe bzw. zur erhöhten Anzahl der weiteren Akuterkrankungen. (Hier finden sich u.a. vier Fälle von Skelett-/Muskel-/Bindegewebserkrankungen, die bei genauerer Kenntnis der ambulanten Behandlung ggf. als chronische Verläufe - C.1. - hätten eingeschätzt werden müssen.)

Die vier Fälle von Neubildungen in der KK A-Gruppe beziehen sich allesamt auf Neubildungen der weiblichen Geschlechtsorgane und treten auch alle im unmittelbaren Zusammenhang mit weiteren gynäkologischen Diagnosen wie Entzündung der Eileiter oder Sterilität auf. Auch aus dem Verlauf heraus kann vermutet werden, daß es sich hier z.T. um Verdachtsdiagnosen gehandelt haben dürfte. Bei den beiden Neubildungsfällen der KK B-Stichprobe handelt es sich um solche des Auges/Nervensystems bzw. der Knochen.

Besonders auffällig ist der konstant hohe Anteil von Fällen psychischer Störungen, die der Gruppe C.4. zugeordnet wurden. Aufgrund der überschaubaren Anzahl der Fälle konnte

hier genauer untersucht werden, inwieweit es sich tatsächlich um längerwierige, überdauernde psychisch bzw. psychosomatisch veranlaßte Behandlungsverläufe handelte oder aber um isolierte akute Episoden.

Für die sechs Fälle psychischer Störungen in der KK A-Stichprobe ergab sich folgendes Bild (vgl. Tab. 24).

Für die acht Fälle psychischer Störungen in der KK B-Stichprobe zeigte sich, daß in allen Fällen neben einer oder mehrerer (L-) AU- bzw. KH-Episoden im Jahre 1979, die durch Diagnosen aus dem psychischen Bereich (mit-) begründet wurden, sich darüber hinaus in den miterfaßten Jahren (1978, 1980 und 1981) ebenfalls mindestens eine, in der Mehrzahl der Fälle zwei oder drei psychogen (mit-) verursachte AU- bzw. KH-Episoden fanden.

Tabelle 24: Frauen, 25 - 34 Jahre, mit L-AU; Behandlungsanlaß: psychische Störungen, KK A 1975, 6 Fälle

Fall	Arztkontakte im Jahr 1975, bei denen eine Diagnose aus dem Bereich psychischer Störungen gestellt wurde	Anzahl dieser Arztkontakte	erster Kontakt im Monat	letzter Kontakt im Monat
I		12	Januar	Oktober
II		5	Januar	Dezember
III		4	Januar	Juni (*)
IV		3	April	Oktober
V		10	Januar	November
VI		6	Februar	November

* Für den Fall Nr. III ist nur ein Versicherungszeitraum bis zum 30.6. d.J. erfaßt.

Zusammengenommen sprechen diese Ergebnisse dafür, die von uns als Fälle psychischer bzw. psychosomatischer Störungen zusammengefaßten Fälle mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit als eine Untergruppe der chronischen Erkrankungsverläufe zu be-

zeichnen. Allerdings ist die Einschränkung zu machen, daß bei einem Teil dieser Fälle weniger ein festumrissenes chronisches Krankheitsbild als vielmehr eine überdauernde psychische Labilität und Verletzbarkeit angenommen werden muß, welche zu wiederholten Malen aufgrund von Belastungssituationen zur Herausbildung sich verstärkender Symptomatiken führt.

Insbesondere bei jüngeren Versicherten und bei reduzierter Datenlage vergrößern sich die Schwierigkeiten, den Chronizitäts- oder Multimorbiditätscharakter eines Erkrankungsverlaufs adäquat einzuschätzen. So ist ein Teil derjenigen jungen berufstätigen Frauen mit L-AU aus den beiden Stichproben, die hier der Untergruppe E. zugeordnet wurden, besser dadurch zu kennzeichnen, daß man von Versicherten mit überdurchschnittlich vielen AU-Phasen spricht bei häufig wechselnden AU-Anlässen. Die besondere Belastungssituation dieser jungen berufstätigen Frauen drückt sich dann weniger im Nebeneinanderbestehen verschiedener chronischer Erkrankungen aus als vielmehr im Aufeinanderfolgen von Belastungsreaktionen und Erkrankungen, die durchaus sechs und mehr Wochen andauern können. Das Ausmaß der AU-Inanspruchnahme bei den Fällen von Multimorbidität im Vergleich zur Gesamtstichprobe zeigt die folgende Tabelle 25.

Tabelle 25: Frauen, 25 - 34 Jahre, mit L-AU; Durchschnitt der AU-Fälle und der AU-Tage für die Gesamtstichprobe (n = 42) sowie die Fälle von Multimorbidität; KK A 1975 (n = 12), KK B 1978 bis 1981 (n = 5)

	KK A 1975	KK B 1978-1981
AU-Fälle je Person		
- Gesamtstichprobe	2,3	7,3
- Untergruppe E (n = 12 bzw. 5)	3,1	14,4
AU-Tage je Person		
- Gesamtstichprobe	99	249
- Untergruppe E	114	401

Die folgenden drei Fallbeispiele wurden in dieser Reihenfolge aus den Datenbasen KK A 1975 ("großes" Versichertenblatt), KK B 1978 - 1981 ("kleines" Versichertenblatt) sowie Zusatzerhebung bei der KK B (in 1982) rekonstruiert. Die drei Beispiele wurden so ausgewählt, daß Fälle von (psychischer bzw.) psychosomatischer Krankheitsbeteiligung sowie von Multimorbidität enthalten sind. Es wird jeweils auf Aspekte der Versorgungssituation besonders hingewiesen.

17.5 Fallbeispiel Nr. 12: Berufstätige junge Frau mit L-AU-Anlaß Multimorbidität/psychosomatische Beteiligung (Köchin, 30 Jahre), KK A 1975

Köchin, teilzeitbeschäftigt, im Jahre 1975 30 Jahre alt, verheiratet, ohne Kinder. Zum Jahresbeginn werden anlässlich eines Besuches beim Allgemeinarzt folgende Beratungsanlässe notiert: Akute Rachenentzündung, Hereditäre Ataxie (erblich bedingte Störungen der Bewegungskoordination), schmerzhafte Wirbelkörper-Syndrome und funktionelle Darmstörungen. Anlässlich dieses ersten Kontaktes im Untersuchungs-jahr 1975 werden vom Praktiker zunächst nur eine Blutsenkung und eine einfache Beratung als angemessen erachtet.

Die sofortige Überweisung der Patientin an einen Facharzt für Chirurgie scheint Ausdruck eines Verdachts auf das Vorliegen weiterer Erkrankungen mit speziellem Charakter zu sein. Vom Chirurgen werden sodann folgende Diagnosen gestellt: Einfacher Kropf und Lipom (gutartige Fettgeschwulst). Eine Therapie erfolgt nicht. Zur Absicherung und umfassenderen diagnostischen Abklärung wird noch im Januar 1975 eine Bestimmung der Aktivität der Schilddrüse vorgenommen, vorerst wird jedoch keine Behandlung der Schilddrüse durchgeführt.

Die nächsten drei Monate im Behandlungsjahr sind durch vier Beratungen und einige Medikationen zur Bekämpfung von Erkäl-

tungskrankheiten, Schmerzzuständen und einer Hautinfektion gekennzeichnet. Psychosomatische Beschwerden, wie "Nervosität und Schwächezustände" sowie Kopfschmerzen und Darmträgheit werden im II. Quartal vom Allgemeinarzt festgehalten und erstmalig im Untersuchungszeitraum medikamentös angegangen. Gleichzeitig wird eine oberflächliche Verletzung der Hand mitbehandelt.

Zu Beginn des III. Quartals wird anlässlich eines Arzt-Besuches erstmalig ein Schilddrüsentherapeutikum verabreicht. Gleichzeitig wird nach Feststellung eines Elektrokardiogramms eine symptomatische Herzkrankheit diagnostiziert - "Symptome, die dem kardiovaskulären und lymphatischen System" zugeordnet werden können. Erneut auftretende Wirbelkörper-Syndrome, die bereits zu Beginn des Jahres Anlaß zur Inanspruchnahme eines Allgemeinarztes waren, machen nun eine Einweisung ins Krankenhaus erforderlich. Bei einer Arbeitsunfähigkeit von ca. 5 Wochen beläuft sich allein der stationäre Krankenhausaufenthalt auf ca. vier Wochen. Über die einzelnen Behandlungsschritte während des Krankenhausaufenthaltes liegen keine Informationen vor.

Im November des Jahres ist die Patientin nach einer erneuten Infektion der Luftwege und entsprechender Medikation erstmalig wegen verschiedener gynäkologischer Erkrankungen in ambulanter Behandlung: Menstruationsstörungen, Entzündung der Eileiter und Eierstöcke und unspezifische Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, die jedoch zu keiner medikamentösen oder sonstigen Form der Behandlung Anlaß geben. Die darauffolgende erneute Inanspruchnahme des Allgemeinarztes wegen Muskel- und Gelenkrheumatismus zeichnet sich durch Verabreichung von spezifischen Medikamenten und unspezifischen Schmerzmitteln aus.

Eine erneute Arbeitsunfähigkeit beginnt Ende November 1975 mit der Aufnahme ins Krankenhaus wegen einer Kropferkran-

kung, deren stationäre Behandlung sich auf sechs Tage beläuft. Die Arbeitsunfähigkeit endet nach vorliegendem Datenmaterial allerdings erst Ende Februar 1976. Zwischenzeitlich wurden noch am Ende des Jahres vom Allgemeinarzt unspezifische Schmerzmittel und das Schilddrüsenpräparat wiederholt verschrieben.

Aus dem vorliegenden Material über den Prozeß der Behandlung und deren zeitlichen Umfang ist zu schließen, daß sowohl die Schilddrüsenerkrankung als auch die Wirbelkörpersynndrome bereits eine Manifestation erfahren haben, die es erlaubt, die Erkrankungen als chronisch zu interpretieren.

17.6 Fallbeispiel Nr. 13: Berufstätige junge Frau mit L-AU-Anlaß Multimorbidität/psychosomatische Beteiligung (Arbeiterin, 31 Jahre), KK B 1979

1948 geborene Frau, verheiratet, 1 Kind, Deutsche, Beruf: Arbeiterin (zeitweise arbeitslos). Das nachfolgend skizzierte, der KK B-Stichprobe entnommene Fallbeispiel gilt insofern als typisch für den Krankenstand der ausgewählten Untersuchungspopulation, als es sowohl durch eine Reihe verschiedenartiger Erkrankungen bzw. Befindlichkeitsstörungen gekennzeichnet ist als auch auf Beteiligungsvorgänge psychogenetischer Art verweist.

So werden im Rahmen der im Untersuchungszeitraum erstmalig erfolgten Inanspruchnahme eines Arztes im Febr. 1978 zunächst folgende Gesundheitsbeeinträchtigungen diagnostiziert: Sonstige, nicht näher bezeichnete Formen der Neuralgie und Neuritis, Durchfallerkrankung und Grippe mit sonstiger Beteiligung der Atmungsorgane. Im Rahmen dieser Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 121 Tagen werden anlässlich eines erneuten Kontakts mit dem Praktiker im März 1978 darüber hinaus auch gynäkologische und orthopädische Sachverhalte konstatiert: Sonstige angeborene Mißbildungen des Mus-

kel- und Skelettsystems, die offenbar zu gleichzeitig diagnostizierten Gelenkentzündungen führen, dann Entzündungen der Gebärmutter, Krankheiten des Parametriums und des Beckenperitoneums und außerdem noch Kopfschmerzen.

Innerhalb dieses Zeitraums erfolgt ferner eine Krankenhausbehandlung über 16 Tage, in deren Kontext die o.a. gynäkologischen und orthopädischen Erkrankungen erneut diagnostiziert werden.

Psychosomatische, eine Arbeitsunfähigkeit von 94 Tagen Dauer begründende Erkrankungen werden - allerdings in anderer Ausformung - auch im darauffolgenden Jahr vom Allgemeinarzt notiert: Magenge-schwür, Neurose und Krankheiten des peripheren autonomen Nervensystems; Diagnosen, die auch im darin eingeschlossenen 18tägigen Krankenhausaufenthalt genannt werden.

Mit einer durch Rheumatismus begründeten Arbeitsunfähigkeit im November 1979 (Dauer: 3 Wochen) schließen dann die Eintragungen auf dem Versichertenblatt ab. Vermutlich ist die Aussteuerung darauf zurückzuführen, daß zu diesem Zeitpunkt weder eine erneute Arbeitsaufnahme erfolgt ist, noch eine Berechtigung zum Bezug von Arbeitslosenunterstützung gegeben ist. Demzufolge dürfte ein Wechsel des Versichertenstatus von der Gruppe der Pflichtmitglieder zur Gruppe der Familienangehörigen - begründet durch die sog. "Nur-Hausfrautätigkeit" - eingetreten sein.

Eine Einschätzung der Behandlung im Untersuchungszeitraum ist aufgrund des unzureichenden Datenmaterials nicht möglich.

17.7 Fallbeispiel Nr. 14: Berufstätige junge Frau mit L-AU-Anlaß psychosomatische Colitis ulcerosa (Arbeiterin, 29 Jahre), Zusatzerhebung KK B 1982

29jährige Frau, Deutsche, verheiratet, ohne Kinder. Landarbeiterin (Akkord- und Schichtarbeit, saisonale Arbeitslosigkeiten), Versichertenstatus: Pflichtversicherte, von 1974 bis Oktober 1981, dann Aussteuerung.

Im Vordergrund der Rekonstruktion der ausgewählten Krankheitsgeschichte steht eine rezidivierende, chronisch verlaufende Colitis ulcerosa (Dickdarm-Entzündung/-geschwür). Entsprechende Symptome geben erstmalig im Juli 1978 in Verbindung mit einer Harnwegsinfektion Anlaß zu einem Arztbesuch und begründen eine dreiwöchige Arbeitsunfähigkeit. In den Jahren zuvor wurden dagegen im großen und ganzen nur leichte Erkältungskrankheiten mit kurzzeitiger Arbeitsunfähigkeit von wenigen Tagen notiert. Als krankheitsauslösende Faktoren für die Colitis ulcerosa werden vom behandelnden Arzt - allerdings ohne Präzisierung der Angaben - "familiäre Belastungen" und ein unerfüllter Kinderwunsch der Patientin vermerkt. Eine psychosozial ausgerichtete Therapie kommt zu diesem Zeitpunkt offenbar nicht zur Anwendung. Die Symptome treten nach ca. einem Jahr (im Juli 1979) erneut auf und bedingen eine Arbeitsunfähigkeit von drei Wochen.

Nach kurzer Erwerbstätigkeit von acht Wochen muß sich die Versicherte dann wegen einer Fehlgeburt in der 11. Schwangerschaftswoche in stationäre Behandlung begeben (Aufenthalt 9 Wochen). Währenddessen wird wiederum das Vorliegen einer Colitis ulcerosa diagnostiziert, außerdem eine psycho-vegetative Dystonie, eine konstitutionelle Hypotonie und ein Verdacht auf einen generativen Krampfanfall. Eine beachtliche psychosoziale Konfliktlage vermutend - ohne jedoch ein adäquates Leistungsangebot erbringen zu können - wird vom Krankenhausarzt eine spezielle klinische Behandlung der psychosomatischen Beschwerden empfohlen. Die Patientin folgt

dieser Empfehlung und begibt sich für ca. 6 Wochen (bis Februar 1979) in eine psychotherapeutisch-klinische Behandlung in ein norddeutsches Krankenhaus, deren Kosten von der Krankenkasse erstattet werden. Wie aus den Unterlagen des VÄD hervorgeht, der sich nun nach 5monatiger Arbeitsunfähigkeit der Versicherten im März 1980 "zur Sicherung des Heilerfolgs" einschaltet, war diese Behandlung nicht geeignet, die physische und psychische Situation der Patientin positiv zu verändern.

Von diesem Zeitpunkt an führt der VÄD in Abständen von 2 - 3 Wochen insgesamt fünf Untersuchungen und Beratungen durch. Als krankheitsrelevante Faktoren werden in diesem Rahmen die spezifischen Arbeitsbedingungen der Frau betrachtet: Akkord- und Schichtarbeit werden als mitverursachend angesehen. Damit wird erstmalig seit Auftreten der Beschwerden der Patientin vor 1 1/2 Jahren ein Zusammenhang zu krankheitsauslösenden Arbeitsstressoren hergestellt. Mit Anregungen zur Veränderung der sozialen Situation, wie betriebsinterne Umsetzung auf einen Nichtakkordarbeitsplatz und/oder eine Teilzeitbeschäftigung wird von Seiten des VÄD versucht, unter Berücksichtigung sozialer Faktoren der Genese der Erkrankung, angemessene Vorschläge zu entwickeln. Als schließlich die Realisierung eines der o.a. Vorschläge aufgrund innerbetrieblicher Konstellationen nicht mehr möglich erscheint, werden der Versicherten berufsfördernde Maßnahmen wie Umschulung zur Zuschneiderin etc. empfohlen. Zwischenzeitlich treten zwar leichte Besserungen des Gesundheitszustandes ein - wie vom VÄD vermerkt wird -, die Arbeitsunfähigkeit bleibt jedoch nach wie vor aufrecht erhalten.

Im August 1980 schaltet sich - zwei Monate nach der letzten VÄD-Beratung - der Reha-Sachbearbeiter der KK ein, der nun - den damaligen Vorschlag des VÄD zur Inanspruchnahme einer Umschulung aufgreifend - einen Antrag auf eine berufsfördernde Maßnahme bei der Bundesanstalt für Arbeit stellt.

Denn nach wie vor lassen sich gewünschte innerbetriebliche Veränderungen hinsichtlich einer Teilzeitarbeit etc. nicht erreichen. Schließlich kommt es im März 1981 nach 1 1/2-jähriger Arbeitsunfähigkeit (davon 67 Wochen Krankengeldzahlung) zu einer Erstberatung durch das Arbeitsamt, das von nun an Arbeitslosengeld zahlt.

