

Prinzipal-Agenten-Probleme in der knappschaftlichen Krankenversicherung: Die Bekämpfung des „Simulantentums“ durch Anreize und Kontrolle

ABSTRACT

The *Knappschaften* grew out of medieval miner's efforts to insure themselves against the consequences of their dangerous jobs. By the late nineteenth century the *Knappschaften* were self-run sickness (and invalidity) funds with compulsory membership. Bismarck's social-insurance legislation used them as a model for similar funds in other industries, and as such they remain the model for German social insurance today. However, late nineteenth-century observers noted

that *Knappschaften* experienced strong growth in the number of days their members claimed to be sick. Contemporaries blamed this development on moral hazard that is feigning illness or malingering. Using the concepts of principal-agent theory, we explain how the *Knappschaften* tried to reduce sick days per member by establishing a more and more complex system of incentives and control mechanisms.

1. Das „Simulantenproblem“

Abhängig Beschäftigte ohne soziale Absicherung erfahren im Krankheitsfall einen vollständigen Verdienstausschlag, der die Finanzierung von Arztbesuch und Heilmitteln erheblich erschwert und für die Familie des kranken Arbeitnehmers bei fehlenden Rücklagen existenzielle Not bedeuten kann. In Deutschland reagierte Reichskanzler Bismarck auf diesen sozialen Missstand mit der Einführung des „Gesetzes betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter“ vom 15. Juni 1883.¹ In Paragraph 6 dieses Gesetzes wurde den zwangsversicherten Arbeitern ein Rechtsanspruch auf freie ärztliche Behandlung und Arznei sowie ein Krankengeld nach Ablauf einer verdienstlosen Wartezeit von drei Karenztagen gewährt. Dieses Krankengeld diente als Lohnersatzleistung und betrug ursprünglich die Hälfte des ortsüblichen Lohns eines Tagelöhners. In Fortschreibung der Bismarck'schen Krankenversicherung wurden in der Bundesrepublik Deutschland die Regelungen zur Lohnfortzahlung zugunsten der Arbeitnehmer schrittweise verbessert.² Zum 1. Juli 1957 wurde der dritte Karenztag abgeschafft und das Krankengeld von 50 auf 90 Prozent des individuellen Nettolohns erhöht. Am 1. August 1961 wurde der zweite Karenztag gestrichen und das Krankengeld auf 100 Prozent des Nettolohns festgesetzt. Zum 1. Januar 1970 entfiel schließlich der letzte, noch verbliebene Karenztag; die volle Lohnfortzahlung im Krankheitsfall war dadurch etabliert. Überdies wird seit 1970 die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall nicht mehr wie seit dem 19. Jahrhundert üblich von den Krankenkassen, sondern von den Arbeitgebern finanziert.

1 Vgl. Reichsgesetzblatt 1883, S. 73–104.

2 Vgl. Alfred Boss: Lohnfortzahlung und Krankenstand, in: Zeitschrift für Wirtschaftspolitik 49 (2000), S. 27–50, hier 30.

Dieser schrittweise Ausbau des deutschen Krankenversicherungsschutzes wurde seit jeher von dem gerade von Arbeitgeberseite immer wieder geäußerten Vorwurf begleitet, dass die Arbeitnehmer auf jede Erhöhung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall mit vermehrter „Simulation“ reagierten, d. h. zunehmend Krankheiten vortäuschten. Deshalb erfolgte parallel zum Ausbau der Krankenversicherung der Aufbau eines komplexen Anreiz- und Kontrollsystems, das Vortäuschen von Krankheiten und damit den unberechtigten Bezug von Leistungen in der Krankenversicherung verhindern sollte. Dieser Aufsatz möchte einen Beitrag zur Erklärung der historischen Genese dieser Anreiz- und Kontrollmechanismen leisten. Bezugspunkt ist dabei aber nicht die Entwicklung des Krankenstands in der auf Bismarck zurückgehenden gesetzlichen Krankenversicherung der Arbeiter und Angestellten, sondern die „Simulation“ in den berufsständischen Knappschaftsversicherungen der Bergleute im 19. und frühen 20. Jahrhundert.

Unsere Beschränkung auf die Knappschaftskrankenkassen wird durch drei Sachverhalte motiviert. Erstens agierten die (preußischen) Knappschaften bereits seit ihrer Entlassung aus dem Direktionsprinzip im Jahr 1854 als eigenständige Krankenversicherungsorganisationen und zeichneten sich damit schon dreißig Jahre vor der Einführung der Bismarck'schen Krankenversicherung durch Selbstverwaltung, Zwangsmitgliedschaft sowie Zwangsbeiträge der Mitglieder und Unternehmen aus. Daher eignet sich die Geschäftspolitik der Knappschaftskrankenkassen in besonderem Maße für eine Analyse des „Simulantenproblems“ während der frühen Formationsphase des modernen deutschen Wohlfahrtsstaats in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Zweitens bildeten die Knappschaftskrankenkassen neben den Versorgungseinrichtungen der Zünfte ein wichtiges Vorbild für die Ausgestaltung der Bismarck'schen Sozialversicherung.³ Deutlich wird diese Kontinuität etwa in den Forderungen des Abgeordneten Carl Ferdinand Stumm, seinerzeit größter Arbeitgeber im Montangewerbe des Saarlands, der Ende der 1870er Jahre wiederholt im Reichstag beantragte, das Reglement der knappschaftlichen Kranken- und Invaliditätsversicherung auf alle industriellen Arbeitnehmer auszudehnen.⁴ Sicherlich beeinflussten die Erfahrungen der Knappschaftskrankenkassen mit ihren „Simulanten“ die Ausgestaltung der Bismarck'schen Krankenversicherung, so zum Beispiel in den Bereichen Karenztage oder Größe der Kassen. Drittens hatten, wie Schaubild 1 (S. 321) veranschaulicht, die Knappschaftskrankenkassen mit einem generell höheren Krankenstand als die Bismarck'sche Krankenversicherung zu kämpfen und waren daher in besonderem Maße bemüht, dessen vermutete Ursachen zu beseitigen. Die Knappschaftskrankenkassen sind deshalb nicht nur als ein Beispiel unter vielen für den allgemeinen Umgang mit dem „Simulantenproblem“ in der deutschen Krankenversicherung zu deuten, sondern entwickelten auch beachtenswerte Wege der „Simulantenbekämpfung“, wie zum Beispiel das Sprengelarztsystem, den Hospitalzwang oder die Krankenkontrolle durch Knappschaftsärzte und Knappschaftsälteste. Insofern kann die knappschaftliche Krankenversicherung als ein frühes Experimentierfeld für alternative Praktiken der „Simulantenbekämpfung“ gelten, deren Spektrum über die in anderen Krankenversicherungszweigen üblichen Maßnahmen deutlich hinausging.

Ausdrücklich möchten wir betonen, dass es uns in diesem Aufsatz nicht darum geht zu beurteilen, inwieweit der erhobene Vorwurf der „Simulation“ objektiv gerechtfertigt war. Auch

3 Vgl. Margarete Wagner-Braun: Zur Bedeutung berufsständischer Krankenkassen innerhalb der privaten Krankenversicherung in Deutschland bis zum Zweiten Weltkrieg. Die Selbsthilfeeinrichtungen der katholischen Geistlichen (Beiträge zur Wirtschafts- und Sozialgeschichte 95). Stuttgart 2002, S. 33.

4 Vgl. E. P. Henock: The Origin of the Welfare State in England and Germany, 1850–1914. Social Policies Compared. Cambridge 2007, S. 103; Eckart Reidegeld: Staatliche Sozialpolitik in Deutschland, Band 1: Von den Ursprüngen bis zum Untergang des Kaiserreiches 1918. 2. Aufl., Wiesbaden 2006, S. 190.

liegt es uns fern, den Umfang der tatsächlichen „Simulation“ quantitativ zu erfassen oder gar die „Simulationsdebatte“ ideologiekritisch zu bewerten. Wir beabsichtigen stattdessen auf Grundlage der Neuen Institutionenökonomik zu verdeutlichen, dass institutioneller Wandel nicht nur im Sinne eines eindeutig fortschrittlichen Prozesses durch objektiv feststellbare Tatsachen hervorgerufen wird, sondern auch subjektive (und möglicherweise falsche oder ideologiegeleitete) Einschätzungen der Entscheidungsträger eine Rolle spielen. Der Nobelpreisträger Douglass C. North gibt in seiner „Theorie des institutionellen Wandels“ explizit zu bedenken, dass Ideologien und Interessen mindestens ebenso viel zu institutionellen Veränderungen in der Wirtschaftsgeschichte beitragen wie unwiderlegbare (ökonomische) Fakten:

„Säkularer wirtschaftlicher Wandel trat nicht nur infolge der Verschiebungen der relativen Preise ein, wie sie neoklassische Modelle betonen, sondern auch durch Veränderungen weltanschaulicher Standpunkte, die einzelne oder Gruppen bewogen, gegensätzliche Ansichten über die Billigkeit ihrer jeweiligen Situation zu entwickeln und diesen Ansichten gemäß auch zu handeln.“⁵

In dieser Tradition werden wir zeigen, dass bereits die subjektive Wahrnehmung von „Simulation“ weitreichende Folgen besaß. Sie konnte eine von Misstrauen angetriebene „Kontrollspirale“ in Gang setzen und dadurch die Statuten und die Geschäftspolitik der Knappschaften nachhaltig prägen. Der Wandel der Institutionen und die damit einhergehenden Auswirkungen auf das Verhalten von Versicherungen, Ärzten und Bergleuten fanden unabhängig davon statt, ob das diesen Wandel motivierende Problem objektiv wahr und bedeutsam war oder nicht. Inwieweit die neu entstandenen Kontroll- und Anreizmechanismen aus theoretischer Perspektive überhaupt dazu geeignet waren, das „Simulantenproblem“ zu verringern, beurteilen wir auf Grundlage der Prinzipal-Agenten-Theorie.

Als Grundlage der empirischen Analyse des Ausbaus der Kontroll- und Anreizmechanismen in den Knappschaftskrankenkassen dienen medizinhistorische Quellen, insbesondere die knappschaftlichen Medizinalberichte und die Veröffentlichungen von Knappschaftsärzten. Die Praxis von Kontroll- und Anreizmechanismen innerhalb der Krankenversicherung konnten wir hinreichend rekonstruieren, indem wir knappschaftliche Reglements, Ordnungen und Anweisungen auswerteten. Hingegen werden die zeitgenössischen öffentlichen Debatten über Leistungsmissbrauch in der Krankenversicherung in diesem Aufsatz aufgrund der Fokussierung auf die Prinzipal-Agenten-Probleme nur am Rande Beachtung finden. Die verwendeten Zitate spiegeln allerdings zentrale zeitgenössische Positionen wider.

Im Folgenden werden wir nach einer kurzen Darstellung des Forschungsstands zunächst die Prinzipal-Agenten-Probleme in der (knappschaftlichen) Krankenversicherung aus theoretischer Perspektive beschreiben und uns dann der zeitgenössischen Beurteilung und Bekämpfung der „Simulation“ der krankenversicherten Bergleute zuwenden.⁶

In der (medizin)historischen Forschung ist das Phänomen der „Simulation“ im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert bisher zumeist mit Blick auf die Unfallversicherung unter-

5 Douglass C. North: Theorie des institutionellen Wandels. Eine neue Sicht der Wirtschaftsgeschichte (Die Einheit der Gesellschaftswissenschaften 56). Tübingen 1988, S. 60.

6 Diese Untersuchung ist Teil des vom Pakt für Forschung und Innovation der Leibniz-Gemeinschaft von 2007 bis 2009 geförderten interdisziplinären Forschungsprojekts „Vergangenheit und Zukunft sozialer Sicherungssysteme am Beispiel der Bundesknappschaft und ihrer Nachfolger“, das zu Beginn des Förderungszeitraums in fünf Teilprojekte untergliedert wurde. In drei Teilprojekten, die am Deutschen Bergbaumuseum Bochum, am Deutschen Schiffahrtsmuseum Bremerhaven und an der Helmut-Schmidt-Universität Hamburg, Professur für Neuere Sozial-, Wirtschafts- und Technikgeschichte, angesiedelt wurden, werden alle relevanten historischen Aspekte, die zur Entstehung und Entwicklung der berufsständischen Sozialversicherungssysteme der Bergleute, Seemänner und Eisenbahner geführt haben, wissenschaftlich

sucht worden,⁷ wobei die Krankheitsentität der Rentenneurose gewöhnlich im Mittelpunkt stand.⁸ Der Begriff der Rentenneurose wurde in klarer Abgrenzung zur „Simulation“ für das Phänomen „eingebildeter Krankheiten“, das heißt für die unbewusste Übertreibung von Krankheitssymptomen in Invalidisierungs- und Verrentungsverfahren benutzt. Dabei galt den zeitgenössischen Medizinern die Rentenneurose anders als die „Simulation“ als eine echte Krankheit. Die Fokussierung der Medizingeschichte auf die Rentenneurose überrascht nicht, da die Quellen im Kontext der Unfallbegutachtung besonders reichhaltig überliefert sind: Neben gedruckten Quellen sind auch viele Archivalien vorhanden, insbesondere in der Überlieferung rechtlicher Auseinandersetzungen. Die unterschiedlichen Interessen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern waren von Beginn an konstitutiv für das deutsche Sozialversicherungssystem. Beide Seiten nutzten alle vorhandenen Spielräume und Interventionsmöglichkeiten, um im Misstrauen gegen die andere Seite ihre Positionen zu stärken. Unter diesem Aspekt wird in der Forschung zudem die Einrichtung flankierender Institutionen, wie der Schiedsgerichte und ihrer Folgeinstitutionen, aber auch der Krankenhäuser der Rentenversicherungsträger diskutierte, die auch als Kontrollinstrumente gedeutet werden.⁹ Die vorliegenden Untersuchungen zeigen insbesondere, dass das entstehende öffentliche Interesse der Zeitgenossen an posttraumatischen Befindlichkeiten erst zu einer Häufung der neuen Krankheitsentität der Rentenneurose führte. Praktiken im Umgang mit der Rentenneurose mussten daher erst erprobt werden, was mit einem Publikationsgipfel zum „Simulantenproblem“ am Ende des 19. Jahrhunderts einherging. Bereits in Untersuchungen der 1970er Jahre wurde in diesem Kontext auch auf die Umdeutung des alten Krankheitsbildes der Neurose abgehoben.¹⁰ In diesem Zusammenhang sind auch die Arbeiten zur „Kriegs-

