

**Stellungnahme der
Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) und der
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO)
zum Sondergutachten 2015
Krankengeld – Entwicklung, Ursachen und Steuerungsmöglichkeiten
des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheits-
wesen**

16.12.2015

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat in seinem Sondergutachten 2015 das Thema „Krankengeld“ aufgegriffen. Der Hintergrund für den Gutachtenauftrag durch die Bundesregierung an den SVR ist der überproportionale Anstieg der Kosten für das Krankengeld von zuletzt 8,1 % pro Jahr im Vergleich zur Steigerung der gesamten GKV-Leistungsausgaben von 4,3 % ab dem Jahr 2007 bis 2014.

Der SVR räumt ein, dass der Anteil des Krankengelds an den Leistungsausgaben der GKV mit einer Steigerung von 4,1 % im Jahr 2006 auf 5,5 % im Jahr 2014 immer noch „vergleichsweise gering“ ausfällt. Er relativiert weiter in seinem Gutachten die These vom überproportionalen Anstieg des Krankengelds, indem er darlegt, dass 2,4 % der Ausgabensteigerung auf gewünschte Effekte, d.h. die gestiegene Zahl von Anspruchsberechtigten und höhere Zahlbeträge sowie 1,9 % auf die Veränderung der Alters- und Geschlechtsverteilung der Anspruchsberechtigten zurückzuführen sind. Durch diese „nicht beeinflussbaren Faktoren“ sind „etwa 50 % des Wachstums der Krankengeldausgaben zu erklären“.

Dennoch und „unbeschadet der Feststellung, dass es sich beim Wachstum der Ausgaben für Krankengeld unter Berücksichtigung der exogenen Faktoren um keine dramatische budgetäre Entwicklung“ handelt, kommt der Sachverständigenrat im Gutachten zu Empfehlungen an den Gesetzgeber, die mit weitergehenden Einschränkungen der bisherigen Rechte verschiedener Gruppen von Leistungsbeziehern verbunden sind. Die Umsetzung dieser Empfehlungen würde für chronisch kranke Menschen und besonders vulnerable Patientengruppen, etwa Krebspatienten oder Patienten mit progredienten neurologischen Erkrankungen, eine erhebliche Zunahme ihrer wirtschaftlichen, sozialen und psychischen Belastungen bedeuten.

In seinen Empfehlungen an den Gesetzgeber schlägt der Sachverständigenrat vor, die Mitwirkungspflichten nach § 51 SGB V neu zu regeln und auszuweiten. Bereits jetzt kann der Versicherte aufgefordert werden, innerhalb einer 10 Wochen Frist einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme zu stellen. Wir halten die Vorschläge zur Neuregelung der Mitwirkungspflichten, wie sie in den folgenden Empfehlungen vorgestellt werden, für bedenklich.

Gegenstand der Empfehlung 3 ist die Ausweitung der Mitwirkungspflicht auf die Stellung eines Erwerbsminderungsrentenantrags. Empfehlung 4 sieht vor, dass analog zur Erwerbsminderungsrente auch eine Beantragung der Altersrente durch die Versicherten erfolgen muss, wenn die Voraussetzungen erfüllt sind. Empfehlung 5 sieht die Verkürzung der zehnwöchigen Antragsfrist auf vier Wochen vor. Als Begründung wird angeführt, dass die Frist von 10 Wochen einer frühzeitigen Einleitung einer Rehabilitation entgegensteht und

dass dadurch Unterschiede im Vergleich zur vier Wochen Antragsfrist der vergleichbaren Norm des § 145 SGB III abgebaut werden könnten. In allen Fällen würde fehlende Mitwirkung mit dem Verlust des Krankengeldanspruchs sanktioniert werden.