Eine vom Arbeitsamt angebotene Umschulung wird allerdings von der Frau aus verschiedenen Gründen abgelehnt: Zum einen entspricht das Angebot nicht dem Wunsch nach einer Teilzeitbeschäftigung; zum anderen erscheint die Entfernung vom Wohn- zum Ausbildungsort als zu groß. Alternativangebote werden nunmehr weder vom Arbeitsamt noch von der Krankenkasse unterbreitet. Zum Zeitpunkt der Aussteuerung (Oktober 1981) scheint dann - ohne daß die Hintergründe bekannt sind - eine Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten zu sein, so daß eine bedingte Arbeitsfähigkeit für möglich erachtet wird. Über den derzeitigen Gesundheitszustand liegen der Krankenkasse aufgrund der damaligen Aussteuerung keine Informationen mehr vor. In einer rückblickenden Beurteilung des Behandlungs- und Betreuungsgeschehens durch den interviewten Sachbearbeiter wird das Leistungsangebot der Kasse als unzureichend eingeschätzt: Ein stärkeres "Eingehen auf die familiäre Konfliktsituation" - beispielsweise durch ein gemeinsames Gespräch mit dem Ehemann -, darüber hinaus eine intensivere Auseinandersetzung mit den vorhandenen Beschäftigungswünschen einschließlich der Beweggründe für die Ablehnung des Umschulungsangebots wären vermutlich angemessen gewesen.

Im Interesse der Sicherstellung eines angemessenen Leistungsangebots wie auch aus Gründen der Reduktion des Kostenaufwands hätte die Behandlung frühzeitig, und zwar bei erstmaligem Auftreten der Beschwerden, auch ein psychotherapeutisch orientiertes Konzept verlangt. Eine Chronifizierung der Darmerkrankung hätte unter Einbeziehung einer adäquaten,

vor allem aber auch sofortigen Therapiemaßnahme möglicherweise verhindert werden können.

17.8 Handlungskonzepte der Krankenkassen

Wie die bisherigen Überlegungen und Fallbeispiele gezeigt haben, ist die Versichertengruppe der jungen berufstätigen Frauen mit L-AU unter anderen durch folgende zwei Aspekte zu charakterisieren: es handelt sich vielfach um Frauen, die in dauerhafte Konstellationen von Mehrfachbelastung eingebunden sind und in deren Erkrankungsgeschehen sich in überdurchschnittlich vielen Fällen psychische und psychosomatische Hinweise sowie Zustände von Multimorbidität zeigen. Nach z.T. langjährigen Verläufen (vgl. o.a. Fallbeispiele) findet sich immer wieder der Tatbestand, daß diesen Versicherten keine adäquate Hilfe zur Krankheitsbewältigung zukommt: Krankheitsbilder manifestieren, verschlechtern sich; über Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit kommt es zum vollständigen Ausscheiden aus dem Arbeitsleben.

Es bleibt zunächst festzuhalten, daß für einen bestimmten Prozentsatz der hier betrachteten Versicherten das medizinisch orientierte Versorgungssystem anscheinend keine adäquaten Bewältigungsstrategien zur Verfügung stellt. Daß Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung hier nicht ausreichend genutzt werden können, ist umso bedauerlicher, wenn man sich vergegenwärtigt, daß z.B. gerade psychosomatische Erkrankungen sich in der Regel ganz allmählich aus ersten, noch schwach ausgeprägten Befindlichkeitsstörungen heraus entwickeln.

Welche Möglichkeiten bieten sich hier nun den Krankenkassen, den Versicherten im Einzelfall adäquatere Hilfsmöglichkeiten verfügbar zu machen? Folgende Felder von zum medizinischen System alternativen bzw. ergänzenden Bewältigungsstrategien werden dabei von zentraler Bedeutung sein:

- a) Psychotherapie im engeren Sinne zur Bearbeitung ätiologisch relevanter psychodynamischer Konflikte;
- b) sozialpädagogische/sozialarbeiterische Beratung zur Hilfestellung in problembeladenen, vom Versicherten nicht allein zu bewältigenden Lebenslagen;
- c) Gesundheitsberatung, insbesondere zur Eindämmung der Wirksamkeit von Risikofaktoren (falsche Ernährung, mangelnde Bewegung, Rauchen ...);
- d) Ausschöpfung der Selbsthilfepotentiale von betroffenen Versicherten und ihrer sozialen Umgebung.

All diesen Bewältigungsformen ist gemeinsam, daß sie nicht so selbstverständlich und leicht zugänglich sind wie die medizinischen Versorgungsleistungen im engeren Sinne ("Gang zum Arzt"). Im Interesse einer adäquaten, effektiven Behandlung stellt sich daher für die Krankenkassen die Aufgabe, die Versicherten bei der Erreichung und Inanspruchnahme solcher Hilfsmöglichkeiten zu unterstützen.

Wie auch die o.a. Fallbeispiele zeigen, handelt es sich in der Regel um relativ spezielle, stark unterschiedliche Krankheitsgeschichten. Eher standardisierte Formen der Unterrichtung von Versicherten werden sich daher verbieten. Die Methode der Wahl wird vielmehr in einer individuellen Beratung der Versicherten bestehen, welche die je besonderen Belastungs- und Erkrankungskonstellationen zu berücksichtigen in der Lage ist.

Diese Aufgabe wird den unvorbereiteten Sachbearbeiter bei der Krankenkasse überfordern. Vielmehr müssen hier die speziell ausgebildeten Sozialarbeiter der Sozialen Dienste der Krankenkassen aktiv werden. (Vgl. zu den Sozialen Diensten der KK: Neuhaus, 1982; Eichner/Neuhaus, 1976.) Schriftlich

werden betroffene Versicherte zu einem individuellen Beratungsgespräch eingeladen.

In Absprache mit dem Vertrauensärztlichen Dienst und in Zusammenarbeit mit dem Rehabilitations-Sachbearbeiter und der Leistungsabteilung der Krankenkasse kann der Sozialarbeiter gemeinsam mit dem Versicherten ein mittelfristiges, ursachenorientiertes therapeutisches Konzept erarbeiten, das krankheitsbegünstigende Faktoren berücksichtigt, die Belastungen, unter denen der Versicherte steht, und Bewältigungsdefizite abklärt sowie medizinische, psychologische und soziale Problemlösungsschritte, insbesondere psychologische und soziale Beratungs- und Betreuungsleistungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen vorsieht. Bei körperlichen Verschleißkrankheiten ist der Arbeitszusammenhang zu berücksichtigen, und ggf. sind Änderungen (Arbeitsplatzwechsel, Umsetzung auf Schonarbeitsplätze) in das Konzept einzubeziehen.

Der Sozialarbeiter kann den Versicherten zur Realisierung des Konzepts motivieren, ihm psychologische, soziale und rehabilitative Dienste anderer Institutionen erschließen und vermitteln sowie die Umsetzung des Konzepts durch diese anderen Stellen und durch den Versicherten unterstützend begleiten. Die Aufgabe des Sozialarbeiters besteht nicht so sehr in unmittelbarer, eigener Betreuungsarbeit, sondern in der Erstellung der Sozialanamnese, der Motivierung des Versicherten und der Koordination der praktischen Hilfen, die z.B. von psychologischen Fachberatungsstellen, nicht-ärztlichen Psychotherapeuten in freier Praxis, anderen Versicherungsträgern, Arbeitsämtern, Sozialen Diensten der Betriebe und kommunaler oder freier Träger, Selbsthilfegruppen, Einrichtungen der Ausländerbetreuung, Institutionen des Bildungs- und Freizeitbereichs u.a.m. geleistet werden.

Darüber hinaus könnten alle Versicherten mit einer Langzeit-AU von der Kasse mit Hilfe von Informationsmaterial

über Ursachen, Erscheinungsformen, medizinische Behandlungsmöglichkeiten und psychotherapeutische Möglichkeiten (nach Krankheitsgruppen) unterrichtet werden, und es wird ihnen das Angebot unterbreitet, den Sozialen Dienst der Krankenkassen in Anspruch zu nehmen.

18. Versicherte zwischen Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit

18.1. Ausgangspunkt: zahlenmäßiges Auftreten

Bei der Untersuchung der ersten Stichprobe von 209 Personen mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit (KK A 1975) zeigte sich, daß bei einem Anteil von ca. 10 % dieser Versicherten äußerst schwerwiegende gesundheitliche Beeinträchtigungen vorlagen, bei gleichzeitig relativ hohem Alter dieser Personen. Es ergaben sich aus der Betrachtung der Behandlungsverläufe medizinisch begründete Zweifel an der weiteren Erwerbsfähigkeit. (Im Laufe des Untersuchungsjahres 1975 wurde aus dieser Stichprobe nur eine Person früh- sowie vier weitere altersberentet.)

In der zeitlich späteren Stichprobe der Versicherten mit L-AU der KK B 1979 fanden sich hingegen 22, bei Nichtberücksichtigung der 60 - 62jährigen Männer 17 Personen, die in den Jahren 1979 - 1981 vor Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze frühberentet wurden. Wir faßten dies zum einen als eine Bestätigung der Angemessenheit unserer Schätzung eines "Frühinvaliditätspotentials" von ca. 10 % der Versicherten mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit auf (vgl. Kap. 13). Zum anderen veranlaßte der bei diesen Fällen ersichtlich enge Zusammenhang zwischen vorzeitiger (aber auch: Alters-) Berentung und dem vorangehenden, langwierige Arbeitsunfähigkeitsperioden beinhaltenden Krankheitsverlauf eine nähere Untersuchung.

Da besonders die Zeiträume interessierten, die den Ereignissen von Früh- und Altersberentung vorausgingen, wählten wir die Gruppe derjenigen Versicherten der KK B aus, für die im Jahr 1981 eine Rente begann. Dadurch war er bei der gegeb-

nen Datenlage (im Rahmen dieser Untersuchung liegen für die KK B Versicherungszeiträume vom 1.1.1978 bis zum 31.12.1981 in datenverarbeitungsmäßig aufbereiteter Form vor) möglich, jeweils die vollen drei der Berentung vorausgehenden Jahre zu betrachten.

Insgesamt wurden in 1981 824 Pflicht- bzw. Freiwillig Versicherte der KK B berentet. Dies bedeutet einen Anteil von ca. 2,2 % der Pflicht- und Freiwilligen Mitglieder. Von diesen hatten im erfaßten Vierjahreszeitraum (seit dem 1.1.1978) insgesamt 290 Personen mindestens eine Langzeit-Arbeitsunfähigkeit. Für diese wiederum wurden zwei Zusatzbedingungen formuliert:

- das Ende der letzten L-AU sollte nicht mehr als 365 Tage vor dem Zeitpunkt des Rentenbeginns liegen (um einen gewissen zeitlichen Zusammenhang von L-AU und Rentenbeginn zu gewährleisten);
- die Rente sollte, falls sie in ihrer zeitlichen Dauer befristet war, mindestens zwei Monate gewährt worden sein (um sich als "Verwaltungsartefakte" ergebende "Kurz-Renten" auszuschalten).

Diesen beiden weiteren Kriterien entsprechen 219 Personen. Für rund ein Viertel (26,6 %) der insgesamt 824 Rentenbeginner aus dem Mitgliederbestand der KK B 1981 endet also in dem Jahr, das dem Berentungsdatum vorausgeht, mindestens eine Langzeit-Arbeitsunfähigkeit.

Im Jahr 1981 hatten insgesamt 2348 Mitglieder der KK B eine L-AU (im Jahr 1980 waren es 2515 Personen). Die 219 Rentenbeginner mit vorausgehender L-AU stellen also gleichzeitig einen Anteil von fast 10 % der Versicherten, die innerhalb eines Zwölf-Monate-Zeitraums während der Jahre 1980/1981 überhaupt mindestens eine Langzeit-AU hatten.

Diese Gruppe der 219 Rentenbeginner des Jahres 1981 mit L-AU (binnen des dem Berentungstag vorausgehenden Jahres) wird von uns an dieser Stelle näher untersucht. Für die 219 Personen wurden die Versichertenblätter (Behandlungsverläufe) ausgewertet.

Vorab eine Übersicht über die Alters- und Geschlechtsverteilung der 824 Personen mit Rentenbeginn ("Rentenbeginner") in 1981 überhaupt sowie der darin enthaltenen 219 Versicherten mit L-AU im vorausgehenden Jahr (Tabelle 26).

Bei den Rentenbeginnern insgesamt überwiegen also leicht die Frauen, bei denjenigen mit vorausgehender L-AU hingegen deutlich die männlichen Versicherten. Bei den Rentenbeginnern insgesamt sind ca. 8 % jünger als 25 Jahre. Da unter diesen keine Fälle mit vorausgehender L-AU sind, kann gefolgert werden, daß es sich hierbei überwiegend um Waisenrenten handelt, die an Jugendliche bzw. junge Erwachsene gezahlt werden, die sich noch in der Ausbildung befinden.

Fast 9 % der Rentenbeginner insgesamt sind zum Zeitpunkt ihres Rentenantritts 66 Jahre oder älter, zu nahezu zwei Dritteln handelt es sich hierbei um Frauen. Es ist anzunehmen, daß es sich bei diesem Personenkreis mehrheitlich um Hinterbliebene handelt, die nach dem Tod ihres Ehepartners nunmehr Witwenrenten beziehen. Zu einem nur geringeren Teil liegen hier reguläre Altersrenten vor, worauf auch die Tatsache verweist, daß lediglich drei der insgesamt 72 über 65jährigen Rentenbeginner auch bei den Fällen mit vorausgehender L-AU erscheinen.

Läßt man diese Witwen- und Waisenrenten außer Betracht, so verbleibt eine Anzahl von ca. 700 Früh- und Altersrenten-Beginnern. Unter diesen machen die 219 Personen mit vorausgehender L-AU dann nahezu ein Drittel aus (ca. 30 %).

Tabelle 26: Rentenbeginner in 1981, insgesamt; Rentenbeginner in 1981, mit L-AU; (Ende der L-AU weniger als 365 Tage vor Rentenbeginn); KK B 1981

Geschlecht	Rentenbeginner in 1981 insgesamt (n=824)				Rentenbeginner in 1981 mit L-AU (n=219)			
	m	w	insgesamt	abs. %	m	w	insgesamt	abs. %
Alter beim Rentenbe- ginn								
- 14	-	4	4	0,5	-	-	-	0,0
15 - 19	24	13	37	4,5	-	-	-	0,0
20 - 24	16	8	24	2,9	-	-	-	0,0
25 - 29	-	4	4	0,5	-	3	3	1,4
30 - 34	2	2	4	0,5	1	1	2	0,9
35 - 39	2	5	7	0,8	1	2	3	1,4
40 - 44	7	15	22	2,7	5	4	9	4,1
45 - 49	14	15	29	3,5	7	6	13	5,9
50	4	3	7	0,8	2	2	4	1,8
51	1	8	9	1,1	1	4	5	2,3
52	7	11	18	2,2	4	4	8	3,7
53	8	8	16	1,9	8	2	10	4,6
54	6	2	8	1,0	2	-	2	0,9
55	5	12	17	2,1	4	2	6	2,7
56	6	8	14	1,7	5	2	7	3,2
57	9	28	37	4,5	7	9	16	7,3
58	17	26	43	5,2	13	9	22	10,0
59	25	21	46	5,6	16	7	23	10,5
60	36	131	167	20,3	17	21	38	17,4
61	33	31	64	7,8	13	4	17	7,8
62	28	9	37	4,5	14	-	14	6,4
63	42	12	54	6,6	8	-	8	3,7
64	12	10	22	2,7	2	-	2	0,9
65	26	36	62	7,5	3	1	4	1,8
66	6	6	12	1,5	-	1	1	0,5
67	4	9	13	1,6	-	1	1	0,5
68	4	2	6	0,7	-	-	-	0,0
69	6	2	8	1,0	1	-	1	0,5
70 - 74	8	13	21	2,5	-	-	-	0,0
75 +	1	11	12	1,5	-	-	-	0,0
Summe	359	465	824	100,0	134	85	219	100,0
Anteil Geschlecht	43,6%	56,4%	100,0%		61,2%	38,8%	100,0%	

Um die Häufigkeiten nach Geschlecht und Altersstufen bei den 26 - 65jährigen Rentenbeginnern näher interpretieren zu können, müssen vorab die verschiedenen Arten und Möglichkeiten der Verrentung vorgestellt werden. Die Tabelle 27 zeigt zunächst eine Übersicht über das gegenwärtige System der flexiblen Altersgrenze, also über die Möglichkeiten, die im Jahre 1981 nach § 1248 RVO bestanden, bei Erfüllung der genannten sozialen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, Altersruhegeld zu empfangen.

Tabelle 27: Übersicht über das gegenwärtige System der flexiblen Altersgrenze (Stand 1981/1982)

Altersgrenze	Personengruppe	versicherungsrechtliche Voraussetzungen
60	Erwerbsunfähige, Berufsunfähige, Schwerbeschädigte	35 anrechnungsfähige Versicherungsjahre, davon 15 Beitrags- u. Ersatzjahre
60	52 Wochen Arbeitslosigkeit in den letzten 1,5 Jahren	15 Beitrags- und Ersatzjahre
60	Frauen mit überwiegender Versicherungspflicht in den letzten 20 Jahren	15 Beitrags- und Ersatzjahre
63	alle Versicherten	35 anrechnungsfähige Versicherungsjahre, davon 15 Beitrags- und Ersatzjahre
65	alle Versicherten	15 Beitrags- und Ersatzjahre

Versicherte, die nach diesen vorgenannten Möglichkeiten erstmals eine Rente beziehen, bezeichnen wir als Altersrentner. Darüber hinaus bestehen (abgesehen von Witwen- und Waisenrenten) lediglich zwei weitere Möglichkeiten zum Bezug einer Rente; nämlich bei Vorliegen von Berufsunfähigkeit und

Erwerbsunfähigkeit (BU- und EU-Rente). In diesen beiden Fällen sprechen wir von vorgezogener Rente, Frührente bzw. Frühinvalidität.

a. Rente wegen Berufsunfähigkeit (RVO § 1246)

"Berufsunfähig ist ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich oder geistig gesunden Versicherten mit ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist" (RVO § 1246 Abs. 2 Satz 1).

b. Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (RVO § 1247)

"Erwerbsunfähig ist der Versicherte, der infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder von Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte auf nicht absehbare Zeit eine Erwerbstätigkeit in gewisser Regelmäßigkeit nicht mehr ausüben oder nicht mehr als nur geringfügige Einkünfte durch Erwerbstätigkeit erzielen kann" (RVO § 1247 Abs. 2 Satz 1).