untersucht. Ein weiterer Teilaspekt – die medizinhistorischen Bezüge (z. B. die Unfallforschung und die Krankenversorgung) – wird von der Abteilung für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin an der Ruhr-Universität Bochum bearbeitet. In Ergänzung zu diesen primär an historischen Methoden orientierten Teilprojekten analysiert das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung Essen in Kooperation mit den wirtschaftshistorischen Lehrstühlen an der Universität Hohenheim und der Yale University im fünften Teilprojekt die ökonomischen Strukturen und Problemkonstanten der knappschaftlichen Versicherungssysteme im 19. und 20. Jahrhundert. Von Anfang an geplant war die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den fünf Teilprojekten – was durch diesen, von Medizinhistorikern und Wirtschaftshistorikern getragenen Beitrag zur „Simulation“ in der knappschaftlichen Krankenversicherung verwirklicht wurde. Einen Überblick über die Arbeiten der fünf Teilprojekte gibt Christoph Bartels u. a.: *Vergangenheit und Zukunft sozialer Sicherungssysteme am Beispiel der Bundesknappschaft und ihrer Nachfolger*. Ein Forschungsprojekt der Leibniz-Gesellschaft, in: *Jahrbuch für Wirtschaftsgeschichte* 2009/2, S. 195–217; vgl. auch ders. (Hg.): *Berufliches Risiko und soziale Sicherheit*. Beiträge zur Tagung „Vergangenheit und Gegenwart sozialer Sicherungssysteme am Beispiel der Bundesknappschaft und ihrer Nachfolger“ im Deutschen Bergbau-Museum Bochum, 8. und 9. Oktober 2009. Bochum 2010.

- 7 Zu den Studien, die das Problem der Simulation in früherer Zeit fokussieren, vgl. Fridolf Kudlien: *Wie erkannten die antiken Ärzte einen Simulanten?*, in: *Altertum* 7 (1961), S. 226–233; Robert Jütte: *Leprosimulanten. De iis qui morbum simulant*, in: *Martin Dinges/Thomas Schlich* (Hg.): *Neue Wege der Seuchengeschichte (Medizin, Gesellschaft und Geschichte 6)*. Stuttgart 1995, S. 25–42.
- 8 Eine eigene Gruppe bilden hier die Arbeiten, die Unfälle mit Schienenfahrzeugen fokussieren, vgl. Wolfgang Schievelbusch: *Geschichte der Eisenbahnreise. Zur Industrialisierung von Raum und Zeit im 19. Jahrhundert*. München/Wien 1977, S. 121–134; Wolfgang Hausotter: *Verkehrsunfälle aus sozialmedizinischer Sicht – Ein medizinhistorischer Brückenschlag*, in: *Swiss Surgery* 3 (1997), S. 142–148.
- 9 Vgl. etwa Greg Eghigian: *Die Bürokratie und das Entstehen von Krankheit. Die Politik und die „Rentenneurosen“, 1890–1926*, in: *Jürgen Reulecke/Adelheit Gräfin zu Castell-Rüdenhausen* (Hg.): *Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von Volksgesundheit und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. Stuttgart 1991, S. 203–223; ders.: *The German Welfare State as a Discourse of Trauma*, in: *M. S. Micale/P. Lerner* (Hg.): *Traumatic Pasts. History, Psychiatry and Trauma in the Modern Ages, 1870–1930 (Cambridge Studies in the History of Medicine)*. Cambridge 2001, S. 92–112.
- 10 Vgl. Esther Fischer-Homberger: *Die traumatische Neurose. Vom somatischen zum sozialen Leiden*. Bern/Stuttgart/Wien 1975, bes. S. 29–73; dies.: *Zur Geschichte des Krankheitsbegriffes in der Psychiatrie*,

neurose“, insbesondere im Ersten Weltkrieg,¹¹ zu sehen, wobei davon auszugehen ist, dass der Umgang mit dieser Krankheitsentität vor der Folie der Rentenneurose stattfand und auf deren Behandlung zurückwirkte.

Aus einer anderen Perspektive wurde der Aushandlungsprozess „Simulation oder Haftpsychose?“ als Auseinandersetzung der Institutionen „Gefängnis“ und „psychiatrische Anstalt“ Ende des 19. Jahrhunderts untersucht, ein Aushandlungsprozess, der anderen Akteuren, etwa den Insassen von Gefängnissen, Handlungsräume eröffnete, die sie nutzten, um sich dem Gefängnis durch Simulation einer Psychose und Einlieferung in eine psychiatrische Anstalt zu entziehen und dieser dann durch Flucht.¹²

Die wenigen Arbeiten, die das Problem der Simulation innerhalb des Krankenversicherungssystems betrachten,¹³ stellen im Rahmen der Medikalisierungsdebatte ebenfalls die Entstehung neuer Krankheitsentitäten durch die Einführung der Krankenversicherung und das damit einhergehende Auseinanderdriften der Binäroptionen „gesund/krank“ auf der einen und „arbeitsfähig/nicht arbeitsfähig“ auf der anderen Seite heraus.¹⁴ Die ärztliche Ex-

in: Christian Scharfetter (Hg.): *Abnormität, Krankheit, Therapie in der Psychiatrie. Die Differenzierung der Devianz und das Konstrukt Krankheit. Vom Schamanen zum Psychotherapeuten. Interdisziplinäres Kolloquium über den gesellschaftlichen Umgang mit psychisch Kranken von Vertretern der Psychiatrie, Medizinhistorik, Volkskunde und Religionswissenschaft.* Zürich 1978, S. 52–71. Zur „Simulation“ im Rahmen der im 19. Jahrhundert aufkommenden Diskussion über Neurosen und Neurasthenie vgl. auch Joachim Radkau: *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler.* München 2000, S. 367–383.

- 11 Vgl. Robert Whalen: *Bitter Wounds: German Victims of the Great War, 1914–1939.* London/Ithaca 1984, S. 61–78; Martin Stone: *Shellshock and the Psychologists*, in: Roy Porter Bynum/Michael Shepherd (Hg.): *The Anatomy of Madness. Essays in the History of Psychiatry*, Band II. London/New York 1985, S. 242–271; Joanna Bourke: *Dismembering the Male. Men's Bodies, Britain and the Great War.* London 1996; Roger Cooter: *Malingering in Modernity: Psychological Scripts and Adversarial Encounters during the First World War*, in: ders./Mark Harrison/Steve Sturdy (Hg.): *War, Medicine and Modernity.* London 1996, S. 125–148; Leo van Bergen: *The Malingerers are not to Blame the Dutch Military Health Service before and during the First World War*, in: *Clio Medica* 28 (1999), S. 59–76; Ruth Klocke/Heinz-Peter Schmiedebach/Stefan Priebe: *Psychological Injury in the two World Wars: Chancing Concepts and Terms in German Psychiatry*, in: *History of Psychiatry* 16 (2005), S. 43–60; vgl. auch den Überblick bei Klaus-Dieter Thomann/Michael Rauschmann: *Die „posttraumatische Belastungsstörung“ – historische Aspekte einer „modernen“ psychischen Erkrankung im Deutschen Sprachraum*, in: *Medizinhistorisches Journal* 38 (2003), S. 103–138. Vgl. auch Knut Ritterhof: *Die monographische Darstellung des Themas „Simulation“ in der Militärmedizin des frühen 19. Jahrhunderts (1828–1845).* Med. Diss., Kiel 1968.
- 12 Vgl. Annett Bretthauer/Volker Hess: *Der Verdacht der Simulation. Eine psychiatrische Fallgeschichte zwischen Aneignung und Disziplinierung am Ende des 19. Jahrhunderts*, in: *NTM NS.* 17 (2009), S. 415–445.
- 13 Ein Überblick über das Problem der „Simulation“ in den europäischen Krankenversicherungssystemen des späten 19. Jahrhunderts findet sich in John Murray: *Worker Absenteeism under Voluntary and Compulsory Sickness Insurance: Continental Europe, 1885–1908*, in: *Research in Economic History* 23 (2005), S. 177–207. Eine umfassende (wirtschaftshistorische) Untersuchung zum Phänomen der „Simulation“ liegt bisher nicht vor.
- 14 Diese Differenzierung wird im dritten Abschnitt dieses Aufsatzes am Beispiel des Augenzitterns der Bergleute ausführlich erläutert werden. Vgl. Ute Frevert: *Krankheit als politisches Problem 1770–1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung.* Göttingen 1984; Anna-Maria Schuster: *Simulation von Krankheiten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts unter besonderer Berücksichtigung der Sozialversicherungsgesetzgebung der späten 1880er Jahre.* Wissenschaftliche Arbeit, Universität Stuttgart, Historisches Institut – Abteilung Neuere Geschichte. Stuttgart 2001; Gerd Göckenjan: *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt.* Frankfurt a. M. 1985. Mit Schwerpunkt auf den alten Menschen Simone Moses: *Alt und krank. Ältere Patienten in der Medizinischen Klinik der Universität Tübingen zur Zeit der Entstehung der Geriatrie 1880 bis 1914 (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 24).* Stuttgart 2005.

pertise spielt in fast allen diesen Studien eine wichtige Rolle,¹⁵ wobei dem Agieren der Ärzte bei einer Entscheidungsfindung vor den Folien der „Objektivität“ und der „Parteilichkeit“ besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird.¹⁶ Unberücksichtigt bleibt hier allerdings die Knappschaft als Sozialversicherungsträger. Unsere Studie schließt also auf zweifache Weise eine Forschungslücke: Erstens erweitert sie den Blick über die „Rentenneurosen“ hinaus auf das bewusste Vortäuschen von Krankheiten. Zweitens diskutiert sie das „Simulantenproblem“ am Beispiel der bisher weitgehend vernachlässigten Knappschaften – auch und gerade in der Zeit vor der Einführung der Bismarck’schen Krankenversicherung.

Prinzipal-Agenten-Probleme in der Krankenversicherung

Im 19. Jahrhundert setzte sich auf breiter Ebene die ökonomische Institution der Versicherung durch, sowohl im Bereich der freiwilligen Privatversicherungen, wie zum Beispiel der Lebensversicherung, als auch im Rahmen der Sozialversicherungen, die sich zunächst auf die Lebensrisiken Krankheit, Unfall und Invalidität konzentrierten.¹⁷ Generell ermöglichten alle diese verschiedenen Versicherungsformen die kollektive Absicherung gegen individuelle Risiken im Rahmen der neu geschaffenen liberalen Wirtschafts- und Gesellschaftsordnung. Der einzelne Versicherungsnehmer konnte nunmehr durch die Zahlung einer regelmäßigen Versicherungsprämie Vorsorge gegen das Eintreten eines Versicherungsfalls treffen, dessen ökonomische Lasten er ohne die finanzielle Rückendeckung durch das Versicherungsunternehmen nur schwer bewältigen konnte. Die Versicherungsunternehmen waren im Gegensatz zu ihren einzelnen Mitgliedern in der Lage, die Kosten individueller Schadensfälle abzudecken und darüber hinaus einen Gewinn zu erzielen, da sie das Schadensrisiko über viele Versicherungsteilnehmer verteilen und mit Hilfe der neu entwickelten Versicherungsmathematik hinreichend exakt prognostizieren konnten.

Dieses Erfolgsmodell hatte jedoch auch seine Nachteile, denn unbeschadet der beiderseitigen Vorteile waren (und sind) die wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Versicherung und Versicherungsnehmer durch Interessenkonflikte und Informationsasymmetrien gekennzeichnet. Konzentrieren wir uns bei der Erläuterung dieser sogenannten Prinzipal-Agenten-Probleme auf die in diesem Aufsatz diskutierte (knappschaftliche) Krankenversicherung.¹⁸

Wie im ersten Abschnitt bereits dargelegt, sichert sich ein Versicherungsnehmer durch den Abschluss einer Krankenversicherung gegen die ökonomischen Risiken einer Krankheit ab, die ihm bei Eintritt des Versicherungsfalls die Ausgaben für Arznei, Heilbehandlung oder Krankenhausaufenthalt ersetzt und gegebenenfalls zusätzlich eine Lohnersatzleistung bei krankheitsbedingtem Verdienstaustausch zahlt. Aus Sicht des Versicherungsunternehmens ergeben sich aufgrund seiner unvollständigen Information über den Gesundheitszustand und das

- 15 Die Rolle der Ärzte stellt ganz in den Mittelpunkt Gabriele Moser: Der Arzt im Kampf gegen „Begehrlichkeit und Rentensucht“ im deutschen Kaiserreich und in der Weimarer Republik, in: Jahrbuch für kritische Medizin 16 (1991), S. 161–183.
- 16 Neben den schon zitierten Arbeiten ist hier auf die Arbeiten hinzuweisen, die sich dem Problem der Simulation aus der Perspektive der mit „Technik“ funktionierenden Praktiken nähern, vgl. Volker Hess: Fiebermessen als kulturelle Praxis, in: Normieren, Standardisieren, Vereinheitlichen. Hessische Blätter für Volks- und Kulturforschung 41 (2006). Marburg 2006, S. 27–36, und Monika Domman: Durchsicht, Einsicht, Vorsicht. Eine Geschichte der Röntgenstrahlen 1896–1963. Zürich 2003.
- 17 Vgl. Peter Borscheid: Kurze Geschichte der Individual- und Sozialversicherung in Deutschland, in: Ders./Anette Drees (Hg.): Versicherungsstatistik 1750–1985. St. Katharinen 1988, S. 3–49.
- 18 Vgl. für das Folgende auch Kenneth J. Arrow: Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: American Economic Review 53 (1963), S. 941–973.

