

Arbeitsunfähigkeit von psychisch Kranken

Wenn der Krankengeldfallmanager prüft

Arbeitsunfähige psychisch Kranke erleiden häufig eine Verschlimmerung ihrer Erkrankung, wenn ärztlich tätige „Krankengeldfallmanager“ der Krankenkasse als medizinische Laien Anamnesen und psychische Befunde erstellen und anhand dieser Ergebnisse Patienten dahingehend „beraten“, die Arbeit wieder aufzunehmen. Dieses für alle Beteiligten entwürdigende Verfahren stellt in Form einer strukturellen Gewalt den finanziellen Aspekt über alle humanitären Grundsätze.

Die Institution des „Krankengeldfallmanagers“ (KGM) wurde vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit (AU) installiert. Die als Richtlinie eingestufte „Anleitung zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit“ (ABBA 2004) grenzt in Nr.4.3.3 die Tätigkeit des KGM ein: „Eine detaillierte Befragung des Versicherten zu aktuellen Beschwerden und zur Krankheit einschließlich Therapie sind der Fallsteuerung nicht förderlich“ [6]. Im Widerspruch hierzu haben aber zum Beispiel der MDK Bayern und die AOK Bayern eine „Gemeinsame Arbeitshilfe für Krankengeldfallmanager für Arbeitsunfähigkeitsfälle mit psychischen Erkrankungen“ [4] und einer weiteren „bei Arbeitsplatzkonflikten“ [5] erlassen, in denen der KGM als medizinischer Laie mit eigenen medizinischen Erhebungs- und Entscheidungskompetenzen ausgestattet worden ist. Diese sollen als „Orientierungsrahmen für die Fallsteuerung und die durchzuführenden Beratungsgespräche bei psychischen Erkrankungen dienen“.

Vorrangiges Ziel ist tatsächlich nicht die „Beratung“, sondern die Einsparung von Krankengeld, weshalb behandelnde Ärzte nahezu vollständig und Ärzte des MDK weitgehend ausgeschaltet werden und das schwächste Glied, der psychisch Kranke, persönlich in die „Mangel“ genommen wird. Die Absurdität einer Zwangsberatung ergibt sich aus der fehlenden Objektivität der Krankenkasse, denn beim Eintritt des Versicherungsfalls

wird üblicherweise der Versicherungsnehmer (Patient) zum Gegner der Versicherungsgesellschaft.

Ein Ablaufschema regelt die Vorgehensweise des KGM. „Auffällige Versicherte“ werden schriftlich unter Androhung von Kürzungen mit Hinweis auf die Mitwirkungspflichten (SGB I § 61) spätestens in der zweiten und unauffällige spätestens in der vierten AU-Woche aufgefordert, bei der Krankenkasse zu einem „Beratungsgespräch“ anzutreten. Die schriftlich beigelegten Mitwirkungspflichten stempeln den Patienten zum „Leibeigenen“ ab, dem das „Recht auf die selbstbestimmte medizinische Behandlung“ und das „informationelle Selbstbestimmungsrecht“ entzogen wird (Beispiel: „... hat sich nach Aufforderung durch die AOK in fachärztliche Behandlung oder Krankenhausbehandlung zu begeben“).

Nicht die Beratung, sondern die Einsparung steht im Vordergrund

In dem Beratungsgespräch sieht sich der psychisch Kranke unter Hinweis auf die Mitwirkungspflicht genötigt, dem KGM soziale und medizinische Daten zur Vorbereitung der Beratung in Form eines „Seelenstrip-tease“ zu offenbaren. Laut Aufgabenkatalog erhebt dieser anhand der „Erläuterungen zur Fragestellung“ in fünf Punkten mit jeweils drei bis sechs Unterpunkten die Anamnese: „Behandlungsdaten, Beschwerden, Lebenssituation/Tagesablauf, Arbeitsplatzsituation, Erwartungen und Vorstellungen des Versicherten“. Sodann erfolgt die „Befunderhebung“ durch den KGM:

- Äußeres Erscheinungsbild (z. B. Körperpflege, Kleidung, Frisur)
- Körpersprache (z. B. Haltung, Gang, Mimik, Gestik)
- Gesprächsverhalten
- Gefühlslage
- Geistige Fähigkeiten (z. B. Wille, Denken, Konzentration, Intelligenz)
- Weitere Auffälligkeiten (z. B. Schweißausbruch, Zittern)

Danach berät der KGM den Patienten meist in Form einer ultimativen Aufforderung, die Arbeit umgehend aufzunehmen, sich bei Arbeitslosigkeit beim Jobcenter arbeitsfähig zu melden oder eine Rehabilitation zu beantragen, widrigenfalls die Krankengeldzahlung eingestellt werde. Damit erfüllt der KGM die Erwartungen der Krankenkasse.