Voraussetzung sowohl für den Bezug von BU- als auch von EU-Rente ist, daß eine Versicherungszeit von 5 Jahren zurückgelegt worden ist. Zur Prüfung der Fragen, ob Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vorliegt, werden sachverständige Ärzte (Vertrauensärzte, Gutachter der RV-Träger) eingeschaltet. Bei der Anerkennung von Rentenansprüchen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit spielt die Arbeitsmarktsituation eine große Rolle: ist der Arbeitsmarkt "verschlossen" und dem Arbeitnehmer ein adäquater Arbeitsplatz, ggf. in Teilzeitleistung, nicht nachzuweisen, führt dies eher zur Anerkennung von BU bzw. EU. Auf die überaus komplexe Problematik von Rentenanspruch und Rentengewährungsverfahren bei EU bzw. BU kann hier nicht näher eingegangen werden (vgl. zu dieser Diskussion u.a. DZA, 1982, S. 241 ff.; Kaltenbach 1981 a, 1981 b; Orsinger/Clausing, 1982).

Die große Bedeutung insbesondere der Erwerbsunfähigkeitsrente zeigt die Tabelle 28. Die EU-Rente ist mittlerweile (etwa

Tabelle 28: Neuzugänge von Versichertenrenten nach Rentenarten, 1980 (in %)
 Quelle: Berechnungen des DZA nach unveröffentlichtem Material des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger; vgl. DZA, 1982, S. 958.

	Männer			Frauen		
	Arb.-RV	Ang.-RV	insgesamt	Arb.-RV	Ang.-RV	insgesamt
Versichertenrenten insg. (abs.)	188.911	94.999	283.910	193.860	135.693	329.553
Versichertenrente wegen						
BU	7,3	3,5	6,0	1,5	1,3	1,4
EU	48,2	30,2	42,2	54,3	40,3	48,6
Altersruhegeld wegen Vollendung des						
60. Lebensjahres u. EU/BU/Schwerbehindert	13,8	21,2	16,2	0,2	1,5	0,7
60. Lebensjahr u. Arbeitslosigkeit	7,3	8,2	7,6	1,2	2,1	1,6
60. Lebensjahr (Frauen) u. Aufgabe der Beschäftigung	-	-	-	27,7	37,6	31,7
63. Lebensjahr	11,4	16,3	13,0	0,5	1,3	0,8
65. Lebensjahr	11,9	19,9	14,5	14,5	15,6	15,0
aufgeschobenes Altersruhegeld	0,1	0,7	0,3	0,1	0,3	0,2

seit 1975) die häufigste Form des Rentenanzugangs, sowohl in der Arbeiter- als auch in der Angestellten-Rentenversicherung, sowohl bei Männern als auch bei Frauen. Die durchschnittliche Höhe einer EU-Rente macht bei den Männern nur ca. 60 - 80 % einer durchschnittlichen Altersrente aus, bei den Frauen ist das Verhältnis noch ungünstiger (vgl. DZA, 1982, S. 962).

Ein genauer Vergleich dieser Bundeszahlen mit denen des Rentenzugangs bei den Versicherten der KK B 1981 (Tab. 26) ist nicht unmittelbar möglich, da im Rahmen dieser Untersuchung detaillierte Informationen über die Art des Rentenzugangs nicht vorliegen. Jedoch zeigen sich bezüglich der Häufigkeiten mehrere Entsprechungen; z.B.:

- bei den weiblichen Versicherten hat neben den Frühberentungen wegen EU das Erreichen gerade des 60. Lebensjahres eine überragende Bedeutung hinsichtlich des Rentenbeginns;
- sowohl Männer als auch Frauen werden nur noch zum geringen Teil mit Vollendung des 63. bzw. des 65. Lebensjahres (alters-) berentet.

Im Rahmen dieser Untersuchung betrachten wir die Versicherungsverläufe von 219 Rentenbeginnern mit vorausgehender L-AU. Wir teilen diese, da uns genauere Informationen über die Art des Rentenzugangs nicht vorliegen, für die spätere Analyse (vgl. Kap. 18.3) in vier Gruppen ein:

- a. Altersrentner: Hierunter zählen wir alle Frauen, die mit Vollendung des 60. Lebensjahres oder später berentet werden, sowie alle Männer, die mit Vollendung des 63. Lebensjahres oder später berentet werden.

b. Männer, 60 - 62 Jahre bei Rentenbeginn: Im Gegensatz zu den über 60jährigen Frauen kann man bei den 60 - 62jährigen Männern nicht entscheiden, ob sie mehrheitlich als Früh- oder als Altersrentner anzusehen sind. Sie werden daher als eigene, quasi "offene" Gruppe zusammengefaßt.

c. Frührentner, 56 - 59 Jahre bei Rentenbeginn

d. Frührentner, 26 - 55 Jahre bei Rentenbeginn

In diesen beiden Gruppen der "älteren" und der "jüngeren" Frührentner sind alle Fälle vorzeitigen Rentenbezugs aufgrund von EU bzw. BU enthalten. Sie bilden in unserer Gruppe der 219 Rentenbeginner mit L-AU zusammen die deutliche Mehrheit von 61 % (133 von 219 Personen).

18.2. Gesundheitliche und soziale Situation der in ihrer Erwerbsfähigkeit durch Krankheit bedrohten Arbeitnehmer

Die hier untersuchte Versichertengruppe ist die der Mitglieder von Allgemeinen Ortskrankenkassen, die im Verlauf definierter Zeiträume Perioden von Langzeit-Arbeitsunfähigkeit aufweisen. Es handelt sich also um Pflicht- bzw. freiwillig versicherte Personen, die in einer bestimmten Phase ihrer Erwerbstätigkeit so schwer erkranken, daß ihnen mehrwöchige (mehr als 6 Wochen) bis mehrmonatige Zeiträume von Arbeitsruhe ärztlich verordnet werden. Für einen großen Teil dieser Versicherten endet nach einiger Zeit die Phase der Rekonvaleszenz nach erfolgter Heilung oder Linderung mit der mehr oder weniger komplikationslosen Arbeitswiederaufnahme.

Für einen zweiten Teil der Versichertengruppe mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit stellt sich die Situation jedoch anders dar. Sie sind (und bleiben) gesundheitlich so schwer beeinträchtigt, daß bei ihnen der Prozeß der Arbeitswiederaufnahme nur unter erschwerten Bedingungen, d.h. durch Gewährung

von Unterstützungsmaßnahmen erfolgreich ablaufen kann. Mögliche Unterstützungsmaßnahmen sind z.B. Arbeitserleichterungen, innerbetriebliche Umsetzungen, Teilzeitarbeit, Umschulungen etc.

Bei einem letzten Teil dieser Versichertengruppe zeigt sich schließlich die Gefahr, daß sich ihre zunächst als vorübergehend angesehene Ausgliederung aus dem Arbeitsprozeß manifestiert, daß sie letztlich auf Dauer von der Arbeitstätigkeit "freigesetzt" werden. Ihre gesundheitliche Beeinträchtigung ist so gravierend, daß sie trotz Unterstützungsmaßnahmen nicht mehr arbeitsfähig sind; oder aber es kann bei vorhandener Restarbeitsfähigkeit der Arbeitsmarkt für diese Versicherten verschlossen sein, so daß ihnen kein angemessener Arbeitsplatz nachgewiesen werden kann. Gerade auch bei diesen Versicherten können zu langen AU-Phasen Perioden der Arbeitslosigkeit hinzukommen.

Nicht mehr nur vorübergehende, sondern andauernde Ausgliederung aus der Arbeitstätigkeit mündet schließlich in Berentung. Handelt es sich um ältere Versicherte, stellt sich die Frage, ob die Voraussetzungen zum Bezug von Altersruhegeld erfüllt sind. Ist dies nicht der Fall, also insbesondere bei Versicherten, die noch nicht im siebten Lebensjahrzehnt (ab 60 Jahre) stehen, kommt der Bezug einer Erwerbsunfähigkeits- bzw. Berufsunfähigkeitsrente in Betracht (die sowohl auf Dauer als auch zeitlich befristet gewährt werden kann). Es sind diese gesundheitlich schwer beeinträchtigten Versicherten, bei denen lang andauernde Arbeitsunfähigkeitsperioden schließlich in umfassendere Zustände von Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit "umkippen" (oder auch einmünden in Altersberentung), deren soziale und gesundheitliche Situation im folgenden näher betrachtet wird.

Mit der Lage der EU- und BU-Rentner bzw. der von EU und BU bedrohten Arbeitnehmer hat sich Scharf in einem Artikel un-

ter dem Stichwort "Frühinvalidität" beschäftigt (Scharf, 1980). Er nennt die Frühinvalidität eine "Lebenslage mit Zwangscharakter" (S. 558 ff.); dies trifft auch auf den Zustand drohender Frühinvalidisierung, also die vorausgehenden "Karriere-"Schritte, zu. Dabei ist für Scharf nicht die gesundheitliche Beeinträchtigung an sich das die materielle und psychosoziale Lebenssituation des Betroffenen primär beeinflussende Ereignis. Befriedigende Arbeitstätigkeit kann durchaus auch unter Bedingungen eingeschränkter Gesundheit möglich sein. Existentielle Risiken entstehen für die Betroffenen erst durch die Prozesse beruflich-sozialer Ausgliederung, die vielfach mit der schwerwiegenden bzw. andauernden Gesundheitsbeeinträchtigung einhergehen, durch spezifische gesellschaftliche Reaktionen also. "Gewöhnlich gehen der Frühinvalidität berufliche Rückstufung, Lohneinbußen und Arbeitslosigkeit voraus" (S. 552); insbesondere in Zeiten ökonomischer Krisen nehmen arbeitsplatzbezogene Auslese und Wettbewerb zu. Es kommt zu materiellen Einschränkungen bis hin zur weitgehenden Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Betroffenen und ihrer Familien.

Aufs engste damit verbunden sind Prozesse der psychosozialen Verunsicherung. Da nach wie vor der Arbeitsbereich bzw. Beruf "ein wesentlicher Bestimmungsfaktor der sozialen Position des einzelnen in der Gesellschaft ist, Arbeit Kommunikations- und Interaktionschancen vermittelt (...), bedeutet Frühinvalidität soziale Deklassierung, Isolation und mangelnde Integration" (S. 552).

Scharf liefert sodann Ergebnisse zur Situation definierter Teilgruppen von Frühinvaliden, so z.B. nach Berufsgruppen oder bestimmten (die EU-/BU-Berentung auslösenden) Erkrankungsbereichen. Hinsichtlich der dominierenden Krankheitsbilder decken sich seine Aussagen weitgehend mit unseren eigenen Resultaten (vgl. Kap. 18.4).

Anhand von Zeitreihen werden Entwicklungen nachgewiesen, so z.B., "daß die Anteile des BU/EU-Rentenbestandes am gesamten Rentenbestand sowohl in der Arbeiter- wie in der Angestelltenrentenversicherung (...) steigende Tendenz zeigen" (S. 553). (Zu den Quoten bei den Rentenzugängen s.o., Tab. 28.) Bemerkenswert ist weiterhin "das sinkende durchschnittliche Zugangsalter der Frührentner, d.h. immer jüngere Altersgruppen der Arbeitnehmer werden von Frühinvalidität betroffen" (S. 554). Frühinvaliden haben schließlich trotz ihrer vorzeitigen Aussonderung aus dem Arbeitsprozeß eine deutlich geringere Lebenserwartung. Berechnungen aus den 70er Jahren zeigen, daß "ein EU/BU-Rentner (...) durchschnittlich 4 Jahre früher als ein Altersruhegeldempfänger (Männer: 3,9; Frauen: 4,6)" (S. 556) stirbt.

Schließlich beschäftigt sich Scharf mit den Ursachen der steigenden Frühinvaliditätsraten. Insgesamt gesehen ist von "multifaktoriellen Verursachungszusammenhängen" (S. 558) auszugehen; in die auch "außerbetriebliche Lebensverhältnisse" (S. 561) eingehen. Hier werden z.B. eingeschränkte Reproduktions-, Regenerations- und Ausgleichsmöglichkeiten genannt, welche jedoch auch von der konkreten Arbeitstätigkeit und dem Einkommen beeinflusst sind. Faktoren wie angeborene oder in der frühen Kindheit erworbene Behinderungen, bestimmte Persönlichkeitsstrukturen, individuelles Bewußtsein, Risikoverhalten (Überernährung, Rauchen, Alkoholmißbrauch usw.) als "Ausdruck von Verhaltenserwartungen und -zwängen der sozialen Umwelt" (S. 561) spielen eine wichtige Rolle.

Da für die meisten Menschen "in vielfacher Hinsicht - wie für die Persönlichkeitsentwicklung oder die wirtschaftliche Existenzsicherung - die Arbeitswelt der bedeutsamste soziale Lebensbereich und die Arbeit die wichtigste soziale Aktivität" ist, wird folgerichtig jedoch die Arbeitswelt als "zentraler Verursachungsbereich" (S. 559) hinsichtlich der Frühinvalidität angesehen. Scharf schildert eine Vielzahl ge-

sundheitsschädigender Arbeitsplatzbedingungen, die man nach ihren Wirkungen in eher körperlich und eher nervlich/psychisch belastende einteilen könnte. Der "hohe Rang psychischer Erkrankungen (deutet) auf einen Wandel der Belastungsstrukturen" (S. 556) hin.

Mehrfachbelastungen sind häufig; eine Befragung im Auftrag des BMA zeigte, daß ca. 14,7 Millionen Erwerbstätige an ihrem Arbeitsplatz zwei und mehr, 5,7 Millionen Erwerbstätige sogar fünf und mehr Belastungen ertragen müssen: "Der arbeitsplatzzerstörende und arbeitsintensivierende technische Wandel, neue Technologien mit neuen gesundheitlichen Gefahren und auf größtmögliche Ausschöpfung menschlicher Arbeitskraft ausgerichtete organisatorische Rationalisierungsmaßnahmen haben diese Belastungssituation verschärft, das gesundheitliche Risiko der Arbeitnehmer erhöht und den vorzeitigen Gesundheitsverschleiß beschleunigt" (S. 560). Im Ergebnis müssen immer mehr Menschen einen Antrag auf Erwerbsunfähigkeit- bzw. Berufsunfähigkeitsrente stellen, und das - wie Scharf es ausdrückt - "oft langwierige und entwürdigende EU/BU-Verfahren über sich ergehen lassen" (S. 553).

Auf Aspekte der Verursachungssituation kann im Rahmen dieser Studie nicht näher eingegangen werden. Vielmehr werden in den folgenden Kapiteln die Ergebnisse der empirischen Analyse von Daten einer Population von Rentenbeginnern mit vorausgehender Langzeit-Arbeitsunfähigkeit mitgeteilt, von denen der größte Teil (mind. 61 %) Frühinvaliden sind. Es werden Aussagen gemacht zum Erkrankungsspektrum, welches die L-AU-Phasen bedingt und somit bei den Frührentnern als vermittelnder Auslöser der EU-/BU-Berentung angesehen werden muß. Die soziale Situation dieser Personen wird insbesondere im Hinblick auf Arbeits- und Versicherungsverlauf sowie die Einkommenssituation (Träger der Einkommen) beleuchtet. Schließlich werden ausgewählte Fallbeispiele vorgestellt. Welche alternativen Bewältigungsstrategien bei drohender

oder eingetretener Frühinvalidisierung denkbar sind, wird insbesondere unter dem Gesichtspunkt von Handlungsmöglichkeiten der Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung diskutiert.

18.3 Übersicht: Soziale Situation

Unter den 219 Rentenbeginnern mit vorausgehender L-AU sind nur 10 als Freiwillig Versicherte gegenüber 209 Pflichtversicherten ausgewiesen. Das ist ein Verhältnis von 1:21, während dies für alle Versicherten (ohne Rentner, ohne Arbeitslose) bei ca. 1:10 liegt (3.317 Freiwillig -, 32.368 Pflichtversicherte der KK B, Stand 1.10.81). Nur 3 der 219 Personen sind Ausländer (29, 43 und 50 Jahre alt); diese haben also die mindestens fünfjährige Versicherungszeit, die zum Bezug einer EU-/BU-Rente Voraussetzung ist, erfüllt. Während von den 42 Altersrentnern genau 50 % verheiratet sind, sind dies bei den restlichen 177 Personen 79 %.

Nach der Stellung im Beruf sind in der Versichertengruppe vertreten: 16 Angestellte, 62 Facharbeiter, 116 Arbeiter, die nicht als Facharbeiter tätig sind, 11 Teilzeitbeschäftigte, 2 Heimarbeiter (sowie 12 Personen ohne nähere Angabe). Auffällig ist, daß allein 31 der Facharbeiter (50 %) von den über 60jährigen Männern gestellt werden, obwohl diese nur ein Viertel (58 Personen = 27 %) der Gesamtgruppe ausmachen.

Die am häufigsten genannten Berufe sind Elektrogeräte-/Elektroteile-Montierer(in): 17 (meist Frauen); Maurer: 16 (Baugewerbe insgesamt: 39); Lager-/Transportarbeiter: 11 (mit einer Ausnahme nur ältere Männer ab 53 Jahren); KFZ-Fahrer: 8; Reinigungskräfte: 8 (nur Frauen); Bauhilfsarbeiter: 8; Süßwarenherstellerin: 7 (nur Frauen). Vier- bis sechsmal werden genannt: Tischler, Näherin, Schlosser, Straßen-/Tief-

bauer, Hilfsarbeiter, Verkäufer(in), Kellner(in), Metallarbeiter(in), Elektroinstallateur, Versandarbeiter(in), Köchin, Hauswirtschaftliche Betreuerin, Bürofachkraft.

