

BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit

Psychische Erkrankungen und
Krankengeldmanagement

2015

BPtK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel. 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

I.	Zusammenfassung	4
II.	Ergebnisse der Datenanalyse des AU-Geschehens	7
1.	Mehr als jeder siebte AU-Tag psychisch bedingt.....	7
2.	Zahl der psychisch bedingten Krankschreibungen stabil.....	9
3.	Lange Krankschreibungen bei psychischen Erkrankungen	10
4.	Psychisch Kranke beziehen häufig Krankengeld.....	12
III.	Das sogenannte Krankengeldmanagement der Krankenkassen....	13
1.	Hohe Ausgaben für Krankengeld.....	13
2.	Versorgungsmanagement der Krankenkassen.....	14
3.	„Good-Practice“-Beispiele.....	15
4.	„Bad-Practice“-Beispiele	16
5.	Versicherte unter Druck.....	17
6.	Datenschutz nicht ausreichend.....	18
IV.	Gesetzliche Rahmenbedingungen für Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen.....	22
1.	Versichertenschutz stärken	23
2.	Zustimmung des Versicherten	24
3.	Qualitätssicherung der Datenerhebung und Beratung.....	25
4.	Mitarbeiter der Krankenkassen qualifizieren.....	26
5.	Darstellung der Qualität der Beratungsleistungen	27
V.	Prävention und berufliche Wiedereingliederung verbessern	29
1.	Psychotherapeutischen Sachverstand in der Prävention nutzen.....	29
2.	Bedarfsgerechte Wiedereingliederung für psychisch Kranke	29

VI. Zur Methodik der Auswertung	31
VII. Literatur	33
VIII. Anhang	35

I. Zusammenfassung

Arbeitnehmer fehlten 2013 nicht häufiger aufgrund psychischer Erkrankungen als im Vorjahr. Damit ist der Anteil an den betrieblichen Fehltagen, der durch psychische Erkrankungen verursacht wurde und der seit 2000 Jahr für Jahr zugenommen hat, nicht weiter gestiegen. Das ist das Ergebnis der Studie zur Arbeitsunfähigkeit 2015 der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), die auf den Daten von fast 85 Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland basiert.

Mehr als jeder siebte AU-Tag ist psychisch bedingt

2013 waren 13,4 Prozent aller betrieblichen Fehltag auf psychische Erkrankungen zurückzuführen, 2012 waren es 13,7 Prozent. Damit ist mehr als jeder siebte Ausfalltag im Betrieb psychisch bedingt. Psychische Erkrankungen waren nach Muskel- Skelett- und Atemwegserkrankungen 2013 der dritthäufigste Grund für Arbeitsunfähigkeit (AU).

Erst zukünftige Analysen können zeigen, ob sich der Anteil psychischer Erkrankungen an den AU-Tagen nun auf hohem Niveau stabilisiert. Eine Auswertung der Techniker Krankenkasse (TK) für das Jahr 2014 weist darauf hin, dass auch eine weitere Zunahme der AU-Tage möglich ist. Bei den TK-Versicherten hat die Zahl psychisch bedingter AU-Tage im Jahr 2014 nach einer Stabilisierung im Vorjahr wieder zugenommen.

Unverändert lange Krankschreibungen bei psychischen Erkrankungen

Psychische Erkrankungen führen unverändert zu überdurchschnittlich langen Krankschreibungen. Ein psychisch kranker Arbeitnehmer fehlte 2013 rund fünf Wochen pro Krankschreibungsfall (34,5 Tage). Dies ist deutlich länger als bei körperlichen Erkrankungen. Herz-Kreislauf-Kranke fehlten 21,3 Tage, Muskel-Skelett-Kranke 18,5 und Atemwegskranke 6,6 Tage.

Psychotherapeutische Expertise bei Prävention nutzen

Die Bundesregierung plant mit ihrem Präventionsgesetz, die Vorbeugung von Erkrankungen gesetzlich zu regeln und zu verbessern. Psychische Erkrankungen sind ein Merkmal der neuen Morbidität, und psychische Belastungen gehören zu den neuen gesundheitlichen Herausforderungen in der Arbeitswelt. Psychische Faktoren spielen

auch für die erfolgreiche Veränderung gesundheitsschädlicher Lebensstile eine entscheidende Rolle. Die BPtK hält es daher für dringend erforderlich, psychotherapeutische Expertise stärker für die Prävention und Gesundheitsförderung zu nutzen. Dazu sollten Psychotherapeuten – anders als derzeit im Präventionsgesetz geplant – ausdrücklich als Leistungserbringer von Früherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen berücksichtigt werden.

Krankenkassen setzen Arbeitsunfähige teilweise unter Druck

Einige Krankenkassen setzen Versicherte unter Druck, die lange arbeitsunfähig sind und deshalb Krankengeld beziehen. Unter diesen Versicherten sind besonders viele psychisch Kranke. Jeder fünfte Versicherte, der länger als sechs Wochen krankgeschrieben ist, ist psychisch krank. Das Krankengeld ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, durch die ein Versicherter bei längerer Krankheit und Arbeitsunfähigkeit (ab sechs Wochen) finanziell abgesichert werden soll. Krankengeld ist bei den gesetzlichen Krankenkassen ein beträchtlicher finanzieller Posten. Die Ausgaben für Krankengeld betragen im Jahr 2013 9,76 Milliarden Euro. Sie sind seit 2005 um zwei Drittel gestiegen.

Unter dem Vorwand der „Beratung“ versuchen einige Krankenkassen, ihre Ausgaben für Krankengeld kurzfristig zu verringern, indem sie Versicherte unter Druck setzen, wieder arbeiten zu gehen. Das geht aus dem aktuellen Monitor Patientenberatung der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland hervor. Außerdem wird bei diesen „Beratungen“ der Datenschutz nicht immer hinreichend beachtet. So kritisiert der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, dass Krankenkassen sensible persönliche Informationen zu aktuellen Lebensumständen, Problemen am Arbeitsplatz und familiären Nöten der Versicherten erheben, die mit ihren Aufgaben bei Arbeitsunfähigkeit nichts zu tun haben. Die BPtK begrüßt, dass der Gesetzgeber mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (BT-Drs. 18/4095) klarstellen will, dass die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen dort endet, wo die Aufgaben des Medizinischen Dienstes (MDK) beginnen. Die Prüfung von Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs oder die Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit ist nicht Aufgabe der Krankenkassen.

Versichertenschutz stärken

Die BPtK erhebt die Forderung, den Schutz der Versicherten, die lange arbeitsunfähig sind und Krankengeld beziehen, durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz zu stärken. Es sollte präzise und einheitlich für alle Krankenkassen geregelt werden, welche Daten Krankenkassen von den schon lange krankgeschriebenen Versicherten über die ihnen aus der Routineversorgung zur Verfügung stehenden Informationen hinaus erfragen dürfen. Die BPtK schlägt vor, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) damit zu beauftragen, Standards für den Inhalt und den Umfang der Daten festzulegen, die die Krankenkassen von ihren Versicherten erheben dürfen, um sie bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu unterstützen. Die Krankenkassen sollten darüber hinaus verpflichtet werden, ihre Versicherten über die Freiwilligkeit der Beratung und der damit in Verbindung stehenden Datenerhebung zu informieren.

Vergleichbarkeit zwischen Krankenkassen herstellen

Insbesondere sollte vergleichbar werden, wie die einzelnen Krankenkassen den gesetzlichen Auftrag zur Beratung ihrer Versicherten, die lange arbeitsunfähig sind und Krankengeld beziehen, umsetzen. Darüber sollte das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) regelmäßig berichten und dazu auch Versicherte befragen. So könnten Versicherte ihre Entscheidung für oder gegen eine Krankenkasse auch davon abhängig machen, wie hilfreich die Krankenkasse im Falle längerfristiger Arbeitsunfähigkeit ist.

II. Ergebnisse der Datenanalyse des AU-Geschehens

Wie bereits in den vergangenen Jahren legt die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) in ihrer aktuellen Studie dar, wie häufig psychische Erkrankungen Arbeitsunfähigkeit (AU) verursachen. Dabei hat sie die Angaben der großen gesetzlichen Krankenkassen AOK, BARMER GEK, BKK, DAK und TK zum AU-Geschehen für das Jahr 2013 ausgewertet. Die Aussagen der aktuellen BPtK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit basieren auf den Daten von fast 85 Prozent aller gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland und weisen daher eine große externe Validität auf. Insgesamt liegen damit aggregierte Zahlen für das AU-Geschehen von 2000 bis 2013 vor.

