

## **Unterrichtung**

**durch die Bundesregierung**

### **Bericht über die Umsetzung des Anspruchs auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen**

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 (BGBl. I 2015 S. 1211) wurde ein Anspruch der Versicherten auf individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei Arbeitsunfähigkeit eingeführt (§ 44 Absatz 4 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – SGB V). Die Krankenkassen sollen die Versicherten so bei der Überwindung der Krankheit und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit gezielt unterstützen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) legt dem Deutschen Bundestag gemäß § 44 Absatz 4 Satz 5 SGB V einen Bericht über die Umsetzung des Anspruchs vor. Der Bericht umfasst insbesondere Ausführungen zur Inanspruchnahme der individuellen Beratung und Hilfestellung sowie zu den von den Krankenkassen ergriffenen Maßnahmen.

#### **1. Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen gemäß § 44 Absatz 4 SGB V**

Versicherte, die Krankengeld beziehen, haben regelmäßig eine länger andauernde Krankheit zu überwinden und oft einen erheblichen Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Dieser kann im konkreten Einzelfall über bloße Auskünfte oder allgemeine Beratungen hinausgehen. Mit der Beratung und Hilfestellung der Krankenkassen nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V sollen die Versicherten zielgerichtet und individuell bei der Überwindung der Krankheit unterstützt werden. Die Inanspruchnahme dieser Beratung ist für die Versicherten freiwillig; eine etwaige Ablehnung der Beratung durch die Versicherten hat keine leistungsrechtlichen Konsequenzen, insbesondere keine Auswirkungen auf den Krankengeldanspruch. Eine Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V sowie die dazu erforderliche Verarbeitung personenbezogener Daten darf nach § 44 Absatz 4 Satz 2 SGB V nur nach vorheriger schriftlicher Information und mit schriftlicher Einwilligung der Versicherten erfolgen.

#### **2. Einordnung der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V**

Die Regelungen zur Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V gelten nicht für alle Kontakte der Krankenkasse zu ihren Versicherten im Rahmen der Fallbearbeitung bei Arbeitsunfähigkeit (AU-Fallbearbeitung). So endet die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen beispielsweise dort, wo die Krankenkasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) einschalten muss, insbesondere bei der Prüfung von Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs, wie der Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder wenn Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit bestehen. Ebenfalls keine Anwendung finden die Regelungen des § 44 Absatz 4 SGB V bei allgemeinen Auskünften an die Versicherten, beispielsweise zu Höhe und Berechnung des Krankengeldes.

### 3. Datengrundlage des Berichts

Zur Frage der Umsetzung des Anspruchs auf Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V durch die Krankenkassen hat das BMG eine Befragung aller gesetzlicher Krankenkassen durchgeführt<sup>1</sup>. 103 von 109 angeschriebenen Krankenkassen haben an der Befragung teilgenommen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 94,5 Prozent. Bei den 103 Krankenkassen, von denen Antworten vorliegen, sind 98,8 Prozent aller Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert. Diese Krankenkassen umfassen mit 99,6 Prozent fast alle krankengeldberechtigten Mitglieder (KGM) der GKV. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in einer Form, die keine Rückschlüsse auf einzelne Krankenkassen ermöglicht, und die zumeist nach Größe der Krankenkassen gewichtet. Ergänzende Ausführungen zur Methodik finden sich im Anhang zu diesem Bericht.

Mit Schreiben vom 27. April 2018 bat das BMG die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen mit Fristsetzung bis zum 28. Mai 2018 um Mitteilung, ob aus der Aufsichtspraxis relevante Sachverhalte bekannt sind, die die Umsetzung des Anspruchs auf Beratung und Hilfestellung gemäß § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V betreffen. Rückmeldungen hierzu hat das BMG von sieben Aufsichtsbehörden erhalten.

### 4. Inanspruchnahme der Beratung und Hilfestellung durch die Versicherten

Erkenntnisse über die Inanspruchnahme der Beratung und Hilfestellung durch die Versicherten ergeben sich wesentlich aus der Anzahl der abgegebenen Einwilligungserklärungen. Denn ohne schriftliche Einwilligung des Versicherten darf die Krankenkasse eine Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V nicht durchführen. Insoweit wird im Folgenden die Anzahl an eingeholten Einwilligungserklärungen als Maß für die Anzahl der erfolgten individuellen Beratungen und Hilfestellungen durch die Krankenkassen nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V angesehen. Die aus der Befragung der Krankenkassen hervorgegangene dokumentierte Gesamtzahl der abgegebenen Einwilligungserklärungen ist in Tabelle 1 dargestellt. Demnach ist die Gesamtzahl von 230 580 im Jahr 2015 über 530 118 im Jahr 2016 auf 714 581 im Jahr 2017 gestiegen.

Hierbei ist zu beachten, dass nicht für alle Krankenkassen, die an der Befragung teilgenommen haben, Daten zur Anzahl der abgegebenen Einwilligungserklärungen und damit zu den Fällen individueller Beratungen und Hilfestellungen vorliegen. Im Rahmen der Befragung haben für das Jahr 2017 die Krankenkassen von knapp 70 Prozent der KGM Daten zur Anzahl der abgegebenen Einwilligungserklärungen gemeldet, für das Jahr 2016 beläuft sich dieser Wert auf 44 Prozent, für 2015 auf knapp 40 Prozent (Tabelle 1).