Verhalten des Versicherten sowohl vor als auch nach Abschluss des Versicherungsvertrags wirtschaftliche Risiken. Wenn der Eintritt in die Krankenversicherung freiwillig auf Initiative des Versicherungsnehmers erfolgt, muss der Versicherer befürchten, dass sich insbesondere diejenigen Menschen um Aufnahme bemühen, die in naher Zukunft schwere und lang anhaltende Krankheiten zu erwarten haben. Deshalb sind die zu erwartenden Krankenkosten für die Gruppe der Beitrittswilligen wahrscheinlich weitaus höher als bei Betrachtung der gesamten Bevölkerung. Man spricht hier von „adverser Selektion“ (*adverse selection*).¹⁹ Wenn die Krankenversicherung diesen Sachverhalt bei der Kalkulation ihrer Versicherungsprämien nicht berücksichtigt, wird sie über kurz oder lang zahlungsunfähig werden. Eine allgemeine oder auch berufsständische Zwangsversicherung, wie es die Knappschaften waren, in die alle betroffenen Arbeitnehmer unabhängig von ihrem individuellen Krankheitsrisiko eintreten müssen, vermeidet das Problem der adversen Selektion. Zusätzlich schützen sich Krankenversicherungen oftmals durch den Ausschluss von Versicherungsleistungen für bereits vor Vertragsabschluss vorliegende Krankheiten oder durch mit dem Eintrittsalter steigende Prämien.

Nach Abschluss des Vertrages ergibt sich das Problem des sogenannten „moralischen Risikos“ (*moral hazard*), das erstmals für die Feuerversicherung beobachtet wurde, bei der es innerhalb der Gruppe der Versicherten häufiger zu Bränden kam als bei der Vergleichsgruppe der Nichtversicherten. Unabhängig von Brandstiftung wurde dieser Unterschied dadurch erklärt, dass die Inhaber einer Feuerversicherung weniger Anreize besitzen, aktive Brandvorsorge zu treffen.²⁰ Übertragen auf den Fall der Krankenversicherung bedeutet moralisches Risiko also zunächst, dass sich der Versicherungsnehmer nach Vertragsabschluss weniger als zuvor um eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung oder den Verzicht auf Alkohol und Nikotin bemühen wird, so dass die Häufigkeit und die Schwere seiner Krankheitsfälle unter dem schützenden Dach einer Krankenversicherung wahrscheinlich zunehmen werden.²¹ In diesem Sinn verschlechtert sich der durchschnittliche Gesundheitszustand der Menschen nach der Einführung einer Krankenversicherung. Das Versicherungsunternehmen hat wenige Möglichkeiten, solche Veränderungen des individuellen Verhaltens zu beobachten oder gar zu sanktionieren.

Zahlt die Krankenversicherung nicht nur die Kosten für Medizin, Arzt und Krankenhaus, sondern auch ein Krankengeld, besitzt der Versicherte zusätzlich den Anreiz, durch das Vortäuschen einer Krankheit seine Freizeit bei keinem oder nur geringfügigem Lohnverzicht zu vergrößern. In diesem Fall erhöht die Existenz einer Krankenversicherung den durchschnittlichen Krankenstand erneut, wobei diese Veränderung nun aber nicht mehr mit einer Verschlechterung des durchschnittlichen Gesundheitszustands der Versicherten gleichzusetzen ist. Moralisches Risiko umfasst im Falle der Krankenversicherung also sowohl einen ungesunderen Lebenswandel als auch das „Simulieren“ von Krankheit.

- 19 Der Nobelpreisträger George A. Akerlof führte das Problem der adversen Selektion anhand einer Analyse des Gebrauchtwagenmarktes in die Wirtschaftswissenschaften ein. Vgl. George A. Akerlof: The Market for „Lemons“: Quality Uncertainty and the Market Mechanism, in: The Quarterly Journal of Economics 84 (1970), S. 488–500.
- 20 „First, we have the ‚direct moral hazard‘, when a property is fired by the owner for gain. Second, the ‚indirect moral hazard‘, where the owner [...] has little or no incentive for safeguarding hazards.“ Everett Crosby: Fire Prevention, in: Annals of the American Academy of Political and Social Science 26 (1905), S. 225 f.
- 21 Hierbei wird unterstellt, dass Maßnahmen zur Verbesserung des eigenen Gesundheitszustands Kosten in Form von zusätzlichen Ausgaben (für Sport oder schadstoffarme Lebensmittel) und von Nutzeneinbußen durch Verzicht auf Genussmittel verursachen und deshalb vom Krankenversicherten nach Möglichkeit vermieden werden.

Gleichwohl, und dieser Umstand ist bei der Analyse von „Simulationsdebatten“ im Umfeld von Krankenversicherungen stets zu beachten, deutet der Anstieg des Krankenstands nach Einführung oder Erhöhung der Lohnfortzahlung keineswegs zwangsläufig auf ein Fehlverhalten der Versicherten hin. Bei fehlender oder unzureichender Lohnfortzahlung müssen viele kranke oder verletzte Arbeitnehmer aus existenzieller Not zur Arbeit gehen, obwohl sie Schmerzen haben und die fortgesetzte Arbeitsbelastung den Heilungsprozess verlängert oder gar verhindert. Wird nun ein hinreichendes Krankengeld durch die Krankenversicherung ausgezahlt, haben diese Menschen erstmalig die Möglichkeit, ihre Arbeit zu unterbrechen und ihre Krankheiten oder Verletzungen zu Hause oder im Krankenhaus auszukurieren. Der hierdurch resultierende Anstieg des Krankenstands ist nicht als negativer Effekt von zunehmender „Simulation“, sondern ganz im Gegenteil als Beleg dafür zu deuten, dass die Krankenversicherung ihre intendierte soziale Funktion erfüllt.

Allerdings löst diese Einsicht nicht das Problem der Krankenversicherungsträger, zwischen den „echten“ Kranken und den „Simulanten“ zu unterscheiden. Die Frage bleibt daher zu beantworten, wie eine Krankenversicherung angesichts ihrer unvollständigen Information über das Verhalten der Versicherten die kostenträchtige „Simulation“ von Krankheiten verhindern oder zumindest abmildern kann. Grundsätzlich gibt es hierzu zwei Möglichkeiten: Erstens kann die Versicherung versuchen, die Attraktivität der „Simulation“ durch eine Veränderung der wirtschaftlichen Anreize zu verringern und hierdurch die Arbeitnehmer zu einem freiwilligen Verzicht auf das „Blau machen“ zu bewegen. Zweitens ist es denkbar, dass durch verschärfte Kontrolle „Simulanten“ entlarvt und zur Wiederaufnahme ihrer Arbeit gezwungen werden können. Anreize und Kontrolle schließen sich natürlich nicht aus, sondern ergänzen sich.

Im Folgenden widmen wir uns konkret den verschiedenen Ansätzen zur Bekämpfung der „Simulation“ in den knappschaftlichen Krankenversicherungen der Bergleute von Anfang des 19. Jahrhunderts bis zum Ende der Weimarer Republik. Hierzu werden wir zunächst Entstehung und Ausgestaltung der knappschaftlichen Krankenversicherung skizzieren. Danach wenden wir uns im Detail der zeitgenössischen Rezeption des Problems der Simulation und den Maßnahmen zu deren Bekämpfung zu.

Die Rezeption von „Simulation“ in den Knappschaftskrankenkassen

Die seit dem späten Mittelalter nachgewiesenen Knappschaften²² entwickelten ihre Funktion als Krankenversicherung in mehreren Stufen. Zunächst sammelten die Bergleute freiwillige Spenden erst nach dem Eintritt eines Unfalls ein, um dem aktuell verletzten Bergmann oder im Todesfall auch seiner Witwe und seinen Kindern finanzielle Unterstützung gewähren zu können. In einem nächsten Schritt wurde auf Grundlage regelmäßiger, aber weiterhin freiwilliger Beiträge ein Unterstützungsfonds aufgebaut, der bei Eintritt eines individuellen Schadensfalls schnell genutzt werden konnte. Schließlich wurde aus dem freiwilligen Bei-

22 Die bislang früheste Erwähnung ist das Jahr 1260 für die Bruderschaft der Bergleute aus Rammelsberg im Harz. Vgl. Bartels u. a.: *Vergangenheit und Zukunft sozialer Sicherungssysteme* (wie Anm. 6), S. 195–217. Vgl. auch Ulrich Lauf: *Bruderschaft und Büchsengeld: eine Untersuchung zu den mittelalterlichen Wurzeln unserer Sozialversicherung*, in: *Wege zur Sozialversicherung* 57 (2003), S. 176–188. Zur Geschichte der Knappschaften vgl. auch Martin H. Geyer: *The Miners' Insurance and the Development of the German Social State*, in: Roy A. Church/Klaus Tenfelde (Hg.): *Sozialgeschichte des Bergbaus im 19. und 20. Jahrhundert. Beiträge des Internationalen Kongresses zur Bergbaugeschichte*, Bochum, Bundesrepublik Deutschland, 3.–7. September 1989/*Towards a Social History of Mining in the 19th and 20th Centuries*. München 1992, S. 1046–1065.

trag des Bergmanns eine Zwangsabgabe, der sogenannte Büchsenpfennig. Für die Opfer von Unfällen oder Krankheiten bestand aber weiterhin kein Rechtsanspruch auf Unterstützung; die Knappschaften blieben primär wohlthätige Organisationen, die ihre Zahlungen aus dem aufgebauten Unterstützungsfonds nach eigenem Gutdünken bemessen und gegebenenfalls auch verweigern konnten. Die Knappschaften wurden somit erst dann zu *Krankenversicherungen*, als in den jeweiligen Statuten festgelegt wurde, mit welchen Leistungen ein verletzter oder kranker Beitragszahler im Schadensfall verbindlich rechnen konnte.²³

In unserem eigentlichen Betrachtungszeitraum (Mitte 19. bis Anfang 20. Jahrhundert) wurden die Handlungsspielräume der Knappschaften,²⁴ die neben der Krankenversicherung auch eine Invaliditätsversicherung für ihre Mitglieder bereitstellten, maßgeblich zunächst durch die preußische, danach durch die Reichsgesetzgebung beeinflusst. Mitte des 19. Jahrhunderts gab Preußen das ein Jahrhundert zuvor von Friedrich dem Großen etablierte Direktionsprinzip auf, das sowohl die Zechenunternehmen als auch die Knappschaften einer stringenten staatlichen Aufsicht unterstellt und die Betriebsführung an staatliche Bergbeamte delegiert hatte.²⁵ Durch das „Gesetz betreffend die Verhältnisse der Verhältnistümer eines Bergwerks“ vom 12. Mai 1851 erhielten die Bergbauunternehmer die vollständige Kontrolle über ihren Betrieb und waren nunmehr unter anderem dazu berechtigt, Löhne festzusetzen, Bergleute anzuwerben und auch zu entlassen. Das „Gesetz betreffend die Vereinigung der Berg-, Hütten- und Salinenarbeiter in Knappschaften“ vom 10. April 1854 berechnete die Knappschaften, die Höhe ihrer Beiträge und Leistungen im Rahmen bestimmter Vorgaben nach eigenem Ermessen festzulegen. Die Beiträge der Bergleute durften entweder als bestimmter Prozentsatz vom Lohn oder als fester absoluter Betrag pro Mitglied erhoben werden. Die Bergbauunternehmer hatten mindestens die Hälfte der Summe der Beiträge aller Bergleute als eigenen Beitrag an die Knappschaftskasse zu entrichten. Auf der Leistungsseite waren im Bereich der Krankenversicherung neben den ärztlichen Dienstleistungen und den benötigten Arzneimitteln auch ein Krankengeld für maximal acht Wochen zu finanzieren. Zusammenfassend besaß das System der berufsständischen Knappschaftskrankenkassen somit bereits Mitte des 19. Jahrhunderts alle wesentlichen Charakteristika der späteren Bismarck'schen Krankenversicherung der Arbeiter.