1. Mehr als jeder siebte AU-Tag psychisch bedingt

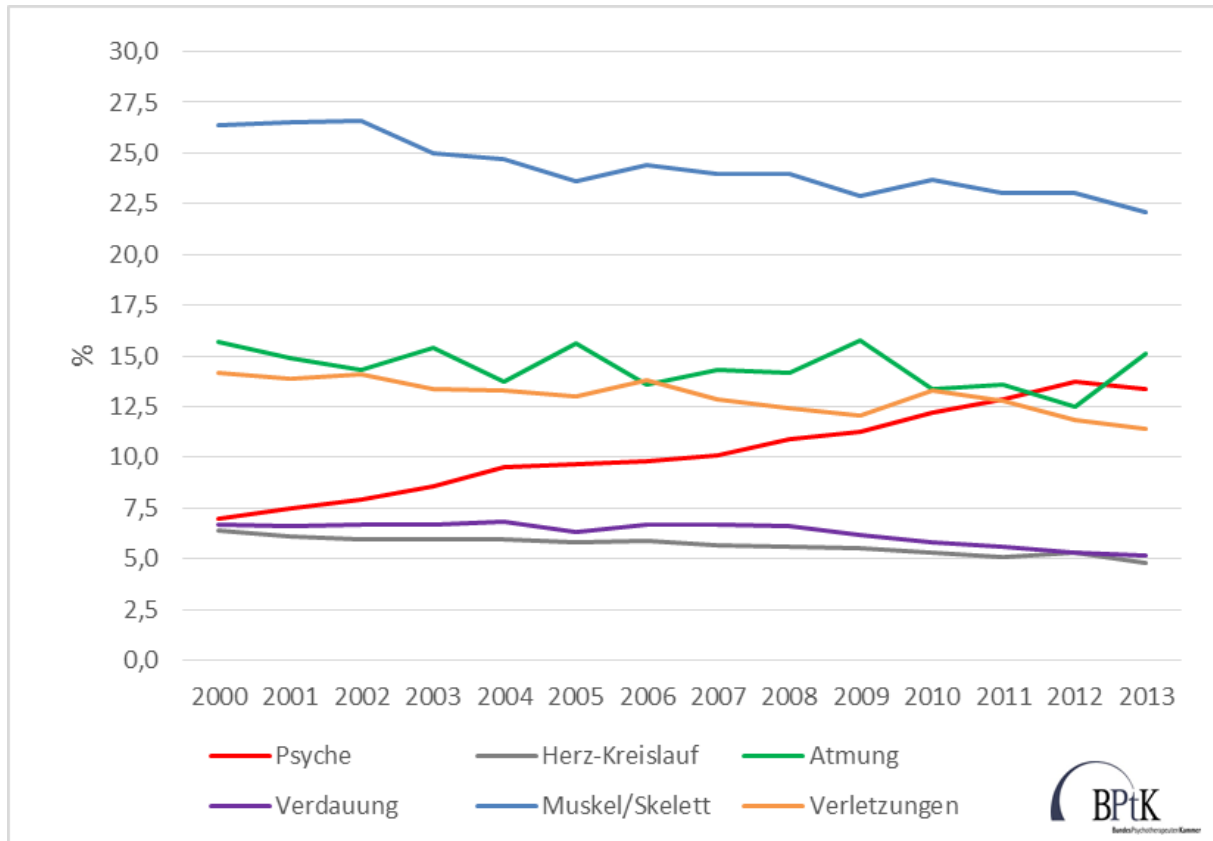
Psychische Erkrankungen haben im Jahr 2013 13,4 Prozent der AU-Tage verursacht. Dies entspricht annähernd dem Anteil im Jahr 2012, der bei 13,7 Prozent lag. Sie waren damit der dritthäufigste Grund für Fehltage am Arbeitsplatz. Anfang 2013 gab es eine deutlich stärkere Grippewelle als in den Vorjahren (RKI, 2013). Daher nahm der Anteil von Atemwegserkrankungen an den AU-Tagen im Jahr 2013 deutlich zu. Atemwegserkrankungen standen damit an zweiter Stelle der häufigsten Ursachen für AU-Tage. In den Jahren davor waren psychische Erkrankungen der zweithäufigste Grund für Fehltage am Arbeitsplatz gewesen (Abbildung 1).

Psychische Erkrankungen führten im Jahr 2013 dazu, dass Versicherte bei den ausgewerteten Krankenkassen rund 70 Millionen Tage krankgeschrieben waren. Hochgerechnet auf alle GKV-Versicherten kann daher davon ausgegangen werden, dass – wie bereits 2012 – auch im Jahr 2013 rund 82 Millionen AU-Tage auf psychische Erkrankungen zurückgeführt werden können.

Zukünftige Analysen des AU-Geschehens werden zeigen, ob sich – nach dem kontinuierlichen Anstieg in den letzten zehn Jahren – der Anteil psychischer Erkrankungen an den AU-Tagen nun auf hohem Niveau stabilisiert. Eine Analyse der Techniker Krankenkasse zum AU-Geschehen für das Jahr 2014 könnte allerdings darauf hinweisen, dass dies nicht zu erwarten ist. In der Techniker Krankenkasse hat die Zahl psychisch bedingter AU-Tage im Jahr 2014 – nach einer Stabilisierung von 2012 auf

2013 – wieder zugenommen, im Vergleich zum Vorjahr sogar um 7,9 Prozent (TK, 2015).

Abbildung 1: AU-Tage – die häufigsten Krankheiten 2000 bis 2013



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2015

Dargestellt sind die Anteile (%) der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitstagen von 2000 bis 2013, gemittelt über die großen gesetzlichen Krankenkassen und gewichtet anhand der jeweiligen Versichertenzahl.

In den Wert für die Jahre 2000 bis 2002 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK.
 In den Wert für die Jahre 2003 bis 2008 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK, BEK.
 In den Wert für das Jahr 2009 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, BEK.
 In den Wert für die Jahre 2010 bis 2013 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, B-GEK.

Die Rohdaten zu der Abbildung finden Sie im Anhang in Tabelle 1.

Legende:

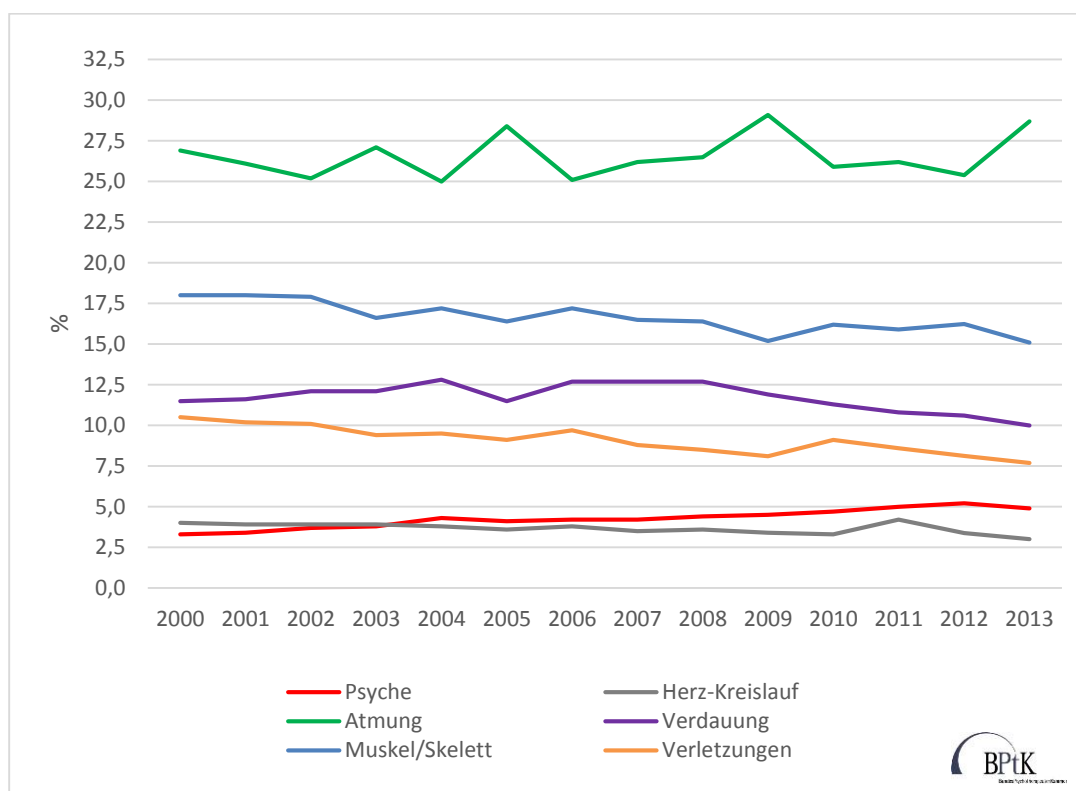
- AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
- BEK: BARMER Ersatzkasse
- GEK: Gmünder Ersatzkasse
- B-GEK: BARMER GEK (Fusion BEK und GEK zum 01.01.2010)
- BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
- DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
- TK: Techniker Krankenkasse

2. Zahl der psychisch bedingten Krankschreibungen stabil

Die Anzahl der Krankschreibungen nahm nicht weiter zu. 2013 wurde jeder 20. AU-Fall (4,9 Prozent) durch psychische Erkrankungen verursacht. Dies entspricht annähernd dem Anteil im Jahr 2012, der bei 5,2 Prozent lag (Abbildung 2).

Insgesamt waren dies etwa 2,2 Millionen AU-Fälle. Hochgerechnet auf alle GKV-Versicherten kann davon ausgegangen werden, dass rund 2,6 Millionen AU-Fälle psychisch bedingt sind.

Abbildung 2: AU-Fälle – die häufigsten Krankheiten 2000 bis 2013



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2015

Dargestellt sind die Anteile (%) der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitsfällen von 2000 bis 2013, gemittelt über die großen gesetzlichen Krankenkassen und gewichtet anhand der jeweiligen Versichertenzahl.

In den Wert für die Jahre 2000 bis 2002 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK.
 In den Wert für die Jahre 2003 bis 2008 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK, BEK.
 In den Wert für das Jahr 2009 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, BEK.
 In den Wert für die Jahre 2010 bis 2013 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, B-GEK.

Die Rohdaten zu der Abbildung finden Sie im Anhang in Tabelle 3.