Tabelle 1

#### Inanspruchnahme der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V

	Gesamtzahl der dokumentierten Einwilligungserklärungen	Anteil der Krankenkassen mit Angaben zu Einwilligungserklärungen (gewichtet)
<b>2017</b>	714 581	68,3 %
<b>2016</b>	530 118	44,0 %
<b>2015</b>	230 580	39,8 %

Datengrundlage: Erhebung des BMG

Der Anteil der widerrufenen Einwilligungserklärungen an allen Einwilligungserklärungen beträgt lt. den Befragungsergebnissen in allen drei Jahren unter 0,1 Prozent. Daten liegen hier für die Krankenkassen von knapp der Hälfte der KGM im Jahr 2017 bzw. in den Vorjahren von gut 40 Prozent der KGM im Jahr 2016 und gut 35 Prozent der KGM im Jahr 2015 vor.

Betrachtet man bei den Krankenkassen, von denen Angaben zur Anzahl der Einwilligungserklärungen vorliegen, den Anteil der abgegebenen Einwilligungserklärungen an allen Krankengeldfällen, ergibt sich, dass für das Jahr 2017 in 50,2 Prozent der Krankengeldfälle dieser Krankenkassen Einwilligungserklärungen abgegeben und

<sup>1</sup> Die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) wurde aufgrund ihrer besonderen Versicherungsstruktur nicht in die Befragung eingeschlossen.

damit potenziell Beratungen nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V in Anspruch genommen wurden. Für das Jahr 2016 liegt dieser Wert bei 56,1 Prozent und für das Jahr 2015 bei 29,0 Prozent (Tabelle 2). Legt man für eine bessere Vergleichbarkeit über die Zeit nur die Krankenkassen zugrunde, die bereits für 2015 Werte angeben, so hat sich der Anteil der abgegebenen Einwilligungserklärungen an den Krankengeldfällen von 29 Prozent im Jahr 2015 über 56,7 Prozent im Jahr 2016 auf 63,8 Prozent im Jahr 2017 erhöht.

Tabelle 2

**Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V und die Zahl der Krankengeldfälle**

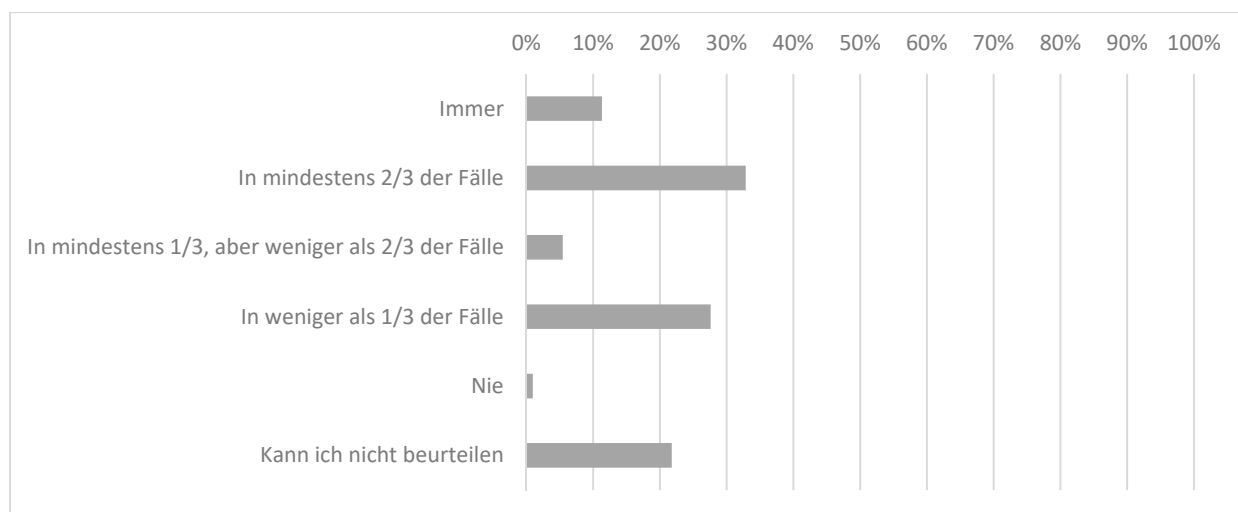
	Anteil der Einwilligungserklärungen an den Krankengeldfällen
<b>2017</b>	50,2 %
<b>2016</b>	56,1 %
<b>2015</b>	29,0 %

Datengrundlage: Erhebung des BMG, Statistik KG 2.