Durch das „Allgemeine Berggesetz für die preußischen Staaten“ vom 24. Juni 1865 wurde den Knappschaften die Möglichkeit eingeräumt, in ihrem Einzugsgebiet mehrere kleine und voneinander unabhängige Krankenkassen zu errichten. Nach Auffassung von Albert Wirtz

- 23 Wagner-Braun nennt als frühestes bekanntes Beispiel einer knappschaftlichen Krankenversicherung die Bergordnung von Kurtrier aus dem Jahre 1546, auf deren Grundlage regelmäßige Beiträge der Bergleute und Bergwerke erhoben wurden, die zur Finanzierung der ärztlichen Behandlung und eines vierwöchigen Krankenlohns eingesetzt wurden. In der Zunftordnung der Hamburger Bartscherer von 1452 findet sich für das deutsche Handwerk bereits ein Jahrhundert früher die Etablierung von durch die Mitglieder finanzierten krankengeldähnlichen Leistungen. Vgl. Wagner-Braun: Bedeutung berufsständischer Krankenkassen (wie Anm. 3), S. 29 f.
- 24 Im Jahr 1870 gab es in Preußen insgesamt 91 Knappschaften unterschiedlichster Größe mit jeweils begrenztem regionalem Einzugsgebiet. Durch Fusionen und Schließungen von Knappschaften sank die Zahl der preußischen Knappschaften bis 1920 auf 44. Im Jahr 1924 fand dieser Konzentrationsprozess seinen vorläufigen Endpunkt in der Gründung der Reichsknappschaft. Vgl. Tobias Jopp: Ein risikoreiches Geschäft? Internes und externes Wachstum als risikopolitische Instrumente im preußischen Knappschaftswesen 1854–1923, in: Bartels (Hg.): Berufliches Risiko (wie Anm. 6), S. 189–224, hier 195 f.
- 25 Zum Direktionsprinzip im Ruhrbergbau vgl. Michael Fessner: Steinkohle und Salz. Der lange Weg zum industriellen Ruhrrevier (Veröffentlichungen aus dem Deutschen Bergbau-Museum Bochum 73). Bochum 1998.

(1911) war diese Kann-Vorschrift explizit gegen das Problem der „Simulation“ gerichtet:

„Der Erlass dieser Bestimmung war eine Folge der häufigen Simulationen, die auch im Ruhrbezirk wiederum eine rasche Steigerung der jährlich verausgabten Krankengelder herbeigeführt hatten. [...] Der Gesetzgeber hatte sich von der Ansicht leiten lassen, dass im Gegensatz zu den Pensionskassen, beim Krankenunterstützungswesen eine möglichste Dezentralisation zu wünschen sei, da in einem engeren Kreise eine schärfere Kontrolle ausgeübt werden könne.“²⁶

Peter Simons kommentierte im Jahr 1895:

„Zu der Einrichtung der abgesonderten Krankenkassen wurde gesagt, dass sie ein wirksames Mittel gegen verstellte Krankheiten gewährt, weil die Arbeiter sich innerhalb des engen Kreises einer einzelnen Belegschaft leichter kontrollieren können.“²⁷

Auch Ulrich Elsholz (1910) kam für das sächsische Knappschaftswesen zu einem ähnlichen Schluss:

„Bei den Krankenkassen sind kleine und lokale Gebilde nötig, weil die Mitglieder im Interesse der Kasse einer Aufsicht unterworfen sein müssen, um Simulation möglichst zu vereiteln. Die Oberhohndorfer Knappschaftskasse erfüllt wegen der hohen Zahl an Mitgliedern (über 4000) die Voraussetzungen einer Pensionskasse. Aber bei der Organisation der Krankenkasse wird ihr die hohe Mitgliederzahl zum Verderb. Die Mitglieder sind in den verschiedensten Ortschaften ansässig; sie verteilen sich auf ein zu großes Gebiet. Die Folge ist, dass die Ausgaben für Krankenlöhne unverhältnismäßig hoch sind.“²⁸

Die Zeitgenossen waren sich offensichtlich darin einig, dass sich die Knappschaften um die Etablierung kleinerer Krankenkassen bemühen sollten, weil eine überschaubare Zahl von Versicherten nicht nur deren Kontrolle erleichterte, sondern auch für die Versicherten selbst Möglichkeiten und Anreize schuf, sich gegenseitig durch soziale Sanktionen zu kontrollieren.²⁹ Diese Schlussfolgerung beruhte auf der Vorstellung, dass es dem „Simulanten“ leichter falle, sich auf Kosten einer großen und damit anonymen Krankenkasse zu bereichern, als in einer kleinen Krankenkasse persönlich den Kollegen, die einen merklichen Beitrag zur Finanzierung des eigenen Krankenlohns geleistet haben, gegenüberzutreten. Von den Knappschaften wurde diese im Allgemeinen Berggesetz von 1865 eingeräumte Möglichkeit in den meisten Fällen zwar nicht umgesetzt, doch beförderte diese Diskussion schließlich die Einrichtung der Ortskrankenkassen im Rahmen des Bismarck'schen Krankenversicherungssystems.

Umgekehrt hatten die Sozialversicherungsgesetze des Reiches unmittelbare Auswirkungen auf die Geschäftstätigkeit der Knappschaftskrankenkassen, die zwar ihre Unabhängigkeit prinzipiell bewahrten, aber gezwungen wurden, sich dem erhöhten Leistungsniveau der Bismarck'schen Krankenkasse der Arbeiter anzupassen. So mussten in den Jahren 1887 und 1905 die meisten Knappschaftskrankenkassen ihre täglichen Krankengeldzahlungen jeweils erhöhen und die maximale Bezugsdauer dieser Lohnersatzleistung auf zunächst 13 und dann 26 Wochen ausdehnen.³⁰

26 August Wirtz: *Entwicklung und Organisation des Knappschaftswesens im Ruhrkohlenbezirk*. Weimar 1911, S. 105 f.

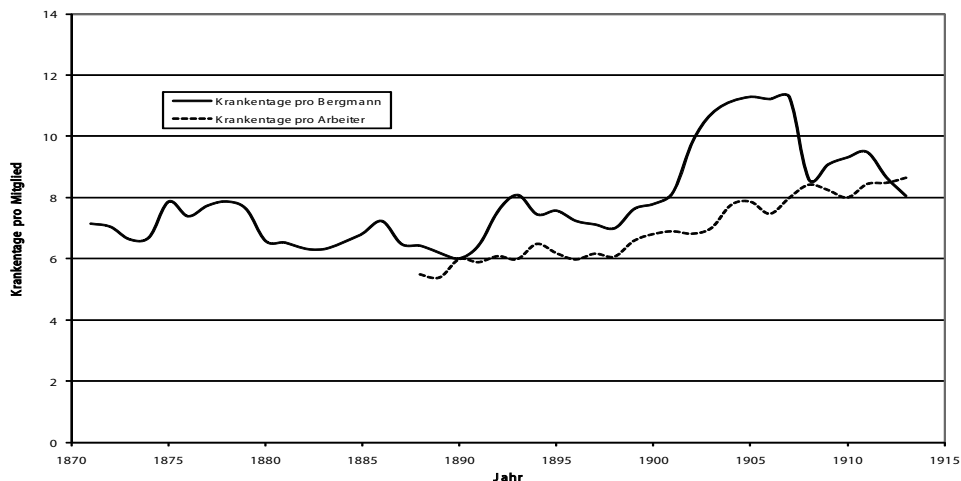
27 Peter Simons: *Das deutsche Knappschaftswesen*. Mainz 1895, S. 8.

28 Ulrich Elsholz: *Die Entwicklung des sächsischen Knappschaftswesens*. Dresden 1910, S. 36.

29 Diese Lösung des Problems des moralischen Risikos mittels sozialer Kontrolle innerhalb kleiner Krankenkassen entspricht dem Konzept der ebenfalls räumlich begrenzten Kreditgenossenschaften, die Fehlverhalten ihrer Kreditnehmer zu verhindern suchten. Vgl. Timothy W. Guinnane: *Cooperatives as Information Machines: German Rural Credit Cooperatives, 1883–1914*, in: *Journal of Economic History* 61 (2001), S. 366–389.

30 Vgl. Tobias Jopp: *The Welfare State Evolves: German Knappschaften, 1854–1923*, in: *FZID Discussion Papers* 16-2010, Universität Hohenheim.

Schaubild 1: Krankentage pro Mitglied in den preußischen Knappschaften 1861–1913 und in der Bismarck'schen Krankenversicherung 1888–1913



Quellen: Statistik der Knappschaftsvereine des preussischen Staates, Jahrgänge 1862–1922; David Khoudour-Castéras: Welfare State and Labor Mobility: The Impact of Bismarck's Social Legislation on German Emigration before World War I, in: *Journal of Economic History* 68 (2008), S. 211–243, hier 234.

Hilfscassenvereinen bei Neigung zur Simulation der Mangel einer Krankheit überhaupt lieber und leichter verbirgt.“³³

Als Beleg für seine These wies Schlockow auf die großen Unterschiede in der Zahl rheumatischer Krankheiten in den verschiedenen Knappschaftskrankenkassen hin. Beispielsweise verzeichnete der Oberschlesische Knappschaftsverein nur 4,8 Fälle von Rheumatismus je 100 Mitglieder, während sich diese Vergleichszahl beim Clausthaler Knappschaftsverein auf 26,7 belief. Elmar Menzel zitiert zu derselben Problematik eine Aussage des Medizinalrats Dr. Tenholt, der für den Regierungsbezirk Arnsberg zuständig war und später Oberarzt des Bochumer Allgemeinen Knappschaftsvereins wurde,³⁴ aus dem Jahr 1887:

„Das Wort Rheumatismus erfreut sich im Volke einer allgemeinen Sympathie, es befriedigt den Patienten und selbst den Arzt. Leider ist es seit der Wirksamkeit der sozialpolitischen Gesetze, wie sehr auch die Wohlthaten derselben anzuerkennen sind, noch mehr zu Ehren gekommen, obwohl niemand, selbst der Arzt nicht, weiß, was Rheuma ist. Das Wort dient gar zu häufig als Deckmantel der Unwissenheit, als letztes Refugium in den Fällen, in welchen der Arzt die Überzeugung gewonnen zu haben scheint, dass sein Klient, obgleich den objektiven Erscheinungen nach gesund, dennoch leidend ist.“

33 Schlockow: *Die Gesundheitspflege* (wie Anm. 31), S. 160.

34 Als Oberarzt des Allgemeinen Knappschaftsvereins zu Bochum unterstand August Tenholt das gesamte vereinseigene Medizinalwesen. Er führte die Oberaufsicht über die Knappschaftsärzte, verfasste die Gesundheitsberichte des Knappschaftsvereins und gutachtete in strittigen Fragen der Invalidisierung.

Deshalb schlug Tenholt vor,

„die Diagnose Rheumatismus und Neurasthenie von den Krankenscheinen wenigstens ganz zu verbannen. In den meisten Fällen, wo solche Diagnosen vorliegen, wird man entweder eine bestimmte Organerkrankung nachweisen oder den Mann, sei es der Übertreibung, sei es der Simulation, überführen können.“³⁵

Sollte Rheumatismus das bevorzugte Krankheitsbild der „Simulanten“ gewesen sein, müsste sich die unterschiedliche Häufigkeit seines Auftretens in den verschiedenen Knappschafts-krankenkassen auch durch ökonomische Determinanten erklären lassen, die zwar keinen medizinischen Einfluss auf diese Krankheit nehmen, aber die „Simulation“ als solche attraktiver machen. Tatsächlich konnten Guinnane und Streb nachweisen, dass in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Zahl der rheumatischen Erkrankungen in einer Knappschaft sowohl durch die Höhe des Krankenlohns als auch durch den Beitrag der Bergbauunternehmer positiv beeinflusst wurde.³⁶ Dieses Ergebnis stützt die Vermutungen der Zeitgenossen. Zumindest ein Teil der diagnostizierten Rheumatismusfälle ist als „Simulation“ zu interpretieren, da sich deren Anzahl erhöhte, wenn erstens die Lohnersatzleistung anstieg und damit Freizeit attraktiver wurde und zweitens diese Lohnersatzleistung in zunehmendem Maße von den Bergbauunternehmern und nicht von den Arbeitskollegen finanziert wurde.

Eine zweite zeitgenössische Debatte widmete sich der Frage, ob bestimmte Krankheiten, unabhängig davon, ob sie zweifelsfrei diagnostiziert werden konnten oder nicht, die Arbeitsfähigkeit des Bergmannes überhaupt so stark einschränkten, dass ein Fernbleiben vom Arbeitsplatz gerechtfertigt war. Verdeutlicht werden kann diese Diskussion am Fall des unkontrollierten und rhythmischen Augenzitterns (Nystagmus), von dem viele Bergleute betroffen waren. In den 1870er Jahren herrschte zunächst noch die Auffassung vor, dass es sich beim Augenzittern ähnlich wie beim Rheumatismus nicht um eine Berufskrankheit, sondern nur um die „Simulation“ einer Krankheit handeln würde.³⁷ Für unsere Betrachtung ist das Augenzittern aber vor allem deshalb von Bedeutung, weil es zeigt, dass der Begriff „Simulation“ aus Sicht der Krankenversicherungsträger nicht nur das Vortäuschen einer Krankheit, sondern auch das Vortäuschen der Arbeitsunfähigkeit infolge einer objektiv vorliegenden Krankheit umfassen konnte. Dies macht deutlich, dass nicht die medizinische Kategorisierung gesund/krank, sondern die ökonomische Unterscheidung arbeitsfähig/arbeitsunfähig für die knappschaftlichen Krankenversicherungen relevant war.³⁸ Beispielsweise machte die Verwaltung der Ruhr-Knappschaft in einem Rundschreiben an die Knappschaftsärzte Mitte der 1920er Jahre deutlich, dass das Vorliegen von Augenzittern nicht automatisch zum Anspruch von Krankengeld führen dürfe, „sondern es bleibt von Fall zu Fall objektiv zu prüfen, ob infolge des Augenzitterns die bisher ausgeübte Erwerbstätigkeit nicht mehr oder doch nur mit der Gefahr, den Zustand zu verschlimmern, ausgeübt werden kann“.³⁹ Wir haben es hier also mit

35 Elmar Menzel: *Bergbau-Medizin einst und jetzt. Entwicklung des bergmännischen Gesundheitswesens unter Einschluß der Kranken- und Unfallversicherung.* Berlin 1989, S. 186.