Anamnese und Befund werden in zwei Formularen dokumentiert und finden bei Verweigerung der „freiwilligen“ Rückkehr an den Arbeitsplatz Eingang in die „Sozialmedizinische Fallberatung“ zwischen dem KGM und dem Arzt des MDK. Die peinliche Berührtheit des angesprochenen MDK wird verständlich, wenn durch die psychische Dekompensation des Patienten aufgedeckt wird, dass der KGM bereits schriftlich die Einstellung des Krankengeldes noch vor der „sozialmedizinischen Fallberatung“ dem Patienten mitgeteilt hat. Da fragt man sich, wer hier wen berät?

In der Fallbesprechung soll der MDK meist ohne eigene psychiatrische Qualifikation „nach Aktenlage“ anhand des Laienbefunds des KGM Entscheidungen treffen [4]. Fehlbeurteilungen

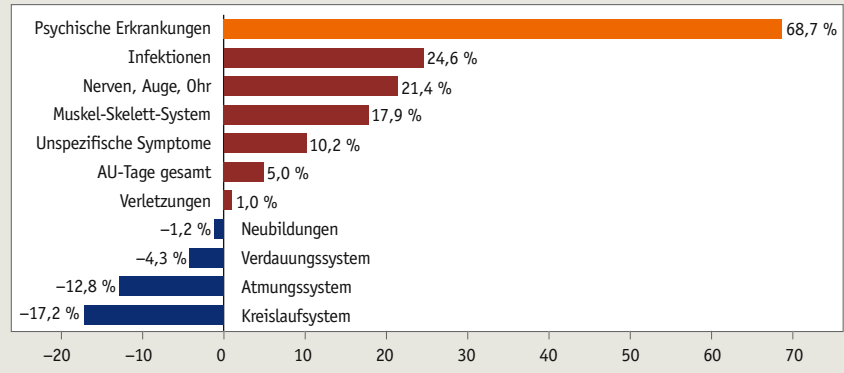
sind dadurch vorprogrammiert. Kann der KGM in der Fallberatung mit dem MDK keinen „Konsens“ herstellen, hat er den „Koordinator“ oder „gegebenenfalls die Geschäftsleitung einzuschalten“. Krankheitsverschlimmerungen sind durch dieses Szenario, aber auch durch wissenschaftlich widerlegte Behauptungen in der „Arbeitshilfe bei Arbeitsunfähigkeitsfällen mit Arbeitsplatzkonflikten“ verursacht, wonach dem KGM gelehrt wird, dass eine möglichst rasche Wiederaufnahme der Arbeit bei Mobbing der Heilung zuträglich wäre [5]. Das Gegenteil ist der Fall. Der Konflikt, sich dem Mobbing nach erzwungener Wiederaufnahme der Arbeit erneut aussetzen zu müssen, oder die Einstellung des Krankengeldes hinzunehmen, hat Mobbingopfer schon in den Suizid getrieben. Die Täter-Opfer-Konstellation ist juristisch anerkannt [8] und die Einstellung des Krankengeldes verstärkt die mobbingtypische „psycho-soziale Destabilisierung“.

Kranke massiv unter Druck

Die katastrophalen Auswirkungen auf psychisch Kranke werden durch den vielfach rechtswidrigen Charakter dieses Verfahrens verstärkt. Die im SGB V nicht vorgesehene Installation der dritten medizinischen Datenerhebungsebene durch den KGM neben der Behandlungsebene durch den Arzt und der Überprüfungsebene durch den MDK widerspricht dem Wirtschaftlichkeitsgebot durch die direkt entstehenden Erhebungskosten bei der Krankenkasse, die Kosten der Auseinandersetzung zwischen Behandler, MDK und Krankenkasse und die indirekten Kosten der vorprogrammierten Krankheitsverschlimmerung, wenn der Patient arbeitsunfähig in die Arbeit befohlen wird.