Für 194 Personen sind Meldungen über die Höhe des Bruttotagesentgeltes angegeben. Für die letzten vor der Berentung angegebenen längeren Zeiträume (i.d.R. für Jahr 1979 und/oder Jahr 1980) findet sich folgende Verteilung von Bruttotagesentgeltbeträgen:

Tabelle 29: Höhe des Bruttotagesentgeltes bei 194 Rentenbeginnern im Zeitraum vor ihrer Berentung; KK B 1978 - 1981

Höhe des Bruttotagesentgelts (in DM)	Anzahl der Personen
11 - 20	7
21 - 30	8
31 - 40	10
41 - 50	14
51 - 60	24
61 - 70	47
71 - 80	39
81 - 90	23
91 -100	16
101 -110	6
Summe	194

Es finden sich die bekannten geschlechtsspezifischen Unterschiede; die Bezüge der Frauen sind deutlich geringer. Nach der Entgelthöhe richten sich die Zahlungen von Krankengeld, Übergangsgeld und Arbeitslosenunterstützung.

Die Tabelle 30 zeigt zunächst, in welchem Ausmaß die 219 Versicherten mit Rentenbeginn und L-AU (217,9 erfaßte Versicherungsjahre) in dem dem Berentungstag vorausgehenden Jahr überhaupt noch arbeitsfähig waren. "Erfaßte Versicherungszeit in Jahren" meint die Summe der Zeiten, die für die n Versicherten im letzten Jahr bzw. in den letzten drei Jahren vor der Berentung datenmäßig erfaßt sind. Diese Zahlen sind nicht immer = n bzw. = 3n, da für einige Versicherte nur unvollständige Versicherungszeiträume vorliegen; also z.B.

nur einige Monate eines Jahres, wenn der betreffende Arbeitnehmer die restliche Zeit des Jahres bei einer anderen Krankenkasse versichert war.

Tabelle 30: Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit während des letzten Jahres vor Rentenbeginn, sowie Angabe der Quelle des Einkommens (absolut in Versicherungsjahren und relativ in %). n = 219 Personen mit 217,9 erfaßten Versicherungsjahren. KK B, 1980 - 1981

	Versicherungszeit	
	absolut in Jahren	in %
gesamte Versicherungszeit	217,9	100,0
Zeit der Arbeitsfähigkeit	78,2	35,9
davon:		
aktive Erwerbstätigkeit	59,9	27,5
Arbeitslosigkeit	18,3	8,4
Zeit der Arbeitsunfähigkeit	139,7	64,1
davon:		
Lohnfortzahlung	14,4	6,6
Krankengeld (KV)	118,1	54,2
Übergangsgeld (RV, UV)	5,7	2,6
Leistungsfortzahlung der Bundesanstalt für Arbeit (BA)	1,5	0,7

Insgesamt gesehen stehen jedem Tag Arbeitsfähigkeit (35,9 %) nahezu zwei Tage Arbeitsunfähigkeit (64,1 %) gegenüber. Nur noch zu einem Viertel der Zeit dieses letzten Berufsjahres vor Berentung (27,5 %) sind die Mitglieder dieser Versicherungsgruppe aktiv berufstätig; wohingegen für mehr als die Hälfte der Zeit (54,2 %) von der Krankenkasse Krankengeld gezahlt wird.

Die Tabelle 31 gibt dann eine nähere Aufschlüsselung über die Zeiten von AU während

- der letzten 365 Tage (letztes Jahr) vor Rentenbeginn sowie
 - der letzten 3 Jahre vor Rentenbeginn
- für die vier oben benannten Teilgruppen der 219 Rentenbeginner.

Tabelle 31: Einkommenssicherung während Arbeitsunfähigkeit in den dem Rentenbeginn vorausgehenden Zeiträumen (1 Jahr; 3 Jahre). 219 Rentenbeginner mit vorausgehender L-AU. (AU-/ÜG-Zeiten in % der erfaßten Versicherungszeit. KK B 1981 (1978 - 1981))

Versicherte/ Rentenbeginner	LETZTES JAHR vor Rentenbeginn					
	erfaßte Versiche- rungszeit in Jahren u. Monaten	AU insge- samt	davon			ÜG
LFZ			KG	BA		
alle n = 219	217,11	61,5	6,6	54,2	0,7	2,6
Altersrentner n = 42	42,0	52,0	7,9	43,8	0,3	0,4
Männer, 60-62J. n = 44	44,0	58,7	7,4	51,0	0,3	2,3
Frührentner, 56-59 J. n = 68	67,8	64,1	6,5	56,3	1,2	2,6
Frührentner, 26-55 J. n = 65	64,3	66,9	5,4	61,0	0,6	4,3
Versicherte/ Rentenbeginner	LETZTE DREI JAHRE vor Rentenbeginn					
	erfaßte Versiche- rungszeit in Jahren u. Monaten	AU insge- samt	davon			ÜG
LFZ			KG	BA		
alle n = 219	639,3	32,6	7,0	25,4	0,2	1,3
Altersrentner n = 42	126,0	24,4	6,5	17,8	0,1	0,1
Männer, 60-62J. n = 44	127,6	29,1	6,3	22,7	0,1	1,1
Frührentner, 56-59 J. n = 68	198,6	32,9	7,1	25,4	0,4	1,2
Frührentner, 26-55 J. n = 65	189,1	40,0	7,7	32,1	0,2	2,2

(Erläuterungen im Text)

Es wird angegeben, wer in diesen AU-Phasen für die Einkommenssicherung des Versicherten aufkommt:

- LFZ: Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber (bis zur Dauer von 6 Wochen wegen derselben Erkrankung),
- KG: Krankengeld der Krankenkasse (nach Ende des Lohnfortzahlungsanspruchs),
- BA: Leistungsfortzahlung durch die Bundesanstalt für Arbeit, wenn AU-Meldung während des Bezugs von Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe, bis zur Dauer von 6 Wochen (also ähnlich der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber). Diese Regelung besteht erst seit dem 1.1.1981; vorher zahlte die Krankenkasse ab dem ersten Tage AU während Arbeitslosigkeit Krankengeld (§ 105 b AFG).

Weiterhin sind mit "ÜG" Zeiten der Zahlung von Übergangsgeld während stationärer Heilmaßnahmen anderer Sozialversicherungsträger erfaßt. Vielfach zahlt zunächst die Kasse dem Versicherten dieses Übergangsgeld aus, sie bekommt es jedoch später von der Rentenversicherung (IWA, BfA) bzw. der Unfallversicherung rückerstattet. Diese Zeiten sind gesondert erfaßt, da sie von der Kasse nicht als AU-Zeiten aufgerechnet wurden.

Für die von uns betrachtete Versichertengruppe der 219 Rentenbeginner mit vorausgehender L-AU gilt also:

- Im letzten Jahr vor der Berentung sind diese Versicherten im Durchschnitt zu nahezu zwei Dritteln der Zeit (61,5 % des Jahres = 224 Tage = 7 1/2 Monate) arbeitsunfähig. Bezogen auf die letzten drei Jahre vor der Berentung macht die AU ein Drittel der Zeit aus, also rund ein Jahr. Im zweiten und dritten Jahr vor der Berentung

liegen demnach im Durchschnitt "nur" 4 1/2 Monate AU: die AU-Phasen massieren sich eindeutig im Zeitraum unmittelbar vor der Berentung.

- Zu ganz überwiegenden Anteilen muß dabei für diese Versichertengruppe die Krankenkasse die Einkommenssicherung übernehmen. Im letzten Jahr vor der Berentung zahlt sie durchschnittlich bei jedem einzelnen Versicherten an 198 Tagen (= 54,2 % des Jahres) Krankengeld; im Zeitraum der letzten drei Jahre zahlt sie für ein Viertel der Zeit.
- Die Anteile, die AU mit KG an den betrachteten Zeiträumen ausmachen, steigen dabei kontinuierlich: sie sind bei den Altersrentnern am geringsten, bei den jüngeren Frührentnern am höchsten. So sind z.B. die jüngeren Frührentner an zwei von fünf Tagen während der letzten drei Jahre vor Rentenbeginn arbeitsunfähig.
- Anders verhält es sich bei der Lohnfortzahlung durch die Arbeitgeber. Deren Anteil steigt gleichsinnig wie oben nur beim Dreijahreszeitraum. Hingegen hat sie im letzten Jahr vor der Berentung ihre geringste Bedeutung bei den jüngeren Frührentnern.
- Bezogen auf alle 219 Versicherten liegt das Verhältnis Leistungen der Krankenkasse (KG) zu Leistungen der Arbeitgeber (LFZ) hinsichtlich der Einkommenssicherung für den Dreijahreszeitraum bei 4:1, für das letzte Jahr vor der Rente bei 8:1.
- Zahlungen der BA während AU-Zeiten gibt es erst seit dem 1.1.1981; sie haben für die hier betrachtete Gruppe noch keine allzu große Relevanz. Interessant ist jedoch, daß diese Leistungsart am häufigsten bei der Gruppe der 56 - 59jährigen Frührentner in Erscheinung tritt (vgl.:

besondere Berentungsart bei Arbeitslosigkeit und Erreichen des 60. Lebensjahres - Tab. 27 -: sog. "59er-Regelungen").

- Einkommensleistungen von Rentenversicherung und Unfallversicherung (Übergangsgeld: ÜG) während stationärer Heilmaßnahmen liegen im Durchschnitt bei 2,6 % bzw. 1,3 % der betrachteten Zeiträume vor. Ihren größten Umfang erreichen sie bei den jüngeren Versicherten; im letzten Jahr vor der Berentung haben sie hier hinsichtlich der Einkommenssicherung fast die Bedeutung der Lohnfortzahlung (4,3 % zu 5,4 %).

An sich gibt erst die Summe von AU- und ÜG-Zeiten die tatsächliche vollständige Dauer der Arbeitsunfähigkeitsperioden an, da natürlich auch während der stationären Heilmaßnahmen/Kuren der Patient als arbeitsunfähig anzusehen ist.

Im folgenden seien noch einige weitere Ergebnisse der statistischen Analyse der 219 Rentenbeginner mit vorausgehender L-AU mitgeteilt.

Leistungen der Arbeitslosenversicherung haben natürlich insgesamt eine größere Bedeutung, als durch die bisher genannte Leistungsfortzahlung während AU bei gleichzeitiger Arbeitslosigkeit ausgedrückt wird. Insgesamt haben 64 der 219 Personen (29 %) Perioden von Arbeitslosigkeit innerhalb des erfaßten Zeitraums vom 1.1.78 bis zum 31.12.81. Für diese liegt die durchschnittliche Dauer bei ca. 29 Wochen bei einer Spanne von 1 - 86 Wochen. Für diese Zeiträume besteht das Einkommen der betroffenen Versicherten aus Arbeitslosengeld und Arbeitslosenhilfe. Innerhalb des letzten Jahres vor der Berentung haben allein 39 Personen eine Arbeitslosigkeitsperiode von mehr als 60 Tagen Dauer.

Insgesamt 88 der 219 Versicherten (40 %) sind im letzten Jahr vor der Berentung vollständig bzw. fast vollständig durch AU, Arbeitslosigkeit oder sonstwie von ihrer aktiven Berufsausübung ausgeschlossen, d.h. sie müssen ihr Einkommen ausschließlich bzw. fast ausschließlich aus anderen Einkünften denn solchen aus aktiver Berufstätigkeit bestreiten (KG, LFZ, ÜG, Leistungen der Bundesanstalt für Arbeit; schließlich Unterhaltsgeld/Sozialhilfe). Diese 88 Personen setzen sich wie folgt zusammen:

- 31 Versicherte sind das gesamte letzte Jahr vor Rentenbeginn durchgängig arbeitsunfähig geschrieben.
- Weitere 23 Versicherte sind das gesamte letzte Jahr arbeitsunfähig, darin sind aber jeweils (i.d.R.) 4- bis 6wöchige stationäre Heilmaßnahmen/Kuren der Rentenversicherung bzw. UV enthalten.
- Bei 25 weiteren Personen wird das gesamte letzte Jahr vor der Berentung neben AU und Kurzeiten noch ausgefüllt durch Arbeitslosigkeit oder Empfangszeit von Unterhaltsgeld/Sozialhilfe bzw. besteht aus einkommensloser Rentenantragstellungszeit.
- Schließlich finden sich noch mindestens 10 Personen, auf die die vorgenannten Bedingungen für wenigstens 335 Tage des letzten Jahres zutreffen; d.h., die maximal noch einen Monat im letzten Jahr vor der Berentung aktiv ihren Beruf ausüben.

Die hier betrachtete Versichertengruppe macht etwas weniger als 10 % aller Personen aus, die aus dem Mitgliederbestand der KK B innerhalb der Jahre 1980/1981 binnen eines Zwölfmonatszeitraums überhaupt eine Langzeit-AU haben (vgl. Tab. 4). Auf diese 219 Versicherten entfallen dabei in ihrem letzten Jahr vor der Berentung ca. 43.000 Tage von Kranken-

geldempfang (vgl. Tab. 31: 54,2 % von 217 Jahren und 11 Monaten Gesamt-Versicherungszeit).

Aus Kapitel 4 und Tab. 2 ergibt sich als Schätzung, daß die KK B in den Jahren 1980/1981 binnen eines Zwölfmonatszeitraums für insgesamt ca. 300.000 Tage Krankengeld an Versicherte mit L-AU zahlte. (Der Wert ergibt sich aus: ca. 45 % von ca. 650.000 Tagen. Er stimmt mit dem aus den BdO-Statistiken Errechenbaren überein.) Dem entspräche für ca. 10 % der Personen mit L-AU ein Erwartungswert von 30.000 Tagen Krankengeld-Zahlung. Dieser wird bei den 219 Rentenbeginnern mit L-AU vom tatsächlichen Wert (43.000 Tage KG) um nahezu 50 % übertroffen. Dies bedeutet, daß die Krankenkasse für diejenigen Versicherten, die in Rente gehen, im dem Berentungstag vorausgehenden Jahr einen unverhältnismäßig hohen Anteil ihrer überhaupt zu erbringenden Einkommensleistungen aufwenden muß.

Abschließend sei noch kurz auf das Problem der zeitlichen Befristung von EU-/BU-Renten eingegangen. In unseren Unterlagen finden sich 13 Fälle, in denen ein befristeter Rentenbezug, d.h. ein Rentenende-Datum angegeben ist. Es handelt sich fast ausnahmslos um jüngere Versicherte unter 55 Jahren. Entweder findet sich nur eine befristete Rente ("Zeitrente") oder eine solche geht - unmittelbar oder aber in einigem zeitlichen Abstand - einer späteren unbefristeten Rente voraus. Die 13 Fälle bedeuten, daß bei ca. 10 % der EU-/BU-Rentner eine Zeitrente vorkommt. Mit einer Ausnahme (3 3/4 Jahre) dauern alle vorkommenden Zeitrenten zwischen zwei und neun Monaten, wobei berücksichtigt werden muß, daß eventuelle Befristungen aus datentechnischen Gründen nur bis zum 31.12.81 erfaßt werden konnten; befristete Renten, die etwa in 1982 oder 1983 enden, können nicht identifiziert werden.

18.4. Übersicht: Gesundheitliche Situation

In diesem Kapitel sollen die Erkrankungsbereiche dargestellt werden, die bei den 219 Rentenbeginnern als Anlaß der bei ihnen vorkommenden L-AU-Perioden genannt werden. Es soll - wo möglich - das dominierende Krankheitsgeschehen benannt und sodann der Versicherte einer der Gruppen, wie sie im II. Abschnitt dieser Arbeit erläutert sind, zugeordnet werden (also nach L-AU-Anlässen: A. - Unfälle, B. - Weitere Akuterkrankungen, C. - Spezifische chronische Erkrankungen (C.1-C.5), D. - Sucht, E. - Multimorbiditätsproblematik).

Es stellt sich die Frage, inwiefern erkennbar und nachvollziehbar ist, ob die L-AU-Periode(n) bzw. die für sie genannten Anlässe (Erkrankungsbereiche) auch in einem ursächlichen Zusammenhang zur Gewährung der binnen 365 Tagen folgenden Rente steht. Es ist zu erwarten, daß dies für den überwiegenden Teil der 219 Versicherten so sein wird, und zwar insbesondere für die Mehrheit der mindestens 133 Frührentner: der Bezug einer EU- bzw. BU-Rente kann gerade nur dann erlangt werden, wenn die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen durch Erkrankung (Krankheit, Gebrechen, Schwächen der körperlichen bzw. geistigen Kräfte; vgl. §§ 1346, 1347 RVO) gravierend beeinträchtigt ist. Dies wiederum muß sich aber, da nur Arbeitstätige (bzw. Arbeitslose) betroffen sein können, in den dem Rentenbeginn mehr oder weniger unmittelbar vorausgehenden Phasen von Arbeitsunfähigkeit ausdrücken. Daß dem bei der hier betrachteten Versichertengruppe in der Tat in großem Ausmaß so ist, wurde bereits durch die Zahlen des vorausgehenden Kapitels belegt.

Unter diesen Umständen wird man also erwarten, daß die als Anlässe der (L-)AU-Perioden genannten Erkrankungen schließlich auch ursächlich für die Gewährung der EU- bzw. BU-Rente sind. Daß in der Regel der Zusammenhang schwerwiegende Erkrankung - L-AU - EU-/BU-Rente tatsächlich sozusagen "auf

der Hand liegt", zeigen auch die folgenden Fallbeispiele (Kap. 18.5 - 18.7).

Nicht ganz so eindeutig verhält es sich bei den Altersrentnern. Diese gehen ja auch "ohne Erkrankung" und Langzeit-Arbeitsunfähigkeit in Rente. Dies wird natürlich auch in der Mehrzahl der Altersberentungen der Fall sein. So sind (vgl. Tab. 26) von den Altersrentenbeginnern nur ca. 13 % in unserer Gruppe der 219 Rentenbeginner mit L-AU enthalten, während dies bei den Männern, 60 - 62 Jahre, 45 % und bei den Frührentnern (25 - 59 Jahre) 49 % sind. (Und zwar bei den Frührentnern 68 % bei den Männern und 35 % bei den Frauen.) Hier erhebt sich die Frage, wieso für die Hälfte aller EU-/BU-Rentenbeginner nicht eine L-AU im vorausgehenden Jahr endet und sie somit auch nicht unter den 219 Personen unserer Untersuchungsgruppe erscheinen. Die Antwort ergibt sich aus folgendem Umstand: nach einem Urteil des Großen Senats des Bundessozialgerichts vom 10.12.1976 hat ein EU-Renten Antragsteller, "der nicht vollschichtig erwerbsfähig ist, nach einer Arbeitslosigkeitsdauer von einem Jahr Anspruch auf EU-Rente (...), wenn ihm in dieser Zeit kein entsprechender Teilzeitarbeitsplatz nachgewiesen werden kann" (DZA, 1982, S. 243). Es wird also ein Teil der EU-Rentner erst über diesen Weg der mindestens einjährigen Arbeitslosigkeit zur EU-Rente gelangen. Diese Versicherten werden sich dann gerade im dem Rentenbeginn vorausgehenden Jahr trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung möglichst nicht mehr arbeitsunfähig melden, um auf einen (potentiellen/hypothetischen) Teilzeitarbeitsplatz vermittelbar zu sein.

