

# MITWIRKUNGSPFLICHTEN IM KRANKENGELDBEZUG

## KRANKENKASSEN GRENZEN SETZEN

- ▶ Das Krankengeld hat eine wichtige, existenzsichernde Entgeltersatzfunktion für erkrankte Menschen – entsprechend sensibel muss mit ihnen im Krankengeldbezug umgegangen werden. Sie sind durch ihre Erkrankung zudem häufig geschwächt und weniger in der Lage, ihre eigenen Rechte wahrzunehmen.
- ▶ In der derzeitigen Gesetzes- und Rechtslage fehlt es an klaren Vorgaben, welche Daten wann von wem erhoben werden dürfen – im Dschungel der nebligen Vorgaben werden Kranke unter dem Deckmantel der Informationserhebung Druck seitens der Krankenkassen ausgesetzt.
- ▶ Vereinheitlichte Vordrucke, eine klare Trennung der Zuständigkeiten zwischen Krankenkassen und Medizinischem Dienst sowie ein Verbot telefonischer Kontaktaufnahmen kann diesem Problem entgegenwirken.

## ••••• HINTERGRUND

Ist man in Deutschland wegen einer Erkrankung arbeitsunfähig, hat man bis zu 78 Wochen Anspruch auf Krankengeld – die ersten sechs Wochen davon erhält man aber üblicherweise die sogenannte Lohnfortzahlung im Krankheitsfall von seinem Arbeitgeber, erst danach erhalten GKV-Versicherte das sogenannte Krankengeld. Dieses ist niedriger als der Lohn bzw. die Lohnfortzahlung – es beträgt 70 Prozent vom Bruttolohn, maximal 90 Prozent des Nettolohns. Wer Krankengeld bezieht, hat also finanzielle Einbußen. Für die Bezieherinnen und Bezieher von Krankengeld hat diese Leistung eine Entgeltersatzfunktion und dient der wirtschaftlichen Absicherung, ist also in der Regel lebensstandard- und existenzsichernd, zumal sie sich durch ihre Krankheit und Arbeitsunfähigkeit in einer Phase großer Verletzlichkeit befinden.

Unstrittig ist, dass die Krankenkassen bestimmte Informationen erfragen müssen und auch dürfen, um das Krankengeld auszahlen zu können, wie beispielsweise die Kontonummer etc. Auch müssen sie die Möglichkeit haben, Missbrauch vorzubeugen und den Behandlungserfolg sicherzustellen. Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit oder am Behandlungserfolg können sie dann vom Medizinischen Dienst überprüfen lassen. Die Kontaktaufnahme durch die Krankenkasse geschieht häufig telefonisch, teilweise auch schriftlich über sogenannte Selbstauskunftsbögen. Die Krankenkassen berufen sich hierfür auf die Mitwirkungspflicht des Versicherten nach §§ 60 bis 67 SGB I.

Da Krankengeldzahlungen für Gesetzliche Krankenkassen mit ca. sechs Prozent<sup>1</sup> einen nicht unwesentlichen Teil ihrer Ausgaben ausmachen, haben sie einen wirtschaftlichen

Anreiz, dass der Krankengeldbezug so kurz wie möglich dauert. Gleichzeitig befinden sich die Bezieherinnen und Bezieher von Krankengeld nicht nur durch ihre Krankheit in einer Phase großer Verletzlichkeit, sie sind auch finanziell vom Krankengeld abhängig: Ein Wegfall der Krankengeldzahlungen würde sehr viele vor große Probleme, wenn nicht sogar den Ruin, stellen. Es herrscht also ein großes Machtgefälle zwischen Krankenkassen und Krankengeldbezieherinnen und -beziehern.

Die Kombination dieser beiden Sachverhalte – Anreiz zum Druckaufbau auf Seiten der Krankenkasse, eine abhängige und verletzte Situation auf Seiten der Versicherten – bleibt nicht folgenlos, wie auch die Beratungserfahrungen der Verbraucherzentrale Hamburg zeigen: Krankenkassen erfragen mehr, als für die Administrierung nötig ist, sie fra-

**Es herrscht ein großes Machtgefälle zwischen Krankenkassen und Krankengeldbezieherinnen und -beziehern.**

gen nach Sachverhalten, nach denen nur der Medizinische Dienst fragen darf, und sie nutzen diese Informationen, um Druck auf die (angehenden) Krankengeldempfängerinnen und -empfänger auszuüben. Auch vermehrte Beschwerden darüber, dass die Krankenkassen behaupten würden, eine postalisch versendete Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sei nicht angekommen, sind ein weiteres Indiz dafür, dass es einen durchaus strategischen Umgang der Krankenkassen mit dem Krankengeldbezug gibt.