Hinsichtlich der Häufigkeit der Einholung von Einwilligungserklärungen und damit der Beratungen nach § 44 Absatz 4 SGB V hat die Befragung der Krankenkassen ergeben, dass nur ein Prozent der KGM bei Krankenkassen versichert sind, die angegeben haben, im Rahmen des AU-Fallmanagements nie Beratungen nach § 44 Absatz 4 SGB V durchzuführen. Knapp die Hälfte (44 Prozent) der KGM sind hingegen bei Krankenkassen versichert, die in „mindestens 2/3 der Fälle“ oder „immer“ Beratungen nach § 44 Absatz 4 SGB V vornehmen. Allerdings geben Krankenkassen, die gut 20 Prozent der KGM erfassen, an, nicht beurteilen zu können, wie häufig sie Einwilligungserklärungen einholen und somit Beratungen nach § 44 Absatz 4 SGB V durchführen (Abbildung 1).

Abbildung 1

**Häufigkeit der Einholung einer Einwilligungserklärung nach § 44 Absatz 4 SGB V im Rahmen der AU-Fallbearbeitung**



Häufigkeit der Einholung einer Einwilligungserklärung nach § 44 Absatz 4 SGB V.

Die genaue Frage lautete: „Wie häufig holen Sie im Rahmen der AU-Fallbearbeitung eine Einwilligungserklärung nach § 44 Absatz 4 ein (bitte schätzen Sie, falls dies nicht eindeutig dokumentiert ist)?“. Die Werte sind gewichtet nach KGM.

## **5. Maßnahmen der Krankenkassen zur Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V**

### **5.1. Beratungsinhalte und konkrete Unterstützungsleistungen der Krankenkassen im Rahmen der Umsetzung des § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V**

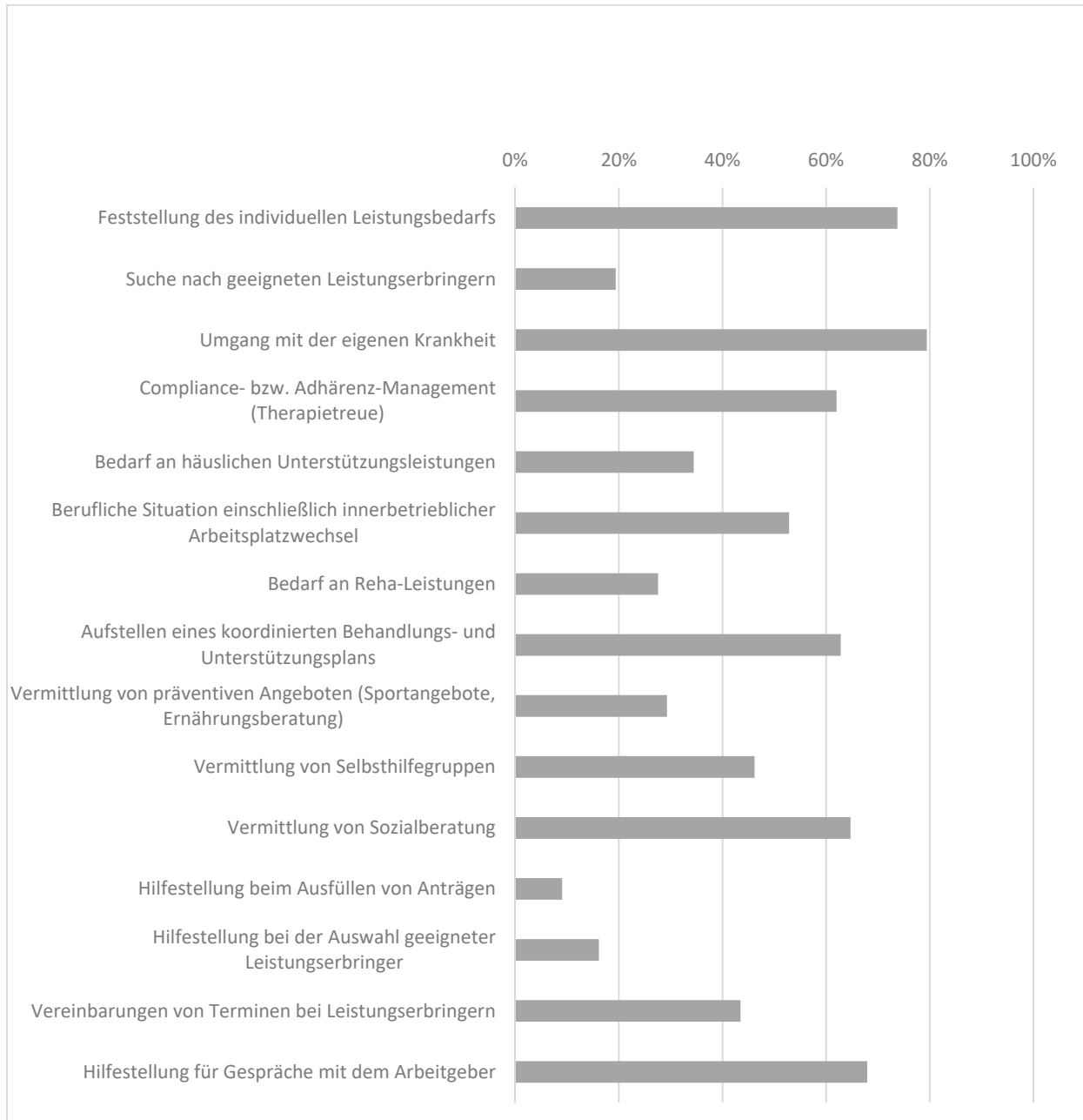
In der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V sollen der individuelle Bedarf der Versicherten festgestellt sowie passgenaue Leistungen zur Überwindung der Krankheit und ihrer Folgen gefunden werden. Je nach konkreter Situation der Versicherten kann die Krankenkasse beispielsweise bei der Suche nach geeigneten Leistungserbringern helfen, entsprechende Kontakte herstellen oder auch eine stufenweise Wiedereingliederung in das Berufsleben unterstützend begleiten. Sowohl die konkreten Beratungsinhalte als auch die jeweiligen Unterstützungsleistungen der Krankenkassen orientieren sich am Bedarf der Versicherten und können daher entsprechend variieren.