Legende:

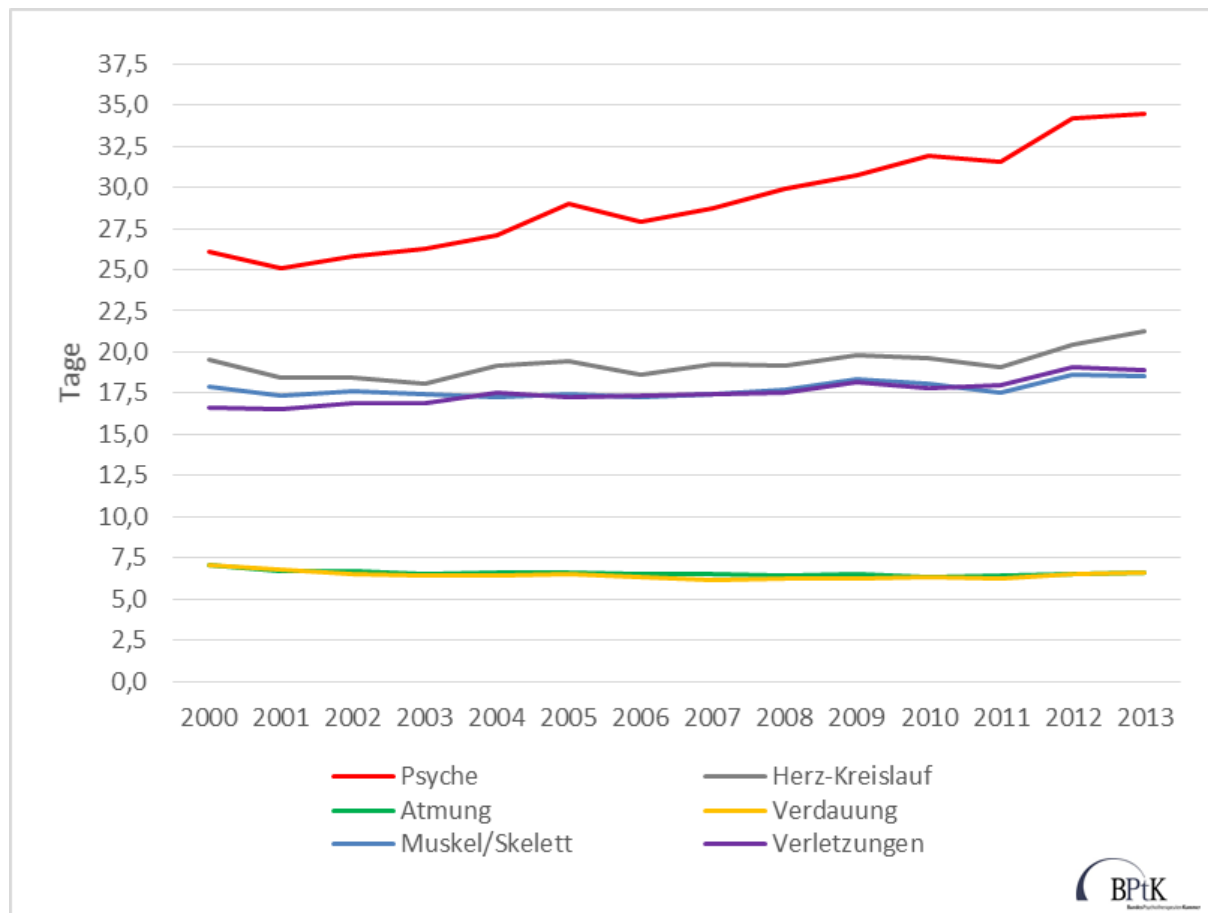
- AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
- BEK: BARMER Ersatzkasse
- GEK: Gmünder Ersatzkasse
- B-GEK: BARMER GEK (Fusion BEK und GEK zum 01.01.2010)
- BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
- DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
- TK: Techniker Krankenkasse

3. Lange Krankschreibungen bei psychischen Erkrankungen

2013 lag die durchschnittliche Krankschreibungsdauer bei psychischen Erkrankungen bei 34,5 Tagen. Das heißt, dass ein psychisch kranker Arbeitnehmer je Krankschreibung rund fünf Wochen an seinem Arbeitsplatz ausfiel. Dies ist ungefähr genauso lang wie im Vorjahr (34,2 Tage).

Die Dauer einer Krankschreibung wegen psychischer Erkrankungen ist damit deutlich länger als bei körperlichen Erkrankungen. Sie ist eineinhalbmal so lang wie bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen (21,3 Tage), fast zweimal so lang wie bei Muskel-Skelett-Erkrankungen (18,5 Tage) und Verletzungen (18,9 Tage) und fünfmal so lang wie bei Atemwegs- oder Verdauungserkrankungen (jeweils 6,6 Tage; Abbildung 3).

Abbildung 3: Krankschreibungsdauer – die wichtigsten Krankheiten 2000 bis 2013



Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2014

Dargestellt ist die durchschnittliche Krankschreibungsdauer pro Fall in Tagen für die wichtigsten sechs Krankheitsarten von 2000 bis 2013, gemittelt über die großen gesetzlichen Krankenkassen und gewichtet anhand der jeweiligen Versichertenzahl.

In den Wert für die Jahre 2000 bis 2002 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK.
 In den Wert für die Jahre 2003 bis 2008 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK, BEK.
 In den Wert für das Jahr 2009 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, BEK.
 In den Wert für die Jahre 2010 bis 2013 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, B-GEK.

Die Rohdaten zu der Abbildung finden Sie im Anhang in Tabelle 2.

Legende:

- AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
- BEK: BARMER Ersatzkasse
- GEK: Gmünder Ersatzkasse
- B-GEK: BARMER GEK (Fusion BEK und GEK zum 01.01.2010)
- BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
- DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
- TK: Techniker Krankenkasse

4. Psychisch Kranke beziehen häufig Krankengeld

Die langen AU-Zeiten bei psychischen Erkrankungen führen dazu, dass ein beachtlicher Anteil der Krankengeschriebenen Krankengeld erhält. Bei einer Krankschreibung über sechs Wochen hinaus müssen nicht mehr die Unternehmen den Lohn fortzahlen, sondern die Krankenkassen Krankengeld zahlen. Eine Arbeitsunfähigkeit, die länger als sechs Wochen besteht, wird als Langzeitarbeitsunfähigkeit (Langzeit-AU) bezeichnet.

Einer Analyse der BPtK (2013) zufolge gehören psychische Erkrankungen zu den wichtigen Gründen für Langzeit-AU und damit den Bezug von Krankengeld. Der Anteil an den Langzeit-AU-Fällen, der durch psychische Erkrankungen verursacht ist, betrug 2012 bei Beschäftigten 18,5 Prozent. Damit stehen sie an zweiter Stelle der Ursachen für Langzeit-AU, knapp hinter den Muskel-Skelett-Erkrankungen mit einem Anteil von 18,7 Prozent. Zum Vergleich: Im Durchschnitt waren 2012 nur 5,2 Prozent der AU-Fälle psychisch bedingt. Damit ist der Anteil psychischer Erkrankungen an den Langzeit-AU-Fällen mehr als dreimal so hoch wie an den AU-Fällen insgesamt.

Die große Bedeutung psychischer Erkrankungen für lange AU-Zeiten – und damit für den Bezug von Krankengeld – zeigt sich auch bei den Langzeit-AU-Tagen. Bei Krankschreibungen von mindestens sechs Wochen lag der Anteil psychischer Erkrankungen an den betrieblichen Fehltagen unter Beschäftigten bei 25,4 Prozent. Das ist fast doppelt so hoch wie der Anteil psychischer Erkrankungen an den AU-Tagen insgesamt, der 2012 bei 13,7 Prozent lag (BPtK, 2013).

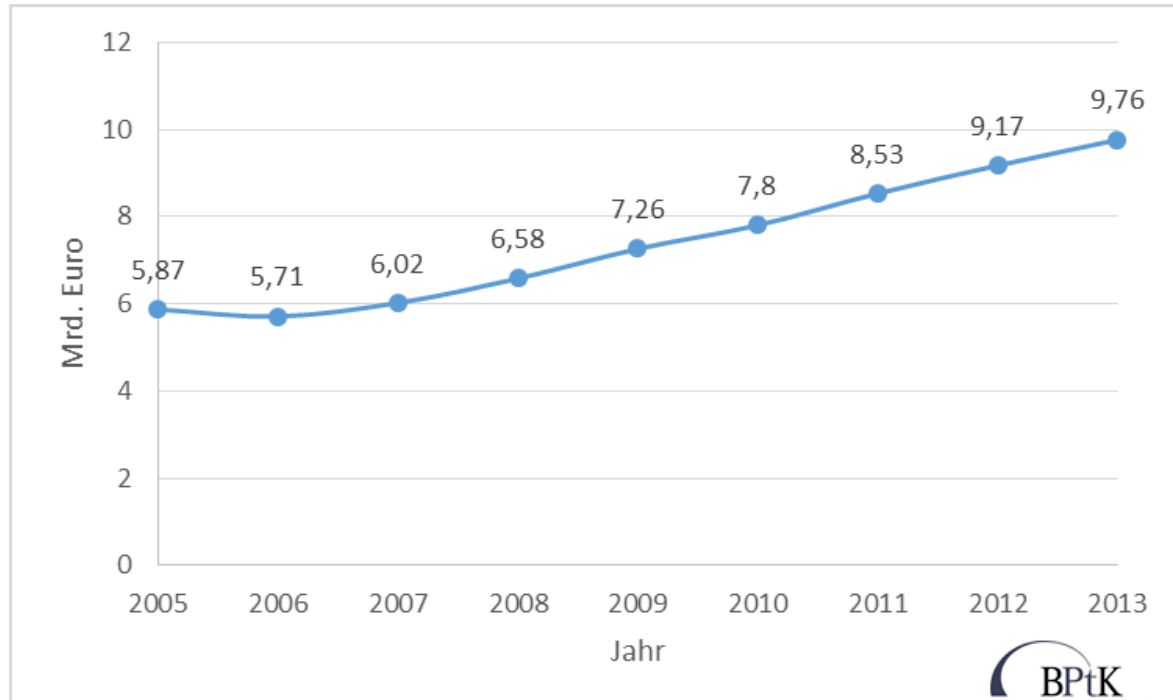
III. Das sogenannte Krankengeldmanagement der Krankenkassen

Das Krankengeld ist eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, durch die ein Versicherter bei längerer Krankheit und Arbeitsunfähigkeit (ab sechs Wochen) finanziell abgesichert werden soll. Die Dauer der Krankengeldzahlungen ist begrenzt. Der Versicherte erhält diesen Lohnersatz maximal 78 Wochen lang (inklusive der sechs Wochen Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber) für dieselbe Krankheit innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren. Bei Arbeitnehmern beträgt das Krankengeld 70 Prozent des Bruttolohns, jedoch nicht mehr als 90 Prozent des Nettolohns.