Hier gemeint ist also dieser Anteil von 13 % der Altersrentner, für die im vorausgehenden Jahr eine L-AU endet. Diese wiederum ist Ausdruck einer faktischen gesundheitlichen Beeinträchtigung. Folgende Reaktionsweisen der Altersrentner scheinen unter anderem denkbar:

- Der Versicherte ist gravierend gesundheitlich beeinträchtigt, stellt aber - weil er in einem Alter kurz vor der notwendigen Altersruhegeldgrenze ist - keinen EU-/BU-Antrag mehr; er "schleppt" sich gewissermaßen bis zur Altersrente.
- Die durch die L-AU angezeigte Erkrankung beeinträchtigt den Versicherten immerhin so, daß er nun bald(möglichst) Altersrente bezieht (etwa mit 60, 63.. Jahren) und diese nicht noch weiter aufschiebt auf einen späteren Altersrentenbeginn (65 und mehr Jahre), was er eventuell bei besserem Gesundheitszustand erwogen hätte.
- Die Langzeit-AU (z.B. wegen einer akuten Bronchitis, einer Zehenoperation, vorübergehenden Schmerzzuständen...) steht nicht bzw. kaum in einem ursächlichen Zusammenhang zum etwa ein halbes oder ein dreiviertel Jahr später folgenden Altersrentenbeginn.

Versucht man einzuschätzen, für welche der 219 Versicherten Zweifel daran angebracht sind, daß die Verrentung mit einer Erkrankung und L-AU ursächlich zusammenhängt (etwa bei verschiedenen "harmloseren" Anlässen oder wenn eine einzige sechs- oder siebenwöchige AU doch weit vor dem Rentenbeginn - z.B. 10, 11, 12 Monate voraus - endet ...), so scheint dies für maximal 31 der 219 Personen möglich: bei 12 der 42 Altersrentner (29 %), 10 der 44 Männer zwischen 60 und 62 Jahren bei Rentenbeginn (23 %), aber bei nur 9 der 133 Frührentner (7 %) kann aufgrund der vorliegenden Versicherungsverläufe nicht unmittelbar nachvollzogen werden, wie die Berentung sich zwangsläufig aus der gesundheitlichen Beeinträchtigung und L-AU ergibt.

Betrachtet man die restlichen 188 Versicherten mit eindeutigen Zusammenhang Krankheit - Berentung für sich, so ergibt sich, daß diese im letzten Jahr vor der Berentung zu 69,4 % der Zeit (vs. 61,5 % bei allen 219 Pers., vgl. Tab. 30) und

in den letzten drei Jahren vor der Berentung zu 36,4 % (vs. 32,6 %) der Zeit arbeitsunfähig waren.

Die folgenden Analysen beziehen sich jedoch wieder auf die Gesamtheit der 219 Rentenbeginner mit vorausgehender L-AU. Die Tab. 32 zeigt die Übersicht nach Erkrankungsbereichen, die als (dominierende) Anlässe der (L-)AU-Perioden genannt werden.

Tabelle 32: Rentenbeginner (1981) mit vorausgehender L-AU; nach Erkrankungsbereichen (Einteilung/Untergruppen gemäß Abschnitt II.), nach Rentenzugangs-(Alters-)gruppen und Geschlecht (n = 219), KK B 1981

	Rentenbg. insges. n = 219		Altersrentner n = 42		Männer, 60-62 J. n = 44		Frührentner, 56-59 J. n = 68		Frührentner, 26-55 J. n = 65	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
Erkrankungsbe- reich/ Unter- gruppe										
A.-Unfall	11	8	1	7	7		1	-	2	1
B.-sonst. Akuterkr.	8	5	2	-	1		1	1	4	4
C.-chron. Kr. (ge- samt)	79	50	9	14	23		28	21	19	15
C.1-Ske- lett	29	21	6	6	8		9	13	6	2
C.2-H./K.	31	7	1	2	9		13	3	8	2
C.3-M./D.	6	3	2	-	1		-	2	3	1
C.4-psych.	4	9	-	3	3		-	2	1	4
C.5-sonst.	9	10	-	3	2		6	1	1	6
D.-Sucht	3	1	-	-	1		-	-	2	1
E.-Multi- morb.	33	21	2	7	12		11	5	8	9
zusammen	134	85	14	28	44	-	41	27	35	30

Es dominieren also bei den Erkrankungen, welche als entscheidende Anlässe der (L-)AU-Perioden genannt werden und somit in den meisten Fällen auch (mit-) entscheidend für die Beantragung und Gewährung einer Rente sind, die drei Bereiche

- Erkrankungsfälle mit Multimorbiditätscharakter (E.);
- Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (C.1);
- Herz-/Kreislauf-Erkrankungen (C.2).

Auf diese drei Bereiche entfallen die L-AU-Anlässe allein in zwei Drittel (142 von 219 = 65 %) der Fälle. Wenn man darüber hinaus weiß, daß die beiden letztgenannten Erkrankungsbereiche auch bei den Fällen von Multimorbidität dominieren (s. Tab. 33), so wird die überragende Bedeutung der Skelett-/Muskel-/Bindegewebs- sowie der Herz-/Kreislauf-Erkrankungen für das Verrentungsgeschehen klar. Hinsichtlich der Herz-/Kreislauf-Störungen gilt dies allerdings so deutlich nur für die männlichen Versicherten. Bei den Frauen sind Unfälle (aber nur bei Altersrentnerinnen) und vor allem psychische Störungen im Vorfeld von Berentungen stark vertreten (außerdem die "Sammelgruppen" B. und C.5).

Diese Ergebnisse stimmen mit den von Scharf mitgeteilten Zahlen aus den Statistiken der deutschen Rentenversicherer überein (Scharf, 1980, S. 556 f.; VdR-Statistik). Scharf stellt ebenfalls Erkrankungen der Bewegungsorgane (Skelett/Muskeln/Bindegewebe) sowie von Herz- und Kreislauf besonders heraus. Weiter nennt er als relativ bedeutsam hinsichtlich der Verursachung von EU-/BU-Rentenbezug: Krebserkrankungen (bei uns in der Gruppe B. enthalten; s.o.), psychische Störungen (hierbei besonders niedriges Rentenzugangsalter), Erkrankungen des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane (bei Männern) sowie der Harn- und Geschlechtsorgane (bei Frauen).

Im folgenden einige Anmerkungen zur Häufigkeitsverteilung, wie sie sich für die einzelnen Erkrankungsbereiche im Rahmen dieser Untersuchung ergeben:

Unfälle (A.) als dominierende bzw. alleinige Anlässe der den Berentungen vorausgehenden L-AU-Perioden finden sich fast ausschließlich bei über 60jährigen Versicherten. Hinsichtlich der Verursachung von Früh- (EU-/BU-) Berentungen spielen sie anscheinend kaum eine große quantitative Rolle. Es liegen hier u.a. vor: traumatische Abtrennungen von Extremitäten, Hirnblutungen/innere Verletzungen nach Unfall.

Unter den 13 Fällen, die der Gruppe B. zugerechnet wurden, sind 9 Versicherte, bei denen L-AU und Früh-Berentung durch Neubildungen ausgelöst werden. Es kann vermutet werden, daß darüber hinaus noch eine gewisse "Dunkelziffer" von Krebserkrankungen vorliegt, da nicht in jedem relevanten Fall entsprechend eindeutige Diagnosen auf den AU-Scheinen vermerkt werden.

Skelett-/Muskel-/Bindegewebs-Erkrankungen (C.1) kommen in überraschend hohen Anteilen auch bei weiblichen Versicherten, insbesondere den 56 - 59jährigen Frührentnerinnen, vor. Bei diesen, wie auch bei den Männern, dürften sie Ausdruck besonderer körperlicher Belastungen in der Arbeitstätigkeit sein, denen die Betroffenen ggf. lange Jahre ausgesetzt waren ("körperlicher Verschleiß"), wie z.B. Arbeit in ergonomisch ungünstigen Körperhaltungen, Hubarbeit, Tätigkeiten in nassen und kalten Umgebungen.

Bei den 50 Personen dieser Erkrankungsgruppe werden folgende Diagnosen am häufigsten genannt (in Klammern: ICD-Nr. nach 8. Revision):

- Arthrosis deformans u.e.Z. (713) : 27
- Schmerzhaftes Wirbelkörpersyndrom (728) : 24

- Rheumatismus (717,718)	: 16
- N. n. bez. Arthritis (715)	: 8
- Osteochondrose (722)	: 7

Z.T. finden sich diese und andere Diagnosen nebeneinander; es werden im Durchschnitt pro entsprechender L-AU mehr als zwei Diagnosen genannt (107 Nennungen bei 50 Personen; 18 verschiedene Diagnosen kommen vor).

Bei keinem anderen Erkrankungsbereich ist das Geschlechterverhältnis so einseitig wie bei den Herz-/Kreislauf-Erkrankungen (C.2): 31 Männern stehen nur 7 Frauen gegenüber. Liegen dominierende Herz-/Kreislauf-Krankheiten vor, führen sie auch relativ früh zur Berentung: nur drei Personen erscheinen hier als Altersrentner; 10 Männern über 60 Jahren stehen 21 Männer mit Berentungsalter unter 60 Jahren gegenüber.

Die Auszählung der bei den entsprechenden L-AU-Perioden genannten Diagnosen ergibt folgende Rangfolge der häufigsten Nennungen (z.T. mehrere Diagnosen gleichzeitig; insgesamt 20 verschiedene Diagnosen; in Klammern ICD-Nrn. nach 8. Revision):

- Angina pectoris (413)	: 15
- akuter Herzmuskelinfarkt (410)	: 12
- Bluthochdruck (401,402)	: 11
- sonstige Herzmuskelkrankheiten (428)	: 8
- Hirngefäßkrankheiten (430, 436-438)	: 7
- Symptomatische Herzkrankht. (427)	: 6
- chron. ischämische Herzkrankheiten (412):	5

Unter den 12 Versicherten mit ausdrücklicher Herzinfarkts-Diagnose befinden sich ein 69jähriger und zwei 60jährige Männer. Daraus folgt, daß von den 26 aufgrund von Herz-/Kreislauf-Erkrankungen frühverrenteten Personen unter 60 Jahren bei lediglich 9 das Vorliegen eines akuten Herzin-

farktes ausdrücklich angegeben wird (7 Männer, 2 Frauen); zu einem Teil dürften entsprechende Zustände mit anderen Diagnosen umschrieben sein. (Auch hier werden pro relevanter L-AU im Durchschnitt mehr als zwei Diagnosen dieses Bereiches genannt.)

Unter den 9 Versicherten, bei denen Magen-/Darm-Erkrankungen zu L-AU und Berentung führen, sind vier mit Magen- bzw. Zwölffingerdarmgeschwür. Darüber hinaus muß diese Gruppe C.3 im Zusammenhang mit den vorkommenden Suchterkrankungen (D.) gesehen werden. Aufgrund detaillierter Hinweise (z.B. ausdrückliche Diagnose: Alkoholismus) konnte nur bei vier Versicherten eine dominierende Suchtproblematik eindeutig identifiziert werden (= den vier Personen der Gruppe D.). Des weiteren liegen aber auch noch bei vier Versicherten der Gruppe C.3 als dominierende Anlässe Leberzirrhose bzw. sonstige Krankheiten von Leber oder Bauchspeicheldrüse vor, welche ebenfalls an eine Alkoholabhängigkeit - mindestens aber - Mißbrauchsproblematik denken lassen.

Schließlich finden sich noch bei weiteren elf Personen der Altersstufen 46 - 57 Jahre Hinweise auf Lebererkrankungen, wobei diese Versicherten jedoch meist der Gruppe E. - Multimorbidität - zugeordnet werden mußten. Es bleibt festzuhalten, daß das Ausmaß, in dem Suchtkrankheiten für L-AU-Phasen und Frühberentungen verantwortlich sind, nicht exakt ermittelbar, jedenfalls aber größer ist, als die Zahl von 4 Fällen der Gruppe D. ausdrückt.

Bei den 13 eindeutigen psychischen Erkrankungen der Gruppe C.4 (daüber hinaus große Bedeutung psychischer Störungen bei Multimorbidität; s.u.) wird in sieben Fällen das Vorliegen einer Psychose angegeben, davon allein viermal Affektive Psychose (= i.d.R. depressive Zustände) bei Frauen. Für die sechs anderen Versicherten werden Diagnosen wie Neurose, Nervösität und Schwächezustände, Körperliche Störungen ver-

mutlich psychogenen Ursprungs genannt; zweimal findet sich ein Hinweis auf einen Suizidversuch.

Bei den weiteren chronischen Erkrankungen (C.5) liegen sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen je fünfmal Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane, meist Nierenerkrankheiten, vor. Weiterhin: dreimal Erkrankungen des (zentralen) Nervensystems (Meningitis, Epilepsie...) sowie je zweimal des Auges, der Atmungsorgane (Asthma) und des Stoffwechsels (Diabetes, Thyreotoxikose). Diese und noch weitere Erkrankungen spielen auch wieder eine Rolle bei den Fällen von Multimorbidität.

Entscheidendes Kennzeichen der Fälle von Multimorbidität (E.) ist, daß hier kein dominierender Erkrankungsbereich identifiziert werden kann. Die Datenstruktur (Anlässe von AU-Perioden und Krankenhausaufenthalten) liefert ein Nebeneinander von Diagnosen, für die die Bildung einer Hierarchie ohne zusätzliche Informationen nicht möglich scheint (vgl. besonders Fallbeispiel 17).

Daß dabei die Versicherten mit Multimorbiditätsproblematik als Fälle besonders gravierender gesundheitlicher Beeinträchtigung angesehen werden müssen, zeigen ihre Raten erhöhter Krankenhaushäufigkeit und Krankenhausaufenthaltsdauer. Hinsichtlich ihrer AU-Inanspruchnahmequote gilt: Die 54 Versicherten mit Multimorbiditätsproblematik sind im letzten Jahr vor ihrer Berentung im Durchschnitt für 67,9 % der Zeit, während der letzten drei Jahre für 40,5 % der Zeit arbeitsunfähig geschrieben (vs. 61,5 % bzw. 32,6 % für alle 219 Rentenbeginner; vgl. Tab. 30). Für die jeweils letzten L-AU-Perioden vor dem Rentenbeginn werden bei den Fällen von Multimorbidität im Durchschnitt vier verschiedene Anlässe/ Diagnosen genannt (205 Nennungen bei 54 L-AUen/Personen). Die folgenden sind die häufigst genannten Erkrankungsbereiche:

Tabelle 33: Häufigst genannte Erkrankungsbereiche bei 54 Fällen von Multimorbidität unter den 219 Rentenbeginnern mit vorausgehender L-AU (Diagnosen der jeweils letzten L-AU); KK B 1981

Erkrankungsbereich (Erkrankungsorgan/-ursache)	Anzahl der Nennungen
Herz/Kreislauf	40
Skelett/Muskeln/Bindegewebe	37
Psychische Störungen	22
Magen/Darm (Verdauungsorgane außer Leber)	14
Fettstoffwechselstörungen/Fettsucht	10
Nervensystem/Sinnesorgane	10
Unfälle	10
Diabetes	9
Atmungsorgane	8
Leber	6
Haut	5
Neubildungen	4
Blut/blutbildende Organe	4
restliche	26
Summe	205

Als einzige häufiger vorkommende Kombination von Erkrankungsbereichen findet sich die Verbindung von Herz-/Kreislauf-Krankheiten mit solchen des Bewegungs- und Halteapparates (Skelett/Muskeln/Bindegewebe). Angeborene Störungen des Fettstoffwechsels, Fettsucht nicht endokrinen Ursprungs sowie Diabetes finden sich häufig als Nebendiagnosen.

Von den 219 Rentenbeginnern mit vorausgehender L-AU, die kriteriumsgemäß in unsere Untersuchungsgruppe aufgenommen wurden, sterben fünf Personen noch im Jahr 1981:

- 66jährige Reinigungsarbeiterin mit Herz-/Kreislauf-Erkrankung, stirbt 4 Monate nach Rentenbeginn;
- 61jährige Elektrogerätemontiererin, Diabetes, Tod 2 Monate nach Rentenbeginn;

- 61jähriger Tiefbauarbeiter, bösartige Neubildung des Mastdarms und Herz-/Kreislauf-Erkrankungen, Tod 7 Monate nach Rentenbeginn;
- 45jähriger Versandarbeiter, Alkoholismus mit Leberzirrhose und weiteren Krankheiten, Tod 6 Monate nach Rentenbeginn;
- 42jähriger Maurermeister, Neubildung der Atmungsorgane, Tod 6 Monate nach Rentenbeginn.

Tabelle 34: Versicherte mit stationären Heilmaßnahmen der Rentenversicherung bzw. Berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren (unter den 219 Rentenbeginnern), nach Alter (bei Ende der Heilmaßnahme) und Geschlecht (n = 58); KK B 1978-1981

Alter bei Ende der Heilmaßnahme	Geschlecht		
	m	w	insgesamt
64 Jahre	1	-	1
63	-	-	-
62	2	-	2
61	2	-	2
60	6	1	7
59	7	-	7
58	5	1	6
57	3	2	5
56	4	2	6
55	3	-	3
54	-	-	-
53	2	-	2
52	3	2	5
51	2	2	4
50	-	-	-
49	2	2	4
48	-	-	-
47	1	-	1
46	1	1	2
44	1	-	1
43	1	-	1
42	1	1	2
39 Jahre	1	-	1
Summe	46	12	58

Es muß damit gerechnet werden, daß eventuell einige wenige Rentenbeginner mit bald darauf folgendem Tod nicht in unserer Untersuchungsgruppe enthalten sind, da als ein Aufnahmekriterium u.a. eine Mindestbezugsdauer der Rente von 60 Tagen aufgenommen worden war.