Die Krankenkassen von ca. 96 Prozent der KGM geben an, bestimmte Beratungen, Dienstleistungen oder Informationsbeschaffungen im Rahmen der AU-Fallbearbeitung nur bei einer vorliegenden Einwilligungserklärung, d.h. im Rahmen einer individuellen Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V, durchzuführen. Wird im Rahmen der AU-Fallbearbeitung keine Einwilligungserklärung nach § 44 Absatz 4 SGB V eingeholt, handelt es sich nach Angaben der Krankenkassen beispielsweise um allgemeine Beratungsleistungen wie zu Fragen der Berechnung des Krankengeldes oder um Beratungen im Zusammenhang mit der Einholung einer Stellungnahme des MDK.

Welche konkreten Maßnahmen die Krankenkassen nach den Befragungsergebnissen nur bei einer vorliegenden Einwilligungserklärung nach § 44 Absatz 4 Satz 2 SGB V durchführen, ist in Abbildung 2 dargestellt. Danach wurden hier von den Krankenkassen am häufigsten Gespräche zum Umgang mit der eigenen Krankheit sowie die Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs genannt, gefolgt von Hilfestellungen für Gespräche mit dem Arbeitgeber, der Vermittlung von Sozialberatung und dem Aufstellen eines koordinierten Behandlungs- und Unterstützungsplans.

Abbildung 2

**Gesprächsinhalte und konkrete Unterstützungsleistungen der Krankenkassen im Rahmen der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V**



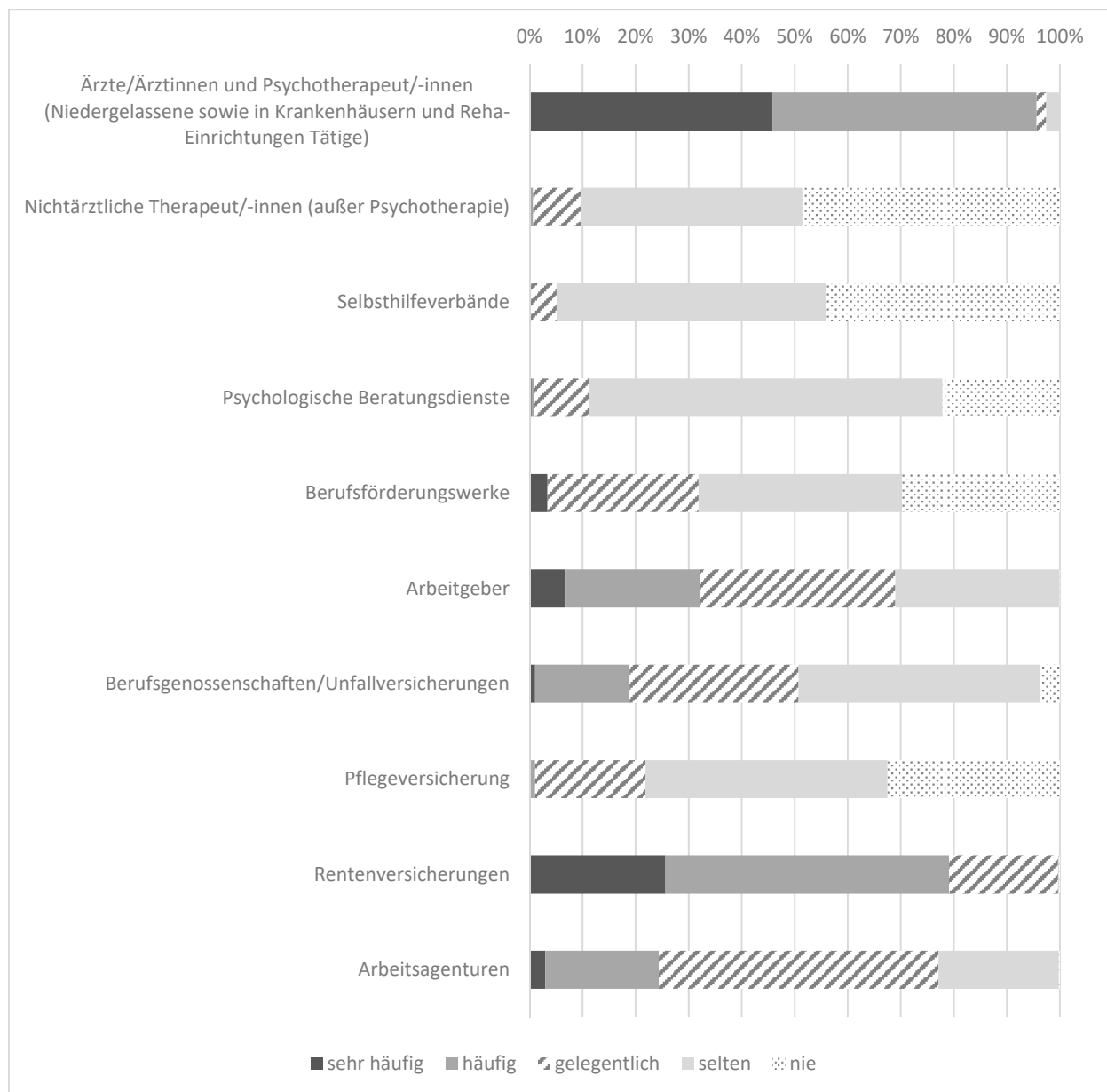
Beratungen, Dienstleistungen oder Informationsbeschaffungen, die nur bei vorliegender Einwilligungserklärung nach § 44 Absatz 4 SGB V durchgeführt werden. Die genaue Frage lautete: „Gibt es im Rahmen der AU-Fallbearbeitung bei Ihrer Krankenkasse in den in (...) genannten Auswahlalternativen Beratungen, Dienstleistungen oder Informationsbeschaffungen, die Sie nur bei vorliegender Einwilligungserklärung nach § 44 Absatz 4 SGB V durchführen?“. Die Werte sind gewichtet nach KGM.