36 Vgl. Guinnane/Streb: *Moral Hazard* (wie Anm. 32), S. 36.

37 Obwohl dieser Standpunkt in der Folgezeit schnell verworfen wurde, erhielt das Augenzittern in der Bundesrepublik erst 1961 den offiziellen Status einer Berufskrankheit. Vgl. Ilse Wild: *Der Nystagmus der Bergleute. Eine Untersuchung der Berufskrankheit vom ersten Auftreten 1860 bis zu ihrem Erlöschen im europäischen Steinkohlebergbau.* Bochum 1992, S. 50 f.

38 Zum Gesundheitsbegriff als soziales Konstrukt vgl. auch Reinhard Spree: *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich.* Göttingen 1981, S. 23 f.

39 Rundschreiben der Ruhrknappschaft an die Knappschafts-Augenärzte vom 30. Dezember 1925, in: *Die Knappschaft. Nachrichtenblatt für die Knappschaftsangestellten* 1 (1925), Nr. 25, S. 495–497.

zwar überlappenden, aber dennoch im Hinblick auf die Ökonomisierung der Krankheit unterschiedlichen Definitionen von Krankheit und Gesundheit zu tun, die der deutschen Tradition, Versicherungsleistungen an die Erwerbsarbeit zu koppeln, entspricht. An dieser Stelle wäre die These, dass der Krankheitsbegriff der Krankenversicherung, bzw. genauer der Begriff der Arbeitsunfähigkeit eine gleichsam interessengeleitete Deformierung des medizinischen Krankheitsbegriffes darstelle, allerdings abwegig. Konzepte von Gesundheit und Krankheit waren und sind historisch wandelbar, sie entsprechen keiner anthropologischen oder medizinischen Ontologie. Auch der Krankheitsbegriff der Mediziner ist sozial ausgehandelt und konstruiert. Zudem sei hier auch darauf hingewiesen, dass der fehlende Nachweis objektiver Krankheitskriterien keineswegs immer zu einem Verdacht der Simulation führte, sondern in jedem Falle ein Hinweis auf absichtliche, bewusste Täuschung durch den Versicherten vorliegen musste, was zum Beispiel bei der Diagnose einer Rentenneurose nicht der Fall war.⁴⁰

Aufgrund der Forderung nach objektiven Kriterien der Erwerbsminderung wurde die medizinische Erforschung des Augenzitterns in den 20er und 30er Jahren des 20. Jahrhunderts noch einmal vorangetrieben. Es blieb jedoch dabei, dass man zwar die rollende Bewegung der Augäpfel als objektives Krankheitssymptom bewertete, die subjektiven Beschwerden, wie Sehverschlechterung, Schwindel und Kopfschmerz, die die berufliche Leistungsfähigkeit einschränkten, kaum objektiv im Sinne des Versicherungsrechts bewerten konnte. Aus medizinischer Sicht war man sich zwar sicher, dass das Augenzittern als solches nicht simulierbar war, was allerdings die Folgeerscheinungen anging, die wesentlich für die Kategorisierung arbeitsfähig/arbeitsunfähig waren, bewegte man sich weiterhin in einer Grauzone, die letztlich zu einem großen Ermessensspielraum der Knappschaftsärzte führte, aber auch die Möglichkeit eröffnete, durch Übertreibung der Symptome krankgeschrieben zu werden. Der Bottroper Augenarzt Johannes Ohm, der als Facharzt der Knappschaft maßgeblich die Erforschung des Nystagmus und auch dessen Objektivierung im Sinne der Versicherungspraxis vorantrieb, gab zu bedenken: „Über Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit usw. kann jeder klagen und mancher wird es tun, wenn er dadurch eine Rente erreichen kann.“⁴¹ Ohm selbst unternahm zur weiteren Objektivierung des Nystagmus umfassende Messungen des Zitterns der Augen, der Lider und des Kopfes. Diese Versuche, die objektive Beurteilung des Augenzitterns durch technische Messverfahren zu erreichen, also z. B. durch Messung der Frequenz, Amplitude und Regelmäßigkeit des Augenzitterns, wurden jedoch in der Versicherungspraxis nicht umgesetzt, zumal dies auch nicht mehr über die Arbeitsfähigkeit ausgesagt hätte. In anderen Bereichen der Krankheitsobjektivierung stellten technische Apparaturen aber eine bedeutsame diagnostische Strategie der Knappschaftsärzte dar. Ohne dies hier näher ausführen zu können, sei z. B. auf die Bedeutung des Röntgenapparates für die Diagnose der Silikose (Lungenkrankheit durch Ablagerung von mineralischem Staub) verwiesen.

Die bisherigen Ausführungen dieses Abschnitts beschäftigten sich ausschließlich mit den Motiven des Bergmanns zur „Simulation“. Einige Autoren sind allerdings der Meinung, dass in Zeiten des konjunkturellen Abschwungs auch die Bergbauunternehmer ein Interesse an einem zunehmenden Krankenstand besitzen konnten und deshalb ihre Bergleute zur „Simulation“ ermunterten. Adolf Arndt, Oberbergat in Halle an der Saale, führte hierzu 1894 aus:

40 Vgl. hierzu den im ersten Abschnitt beschriebenen Forschungsstand zur Rentenneurose.

41 Johannes Ohm: Praktische Fragen aus dem Gebiete des Augenzitterns der Bergleute (Schriften aus dem Gesamtgebiet der Gewerbehygiene, NF 42). Berlin 1932, S. 21.

„Wenn die Löhne fielen, namentlich aber, wenn die Arbeiter nicht mehr ganze, sondern nur noch theilweise Schichten verführen, steigen erfahrungsgemäß die Krankheiten und damit die Belastung der Knappschaftskasse. Es komme sogar in Zeiten absteigender Konjunktur vor, dass einzelne Arbeitgeber ihre Arbeiter, um den Lohn zu sparen, aufforderten, sich krank zu melden, also zu simulieren.“⁴²

Der erste Teil des Arguments von Arndt bezieht sich noch auf die Motive des Bergmanns. Wenn der Lohn bei stockendem Kohleabsatz sank, erhöhte sich die relative Attraktivität des Krankengeldes und damit der „Simulation“, da diese Lohnersatzleistung im Gegensatz zum Lohn in einer Konjunkturkrise nicht unmittelbar verringert wurde. Der zweite Teil des Arguments betrachtet nun erstmals auch die Abwägungen des Unternehmers. Wollte dieser seine Stammebelegschaft trotz Absatzkrise halten, war er gezwungen, allen gesunden Bergleuten, ob gerade benötigt oder nicht, einen leistungsunabhängigen Grundlohn auszuzahlen, der den Gewinn seiner Zeche entsprechend minderte. Überredete er jedoch einen Teil seiner gesunden, aber aktuell beschäftigungslosen Stammebelegschaft zur „Simulation“, wurde deren Krankengeld aus den Beiträgen aller in einer Knappschaft zusammengefassten Bergleute und Unternehmen und damit nur zu einem vergleichsweise geringen Teil aus seiner eigenen Kasse finanziert. Man könnte ein solches Verhalten der Bergbauunternehmer, sofern es tatsächlich nachgewiesen werden kann, als betrügerische Ausbeutung der knappschaftlichen Krankenversicherung deuten. Eine positivere Interpretation könnte allerdings lauten, dass die Bergbauunternehmer, indem sie zur „Simulation“ aufforderten, in der Krise die bereits existierende Krankenversicherung implizit als eine Arbeitslosenversicherung nutzten, die in Deutschland als expliziter Zweig des Sozialversicherungssystems erst am Ende der Weimarer Republik eingeführt wurde.

Die Diskussion über den ungerechtfertigten Leistungsbezug durch „Simulanten“ nahm in der Weimarer Republik eine vorher nicht da gewesene Schärfe an und stellte die Legitimität des gesamten Sozialversicherungssystems in Frage. Ein Ausgangspunkt dieser Kritik war die Leistungsausweitung der knappschaftlichen Krankenversicherung durch das Reichsknappschaftsgesetz in der Fassung von 1926, welches von den Bergbauunternehmen rigoros abgelehnt wurde.⁴³ Durch dieses Gesetz wurde die Höhe des Krankengelds weitaus enger als zuvor an das vor der Krankschreibung erzielte Einkommen des Bergmanns gekoppelt. Zudem wurden nun auch Sonn- und Feiertage innerhalb der Krankschreibungszeit vom Krankengeld abgedeckt. Allerdings blieb es bei der dreitägigen Karenzzeit, die nicht durch Lohnersatzleistungen kompensiert wurde. Tatsächlich stieg im Anschluss an diese Leistungsausweitung der Krankenstand erheblich an (Juli 1926: 7 Prozent, Februar 1927: 9,5 Prozent). Diese Beobachtung bot den Gegnern allzu üppiger sozialer Leistungen genug Munition, um sowohl die Versicherungsmoral der Bergleute in Zweifel zu ziehen, als auch grundsätzlich gegen die expansive Sozialpolitik in den 1920er Jahren zu polemisieren.

De facto hatte die Schwerindustrie an der Ruhr Ende 1928 im sogenannten Ruhreisenstreit den sozialpolitischen Konsens der Weimarer Republik aufgekündigt, indem sie den staatlichen Schlichterspruch in den damaligen Tarifauseinandersetzungen ablehnte und als Druckmittel eine große Zahl von Arbeitnehmern aussperrte.⁴⁴ Die Industriellen an der Ruhr

42 Adolf Arndt: *Bergbau und Bergbaupolitik*. Leipzig 1894, S. 134.

43 Martin H. Geyer: *Die Reichsknappschaft, Versicherungsreform und Sozialpolitik im Bergbau 1900–1945*. München 1987, S. 134–146.

44 Vgl. Michael Schneider: „In voller Erkenntnis der Tragweite des jetzigen Konflikts.“ *Der Ruhreisenstreit 1928/29*, in: Lutz Niethammer u. a. (Hg.): *„Die Menschen machen ihre Geschichte nicht aus freien Stücken, aber sie machen sie selbst.“ Einladung zu einer Geschichte des Volkes in NRW (Wir in Nordrhein-Westfalen – Unsere gesammelten Werke 8)*. Essen 2006, S. 136–139.

traten nun vehement für eine sozialpolitische Kehrtwende ein, die wieder das freiwillige Fürsorgeprinzip anstelle des paritätisch finanzierten Versicherungssystems vorsah.⁴⁵ Insbesondere die populistischen Schriften des DNVP-Politikers Gustav Hartz und des Arztes Erwin Liek beeinflussten die öffentliche Auseinandersetzung um die Ausgestaltung der Sozialpolitik und deren Folgen für die Moral der Versicherten.⁴⁶ Hartz argumentierte ganz im Sinne der Ruhrindustrie, wenn er die Abschaffung der staatlichen „Zwangsversicherung“ zu Gunsten von privaten Vorsorgeeinrichtungen forderte und dies mit einem Verweis auf den Leistungsmisbrauch der sogenannten „asozialen Elemente“ tat, die erst durch das staatliche Sicherungssystem produziert würden.⁴⁷ Gerade die Krankenversicherung wurde von beiden als eine Versicherungsform kritisiert, die weniger der Behandlung von Krankheiten diene als der Absicherung allgemeiner ökonomischer Not. Erwin Liek, einer der prominentesten, aber auch umstrittensten Exponenten der am Ende der 1920er Jahre geführten Debatte um die „Krise der Medizin“ stellte fest:

„Aber der Gesundheitswille wird untergraben durch die Möglichkeit, einen Kassenschein, d.h. Geld ohne Arbeit zu erhalten. [...] Die Fleißigen, Tüchtigen, Starken, Ehrlichen zahlen unnötigerweise für die Weichlichen und Faulen.“⁴⁸

Während der Politiker Hartz vor allem die Krisensymptome der staatlichen sozialen Sicherungssysteme im Rahmen der sozialpolitischen Auseinandersetzungen Ende der 1920er Jahre kritisierte, speisten sich Lieks vehemente Ablehnung der gesetzlichen Krankenkasse und die Abscheu vor Simulanten und „verweichlichten“ Patienten aus anderen Quellen. Inspiriert von der Humoralpathologie und ganzheitlichen medizinischen Auffassungen, die vor allem die heilenden Kräfte der Natur zur Wiederherstellung der internen menschlichen Störungen betonten, wandte sich Liek vehement gegen die naturwissenschaftlichen Leitbildern folgende mechanistisch-rationalistische Schulmedizin.⁴⁹ In seinem romantisierenden, rechtskonservativ geprägten medizinischen Weltbild hatten die pharmazeutische Industrie, in Massenfertigung hergestellten Medikamente und die moderne Apparatemedizin ebenso wenig Platz wie hochspezialisierte Mediziner, Großkliniken und bürokratisch organisierte Krankenversicherungen, die diesen medizinischen Massenbetrieb erst möglich machten. Auch bei Liek taucht das Argument auf, dass erst die moderne Krankenversicherung Phänomene wie das Simulantum oder die Einbildung von Krankheiten hervorgebracht habe.