Beim Ablauf der Überprüfung durch die Krankenkasse wird der arbeitsunfähige psychisch Kranke massiv unter Druck gesetzt, indem er schon mit der Ladung zur „Zwangsbearbeitung“ falsch aufgeklärt wird. Aus der Sollvorschrift des persönlichen Erscheinens nach dem SGB I § 61 lässt sich keine mit dem drohenden Entzug des Krankengeldes einhergehende Verpflichtung zur Mitwirkung ableiten. Nach Auffassung des Bundesdatenschutzbeauftragten ist die Erhebung von medizinischen Daten

Veränderung der AU-Tage seit 1997



© nach DAK Gesundheitsreport

Die wachsende Zahl der AU-Tage aufgrund psychischer Krankheiten hat die Krankenkassen wohl zur Einführung eines „Krankengeldfallmangers“ veranlasst.

durch die Krankenkassen bei Patienten und deren behandelnde Ärzte rechtswidrig [2]. Die Spezialvorschriften des SGB V (Krankenversicherungsgesetz) stünden über den allgemeinen Vorschriften des SGB I, sodass die Mitwirkungs-pflicht bei Gesundheitsdaten nur gegenüber dem MDK und nicht den Krankenkassen bestehe. Auf seine Veranlassung musste deshalb bereits die Erhebung von Intimdaten durch die Krankenkassen mittels „Selbsterhebungsbögen“ eingestellt werden [2]. Folgerichtig ist auch die nötige Androhung einer Kürzung oder Einstellung des Krankengeldes unzulässig, ganz davon abgesehen, dass diese fehlende Mitwirkung in der abschließenden Regelung für das Ruhen, den Ausschluss und die Kürzung des Krankengeldes im SGB V §§ 49–51 nicht aufgeführt ist.

Die Feststellung oder Beendigung der AU ist bei psychisch Kranken ein unerlässlicher Bestandteil der ärztlichen und psychiatrischen Behandlung. Ohne das Einverständnis des behandelnden Arztes erfolgt in anderweitiger Vorgehensweise ein Eingriff in die Behandlung, der laut SGB V § 275 Abs. 5 Satz 2 dem MDK und somit auch der Krankenkasse untersagt ist. Die gängige Praxis ist somit rechtswidrig, da diesen Entscheidungen keine ärztliche Untersuchung zu Grunde liegt, wie sie in den AU-Richtlinien § 4 Abs. 1 vorgeschrieben ist: „Deshalb darf die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit nur aufgrund ärztlicher Untersuchungen erfolgen“. Eine „Gutachtliche Stellung-

nahme“ wie sie für den MDK im SGB V § 275 Abs. 1 Nr. 3 bei der Überprüfung der AU vorgeschrieben ist, erfülle als „Gutachten nach Aktenlage“ ohne persönliche Untersuchung den Straftatbestand der Falschattestierung [7]. Die Verweigerung des Krankengeldes nach bloßer Aktenlage ist laut Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 18.10.2007 unzulässig und bewege sich an der Grenze zur Willkür [3].

Im Beratungsgespräch wird der psychisch Kranke zum Objekt der persönlichen Ausforschung eines laienhaft psychiatrisch tätigen „Managers“, der ohne ein bestehendes Vertrauensverhältnis eine Offenbarung intimster Daten mit der Zielsetzung abverlangt, „Druck“ auf psychisch Kranke auszuüben. Eine Diskriminierung von psychisch Kranken wird hier evident. Dieses Vorgehen ist entwürdigend und durch nichts zu rechtfertigen. Wie Studien zeigen, stimmen die Feststellungen des behandelnden Arztes bei der Beurteilung der AU umso deutlicher mit Überprüfungen überein, je qualifizierter die MDK-Untersuchung erfolgt [1]. Ist dies der Grund, warum man völlig unqualifizierte „Manager“ einsetzt, um das erwünschte Ziel einer Einsparung von Krankengeld zu erzielen? □

LITERATUR

beim Verfasser

Dr. med. Argeo Bämayer
Postfach 1364, 96403 Coburg