### 5.2 Kontakte zu Einrichtungen und Partnern

Die mit Einwilligung des Versicherten durchgeführte Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V kann auch die Kontaktierung anderer Einrichtungen oder Leistungserbringer umfassen. Am häufigsten haben die Krankenkassen hier Kontakte zu Ärztinnen/Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sowie zur Rentenversicherung genannt; gefolgt von Kontakten zum Arbeitgeber bzw. der Arbeitsagentur (siehe Abbildung 3). Im Freitext wurden zusätzlich beispielsweise Kontakte zu Integrationsfachdiensten, Versorgungsämtern, Suchtberatungsstellen oder Betriebsärzten erwähnt.

Abbildung 3

**Kontakthäufigkeiten mit bestimmten Einrichtungen und Partnern im Rahmen der Beratung nach § 44 Absatz 4 SGB V**



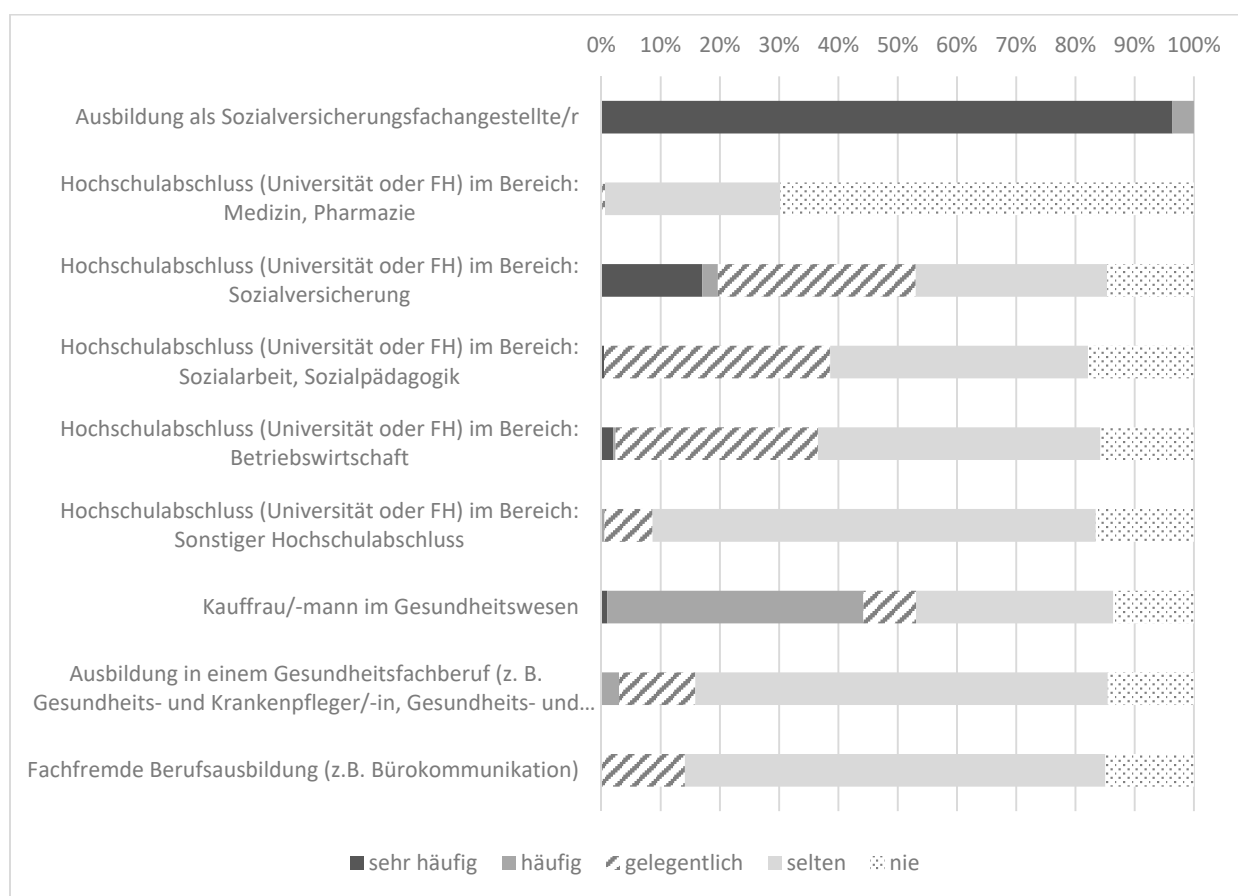
Kontakthäufigkeiten mit bestimmten Einrichtungen und Partnern im Rahmen der Beratung nach § 44 Absatz 4 SGB V. Die genaue Frage lautete: „Wie häufig haben Sie mit folgenden Einrichtungen und Partnern im Rahmen der Beratung Kontakt (schriftlich oder telefonisch oder persönlich)?“. Die Werte sind gewichtet nach KGM.