Liek und Hartz zogen von denkbar unterschiedlichen Standpunkten – der eine als Sozialpolitiker, der andere als Mediziner – gegen die Krankenversicherung Bismarck'scher Prägung zu Felde. Beide verband dagegen, dass sie im Rahmen ihrer sozialdarwinistisch geprägten Argumentation sich der Figur des „Simulanten“ bedienten, um letztlich die Legitimation des Weimarer Wohlfahrtsstaates zu untergraben. Schon längst war „Simulation“ nicht mehr nur ein versicherungstypisches Prinzipal-Agenten-Problem, sondern ein medial aufgeblasener und propagandistisch ausgeschlachteter Topos geworden, der die öffentliche

45 Vgl. Christoph Butterwegge: *Krise und Zukunft des Sozialstaates*. 3. Aufl., Wiesbaden 2006, S. 52–59.

46 Gustav Hartz: *Irrwege der deutschen Sozialpolitik und der Weg zur sozialen Freiheit*. Berlin 1928; Erwin Liek: *Die Schäden der sozialen Versicherungen und Wege zur Besserung*. 2. Aufl., München 1928.

47 Hartz: *Irrwege der deutschen Sozialpolitik* (wie Anm. 46), S. 80 f.; ders.: *Neue Wege der Sozialpolitik*. Langensalza 1929, S. 21 f.

48 Liek: *Schäden der sozialen Versicherungen* (wie Anm. 46), S. 23 f.

49 Zu Erwin Liek siehe Michael Jehs: *Erwin Liek. Weltanschauung und standespolitische Einstellung im Spiegel seiner Schriften*. Frankfurt a. M. 1994, sowie Michael Kater: *Die Medizin im nationalsozialistischen Deutschland und Erwin Liek*, in: *Geschichte und Gesellschaft* 16 (1990), S. 440–463. Zu Verbindungen Lieks zum Nationalsozialismus – ihm sollte angeblich die Gesundheitsführung der NSDAP anvertraut werden –, aber auch zu Differenzen mit der nationalsozialistischen Ideologie siehe insbesondere S. 446–448.

Krisendiskussion über den deutschen Wohlfahrtsstaat und seine sozialen Sicherungssysteme anheizte.

Dieser Abschnitt sollte verdeutlicht haben, dass die Knappschaften des 19. und frühen 20. Jahrhunderts die „Simulation“ von Krankheit und (temporärer) Erwerbsunfähigkeit als ernsthafte und dauerhafte Gefährdung ihrer finanziellen Solidität wahrnahmen. Im verbleibenden Teil des Aufsatzes werden wir darstellen, durch welche Maßnahmen die Knappschaften diese Form des „moralischen Fehlverhaltens“ zu bekämpfen suchten.

Die Bekämpfung des „Simulantentums“ durch Anreize

Die Vertreter der Knappschaftskrankenkassen im 19. Jahrhundert gingen bereits wie die heutigen Versicherungsökonominnen von der Hypothese aus, dass unter sonst gleichen Umständen die Neigung zur „Simulation“ positiv von der Höhe des Krankengeldes abhängt. Wollte man die Attraktivität des „Simulierens“ verringern, galt es also in erster Linie, die Höhe dieser Lohnersatzleistung herabzusetzen. Dabei beschränkten die Knappschaftskrankenkassen zwei sich ergänzende Wege: die Einführung von Karenztagen und die unmittelbare Kürzung des täglichen Krankenlohns.

Karenztage nennt man die Tage zu Beginn einer Krankheit, für die der Kranke keinen Krankenlohn erhält. Ähnlich wie bei der Selbstbeteiligung des Fahrzeughalters im Falle einer Kfz-Haftpflichtversicherung trägt der Krankenversicherte hierdurch einen Teil der Krankenkosten durch Verzicht auf seinen Krankenlohn während der Karenzzeit selbst. Von der Einführung von Karenztagen ist daher zu erwarten, dass sich in erster Linie die Zahl der kurzzeitigen Krankmeldungen reduziert, die vielleicht eher als lang anhaltende Krankheiten tatsächlich der Arbeitsunlust geschuldet sind. Die Erfahrungen der Knappschaftskrankenkassen, für die spätestens seit Ende der 1860er Jahre Karenztage als Maßnahme gegen „Simulation“ obligatorisch wurden, belegen augenscheinlich diese theoretischen Überlegungen. Die Anzahl der Kranken mit einer Krankheitsdauer von weniger als drei Tagen nahm nach Einführung der Karenztage deutlich ab.⁵⁰

Allerdings kann nicht nur der Eintritt, sondern auch die Dauer einer Krankheit vorgetauscht werden. Wenn beispielsweise ein Bergmann darüber nachdachte, sich nach der Ausheilung einer wochenlangen Krankheit durch „Simulation“ der nicht mehr bestehenden Symptome noch eine weitere Woche Erholungszeit zu gönnen, spielten die Karenztage der ersten Krankheitswoche keine Rolle mehr für seine Entscheidung. Die „Simulation“ lang anhaltender Krankheiten konnte durch Karenztage nicht eingedämmt werden. Dies mag erklären, warum viele Knappschaften auf die Erhöhung ihres Krankenstands nicht nur durch die Einführung von Karenztagen, sondern ergänzend durch die unmittelbare Kürzung des Krankenlohns reagierten. Wilhelm Bülow beschreibt diese Entwicklung bereits für den Zeitraum unmittelbar nach der Einführung einer neuen Knappschaftsverordnung in den Bergamtsbezirken Bochum und Essen im Jahr 1824:

„Es zeigte sich bald nach der Einführung des neuen Reglements, dass die Vermögen der Knappschaftskassen keinen merklichen Zuwachs mehr erfuhren, indem die Ausgaben die Einnahmen fast völlig aufzehrten. Dies hatte seine Ursache wesentlich darin, [...] dass die Krankenschichtlöhne zu hoch angesetzt waren, wodurch zu manchen Simulationen und Verschleppungen von Krankheiten Anlass gegeben wurde. Eine oberbergamtliche Verfügung betr. Verhütung von Simulati-

50 Hermann Halbach: Die Einwirkung der Arbeiterversicherungsgesetze auf die Knappschaftsvereine und ihre Einrichtungen. Mit besonderer Berücksichtigung der Knappschaftsvereine im Ruhrkohlenbezirke (Abhandlungen aus dem staatswissenschaftlichen Seminar zu Münster i. W.). Leipzig 1906, S. 39.

onen, nach der das Krankengeld erst vom fünften Tage ab und nach erfolgter Konstatierung der Arbeitsunfähigkeit durch den Bergarzt verabreicht werden durfte, schuf keine Besserung. Erst als am 31. Juli 1834 die Krankenlöhne auf 2/3 des früheren Betrages heruntergesetzt wurden, erzielte man wieder günstige Kassenabschlüsse, so dass die Vermögen der Kassen sich von Jahr zu Jahr recht erheblich steigerten.“⁵¹

Tatsächlich stellten nicht die Arzthonorare, die Krankenhausaufenthalte oder die Arzneimittel, sondern das Krankengeld den wesentlichen Ausgabeposten der knappschaftlichen Krankenversicherungen dar. So geht beispielsweise aus dem Verwaltungsbericht des Allgemeinen Knappschaftsvereins des Jahres 1894 hervor, dass die Zahlung von Krankengeld alleine 2,3 Mio. Mark von insgesamt etwa 3,8 Mio. Mark ausmachte.⁵² Mit einem Anteil von regelmäßig deutlich mehr als der Hälfte der Gesamtausgaben galten die Krankengelder als derjenige Posten, bei dem Einsparungen am lohnenswertesten waren. Diese konnten in den Knappschaften vor 1854 noch relativ problemlos durch Leistungskürzungen von Seiten der Arbeitgeber durchgesetzt werden. Dieses letztlich willkürliche Instrument der Ein- und Ausgabensteuerung wich nach der Verrechtlichung der Versicherungsleistungen weitaus komplexeren Abstimmungsprozessen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, die im Knappschaftsvorstand paritätisch vertreten waren, auch wenn die Werksbesitzer aufgrund der Wahlordnungen ihre dominierende Stellung in der Knappschaftsverwaltung wahren konnten.⁵³ Gleichwohl blieb die Kürzung des Krankengelds weiterhin die erste Option, wenn die finanzielle Lage der Knappschaftskrankenkassen aufgrund steigender Krankenkosten prekär wurde.⁵⁴

Die Finanzierung der Krankenkosten erfolgte mittels des Umlageverfahrens – die Gesamtausgaben eines Jahres wurden folglich durch die Mitgliedsbeiträge desselben Jahres beglichen, kurzfristige Liquiditätsgengpässe aus dem Reservefonds der Knappschaft zwischenfinanziert. Peter Borscheid ist in seiner Einschätzung zuzustimmen, dass das traditionelle und vergleichsweise einfach zu handhabende Umlageverfahren solange reibungslos funktionierte, wie die Krankenversicherung durch viele junge und gesunde Beitragszahler und wenige kranke Leistungsempfänger geprägt war.⁵⁵ Viele Knappschaftsversicherungen wurden aber bereits im späten 19. Jahrhundert mit einem Alterungsprozess konfrontiert,

- 51 Wilhelm Bülow: Das Knappschaftswesen im Ruhrkohlenbezirk bis zum allgemeinen preußischen Berggesetz vom 24. Juni 1865. Tübingen 1905, S. 64.
- 52 Vgl. August Tenholt: Das Gesundheitswesen im Bereiche des Allgemeinen Knappschafts-Vereins zu Bochum. General-Bericht des Knappschafts-Oberarztes Regierungs- und Medizinalrath a. D. Dr. Tenholt. Bochum 1897, S. 21.
- 53 Ulrich Lauf ist der Auffassung, dass „die Werksbesitzer fast über die gesamte Epoche der Knappschaftsvereine ein faktisches Übergewicht [besaßen], das sie sich auf nachdrückliche Weise zu erhalten wussten. Sie stellten nicht nur in aller Regel den Vorstandsvorsitzenden, ihre Vorstandsmitglieder waren den Knappschaftsältesten oft auch intellektuell überlegen und hatten deshalb in der Regel die Meinungsführerschaft inne. Die Ältesten waren wirtschaftlich vom Werk abhängig, und so entstand nach der Beobachtung des Bergarbeiterführers August Siegel, der 1889 im großen Bergarbeiterstreik der Kaiserdelegation angehörte, der Typus des „ja-nickenden“ Zechenältesten, dem bei unternehmenskonformem Verhalten die Beförderung winkte.“ Ulrich Lauf: Die deutschen Knappschaftsvereine (1854–1923). Ein altes Sozialsystem im Rückblick, in: Der Anschnitt 58 (2006), S. 264–294, hier 272.
- 54 Einige prägnante Beispiele finden sich in Otto Hue: Die Bergarbeiter. Historische Darstellung der Bergarbeiter-Verhältnisse von der ältesten bis in die neueste Zeit, Band 2. Stuttgart 1913, S. 213–230. Vgl. auch August Wirtz: Entwicklung und Organisation des Knappschaftswesens im Ruhrkohlenbezirk. Weimar 1911, S. 112.
- 55 Vgl. Borscheid: Individual- und Sozialversicherung (wie Anm. 17), S. 44. Vgl. auch ders.: Systemwettbewerb, Institutionenexport und Homogenisierung. Der Internationalisierungsprozess der Versicherungswirtschaft im 19. Jahrhundert, in: Zeitschrift für Unternehmensgeschichte 51 (2006), S. 28 ff.

der zurzeit charakteristisch für das bundesdeutsche Sozialversicherungssystem ist.⁵⁶ Diese Entwicklung resultierte aus dem Umstand, dass der Geltungsbereich einer Knappschaft auf eine bestimmte Region beschränkt war und deshalb die Erschöpfung der Kohle- oder Erzlagerstätten in dieser Region unweigerlich mit einem Rückgang der Einstellung von neuen, jungen Bergleuten verbunden war. Infolgedessen verschlechterte sich zunehmend das Verhältnis von Beitragszahlern und Leistungsempfängern in der betroffenen Knappschaft. Je stärker dieser Alterungsprozess voranschritt, desto höher war die Motivation des Knappschaftsvorstandes, die Krankenkosten durch Kürzungen des Krankenlohns oder durch Einführung von Karenztagen zu reduzieren.

Eine besondere Maßnahme zur Bekämpfung der „Simulation“ stellte der besonders vom Oberschlesischen Knappschaftsverein genutzte Hospitalzwang dar, der im Prinzip alle Kranken verpflichtete, sich zu einer stationären Behandlung in eines der Knappschaftskrankenhäuser zu begeben. Nach Angaben von Ulrich Lauf wurden etwa 70 Prozent der arbeitsunfähigen Mitglieder dieses Knappschaftsvereins tatsächlich in Krankenhäusern versorgt – aus Sicht des Krankenversicherungsträgers mit durchschlagendem Erfolg. So wies der Oberschlesische Knappschaftsverein im Zeitraum zwischen 1901 und 1908 durchschnittlich nur 6,4 Krankheitstage je Mitglied auf, während sich diese Vergleichszahl für die übrigen preußischen Knappschaftskrankenkassen auf 10,8 Tage und für sämtliche Krankenkassen des Deutschen Reichs auf 7,6 Tage belief.⁵⁷ Die Diskussion des Hospitalzwangs leitet insoweit zum nächsten Abschnitt über, als bei dieser Maßnahme Anreiz und Kontrolle Hand in Hand gingen. Einerseits verlor die durch „Simulation“ erworbene arbeitsfreie Zeit deutlich an Attraktivität, wenn sie im Krankenhaus verbracht werden musste und zudem während der Dauer des Krankenhausaufenthaltes kein Krankengeld ausbezahlt wurde. Andererseits fiel es im Krankenhaus leichter, „Simulation“ durch Langzeitbeobachtungen nachzuweisen.⁵⁸ Der Rückgang der Krankentage je Mitglied infolge des Hospitalzwangs kann allerdings auch durch einen dritten Effekt erklärt werden, der nichts mit „Simulation“ zu tun hatte. Möglicherweise waren die auf die medizinischen Bedürfnisse der Bergleute zugeschnittenen Krankenhäuser des Oberschlesischen Knappschaftsvereins auch einfach nur dazu in der Lage, die typischen Berufskrankheiten effektiver und damit schneller zu behandeln. Eine Beurteilung der relativen Bedeutung dieser drei Effekte wäre nur auf Grundlage individueller Krankenakten des Oberschlesischen Knappschaftsvereins möglich, die nach bestem Wissen der Autoren dieses Aufsatzes nicht mehr vorhanden sind.