1. Hohe Ausgaben für Krankengeld

Krankengeld ist bei den gesetzlichen Krankenkassen ein beträchtlicher finanzieller Posten. Die Ausgaben für Krankengeld betragen im Jahr 2013 9,76 Milliarden Euro. Sie sind damit seit 2005 um zwei Drittel gestiegen (Abbildung 4).

Abbildung 4: Krankengeld-Zahlbeträge von 2005 bis 2013



Quelle: KJ1-Statistik, www.gbe-bund.de, eigene Darstellung

Dargestellt sind die Ausgaben für Krankengeld in der gesetzlichen Krankenversicherung in Milliarden Euro von 2005 bis 2013.

2. Versorgungsmanagement der Krankenkassen

Krankenkassen haben nach dem Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) die Aufgabe, Leistungserbringer wie zum Beispiel niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhäuser beim Versorgungsmanagement zu unterstützen. Dies betrifft den Übergang von Patienten in die verschiedenen Versorgungsbereiche (nach § 11 Abs. 4 SGB V) und im Besonderen das Entlassmanagement nach Krankenhausaufenthalten (nach § 39 SGB V).

Neben diesen gesetzlich definierten Aufgaben beteiligen sich Krankenkassen zunehmend auch am „Versorgungsmanagement“ von Versicherten, die lange arbeitsunfähig sind und Krankengeld beziehen. Sie führen Beratungen durch, mit dem Ziel, deren Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen und damit auch ihre Ausgaben für Krankengeld zu verringern. Diese Beratungen werden von den Krankenkassen selber und in der öffentlichen Diskussion als „Krankengeldmanagement“ bezeichnet.

Schon die Bezeichnung „Krankengeldmanagement“ weist auf eine Problematik dieser Beratungen hin. Krankenkassen befinden sich in einem Spannungsfeld: Einerseits sollen sie ihren Versicherten eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung ermöglichen, andererseits müssen sie sparsam wirtschaften. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen verschärft diesen Zielkonflikt, weil Krankenkassen insbesondere Zusatzbeiträge vermeiden wollen, die zu Mitgliederverlusten führen können. Einige Krankenkassen versuchen deshalb, in erster Linie ihre Ausgaben für Krankengeld kurzfristig zu verringern, indem sie Versicherte unter Druck setzen, wieder arbeiten zu gehen (UPD, 2014; vgl. Kapitel 5). Außerdem wird bei den Beratungen der Datenschutz der Versicherten nicht immer hinreichend beachtet (BfDI, 2007; vgl. Kapitel 6). Damit drängt sich der Eindruck auf, dass Krankenkassen aktuell Aufgaben, die eigentlich dem MDK zugeordnet sind (vgl. § 275 SGB V), mit ihren Beratungsleistungen verrichten.

Sich häufende Berichte zu dieser Art des „Krankengeldmanagements“ dürften nun den Gesetzgeber veranlasst haben, tätig zu werden. In ihrem Entwurf für das „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz; BT-Drs. 18/4095) plant die Bundesregierung bisher fehlende gesetzliche Regelungen für die Beratung der Versicherten durch ihre Krankenkassen,

wenn bei längerer Arbeitsunfähigkeit eine Unterstützung der Versicherten notwendig ist (vgl. Kapitel IV). In diesem Rahmen soll klargestellt werden, dass die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse dort endet, wo die Aufgaben des MDK beginnen, insbesondere bei der Prüfung von Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges oder wenn Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit bestehen (§ 275 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a und b SGB V).

Im Folgenden werden „Good-practice“-Beispiele für ein angemessenes Versorgungsmanagement länger arbeitsunfähiger Versicherter beschrieben. Im Anschluss folgen „Bad-Practice“-Beispiele, wie Krankenkassen nicht mit ihren Versicherten umgehen sollten. Abschließend werden die gesetzliche Neuregelungen im geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz sowie die Forderungen der BPtK dargestellt.

3. „Good-Practice“-Beispiele

Krankenkassen können ihren Versicherten die Teilnahme an Versorgungsprogrammen anbieten, um ihnen eine zeitnahe und leitliniengerechte Behandlung zu ermöglichen. Beispiele für solche strukturierten Versorgungsprogramme, die das Ziel haben, die Arbeitsfähigkeit von psychisch belasteten oder kranken Versicherten, die länger krankgeschrieben sind, wiederherzustellen, sind das betriebliche Rehabilitationskonzept der Betriebskrankenkasse (BKK) Salzgitter (Koch, Kröger, Leineweber & Marquardt, 2013) sowie das PAULI-Konzept der AOK Rheinland/Hamburg (Theißen, Wurm & Gasche, 2013).

BeReKo – Betriebliches Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG

Die Salzgitter AG bietet zusammen mit der BKK Salzgitter und der Psychotherapieambulanz der Technischen Universität (TU) Braunschweig ein betriebliches Rehabilitationskonzept für psychisch belastete oder kranke Beschäftigte an, die arbeitsunfähig geworden sind. Die Identifikation dieser Mitarbeiter erfolgt durch den Betriebsarzt, eine konzerninterne Integrationsmanagerin oder die BKK Salzgitter. Der Betroffene wird von einem Fallmanager der BKK angesprochen oder vom Betriebsarzt nach Einwilligung an die BKK verwiesen. Ihm wird eine „diagnostische Beratung“ in der externen Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig angeboten. In dieser Beratung wird festgestellt, ob eine psychische Erkrankung vorliegt und welche Unterstützungs- oder

Behandlungsmöglichkeiten hilfreich sein können. Bei circa 60 Prozent der untersuchten Mitarbeiter wird eine Psychotherapie empfohlen. Diese wird von der BKK Salzgitter umgehend genehmigt und der Versicherte erhält innerhalb von 15 Tagen einen Therapieplatz in der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig (Koch et al., 2013).

PAULI – Psychosomatik, Auffangen, Unterstützen, Leiten, Integrieren

PAULI ist ein Kooperationsprojekt des AHG Gesundheitszentrums Düsseldorf mit der AOK Rheinland/Hamburg und der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Rheinland. Es ist ein Programm zur frühzeitigen Bedarfserkennung sowie zur Frühbehandlung und -rehabilitation von Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg, die wegen einer psychischen Erkrankung arbeitsunfähig geworden sind. Durch PAULI soll bereits eine beginnende psychische Erkrankung therapeutisch aufgefangen, die Versorgungslücke zwischen Diagnosestellung und ambulanter Psychotherapie geschlossen und ein Rehabilitationsbedarf frühzeitig festgestellt werden. Ziel von PAULI ist, dass die Versicherten möglichst schnell gesunden und wieder am Arbeitsleben teilnehmen können.

Die Versicherten werden vom Medizinischen Dienst der AOK identifiziert und eingeladen, an dem Programm teilzunehmen. Kranken- wie Rentenversicherung haben für die Durchführung von PAULI spezielle Sachbearbeiter für das Fallmanagement geschult. Die erste zweiwöchige Phase von PAULI dient der Abklärung der möglichen Behandlungswege. Daran schließt sich entweder ein vierwöchiges psychotherapeutisches Unterstützungsangebot mit anschließender beruflicher Reintegration oder zunächst eine vierwöchige Phase zur Erreichung der Rehabilitationsfähigkeit mit anschließender Rehabilitation an. Versicherte werden, wenn erforderlich, auch dabei unterstützt, anschließend einen ambulanten psychotherapeutischen Behandlungsplatz zu finden (Theißen et al., 2013).

4. „Bad-Practice“-Beispiele

Neben diesen „Good-practice“-Beispielen für ein Versorgungsmanagement, bei denen Krankenkassen dafür Sorge tragen, dass ihre Versicherten auch die Leistungen in Anspruch nehmen können, die ihnen zustehen und insbesondere organisatorische Unterstützung anbieten, gibt es zunehmend auch „Bad-Practice“-Aktivitäten der Krankenkassen. Wie die Unabhängige Patientenberatung Deutschland in ihrem aktuellen Monitor Patientenberatung (UPD, 2014; vgl. Kapitel 6) aufzeigt, üben Krankenkassen mit

als „Beratung“ bezeichneten Angeboten Druck auf psychisch kranke Versicherte aus, wieder arbeiten zu gehen, um auf diese Weise die Krankengeldzahlungen reduzieren zu können. In diesem Zusammenhang erheben Krankenkassen auch Daten, die nur von Ärzten und Psychotherapeuten oder dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen erfragt werden sollten, wie der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit kritisiert (BfDI, 2007; vgl. Kapitel 7). Es geht Krankenkassen bei solchen Beratungen wohl weniger um eine angemessene Versorgung von Versicherten, die lange krank und arbeitsunfähig sind. Ziel ist es häufig vielmehr, Versicherte dazu zu bringen, so schnell wie möglich wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren.

So weist beispielsweise die AOK (Popken, 2006) darauf hin, dass es „Kern der Beratung ist, die Ursachen der Erkrankung und die Begleitumstände herauszuarbeiten. Diese sind häufig nicht somatisch, sondern befinden sich im persönlichen Umfeld des Erkrankten, z. B. Scheidung oder Verlust des Ehepartners, Probleme in der Familie oder Mobbing am Arbeitsplatz. Die Krankengeldfallmanager motivieren alle Krankengeldbezieher mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln, möglichst schnell aus ihrer Misere herauszukommen“ (S. 177).

Mit dieser Form des Umganges mit den Versicherten überschreiten Krankenkassen ihre Aufgaben als Versicherer und greifen in die laufende Behandlung von Psychotherapeuten und Ärzten ein. Diese Entwicklung ist bedenklich, da es für psychisch kranke Versicherte belastend, vielleicht sogar schädlich ist, wenn Krankenkassen Druck ausüben, wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren (UPD, 2014).