## ... „EINFALLSTORE“ DER KRANKENKASSEN

Es lassen sich drei „Einfallstore“ identifizieren, welche die Krankenkassen nutzen können, um Druck auf Krankengeldempfängerinnen und -empfänger aufzubauen bzw. mehr Informationen als zulässig und benötigt zu erfragen:

### **VERQUICKUNG DER INFORMATIONENABFRAGE MIT DEM KRANKENGELDFALLMANAGEMENT**

Nach § 44 Abs. 4 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse – das sogenannte Krankengeldfallmanagement. Dazu gehören Leistungen und unterstützende Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Zu denken ist hier an Beratung bezüglich alternativer Behandlungsmethoden oder die Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Leistungserbringern. Die Krankenkasse muss die Versicherten vorab schriftlich über Inhalt, Ziele, Art und Umfang der Beratung, ihre Freiwilligkeit, die damit einhergehende Verarbeitung der personenbezogenen Daten und die Möglichkeit des Widerrufs der Einwilligung informieren – und der Versicherte muss diesem schriftlich zugestimmt haben. Es handelt sich um ein Recht der Versicherten, aus dessen Ablehnung keine Nachteile entstehen dürfen.

In der Praxis ist es daher nicht möglich, pauschal eine scharfe Trennlinie zwischen denjenigen Informationen zu ziehen, nach welchen die Krankenkassen fragen dürfen, und nach welchen nicht, hängt dies doch davon ab, ob dem Krankengeldfallmanagement zugestimmt wurde oder nicht. Diese Uneindeutigkeit machen sich die Kranken-

kassen zu Nutze, um auch ohne Zustimmung zum Krankengeldfallmanagement nach Informationen zu fragen, die nicht unter die Mitwirkungspflicht fallen. Hinzu kommt, dass die Schreiben der Krankenkassen mitunter so geschickt gestaltet sind, dass der Eindruck erweckt wird, die Zustimmung zum Krankengeldfallmanagement sei Teil der Mitwirkungspflicht und damit Voraussetzung für den Krankengeldbezug. Hierdurch wird, diesen Eindruck muss man gewinnen, häufiger dem Krankengeldfallmanagement zugestimmt, als wirklich gewollt.

### **DIE „BEGUTACHTUNGSANLEITUNG ARBEITSUNFÄHIGKEIT“**

Bestehen von Seiten der Krankenkasse Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit oder am voraussichtlichen Behandlungserfolg, kann sie diese vom Medizinischen Dienst überprüfen lassen. Nur der Medizinische Dienst darf gesundheitliche Daten erfragen – und das auch nur, soweit es im konkreten Einzelfall erforderlich ist (§ 275 SGB V). Die plausible Idee hierhinter ist, dass die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit eine ärztliche Aufgabe ist, welche von der Krankenkassenverwaltung gar nicht geleistet werden kann – dafür gibt es ja den MD.

In der Praxis von großer Relevanz ist daher die sogenannte „Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit“, eine Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach §282 SGB V, aktueller Stand vom 15. Mai 2017. Diese legt die Zusam-

menarbeit von Krankenkassen und Medizinischem Dienst bezüglich Arbeitsunfähigkeit fest. So wird hier insbesondere definiert, welche Fälle die Krankenkassen überhaupt dem MD zur Begutachtung vorlegen sollen. Hier wird unterschieden zwischen einer „Gruppe 1“ (unauffälliges AU-Verhalten) und einer „Gruppe 2“ (auffälliges AU-Verhalten) – letztere kann dann der sogenannte „Sozialmedizinischen Fallberatung“ des MD zugeführt werden. Darüber hinaus wird festgelegt, welche Informationen in diesen Fällen zu übermitteln sind.

### Die Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit in ihrer jetzigen Form besitzt mehrere miteinander verwobene Konstruktionsfehler zum Nachteil der Versicherten.

