



**Anleitung zur
sozialmedizinischen Beratung und
Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit
(ABBA 2004)**

Die vorstehende Begutachtungsanleitung wurde auf Empfehlung des Vorstandes des MDS vom Beschlussgremium nach § 213 SGB V am 27. April 2004 als Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V beschlossen.

Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
Lützowstraße 53
45141 Essen
www.mds-ev.de

Vorwort

Eine der originären Aufgaben des MDK ist die Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit. Sie hat auch angesichts der Veränderungen im Gesundheitssystem nach wie vor einen hohen Stellenwert. Bei jeder Arbeitsunfähigkeit geht es um einen Zusammenhang von rechtlichen, beruflichen und medizinischen Fakten. Diese und die praktische Bedeutung und Folgen für den Versicherten, Vertragsarzt, Arbeitgeber und die Krankenkasse machen Arbeitsunfähigkeit zu einem komplexen Geschehen.

Soziale und ökonomische Faktoren erfordern einen wirtschaftlichen Umgang mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen auch der gesetzlichen Krankenversicherung. Dem Erhalt der Arbeitsfähigkeit bzw. der Erwerbsfähigkeit durch sachgerecht einzusetzende Prävention und Rehabilitation kommt immer mehr Bedeutung zu. Die Vermeidung wiederkehrender Arbeitsunfähigkeit und Langzeitarbeitsunfähigkeit ebenso wie ein Erhalt der Teilhabe sind schon deshalb Ziel der Solidargemeinschaft, weil die Kosten für Diagnostik, Arzneimittel, Heilmittel sowie andere Therapieformen mit der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ansteigen. Das Krankengeldfallmanagement bleibt deshalb ein effektives Steuerungsinstrument für die Krankenkassen.

Die erste *Begutachtungsanleitung „Arbeitsunfähigkeit“* aus dem Jahre 1997 empfahl den Krankenkassen eine zielorientierte Strukturierung der Arbeitsunfähigkeitsfälle. Eine sozialmedizinische Weichenstellung durch den MDK wurde systematisch eingeführt. Dies zog die Entwicklung eines effizienten Krankengeldfallmanagements nach sich. In die nun vorliegende *Anleitung zur Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit 2004 (ABBA 2004)* sind die Erfahrungen mit der bisherigen Anleitung, neue sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsmethoden sowie eine geänderte Gesetzeslage eingeflossen.

Die Begutachtungsanleitung ist sowohl eine Arbeitshilfe für die MDK-Gutachter, um den Auftrag im Sinne der Krankenkasse fach- und sachgerecht zu erledigen, als auch für die Mitarbeiter der Krankenkassen, um das Verständnis der Tätigkeit des MDK im Interesse der Zusammenarbeit weiter zu fördern. Differenziert sollen die Fälle ausgewählt werden, die der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) durch den MDK zuzuführen sind. Die SFB hat sich zu einem effizienten Instrument entwickelt, mit deren Hilfe im MDK ein hoher Prozentsatz der Aufträge fallabschließend bearbeitet wird.

Die Umsetzung der *ABBA 2004* lässt sich nur in vertrauensvoller Kooperation zwischen Krankenkasse und MDK verwirklichen. Gemeinsames Ziel ist, ein sozialmedizinisch umsetzbares Beratungs- bzw. Begutachtungsergebnis zu erzielen, das allen Beteiligten gerecht wird.

Wie schon die erste Begutachtungsanleitung wurde auch die *ABBA 2004* in enger und konstruktiver Zusammenarbeit zwischen der Arbeitsgruppe M1 „Arbeitsunfähigkeit“ der MDK-Gemeinschaft und der Fachebene der Spitzenverbände der Krankenkassen erarbeitet und mit Vertretern der Medizinischen Dienste sowie der Spitzenverbände abgestimmt. Hierfür gebührt allen Beteiligten unser Dank.

Vorsitzender



(Hans Langenbucher)

Stv. Vorsitzender



(Gert Nachtigal)

Geschäftsführer



(Dr. Peter Pick)

Inhaltsverzeichnis

HINWEISE	8
1. EINLEITUNG	8
2. ZIELE DER ANLEITUNG	9
3. GESETZLICHE GRUNDLAGEN BEZOGEN AUF ARBEITSUNFÄHIGKEIT	10
3.1 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)	10
3.1.1 Arbeitsunfähigkeit (AU), Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien	10
3.1.2 AU und Fähigkeitsstörung / Beeinträchtigung [Beeinträchtigung der Aktivität / Beeinträchtigung der Teilhabe]	11
3.1.3 Krankengeld	11
3.1.4 Leistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit	12
3.1.4.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	12
3.1.4.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation).....	13
3.1.4.3 Belastungserprobung, Arbeitstherapie (§ 42 SGB V und § 26 SGB IX)	13
3.1.4.4 Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V und § 28 SGB IX).....	14
3.1.4.5 Arbeitsplatzanpassung und Arbeitsplatzumsetzung.....	14
3.2 Arbeitsförderung (SGB III)	14
3.2.1 Arbeitslosigkeit / Beschäftigungslosigkeit (§ 118 SGB III)	14
3.2.2 Arbeitsfähigkeit / Leistungsfähigkeit (§ 119 SGB III)	14
3.2.3 Minderung der Leistungsfähigkeit (§ 125 SGB III)	15
3.2.4 Verfügbarkeit (§§ 119 und 120 SGB III).....	15
3.2.5 Zumutbarkeit (§ 121 SGB III).....	16
3.2.6 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation).....	16
3.2.7 Leistungsbild (LB).....	16
3.2.8 Arbeitslosengeld und Leistungsvermögen	17
3.2.9 Arbeitslosenhilfe und Leistungsvermögen	17
3.3 Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)	18
3.3.1 Auslegungsgrundsätze zur Erwerbsfähigkeit (§§ 9 ff. SGB VI und § 2 SGB IX). 18	
3.3.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben 19	
3.3.3 Rente wegen Erwerbsminderung.....	19
3.3.3.1 Teilweise Erwerbsminderung.....	19
3.3.3.2 Volle Erwerbsminderung.....	19
3.4 Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)	20
3.4.1 Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	20
3.4.2 Berufskrankheit (BK)	20
3.4.3 Arbeitsunfall, Wegeunfall	20
3.4.4 Prävention	20
3.5 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX)	21
3.5.1 Behinderung	21
3.5.2 Teilhabe	21
3.5.3 Gesetzliche Verzahnung der Leistungsträger	21
3.6 Absprachen und Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern	23

3.6.1	Nahtlosigkeitsregelung in Anlehnung an § 125 SGB III.....	23
3.6.2	Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (§ 51 SGB V).....	23
4.	ORGANISATION DER ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN DER KRANKENKASSE UND DEM MDK	23
4.1	Vorauswahl.....	23
4.1.1	Erläuterung der Vorauswahl-Methode	24
4.1.2	Auswahlkriterien für die Gruppierung.....	24
4.1.3	Zuordnung der Fälle in Gruppe 1 und Gruppe 2	26
4.2	Auftrag an den MDK für die sozialmedizinische Fallberatung (SFB)	28
4.2.1	Auftragsformulierung	28
4.2.2	Datenbereitstellung.....	28
4.2.3	SFB beim MDK.....	29
4.3	Informationsbeschaffung durch die Krankenkasse und den MDK.....	29
4.3.1	Gesetzliche Vorschriften und Vereinbarungen.....	29
4.3.2	Zuständigkeit, Laufzeit und Umfang	29
4.3.3	Versichertengespräch.....	29
4.3.4	Schriftliche Versichertenanfrage	30
4.3.5	Arztanfrage.....	30
4.3.6	Anforderung von Fremdbefunden durch den MDK	31
5.	SOZIALMEDIZINISCHE FALLBERATUNG UND BEGUTACHTUNG	31
5.1	Ziel der sozialmedizinischen Fallberatung und Begutachtung.....	31
5.2	Sozialmedizinische Fallberatung (SFB).....	31
5.2.1	Erläuterung der SFB- Methode	31
5.2.2	Varianten der SFB	34
5.2.2.1	SFB mit schriftlicher Arztanfrage (Rückinformationsverfahren)	34
5.2.2.2	SFB mit schriftlicher MDK-Versichertenanfrage.....	34
5.2.2.3	SFB mit Telefonat zwischen dem MDK und dem Versicherten	34
5.2.2.4	SFB mit Versichertengespräch im MDK.....	35
5.2.2.5	Symptombezogene Befragung mit Untersuchung	35
5.2.3	Ergebnisdarstellung der SFB für den MDK	36
5.2.3.1	Aus medizinischer Sicht nicht weiter arbeitsunfähig.....	36
5.2.3.2	Aus medizinischer Sicht auf Zeit arbeitsunfähig.....	36
5.2.3.3	Aus medizinischer Sicht auf Dauer arbeitsunfähig	36
5.2.3.4	Kein Fallabschluss: Weitere Ermittlung durch die Krankenkasse.....	37
5.2.3.5	Kein Fallabschluss: Weitere Ermittlung durch den MDK	37
5.2.3.6	Kein Fallabschluss: Zur Begutachtung empfohlen	37
5.2.3.7	Aussagen zum Leistungsbild (LB)	37
5.2.3.8	Andere Antwort.....	38
5.3	Begutachtung.....	38
5.3.1	Standardgliederung des AU-Gutachtens	39
5.3.2	Ergebnisdarstellung der Begutachtung für den MDK	40
5.3.3	Begutachtungsarten	41
5.3.3.1	Gutachten nach Aktenlage	41
5.3.3.2	Organbezogene Begutachtung	41
5.3.3.3	Gutachten nach persönlicher Befunderhebung.....	41
5.3.3.4	Fallkonferenz bei Langzeitarbeitsunfähigkeit	41

5.3.3.5	Zweitgutachten	42
5.4	Allgemeine Begutachtungsaufträge	43
5.4.1	Erstellen eines Leistungsbildes während der Arbeitsunfähigkeit.....	43
5.4.2	Prüfung der Indikation von Leistungen zur Teilhabe (§ 51 SGB V).....	43
5.4.3	Begutachtung von Zusammenhangsfragen (dieselbe Krankheit).....	43
5.5	Spezielle Begutachtungsaufträge.....	44
5.5.1	Dialyse und Arbeitsunfähigkeit	44
5.5.2	Begutachtung der AU in Berufsfeldern mit staatlichen Eignungsvorgaben.....	44
5.5.2.1	Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit bei Berufskraftfahrern	44
5.5.2.2	Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit bei Seeleuten / Lotsen	44
5.5.3	Begutachtung von Versicherten mit Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung	45
5.5.4	Arbeitsunfall und Berufskrankheit in der Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung	45
5.5.5	Beschäftigungsverbote nach Mutterschutzgesetz (MuSchG).....	46
5.5.6	Beschäftigungsverbote nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)	47
6.	ZUSAMMENARBEIT MIT VERTRAGSARZT UND KRANKENKASSE, KLÄRUNG VON MEINUNGSVERSCHIEDENHEITEN.....	47
6.1	Zusammenarbeit zwischen dem MDK und dem Vertragsarzt	47
6.2	Zweitgutachten.....	47
6.3	Zusätzlicher Klärungsbedarf der Krankenkasse.....	48
6.4	Widerspruch durch den Versicherten.....	48
7.	ROLLE DES GUTACHTERS	48
8.	QUALITÄTSSICHERUNG (QS)	49
8.1	Empfehlungen für Kriterien zur QS.....	49
ANHÄNGE	51
ANHANG 1:	ARBEITSUNFÄHIGKEITS-RICHTLINIEN DES BUNDESAUSSCHUSSES VOM 1.12.2003.....	52
ANHANG 2:	ZUSAMMENSTELLUNG VON ARBEITSMEDIZINISCHEN BEGRIFFEN.....	58
ANHANG 3:	FORMULARSATZ (ZUSAMMENSTELLUNG VON BEISPIELEN).....	65
ANHANG 4:	TRÄGER DER REHABILITATION (ABB. 4) UND LEISTUNGEN ZUR TEILHABE BEHINDERTER MENSCHEN (ABB. 5).....	79
ANHANG 5:	ZUSAMMENSTELLUNG VON AU-RELEVANTEN BSG-URTEILEN UND GESETZEN	82
ANHANG 6:	ZUSAMMENSTELLUNG VON INTERNET-ADRESSEN	93