Die Anwendung der Norm nach § 51 SGB V führt bereits heute zu einer deutlichen Einschränkung des Entscheidungsspielraums von Versicherten. Nach Aufforderung zur Reha-Antragstellung durch die Krankenkasse verliert der Versicherte das Dispositionsrecht über seinen Antrag, d.h. er hat keine freie Wahl mehr über die zukünftig zu beanspruchende Entgeltersatzleistung. Eine weitere Verschärfung ist aus der Sicht von DVSG und ASO nicht notwendig.

Erfahrungen aus der sozialen Beratung onkologischer und chronisch kranker Patienten zeigen, dass Krankenkassen mittlerweile sehr früh, bereits während noch laufender Akutbehandlung zur Reha-Antragstellung nach § 51 SGB V auffordern. Oft kann in dieser Phase noch keine treffende Aussage über die Erwerbsprognose gestellt werden. Die Antragsstellung für eine Rehabilitationsmaßnahme kollidiert mit der Norm des § 13 Abs. 2 Nr. 1 SGB VI, nach der bei laufender Akutbehandlung keine Rehabilitationsleistungen durch den Träger der Rentenversicherung übernommen werden.

Dass dennoch in diesen Phasen Aufforderungen zur Beantragung einer Rehabilitationsmaßnahme ergehen, entspricht eher der Kostenträgerlogik als der angemessenen medizinischen Würdigung des Einzelfalles und dient in erster Linie der frühzeitigen Sicherung möglicher Erstattungsansprüche durch die Krankenkasse gegenüber dem Rentenversicherungsträger. Betroffenen ist diese Verfahrensweise nur sehr schwer plausibel zu erklären, sie führt zu vermeidbaren zusätzlichen Belastungen, Ängsten vor Sanktionen, z.B. Angst vor dem Verlust des Krankengeldanspruchs, des Krankenversicherungsschutzes und der beruflichen Perspektive und damit insgesamt zu einer erheblichen Verunsicherung von ohnehin hoch belasteten Patienten.

Die zehn-Wochen Frist wird mit dem Verweis auf die Mitwirkungspflichten im Rahmen des § 63 SGB I (Einleitung einer Heilbehandlung) bereits heute verkürzt. In anderen Fällen wird diese Frist dadurch verkürzt, dass Patienten zum Beratungsgespräch in die Geschäftsstellen der Krankenkassen eingeladen werden und die Antragstellung vor Ort vollzogen wird. Das Argument, dass die Verkürzung der Frist eine schnellere Einleitung des Rehabilitationsverfahrens ermöglicht, trägt in der Praxis nicht. Insbesondere in der Onkologie sind Sozialdienste regelmäßig damit beschäftigt, Rehabilitationsverfahren, die nach Aufforderung von Kostenträgern zu früh eingeleitet wurden, zu verschieben, weil die Patienten noch in der laufenden Akutbehandlung sind.

Aus Sicht der Sozialen Arbeit besteht zur Umsetzung dieser Empfehlungen keine Notwendigkeit, sie gingen einseitig zu Lasten betroffener Patienten.

Menschen, die sich aufgrund einer schweren oder chronischen Erkrankung an der Schnittstelle zwischen Krankengeld und Erwerbsminderungsrente befinden, sind in der Regel in extrem belasteten Lebenssituationen, zeitweise existentiellen Krisensituationen. Die Grundannahme des Rates, dass Versicherte in dieser Situation dazu neigen, sich aufgrund von Fehlanreizen des Systems für die wirtschaftlich attraktivste Leistung zu entscheiden, entspricht nicht den Erfahrungen aus der sozialen Beratungspraxis.

In einer akuten Krankheitssituation stehen der Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit, also Prozesse der Krankheitsbewältigung und der Verarbeitung der mit einer Krankheit verbundenen hohen Belastungen im Vordergrund.