### 5.3 Organisatorische Umsetzung der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V

Aus der Befragung der Krankenkassen geht hervor, dass fast immer (bei Krankenkassen von 98,7 Prozent der KGM) Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des AU-Fallmanagements der eigenen Krankenkasse die Beratung durchführen. Zusätzlich sind knapp 20 Prozent der KGM bei Krankenkassen versichert, die auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der eigenen Krankenkasse außerhalb des AU-Fallmanagements für die Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V einsetzen. Hinsichtlich der Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden weitaus am häufigsten Sozialversicherungsfachangestellte in der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V eingesetzt, gefolgt von Kaufleuten im Gesundheitswesen und Hochschulabsolventen im Bereich Sozialversicherung (Abbildung 4). Unter den Freitextnennungen fanden sich zudem mehrfach Krankenkassenfachwirte bzw. Krankenkassenbetriebswirte.

Abbildung 4

#### Berufliche Qualifikation der in der Beratung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter



Berufliche Qualifikation der in der Beratung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die genaue Frage lautete: „Welche berufliche Qualifikation haben die in der Beratung tätigen Mitarbeiter/-innen?“. Die Werte sind gewichtet nach KGM.

### 5.4 Datenerhebung durch die Krankenkassen

Wenn die Krankenkassen nach Vorliegen der Einwilligungserklärung Daten von ihren Versicherten erheben, erfolgt dies ganz überwiegend im telefonischen oder persönlichen Gesprächen mit den Versicherten. Nur knapp 8 Prozent der KGM sind bei Krankenkassen versichert, die den Versicherten Fragebögen zusenden.

Am häufigsten werden nach Vorlage einer Einwilligungserklärung Daten zu aktuellen Krankheitssymptomen sowie zu aktuellen ärztlichen Diagnosen erhoben, gefolgt vom Arbeitsumfeld und dem Rehabilitationsbedarf. Mehrere Krankenkassen haben im Freitext angegeben, für die Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V nicht regelmäßig bestimmte Daten zu erheben, sondern anlassbezogen und passend zu dem jeweiligen individuellen Beratungsfall.

## 6. Rückmeldungen der Aufsichtsbehörden

Die Rechtsaufsicht über die Krankenkassen obliegt unterschiedlichen Aufsichtsbehörden, je nachdem, ob eine Krankenkasse bundesweit oder nur in einzelnen Bundesländern tätig ist. Das Bundesversicherungsamt (BVA) übt die Aufsicht über alle bundesunmittelbaren Krankenkassen aus. Bei Krankenkassen, die nur in einem Bundesland tätig sind, liegt die Aufsicht beim jeweils zuständigen Landessozialministerium. Krankenkassen, deren Tätigkeit auf bis zu drei Bundesländer beschränkt ist, unterliegen der Landesaufsicht, wenn durch die beteiligten Länder ein aufsichtsführendes Land bestimmt ist. Die Aufsichtsbehörden überwachen im Rahmen ihrer Rechtsaufsicht die Leistungserbringung durch die Krankenkassen, hierzu gehört auch die Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V.

Keine der Aufsichtsbehörden hat über grundsätzliche Defizite in der Umsetzung des § 44 Absatz 4 SGB V durch die Krankenkassen berichtet. Manche Aufsichtsbehörden berichten über Einzelfälle aus der Aufsichtspraxis, es gibt jedoch keine Hinweise darauf, dass sich das Beschwerdeaufkommen in Art und Höhe von dem in anderen Leistungsbereichen grundlegend unterscheidet.