ANHANG 7: ARBEITSHILFE ZUR FALLSTEUERUNG DURCH DIE KRANKENKASSE BEI AU FÜR DIE GRUPPE 1	95
ANHANG 8: BEGUTACHTUNG VON BERUFSKRAFTFAHRERN NACH § 11 ABS. 6 FAHRERLAUBNIS-VERORDNUNG (FEV)	102

Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1: Verzahnung zu anderen Leistungsträgern bei AU	22
Abbildung 2: Darstellung der Leistungsbereiche der gesetzlichen Versicherungen.....	22
Abbildung 3: Mit zunehmender AU-Dauer treten häufig bei dem Betroffenen soziale und psychosoziale Probleme hinzu, die das AU-Geschehen bestimmen können. .	32
Abbildung 4: Träger der Rehabilitation.....	80
Abbildung 5: Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen (Übersicht).....	81

Hinweise

Diese Anleitung haben GutachterInnen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung gemeinsam mit MitarbeiterInnen von Krankenkassen erarbeitet, für ihr Engagement soll ihnen an dieser Stelle gedankt werden.

Die Anleitung spricht sowohl die ÄrztInnen, welche gutachterlich tätig sind, wie auch die MitarbeiterInnen von Krankenkassen an. Die klinischen medizinischen Termini wurden deshalb entsprechend angepasst.

Wenn in dieser Anleitung Personen in männlicher Form genannt werden, so ist die weibliche Form mit eingeschlossen, wie z. B. Versicherter, Mitarbeiter, Gutachter, Patient, Arzt.

Sofern in dieser Anleitung die Bezeichnung MDK verwandt wird, gelten die entsprechenden Ausführungen ebenfalls für die Sonderdienste wie den ärztlichen Dienst der Seebereitschaft, den Sozialmedizinischen Dienst der Bundesknappschaft und die Ärzte des Bundeseisenbahnvermögens (§ 283 SGB V).

Der Einfachheit halber wurde in der Regel der Begriff Arbeitsunfähigkeit durch die gängige Abkürzung AU ersetzt.

Mit Fertigstellung der ABBA wurde zeitgleich der Wunsch geäußert, die Begriffe der ICF¹ einzuführen. Hinter den hier verwendeten, inzwischen den GutachterInnen der MDK und MitarbeiterInnen der Krankenkassen vertrauten ICDH²-Begriffen, werden die Begriffe der ICF in eckigen Klammern nachgestellt, wie Fähigkeit [Aktivität], Fähigkeitsstörung [Beeinträchtigung der Aktivität] und Beeinträchtigung [Beeinträchtigung der Teilhabe].

1. Einleitung

Die auf Beschluss der Spitzenverbände der Krankenkassen erstellte Anleitung zur Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (ABBA) wurde notwendig, um dem aktuellen Erkenntnisstand der Praxis und der Rechtsprechung Rechnung zu tragen. Gleichmaßen soll sie den besonderen Stellenwert der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) und der aktuellen Terminologie des MDK berücksichtigen. Die Anleitung wendet sich an das ärztliche Personal des MDK und gleichermaßen an die Mitarbeiter der Krankenkassen, um darzustellen

- die rechtlichen Grundlagen in Bezug auf den Begriff Arbeitsunfähigkeit (AU),
- die Möglichkeiten zum rationellen und sachgerechten Umgang mit AU-Fällen,
- die Berücksichtigung von Besonderheiten bei der Begutachtung,
- die Rolle des sozialmedizinischen Gutachters und die Ansprüche an sein Gutachten.

Bei jeder AU geht es um einen Zusammenhang von rechtlichen, beruflichen und medizinischen Fakten. Diese Komplexität erfordert von allen Beteiligten vielschichtige Kenntnisse. AU wird durch den Patienten / Versicherten, den Vertragsarzt, den Arbeitgeber und durch die Krankenkasse unterschiedlich begriffen, da praktische Bedeutung und die Folgen der AU sich jeweils unterscheiden. Wenn diese Feststellung von jeher gültig war und bis auf weiteres gültig bleiben wird, so hat sich in den letzten Jahren die Beauftragung und die Arbeitsweise des MDK im Zusammenhang mit der AU erheblich geändert. Als Folge einer differenzierten Einschaltung des MDK ist die Zahl der körperlichen Untersuchungen - die klassische AU-Begutachtung - zugunsten der sozialmedizinischen Fallberatung bundesweit erheblich zurückgegangen. Das ist der Erfolg der Begutachtungsanleitung „Arbeitsunfähigkeit“ von 1997.

¹ ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

² ICDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (Internationale Klassifikation von Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen)

Die 1997 eingeführte Strukturierung der AU-Fälle (fünf Gruppen nach PAULA) ist heute entbehrlich. Der Stellenwert von Diagnosen wurde damals überschätzt. Nicht die Diagnose, sondern das Krankheitsverhalten beeinflusst maßgeblich die AU und ihre Dauer. Deshalb muss die Krankenkasse die abnorm verlaufenden Fälle identifizieren, prüfen und aufbereitet dem MDK zur Beratung vorlegen. Unter Einbeziehung des Versicherten berät die Krankenkasse mit dem MDK das weitere Vorgehen.

Wirksame Prävention zur Vermeidung von wiederkehrender AU oder Langzeitarbeitsunfähigkeit ist einzusetzen, denn mit zunehmender AU-Dauer - Ausgeschlossenensein vom Erwerbsleben – treten soziale und psychosoziale Probleme verstärkt auf bzw. sie verselbständigen sich sogar. Zu spät eingeleitete medizinische Vorsorge oder medizinische Rehabilitation kann dann die nicht-medizinischen Umstände kaum noch beeinflussen.

2. Ziele der Anleitung

Ziele der Anleitung sind, die Inhalte, das Wesen und den Umfang des Rüstzeuges verständlich zu machen, auf welche der MDK und die Krankenkasse angewiesen sind. Den folgenden Punkten kommt dabei eine ganz besondere Bedeutung zu.

➤ Vermittlung eines gesetzlichen Basiswissens

Neben den Gesetzestexten sollen auch die verschiedenen Leistungsträger im sozialen Versicherungssystem mit ihren verschiedenen Zuständigkeiten genannt werden.

➤ Erläuterung von diversen Begutachtungsverfahren

In einem großen Teil ihrer Tätigkeit haben sich Gutachter mit nicht eindeutigen Krankheitsbildern, sondern mit unspezifischen Diagnosen bzw. Symptomen zu befassen und müssen hierzu gutachterlich Stellung nehmen. Hier hat sich sowohl bei den Krankenkassen als auch im MDK eine differenzierte Vorgehensweise herausgebildet. Mittel und Instrumente werden genannt und erläutert.

➤ Darstellung der Qualitätsstandards

Erklärt werden Qualitätsstandards für die Beratung und Begutachtung bei AU. Qualitätsstandards sind im Interesse von Krankenkassen und Versicherten notwendig, um krankenkassenübergreifend und in allen MDK eine korrekte Arbeitsweise (verbindliche Anwendung von definierten Begriffen, Verfahren und vergleichbare Ergebnisdarstellung zur Erhöhung der Transparenz) zu gewährleisten.

➤ Anregungen zur Entwicklung gemeinsamer Qualitätssicherung

Diese Anleitung gibt Anregungen zur Entwicklung gemeinsamer Konzepte für eine gemeinsame Qualitätssicherung zwischen MDK und Krankenkassen und zur Einrichtung von Qualitätszirkeln.

➤ Definition der Rolle des Gutachters

Der Gutachter nimmt bei der Beratung und Begutachtung eine wesentliche Rolle ein. Seine Verantwortung gegenüber der Krankenversicherung und ihren Versicherten kann nicht genug hervorgehoben werden. Seine Aufgabe zur sozialmedizinischen, aber immer sachdienlichen Empfehlung, kann nicht genug betont werden.

3. Gesetzliche Grundlagen bezogen auf Arbeitsunfähigkeit

3.1 Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

3.1.1 Arbeitsunfähigkeit (AU), Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien³

Kann ein Versicherter wegen Krankheit seiner Tätigkeit nicht nachgehen, so gilt er als arbeitsunfähig. Aufgrund der AU erhält er in der Regel zunächst vom Arbeitgeber die gesetzliche Entgeltfortzahlung. Dauert die AU über den Entgeltfortzahlungszeitraum hinaus, so wird Krankengeld durch die Krankenkasse gewährt (§§ 44, 46 - 51 SGB V).

Als wesentliches Kennzeichen der AU gilt, dass sie ein Ergebnis aus krankheitsbedingter Leistungsminderung und Anforderung des Arbeitsplatzes ist.

Hinweis:

Bedeutsam für die Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers bzw. der Krankengeldzahlung durch die Krankenkassen ist nur die Krankheit, die aktuell den Versicherten an der Erbringung seiner vertraglich geregelten Arbeitsleistung hindert. Die Arbeitsleistung nicht beeinträchtigende Symptome und Begleiterkrankungen werden nicht bewertet. Eine Auflistung aller Symptome und Begleiterkrankungen durch den Gutachter würde unzulässigerweise zur Anrechnung auf die 78 Wochen Krankengeldanspruch führen.

Beispiel: *Ein 52jähriger Schlosser erkrankt an einer Lungenentzündung. Bei ihm besteht seit Jahren eine Verschleißkrankheit der Kniegelenke und ein behandlungsbedürftiger Bluthochdruck. Die beiden letzten Diagnosen hinderten ihn nicht am Arbeiten. Im Krankenversicherungsrecht wird die aktuelle AU-begründende Diagnose entschädigt. Gutachtlich wird deshalb die Lungenentzündung bewertet.*

Die AU eines Arbeitslosen wird nicht nach der vor der Arbeitslosigkeit ausgeübten Erwerbstätigkeit beurteilt. Eine berufliche Qualifikation wird nur insoweit berücksichtigt, wie es sich in dem Entgelt widerspiegelt, das der Bemessung des Arbeitslosengeldes zugrunde liegt, d. h. einen Berufsschutz gibt es grundsätzlich nicht mehr. Der Beurteilung von Leistungsfähigkeit bzw. Leistungsbild kommt in diesem Sinne eine große Bedeutung zu, siehe *Kapitel 3.2.1: Arbeitsfähigkeit / Leistungsfähigkeit* bzw. *Kapitel 3.2.7: Leistungsbild*

In den Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des Bundesausschusses finden sich weitere Angaben zur Definition, zu Anwendungsbereichen, zur Feststellung der AU und zur stufenweisen Wiedereingliederung, [siehe Anhang 1](#).