5. Versicherte unter Druck

Nach dem UPD-Bericht ist Krankengeld diejenige Kassenleistung, zu der bei der UPD am häufigsten Rat eingeholt wird. In rund einem Viertel der Beratungsgespräche zu Ansprüchen gegenüber Kostenträgern stand das Thema Krankengeld im Fokus (25,2 Prozent). Bei überdurchschnittlich vielen Beratungsgesprächen (19,4 Prozent) ging es um Probleme beim Krankengeld. In diesem Zusammenhang beschwerten sich vor allem Menschen mit psychischen Erkrankungen, so die UPD (2014). Viele Anrufer bei der UPD vermuteten, dass ihnen unberechtigt Krankengeld verweigert wurde oder sie unvollständige beziehungsweise falsche Beratung und Information erhalten hatten.

Auffällig viele empfanden die Anrufe der Sachbearbeiter der Krankenkassen beziehungsweise beauftragter Dritte als Schikane.

Die UPD berichtet, dass manche Krankenkassen externe Firmen beauftragten, die die Versicherten, die Krankengeld beziehen, telefonisch kontaktieren. Viele Ratsuchende beklagten, dass diese Anrufer sehr intime Fragen zur familiären Situation, zu Zukunftsperspektiven und zu bisherigen Therapieversuchen stellten. Weiterhin berichten die Ratsuchenden bei der UPD von Äußerungen der Krankengeld-Fallmanager wie „Ach, im Hintergrund spielt das Radio – dann geht es Ihnen ja gar nicht so schlecht ...“, „Jetzt stellen Sie sich doch nicht so an!“ oder „Gehen Sie wieder arbeiten!“ (S. 43). Viele Ratsuchende fühlten sich von ihrer Krankenkasse unter Druck gesetzt. Einige berichteten sogar, dass sie sich nicht mehr traute, ans Telefon zu gehen, weil sie weitere Anrufe ihrer Fallmanager befürchteten (UPD, 2014).

6. Datenschutz nicht ausreichend

Aus Angst davor, kein Krankengeld mehr zu erhalten und den Lebensunterhalt nicht mehr bestreiten zu können, legen viele Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse weitgehende persönliche Informationen offen, und das, obwohl dies nicht immer ihre Pflicht ist. Die Versicherten wissen häufig nicht, welche Rechte sie haben und was sie ihrer Krankenkasse mitteilen müssen und was nicht (UPD, 2014).

Regelungen zum Umgang der Krankenkassen mit den Versicherungs- und Leistungsdaten trifft das SGB V. In § 284 Absatz 1 SGB V wird aufgezählt, zu welchen Zwecken Krankenkassen personenbezogenen Daten erheben und speichern dürfen. Die Vorschrift ist sehr eng gefasst, um zu verhindern, dass durch das Sammeln und Auswerten personenbezogener Daten „gläserne Patienten“ entstehen oder gar die Erstellung von Leistungs- und Gesundheitsprofilen ermöglicht wird (Peters in Kasseler Kommentar Bd I § 284 Rn 3).

Im Rahmen des Fallmanagements bei Arbeitsunfähigkeit (AU-Fallmanagement; MDS, 2011) ist es die Aufgabe von Krankenkassen, diejenigen arbeitsunfähigen Versicherten zu identifizieren, bei denen eine Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit oder eine Beratung durch den Medizinischen Dienst der jeweiligen Krankenkasse (MDK) erforderlich ist (MDS, 2011). Die Richtlinien zur Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit des

Medizinischen Dienstes des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS, 2011) sehen vor, dass Krankenkassen hierfür die in Kasten 1 dargestellten Informationen erheben sollen.

Kasten 1: Dokumentation Versicherungsgespräch durch die Krankenkasse

Personalien	
Name, Vorname, Geburtsdatum:	
Vers.-Nr.:	

Sachbearbeiter: _____ Gesprächsdatum: _____

- 1. Wann ist Arbeitsaufnahme/Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit geplant?**
 - Der/die Versicherte erklärt, er werde am _____ die Arbeit wieder aufnehmen bzw. sich bei der Agentur für Arbeit melden.
 - Eine Stufenweise Wiedereingliederung ab _____ wird vom Versicherten befürwortet
- 2. Welche Probleme stehen der Arbeitsaufnahme/Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit entgegen?**
- 3. Genaue Beschaffenheit des Arbeitsplatzes/Angabe zum zeitlichen Vermittlungsumfang bei der Agentur für Arbeit:**
- 4. Besteht Kontakt zum Arbeitsplatz?**
- 5. Angaben zur Krankheit:**
 - Welche Erkrankung führt aktuell zur Arbeitsunfähigkeit:

 - Hat sich die Behandlungsdiagnose während der Arbeitsunfähigkeit geändert?
 nein ja (bitte erläutern)

- 6. Angaben zur Behandlung:**
 - Die Behandlung erfolgt hauptsächlich durch:

 - Mitbehandlung erfolgt durch: _____ seit: _____
 - Bisherige Diagnostik/Behandlung (Stichworte, wichtig: Zeitpunkt der wesentlichen Maßnahmen, z. B. OP-Datum)

 - Noch geplante Diagnostik/Behandlung (was, wann, wo?)

Quelle: Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit, MDS, 2011

Aktuelle Praxis ist es jedoch, dass Krankenkassen mittels Selbstauskunftsbögen und am Telefon Daten erheben, die über ihre Rechte erheblich hinausgehen und allenfalls für Aufgaben erforderlich sind, die dem MDK vorbehalten sind, so der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI, 2007). Wie aus den Fragen in Kasten 2 ersichtlich wird, erheben Krankenkassen teilweise sehr sensible persönliche Informationen zu aktuellen Lebensumständen, dem gesundheitlichen Befinden und bisherigen Behandlungen, wenn Versicherte lange arbeitsunfähig sind (aber auch zur Prüfung der Voraussetzungen bei Kuren, Vorsorge- und Reha-Leistungen; BfDI, 2007).

Kasten 2: Beispiel für Selbstauskunftsbögen der Krankenkassen

Beispiel aus mir [der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit] vorliegenden „Selbstauskunftsbögen“

Konnten Sie in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der folgenden Beratungsangebote in Anspruch nehmen:

- Familie/-Ehe-/Erziehungsberatung
- Suchtberatung
- Schuldnerberatung
- Selbsthilfegruppen

Belasten Sie eine oder mehrere der folgenden Umstände:

- Ehe- oder Partnerschaftskonflikte
- Arbeitslosigkeit
- Beengte Wohnverhältnisse
- Finanzielle Sorgen

Zur Selbsteinschätzung

- Welche beruflichen Belastungen bestehen?
- Welche Konflikte im privaten oder familiären Umfeld belasten Sie?
- Halten Sie eine Wiedereingliederung am derzeitigen Arbeitsplatz für möglich?
- Wurde von Ihnen/Ihrem Arzt bereits erwogen, einen Psychotherapeuten hinzuzuziehen?

Die Fragen zur Selbsteinschätzung sind mit Freitextfeldern versehen, die Versicherte mit „nein“ oder „... ja, und zwar ...“ beantworten sollen.

Quelle: Tätigkeitsbericht 2005 und 2006 des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit; BfDI (2007)

Aus Sicht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit dürfen die Krankenkassen jedoch dort keine Daten erheben, wo der MDK Daten erheben darf (BfDI, 2007).

Die Krankenkassen sind nach § 275 Absatz 1 Nummer 3 SGB V „in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, [...] bei Arbeitsunfähigkeit zur Sicherung des Behandlungserfolges, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder [...] eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen.“ Der MDK darf der jeweiligen Krankenkasse lediglich das Ergebnis der Begutachtung mitteilen (§ 277 Abs. 1 SGB V).

In diesem Zusammenhang schreibt der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI, 2007, S. 131f):

„Dementsprechend kritisch beobachte ich Bestrebungen von Kassen, beispielsweise über vorformulierte Auskunftsbögen und allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärungen selbst an Informationen zum Gesundheitszustand ihrer Versicherten bis hin zu konkreten Behandlungsunterlagen zu gelangen, die nach dem Willen des Gesetzgebers allein der Einsichtnahme und Begutachtung durch den MDK vorbehalten sind. [...] Erhebliche Zweifel habe ich schließlich an der Wirksamkeit der mit den Erhebungsbögen regelmäßig gleichzeitig erbetenen Einwilligung der Versicherten in die Übermittlung ihrer Gesundheitsdaten unmittelbar an die Krankenkasse. [...]. Der Erklärende [muss] absehen können, welche konkreten Auskünfte von wem und zu welchem Zweck über ihn eingeholt werden. Diese Voraussetzungen sehe ich bei den hier verwendeten, formularmäßigen und sehr weit gefassten Schweigepflichtentbindungserklärungen durchweg nicht gegeben.“

IV. Gesetzliche Rahmenbedingungen für Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen

Psychisch Kranke sind besonders häufig lange arbeitsunfähig. Jeder fünfte Versicherte, der länger als sechs Wochen krankgeschrieben ist, ist psychisch krank. Lange Krankschreibungen sind für Menschen im erwerbsfähigen Alter existenziell verunsichernd. Zur lange andauernden Erkrankung kommt die Angst hinzu, den Arbeitsplatz zu verlieren, kein Krankengeld mehr zu erhalten und den Lebensunterhalt nicht mehr bestreiten zu können. Die Versicherten befinden sich in einer schwierigen und emotional belastenden Lage, die besonders bei psychisch kranken Versicherten dazu führen kann, dass ihre Beschwerden wie Ängste, Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit bestehen bleiben und chronifizieren. Die BPtK begrüßt vor diesem Hintergrund, dass mit dem GK-Versorgungsstärkungsgesetz klargestellt werden soll, dass Krankenkassen individuelle Beratung und Hilfestellung nicht mit den dem MDK zugewiesenen Aufgaben vermischen dürfen. Hierzu zählen insbesondere die Prüfung von Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs oder das Ausräumen von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe a und b SGB V).