Das BVA, dem die Krankenkassen mit den meisten KGM zugeordnet sind, berichtet beispielsweise, dass in der Aufsichtspraxis zum Zeitpunkt der Stellungnahme im Mai 2018 lediglich ein Fall mit Bezug zu § 44 Absatz 4 SGB V vorlag, der einer näheren Prüfung bedurfte. Hierbei ging es um die Frage der Zulässigkeit der Beteiligung eines Werkarztes an Gesprächen mit Mitarbeitern der Krankenkasse.

Nach Auskunft des BVA habe jedoch der Prüfdienst Krankenversicherung bei einigen Krankenkassen festgestellt, dass die Krankenkassen ihre Versicherten nicht schriftlich über deren Anspruch auf individuelle Beratung und Hilfestellung informierten. Ebenfalls sei die Ausgestaltung der erforderlichen Einwilligungserklärung zur Durchführung der Maßnahmen sowie zur Verarbeitung personenbezogener Daten vom Prüfdienst Krankenversicherung thematisiert worden. Eine Landesaufsichtsbehörde hat berichtet, dass ihrem Eindruck nach in einigen Fällen eine zu weitgehende Beratung der Versicherten erfolge. So wäre beispielsweise von Seiten einer Krankenkasse im Rahmen der Kundenberatung auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme von bezahltem Urlaub während der Krankheitsphase hingewiesen worden. Vier Landesaufsichtsbehörden haben über keinerlei relevante Sachverhalte zur Umsetzung des § 44 Absatz 4 SGB V in ihrem Aufsichtsbereich berichtet.

## 7. Stellungnahme der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI); Beratungstätigkeit bei Verbraucherzentralen und Unabhängiger Patientenberatung (UPD)

Die BfDI hat mitgeteilt, dass ihr Hinweise darauf vorliegen, dass die gesetzlichen Vorgaben von den Krankenkassen nur teilweise berücksichtigt werden. So fehlte in der schriftlichen Information, die der Einwilligung vorangehen muss, etwa ein Hinweis auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und der Preisgabe sensibler personenbezogener Daten, oder der Einstieg in das Krankengeldfallmanagement erfolgte über einen telefonischen Kontakt, bei dem bereits Sozialdaten erhoben wurden. Hierdurch fühlten sich die Versicherten unter Druck gesetzt und befürchteten Leistungskürzungen oder -verweigerungen. Andere fühlten sich durch die nachdrückliche Befragung in die Verrentung gedrängt. Entsprechende Hinweise finden sich auch bereits im 26. Tätigkeitsbericht der BfDI<sup>2</sup>. Weiterhin haben Verbände von Leistungserbringern und einige Ärzte an die BfDI herangetragen, dass die Krankenkassen unter Berufung auf § 44 Absatz 4 SGB V medizinische Berichte unmittelbar anfordern, ohne den MDK zu beauftragen.

Aus der Beratungstätigkeit der Verbraucherzentralen und der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) geht hervor, dass es in Bezug auf das Beratungs- und Unterstützungsangebot der Krankenkassen auch zu Patientenbeschwerden kommt. So beanstanden die Verbraucherzentralen, dass es nicht immer ersichtlich ist, ob im Rahmen der Beratung durch die Krankenkassen die sozialdatenschutzrechtlichen Vorgaben eingehalten werden.<sup>3</sup> Der UPD berichteten Ratsuchende beispielsweise, dass sie Anrufe von Fallmanagern der Krankenkassen als belastend empfinden.<sup>4</sup>

<sup>2</sup> 26. Tätigkeitsbericht der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Bonn 2017, Abrufbar unter: [https://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Taetigkeitsberichte/TB\\_BfDI/26TB\\_15\\_16.html;jsessionid=9428ADE894AA213CB93990119E607F8B.1\\_cid354?nn=5217154](https://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Taetigkeitsberichte/TB_BfDI/26TB_15_16.html;jsessionid=9428ADE894AA213CB93990119E607F8B.1_cid354?nn=5217154)

<sup>3</sup> vgl. „Viele Fragen ihrer Krankenkassen müssen sie nicht beantworten“. Verbraucherzentrale Hamburg. Abrufbar unter: <https://www.vzhh.de/themen/gesundheit-patientenschutz/krankenkasse-krankenversicherung/viele-fragen-ihrer-krankenkasse-muessen-sie-nicht-beantworten>

<sup>4</sup> vgl. [https://www.patientenberatung.de/dokumente/2017\\_upd\\_patientenmonitor.pdf](https://www.patientenberatung.de/dokumente/2017_upd_patientenmonitor.pdf)



## 8. Zusammenfassung und Wertung der Ergebnisse

Insgesamt wird deutlich, dass die Inanspruchnahme der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V – gemessen an der Anzahl der abgegebenen Einwilligungserklärungen – im Zeitverlauf angestiegen ist. Der Anteil der widerrufenen Einwilligungserklärungen ist sehr gering, was auf eine gewisse Akzeptanz der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V durch die Versicherten hindeutet. Dazu ist zu beachten, dass die statistische Dokumentation der Krankenkassen über die abgegebenen und widerrufenen Einwilligungserklärungen sich im Zeitverlauf zwar verbessert hat, aber noch lückenhaft ist.