Definition und Bewertungsmaßstäbe (Auszug aus den Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien)

- (1) AU liegt vor, wenn der Versicherte auf Grund von Krankheit seine zuletzt vor der AU ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Bei der Beurteilung ist darauf abzustellen, welche Bedingungen die bisherige Tätigkeit konkret geprägt haben. AU liegt auch vor, wenn auf Grund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundheit abträgliche Folgen erwachsen, die AU unmittelbar hervorrufen.
- (2) AU besteht auch während einer stufenweisen Wiederaufnahme der Arbeit fort, durch die dem Versicherten die dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben durch eine schrittweise Heranführung an die volle Arbeitsbelastung ermöglicht werden soll. Ebenso gilt die befristete Eingliederung eines arbeitsunfähigen Versicherten in eine

³ Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung vom 01.12.2003; in Kraft ab 01.01.2004.

Werkstatt für behinderte Menschen nicht als Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit. AU kann auch während einer Belastungserprobung und einer Arbeitstherapie bestehen.

- (3) Arbeitslose sind arbeitsunfähig, wenn sie aufgrund einer Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, leichte Tätigkeiten an mindestens 15 Wochenstunden zu verrichten⁴. Dabei ist es unerheblich, welcher Tätigkeit der Versicherte vor der Arbeitslosigkeit nachging. Wird bei Arbeitslosen innerhalb der ersten sechs Wochen der AU erkennbar, dass die AU voraussichtlich länger als sechs Monate andauern wird, ist das auch auf der AU-Bescheinigung zu vermerken.⁵
- (4) Versicherte, bei denen nach Eintritt der AU das Beschäftigungsverhältnis endet und die aktuell keinen anerkannten Ausbildungsberuf ausgeübt haben (An- und Ungelernte), sind nur dann arbeitsunfähig, wenn sie weder die letzte noch eine ähnliche Tätigkeit nicht mehr oder nur unter Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausüben können. Die Krankenkasse informiert den Vertragsarzt über der Ende der Beschäftigung und darüber, dass es sich um einen an- oder ungelerten Arbeitnehmer handelt und nennt ähnlich geartete Tätigkeiten. Beginnt während der AU ein neues Beschäftigungsverhältnis, so beurteilt sich die AU ab diesem Zeitpunkt nach dem Anforderungsprofil des neuen Arbeitsplatzes.
- (5) Die Beurteilung der AU setzt die Befragung des Versicherten durch den Arzt zur aktuell ausgeübten Tätigkeit und den damit verbundenen Anforderungen und Belastungen voraus. Das Ergebnis der Befragung ist bei der Beurteilung von Grund und Dauer der AU zu berücksichtigen. Zwischen der Krankheit und der dadurch bedingten Unfähigkeit zur Fortsetzung der ausgeübten Tätigkeit muss ein kausaler Zusammenhang erkennbar sein.

3.1.2 AU und Fähigkeitsstörung / Beeinträchtigung⁶ [Beeinträchtigung der Aktivität / Beeinträchtigung der Teilhabe]⁷

Arbeitsunfähigkeit hat immer eine berufliche und eine medizinische Komponente. Letztere ist differenziert zu bewerten, denn es kommt nicht auf die Bezeichnung bzw. auf die pathologischen Inhalte einer Diagnose an, sondern nur darauf, ob die Folgen der Krankheit das Ausüben der bisherigen Tätigkeit verhindern. Dies wird durch den Nachweis von Fähigkeitsstörung [Beeinträchtigung der Aktivität] und / oder von Beeinträchtigung [Beeinträchtigung der Teilhabe] belegt.

Beispiel: Die Diagnose Herzinfarkt bzw. Zustand nach Herzinfarkt begründet für sich allein grundsätzlich keine AU, denn es kann sich um einen Zustand ohne jegliche funktionelle Defizite handeln. Bestehen jedoch als Herzinfarktfolge schwere Rhythmusstörungen mit Schwindelattacken, die der Funktionsdiagnose „körperliche Minderbelastbarkeit bei gestörter Herzfunktion nach einem Herzinfarkt“ entspricht, ist von AU selbst für leichte Tätigkeiten auszugehen.

3.1.3 Krankengeld

Sofern die Krankheit bei dem Versicherten AU verursacht, besteht gegenüber der Krankenkasse Anspruch auf Zahlung von Krankengeld für längstens 78 Wochen innerhalb eines starren Dreijahreszeitraums. Tritt zu der ersten Krankheit eine weitere hinzu, wird die Höchstanspruchsdauer nicht verlängert. Bei Erreichen der Höchstanspruchsdauer von 78 Wochen wird die Zahlung eingestellt, nachdem der Versicherte vorher von der Krankenkasse entsprechend schriftlich informiert wurde. Mit der Einstellung der Krankengeldzahlung endet

⁴ siehe Kapitel 3.2: Arbeitsförderung und Anhang 5, C: AU-relevante Sozialgesetzgebung

⁵ analog § 125 SGB III

⁶ Begriffe der ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps)

⁷ Begriffe der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

nicht automatisch die AU. In einem folgenden Dreijahreszeitraum besteht erst dann wieder ein Krankengeldanspruch wegen derselben Krankheit, wenn der Versicherte in der Zwischenzeit für mindestens sechs Monate nicht arbeitsunfähig wegen derselben Krankheit und erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Die gutachtliche Aussage zur AU unterstützt die Leistungsentscheidung der Krankenkasse im hohen Maße.

Die Festsetzung der Leistungsdauer obliegt ausschließlich der Krankenkasse.

3.1.4 Leistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

Im Rahmen der Krankenbehandlung stehen neben der ärztlichen Betreuung zunächst Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel zur Verminderung von Schädigungen, Fähigkeitsstörungen [Beeinträchtigungen der Aktivität] und Beeinträchtigungen [Beeinträchtigungen der Teilhabe] zur Verfügung. Es können auch Leistungen mit „rehabilitativer Zielsetzung“ verordnet werden, z. B. physikalische Therapie, auch in standardisierter Kombination, Ergotherapie oder Logopädie. In Fällen, in denen diese Leistungen nicht mehr ausreichen, ist zur Besserung oder Kompensierung die Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen zu prüfen. Im gestuften Versorgungssystem sind Rehabilitationsleistungen angezeigt, wenn das Ziel nur durch eine komplexe interdisziplinäre Leistung zu erreichen ist, siehe *Kapitel 3.5: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*.

3.1.4.1 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ⁸

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können von der gesetzlichen Krankenversicherung nach §§ 40 und 41 SGB V erbracht werden bzw. werden von der gesetzlichen Rentenversicherung nach §§ 9 ff. SGB VI und durch die Unfallversicherungsträger nach § 26 SGB VII (jeweils in Verbindung mit §§ 26 ff. SGB IX) erbracht.

Eine Rehabilitationsleistung ist nur dann indiziert, wenn die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose festgestellt bzw. eingeschätzt wurden und ein realistisches Rehabilitationsziel formuliert werden konnte.

Die nachfolgenden Begriffe finden Anwendung bei allen Rehabilitationsträgern:

Rehabilitationsbedürftigkeit liegt dann vor, wenn bei Vorliegen einer oder mehrerer Fähigkeitsstörungen [Beeinträchtigungen der Aktivität] oder drohender Beeinträchtigung [Beeinträchtigungen der Teilhabe] über kurative Maßnahmen hinaus die Methoden und Verfahren der rehabilitativen Medizin eingesetzt werden müssen, um diese Fähigkeitsstörungen [Beeinträchtigungen der Aktivität] zu beseitigen oder zumindest erheblich zu verringern.

Rehabilitationsfähigkeit ist gegeben, wenn die somatische und psychische Verfassung des Rehabilitanden (Motivation / Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Teilnahme an einer geeigneten Rehabilitation ausreichend erscheint.

Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage auf der Basis der Erkrankung, des bisherigen Verlaufs und der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung der persönlichen Ressourcen (Rehabilitationspotenzial) über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Rehabilitationsmaßnahme und in einem notwendigen Zeitraum.

Reicht die ambulante Krankenbehandlung zur Überwindung der Krankheitsfolgen nicht aus, so ist bei AU zu prüfen, ob die Reintegration in den Arbeitsprozess mit Hilfe einer ambulanten oder stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation erreicht werden kann. Hier muss beachtet werden, dass bei „erheblicher Gefährdung“ oder gar bereits vorhandener „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ die Rentenversicherung vorrangig zuständig ist (§ 40 Abs.

⁸ siehe die jeweils gültigen Richtlinien in der GKV zur Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen

4 SGB V). Anmerkung: Die vorstehenden Begriffe sind im *Kapitel 3.3.1: Auslegungsgrundsätze zur Erwerbsfähigkeit* definiert.

Sind die persönlichen und / oder versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Zuständigkeit der Rentenversicherung nicht erfüllt, kann - bei Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen - eine Zuständigkeit der Krankenkasse gegeben sein, siehe *Kapitel 3.3: Gesetzliche Rentenversicherung*. Sollte der Versicherungsfall auf einem anerkannten Arbeitsunfall oder einer anerkannten Berufskrankheit beruhen, sind die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von der Unfallversicherung zu erbringen, siehe *Kapitel 3.4: Gesetzliche Unfallversicherung*. Bei entsprechenden Voraussetzungen können auch Leistungen der Träger der Kriegsopferversorgung oder Kriegsopferfürsorge in Betracht kommen, [siehe Anhang 4](#).

3.1.4.2 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation)

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind bei behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Menschen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig werden können, darauf gerichtet, ihre Erwerbsfähigkeit entsprechend ihren Neigungen und ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern oder wieder herzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen alle Maßnahmen, die geeignet sind, einen Versicherten trotz bestehender Leistungseinschränkung zum Ausüben eines Berufes zu befähigen. Das können u. a. Versorgung mit einem geeigneten Hilfsmittel oder Anpassung am PKW oder berufliche Qualifikation sein. Eine Gesamtübersicht über alle in Frage kommenden Maßnahmen findet sich in § 3 SGB III sowie in §§ 33-38, 40 SGB IX.

Die Krankenversicherung ist für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zuständig. Als zuständige Träger kommen die gesetzliche Rentenversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die gesetzliche Unfallversicherung, die Träger der Kriegsopferversorgung bzw. Kriegsopferfürsorge in Betracht, [siehe Anhang 4](#).

3.1.4.3 Belastungserprobung, Arbeitstherapie (§ 42 SGB V und § 26 SGB IX)

Die Belastungserprobung dient der Ermittlung der körperlichen und geistig-seelischen Leistungsbereiche des Patienten, seiner sozialen Anpassungsfähigkeit, seines Könnens und seiner beruflichen Eingliederungschancen sowie der Beurteilung und Abklärung der Belastbarkeit auf Dauer im Arbeitsleben.

Ziel der Arbeitstherapie ist die Verbesserung der Belastbarkeit und die Erhaltung und Entwicklung von Fähigkeiten [Aktivitäten] und Fertigkeiten, die für die berufliche Wiedereingliederung benötigt werden. Wichtige Faktoren dieses Leistungstrainings sind Arbeitsqualität und Arbeitstempo.

Belastungserprobung und Arbeitstherapie können durchgeführt werden z. B.