Aufschlußreich ist schließlich noch eine Übersicht über die den 219 Personen gewährten Heilmaßnahmen, die von anderen Trägern als der Krankenkasse finanziert werden. Es handelt sich um 51 stationäre Maßnahmen, die von der Rentenversicherung getragen werden (zur Sicherung der weiteren Erwerbsfähigkeit) und 7 Maßnahmen, die als Berufsgenossenschaftliche Heilverfahren (Unfallversicherung) bezeichnet werden. Insgesamt finden sich also für 27 % der Versicherten (58 von 209) entsprechende Angaben in unseren Unterlagen. Insbesondere die Kuren und Heilmaßnahmen der Rentenversicherung dauern i.d.R. genau vier Wochen, dazu kann noch eine oder zwei Wochen anschließende "Arbeitsschonung" kommen. Die Tabelle 34 zeigt die Verteilung der Maßnahmen nach Alter und Geschlecht.

Während weibliche Versicherte zwei von fünf Mitgliedern der Untersuchungsgruppe stellen (85 von 219 = 39 %), entfällt nur jede fünfte Heilmaßnahme von Renten- bzw. Unfallversicherung auf diese (12 von 58 = 21 %). Der Frauenanteil ist hier also halbiert. Altersmäßig liegen innerhalb der Untersuchungsgruppe zwei Schwerpunkte bei den Versicherten um 50 Jahre (49-52 Jahre) sowie bei denen zwischen 56 und 60 Jahren (Alter bei Ende der Heilmaßnahme). Mehr als drei Viertel aller Heilmaßnahmen werden im 6. Lebensjahrzehnt (51. - 60. Lebensjahr) verordnet (45 von 58 = 78 %); nur noch 9 % (5 von 58) liegen jenseits des 60. Lebensjahres.

Für diese 58 Versicherten mit stationären Heilmaßnahmen der Rentenversicherung bzw. Berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren (die in der Regel ebenfalls einen längeren stationären Aufenthalt einschließen) zeigt sich, daß die betreffen-

den Maßnahmen im Durchschnitt ca. 9 Monate vor Rentenbeginn enden. Dieser Wert kommt jedoch durch einige "Ausreißer" von mehr als anderthalb bzw. zwei Jahren Differenz zwischen Maßnahmenende und Rentenbeginn zustande. Für die große Mehrheit dieser Versicherten folgt hingegen die Berentung relativ bald nach Ende der Heilmaßnahmen; vermutlich haben diese dann erwiesen, daß auch durch eine Kur die Erwerbsfähigkeit der betreffenden Patienten nicht mehr wesentlich zu verbessern ist. Nur für 14 der 58 Versicherten liegt zwischen Maßnahmenende und Rentenbeginn noch ein Zeitraum von mehr als einem Jahr, für 44 Personen hingegen ist dieser Abstand kürzer. Allein bei 34 der 58 Versicherten (59 %) folgt die Berentung binnen eines halben Jahres nach Ende der Heilmaßnahme.

Abschließend werden in einem Schaubild für 31 zufällig ausgewählte Versicherte (jeder 7. der 219 Rentenbeginner) die Versicherungsverläufe für die Zeit vor ihrem Rentenbeginn graphisch dargestellt (vgl. Abbildung 4). Für jede Person ist exakt der Zeitraum der letzten drei Jahre vor Rentenbeginn erfaßt, welcher definitionsgemäß binnen der Jahre 1978 - 1981 liegen muß (da Rentenbeginn in 1981). Der rechte Rand der Graphik bezeichnet das Ende der Berufstätigkeit der Versicherten; der folgende Tag ist der des Rentenbeginns.

Das Schaubild faßt plastisch noch einmal die wesentlichen Ergebnisse dieses und des vorausgehenden Kapitels zusammen. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle folgen L-AU und Rentenbeginn unmittelbar aufeinander. Vielfach finden sich halb-, dreiviertel- bis über einjährige L-AU-Phasen. Im letzten Jahr vor der Berentung dominiert der Status AU besonders deutlich. Bei etwa einem Drittel der Fälle liegen längere Arbeitslosigkeitsperioden vor; stationäre Heilmaßnahmen der RV vor allem bei noch jüngeren Rentenbeginnern. Als die Langzeit-AU-Phasen bedingende Erkrankungsbereiche dominieren Skelett-/Muskeln-/Bindegewebs- (Verschleiß-) Krankheiten (C.1), Herz-/Kreislauf-Störungen (C.2) sowie Fälle von Multimorbidität (E.).

Abbildung 4: Versicherungsverläufe über den dem Berentungstag (in 1981) vorausgehende 3-Jahres-Zeiträume. Stichprobe von 31 Versicherten mit Rentenbeginn in 1981 und vorausgehender L-AU; KK B 1978 - 1981

Vers. Nr.	Sex	Alter bei Berentung	Typ	drittletztes Jahr	vorletzte Jahr	letztes Jahr
				vor Rentenbeginn		
1	M	65	A			
2	M	63	C.1			
3	M	62	C.5			
4	M	62	A			
5	M	61	E			
6	M	61	E			
7	M	60	C.1			
8	W	60	C.4			
9	W	60	C.1			
10	M	60	C.3			
11	M	60	C.1			
12	M	60	E			
13	W	59	E			
14	M	59	C.1			
15	W	59	C.1			
16	M	58	E			
17	W	58	C.1			
18	W	58	C.2			
19	M	57	C.2			
20	M	57	C.2			
21	W	57	E			
22	M	56	C.2			
23	M	54	B			
24	W	53	B			
25	W	52	C.5			
26	W	51	E			
27	M	50	C.2			
28	M	48	C.5			
29	M	45	D			
30	W	42	E			
31	W	29	C.4			

-  Berufstätigkeit
-  Arbeitslosigkeit
-  Arbeitsunfähigkeit
-  Stationäre Heilmaßnahme RV
-  Status Rentenantragsteller (ohne Einkommen)
- + Tod nach 6 Monaten Rentenbezug

Im folgenden werden drei Fallbeispiele aus der hier untersuchten Versichertengruppe vorgestellt. Es handelt sich dabei in allen Fällen um Frührentner, also Personen, die vor Erreichen des 60. Lebensjahres eine EU- bzw. BU-Rente beziehen. Die Fallbeispiele wurden so ausgewählt, daß die drei häufigsten Erkrankungsbereiche (Skelett-/Muskel-/Bindegeweberkrankungen, Herz-/Kreislaufkrankungen, Multimorbiditätsproblematik) Berücksichtigung finden.

18.5. Fallbeispiel Nr. 15: Versicherter mit L-AU (Verschleiß: Skelett, Muskeln, Bindegewebe) und vorzeitigem Rentenbeginn (Arbeiter, 54 Jahre bei Rentenbeginn), Zusatzerhebung KK B 1982

Diese Fallgeschichte beruht (wie schon Fallbeispiel Nr. 14) auf Datenmaterial der Zusatzerhebung bei der KK B (vgl. Kap. 16). Sie ist daher ausführlicher als die beiden folgenden und enthält Detailinformationen, die nicht unmittelbar aus dem zugehörigen Versichertenblatt hervorgehen.

Der 1927 geborene (also im Berentungsjahr 1981 54jährige) Versicherte ist zuletzt beschäftigt als Kunststoffverarbeiter in einer Automobilfabrik. Bei der KK B ist er bereits seit 1951 versichert. Er war unter anderem fünf Jahre in einem Ziegelwerk sowie ca. 20 Jahre (bei verschiedenen Firmen) als Bauarbeiter tätig.

Bereits seit 1958 finden sich mehr oder weniger regelmäßig AU-Perioden, die durch den Halte- und Bewegungsapparat betreffende Beschwerden und Erkrankungen verursacht werden: Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes dominieren das Erkrankungsgeschehen dieses Patienten. Inwieweit diese in unmittelbarem Zusammenhang stehen zu einer Schuppenflechterkrankung, unter der der Patient bereits seit seiner Jugend leidet, bleibt unklar; nur gelegentlich finden sich entsprechende Verweise (Arthropathia psoriatica

bzw. Verdacht auf Arthritis psoriatica in zwei von vier vorliegenden VÄD-Gutachten).

Ansonsten wird der Krankheitsverlauf weitgehend mit Diagnosen der ICD-Hauptgruppe XIII. (Skelett/Muskeln/Bindegewebe) beschrieben (vgl. Versichertenblatt). Die exakten Diagnosen der VÄD-Gutachten lauten z.B.: Chronisches LWS-Syndrom bei degenerativen WS- und Bandscheibenveränderungen, beginnende Gonarthrose beidseits, Insertionstendopathie linker Ellenbogen, Bandscheibenvorfall; dazu: Ischialgie beidseitig, vorwiegend links; Varicosis beider Unterschenkel, vorwiegend rechts; Verdacht auf akute Thrombophlebitis am rechten Unterschenkel; Adipositas. Wiederholt wird erwähnt, daß der Patient unter Schmerzen u.a. des Rückens und der Extremitäten leidet. Vermutlich haben im Fall dieses Patienten konstitutionelle Elemente sowie besondere Belastungen, die aus der Arbeitstätigkeit resultieren, in der Entwicklung der chronisch-degenerativen Bewegungs- und Halteapparatserkrankungen eng zusammengewirkt (körperlicher Verschleiß).

Die letzten Jahre der Krankenkariere dieses Patienten sollen weniger über die konkrete Aufeinanderfolge der AU-Phasen beschrieben werden, als vielmehr anhand von sonstigen Ereignissen und Schritten im Versicherungsverlauf, die durch die Zusatzerhebung bekannt wurden.

Die Arbeitsfähigkeit des Patienten ist so eingeschränkt, daß die AU-Perioden ab 1978 sich häufen und verlängern. Innerhalb seines Betriebs kommt es zu mehreren Umsetzungen auf leichtere Arbeitsplätze. Schließlich steht jedoch nach einer Mitteilung des Werksarztes an den VÄD für den Patienten kein geeigneter Arbeitsplatz mehr zur Verfügung. Der Betrieb möchte dem Arbeitnehmer kündigen; in der Tat wird er mit Auslaufen des Krankengeldes im Juni 1981 vom Arbeitgeber "abgemeldet".

Der Versicherte hatte erstmals im Mai 1980 einen Rentenantrag gestellt. Nachdem nun die Möglichkeit zum Bezug von Krankengeld ausgeschöpft ist (maximal 78 Wochen binnen einer 3-Jahres-Rahmenfrist), wird kurzzeitig eine Rente gewährt, schließlich muß sich der Versicherte aber arbeitslos melden.

Seine Arbeitsfähigkeit ist jedoch nach den VAD-Gutachten und dem Entlassungsbericht nach einer stationären Heilmaßnahme des RV-Trägers (6 Wochen im Januar/Februar 1981) deutlich eingeschränkt: er kann nur noch leichte körperliche Arbeit, vorwiegend im Sitzen, ohne Bücken und schweres Heben, in geheizten Räumen ausüben.

Ein entsprechender Arbeitsplatz kann nicht vermittelt werden; zu einer Umschulung kommt es nicht. Schließlich wird dem Versicherten im November 1981 eine zunächst auf drei Jahre befristete EU-Rente gewährt. Bis es dazu kommt, sind seit 1978 mehr als 800 Tage AU und mehr als 600 Tage mit Krankengeldzahlung (innerhalb von zwei Rahmenfristen) vergangen; innerhalb der letzten 3-Jahres-Rahmenfrist wurde die Krankengeldbezugsdauer voll ausgeschöpft.

18.6 Fallbeispiel Nr. 16: Versicherter mit L-AU (Herzkrankheit) und vorzeitigem Rentenbeginn (Arbeiter, 48 Jahre bei Rentenbeginn); KK B 1981

Der als Arbeiter in der Elektrogeräteindustrie beschäftigte Versicherte ist 48 Jahre alt, verheiratet, hat zwei Kinder. Bei ihm liegt ein kontinuierliches Versicherungsverhältnis mindestens seit 1970 vor.

Bei dem Versicherten steht eine Herz-/Kreislauf-Problematik klar im Vordergrund. Innerhalb des Untersuchungszeitraums ist als erstes eine einmonatige AU am Jahresbeginn 1978 vermerkt, hier noch mit den Diagnosen Bluthochdruck und Grippe. Im Juni 1978 deutet sich der Schwere- bzw. Chronizitätsgrad

der Erkrankung erstmals an, als der Versicherte als Notfall zu einer stationären Behandlung (6 Wochen Dauer) aufgenommen wird. Nach Datenlage muß unentschieden bleiben, ob der Patient bereits hier einen Herzinfarkt erlitten hat oder ob es sich bei der entsprechenden Diagnose um eine Verdachtsdiagnose handelt. Jedenfalls liegen massive, in ihrer Genese ggf. nicht ganz geklärte Herzbeschwerden vor, worauf auch die im Zusammenhang dieser Krankheitsepisode weiterhin genannten Diagnosen verweisen: Mangelhaft bezeichnete Herzkrankheiten, chronische ischämische Herzkrankheiten.

Es scheint jedoch eine bedeutsame Linderung bzw. weitgehende Aufhebung der Symptomatik erreicht zu werden, denn nach Beendigung der ca. zweieinhalbmonatigen AU-Periode ist der Patient wieder arbeitsfähig und dies nun für ein volles Jahr ohne jede weitere krankheitsbedingte Arbeitsunterbrechung. Erst genau ein Jahr später, im Sommer 1979, findet sich eine erneute einmonatige AU mit denselben Diagnosen, die bereits oben genannt worden sind. Eine weitere beinahe einmonatige AU findet sich im Februar 1980, diesmal verweist der Arzt auf den Schmerzfallscharakter der Herzkrankheit des Patienten (Angina pectoris). Bis zu diesem Zeitpunkt kann der Chronizitäts- und Schweregrad der Erkrankung anhand der Datenlage nur mit Vorbehalt eingeschätzt werden.

Dies ändert sich mit der wiederum einige Monate später einsetzenden erneuten Symptomatik: ein zweites Mal wird der Patient mit der Diagnose Akuter Herzmuskelinfarkt (sowie: chronische ischämische Herzkrankheit) in dasselbe Krankenhaus aufgenommen. Daß diesmal tatsächlich ein akuter Infarkt (zumindest aber eine sich gravierend verschlimmernde Symptomatik) vorliegt, drückt sich aus in der weiteren Verlaufsgeschichte: Mit diesem Krankenhausaufenthalt beginnt eine beinahe einjährige AU-Periode, die schließlich unmittelbar im Juni 81 in die vorzeitige Berentung des Patienten übergeht. Eine weitere Arbeitsfähigkeit ist also nicht mehr gegeben,

daran kann auch die im Herbst 1980 durchgeführte vierwöchige Heilmaßnahme/Kur, die von der Rentenversicherung getragen wird, nichts ändern.

Zwischen dem vermutlich erstmaligen Auftreten einer Infarkt-Symptomatik und der schließlichen vorzeitigen Berentung (im 48. Lebensjahr) liegt bei diesem Patienten also ein Zeitraum von drei Jahren, in dem insgesamt vier stationäre Aufenthalte liegen (einschließlich Kur und eines weiteren Kurzaufenthalts im Januar 1981), eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes aber nicht verhindert werden kann. In diesen drei Jahren seit dem Juni 1978 ist der Patient ca. 15 Monate arbeitsunfähig (plus ein Monat Kur); Krankengeldzahlungen belaufen sich fast auf die Dauer eines vollen Jahres (349 Tage). In den letzten elf Monaten vor Rentenbeginn hat der Patient kein Einkommen mehr aus Erwerbstätigkeit.

18.7 Fallbeispiel Nr. 17: Versicherte mit L-AU (Multimorbidität) und vorzeitigem Rentenbeginn (Arbeiterin, 56 Jahre bei Rentenbeginn); KK B 1981

Die Versicherte, langjährig in einem kontinuierlichen Versicherungsverhältnis stehend, ist Versandarbeiterin. 1925 geboren, ist sie im Jahr ihrer Berentung 56 Jahre alt.

In den ersten $1 \frac{3}{4}$ Jahren 1978/1979 wird für diese Versicherte keine AU-Periode angegeben. Als sie aber im Oktober 1979 mit der Folge Arbeitsunfähigkeit erkrankt, bleibt sie aus der aktiven Berufsausübung ausgegrenzt bis zum Zeitpunkt ihrer (Früh-)Berentung im Juni 1981.

Insgesamt finden sich auf der AU-Bescheinigung der Patientin sechs Diagnosen aus vier Bereichen: Arthritis bzw. Arthrosis deformans, Bluthochdruck und Chronische ischämische Herzkrankheit, Urtikaria (= Nesselsucht: Hautkrankheit); schließ-

lich deutet die Diagnose Körperliche Störungen vermutlich psychogenen Ursprungs darauf hin, daß nach Meinung der Ärzte eine oder auch mehrere der vorgenannten Erkrankungen durch spezifische psychische Erlebnisreaktionen mitbedingt sind, also in einem psychosomatischen Entstehungszusammenhang gesehen werden müssen (eventuell bezieht sich dieser Hinweis auf eine psychogene Komponente bei der Nesselsucht).

Die Beschwerden der Patientin bleiben so gravierend, daß ihre AU-Zeit immer wieder verlängert wird. Im Februar/März 1980 kommt es zu einem über sechswöchigen Krankenhausaufenthalt, im September/Okttober zu einer vierwöchigen stationären Heilmaßnahme der RV. Im November 1980 wird die Patientin von ihrem Arbeitgeber entlassen; sie bleibt als Arbeitsunfähige und Krankengeldbezieherin aber weiter Mitglied der Krankenkasse. Als im darauffolgenden Monat ihre AU endet, wird die Versicherte Empfängerin von Arbeitslosengeld, und zwar für einen Zeitraum von sechs Monaten, bis ihr im Juni 1981 eine EU- bzw. BU-Rente gewährt wird.