Wenn überprüfbar klargestellt ist, was Krankenkassen im Kontext der Beratungsleistung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei Krankengeldbeziehern tun dürfen und was nicht, ist es grundsätzlich sinnvoll, psychisch kranke Menschen, die lange krank und arbeitsunfähig sind, über die ihnen zustehenden Leistungen des Gesundheitssystems zu informieren und ihnen dabei zu helfen, diese auch nutzen zu können, zum Beispiel bei zu langen Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz. Die Krankenkassen können außerdem die Leistungserbringer bei ihrem Versorgungsmanagement unterstützen, wie die „Good-practice“-Beispiele in Kapitel II.4 zeigen. Wesentliche Aufgabe der Krankenkassen ist es hierbei, den Zugang zu einer schnellen und angemessenen Versorgung der Versicherten zu organisieren und einen nahtlosen Übergang an den Sektorengrenzen im Gesundheitswesen zu ermöglichen. Aufgabe der Krankenkassen ist es hingegen nicht, in die Behandlung einzugreifen und Versicherte zu motivieren, wieder an den Arbeitsplatz zurückzukehren.

Aus Sicht der BPtK besteht deshalb gesetzlicher Handlungsbedarf. Versicherte, die Krankengeld erhalten, müssen besser als bisher vor sogenannten „Beratungsgesprächen“ durch Krankenkassen geschützt werden, in denen sie unter Druck gesetzt werden, wieder arbeiten zu gehen. Auch der unverhältnismäßigen Datenerhebung durch Krankenkassen muss Einhalt geboten werden. Es muss präzise geregelt werden, welche Informationen Krankenkassen im Rahmen ihrer Beratungsleistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei schon lange krankgeschriebenen Versicherten über die ihnen aus der Routineversorgung zur Verfügung stehenden Daten hinaus erfragen dürfen. Insbesondere sollte geprüft werden, wie die einzelnen Krankenkassen die gesetzlichen Regelungen zum Schutz der Versicherten umsetzen. Darüber sollte das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) regelmäßig berichten und dazu auch Versicherte befragen.

1. Versichertenschutz stärken

Der Gesetzgeber plant mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz für die Beratungsleistungen der Krankenkassen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei Krankengeldbeziehern zukünftig eine präzisere rechtliche Grundlage zu schaffen. Demnach sollen Krankengeldbezieher „Anspruch auf eine umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse, welche Leistungen und unterstützenden Angebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind“, haben. Diese Beratungsleistungen dürfen nicht mehr von privaten Dritten (externe Firmen) durchgeführt werden. Die für die Beratung notwendigen personenbezogenen Daten darf die Krankenkasse nur mit schriftlicher Einwilligung und nach vorheriger schriftlicher Information des Versicherten einholen und nutzen. Der Versicherte kann seine Einwilligung jederzeit widerrufen (BT-Drs. 18/4095).

Grundsätzlich begrüßt die BPtK, dass die Bundesregierung die Probleme bei der Praxis des „Krankengeldmanagements“ durch Krankenkassen sowie den Handlungs- und Regelungsbedarf erkannt hat. Die BPtK ist jedoch der Ansicht, dass die geplanten Regelungen im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz die Versicherten nicht ausreichend vor einem kurzfristig betriebswirtschaftlich ausgerichteten Vorgehen der Krankenkassen schützen.

Die BPtK fordert daher eine explizite Grenzziehung seitens des Gesetzes. Es muss deutlich gemacht werden, dass sich die Aufgaben von Krankenkassen darauf beschränken, über die Leistungen, auf die Versicherte Anspruch haben, zu informieren und dabei behilflich zu sein, diese auch nutzen zu können. Notwendige Präzisierungen im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz betreffen vor diesem Hintergrund folgende Punkte:

- Regelung im Gesetzestext, und nicht nur in der Begründung, dass Krankenkassen im Rahmen ihrer individuellen Beratung und Hilfestellung keine dem MDK zugewiesenen Aufgaben wahrnehmen dürfen (insbesondere sollte ausgeschlossen sein, dass sie Daten erheben dürfen, um Anfangszweifel an der Arbeitsunfähigkeit auszuräumen oder zu bestätigen);
- Freiwilligkeit des Versicherten zur Leistungsanspruchnahme und Datenweitergabe;
- Aufklärungspflichten der Krankenkassen;
- kassenübergreifend einheitliche Vorgaben für die Beratungsleistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsunfähigkeit durch die Krankenkassen;
- Qualifikation der beratenden Krankenkassenmitarbeiter und
- Transparenz über die Beratungsleistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsunfähigkeit durch die Krankenkassen.

2. Zustimmung des Versicherten

Der Monitor Patientenberatung der UPD (2014) macht deutlich, dass Krankenkassen ihre Versicherten zu häufig unzureichend über ihre Rechte bezüglich des Sozialdatenschutzes und der informationellen Selbstbestimmung informieren. Die Bundesregierung führt deshalb in ihrer Begründung zu den Beratungsleistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch die Krankenkassen im geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz aus, dass „die Inanspruchnahme des Leistungsangebots [...] freiwillig [ist], insbesondere hat die Ablehnung der Einwilligung in die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung keine leistungsrechtlichen Konsequenzen“. Dies soll dem Schutz des Rechts der Versicherten auf informationelle Selbstbestimmung dienen.

Diese rechtliche Regelung reicht in der Praxis nicht aus. Versicherte, die Krankengeld beziehen, werden in der Regel davor zurückschrecken, die Beratung und Unterstützung und die damit verbundene Erhebung personenbezogener Daten durch ihre Krankenkasse abzulehnen, auch wenn sie kein Interesse an der Leistung haben. Diese Versicherten befinden sich in einer existenziell beunruhigenden Lage, die von langer Krankheit, der Angst um den Arbeitsplatz, der Sorge um das Krankengeld und damit der Sicherung des Lebensunterhalts geprägt ist.

Um Versicherte besser zu schützen, hält es die BPtK für notwendig, nicht nur in der Gesetzesbegründung, sondern explizit auch im Gesetz selbst darauf hinzuweisen, dass die Inanspruchnahme der Beratungsleistungen der Krankenkasse sowie die Weitergabe personenbezogener Informationen freiwillig sind und eine Nichteinwilligung vonseiten des Versicherten keine leistungsrechtlichen Konsequenzen nach sich zieht. Es ist darüber hinaus notwendig, gesetzlich festzuschreiben, dass die Krankenkassen ihre Versicherten hierüber schriftlich aufzuklären haben.

3. Qualitätssicherung der Datenerhebung und Beratung

In der Gesetzesbegründung des geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes wird klargestellt, dass die individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkassen dort enden muss, wo die Krankenkassen den MDK einschalten müssen. Dies gilt insbesondere für die Prüfung von Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolgs und für das Ausräumen von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit. Diese Klarstellung allein in der Gesetzesbegründung reicht aus Sicht der BPtK nicht aus. Im geplanten neuen Absatz 4 des § 44, also im Gesetzestext, muss klargestellt werden, dass Versicherte Anspruch haben auf eine umfassende Prüfung, individuelle Beratung und Hilfestellung durch die Krankenkasse bei der Frage, welche Leistungen und Unterstützungsangebote zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind, soweit diese Aufgaben nicht gemäß § 275 Absatz 1 Nummer 3 Buchstabe a und b dem MDK der Krankenkassen vorbehalten sind. Erst mit dieser Abgrenzung der Aufgaben der Krankenkassen von denen des MDK entsteht ausreichende Rechtssicherheit. In der Gesetzesbegründung zum geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetz stellt die Bundesregierung außerdem fest, dass bei der Beratung von Versicherten, die Krankengeld beziehen, „auch Fragen des Sozialdatenschutzes [berührt werden], da [...]

sensible medizinische Daten und sonstige Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse des Betroffenen erhoben, verarbeitet und genutzt werden“.

Laut der Gesetzesbegründung müssen Versicherte über Inhalt und Ziele der Leistungen und den Zweck der Datenerhebung informiert werden. Personenbezogene Daten, die der Krankenkasse nur aufgrund einer Einwilligung des Versicherten übermittelt werden dürfen, müssen besonders hervorgehoben werden. Damit macht die Bundesregierung deutlich, wie relevant es ist, eindeutig zu definieren, welche Daten in welcher Form und unter welchen Bedingungen durch die Krankenkassen erfasst werden dürfen. Damit soll dem Sozialdatenschutz der Versicherten Rechnung getragen werden.

Die BPtK hält es für sinnvoll, auch an dieser Stelle den Versichertenschutz weiter zu präzisieren. Im Sinne der Qualitätssicherung und des flächendeckenden Datenschutzes sollten krankenkassenübergreifend einheitliche Standards für die Datenerhebung festgelegt werden. Die BPtK schlägt vor, den Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) damit zu beauftragen, Standards für den Inhalt und den Umfang der Daten festzulegen, die die Krankenkassen von Versicherten erheben dürfen, um sie bei der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu unterstützen. Wesentlich ist hierbei, dass sich die Datenerhebung an den Aufgaben der Krankenkassen orientieren muss. Es dürfen nur solche Daten erhoben werden, die notwendig sind, um den Patienten im Rahmen eines individuellen Beratungs- und Hilfestellungsgesprächs dabei zu unterstützen, schnell eine angemessene Behandlung in Anspruch nehmen zu können. Es muss sichergestellt werden, dass die Krankenkassen hierbei keine Daten etwa zu persönlichen Notlagen, den Krankheitssymptomen, zum Krankheitsverlauf und Behandlungserfolg eines Versicherten erheben, die ausschließlich von Psychotherapeuten und Ärzten erfragt werden dürfen, da diese der Schweigepflicht unterliegen.