- im Rahmen einer ambulanten / stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation,
- in ambulanter Form durch Bereitstellung eines über eine ambulante oder stationäre Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung stehenden Arbeitsplatzes.

Hiervon zu unterscheiden sind die Maßnahmen der Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie), die zu den Heilmitteln nach § 32 SGB V zählen. Sie dienen der Wiederherstellung, Entwicklung, Verbesserung, Erhaltung oder Kompensation der krankheitsbedingt gestörten motorischen, sensorischen, psychischen und kognitiven Funktionen und Fähigkeiten [Aktivitäten] und bedienen sich komplexer aktivierender und handlungsorientierter Methoden und Verfahren unter Einsatz von adaptiertem Übungsmaterial, funktionellen, spielerischen, handwerklichen und gestalterischen Techniken sowie lebenspraktischen Übungen, siehe *Heilmittel-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen*.

3.1.4.4 Stufenweise Wiedereingliederung (§ 74 SGB V und § 28 SGB IX)

Bei wochen- oder monatelang fortbestehender AU kann eine Rückkehr an den Arbeitsplatz auch bei weiterhin notwendiger Behandlung sowohl betrieblich als auch aus therapeutischen Gründen angezeigt sein. Über den Weg der „stufenweisen Wiedereingliederung“ wird der Arbeitnehmer individuell, d. h. je nach Krankheit und bisheriger AU-Dauer schonend, aber kontinuierlich bei fortbestehender AU an die Belastungen seines Arbeitsplatzes herangeführt. Dazu kann während der AU eine stundenweise oder tageweise Arbeitsaufnahme zur Eingewöhnung empfohlen werden, die sich allmählich steigern kann. Hierzu ist die Zustimmung des Versicherten, des behandelnden Arztes, des Arbeitgebers und der Krankenkasse erforderlich. Der Betriebs- oder Werksarzt sollte beteiligt werden.

Es gibt keine Vorschrift, welche die Stundenzahl bzw. Dauer der Wiedereingliederungsmaßnahme vorschreibt. In der Regel sollte aber innerhalb eines Zeitraums von sechs Wochen bis sechs Monaten die volle Arbeitszeit erreicht werden. Reicht dieser Zeitraum nicht aus, sollte die Gefährdung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit überprüft und ggf. zur Rentenantragsstellung geraten werden.

Die stufenweise Wiedereingliederung ist gem. § 28 SGB IX auch von den übrigen Rehabilitationsträgern, z. B. Renten- und Unfallversicherungsträger, im Rahmen der medizinischen Rehabilitation durchzuführen.

Stufenweise Wiedereingliederung kommt bei Arbeitslosen nicht in Betracht.

3.1.4.5 Arbeitsplatzanpassung und Arbeitsplatzumsetzung

Bevor aufwändige Rehabilitationsleistungen diskutiert werden, sollte auch an die Möglichkeit der Arbeitsplatzanpassung und Arbeitsplatzumsetzung gedacht werden. Dies kommt nur in Betracht, wenn der Versicherte einverstanden ist. Jede solche Maßnahme ist mitbestimmungspflichtig. Die Einbindung des Betriebsarztes ist unabdingbar. Die Kosten trägt insbesondere der Rentenversicherungsträger oder der Arbeitgeber.

3.2 Arbeitsförderung (SGB III)

3.2.1 Arbeitslosigkeit / Beschäftigungslosigkeit (§ 118 SGB III) ⁹

Der Gesetzgeber definiert den Begriff *arbeitslos* im § 118 Abs. 1 SGB III wie folgt:

Arbeitslos ist ein Arbeitnehmer, der

- 1. vorübergehend nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht (Beschäftigungslosigkeit) und*
- 2. eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Std. wöchentlich umfassende Beschäftigung sucht (Beschäftigungssuche).*

Ein Versicherter, der während der AU gekündigt wurde, ist nicht „arbeitslos“ i. S. des SGB III.

3.2.2 Arbeitsfähigkeit / Leistungsfähigkeit (§ 119 SGB III)

Leistungsfähigkeit stellt die medizinische Seite der Arbeitsfähigkeit dar. Der § 119 Abs. 3 SGB III ¹⁰ besagt:

⁹ Anmerkung der Redaktion: In der Fassung bis 31.12.2004 gültig, ab 01.01.2005 unter § 119 Abs. 5 SGB III genannt (lt. Bundesgesetzblatt, G5702, vom 27.12.2003), siehe im *Anhang 5 unter C2*.

Die AU-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der AU und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung vom 01.12.2003; in Kraft ab 01.01.2004, verweisen auf den § 118 SGB III.

¹⁰ zu Gesetzänderung ab 01.01.2005, siehe im *Anhang 5 unter C2*

Arbeitsfähig ist ein Arbeitsloser, der

1. *eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes aufnehmen und ausüben,*
2. *an Maßnahmen zur beruflichen Eingliederung in das Erwerbsleben teilnehmen und*
3. *Vorschlägen der Agentur für Arbeit zur beruflichen Eingliederung zeit- und ortsnah Folge leisten*

kann und darf.

Leistungsfähigkeit ist die körperlich-geistig-seelische Befähigung zur Ausübung einer bestimmten Beschäftigung oder berufliche Tätigkeit – welcher Art auch immer – unter den üblichen Bedingungen des jeweils in Betracht kommenden Arbeitsmarktes. Sie wird durch die sozialmedizinische Begutachtung festgestellt. Dabei sind die besonderen Anforderungen hinsichtlich der Arbeitsschwere, des Arbeitsablaufs, der Einflüsse des Arbeitsumfeldes, der Arbeitszeit und der Arbeitsdauer individuell zu berücksichtigen.

3.2.3 Minderung der Leistungsfähigkeit (§ 125 SGB III)

Mit dem § 125 SGB III wollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass *auf Dauer* leistungsgeminderte Versicherte bis zur Entscheidung der Rentenversicherung oder eines anderen Leistungsträgers Arbeitslosengeld ohne Vermittlung erhalten.

Diese Leistung der Agentur für Arbeit können auch Arbeitnehmer mit dauerhaft eingeschränkter Leistungsfähigkeit in Anspruch nehmen, die (noch) nicht beschäftigungslos sind (müssen nicht kündigen) und denen der Arbeitgeber keinen leidensgerechten Arbeitsplatz nachweisen kann:

- (1) Anspruch auf Arbeitslosengeld hat auch, wer allein deshalb nicht arbeitslos ist, weil er wegen einer mehr als 6-monatigen Minderung seiner Leistungsfähigkeit versicherungspflichtige, mindestens 15 Std. wöchentlich umfassende Beschäftigungen nicht unter den Bedingungen ausüben kann, die auf dem für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarkt ohne Berücksichtigung der Minderung der Leistungsfähigkeit üblich sind, wenn verminderte Erwerbsfähigkeit im Sinne der gesetzlichen Rentenversicherung nicht festgestellt worden ist. Die Feststellung, ob verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, trifft der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung...
- (2) Die Agentur für Arbeit hat den Arbeitslosen unverzüglich auffordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Stellt der Arbeitslose diesen Antrag fristgemäß, so gilt er im Zeitpunkt des Antrags auf Arbeitslosengeld als gestellt.

3.2.4 Verfügbarkeit (§§ 119 und 120 SGB III)

Verfügbar ist der Arbeitslose, wenn er arbeitsfähig und arbeitsbereit ist. Dann steht er den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung (§ 119 Abs. 2 SGB III¹¹, Sonderfälle: § 120 SGB III).

Grundsätzlich muss ein Arbeitsloser, der Arbeitslosengeld oder -hilfe beansprucht, den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung stehen oder „verfügbar“ sein. Die Vermittlung in Arbeit hat stets Vorrang vor der Zahlung von Lohnersatzleistungen. Der Arbeitsvermittlung steht zur Verfügung, wer arbeitsfähig und arbeitsbereit ist. Hierzu gehört u. a., dass der Arbeitslose eine zumutbare versicherungspflichtige Beschäftigung von mindestens 15 Stunden wöchentlich unter *den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes* aufnehmen und ausüben

¹¹ zu Gesetzänderung ab 01.01.2005, siehe im *Anhang 5, unter C2*

- *darf*, d. h., es bestehen keine gesetzlichen Beschäftigungsverbote (z. B. Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz, fehlende Arbeitserlaubnis),
- *kann*, d. h., er muss ein ausreichendes Leistungsvermögen für eine derartige Tätigkeit besitzen (leistungsfähig sein) und
- *will*, d. h., er muss dazu bereit sein.

Die *Üblichkeit der Bedingungen* einer Tätigkeit beurteilt der Arbeitsvermittler / -berater, während für die Beurteilung des Leistungsvermögens der Arbeitsamtsarzt zuständig ist. Mit „üblichen Bedingungen“ ist gemeint, dass es die in Frage kommende Beschäftigung nicht nur in Einzelfällen, sondern in nennenswertem Umfang geben muss, ferner Dauer, Lage und Verteilung der Arbeitszeit, das Arbeitsentgelt, Art und Umfang der zu leistenden Arbeit, der Arbeitsweg usw.

Nicht arbeitsfähig i. S. des § 119 Abs. 3 SGB III¹² ist ein Versicherter bei fehlender Leistungsfähigkeit. Dieser Fall ist streng abzugrenzen von Arbeitsunfähigkeit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne.

3.2.5 Zumutbarkeit (§ 121 SGB III)

Die Grenzen der Zumutbarkeit einer Beschäftigung sind anhand des § 121 SGB III zu ermitteln. Zumutbar sind einem Arbeitslosen alle Beschäftigungen, die seiner Arbeitsfähigkeit entsprechen, soweit nicht allgemeine Gründe, z. B. sehr niedriges Arbeitsentgelt, sehr lange Pendelzeiten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte, der Zumutbarkeit dieser Beschäftigungen entgegenstehen.

3.2.6 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation)

Die Bundesagentur für Arbeit und ihre Regionaldirektionen sind grundsätzlich für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig; sofern nicht die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Unfallversicherung, die Träger der Kriegsopferversorgung bzw. Kriegsopferfürsorge vorrangig in Betracht kommen, siehe [Anhang 4](#). Sie umfassen alle Hilfen, die erforderlich sind, um die Erwerbsfähigkeit des Behinderten entsprechend seiner Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu bessern oder wiederherzustellen und ihn hierdurch möglichst auf Dauer beruflich einzugliedern.

Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen insbesondere:

- Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,
- Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,
- berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
- berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
- Überbrückungsgeld entsprechend § 57 SGB III,
- sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben.

3.2.7 Leistungsbild (LB)

Unter Leistungsbild wird die Zusammenfassung der positiven und negativen Leistungsmerkmale für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit verstanden. Vom Gutachter sollen die wesentlichen Merkmale genannt werden. So wichtig ein detailliertes LB auch ist, so darf es

¹² zu Gesetzänderung ab 01.01.2005, siehe im *Anhang 5, unter C2*

doch nicht zu einer übertriebenen Leistungseinschränkung führen, die sich als hinderlich bei der Vermittlung oder Eingliederung erweisen kann. Es gilt, Wichtiges von Unwichtigem zu trennen.