Die Bekämpfung des „Simulantentums“ durch Kontrolle

Die erste rechtlich bindende Regulierung zur „Simulation“ im Bergbau an der Ruhr findet sich in der „Knappschafts-Ordnung für die Bergleute in den Bezirken des Märkischen und Essen-Werdenschen Bergamts“ vom 14. Dezember 1824.⁵⁹ Im Paragraph 34 dieser Ordnung wurde bestimmt, dass bei Zweifeln am Krankheitszustand des Versicherten zunächst nur die Hälfte des Krankenschichtlohns ausbezahlt werden sollte. Stellte sich dann heraus, dass

56 Vgl. Jopp: Welfare State Evolves (wie Anm. 30).

57 Vgl. Lauf: Knappschaftsvereine (wie Anm. 53), S. 284 f.

58 Zur Rolle der Knappschaftskrankenhäuser bei der Bekämpfung der Simulanten siehe Lars Bluma: Heterotope Orte: Raumhistorische Dimensionen des knappschaftlichen Krankenhauswesens im Ruhrgebiet, in: Bartels (Hg.): Berufliches Risiko (wie Anm. 6), S. 67–98.

59 Vgl. Knappschafts-Ordnung für die Berg-Leute in den Bezirken des Märkischen und Essen-Werdenschen Bergamts, 14. Dezember 1824. Bochum 1845, S. 6.

der Bergmann tatsächlich eine Krankheit nur vortäuschte, wurde nicht nur der schon ausbezahlte Krankenschichtlohn wieder eingezogen, sondern er wurde einer „den Umständen angemessenen, Strafe unterworfen“⁶⁰. Mitte des 19. Jahrhunderts rückte die Bekämpfung des Leistungsmissbrauchs auf der Prioritätenliste der Knappschaftskrankenkassen weiter nach oben. Dementsprechend wurden im „Statut für den Knappschafts-Verein der Bergarbeiter im Bezirke des königlichen Bergamts zu Bochum“ von 1856 im Paragraph 13 konkrete Bestimmungen zum Leistungsmissbrauch aufgenommen:

„Ist nach dem Urtheil des Arztes die Krankheit erdichtet, oder vorsätzlich erregt, oder vorsätzlich in die Länge gezogen, so muß das empfangene Krankengeld zurückerstattet werden, und es tritt außerdem die im Strafrelement dafür festgesetzte Strafe ein.“⁶¹

Bei der erwähnten Strafe handelte es sich um eine Geldstrafe; allerdings sah die Knappschaftsordnung bei wiederholtem Vergehen oder beim Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte in Folge eines Gerichtsprozesses (im Falle der Simulation konnte nun z. B. wegen Betrugs gegen den Verdächtigen vorgegangen werden) den Verlust der Mitgliedschaft in der Knappschaft einschließlich aller erworbenen Leistungsansprüche vor.

Das „Statut für den Knappschafts-Verein der Bergarbeiter im Bezirke des königlichen Bergamts zu Bochum“ von 1856 verdeutlicht auch, dass die knappschaftlichen Krankenversicherungsträger in erster Linie von ihren Ärzten erwarteten, dass sie „Simulation“ aufdecken und damit verhindern würden. Unbeschadet der bereits oben erörterten Frage, ob die zeitgenössischen Ärzte dazu in der Lage waren, auf Grundlage der vorhandenen Methoden und Instrumente eine Krankheit wie Rheumatismus zweifelsfrei zu diagnostizieren, stellt sich aus der Perspektive des Prinzipal-Agenten-Ansatzes hier die Frage, ob sie an der Entdeckung von „Simulanten“ überhaupt ein Interesse hatten.

Ebenso wenig wie zwischen Krankenversicherungsträgern und versicherten Mitgliedern herrschte zwischen Erstgenannten und den Knappschaftsärzten Interessenharmonie. Während den Versicherungsträgern zur Kostendämpfung an einer konsequenten und lückenlosen Aufdeckung aller „Simulationsfälle“ gelegen war, verfolgten die Ärzte ihre eigenen Ziele. Gemäß der Prinzipal-Agenten-Theorie ist davon auszugehen, dass auch Ärzte in erster Linie ihren persönlichen Nutzen zu steigern suchten, der positiv vom Honorar und negativ von ihrer persönlichen Anstrengung abhängt. Es war daher aus Sicht der Knappschaftskrankenkassen zu befürchten, dass die Knappschaftsärzte „Simulation“ tolerieren oder gar fördern würden, wenn sich dadurch entweder ihr Honorar erhöhen oder ihre Anstrengung reduzieren ließe. Oberbergrat Arndt sprach das Misstrauen der Knappschaften gegenüber ihren Ärzten offen aus:

„Bei der jetzt vorhandenen Überzahl an Ärzten und bei deren nicht seltenen Mangel an ausgiebiger Praxis werde es den Arbeitern nicht schwer, solche Personen zu Ärzten zu wählen, welche den an sie gerichteten Wünschen zu willfahren geneigt seien und leicht Krankenscheine ausstellten.“⁶²

Da dieses „moralische Fehlverhalten“ der Knappschaftsärzte ähnlich wie die „Simulation“ der Bergleute nicht unmittelbar zu beobachten war, entstand eingebettet in das Prinzipal-Agenten-Problem zwischen der Versicherung und den Versicherten ein zweites Prinzipal-Agenten-Problem zwischen der Versicherung und ihren Ärzten.

60 Bülow: Knappschaftswesen im Ruhrkohlenbezirk (wie Anm. 51), S. 99.

61 Statut für den Knappschafts-Verein der Bergarbeiter im Bezirke des königlichen Bergamts zu Bochum, 16. August 1856. Bochum 1857, S. 11.

62 Arndt: Bergbau und Bergbaupolitik (wie Anm. 42), S. 133 f.

Dieses zweite Prinzipal-Agenten-Problem versuchten die Knappschaften ebenso wie das erste durch Anreize und Kontrolle zu vermindern. Wenden wir uns zunächst den Anreizen zu. Wenn die Höhe des Honorars eines Arztes von der Zahl und der Schwere der behandelten Krankheitsfälle abhängt, wird er an möglichst vielen Patienten interessiert und wenig geneigt sein, einen Kunden als „Simulant“ abzulehnen. Das spätestens im Jahr 1887 im Ruhrrevier flächendeckend etablierte und bis 1972 beibehaltene innovative Sprengelarzt-system trug diesem Umstand insoweit Rechnung, als das Honorar der Knappschaftsärzte nicht fallabhängig, sondern als Pauschale in Abhängigkeit von der Zahl der Versicherten im Einzugsgebiet des Sprengelarztes ausgezahlt wurde.⁶³ Die Bezahlung des Arztes ergab sich damit unabhängig davon, ob die ihm zugewiesenen Versicherten, die keine freie Arztwahl hatten, ihn in der Abrechnungsperiode in Anspruch nahmen oder nicht – und er hatte daher auch keinen finanziellen Anreiz, diese zur „Simulation“ zu ermuntern.

Aktuelle Überlegungen zur „Noteninflation“ an Bildungseinrichtungen⁶⁴ lassen uns allerdings bezweifeln, ob das Sprengelarztssystem ausreichte, die Kassen schädigende Kooperation zwischen Knappschaftsärzten und „Simulanten“ gänzlich zu verhindern. So wird gegenwärtig der Verdacht geäußert, dass nicht nur an amerikanischen Universitäten Dozenten fast nur noch Bestnoten vergeben, um zeitraubende Diskussion mit Studierenden zu vermeiden, die sich „zu schlecht“ benotet fühlen. Übertragen auf unseren Fall könnte das bedeuten, dass die Sprengelärzte dem Ersuchen von „Simulanten“ nach Krankschreibung wider besseren Wissens nachkamen, weil sie sich damit Arbeit und Ärger ersparen konnten.

Tatsächlich gerieten bereits im 19. Jahrhundert die Sprengelärzte in den Verdacht, dass sie nicht nach objektiven medizinischen Kriterien krankschrieben, sondern zu oft im Interesse des Versicherten entschieden. Vor allem, wenn sich die finanzielle Lage der knappschaftlichen Krankenversicherungen ungünstig entwickelte, nahmen die Klagen über arbeiterfreundliche Krankschreibungen von Seiten der Knappschaftsverwaltung zu. Es handelt sich hierbei also um einen klassischen Konflikt der Prinzipal-Agenten-Theorie: Der Knappschaftsarzt, der eigentlich als neutrale Institution zwischen Versicherten und Versicherung installiert worden war, befand sich de facto in einem Interessenkonflikt, da er sowohl Prinzipal (Knappschaftsversicherung) als auch Agent (Bergarbeiter) verpflichtet war, und zudem, wie oben schon ausgeführt, eigene Interessen verfolgte. Deshalb waren auch die Knappschaftsversicherungen keineswegs davon überzeugt, dass der Sprengelarzt die Informationsasymmetrie zwischen Versicherung und Versicherten maßgeblich verringerte, sondern betrachteten diesen selbst als ein Teil des *Moral-hazard*-Problems.

Aus Sicht der Knappschaftskrankenkassen bedurfte es somit neben den Sprengelärzten weiterer Kontrollinstanzen, um die „Simulation“ der Bergleute wirksam zu bekämpfen. Traditionell bediente sich die Knappschaftsverwaltung dazu der sogenannten Knappschaftsältesten, die zum Beispiel durch unangekündigte Hausbesuche überprüften, ob der krankgemeldete Bergmann tatsächlich erkrankt war. Obwohl die soziale Kontrolle durch die Knappschaftsältesten seit dem Ende des 19. Jahrhunderts immer mehr an Bedeutung einbüßte, stärkte die Knappschaft an der Ruhr in den Krisenjahren Mitte der 1920er Jahre, die begleitet wurden durch eine signifikante Zunahme der Krankschreibungen, noch einmal die Position der

63 Am Ende des 19. Jahrhunderts betrug die jährliche Kopfpauschale im Durchschnitt 2,50 Mark bei etwa 1.200 betreuten Bergleuten. Vgl. Menzel: *Bergbau-Medizin* (wie Anm. 35), S. 101. Zum Sprengelarztssystem an der Ruhr vgl. Karl Boventer: *Zur Geschichte der Knappschaftsärzte im Steinkohlenbergbau*, in: *Sudhoffs Archiv für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften* 48 (1964), S. 54–62; Hubert Wrede: *Geschichte des Knappschaftsarztes an der Ruhr*. Bochum 1978.

64 Zur „Noteninflation“ vgl. Robert Schwager: *Grade Inflation, Social Background and Labour Market Matching*, in: *ZEW Discussion Paper 08-070* (2008) und die dort genannten Literaturhinweise.