4. Mitarbeiter der Krankenkassen qualifizieren

Krankenkassenberater, die sich an psychisch kranke Versicherte wenden, um sie bei langer Arbeitsunfähigkeit zu unterstützen, sollten dafür speziell qualifiziert sein. 78 Prozent der psychisch kranken Krankengeldbezieher leiden entweder unter Depressionen, Angststörungen oder sind durch belastende Ereignisse schwer beeinträchtigt

(BPtK, 2013). Depressiv Erkrankte sind krankheitsbedingt niedergeschlagen und antriebslos. Es fällt ihnen schwer, sich aktiv um alltägliche Belange zu kümmern. Sie können sich häufig nicht gut konzentrieren und sind vergesslich. Patienten mit Angststörungen können teilweise kaum Kontakt zu anderen Menschen aufnehmen. Sie haben Angst, etwas falsch zu machen und vermeiden es daher, sich mit bürokratischen Fragen auseinanderzusetzen.

Es ist wichtig, dass Krankenkassenmitarbeiter, die lange krankgeschriebene Versicherte bezüglich der Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit beraten sollen, in Fortbildungen grundlegendes Wissen über psychische Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung sowie die Leistungs- und Kommunikationsfähigkeit der Erkrankten erhalten. Die Krankenkassenmitarbeiter müssen in der Lage sein, mit schwierigen Beratungssituationen umzugehen und kommunikative Kompetenzen für diese Beratungsgespräche zu erwerben.

Die BPtK fordert daher, dass Krankenkassen ihre Beratung und Unterstützung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch dazu qualifiziertes Personal anbieten müssen. Im GKV-Versorgungsstärkungsgesetz weist die Bundesregierung schon darauf hin, dass „zur Umsetzung [des Leistungsangebots] [...] qualifizierte Krankenkassenmitarbeiter eingesetzt werden [sollen]“. Die BPtK hält es für notwendig, diese Forderung nicht nur in der Gesetzesbegründung aufzuführen, sondern explizit in den Gesetzestext aufzunehmen. Weiterhin sollte verdeutlicht werden, dass es nicht die Aufgabe von Krankenkassenmitarbeitern ist, im Sinne einer Gesundheits- und Lebensberatung aktiv in die Behandlung einzugreifen, sondern die Versorgung von Versicherten, die lange arbeitsunfähig sind, zu organisieren. Zusätzlich sollte der GKV-Spitzenverband beauftragt werden, kassenübergreifende Vorgaben für die Inhalte solcher Schulungen festzulegen.

5. Darstellung der Qualität der Beratungsleistungen

Die BPtK fordert, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, um mehr Transparenz über die Beratungsleistungen der Krankenkassen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit bei lange krankgeschriebenen Versicherten zu ermöglichen. Dies könnte den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um die „beste Versorgerkasse“ fördern.

Die BPtK schlägt vor, die Beratungs- und Hilfestellungsleistungen der Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit fortlaufend zu evaluieren und über die Ergebnisse dieser Evaluation regelmäßig berichten zu lassen. Damit sollte das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) beauftragt werden. Um die Qualität der Beratungsleistungen zu überprüfen, sollten nicht nur die Daten der Krankenkassen ausgewertet, sondern auch die Versicherten über die Qualität der Beratungsleistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch die Krankenkassen befragt werden. Die Ergebnisse der Evaluation sollen den Versicherten zugänglich gemacht werden. Dies könnte ein Kriterium für die Wahl einer gesetzlichen Krankenkasse werden. Denn anhand der Qualität der Beratungsleistungen können Versicherte beurteilen, wie eine Krankenkasse mit ihnen umgehen wird, wenn sie in die Situation kommen sollten, schwer zu erkranken und lange arbeitsunfähig zu sein.

V. Prävention und berufliche Wiedereingliederung verbessern

Der hohe Anteil psychisch bedingter Fehltage macht deutlich, wie wichtig die Vorbeugung psychischer Erkrankungen und die Wiedereingliederung psychisch erkrankter Menschen in die Arbeitswelt ist.

1. Psychotherapeutischen Sachverstand in der Prävention nutzen

Die Bundesregierung plant mit ihrem Präventionsgesetz (BR-Drs. 640/14), die Vorbeugung von Erkrankungen gesetzlich zu regeln und zu verbessern. Psychische Erkrankungen sind ein Merkmal der neuen Morbidität und psychische Belastungen gehören zu den neuen gesundheitlichen Herausforderungen in der Arbeitswelt. Psychische Faktoren spielen auch für die erfolgreiche Veränderung gesundheitsschädlicher Lebensstile eine entscheidende Rolle. Die BPtK hält es daher für dringend erforderlich, die psychotherapeutische Expertise stärker für die Prävention und Gesundheitsförderung zu nutzen. Dazu sollten Psychotherapeuten im Präventionsgesetz ausdrücklich als Leistungserbringer von Früherkennungs- und Gesundheitsuntersuchungen berücksichtigt werden.

2. Bedarfsgerechte Wiedereingliederung für psychisch Kranke

Darüber hinaus ist es wichtig, psychisch kranken Menschen trotz ihrer krankheitsbedingten Beeinträchtigungen frühzeitig eine Wiederaufnahme ihrer Arbeit zu ermöglichen, sodass keine langen Arbeitsunfähigkeitszeiten entstehen. Hierfür steht – neben Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten – auch das Angebot der stufenweisen Wiedereingliederung zur Verfügung.

Eine Befragung der Hans-Böckler-Stiftung (2011) förderte jedoch zutage, dass zwei Drittel der befragten betrieblichen Akteure deutlichen Verbesserungsbedarf in Bezug auf die nachhaltige Wiedereingliederung von psychisch kranken Menschen in das Erwerbsleben sehen. Auch eine Expertenbefragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2013) ergab, dass es an geeigneten Vermittlungskonzepten, flexiblen Arbeitszeitmodellen und Beschäftigungsangeboten mangelt, die an die Bedürfnisse der Menschen mit psychischen Erkrankungen angepasst sind. Außerdem verfügen Vermittlungsfachkräfte in den Arbeitsagenturen nicht über genügend Wissen über

psychische Erkrankungen, um die betroffenen Menschen angemessen beraten zu können.

Die BPtK hat sich deshalb in ihrer letzten Studie zur Arbeitsunfähigkeit (BPtK, 2013) auch mit der Frage der beruflichen Wiedereingliederung und der beruflichen Rehabilitation psychisch kranker Menschen beschäftigt und Handlungsbedarfe aufgezeigt. Diese betreffen unter anderem eine stärkere Ausrichtung von Angeboten der beruflichen Wiedereingliederung und Rehabilitation an dem spezifischen Bedarf von psychisch kranken Menschen, die Schaffung von Teilerwerbs- oder Betreuungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz (zum Beispiel Arbeitsassistenz), einen frühzeitigen Einbezug des Arbeitgebers in den Rehabilitations- und Wiedereingliederungsprozess sowie einen Nachteilsausgleich für Arbeitgeber bei schwankenden Arbeitsleistungen von Arbeitnehmern mit psychischen Erkrankungen. Mit solchen, an den spezifischen Bedarf psychisch kranker Menschen angepassten, beruflichen Wiedereingliederungsmaßnahmen könnte der Anteil derjenigen Menschen, die Krankengeld beziehen, verringert werden.

VI. Zur Methodik der Auswertung

Die BPtK wertet jährlich die Gesundheitsreporte der gesetzlichen Krankenkassen aus. Da durch die verbindliche Einführung des ICD-10-Systems zum 01.01.2000 eine kontinuierlich einheitliche Datenbasis zur Verfügung steht, beginnt die Analyse der Gesundheitsreporte mit dem Jahr 2000. Basis der Auswertungen sind alle in den Gesundheitsreporten publizierten Statistiken der großen gesetzlichen Krankenkassen: AOK, BARMER GEK, BKK, DAK und TK. Fehlende Angaben wurden nachberechnet bzw. von den Krankenkassen nachgereicht.¹ Die Innungskrankenkassen sind nicht berücksichtigt, da in den letzten zehn Jahren nur drei Reporte veröffentlicht wurden. Aus denselben Gründen sind Angaben der weiteren nicht genannten gesetzlichen Krankenkassen nicht berücksichtigt. Die Datenbasis der Auswertung der Angaben von 2013 bezieht sich damit auf 84,6 Prozent der GKV-Versicherten.

Zur Berechnung der Jahresdurchschnittswerte wurden die verfügbaren Angaben der Krankenkassen anhand der jeweiligen Mitgliederzahlen der Krankenkassen gewichtet und anschließend gemittelt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die publizierten Angaben der Krankenkassen untereinander nur mit Einschränkungen vergleichbar sind. Sie unterscheiden sich teilweise hinsichtlich der Analysemethoden, der Grundpopulation (Erwerbspersonen insgesamt versus beschäftigte Mitglieder; Pflichtmitglieder versus freiwillig Versicherte) sowie der Festlegung der Hochrechnung der Daten auf eine definierte Standarderwerbstätigenpopulation. Die Ersatzkassen (BARMER GEK, DAK, TK) geben in ihren Gesundheitsreporten standardisierte Kennziffern an. Das bedeutet, dass den Zahlen der Krankenkassen zum AU-Geschehen rechnerisch eine identische Altersstruktur und Geschlechterverteilung unterlegt wird. Die AOK und die BKK hingegen geben nicht-standardisierte Kennwerte an.

Zur Standardisierung wurden bis 2011 in der Regel Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur von Erwerbstätigen in Deutschland aus dem Jahr 1992 verwendet. Für die Analysen seit dem Berichtsjahr 2012 gibt es bezüglich der Standardisierung eine Neuerung. Zur Standardisierung verwenden die Ersatzkassen Angaben zu Erwerbstätigen in Deutschland aus dem Jahr 2010. Ein Vergleich der Ergebnisse aus dem Jahr

¹ An dieser Stelle sei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Krankenkassen für ihre konstruktive Zusammenarbeit gedankt.