So ist z. B. bei der Beschreibung der Arbeitshaltung zu beachten, dass ein gleichmäßiger Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen vom Gutachter nicht schematisch empfohlen wird. Solche Arbeitsplätze sind nämlich außerordentlich selten, und der Betroffene ist dann oft kaum zu vermitteln. Man sollte sich also entscheiden, welche Arbeitshaltung überwiegend und welche zeitweise möglich ist. Nur in Ausnahmefällen sollte im ergänzenden LB der gleichmäßige Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen vorgeschlagen werden.

Das LB dient der Weichenstellung bei möglicher Zuständigkeit anderer Sozialleistungsträger. Dabei ist das positive LB, d. h. die Darstellung der vorhandenen Fähigkeiten [Aktivitäten] für jedes Rehabilitationskonzept wichtiger, als das negative. Ebenfalls sind die Auswirkungen auf die überwiegende oder letzte Tätigkeit, ggf. auch auf den erlernten Beruf darzustellen. Auch Hinweise auf den weiteren Verlauf der Leistungsfähigkeit sowie auf zumutbare Belastungen sollen im LB erscheinen.

Die ärztliche Feststellung einer voraussichtlich bis zu sechs Monaten erheblich verminderten Leistungsfähigkeit bzw. einer Leistungsunfähigkeit dient der Entscheidung der Leistungsabteilung der Agentur für Arbeit über die eigene Zuständigkeit als Sozialleistungsträger. Bei voraussichtlich länger als sechs Monate dauernder Leistungsunfähigkeit im Sinne des § 125 SGB III entscheidet die Leistungsabteilung über eine nahtlose Übergangsleistung der Bundesagentur für Arbeit bis zur Feststellung von voller oder verminderter Erwerbsfähigkeit durch den zuständigen Rentenversicherungsträger.

Die relevanten arbeitsmedizinischen Begriffe für die sozialmedizinische Einschätzung der AU im Rahmen des SGB V sind im [Anhang 2: Zusammenstellung von arbeitsmedizinischen Begriffen](#) zu finden.

3.2.8 Arbeitslosengeld und Leistungsvermögen

Die Beurteilung des Leistungsvermögens im ärztlichen Gutachten kann Auswirkungen auf die Höhe des Arbeitslosengeldes haben. Arbeitslosengeld wird nach dem im letzten Jahr durchschnittlich erzielten Arbeitsverdienst bemessen. Hat sich das Leistungsvermögen eines Empfängers von Arbeitslosengeld so verschlechtert, dass es nur noch für eine geringere wöchentliche Arbeitszeit als bisher ausreicht, wird das Arbeitslosengeld anteilmäßig entsprechend der noch leistbaren Stundenzahl berechnet. Soweit, wie im Formular des arbeitsamtsärztlichen Gutachtens vorgesehen, Zeitkorridore (tägl. weniger als 3 Std., tägl. von 3 bis unter 6 Std., vollschichtig) angegeben werden, wird jeweils die Obergrenze des im Einzelfall zutreffenden Korridors zur Berechnung des Arbeitslosengeldes herangezogen.

3.2.9 Arbeitslosenhilfe und Leistungsvermögen

Die Beurteilung des Leistungsvermögens im ärztlichen Gutachten kann auch Auswirkungen auf die Höhe der Arbeitslosenhilfe haben. Arbeitslosenhilfe wird normalerweise nach dem letzten Arbeitsentgelt bemessen. Hat sich jedoch das Leistungsvermögen eines Empfängers von Arbeitslosenhilfe seit der Arbeitslosmeldung so verschlechtert, dass es nur noch für eine geringere tägliche Arbeitszeit ausreicht oder aber die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann, so wird seine Arbeitslosenhilfe nach dem Tarifentgelt bemessen, für das er mit dem verbleibenden Leistungsvermögen noch in Betracht kommt (§ 200 Abs. 2 Satz 1 SGB III). Konkret bedeutet dies für den Arbeitslosen eine Herabsetzung der ihm gezahlten Leistung. Bei dieser Prüfung sind alle Anhaltspunkte auszuwerten. So kann auch ein während des Bezuges von Arbeitslosengeld zur Eignungsfeststellung veranlasstes arbeitsamtsärztliches Gutachten, aus dem sich ein entsprechend gemindertes Leistungsvermögen ergibt, zur Herabsetzung der Arbeitslosenhilfe führen.

3.3 Gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI)

3.3.1 Auslegungsgrundsätze zur Erwerbsfähigkeit¹³ (§§ 9 ff. SGB VI und § 2 SGB IX)

Nach den Auslegungsgrundsätzen der Rentenversicherungsträger zur Erwerbsfähigkeit bedeutet:

Erwerbsfähigkeit, die Fähigkeit Versicherter, unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihnen nach ihren Kenntnissen und Erfahrungen sowie ihren körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, Erwerbseinkommen zu erzielen.

Erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit, dass durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen innerhalb von drei Jahren mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit, siehe unten, zu rechnen ist.

Minderung der Erwerbsfähigkeit, eine infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen entstandene, erhebliche und länger andauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit, wodurch der Versicherte seine bisherige oder zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht oder nicht mehr ohne wesentliche Einschränkung ausüben kann. Eine rentenrechtliche relevante Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt erst dann vor, wenn ein Versicherter infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen auf nicht absehbare Zeit nicht mehr in der Lage ist, täglich mindestens sechs Stunden unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes tätig sein zu können.

Wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit, eine nicht nur geringfügige oder nicht nur kurzzeitige Steigerung der durch gesundheitliche Beeinträchtigungen geminderten Leistungsfähigkeit des Versicherten im Erwerbsleben. Eine *wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit* liegt nicht vor, wenn

- nur eine Linderung des Leidens oder eine sonstige Erleichterung in den Lebensumständen erreicht wird oder
- volle Erwerbsminderung bestehen bleibt, unbeschadet der Sonderregelungen für Versicherte in einer Werkstatt für Behinderte.

Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit bedeutet, dass die Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben dauerhaft behoben wird.

Abwenden einer wesentlichen Verschlechterung, dass durch die Leistungen zur Teilhabe eine weitere, nicht nur geringfügige oder nicht nur kurzzeitige Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten verhindert werden kann. Dabei kommt es nicht auf ein rentenrechtlich relevantes Absinken der Leistungsfähigkeit an.

Voraussichtlich, dass der angestrebte Erfolg mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eintreten wird.

Absehbare Zeit, ein Zeitraum von bis zu drei Jahren.

Wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre, dass eine solche Berentung unmittelbar droht. Unmittelbar droht eine Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, wenn die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Rente erfüllt sind und wegen der beim Versicherten vorliegenden Leistungseinschränkung in einem Zeitraum von etwa bis zu 12 Monaten mit einem Rentenanspruch zu rechnen ist.

¹³ Auszug aus den Auslegungsgrundsätzen der Rentenversicherungsträger zu den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe und zur Mitwirkung der Versicherten vom 8.2.1995 in der Fassung vom 18.07.2002

3.3.2 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in der Rentenversicherung von der Erfüllung bestimmter persönlicher (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlicher Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) abhängig.

Die stufenweise Wiedereingliederung stellt nach § 28 SGB IX auch eine mögliche Leistung der Rentenversicherung dar.

Die maßgeblichen Begriffe für Rehabilitation und Teilhabe sind im *Kapitel 3.1.4: Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit* und *Kapitel 3.2.6: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben* beschrieben.

3.3.3 Rente wegen Erwerbsminderung

Die Rente wegen Erwerbsminderung wird in Abhängigkeit von der ärztlich festgestellten Leistungsfähigkeit als Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung geleistet. Entscheidend ist grundsätzlich die gesundheitliche Leistungsfähigkeit unter den üblichen Bedingungen des sogenannten allgemeinen Arbeitsmarktes, die in täglichen Arbeitsstunden (bezogen auf eine Fünftagewoche) festgestellt wird. Renten wegen Erwerbsminderung sind grundsätzlich auf Zeit (längstens für drei Jahre) zu leisten, die Befristung kann wiederholt werden. Eine Dauerrente kommt nur in Betracht, wenn es unabhängig von der jeweiligen Arbeitsmarktlage unwahrscheinlich ist, dass die Minderung der Erwerbsfähigkeit behoben werden kann. Es müssen also medizinische Gründe vorliegen, die gegen eine Besserung des Gesundheitszustandes im Hinblick auf die geminderte Erwerbsfähigkeit sprechen.

Bei einem Restleistungsvermögen unter den üblichen Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von täglich sechs Stunden oder mehr liegt keine rentenrechtlich relevante Erwerbsminderung vor.

3.3.3.1 Teilweise Erwerbsminderung

Eine teilweise Erwerbsminderung liegt vor, wenn der Versicherte wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit drei bis unter sechs Stunden täglich im Rahmen einer Fünftagewoche unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes erwerbstätig sein kann.

Renten wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit können, bedingt durch den Wegfall der Berufsunfähigkeitsrente alter Art, aufgrund einer Vertrauensschutzregelung Versicherte erhalten, die bei der zum 01.01.2001 erfolgten Neuregelung der Erwerbsminderungsrenten das 40. Lebensjahr vollendet hatten, d. h. vor dem 02.01.1961 geboren sind. Für diesen Personenkreis ist daher nicht nur das Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von Bedeutung. Vielmehr kann Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung wegen Berufsunfähigkeit auch aufgrund Berufsschutzes bestehen, d.h. wenn der bisherige Beruf und zumutbare Verweisungsberufe nicht mehr im Rahmen von mindestens sechs Stunden täglich ausgeübt werden können. Für die Auslegung des Begriffs der Berufsunfähigkeit sind die bisherigen Grundsätze entsprechend anzuwenden.

Berufsunfähig ist demnach ein Versicherter, dessen Erwerbsfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen in seinem bisherigen Beruf und in zumutbaren Verweisungsberufen auf weniger als sechs Stunden täglich gesunken ist.

3.3.3.2 Volle Erwerbsminderung

Volle Erwerbsminderung liegt vor, wenn der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen unter den üblichen Bedingungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch weniger als drei Stunden täglich erwerbstätig sein kann.

3.4 Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII)

3.4.1 Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

In einem Versicherungsfall der Unfallversicherung (Arbeitsunfall, Berufskrankheit) haben Versicherte Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, auf ergänzende Leistungen, auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sowie auf Geldleistungen.

Gemäß § 11 Abs. 4 SGB V besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung. Die zur berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung zugelassenen Ärzte müssen im Zusammenhang mit der Behandlung Arbeitsunfallverletzter spezielle Vordrucke benutzen.

Zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gehört nach § 28 SGB IX auch die stufenweise Wiedereingliederung.

Für die Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und MDK bei Erstattungsansprüchen zwischen Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern (KV / UV) wird auf den "Leitfaden"¹⁴ verwiesen.

3.4.2 Berufskrankheit (BK)

Berufskrankheiten sind die in der Anlage der Berufskrankheitenverordnung (BKV) bezeichneten Krankheiten, die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 SGB VII begründenden Tätigkeit erleiden (§ 1 BKV). Beruflich verursachte Erkrankungen, die nicht in der BK-Liste stehen, werden unter bestimmten Voraussetzungen vom Träger der gesetzlichen Unfallversicherung ebenfalls als Berufskrankheit anerkannt und ggf. entschädigt (§ 9 Abs. 2 SGB VII). Bei begründetem Verdacht ist jeder Arzt zur Meldung einer Berufskrankheit an die gesetzliche Unfallversicherung oder den zuständigen Gewerbearzt verpflichtet (§ 202 SGB VII).