Knappschaftsältesten als Kontrollinstitution. So heißt es in einem Rundschreiben vom 8. Juni 1925:

„Die Vorschrift der Ziffer 8 [...] nach der die Krankfeiernden sowie die Rentenempfänger dauernd zu überwachen und alle Thatsachen, die eine Aenderung oder den Wegfall eines Anspruchs bedingen können oder die Festsetzung einer Ordnungsstrafe erfordern, sogleich uns zu berichten sind, wird anscheinend nicht von allen Aeltesten beachtet. [...] Ergeben sich bei der Ueberwachung, die naturgemäß nicht anders als durch Kontrollbesuche durchgeführt werden kann, Tatsachen, die einen Verstoß gegen die Krankenvorschriften in sich schließen oder annehmen lassen, dass die Kassenleistungen unbegründet sind, so ersuchen wir, sofort uns – bei Krankfeiernden auch den zuständigen Revierarzt – hiervon Mitteilung zu machen.“⁶⁵

Allerdings galt auch für die Knappschaftsältesten das nunmehr wohlbekannte Prinzipal-Agenten-Problem. Einerseits verstanden sie sich als Vertreter der Knappschaftsversicherten, deren Individualinteressen sie gegenüber der Knappschaftsversicherung Geltung verschaffen sollten, andererseits hatten sie aber auch die Ziele der Gemeinschaft aller Versicherten und der Arbeitgeber zu wahren. Dieser Interessenkonflikt führte auf allen Seiten erneut zu einer misstrauischen Haltung der Akteure. Zum einen wurden die Knappschaftsältesten von den Versicherten als Denunzianten verunglimpft und zum anderen zog auch die Knappschaftsverwaltung die Loyalität ihrer Kontrolleure in Zweifel. Daher gingen die größeren Knappschaften bereits Ende des 19. Jahrhunderts dazu über, „Vertrauensmänner“ zu rekrutieren, die zusätzlich zu den Knappschaftsältesten Kontrollaufgaben übernahmen. Ulrich Lauf berichtet, dass im Jahr 1905 im Ruhrrevier neben 310 Knappschaftsältesten auch 15 Vertrauensmänner als Kontrolleure tätig waren, die immerhin 38 Prozent aller Kranken persönlich aufsuchten.⁶⁶

Nach dem Ersten Weltkrieg wurde die medizinische Kontrolle durch Ober- und Vertrauensärzte, die zwischen Sprengelarzt und Knappschaftsverwaltung angesiedelt waren, verstärkt und professionalisiert. Im Folgenden erlangte die Institution der Vertrauensärzte zunehmende Bedeutung für die Bekämpfung des „Simulantenunwesens“ im Bergbau. War der Sprengelarzt sich nicht sicher, ob eine tatsächliche Erkrankung bei einem Bergmann vorlag, hatte er den Patienten zur weiteren Begutachtung an eine oberärztliche Untersuchungs- und Beobachtungsstation zu überweisen. Für Unfallverletzte waren dies 1925 das Krankenhaus Bergmannsheil in Bochum sowie die Knappschaftskrankenhäuser in Gelsenkirchen und Recklinghausen. Sogenannte „gewöhnliche Leiden“, bei denen sich der Sprengelarzt nicht sicher war, ob sie objektiv nachweisbar waren oder Simulation vorlag, wurden an das oberärztliche Büro der Ruhr-Knappschaft in Bochum oder an die knappschaftlichen Untersuchungs- und Beobachtungsstationen im St. Marien-Krankenhaus in Buer, im katholischen Krankenhaus in Hamm sowie im St. Josefs-Krankenhaus in Oberhausen verwiesen.⁶⁷ Mit dem Vertrauensarzt wurde eine Kontrollinstanz durch die Knappschaftsverwaltung etabliert, die in erster Linie die Durchsetzung der Interessen der nicht versicherten, aber Beiträge zahlenden Unternehmer gewährleisten sollte. Dass die Vertrauensärzte von den Bergleuten als Vollstrecker des Unternehmerwillens angesehen wurden, verwundert daher nicht. Allenthalben sprachen die Bergleute auch vom „Misstrauensarzt“.⁶⁸ Offensichtlich führte das chronische Misstrauen der Knappschaftskrankenkassen zu einer Kontrollspirale, in der die Frage „Wer kontrolliert die

65 Rundschreiben der Ruhrknappschaft an die Knappschaftsältesten Nr. 11 vom 8. Juni 1925, in: Die Knappschaft. Nachrichtenblatt für die Knappschaftsangestellten I (1925), Nr. 12, S. 230 f.

66 Vgl. Lauf: Knappschaftsvereine (wie Anm. 53), S. 288.

67 Vgl. Rundschreiben der Ruhrknappschaft an die Knappschaftsärzte Nr. 21 vom 27. Juli 1925, in: Die Knappschaft. Nachrichtenblatt für die Knappschaftsangestellten I (1925), Nr. 15, S. 288 f.

68 Gottlieb Pick: Trennung der Behandlung von der Begutachtung, in: Die Reichsversicherung. Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung 4 (1930), S. 69 f.

Versicherten?“ in zunehmendem Maße von der Frage „Wer kontrolliert den Kontrolleur?“ in den Hintergrund gedrängt wurde. Aus Sicht der Knappschaftskrankenkassen konnten auch all die genannten Kontrollinstanzen das *Moral-hazard*-Problem nicht befriedigend lösen. Vielmehr vervielfältigte sich das Misstrauen der Kassen mit der Zunahme der Kontrollagenten.

Die Strategie der Knappschaften, durch Ausweitung der Kontrollmechanismen die Informationsasymmetrien zwischen Versicherung und Versicherten zu verringern, wurde zudem durch entsprechende Gegenstrategien der Bergmänner unterwandert. Oberärztliche Untersuchungen wurden zum Beispiel umgangen, indem sich betroffene Bergmänner kurz vor dem Untersuchungstermin wieder gesund schreiben ließen, um dann nach dem Verstreichen des Termins erneut krank zu feiern.⁶⁹ Versuche der Bergleute, nach einer Untersuchung, die anstelle der erwarteten Krankschreibung Arbeitsfähigkeit bescheinigte, zwecks Neuuntersuchung den Oberarzt zu wechseln, wurden allerdings durch entsprechende Reglementierung von der Knappschaftsverwaltung verhindert.⁷⁰

Die Knappschaftsverwaltung hoffte, ihren Informationsnachteil weiter zu verringern, indem sie eine umfassende Krankenstatistik aufbaute. Man erfasste die Krankenstände und Krankheitsdauer in den einzelnen Bezirken und beobachtete insbesondere die Zahl der Krankmeldungen in Wochen mit Feiertagen und die Häufigkeit der Gesundheitschreibung für den Anfang eines Monats. Auch diejenigen Versicherten, die nach einer Kündigung krankfeierten und nach der Reichsversicherungsordnung der Weimarer Republik in der Regel während der ersten drei Wochen ihrer Erwerbslosigkeit noch Anspruch auf Zahlung eines Krankengeldes im Krankheitsfall besaßen, wurden statistisch erfasst.⁷¹ Diese Statistiken ergänzten die schon vorhandene detaillierte Erfassung der Krankheitsursachen und -dauer im Ruhrbergbau, die z. B. in den Verwaltungsberichten des Allgemeinen Knappschaftsvereins zu finden ist.

Die Einführung oberärztlicher Begutachtung wurde von Seiten der Knappschaftsverwaltung flankiert mit einer Drohung an die Knappschaftsärzte, diese in Regress zu nehmen, wenn eine Krankschreibung ohne objektiven Befund erfolgte.⁷² Diese Sanktion, die die Sprengelärzte disziplinieren sollte, zog allerdings von deren Seite eine unbeabsichtigte Reaktion nach sich. Zunehmend wurden nun Patienten zur oberärztlichen Nachuntersuchung geschickt, bei denen eigentlich keine Notwendigkeit bestand, insofern als dem betroffenen Sprengelarzt durchaus die Diagnosemethoden und die wissenschaftliche Ausbildung zur Verfügung standen, um zu einem objektiven Urteil zu kommen.⁷³ Die Verwaltung der Ruhrknappschaft unterstellte den Sprengelärzten in diesen Fällen, dass sie unliebsame Entscheidungen gegenüber den Versicherten nicht vertreten wollten, sondern diese auf die Oberärzte abschoben.

Die durch Misstrauen angetriebene „Kontrollspirale“ ging schließlich sogar so weit, dass sich die Verwaltung der Ruhrknappschaft anmaßte, in Zweifelsfällen eine letztinstanzliche

69 Vgl. 1. Rundschreiben der Ruhrknappschaft an die Herren Knappschafts-Bezirksärzte vom 23. Januar 1925, in: Die Knappschaft. Nachrichtenblatt für die Knappschaftsangestellten 1 (1925), Nr. 3, S. 44.

70 Vgl. Rundschreiben der Ruhrknappschaft an die oberärztlichen Untersuchungsstellen und die knappschaftlichen Krankenanstalten vom 7. November 1930, in: Die Knappschaft. Nachrichtenblatt für die Knappschaftsangestellten 6 (1930), Nr. 23, S. 363 f.

71 Vgl. 16. Rundschreiben der Ruhrknappschaft an die Knappschafts-Ältesten vom 7. Oktober 1925, in: Die Knappschaft. Nachrichtenblatt für die Knappschaftsangestellten 1 (1925), Nr. 20, S. 398 f.

72 Vgl. 1. Rundschreiben der Ruhrknappschaft an die Knappschafts-Bezirksärzte vom 23. Januar 1925, in: Die Knappschaft. Nachrichtenblatt für die Knappschaftsangestellten 1 (1925), Nr. 3, S. 44.

73 Vgl. 40. Rundschreiben der Ruhrknappschaft an die Knappschafts-Bezirksärzte vom 12. August 1927, in: Die Knappschaft. Nachrichtenblatt für die Knappschaftsangestellten 3 (1927), Nr. 17, S. 347 f.; 8. Rundschreiben der Ruhrknappschaft an die Knappschafts-Bezirksärzte vom 22. Januar 1931, in: Die Knappschaft. Nachrichtenblatt für die Knappschaftsangestellten 7 (1931), Nr. 3, S. 37 f.

Entscheidung herbeizuführen, die sogar den „ärztlichen Standpunkt“ der Oberärzte aushebelte. Waren objektive Merkmale in der oberärztlichen Begutachtung für eine Arbeitsunfähigkeit nicht feststellbar,

„sprechen aber gleichwohl vom ärztlichen Standpunkt aus Gründe für die Anerkennung der Arbeitsunfähigkeit, so empfiehlt es sich, von der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit abzusehen [...]. Die Entscheidung darüber, ob der Krankenunterstützungsanspruch anzuerkennen oder zu versagen ist, würde dann bei der Verwaltung liegen.“⁷⁴

Auch wenn Eingriffe der Verwaltung in Gutachtenverfahren kaum vorgekommen sein dürften, belegt das Rundschreiben noch einmal allzu deutlich das tiefe Misstrauen, das zwischen den Knappschaftsärzten einschließlich der Vertrauensärzte und der Versicherungsverwaltung herrschte.

Zusammenfassung

Erste quantitative Untersuchungen zur „Simulation“ in den Knappschaften des 19. und frühen 20. Jahrhunderts weisen darauf hin, dass ein Teil der Bergleute ihre berufsständische Krankenversicherung tatsächlich betrogen, indem sie eine Krankheit vortäuschten oder deren Schwere oder Dauer übertrieben. Welchen Anteil diese „Simulationsfälle“ unter allen Krankheitsfällen einnahmen, und ob, wie so oft behauptet wurde, die finanzielle Solidität der Knappschaftskrankenkassen durch dieses moralische Fehlverhalten in nennenswertem Umfang bedroht wurde, ist hingegen weiterhin ungeklärt. Aber selbst dann, wenn „Simulation“ eine Quantité négligeable war und vorrangig in der subjektiven Wahrnehmung der Knappschaftsvorstände und zeitgenössischen Mediziner und Versicherungsökonomien existierte, prägte sie doch über mehr als ein Jahrhundert die Diskussion und die Geschäftspolitik der Knappschaftskrankenkassen.

Die Knappschaften versuchten, durch Anreize und Kontrolle die vermutete „Simulation“ einzudämmen. Dabei setzte die anreizorientierte Geschäftspolitik vor allem auf das Mittel der Kürzung des Krankengelds, sei es mittelbar durch die Einführung mehrerer Karenztage oder unmittelbar durch die Verringerung der täglichen Lohnersatzleistung. Diese Maßnahmen sollten die Krankenzeit finanziell so unattraktiv machen, dass nur noch die „echten“ Kranken bereit waren, die mit der Krankmeldung einhergehenden Lohneinbußen hinzunehmen.

Kontrolle versprachen sich die Knappschaften zunächst von den von ihnen eingesetzten Sprengelärzten, die „Simulation“ ihrer Patienten aufdecken und damit verhindern sollten. Das Misstrauen gegenüber dieser primären medizinischen Kontrollinstanz führte aber in einer „Kontrollspirale“ dazu, dass zusätzlich zu den Sprengelärzten immer neue Kontrollinstanzen geschaffen wurden, die wie im Falle der Knappschaftsältesten und der „Vertrauensmänner“ neben den Ärzten tätig wurden oder wie im Falle der Oberärzte als Kontrolleur des Kontrolleurs die Tätigkeit der Sprengelärzte überwachten. Das jahrhundertalte Misstrauensverhältnis zwischen der Knappschaftsverwaltung, den Knappschaftsärzten und den Bergarbeitern wurde erst durch das Entgeltfortzahlungsgesetz vom 1. Januar 1970 beseitigt, das die Pflicht zur Zahlung eines Krankengeldes von den Krankenkassen auf die Arbeitgeber übertrug. Das zugrunde liegende Prinzipal-Agenten-Problem blieb natürlich auch in der Folgezeit bestehen, nur dass sich jetzt nicht mehr die (Knappschafts-) Krankenkassen, sondern die Arbeitgeber

74 Rundschreiben der Ruhrknappschaft Nr. 63 vom 15. März 1928, in: Die Knappschaft. Nachrichtenblatt für die Knappschaftsangestellten 4 (1928), Nr. 7, S. 107.

um die finanziellen Folgen von „Simulation“ sorgen.

Zusammenfassend liefert dieser Aufsatz am Beispiel der Knappschaften einen umfassenden Überblick über die Wahrnehmung und Bekämpfung von „Simulation“ in der Formationsphase des bundesdeutschen Krankenversicherungssystems. Die Auswirkungen dieser Anreiz- und Kontrollmaßnahmen auf das Verhalten der Versicherten ist jedoch noch weitgehend unerforscht.

Anschrift der Autoren: Dr. Lars Bluma, Abteilung für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum, Malakowturm, Markstr. 258a, 44799 Bochum, E-Mail: lars.bluma@rub.de; PD Dr. Stefan Schulz, Abteilung für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum, Malakowturm, Markstr. 258a, 44799 Bochum, E-Mail: joerg-stefan.schulz@rub.de; Prof. Dr. Jochen Streb, Universität Hohenheim, Fachgebiet Wirtschafts- und Sozialgeschichte mit Agrargeschichte (570 A), 70593 Stuttgart, E-Mail: jochen.streb@uni-hohenheim.de