2012 und 2013 mit den Ergebnissen der Vorjahre ist hierdurch nur eingeschränkt möglich.

VII. Literatur

Daten der Krankenkassen zur Arbeitsunfähigkeit

Badura, B. et al. (Hrsg., 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014).

Fehlzeiten Report. Heidelberg: Springer

Die Reporte der anderen Krankenkassen sind im Internet verfügbar: www.bkk.de;
www.dak.de; www.barmer-gek.de; www.tk-online.de

Weitere Literatur

BfDI – Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (2007).

Tätigkeitsbericht 2005 und 2006 des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit – 21. Tätigkeitsbericht. Abrufbar unter:

http://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Taetigkeitsberichte/TB_BfDI/21TB_05_06.pdf?__blob=publicationFile&v=5

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2013). BPtK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit – Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Abrufbar unter: [http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Arbeits- und Erwerbsunfaehigkeit/20140128_BPtK-Studie_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf](http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-Studien/Arbeits-_und_Erwerbsunfaehigkeit/20140128_BPtK-Studie_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit-2013.pdf)

BT-Drs. 18/4095 (2015). Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG). Abrufbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/040/1804095.pdf>

Hans-Böckler-Stiftung (2011). *Eingliederung von Mitarbeitern mit psychischen Erkrankungen – Handlungsbedarf aus Sicht betrieblicher Akteure*. Düsseldorf: Setzkasten GmbH.

IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2013). *IAB-Forschungsbericht 12/2013. Aktuelle Ergebnisse aus der Projektarbeit des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. Menschen mit psychischen Störungen im SGB II*. Abrufbar unter: <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2013/fb1213.pdf>

Koch, B., Kröger, C., Leineweber, B. & Marquardt, B. (2013). Das Betriebliche Reha-
bilitationskonzept der Salzgitter AG: Kooperation, die Wirkung zeigt. In K. Knoche
& R. Sochert (Hrsg.), iga. Report 24 – Betriebliches Eingliederungsmanagement
in Deutschland – eine Bestandsaufnahme (S. 41-48). Abrufbar unter:

http://www.iga-info.de/uploads/tx_ttproducts/datasheet/iga-Report_24_Betriebliches_Eingliederungsmanagement_neu.pdf

MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2011). Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Sicherung einer einheitlichen Begutachtung nach § 282, Absatz 2, Satz 3 SGB V. Abrufbar unter: http://www.mds-ev.de/media/pdf/BGA-AU_2011-12-12.pdf

Peters, K. (2014). Kassler Kommentar – Sozialversicherungsrecht (83. EL). München: C. H. Beck.

Popken, H. (2006). Fallmanagement der AOK bei Arbeitsunfähigkeit. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), Fehlzeitenreport 2006 – Chronische Krankheiten (S. 173-185) Heidelberg: Springer.

RKI – Robert Koch-Institut (2013). Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2012/13. Abrufbar unter: <https://influenza.rki.de/Saisonberichte/2012.pdf>

Theißen, U., Wurm, S. & Gasche, M. (2013). Das „PAULI-Konzept“ – Rasche Hilfe in der Behandlung psychosomatisch Kranker. In DRV Bund (Hrsg.), Tagungsband – 22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium (S. 474-475). Abrufbar unter: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/resource?key=tagungsband_22_reha_kolloqu.pdf

TK – Techniker Krankenkasse (2015). Gesundheitsreport 2015, Vorab-Ergebnisse. Abrufbar unter: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/695642/Da-tei/139185/TK-Pressemappe-Depressionsatlas-2015-Praesentation-Dr-Grobe.pdf>

UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland (2014). Monitor Patientenberatung 2014. Jahresbericht der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland (UPD) an den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten gemäß § 65b SGB V. Abrufbar unter: http://www.patientenberatung.de/fileadmin/user_upload/pdf/2014_UPD_Monitor-Patientenberatung.pdf

VIII. Anhang

In den folgenden Tabellen 1 bis 3 sind die Daten dargestellt, die den Abbildungen 1 bis 3 zugrunde liegen.

Tabelle 1: AU-Tage – die häufigsten Krankheiten 2000 bis 2013

	Jahr													
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	%													
Psyche	7,0	7,5	7,9	8,6	9,5	9,7	9,8	10,1	10,9	11,3	12,2	12,9	13,7	13,4
Herz-Kreislauf	6,4	6,1	6,0	6,0	6,0	5,8	5,9	5,7	5,6	5,5	5,3	5,1	5,3	4,8
Atmung	15,7	14,9	14,3	15,4	13,7	15,6	13,6	14,3	14,2	15,8	13,4	13,6	12,5	15,1
Verdauung	6,7	6,6	6,7	6,7	6,8	6,3	6,7	6,7	6,6	6,2	5,8	5,6	5,3	5,2
Muskel/Skelett	26,4	26,5	26,6	25,0	24,7	23,6	24,4	24,0	24,0	22,9	23,7	23,0	23,0	22,1
Verletzungen	14,2	13,9	14,1	13,4	13,3	13,0	13,8	12,9	12,4	12,1	13,3	12,8	11,9	11,4

Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2015

Dargestellt sind die Anteile (%) der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitstagen von 2000 bis 2013, gemittelt über die großen gesetzlichen Krankenkassen und gewichtet anhand der jeweiligen Versichertenzahl.

In den Wert für die Jahre 2000 bis 2002 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK.
 In den Wert für die Jahre 2003 bis 2008 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK, BEK.
 In den Wert für das Jahr 2009 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, BEK.
 In den Wert für die Jahre 2010 bis 2013 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, B-GEK.

- AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
- BEK: BARMER Ersatzkasse
- GEK: Gmünder Ersatzkasse
- B-GEK: BARMER GEK (Fusion BEK und GEK zum 01.01.2010)
- BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
- DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
- TK: Techniker Krankenkasse

Tabelle 2: AU-Fälle – die häufigsten Krankheiten 2000 bis 2013

	Jahr													
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	%													
Psyche	3,3	3,4	3,7	3,8	4,3	4,1	4,2	4,2	4,4	4,5	4,7	5,0	5,2	4,9
Herz-Kreislauf	4,0	3,9	3,9	3,9	3,8	3,6	3,8	3,5	3,6	3,4	3,3	4,2	3,4	3,0
Atmung	26,9	26,1	25,2	27,1	25,0	28,4	25,1	26,2	26,5	29,1	25,9	26,2	25,4	28,7
Verdauung	11,5	11,6	12,1	12,1	12,8	11,5	12,7	12,7	12,7	11,9	11,3	10,8	10,6	10,0
Muskel/Skelett	18,0	18,0	17,9	16,6	17,2	16,4	17,2	16,5	16,4	15,2	16,2	15,9	16,2	15,1
Verletzungen	10,5	10,2	10,1	9,4	9,5	9,1	9,7	8,8	8,5	8,1	9,1	8,6	8,1	7,7

Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2015

Dargestellt sind die Anteile (%) der sechs wichtigsten Krankheitsarten an den Arbeitsunfähigkeitsfällen von 2000 bis 2013, gemittelt über die großen gesetzlichen Krankenkassen und gewichtet anhand der jeweiligen Versichertenzahl.

In den Wert für die Jahre 2000 bis 2002 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK.

In den Wert für die Jahre 2003 bis 2008 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK, BEK.

In den Wert für das Jahr 2009 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, BEK.

In den Wert für die Jahre 2010 bis 2013 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, B-GEK.

- AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
- BEK: BARMER Ersatzkasse
- GEK: Gmünder Ersatzkasse
- B-GEK: BARMER GEK (Fusion BEK und GEK zum 01.01.2010)
- BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
- DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
- TK: Techniker Krankenkasse

Tabelle 3: Krankschreibungsdauer – die wichtigsten Krankheiten 2000 bis 2013

	Jahr													
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	Tage													
Psyche	26,1	25,1	25,8	26,3	27,1	29,0	27,9	28,8	30,0	30,7	32,0	31,5	34,2	34,5
Herz-Kreislauf	19,6	18,5	18,5	18,0	19,2	19,5	18,6	19,2	19,2	19,8	19,6	19,1	20,4	21,3
Atmung	7,1	6,7	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6	6,5	6,4	6,6	6,4	6,4	6,5	6,6
Verdauung	7,1	6,8	6,5	6,4	6,4	6,5	6,4	6,2	6,2	6,3	6,3	6,2	6,6	6,6
Muskel/Skelett	17,9	17,4	17,6	17,5	17,3	17,4	17,2	17,5	17,7	18,3	18,1	17,6	18,7	18,5
Verletzungen	16,6	16,5	16,9	16,9	17,5	17,3	17,3	17,4	17,6	18,2	17,8	18,0	19,1	18,9

Quelle: Bundespsychotherapeutenkammer, 2015

Dargestellt ist die durchschnittliche Krankschreibungsdauer pro Fall in Tagen für die wichtigsten sechs Krankheitsarten von 2000 bis 2013, gemittelt über die großen gesetzlichen Krankenkassen und gewichtet anhand der jeweiligen Versichertenzahl.

In den Wert für die Jahre 2000 bis 2002 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK.

In den Wert für die Jahre 2003 bis 2008 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, GEK, BEK.

In den Wert für das Jahr 2009 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, BEK.

In den Wert für die Jahre 2010 bis 2013 gingen die Angaben folgender Krankenkassen ein: AOK, BKK, DAK, TK, B-GEK.

- AOK: Allgemeine Ortskrankenkasse
- BEK: BARMER Ersatzkasse
- GEK: Gmünder Ersatzkasse
- B-GEK: BARMER GEK (Fusion BEK und GEK zum 01.01.2010)
- BKK: Betriebskrankenkassen (Bund)
- DAK: Deutsche Angestellten Krankenkasse
- TK: Techniker Krankenkasse