Im Prinzip kann jeder einzelne der angesprochenen Erkrankungsbereiche für sich bei entsprechender Intensität der Symptomatik die Notwendigkeit von L-AU und vorzeitigem Ausscheiden aus dem Berufsleben bedingen. Aufgrund der Datenlage scheint es nicht möglich, in diesem Fall eine Hierarchie zwischen den Degenerations-/Verschleißprozessen, der Herz-/Kreislauf-Problematik und der chronischen Hauterkrankung herzustellen. Die drei Erkrankungsbereiche müssen wahrscheinlich in ihrem Zusammenwirken als Ursache für L-AU und Frühberentung angesehen werden: wir bezeichnen dies als einen Fall von Multimorbidität. Die Krankheitskarriere dieser Patientin zeigt, daß sie in den letzten eineinhalb Jahren vor ihrer Berentung vollständig von einer aktiven Berufsausübung ausgeschlossen ist.

18.8 Handlungsmöglichkeiten der Krankenkasse

In den vorangegangenen Kapiteln wurden Aspekte der Versorgungssituation einer Gruppe von gesundheitlich schwer beeinträchtigten Versicherten geschildert. Für einen Teil der Personen, die zu einem bestimmten Zeitpunkt ihres Arbeitslebens in den Zustand von Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit versetzt werden, wurde insbesondere die Lage der Einkommenssicherung in den dem (EU-/BU-) Rentenbeginn vorausgehenden Zeiträumen betrachtet: Phasen von Krankengeld-, Lohnfortzahlungs-, Übergangsgeld- und Arbeitslosenunterstützungsbezug überwiegen z.B. im letzten Jahr vor Rentenbeginn die Perioden von Einkommen aus eigener aktiver Berufstätigkeit bei weitem.

Eine zweite Gruppe von EU-/BU-Rentenbeginnern ist dadurch charakterisiert, daß hier im letzten Jahr vor der Berentung durchgängig Arbeitslosigkeit vorliegt (ein der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit angemessener - ggf. Teilzeit - Arbeitsplatz kann nicht vermittelt werden); diese Versicherten wurden hier nicht berücksichtigt (vgl. Kap. 18.4: EU-Rente bei eingeschränkter Erwerbsfähigkeit und einjähriger Arbeitslosigkeit). Einbezogen wurden hingegen auch solche Altersrentenbeginner, bei denen sich im Vorfeld der Berentung langandauernde AU-Phasen finden.

Die Versorgungslage dieser umschriebenen Versichertengruppen ließe sich als geprägt durch reaktive Einkommenssicherung kennzeichnen: schwerwiegende Erkrankungen führen zu langandauernden Phasen von AU und damit Krankengeldbezug und münden schließlich in ein Ausscheiden aus dem Arbeitsleben.

Die Krankenkassen übernehmen für diese Versicherten in einem beträchtlichen Ausmaß die Aufgabe der Einkommenssicherung: für 50 - 60 % der Zeiträume im letzten Jahr, für 20 - 30 % der Zeiträume in den letzten drei Jahren vor der Berentung

wird Krankengeld gezahlt (vgl. Tab. 31); also Arbeitslohn ersetzt bzw. Rente vorgeleistet.

Vergegenwärtigt man sich, daß die primäre Funktion der Krankenkassen im gegliederten System der Sozialversicherung im Bereich der Gewährleistung und Finanzierung von Behandlungs- und Bewältigungsstrategien bei Krankheit liegt, stellt sich die Frage, wie die Kassen durch aktives Ausfüllen dieses Bereichs ihre Aufgaben im Bereich der Einkommenssicherung ggf. vermindern können.

Ausgehend von der Erkenntnis, daß in Zeiten wirtschaftlicher Krisen (wie der gegenwärtigen) die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen (Kuren, Anschlußheilverfahren...) zurückgeht, andererseits aber das quantitative Ausmaß an AU-Tagen, die auf Langzeitfälle entfallen (vgl. "L-AU-Volumen", Kap. 3), hoch ist, ließen sich denkbare Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen unter dem Stichwort Intensivierung der Rehabilitationsbemühungen zusammenfassen.

Insofern, als hierdurch in gewissem Umfang auch gesundheitlich deutlich beeinträchtigten Personen ein verlängertes Verbleiben im aktiven Arbeitsleben ermöglicht wird, können die im folgenden aufgelisteten Maßnahmen als Ausdruck einer prospektiven Orientierung hinsichtlich ihrer Versorgungssituation und Einkommenssicherung betrachtet werden.

Unter dem Stichwort Intensivierung der Rehabilitation erscheinen folgende Strategien der Krankenkassen denkbar und sinnvoll, wobei eine vollständige Aufzählung hier sicher nicht geleistet werden kann.

Die Krankenkassen könnten ihre vorhandenen Beratungs- und Informationssysteme ausnutzen, um im konkreten Fall adäquate Bewältigungsmaßnahmen (Behandlung/Rehabilitation) einzuleiten bzw. zu initiieren. Den Kassen kommt im Vergleich zu an-

deren SV-Trägern hier eine hervorragende Rolle zu, da bei ihnen als versichertennächster Institution zuerst relevante Informationen über den Gesundheitszustand potentiell Betroffener einlaufen (z.B. in Form der AU-Bescheinigungen; Aufenthaltsdauern und Anlässe langwieriger Krankenhausaufenthalte).

Versicherte könnten schriftlich informiert oder eingeladen und persönlich beraten werden über verfügbare, ggf. in Anspruch zu nehmende Maßnahmen, da bei chronischen Erkrankungen in der Auswahl und Terminierung von Behandlungsschritten eine gewisse Variationsbreite bestehen kann und neben medizinischen auch Fragen sozialer und beruflicher Rehabilitation relevant werden können. - Notwendig und sinnvoll wäre in diesen Angelegenheiten eine enge Kooperation zwischen Krankenkassen und den behandelnden Ärzten des Versicherten.

Eine weitere Voraussetzung dieser Informations- und Beratungsarbeit wäre eine individuumsbezogene Dokumentation des Erkrankungs- und Behandlungsverlaufs bei der Krankenkasse. Dies zum einen, um relevante Fälle überhaupt selektieren und ansprechen zu können sowie zum anderen, um zu jedem Zeitpunkt der oft langwierigen Behandlungs- und Rehabilitationsverfahren über bereits durchgeführte Maßnahmen informiert zu sein.

Ein konkreter Schritt, wie bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt durch lediglich geringfügig erhöhten Verwaltungsaufwand die Datenlage der Krankenkasse entscheidend verbessert werden könnte, wäre z.B. die routinemäßige Übersendung eines Durchschlags der Klinik-Entlassungsberichte nach stationären Heilmaßnahmen der Rentenversicherung auch an die zuständige Krankenkasse. Bisher gehen diese Berichte nur an die Maßnahmenträger LVA bzw. BfA.

In diesen Zusammenhang gehören auch die Überlegungen, inwiefern seitens der Kassen gezielte Nachsorgeangebote nach stationären Behandlungen institutionalisiert bzw. angeregt werden könnten, die über die ambulante medizinisch-ärztliche Versorgung hinausgehen. Zu denken wäre z.B. an Sport- und Gymnastikangebote oder auch psychosozial orientierte Gesprächskreise, wenn es etwa um die Verarbeitung durch Krankheit entstandener Beeinträchtigungen geht.

Des weiteren könnte die Kasse ihr Handlungsinstrumentarium dahingehend ausweiten bzw. vermehrt ausschöpfen, daß Möglichkeiten flexiblerer Arbeitswiederaufnahme nach langwieriger AU/Rehabilitation geschaffen werden. Denkbar erscheinen Regelungen "teilweiser Arbeits(un)fähigkeit" bzw. stundenweiser Beschäftigung während fortbestehender AU, wobei die Einkommenssicherung anteilig von Arbeitgeber und Krankenkasse zu leisten wäre. Rechtliche und verwaltungsmäßige Voraussetzungen solcher Maßnahmen sind z.T. bereits gegeben, wie aus dem Rundschreiben Nr. 71/1972 des LdO in Bayern an alle Mitgliederkassen hervorgeht.

Wesentliche Realisationsbedingung der bisher genannten Möglichkeiten ist das Vorhandensein einer ausreichenden Anzahl von Kassenmitarbeitern, die diese Beratungs- und Koordinierungsaufgaben zu leisten in der Lage sind. Ggf. kann also eine Aufstockung des Personals im Bereich Rehabilitationsfachbearbeiter bzw. Sozialarbeiter (im Rahmen des Sozialen Diensts der Kasse) erforderlich sein. Die bisher genannten Vorgehensweisen zielen auf Verbesserungen der Versorgungsqualität durch individuums-zentrierte Maßnahmen im konkreten Einzelfall.

Aber auch auf sozialversicherungssystembezogener Ebene sind Reformen zur Gewährleistung einer intensivierten und ggf. zu früheren Zeitpunkten einsetzenden Behandlung und Rehabilitation denkbar. Vor allem muß es hier um die Verbesserung der

Abstimmung und Kooperation zwischen den verschiedenen Trägern und auch Erbringern der einzelnen Bewältigungsschritte gehen. Durch die Bildung von Arbeitsgemeinschaften könnte eine größere Nahtlosigkeit und Effektivität erreicht werden. Zu diskutieren wäre insbesondere auch eine Aufgabenneuverteilung zwischen Kranken- und Rentenversicherung, die deren primären Aufgabenschwerpunkten gerechter wird. Derzeit leistet der "Behandlungsträger" KV auch Aufgaben der materiellen Existenzsicherung wie umgekehrt der "Einkommensträger" RV auch zentral für das medizinische Rehabilitationsgeschehen zuständig ist.

Schließlich verdient noch die Problematik besondere Betonung, daß bei einem Teil der gesundheitlich schwer beeinträchtigten Personen, deren Versorgungssituation im Rahmen dieses Abschnitts Ausgangspunkt der Überlegungen war, auch durch Maßnahmen intensivierter Behandlung und Rehabilitation die Notwendigkeit des Ausscheidens aus dem Berufsleben nicht aufgehoben oder auch nur hinausgeschoben werden kann. - Diese Irreversibilität eines Teils der Fälle verweist auf die Notwendigkeit frühzeitiger Interventionen in den Lebens- und vor allem Arbeitsbedingungen betroffener Versicherter. Möglichkeiten der Einflußnahme auf die Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsbedingungen sind den Krankenkassen derzeit unmittelbar kaum gegeben. Realisierbar erscheint jedoch z.B. eine Unterstützung versicherter Arbeitnehmer im Erkennen und Ernstnehmen erster früher Befindlichkeitsstörungen, die im Zusammenhang konkreter Belastungen aus der Arbeitstätigkeit sich ergeben können. Die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen im Arbeitsbereich betont auch Scharf (1980).

Davon ausgehend, daß sich für einen Teil der Versicherten Berentungen vor dem Erreichen der entsprechenden Grenzen für den Bezug von Altersruhegeld nicht vermeiden lassen werden, stellen sich für die Kassen wie für die einzelnen Versicher-

ten Fragen nach flexibleren Möglichkeiten des Ausscheidens aus dem Berufsleben, welche die belastenden und komplikationsreichen Wege über lange Phasen von Arbeitsunfähigkeit/ Krankengeldbezug und Arbeitslosigkeit ersetzen könnten. Solche flexibleren Strategien wären u.a. vermehrte Möglichkeiten von Arbeitszeitverkürzung und Teilzeitarbeit. Bruche und Casey (1982) diskutieren z.B. Schritte wie Tariffrente, Teilrente, "gleitender Ruhestand", schrittweises Ausscheiden aus dem Berufsleben. Realisierungschancen solcher Maßnahmen liegen aber zunächst im politischen Bereich und nicht innerhalb der Handlungskompetenzen einzelner Krankenkassen, weil hier zunächst rechtliche Voraussetzungen geschaffen werden müssen.

IV. ANHANG

19. Verzeichnis der Fallbeispiele	312
20. Verzeichnis der Tabellen	314
21. Verzeichnis der Abbildungen	317
22. Verzeichnis der Literatur	318
23. Verzeichnis der Abkürzungen.....	323

19. Verzeichnis der Fallbeispiele

	Seite
1 Unfall als Anlaß einer L-AU (Arbeiter, 30 Jahre KK A 1975	174
2 Unfall als Anlaß einer L-AU (Bauhilfsarbeiter, 28 Jahre), KK B 1979	177
3 Akuterkrankung (Leistenbruch) als Anlaß einer L-AU (Arbeiterin, 49 Jahre), KK A 1975	182
4 Akuterkrankung (Gebärmutter- und Scheidenvorfall/ Neubildung) als Anlaß einer L-AU (Bürofachkraft, 57 Jahre), KK B 1979	183
5 Spezifische chronische Erkrankung (Herzkrankheit als Anlaß einer L-AU (Bauarbeiter, 47 Jahre), KK A 1975	194
6 Spezifische chronische Erkrankung (Skelett-/Mus- kel-/Bindegewebs-Krankheit) als Anlaß einer L-AU (Bürofachkraft, 50 Jahre), KK B 1979	195
7 Suchtkrankheit als Anlaß der L-AU (Arbeiter, 37 Jahre), KK A 1975	201
8 Suchtkrankheit als Anlaß einer L-AU (Baumaschinen- führer, 39 Jahre), KK B 1979	203
9 Multimorbidität als Anlaß der L-AU (Arbeiter, 52 Jahre), KK A 1975	212
10 Multimorbidität als Anlaß der L-AU (Hilfsarbeiter, 39 Jahre), KK B 1979	215
11 Versicherter mit L-AU und Zweifeln an der weiteren Erwerbsfähigkeit (Arbeiter, 58 Jahre), KK A 1975	220
12 Berufstätige junge Frau mit L-AU-Anlaß Multimorbi- dität/psychosomatische Beteiligung (Köchin, 30 Jah- re), KK A 1975	252
13 Berufstätige junge Frau mit L-AU-Anlaß Multimorbi- dität/psychosomatische Beteiligung (Arbeiterin, 31 Jahre), KK B 1979	254
14 Berufstätige junge Frau mit L-AU-Anlaß psycho-so- matische Colitis ulcerosa (Arbeiterin, 29 Jahre), Zusatzerhebung KK B 1982	256

- | | | |
|----|--|-----|
| 15 | Versicherter mit L-AU (Verschleiß: Skelett, Muskeln, Bindegewebe) und vorzeitigem Rentenbeginn (Arbeiter, 54 Jahre bei Rentenbeginn), Zusatzerhebung KK B 1982 | 299 |
| 16 | Versicherter mit L-AU (Herzkrankheit) und vorzeitigem Rentenbeginn (Arbeiter, 48 Jahre bei Rentenbeginn), KK B 1981 | 301 |
| 17 | Versicherte mit L-AU (Multimorbidität) und vorzeitigem Rentenbeginn (Arbeiterin, 56 Jahre bei Rentenbeginn), KK B 1981 | 304 |

20. Verzeichnis der Tabellen

	Seite
1 AU-Volumina in AU-Tagen je 100 Mitglieder. Für AUen insgesamt, Normal-AUen, Langzeit-AUen. Anteil des L-AU-Volumens am Gesamt-AU-Volumen. Für Pflichtmitglieder der OKK mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen	142
2 Arbeitsunfähigkeitsfälle und -Tage nach der Dauer der AU-Fälle; Krankenkasse A 1975 und Krankenkasse B 1978 bis 1981	149
3 Personen mit mindestens einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit nach Alter und Geschlecht; Krankenkasse A 1975 und Krankenkasse B 1978 bis 1981	151
4 Mitglieder mit und ohne Krankengeld (in Versicherungsjahren); Krankenkasse A 1975 und Krankenkasse B 1978 bis 1981	152
5 Mitglieder nach Alter und Geschlecht (Anzahl der Personen; Verteilung in %); Krankenkasse A 1975 und Krankenkasse B 1978 bis 1981	153
6 Anteil der Mitglieder mit mindestens einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit an den Mitgliedern insgesamt, nach Alter und Geschlecht (in %); Krankenkasse A 1975 und Krankenkasse B 1978 bis 1981	154
7 Mitglieder mit Langzeit-AU insgesamt und in der Stichprobe daraus; nach Alter und Geschlecht (in Personen); Krankenkasse A 1975 und Krankenkasse B 1979	159
8 Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Unfall; Verteilung nach Alter und Geschlecht, KK A 1975, KK B 1979	173
9 Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Unfall; Verteilung nach der Art der Unfälle, KK B 1979	174
10 Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Akuterkrankungen; Verteilung nach Alter und Geschlecht, KK A 1975, KK B 1979	181

11	Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Spezifische chronische Erkrankungen; Verteilung nach Alter und Geschlecht, KK A 1975, KK B 1979	186
12	Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Spezifische chronische Erkrankungen; Verteilung nach Erkrankungsbereichen, Alter und Geschlecht, KK A 1975, KK B 1979	187
13	Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Suchtkrankheiten; Verteilung nach Alter und Geschlecht, KK A 1975, KK B 1979	200
14	Versicherte mit L-AU; Behandlungsanlaß: Multimorbidität; Verteilung nach Alter und Geschlecht, KK A 1975, KK B 1979	208
15	Anlässe für ambulante Behandlung, AU und Krankenhaus-/Kur-Einweisung bei 14 zufällig ausgewählten Fällen von Multimorbidität, KK A 1975	209
16	Versicherte mit L-AU; Teilgruppe R: Zwischen Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit; Verteilung nach Alter und Geschlecht, KK A 1975	219
17	Versicherte mit L-AU; Rentenbeginn im Berichtszeitraum, KK B 1978 - 1981	222
18	Versicherte mit L-AU; Einteilung nach Untergruppen (Typologie), KK A 1975, KK B 1979	227
19	Frauen, 25 - 34 Jahre, mit L-AU; einige Aspekte der sozialen Situation. Anzahl der Personen (n = jeweils 42 Personen), KK A 1975, KK B 1979	244
20	Frauen, 25 - 34 Jahre, mit L-AU. Übersicht über Familienstand und Kinderzahl; KK A 1975, KK B 1979	245
21	Frauen, 25 - 34 Jahre, mit L-AU; Übersicht über Berufe (nur häufigste Nennungen) und Stellung im Beruf, KK A 1975, KK B 1979 (n je = 42)	246
22	Frauen, 25 - 34 Jahre, mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit; Einteilung nach Erkrankungsbereichen/Anlässen der L-AU (n jeweils = 42); KK A 1975, KK B 1979	247
23	Frauen, 25 - 34 Jahre, mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit; weitere Akut- und chronische Erkrankungen, KK A 1975, KK B 1979	248
24	Frauen, 25 - 34 Jahre, mit L-AU; Behandlungsanlaß: psychische Störungen, KK A 1975, 6 Fälle	250