3.4.3 Arbeitsunfall, Wegeunfall

Ein Arbeitsunfall liegt vor, wenn eine versicherte Person bei einer versicherten Tätigkeit einen Unfall mit einem Körperschaden erleidet (§ 8 Abs. 1 SGB VII). Als Arbeitsunfall gilt auch ein Unfall auf einem mit der Tätigkeit im Betrieb zusammenhängenden Weg zur und von der Arbeitsstelle (§ 8 Abs. 2 SGB VII).

Entscheidend für die Leistungspflicht des Unfallversicherungsträgers ist bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit, dass Unfallfolgen für sich allein betrachtet Arbeitsunfähigkeit bedingen. Der Unfallversicherungsträger führt im geeigneten Fall ein Heilverfahren mit entsprechenden Vorstellungspflichten für den Verletzten durch (Durchgangsarztverfahren, H-Arzt-Verfahren, Verletzungsartenverfahren).

3.4.4 Prävention

Besteht für Versicherte die Gefahr, dass eine Berufskrankheit entsteht, wiederauflebt oder sich verschlimmert, hat der Unfallversicherungsträger dieser Gefahr mit allen geeigneten Mitteln entgegenzuwirken. Ist die Gefahr trotz ergriffener Maßnahmen nicht zu beseitigen, hat der Unfallversicherungsträger darauf hinzuwirken, dass die Versicherten die gefährdende Tätigkeit unterlassen (§ 3 BKV). Ergibt sich anlässlich einer Untersuchung ein solcher Sach-

¹⁴ Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und MDK bei Erstattungsansprüchen zwischen Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern, Herausgeber: MDS Arbeitsgruppen Ü1-Medjur, M10-Medjur

verhalt, so ist der Unfallversicherungsträger entsprechend – auch über einen Verdachtsfall – zu unterrichten.

Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen (§ 20 Abs. 2 Satz 3 SGB V).

3.5 Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX)

3.5.1 Behinderung

Laut Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist eine Behinderung [Disability] der Oberbegriff für Schädigung sowie Beeinträchtigung der Aktivität und Beeinträchtigung der Teilhabe. Als Behinderung gelten gesundheitliche Schäden und körperliche, geistige oder seelische Veränderungen, die nicht nur vorübergehend zu Fähigkeitsstörung [Beeinträchtigung der Aktivität] oder Beeinträchtigung [Beeinträchtigung der Teilhabe] führen.

Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung [Beeinträchtigung der Teilhabe] zu erwarten ist (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

3.5.2 Teilhabe

Die Leistungen zur Teilhabe umfassen gem. § 4 Abs. 1 SGB IX die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache einer Behinderung

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

3.5.3 Gesetzliche Verzahnung der Leistungsträger

Im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) ist der MDK-Gutachter in aller Regel der erste Sozialmediziner, der sich mit dem AU-Fall befasst. Er sollte die Leistungsvoraussetzungen aller Rehabilitationsträger kennen, um mit seiner Empfehlung den richtungsweisenden Impuls zu geben.

Eine festgestellte Fähigkeitsstörung [Beeinträchtigung der Aktivität] oder Beeinträchtigung [Beeinträchtigung der Teilhabe] löst nicht bei allen Leistungsträgern automatisch Leistungsansprüche aus. Es müssen sowohl persönliche wie auch gesetzliche Voraussetzungen des jeweiligen Leistungsträgers erfüllt sein. Die *Abbildung 1* zeigt die mögliche Verzahnung der Leistungsansprüche verschiedener Leistungsträger im Zusammenhang mit AU. Die hier dargestellte Verzahnung ist beispielhaft. Grundsätzlich sind Berührungspunkte aller Bereiche möglich. Die *Abbildung 2* zeigt die Übersicht der einzelnen gesetzlichen Versicherer und ihrer Leistungen zum Erhalt bzw. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit und Teilhabe.

Abbildung 1: Verzahnung zu anderen Leistungsträgern bei AU

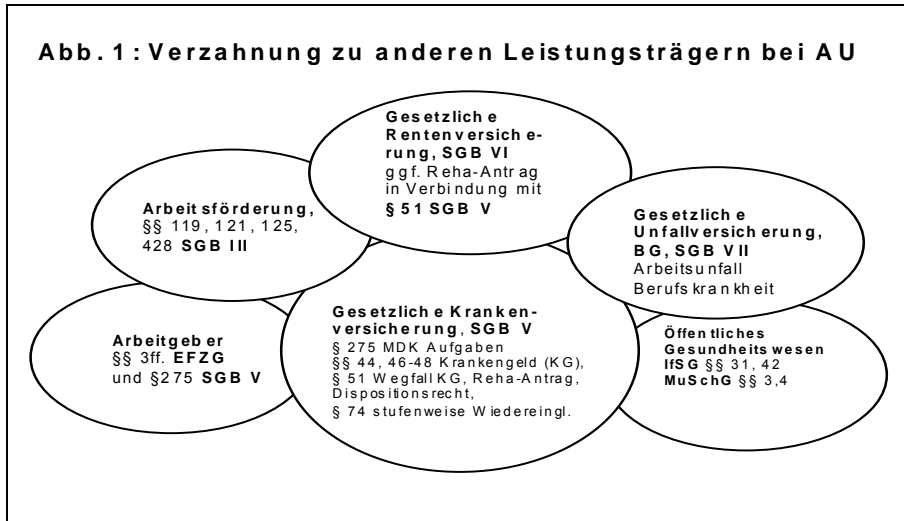


Abbildung 2: Darstellung der Leistungsbereiche der gesetzlichen Versicherungen

Versicherer	Krankenversicherung (GKV) SGB V	Rentenversicherung (RVT) SGB VI	Unfallversicherung (BG) SGB VII	Arbeitsförderung SGB III
Versichert ist				
Verhinderung durch Krankheit an der Erbringung von Arbeitsleistung, konkreter Arbeitsplatz	Krankengeld, Kranken-Behandlung, medizinische Reha, ergänzende Leistungen zur Reha, stufenweise Wiedereingliederung, Belastungserprobung, Arbeitstherapie			
Verhinderung durch Krankheit an der Erbringung von Erwerbsleistung, allgemein		Leistungen zur medizinischen Reha und ergänzende/ sonstige Leistungen zur Reha, stufenweise Wiedereingliederung, Belastungserprobung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Rente		
Arbeitsunfall, Wegeunfall, Berufskrankheit			Heilbehandlung, Leistungen zur medizinischen Reha, ergänzende Leistungen zur Reha, stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft, Rente	
Verlust des Arbeitsplatzes				Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ergänzende Leistungen zur Reha, Belastungserprobung

Als zusätzliche Informationen werden Übersichten im *Anhang 4*, in [Abbildung 4](#): Träger der Rehabilitation und in [Abbildung 5](#): Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen gezeigt.

3.6 Absprachen und Vereinbarungen zwischen den Leistungsträgern

3.6.1 Nahtlosigkeitsregelung in Anlehnung an § 125 SGB III

Im Bereich der Arbeitsverwaltung besteht die Möglichkeit, bei erkennbarer - nicht nur vorübergehender – Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Arbeitslosen eine nahtlos anschließende Rehabilitation bzw. Sicherung von Rentenansprüchen ohne mehrfachen Wechsel des zuständigen Sozialleistungsträgers zu erreichen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben dazu mit der Bundesanstalt für Arbeit (jetzt Bundesagentur für Arbeit) ein entsprechendes Verfahren abgestimmt.

Bei der Begutachtung zur „Nahtlosigkeitsregelung in Anlehnung an § 125 SGB III“ erfüllt das Gutachten die in der *Arbeitshilfe zur sozialmedizinischen Umsetzung des § 125 SGB III*¹⁵ sowie in der Niederschrift der gemeinsamen Sitzung von Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Bundesanstalt für Arbeit, des MDK / MDS und des Ärztlichen Dienstes der Bundesanstalt für Arbeit vom 03.08.2000 festgelegten Merkmale.

3.6.2 Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (§ 51 SGB V)

Hierzu wird auf die Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zur Anwendung des § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V vom 17.02.1993 in der Fassung vom 05.02.2001 hingewiesen.¹⁶

Bei der Begutachtung der Erwerbsfähigkeit nach § 51 Abs. 1 SGB V hat das Gutachten die vom Bundessozialgericht im Urteil vom 07.08.1991 – 1 / 3 RK 26 / 90 - aufgestellten Merkmale zu erfüllen, [siehe Anhang 5](#).

4. Organisation der Zusammenarbeit zwischen der Krankenkasse und dem MDK

4.1 Vorauswahl

In der Vorauswahl sucht die Krankenkasse nach definierten Kriterien Fälle für die gemeinsame sozialmedizinische Fallberatung (SFB) mit dem MDK aus. In der SFB sollen möglichst viele Fälle mit einem Ergebnis für die Krankenkasse abgeschlossen werden. Um dieses Ziel zu erreichen, sind nur solche Fälle auszuwählen, die der MDK zum Zeitpunkt der SFB fallabschließend beraten kann. Es kommt daher auf den richtigen Fall und den richtigen Zeitpunkt an. Somit trägt die Krankenkasse bei der Vorauswahl die entscheidende Verantwortung. Für die erzielte Abschlussquote in der SFB sind beide Partner gemeinsam verantwortlich.

Vorgelegte Fälle, die die Kriterien unter *Kapitel 4.1.2: Auswahlkriterien für die Gruppierung* nicht erfüllen, werden der Krankenkasse wieder mitgegeben.

Vom MDK zur Verfügung gestellte Hilfsmittel für die Vorauswahl:

1. Datenbank EVA¹⁷ unterstützt die Vorauswahl, wählt aus der Gesamtheit der AU-Fälle nach sozialmedizinischen Kriterien die Gruppe 2 für die Vorauswahl aus,
2. Arbeitshilfe zur Fallsteuerung durch die Krankenkasse bei AU für die Gruppe 1 (Arbeitshilfe Fallsteuerung)¹⁸, [siehe Anhang 7](#)

¹⁵ Arbeitshilfe in der MDS Informationsdatenbank der Medizinischen Dienste (Info-MeD)

¹⁶ siehe *Begutachtungs-Richtlinien „Vorsorge und Rehabilitation“*, Anhang 6, des MDS

¹⁷ EVA: EDV gestützte Vorauswahl, von der Arbeitsgruppe M1“AU“ und dem MDK Rheinland-Pfalz entwickelt (Ansprechpartner für EVA-AU: MDK Rheinland-Pfalz)

¹⁸ ersetzt die Arbeitshilfe „Gruppeneinteilung“ vom Juni 1997 und ist im *Anhang 7* (Kurzfassung) der ABBA dargestellt. Die EDV-Version (Auflistung aller ICD-10-Diagnosen) ersetzt den „Interventionskatalog“ und steht als eine EDV-Anwendung zur Verfügung (Bestellung über den MDS).

3. Regelmäßige Angebote von Schulungsprogrammen für die Krankenkassen.

4.1.1 Erläuterung der Vorauswahl-Methode

Wie in der Einleitung beschrieben, spielt das Krankheitsverhalten bei der AU eine größere Rolle als die AU-Diagnose selbst. Die Unterscheidung zwischen einem adäquaten oder passenden und einem abnormen oder unüblichen Krankheitsverhalten ist schwierig, lässt sich aber durch die Betrachtung des bisherigen AU-Verhaltens vor dem Hintergrund der Situation im Erwerbsleben erkennen.