Wenn auch diese Gruppeneinteilung durch die Krankenkassen prinzipiell sinnvoll ist – schließlich sollte der MD nur eingeschaltet werden, wenn wirklich hinreichende Zweifel bestehen – so besitzt die Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit allerdings *mehrere miteinander verwobene Konstruktionsfehler* zum Nachteil der Versicherten. *Erstens* ist nicht ersichtlich, welche *zusätzlichen* Informationen die Krankenkassen zur Verdachtsformulierung überhaupt benötigen *und* erheben dürften, die ihnen nicht eh schon vorliegen. In Frage kommen hier nur medizinische oder die soziale Vorgeschichte betreffende Sachverhalte, nach denen nur der MD fragen darf. Mit anderen Worten: Entweder sind die den Krankenkassen eh vorliegenden Informationen bereits geeignet, einen Zweifel zu begründen – dann brauchen sie keine weiteren mehr. Oder sie sind es nicht, dann dürfen die Krankenkassen aber gar nicht nach weiteren Informationen fragen, und der MD müsste übernehmen.

*Zweitens*: Was für die *Verdachtsformulierung* gilt, gilt noch einmal gesteigert für die *Verdachtserhärtung*. Verdachtserhärtende (oder auch entlastende) Informationen dürften nur vom MD erhoben werden. In der Praxis findet dies allerdings häufig statt, wie auch der Bundesdatenschutzbeauftragte in seinem Tätigkeitsbericht 2020 festhält: „Dies ermächtigt sie [die Krankenkassen] jedoch nicht, zusätzliche Daten zur Erhärtung oder Beseitigung der Zweifel zu erheben“.<sup>2</sup>

*Drittens* kommt als übergreifender Konstruktionsfehler hinzu, dass der MD wenig bis gar nicht für die *Informationsbeschaffung* zuständig ist – dies obliegt den Kranken-

kassen. Mit anderen Worten: *Die Krankenkassen* erheben notwendige Informationen und leiten diese im Verdachtsfalle *zur Falleinschätzung* an den MD weiter. Sollte dieser dann weitere Informationen benötigen, werden auch diese wiederum von den Krankenkassen erhoben – die dies aber, s.o., eigentlich gar nicht dürfen.

Hierdurch verwischt die Grenze zwischen den Auskunftspflichten der Versicherten gegenüber Krankenkassen auf der einen Seite und dem Medizinischen Dienst auf der anderen Seite. Wenn die Krankenkassen für den MD Informationen erheben, ist häufig unklar, gegenüber wem man nun seinen unter Umständen vorhandenen Informationspflichten nachkommt. Auch ist nicht – nicht nur aus Klarheits-, sondern auch aus Effizienzgründen – ersichtlich, warum beispielsweise bei medizinischen Daten die Krankenkassen per Weiterleitungsbögen *für* den MD bestimmte Informationen erheben. Dies ist ein unnötiges „Spiel über Bande“.

### TELEFONISCHE VERSICHERTENGESPRÄCHE

Laut Begutachtungsanleitung stehen den Krankenkassen mehrere Maßnahmen zur Informationsbeschaffung zur Verfügung, so auch das sogenannte „Versichertengespräch“, welches in der Regel telefonisch stattfindet. Insbesondere dieses Instrument wird offensichtlich genutzt, um Druck auf (anstehende) Krankengeldbezieherinnen und -bezieher aufzubauen. Ratsuchende bei der Verbraucherzentrale berichten von einer offensiven, wenn nicht sogar aggressiv-unterstellenden Tonalität bei Anrufen und von gehäuften Anrufen mit offensichtlich kontrollierendem Charakter, in denen unzulässigerweise ein Rechtfertigungsdruck aufgebaut wird. Es scheint kein Zufall zu sein, dass die Krankenkassen diese Form der Kontaktaufnahme bevorzugen, können sie den manchmal überrumpelten Versicherten doch so mehr Informationen entlocken, und gleichzeitig eventuelles Fehlverhalten wegen einer schwierigen Dokumentation recht einfach abstreiten. Hier treffen professionelle, geschulte Fallmanager auf Laien, die in ihrer eh schon herausfordernden Situation und mit der (berechtigten oder unberechtigten) Annahme im Kopf, dass ihnen bei mangelnder Kooperationsbereitschaft das Krankengeld gestrichen wird, Äußerungen tätigen, die später instrumentalisiert werden können. Auch hierzu äußert sich der Bundesdatenschutzbeauftragte in seinem Tätigkeitsbericht 2020: „Für generell unzulässig erachte ich (fern-)mündliche Versichertenanfragen. An mich gerichtete Versichertenbeschwerden zeigen, dass insbesondere die telefonischen Versichertenanfragen von einigen Krankenkassen wiederholt zu unkontrollierten, teilweise druckerhöhenden Datenerhebungen genutzt werden“.<sup>2</sup>

# ❖ WIE KÖNNEN DIE „EINFALLSTORE“ GESCHLOSSEN WERDEN?

## **EINHEITLICHE SELBSTAUSKUNFTS- UND ZUSTIMMUNGSBÖGEN ZUM KRANKENGELDFALLMANAGEMENT**

Mit der Einführung des Krankengeldfallmanagements wurde die klare Grenze, welche Informationen die Krankenkassen erheben dürfen, und welche nicht, uneindeutiger, weil es nun davon abhängt, ob man dem Krankengeldfallmanagement zugestimmt hat oder nicht. Gleichzeitig wird die Freiwilligkeit des Krankengeldfallmanagements nicht immer ausreichend kommuniziert bzw. mit den durchaus vorhandenen Mitwirkungspflichten verquickt.