Überwiegend haben die Krankenkassen die Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V in ihre AU-Fallbearbeitung integriert. Die Praxis bei der Einholung von Einwilligungserklärungen unterscheidet sich jedoch zwischen den Krankenkassen und ist nicht in allen Fällen statistisch erfasst. Bei den Krankenkassen, für die Daten zur Anzahl der abgegebenen Einwilligungserklärungen vorliegen, wurden seit dem zweiten Jahr nach der Einführung von § 44 Absatz 4 SGB V in rund der Hälfte der Krankengeldfälle Einwilligungserklärungen abgegeben und damit potenziell Beratungen nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V in Anspruch genommen.

Die Maßnahmen der Krankenkassen im Rahmen der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V sind deutlich auf die individuelle Unterstützung der Versicherten zur Überwindung der Krankheit gerichtet. Sie können den Versicherten helfen, sich im vielschichtigen und mithin unübersichtlichen Gesundheits- und Sozialsystem zurechtzufinden, die für sich individuell passenden Leistungen herauszufiltern und dabei unterstützen, den beruflichen Wiedereinstieg vorzubereiten. Hier sind insbesondere die Unterstützungsleistungen bei der Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs sowie die Hilfestellungen für Gespräche mit dem Arbeitgeber zu nennen. Ein eindeutiges Bild der Maßnahmen, die die Krankenkassen ausschließlich im Rahmen der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 Satz 1 SGB V durchführen (das heißt nur bei Vorliegen einer Einwilligungserklärung), hat sich aus der Befragung der Krankenkassen nicht ergeben. Dies kann in der individuellen Ausrichtung der Beratung und Hilfestellung begründet sein, aber auch auf eine gewisse Heterogenität in der Umsetzung des § 44 Absatz 4 SGB V hindeuten.

Die Erhebung der für die Beratung notwendigen Daten im telefonischen oder persönlichen Gespräch ermöglicht eine individuelle, zielgerichtete und am Beratungsbedarf des Versicherten orientierte Datenerhebung und wirkt möglichen Irritationen entgegen, die bei den Versicherten ggf. durch umfangreiche Fragebögen ausgelöst werden. Die Qualität der Beratung und Hilfestellung wird auch durch die durchweg hohe Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sichergestellt (in der Regel Sozialversicherungsfachangestellte).

Die Aufsichtsbehörden über die bundes- und landesunmittelbaren Krankenkassen haben über einzelne Umsetzungsdefizite bei der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V berichtet, Umsetzungsdefizite grundsätzlicher und flächendeckender Art wurden nicht mitgeteilt. Erlangt eine Aufsichtsbehörde Kenntnis über einen Einzelfall, der Fragen einer rechtskonformen Umsetzung aufwirft, stehen ihr ausreichende und zweckmäßige Mittel zur aufsichtsrechtlichen Beratung der jeweiligen Krankenkasse zur Verfügung. Hinsichtlich der kritischen Rückmeldungen durch die BfDI bzw. der Erfahrungen aus den Verbraucherzentralen und der UPD wird das BMG anregen, dass die gesetzeskonforme Umsetzung des Anspruchs auf Beratung und Hilfestellung gemäß § 44 Absatz 4 SGB V Gegenstand der Beratungen einer der nächsten Aufsichtsbehördentagungen werden wird. Die durch die BfDI ebenfalls thematisierte Einzelfrage der Übermittlung medizinischer Berichte auf Grundlage des § 44 Absatz 4 SGB V wird derzeit unter Beteiligung des BMG zwischen dem GKV-Spitzenverband und der BfDI erörtert.

**Anhang: Methodik bei der Befragung der Krankenkassen**

Es wurde ein standardisierter Fragebogen erstellt, der allgemeine strukturelle Daten sowie Häufigkeit, Verfahren und Inhalte der Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 SGB V erfasst. Der Fragebogen wurde vorab mit fünf Krankenkassen unterschiedlicher Kassenarten im Rahmen eines Pretests auf seine Verständlichkeit geprüft. Die Befragung wurde im Zeitraum von April bis Juni 2018 durchgeführt.

Die Zahl der KGM der an der Erhebung teilnehmenden Krankenkassen ist sehr unterschiedlich, sie reicht von unter 1000 bis über 5 Millionen KGM. Würden die Antworten jeder Krankenkasse mit gleicher Gewichtung in die Auswertung eingehen, unterlägen die Ergebnisse starken Verzerrungen. Denn wenn eine kleine Krankenkasse mit beispielsweise 1000 KGM eine Maßnahme ergreift, hat das eine andere Auswirkung auf die Versicherungsgemeinschaft, als wenn diese Maßnahme durch eine Krankenkasse mit 3 Millionen KGM ergriffen wird. Es wird daher in der Regel nicht dargestellt, wie viele Krankenkassen beispielsweise eine bestimmte Maßnahme ergriffen haben, sondern wie viele krankengeldberechtigte Mitglieder bei den Krankenkassen versichert sind, die eine bestimmte Maßnahme ergriffen haben. Diese Werte, die im Prinzip einer Gewichtung der Ergebnisse nach Krankenkassengröße entsprechen, erlauben ein sehr viel besseres Bild der Wirkung der Maßnahmen der Krankenkassen auf die Gesamtheit der Versicherten.