Die Vorauswahl hat das Ziel, die AU-Fälle zu erkennen, die ohne Fallmanagement zur Langzeit-AU führen würden. Hierbei ist die Frage nach dem Zeitpunkt der Rückkehr an den Arbeitsplatz vorrangig zu stellen. Eine zu früh einsetzende Diskussion über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. Teilhabe kann sich genauso negativ auf die Dauer der AU auswirken, wie eine zu spät eingeleitete notwendige Leistung.

Bei der Vorauswahl sind die Fälle bis zum 21. Tag seit Beginn der AU nach Auffälligkeiten in der Vorgeschichte zu sichten und zu gruppieren. Hierbei sind zwei Gruppen von Personen zu unterscheiden: die mit einem *unauffälligen* und die mit einem *auffälligen Arbeitsunfähigkeitsverhalten*. Unter Auffälligkeiten sind Kriterien und Risiken zu verstehen, die auf Missbrauch, auf einen Rehabilitationsbedarf bzw. auf das Vorliegen eines psychosozialen Hintergrundes deuten.

Gruppierung:

Die **erste Gruppe (Gruppe 1: unauffällig)** ist die weitaus größte. Sie bedarf in der Regel keiner sozialmedizinischen Beratung durch den MDK, da mit einem spontanen Ende mit allgemein üblicher AU-Dauer zu rechnen ist. In der *Arbeitshilfe Fallsteuerung* werden für diese Gruppe der Krankenkasse Zeiträume genannt, wann eine Aktualisierung von Daten sinnvoll ist, um die AU-Dauer abzugrenzen.

Die **zweite Gruppe (Gruppe 2: auffällig)** fällt meist durch die nachfolgend beschriebenen Kriterien bzw. Risiken auf. Diese AU-Fälle sind von der Krankenkasse genau zu prüfen und zu klären. Einen Teil wird die Krankenkasse selbst abschließen können, den anderen legt sie mit den vereinbarten Informationen in der SFB vor, *Kapitel 4.2: Auftrag an den MDK für die SFB* und *Kapitel 4.3: Informationsbeschaffung durch die Krankenkasse und den MDK*.

4.1.2 Auswahlkriterien für die Gruppierung

Bei jedem Fall ist zunächst die AU-Vorgeschichte im Versicherungsverhältnis vor der jetzt aktuellen AU zu betrachten. Dabei sollen alle AU-Zeiten (ausgewiesen in Tagen je AU unabhängig von der Diagnose) der letzten drei bis fünf Jahre berücksichtigt werden: Lassen sich aus diesen Erkenntnissen Rückschlüsse auf das AU-Verhalten ziehen?

Für die Auswahl des geeigneten Falles für die SFB ist meistens nicht nur das Vorliegen eines beliebigen unten aufgelisteten Merkmales ausreichend, sondern eine Kombination von mehreren Auffälligkeiten weist auf die Möglichkeit eines Risikofalles (potenzielle Langzeit-AU) hin.

1. Auffälligkeiten in Bezug auf AU-Zeiten („AU-Karriere“ gemessen in Tagen):

- Häufigkeit der AU pro Jahr,
- Summe der AU-Tage pro Jahr,
- Dauer der einzelnen AU in Tagen,
- Besondere Auffälligkeiten („Persönliche AU-Dauer“): z. B. jeweils identische AU-Dauer in Tagen bei unterschiedlichen Diagnosen (diagnoseunabhängige Konstante), gleicher AU-Zeitraum,

- lange AU-Zeiten von mehr als 3 Monaten in der Vorgeschichte oder mit Leistungsunterbrechung / Leistungsende.

2. Auffälligkeiten in Bezug zum AU-Beginn:

- Zusammenhang mit Kündigung oder mit Ende des befristeten Arbeitsverhältnisses,
- Zusammenhang mit Ende der Probezeit oder einer ABM,
- nach Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber,
- Arztwechsel derselben Fachrichtung, neue Erstbescheinigung nach einer vorhergehenden Beendigung der AU durch MDK oder anderen Arzt,
- Zusammenhang mit Ende des Anspruchs auf Arbeitslosengeld bzw. Arbeitslosenhilfe,
- Zusammenhang mit einer Maßnahme durch die Agentur für Arbeit: Vermittlung, Beginn, Ende bzw. Abbruch einer Umschulung, Eignungstest, berufliches Training, etc.,
- Zeitgleich mit Rentenantragsstellung,
- nach einer stationären Rehabilitation arbeitsfähig entlassen,
- nach Mutterschutz,
- Beginn der Mitgliedschaft bei der Krankenkasse,
- Ende der Zeitrente,
- Zusammenhang mit Unfall, wenn länger arbeitsunfähig als in der *Arbeitshilfe Fallsteuerung* angegeben,
- als Selbständiger tätig (Kleinbetrieb, schlechte Konjunkturlage),
- Saisonarbeiter.

3. Auffälligkeiten in Bezug auf Diagnosen:

- wiederkehrende AU mit derselben Diagnose,
- häufige AU mit wechselnden Diagnosen,
- auffällige Krankheit in der Vorgeschichte zur zeitnahen Prüfung des Rehabilitationsbedarfs, z. B. bösartige Krankheit, Bestrahlung, Chemotherapie, viele Knochenbrüche, schwerer Unfall, Operation mit langem Krankenhausaufenthalt, gehäufte Krankenhausaufenthalte, vorhergehende Rehabilitationsleistungen,
- Empfänger von Berufsunfähigkeitsrente / Rente bei verminderter Erwerbsfähigkeit,
- bekannte Suchtkrankheit,
- Psychotherapie und psychosomatische Rehabilitationen.

4. Auffälligkeiten in Bezug auf bescheinigenden Arzt:

- wechselnde Ärzte derselben Fachrichtung,
- wechselnde Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen,
- „bekannte“ Praxis für unkritische Bescheinigung von AU.

5. Auffälligkeiten in Bezug auf soziale Vorgeschichte:

- lange Arbeitslosigkeit,
- kurze Arbeitsverhältnisse,
- häufige Phasen von Arbeitslosigkeit,

- bekannte familiäre oder berufliche Konflikte / Belastungen,
- Pflegefall in der Familie.

6. Auffälligkeiten in Bezug auf die Inanspruchnahme von diversen Leistungen:

- (diverse) Arzneimittel, Heilmittel oder Hilfsmittel,
- häufige Krankenhausaufenthalte oder Rehabilitationen.

4.1.3 Zuordnung der Fälle in Gruppe 1 und Gruppe 2

Gruppe 1: Auswahlkriterien liegen nicht vor

Ergeben sich bei der Bewertung des aktuellen AU-Verlaufes vor dem Hintergrund der Vorgeschichte keine Hinweise wie oben beschrieben, so reicht es aus, den Fall auf Wiedervorlage bis spätestens den 28. AU-Tag zu legen. Dauert die AU über diesen Zeitraum fort, so ist bei „sonstigen“ und „nicht näher bezeichneten“ Krankheiten die Diagnose zu aktualisieren, z. B. durch Befragung des Vertragsarztes oder des Versicherten. Verdachtsdiagnosen sollten bis dahin geklärt sein.

Bis zum 35. AU-Tag sollte ein Gespräch (Telefonat) zwischen der Krankenkasse und ihrem Versicherten geführt werden. In diesem Gespräch sollte nach dem Termin der Arbeitsaufnahme / Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit, siehe *Kapitel 4.3.3: Versicherungsgespräch* gefragt werden.

Liegt eine Krankheit vor, die erfahrungsgemäß einen langwierigen Verlauf hat, kann die Krankenkasse in einem solchen Gespräch auf die Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung hinweisen.

Besteht nach dem geführten Versicherungsgespräch ein weiterer Klärungsbedarf, so kann der Fall in der SFB mit konkreten Hinweisen und allen vorgeschriebenen Informationen besprochen werden. Vorgeschriebene Informationen sind aufgelistet im *Kapitel 4.2: Auftrag an den MDK für die SFB*. Als Orientierung für den SFB-Termin dient die *Arbeitshilfe Fallsteuerung*.

Gruppe 2: Auswahlkriterien liegen vor

In dieser Gruppe treten folgende Faktoren - in Kombination - gehäuft auf:

1. In der Vorgeschichte (letzten 3 bis 5 Jahre) jeweils jährlich mehr als 50 AU-Tage oder
2. auffällig häufig arbeitsunfähig in Bezug auf Lebensalter oder
3. in der Vorgeschichte Leistungsunterbrechung (Leistungsende) oder
4. in der Vorgeschichte bekannte Krankheit mit AU-Dauer von mehr als 3 Monaten oder
5. wiederholt arbeitsunfähig wegen derselben Diagnose.

Im weiteren Vorgehen ist vom MDK in der SFB nach folgenden sozialmedizinisch relevanten Zielrichtungen zu differenzieren (*Kapitel 5.2.1 Erläuterung der SFB-Methode*):

- a) Verdacht auf Missbrauch bzw. medizinisch ungerechtfertigte AU oder
- b) Verdacht auf psychosoziale Überlagerung mit Langzeitdynamik¹⁹ oder
- c) Verdacht auf Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Die Trennschärfe zwischen den einzelnen Zielrichtungen ist nicht immer gegeben, wohl aber zwischen der Gesamtheit der sozialmedizinisch relevanten (auffälligen) und den sozialmedizinisch nicht relevanten (unauffälligen) Fällen.

¹⁹ Psychosoziale Faktoren, siehe im *Kapitel 5.2.1: Erläuterung der SFB-Methode*

Gemeinsam ist den **Personen der Gruppe 2**, dass sie häufiger und länger arbeitsunfähig sind als die anderen sozialmedizinisch nicht relevanten Personen, ohne dass aus den Diagnosen heraus eine Begründung dafür ableitbar ist. Es ist also zielführender, von sozialmedizinisch relevanten Personen als von sozialmedizinisch relevanten Fällen zu sprechen. Die sozialmedizinisch auffälligen Personen sind an dem Gesamtbild ihrer bisherigen Arbeitsunfähigkeiten (siehe Unterlagen der Krankenkasse), weniger an der Diagnose identifizierbar.

Charakteristisch sind in den Verläufen (auch in der Vorgeschichte) bei Personen mit einer AU mit Langzeitdynamik der häufige Diagnosewechsel und die Therapieresistenz. Oft ist die umfangreiche Diagnostik ohne erklärende medizinische Befunde für die Länge der AU abgeschlossen.

Keinesfalls sollte die Krankenkasse oder der MDK in nicht einwandfrei gesicherten Fällen der Gruppe 2 eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe anregen. Diese verlängert nur die Dauer der AU und führt in der Regel zu keiner für eine berufliche Belastbarkeit subjektiv empfundenen Besserung. Daher sollte immer im Vordergrund der Überlegungen die Rückkehr an den Arbeitsplatz / Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit stehen, da die Zahl der rehabilitationsbedürftigen Fälle vergleichsweise gering ist.