Wenn auch die Sinnhaftigkeit des Krankengeldfallmanagements generell zu diskutieren ist, so würde es in einem ersten Schritt sicherlich sinnvoll sein, die verwendeten Formulare und Vordrucke in eindeutiger Form und in Rücksprache mit Patientenverbänden zu vereinheitlichen. Die Tatsache, dass jede Gesetzliche Krankenkasse eigene Formulare bzw. Vordrucke verwendet, macht auch die Kontrolle und Überprüfung – für Patientenverbände, aber sicherlich auch für das die zuständigen Aufsichtsbehörden – schwer und mühsam. Da die Anforderungen, die die Formulare erfüllen müssen, für alle Kassen gleich sind, ist nicht ersichtlich, warum diese nicht vereinheitlicht werden könnten. Auf diese Weise würde sichergestellt, dass klar ersichtlich ist, welche Informationen verpflichtend angegeben werden müssen und welche freiwillig sind. Auch einer Vermischung mit dem Krankengeldfallmanagement kann entgegengewirkt werden.

## **DAS PRINZIP DER „STAFFELSTABÜBERGABE“ AN DEN MD**

Das Prinzip einer Staffelstabübergabe kann die oben genannten Konstruktionsprobleme der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit vermeiden:

▶ Auf Grundlage der ihr sowieso vorliegenden Informationen formulieren Krankenkassen mögliche Verdachtsfälle. Dies betrifft insbesondere die Informationen zu bzw. Auffälligkeiten bei AU-Zeiten, AU-Beginn und

Diagnosen. Die Krankenkassen erheben keine weiteren Informationen außer solchen, die für die Administrierung des Krankengelds nötig sind.

▶ Die Verdachtsfälle übergeben sie dann, einem Staffelstab gleich, an den Medizinischen Dienst. Dieser kann im Zweifel weitere Informationen zur Verdachtsüberprüfung bzw. Verdachtserhärtung erheben. Das Ergebnis (und nur das Ergebnis) teilt er der Krankenkasse mit.

▶ Je nach Bewertung durch den Medizinischen Dienst kann die Krankenkasse weiter aktiv werden.

**In einem ersten Schritt ist es sicherlich sinnvoll, die verwendeten Formulare und Vordrucke in eindeutiger Form und in Rücksprache mit Patientenverbänden zu vereinheitlichen.**

In einem solchen Setup gibt eine klare Trennung der Aufgaben und Zuständigkeiten: Die Krankenkassen formulieren Verdachtsfälle für den MD, erheben aber selbst diesbezüglich keine Informationen. Die Verdachtsüberprüfung mitsamt der dafür notwendigen Informationsbeschaffung obliegt dem MD. Natürlich müssen dem MD die hierfür notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

## **KEINE TELEFONISCHE KONTAKTAUFNAHME DURCH KRANKENKASSEN ODER MD**

Der einzige nachvollziehbare Vorteil eines Telefonats zur Informationserhebung ist seine Schnelligkeit und Unmittelbarkeit – beides ist aber im Falle des Krankengeldbezugs nicht zwingend geboten. Insofern gibt es keinen guten Grund, warum die Informationserhebung nicht ausnahmslos postalisch – oder schriftlich in digitaler Form – erfolgen kann. Die Betroffenen haben die Möglichkeit, in Ruhe über ihre Antworten nachzudenken und werden nicht durch geschultes Personal überrumpelt.

<sup>1</sup> Siehe „Ausgaben für einzelne Leistungsbereiche der GKV 2020 in Prozent“: [https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen\\_und\\_grafiken/gkv\\_kennzahlen/gkv\\_kennzahlen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/service/zahlen_und_grafiken/gkv_kennzahlen/gkv_kennzahlen.jsp)

<sup>2</sup> Bundesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, 2021: Tätigkeitsbericht 2020. 29. Tätigkeitsbericht für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Bonn, S. 80.