Patienten sind selten mit den Besonderheiten des sozialen Sicherungssystems und dem Nebeneinander von konkurrierenden Entgeltersatzleistungen vertraut. Aktive Entscheidungen auf der Grundlage hinreichender Informationen über das Sozialrecht sind die Ausnahme. Betroffene benötigen häufig sämtliche persönliche und soziale Ressourcen, um die Anpassungsleistungen an eine akute oder dauerhaft chronische Belastungssituation zu bewältigen. Schwer erkrankten Patienten fehlen in belastenden Krankheits- und Therapiephasen häufig die Kompetenz und Energie, sich für die Verwirklichung ihrer sozialrechtlichen Ansprüche in der Auseinandersetzung mit Leistungsträgern in angemessener Form einzusetzen.

Sehr wohl erfahren chronisch und schwer kranke Menschen, dass durch eine langfristige Erkrankung die Risiken einer Bedrohung der wirtschaftlichen Existenz deutlich gestiegen sind. Überlegungen, wie in diesen Belastungsphasen der individuelle Lebensstandard gesichert und eine finanzielle Notlage vermieden werden kann, sind legitim. Sie weisen häufig auf sozialpolitische Fehlentwicklungen hin (Beispiel deutliche Absenkung des Niveaus der Erwerbsminderungsrenten seit 2001).

Vor weiteren Einschränkungen der Rechte betroffener Menschen, halten wir deshalb eine empirische Überprüfung der konkreten Anwendungspraxis der Kollisionsnormen, z.B. des § 51 SGB V, der Auswirkungen für die Kostenträger und für die Versicherten, sowie ihrer tatsächlichen Effizienz und Effektivität für sinnvoll.

Auch die Vorschläge des Sachverständigenrates zu Neuregelungen analog zum Arbeitslosengeld I (ALG I) in den Empfehlungen 6 – 8 sind in ihren sozialen Auswirkungen problematisch. Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit werden in diesen Empfehlungen Leistungsansprüche auf Krankengeld, die über Beitragszahlungen erworben wurden, mit Ansprüchen verglichen, denen andere Leistungsvoraussetzungen zugrunde liegen. Dies anscheinend einzig deshalb, weil sie ein niedrigeres Absicherungsniveau aufweisen. Darin spiegelt sich der Fokus des Gutachtens auf das Ziel der Kostensenkung, dem die soziale Sicherung von schwerkranken Patienten untergeordnet wird.

Aufgrund des sich verändernden Krankheitspanoramas und der steigenden Zahl von chronischen Erkrankungen begrüßen wir eine grundsätzliche Diskussion zur Einführung eines Teilkrankengelds (Empfehlung 1). Zahlreiche Betroffene haben aufgrund der wirtschaftlichen, vor allem aber auch sinn- und selbstwertstiftenden Bedeutung von Erwerbstätigkeit den Wunsch, trotz und mit Krankheit weiterhin am Erwerbsleben teilzunehmen. Unabhängig von der konkreten Ausgestaltung bedarf es dazu innovativer Ansätze und Ideen, die Überlegungen zur Einführung eines Teilkrankengelds liefert wichtige Impulse zum Einstieg in die Diskussion.

DVSG und ASO
Berlin, 16.12.2015

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e. V. (DVSG) ist ein Fachverband mit dem Ziel der Stärkung und Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit in den verschiedenen Arbeitsfeldern des Gesundheitswesens. Die DVSG vertritt Fachkräfte der Sozialen Arbeit aus der Krankenhausversorgung, dem Rehabilitationsbereich, der Langzeitpflege, der Prävention und der ambulanten Beratung.

Die Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie (ASO) in der Deutschen Krebsgesellschaft organisiert Fachkräfte der Sozialen Arbeit, die in Krankenhäusern, Rehabilitationskliniken, ambulanten Beratungsstellen und anderen Institutionen (Hospiz, Pflegestützpunkte) onkologische Patientinnen und Patienten professionell unterstützen und beraten sowie Vertreter/-innen von Hochschulen und Forschungsinstitutionen, die sich mit wissenschaftlichen Fragestellungen Sozialer Arbeit in der Onkologie beschäftigen.