25	Frauen, 25 - 34 Jahre, mit L-AU; Durchschnitt der AU-Fälle und der AU-Tage für die Gesamtstichprobe (n = 42) sowie die Fälle von Multimorbidität; KK A 1975 (n = 12), KK B 1978 bis 1981 (n = 5)	251
26	Rentenbeginner in 1981, insgesamt; Rentenbeginner in 1981, mit L-AU; (Ende der L-AU weniger als 365 Tage vor Rentenbeginn); KK B 1981	266
27	Übersicht über das gegenwärtige System der flexiblen Altersgrenze (Stand 1981/1982)	267
28	Neuzugänge von Versichertenrenten nach Rentenarten, 1980 (in %)	269
29	Höhe des Bruttotagesentgeltes bei 194 Rentenbeginnern im Zeitraum vor ihrer Berentung; KK B 1978 bis 1981	277
30	Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit während des letzten Jahres vor Rentenbeginn, sowie Angabe der Quelle des Einkommens (absolut in Versicherungsjahren und relativ in %). n = 219 Personen mit 217,9 erfaßten Versicherungsjahren. KK B, 1980 - 1981	278
31	Einkommenssicherung während Arbeitsunfähigkeit in den dem Rentenbeginn vorausgehenden Zeiträumen (1 Jahr; 3 Jahre). 219 Rentenbeginner mit vorausgehender L-AU. (AU-/ÜG-Zeiten in % der erfaßten Versicherungszeit. KK B 1981 (1978 - 1981)	279
32	Rentenbeginner (1981) mit vorausgehender L-AU; nach Erkrankungsbereichen (Einteilung/Untergruppen gemäß Abschnitt II.), nach Rentenzugangs-(Alters-)gruppen und Geschlecht (n = 219), KK B 1981	288
33	Häufigst genannte Erkrankungsbereiche bei 54 Fällen von Multimorbidität unter den 219 Rentenbeginnern mit vorausgehender L-AU (Diagnosen der jeweils letzten L-AU); KK B 1981	294
34	Versicherte mit stationären Heilmaßnahmen der Rentenversicherung bzw. Berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren (unter den 219 Rentenbeginnern), nach Alter (bei Ende der Heilmaßnahme) und Geschlecht (n = 58); KK B 1978-1981	295

21. Verzeichnis der Abbildungen

- 1 AU-Volumen in AU-Tagen je Mitglied. Für AUen insgesamt, Normal-AUen, Langzeit-AUen. Anteil des L-AU-Volumens am Gesamt-AU-Volumen. Für Pflichtmitglieder der OKK mit Entgeltfortzahlungsanspruch für mindestens 6 Wochen (graphische Umsetzung der Tabelle 1 144
- 2 Anteil der Mitglieder mit mindestens einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit an den Mitgliedern insgesamt, nach Alter und Geschlecht; Krankenkasse B 1979 155
- 3 Unterteilung zweier Stichproben von Versicherten mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit (jeweils n = 209 Personen) nach definierten Untergruppen/Erkrankungsbereichen; relativ (in %) KK A 1975 und KK B 1979 164
- 4 Versicherungsverläufe über den dem Berentungstag (in 1981) vorausgehende 3-Jahres-Zeiträume. Stichprobe von 31 Versicherten mit Rentenbeginn in 1981 und vorausgehender L-AU; KK B 1978 - 1981 298

22. Literaturliste

- Bartholomeyczik, Sabine, (1981)
Wegzug des letzten Kindes aus dem Haus; in: Schneider, Ulrike (1981), Was macht Frauen krank?, Campus, Frankfurt/Main
- BdO, Bundesverband der Ortskrankenkassen, (1979),
Gesamtkonzeption für die Arbeit der AOK - Projekt II/1: Aufgabenbeschreibung für Fachkräfte der Rehabilitation und des Sozialen Dienstes bei den Ortskrankenkassen, beschlossen: Vorstand des BdO am 11.04.79, hektographiertes Papier des BdO
- BdO, Bundesverband der Ortskrankenkassen (Hrsg.), (1973-81)
Statistik der Ortskrankenkassen in der Bundesrepublik Deutschland, Bonn, Jahrgänge von 1973-1981 vorliegend
- Beck-Gernsheim, Elisabeth, (1976),
Der geschlechtsspezifische Arbeitsmarkt, Aspekte-Verlag, Frankfurt/Main, Arbeiten aus dem Sonderforschungsbereich 101 der Universität München
- Becker-Schmidt, Regina, (1981)
Überforderung durch Doppelbelastung - Unterforderung durch Segregation; in: Schneider, Ulrike (1981), Was macht Frauen krank?, Campus, Frankfurt/Main
- Blohmke, Maria, (1981)
Morbidität bei berufstätigen Frauen in gewerblichen Berufen; in: Lebensversicherungsmedizin, Heft 2, 1981, 33. Jhrg., S. 33-36
- Borgers, Dieter/Schneider, Bernä/Schräder, Wilhelm F. (1982)
Versicherte mit lang anhaltender Arbeitsunfähigkeit. Definition von Versichertengruppen und Morbiditätstypen auf der Basis der Analyse von 209 Behandlungsverläufen aus den Unterlagen einer Krankenkasse für das Jahr 1975, BASiG-Papier Nr. G 125, Technische Universität Berlin
- Borgers, Dieter/Schräder, Wilhelm F. (Hrsg.), (1982),
Behandlungsverläufe in der ambulanten medizinischen Versorgung - Möglichkeiten ihrer Analyse auf der Basis von Routinedaten der Krankenversicherung, BASIG-Papier Nr. G 143, Technische Universität Berlin
- Bruche, Gert/Casey, Bernhard, (1982),
Arbeit oder Rente? Beschäftigungs- und sozialpolitische Maßnahmen für ältere Arbeitnehmer in Frankreich, Großbritannien, den Niederlanden, Schweden und den USA, Frankfurt/Main

- Bürkhardt, D./Oppen, M. (1982),
Krankenstandsforschung zwischen Personal- und Gesundheitspolitik - ein kritischer Überblick über vorliegende Untersuchungsansätze; Disk.-Papier Nr. 82 - 203 des Internationalen Instituts für Vergleichende Gesellschaftsforschung des Wissenschaftszentrums Berlin
- Deutsches Zentrum für Altersfragen e.V. (DZA), (1982),
Altwerden in der Bundesrepublik Deutschland: Geschichte - Situationen - Perspektiven; Band I-III; von Arbeitsgruppe Fachbericht über Probleme des Alterns, Berlin
- Diezinger, Angelika/Marquardt, Regine, (1979)
Zur beruflichen Sozialisation von Frauen; in: Groskurth, Peter (Hrsg.) (1979), Arbeit und Persönlichkeit, Rowohlt, Reinbek
- Doubrawa, R. (1977)
Belastungen im Beruf und psychosomatische Störungen bei jungen Frauen. Ergebnisse einer Erkundungsstudie, Überlegungen zur Rehabilitation und Prävention. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 1, 1977, 33-37.
- Eichner, H./Neuhaus, Rolf (1976)
Soziale Dienste der Krankenkassen, Bonn
- Ferber, Liselotte v./Friedrich, Holger/Grellmann, Gert/Barth, Jochen, (1982)
Sinnhaftigkeit von GKV-Diagnoseauswertungen, insbesondere von Krankenscheindiagnosen; in: Die Ortskrankenkasse, 22/1982, S. 841-855
- Ferber, Liselotte, v. (1980)
Die Arbeitsunfähigkeitsdiagnose des niedergelassenen Arztes und ihre Aussagefähigkeit; in: Die Ortskrankenkasse, 23-24/1980, S. 918-923
- Fischwasser, Gert, (1981)
Rehabilitation in der Krankenversicherung; in: Die Ortskrankenkasse, 7-8/1981, S. 300-304
- Frese, Michael, (1977),
Psychische Störungen bei Arbeitern, Otto Müller Verlag, Salzburg
- Frese, Michael, (1979)
Industrielle Psychopathologie; in: Großkurth, Peter (Hrsg.) (1979), Arbeit und Persönlichkeit, Rowohlt, Reinbek
- Häussler, B./Schräder, W.F., (1982)
Kontextanalyse von Behandlungsverläufen auf der Basis von Prozeßdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung; in: Borgers, D./Schräder, W.F. (Hrsg.), (1982), S. 20-31
- Kaltenbach, Helmut, (1981)
Früher in Rente?; in: Die Angestelltenversicherung, 4/1981, S. 167-177
- Kaltenbach, Helmut, (1981)
Früher in Rente mit versicherungsmathematischen Abschlägen?; in: Die Angestelltenversicherung, 12/1981, S. 484-490

- Karasek, R., (1976)
The impact of the work environment on life outside the job: explorations in the associations between job content and leisure behaviour and mental health using national survey data from Sweden and the United States. Unpublished Ph.D.-thesis M.I.T., Cambridge, 1976, zit. nach Mohr, G., et al., Frauen. Psychologische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation, Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1982.
- Knoblich, Bernhard, (1982)
Krankenstand - Diskussion versachlichen; in: Bundesarbeitsblatt, 9/1982, S. 5-8
- Kootz, Johanna/Brandt, Gisela, (1973)
Zur Frauenfrage im Kapitalismus, Suhrkamp, Frankfurt/Main
- Kootz, Johanna, (1981)
Bedingungen für präventive Verhaltensweisen von Frauen; in: Schneider, Ulrike (Hrsg.) (1981), Was macht Frauen krank?, Campus, Frankfurt/Main
- Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern (LdOIB) (1972)
Begriff der Arbeitsunfähigkeit; hier: Teilweise Arbeitsfähigkeit bei Infarktpatienten, Rundschreiben Nr. 71/1972
- Lehr, Ursula, (1969)
Die Frau im Beruf, Athenäum, Frankfurt/Main
- Levi, L. (Hrsg.), (1972)
Stress and distress in response to psychosocial stimuli, Pergamon, Oxford
- Maag, Heidrun/Ruhl, Ulrich/Schräder, Wilhelm F. (1982)
Methoden zur Darstellung der Leistungsstruktur von Versichertengruppen auf der Grundlage der Auswertung von Prozedaten der Krankenversicherung, BASIG, Technische Universität Berlin
- Mohr, Gisela et al., (1982)
Psychologische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation, Urban und Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore
- Müller, Rainer/Schwarz, Fred/Weisbrod, Horst/König, Peter (1982)
Fehlzeiten und Diagnosen der Arbeitsunfähigkeitsfälle von neun Berufen, Universität Bremen
- Neuhaus, Rolf (1982)
Gesundheitsschutz oder Krankheitsbewältigung als Aufgabenschwerpunkt der Sozialarbeiter bei den Ortskrankenkassen? IGES-Papier D 46, Berlin
- Neuhaus, Rolf/Schräder, Wilhelm F. (1982)
Handlungsfelder der Krankenkassen im Verhältnis zu ihren Versicherten, BASIG-Papier Nr. G 103, Technische Universität Berlin
- Neumann-Schönwetter, Marina, (1981)
Wie kann sich das über gesellschaftliche und psychische Mechanismen bestimmte Selbstbild der Frau auf ihr gesundheitliches Befinden im mittleren Lebensalter auswirken?; in: Schneider, Ulrike (Hrsg.) (1981), Was macht Frauen krank?, Campus, Frankfurt/Main

- Orsinger, Carla/Clausing, Peter, (1982)
Verkürzung der Lebensarbeitszeit im Spiegel der Rentenversicherung; in: Die Angestelltenversicherung 7-8/1982, S. 261-268
- Pettinger, Rudolf, (1975)
Junge Familien; in: Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Kohlhammer, Stuttgart, Band 29, 1975
- Preiser, K./Schröder, W.F. (1983)
Der Rückgang des Krankenstandes in der ökonomischen Krise: Eine Folge struktureller Veränderungen in der Erwerbsbevölkerung; in: Sozialer Fortschritt, H. 12, 1983
- Projekt Schichtarbeit (PROSA), (1981)
Gesamtergebnisse der Problemanalyse, Hrsg. Hauptverwaltung der IG Chemie-Papier-Keramik, (März 1981), Hannover
- Pschyrembel, Willibald, (1977)
Klinisches Wörterbuch, Berlin, New York, 253. Auflage
- Kohmert, W. et al, (1979)
Geschlechtstypische Unterschiede aus der Sicht der Arbeitswissenschaft; in: Eckert, R. (Hrsg.), (1979), Geschlechtsrollen und Arbeitsteilung, Beck-Verlag, München
- Rummel, Martina, (1982)
Frauenarbeit - Merkmale, Auswirkungen, in: Mohr, G., et al., Frauen; Psychologische Beiträge zur Arbeits- und Lebenssituation, Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 1982.
- Schaefer, Hans, (1976)
Der Krankheitsbegriff; in: Blohmke, Maria/von Ferber, C./Kisker, K.P./Schaefer, H. (Hrsg.), (1976), Handbuch der Sozialmedizin in 3 Bänden, Band III, S. 15-30, Stuttgart
- Scharf, Bodo, (1980)
Frühinvalidität - Zur sozialpolitischen Bedeutung der beruflich-sozialen Ausgliederung leistungsgeminderter gesundheitlich Beeinträchtigter und Behinderter; in: WSI-Mitteilungen, 10/1980, S. 550-563
- Schlegel, Monika, (1982)
Krankenstand; in: Die Ortskrankenkasse, 15/1982, S. 513-519
- Schmucker, Helga, (1969)
Einwirkungen von Eheschließung und Geburt der Kinder auf die Stellung der Frau im Beruf und eine spätere Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit; in: Bundesminister für Familie und Jugend (Hrsg.), (1969), Mütter und Kinder in der Bundesrepublik Deutschland
- Schöll-Schwinghammer, Ilona, (1979),
Frauen im Betrieb, Arbeitsbedingungen und Arbeitsbewußtsein, Campus, Frankfurt/Main
- Schöll-Schwinghammer, Ilona/Lappe, Lothar, (1978),
Arbeitsbedingungen und Arbeitsbewußtsein erwerbstätiger Frauen, Forschungsbericht des Soziologischen Forschungsinstitutes, SOFI, Göttingen

- Stamm, Otto, (1981)
Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker in
Hessen; in: Die Ortskrankenkasse, 9/1981, S. 365-370
- Uexküll, Thure V. (Hrsg.), (1981)
Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin, München, Wien,
Baltimore, (2. Auflage)
- Volkholz, Volker, (1977),
Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit,
Forschungsbericht i.A. des Bundesministers für Arbeit
und Sozialordnung, Bonn
- Weltz, F. et al, (1979),
Junge Frauen zwischen Beruf und Familie, Forschungsber-
icht des Soziologischen Forschungsinstitutes, SOFI,
Göttingen
- Wex, Helga/Kollenberg, Udo, (1979),
Frau und Industriegesellschaft, Dt. Instituts-Ver-
lag GmbH, Köln

23. Verzeichnis der Abkürzungen

AOK I	:	Allgemeine Ortskrankenkasse für die Region I.
ALL	:	Allgemeinarzt
AU	:	Arbeitsunfähigkeit
BdB	:	Bundesverband der Betriebskrankenkassen
BdO	:	Bundesverband der Ortskrankenkassen
BMA	:	Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung
BMÄ	:	Bewertungsmaßstab Ärzte
D	:	Diagnosen
GKV	:	Gesetzliche Krankenversicherung
H	:	Heil- und Hilfsmittelversorgung
HNO	:	Hals-Nasen-Ohren-Arzt
ICD	:	International Classification of Diseases/Internationale Klassifizierung der Krankheiten
K	:	Krankenhausaufenthalt
KH	:	Krankenhaus
Kurz-AU	:	AU mit einer Dauer von 1 - 14 Tagen
L	:	ärztliche Leistungen
LdOiB	:	Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern
LFG	:	Lohnfortzahlungsgesetz
ORT	:	Orthopäde
Pat	:	Pathologe
R	:	(Arzneimittel-)Rezepte
ROE	:	Röntgenarzt
VJ	:	Versichertenjahr (Versicherungszeitraum)

VERZEICHNIS DER AUTOREN

BORGERS, Dieter (1947), M.A., Dr. med.; Ausbildung in Würzburg, Berlin, Ann Arbor/USA; praktische Tätigkeit als Werksarzt; seit 1974 im Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin des Bundesgesundheitsamtes; Mitglied der BASiG, TU Berlin; (privat: Handjerystr. 2, 1000 Berlin 41).

DREYKLUFT, Hans-Rüdiger (1941), Dr. med.; Ausbildung in Göttingen, Köln, Berlin; Facharzt für innere Krankheiten; 6 Jahre praktische Erfahrung im Krankenhaus; seit 1979 niedergelassener Arzt in der Praxisgemeinschaft Heerstraße Nord, Berlin (privat: Güntzelstraße 63 1000 Berlin 31).

HÄUSSLER, Bernd (1953), Dipl. Soz.; Ausbildung in Tübingen und Berlin, Schwerpunkt Medizinsoziologie; seit 1978 Studium der Medizin an der Freien Universität Berlin (privat: Wissmannstraße 19, 1000 Berlin 44).

RUHL, Ulrich (1949), Dipl. Inform.; Ausbildung in Berlin; seit 1982 Mitarbeiter des Instituts für gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin. Mitglied der BASiG, TU Berlin, bis 1983.

SCHNEIDER, Bernd (1954), Dipl. Psych.; Ausbildung in Marburg, Erlangen, Berlin; Tätigkeit in Beratung und Therapie; seit 1981 Mitarbeit bei der BASiG, TU Berlin.

SCHRÄDER, Wilhelm F. (1941), Dipl. Ing.; Ausbildung in Köln, Braunschweig, Berlin; Planungswissenschaft, Informationsverarbeitung; seit 1980 Mitarbeiter des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin, Hardenbergstr. 4-5, 1000 Berlin 12), Mitglied der BASiG, TU Berlin.

ISSN 0170-8589

ISBN 3 7983 1024 6