Zweifel an der AU durch die Krankenkasse:

Bestehen aufgrund von nicht-medizinischen Informationen Zweifel an der AU, so sollte zwischen der Krankenkasse und dem Versicherten Kontakt aufgenommen werden, siehe *Kapitel 4.3.3: Versichertengespräch*. Zu fragen ist nach dem Termin der Arbeitsaufnahme. Wird vom Versicherten ein Zeitpunkt benannt, ist ein Datum verbindlich festzuhalten. Der AU-Fall ist geklärt und abgeschlossen. Nennt der Versicherte Gründe, die die Zweifel ausräumen, so ist wie mit Gruppe 1 zu verfahren.

Können die Zweifel im Gespräch nicht ausgeräumt bzw. kein Konsens mit dem Versicherten über die Befristung der AU erzielt werden, kann die Krankenkasse den Fall mit allen vorgeschriebenen Informationen und mit Hinweisen für ihre Zweifel der SFB zuleiten, siehe *Kapitel 4.2: Auftrag an den MDK für die SFB*.

Zweifel an der AU durch den Arbeitgeber, Prüfung des Sachverhaltes durch die Krankenkasse und gegebenenfalls durch den MDK:

Der Arbeitgeber kann verlangen, dass die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der AU einholt. Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der AU eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.²⁰

Falls der Krankenkasse keine Informationen für eine eindeutige AU vorliegen, bringt sie den Fall in die SFB ein.

Der MDK klärt die Zweifel des Arbeitgebers an der AU innerhalb von 3 Arbeitstagen. Die Art und Weise der Klärung bleiben dem MDK vorbehalten.

Prüfen des Bedarfs von Leistungen zur Rehabilitation bzw. Teilhabe:

Festzustellen ist, ob die AU-begründende Krankheit zu einer wesentlichen berufsbezogenen Leistungsminderung führt und ob durch eine geeignete Rehabilitationsleistung mit einer wesentlichen²¹ Besserung zu rechnen ist. Die AU-begründende Krankheit muss dem MDK für die SFB genannt werden.

²⁰ § 275 Abs.1a SGB V

²¹ siehe Auslegungsgrundsätze der Rentenversicherungsträger zu den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe und zur Mitwirkung der versicherten vom 8.2.1995 in der Fassung vom 18.07.2002

Besteht die AU über den 21. Tag fort, so sollte ein Versichertengespräch durch die Krankenkasse geführt werden, siehe *Kapitel 4.3.3: Versichertengespräch*. Stehen nach Auskunft des Versicherten weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen aus, ist durch eine gezielte Anfrage beim Vertragsarzt Auskunft einzuholen und der Fall der SFB zuzuführen.

4.2 Auftrag an den MDK für die sozialmedizinische Fallberatung (SFB)

4.2.1 Auftragsformulierung

Nach der Vorauswahl eines Falles der Gruppe 2 durch die Krankenkasse für die SFB ist von dieser die Auffälligkeit darzulegen. Daraus ergibt sich die zielführende Frage an den MDK. Die Auflistung eines Fragenkatalogs zu einem einzigen Fall ist grundsätzlich in diesem Zusammenhang nicht angezeigt.

In Auswahlfällen sollte ein Auftrag an den MDK beispielsweise mit einer der folgenden Fragen gestellt werden:

- Liegt AU vor?
- Sind Vorerkrankungen anzurechnen?
- Sind Leistungen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit / Arbeitsfähigkeit erforderlich?
- Liegen Hinweise auf eine berufskrankheitsbedingte / unfallabhängige AU vor?
- Liegen Voraussetzungen zur Prüfung eines individuellen Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz bzw. dem Infektionsschutzgesetz vor?
- Handelt es sich um eine neue bzw. um eine durchgehende AU bei Versicherten, deren Arbeitsverhältnis zwischenzeitlich beendet wurde?

4.2.2 Datenbereitstellung

Der MDK benötigt zur fallabschließenden sozialmedizinischen Beratung neben der Auftragsformulierung zusätzliche Informationen. Diese haben in jedem Fall Angaben zu beruflichen Gegebenheiten zu beinhalten.

Folgende Daten sind von der Krankenkasse für die SFB bereitzustellen:

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefon-Nr. des Versicherten,
- letzte maßgebliche Tätigkeit, die Dauer des letzten Arbeitsverhältnisses (gilt auch bei beendetem Arbeitsverhältnis) und Angaben zum Arbeitgeber,
- ähnlich geartete Tätigkeit (bei beendetem Beschäftigungsverhältnis während der AU für Versicherte mit an- und ungelerten Tätigkeiten),
- bei Arbeitslosen die Angabe seit wann in Vermittlung bei der Agentur für Arbeit ,
- Beginn der AU mit Ablauf des Krankengeldanspruchs,
- Aktuelle die au-begründende Diagnose / ICD-10 Schlüssel,
- AU-bescheinigender Arzt, Fachrichtung, Adresse und Telefon-Nr.,
- AU-Zeiten mit AU-Diagnosen der letzten drei bis fünf Jahre,
- Angabe der Summe der AU-Tage pro Jahr in den letzten drei bis fünf Jahren,
- Daten über medizinische Leistungen zur Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe,
- Stand der Bearbeitung von Anträgen zur Rehabilitation, Teilhabe oder Rente,
- Daten über Krankenhausaufenthalte der letzten drei Jahre,

- Fachärztliche Befundberichte, Zwischen- und / oder Entlassungsberichte,
(Erhält die Krankenkasse auf Anfrage die vorgenannten Unterlagen nicht, wird der MDK diese anfordern. Die Adressen und die Telefonnummern der Fachärzte und der Einrichtungen sowie wenn erforderlich, mit einer unterschriebenen Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht des Versicherten, werden dem MDK von der Krankenkasse vorgelegt.)
- Berufskrankheit / Arbeitsunfall (bei Zusammenhang mit der AU),
- Rentenbezug und Art der Rente,
- GdB / MdE / Versorgungsleiden.

Die Informationen sind chronologisch zu ordnen.

4.2.3 SFB beim MDK

Für die SFB ist grundsätzlich der MDK am Sitz der Geschäftsstelle der Krankenkasse zuständig.

4.3 Informationsbeschaffung durch die Krankenkasse und den MDK

4.3.1 Gesetzliche Vorschriften und Vereinbarungen

Gemäß § 276 Abs. 1 SGB V sind die Krankenkassen verpflichtet, dem MDK die für die sozialmedizinische Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Im Absatz 2 heißt es weiter, dass der MDK nur Sozialdaten erheben und speichern darf, wenn diese für die Bearbeitung der Aufträge nach §§ 275 und 275 a SGB V erforderlich sind. Im gleichen Absatz wird ausgeführt, dass die Leistungserbringer verpflichtet sind, auf Anforderung des MDK die erforderlichen Sozialdaten zu liefern, wenn der MDK mit Beratung und Begutachtung beauftragt wurde.

4.3.2 Zuständigkeit, Laufzeit und Umfang

Mit dem Auftrag an den MDK legt die Krankenkasse die für die SFB notwendigen Informationen zum Fall vor, siehe *Kapitel 4.2: Auftrag an den MDK für die SFB*. Ergibt sich im Rahmen der SFB ein weiterer Informationsbedarf, empfiehlt es sich, medizinische Befunde durch den MDK und sonstige Informationen durch die Krankenkasse zu beschaffen.

Fordert der MDK Informationen an, verständigen sich die Krankenkasse und der MDK in der SFB darauf, bei wem die Krankenkassenakte bis zum Eingang der angeforderten Unterlagen verbleibt. Die Informationsbeschaffung ist in der Regel innerhalb von 3 Arbeitstagen nach der SFB von der Krankenkasse bzw. dem MDK einzuleiten.

Nach den AU-Richtlinien des Bundesausschusses übermittelt der Arzt der Krankenkasse bzw. dem MDK in der Regel innerhalb von „drei Werktagen“ die erforderlichen Auskünfte, siehe [Anhang 1](#).

Anzufordern sind nur die zur Beantwortung der Frage der Krankenkasse notwendigen Unterlagen. Welche Informationen der MDK zur Erledigung seiner Aufgabe braucht, bestimmt der Gutachter. Er muss, bei Nachfrage, seinen Informationsbedarf begründen.

4.3.3 Versichertengespräch

Diese Art der **Informationsbeschaffung der Krankenkasse** durch direkten Kontakt zum Versicherten (persönlich oder telefonisch) ist erfahrungsgemäß besonders zu empfehlen. So sollte vor jeder SFB ein Gespräch mit dem Versicherten stattfinden. Ziel ist es, nach dem Termin der Arbeitsaufnahme oder der Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit zu fragen. Steht dieser Termin fest, erübrigt sich die Vorlage zur SFB. Ist bei der Krankheit mit

längerer AU zu rechnen, kann die stufenweise Wiedereingliederung erläutert werden. Unbedingt ist die Situation des Arbeitsplatzes zu erfragen und zu dokumentieren.

Das Gespräch sollte bis zum 35. AU-Tag geführt werden. Die meisten Arbeitsunfähigkeiten sind bis dahin bereits beendet.

Vorschlag zum Ablauf eines von der Krankenkasse zu führenden Versichertengesprächs:

1. Wann ist Arbeitsaufnahme oder Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit geplant?
2. Welche Probleme stehen dem entgegen?
3. Beschaffenheit des Arbeitsplatzes / Angabe zum Vermittlungsbereich?

Eine detaillierte Befragung des Versicherten zu aktuellen Beschwerden und zur Krankheit einschließlich Therapie bzw. Rehabilitation sind der Fallsteuerung nicht förderlich. Die Krankenkasse soll sich schildern lassen, wie der Arbeitsplatz beschaffen ist, welches Anforderungsprofil erwartet wird und welche Beeinträchtigung [Beeinträchtigung der Teilhabe²²] den Versicherten an der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit oder Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit hindert. Das Gespräch ist zu dokumentieren und in der SFB dem MDK vorzulegen, [siehe Anhang 3: Formularsatz](#).

Auch die **Befragung des Versicherten durch den MDK** ist möglich, siehe *Kapitel 5.2.2.4 SFB mit Telefonat zwischen dem MDK und dem Versicherten*.

4.3.4 Schriftliche Versichertenanfrage

Als zusätzliche oder alternative Informationsgewinnung kann eine schriftliche Versichertenanfrage eingesetzt werden. Diese Anfrage ist mit einer Frist von 5 Arbeitstagen zu terminieren und mit einem Freiumschlag zu versehen, siehe [Anhang 3: Formularsatz](#). Im gleichen Schreiben kann auch auf die Möglichkeit des Rückrufs hingewiesen werden.

Die von den Krankenkassen veranlassten Versichertenanfragen sollten dem MDK in der SFB vorgelegt werden, weil sie oft sozialmedizinisch relevante Informationen enthalten.

Hinweis:

Eine unausgefüllte Versichertenanfrage bedeutet nicht automatisch fehlende Mitwirkung; eine mögliche Lese- und Schreibschwäche ist zu berücksichtigen.

4.3.5 Arztanfrage

Der Einsatz der Arztanfragen (Muster 52) im Rahmen der Vorauswahl ist nach den AU-Richtlinien des Bundesausschusses²³ in der Regel nicht vor dem 21. AU-Tag zulässig. Er bedarf grundsätzlich der Absprache zwischen der Krankenkasse und dem zuständigen MDK.

Die Krankenkasse darf nur über die vereinbarten Formulare (z. B. Muster 11 und Muster 52) Informationen zur AU vom attestierenden bzw. mitbehandelnden Vertragsarzt einholen.

Der MDK kann frei formulierte einzelfallbezogene Fragen auf dem MDK-Kopfbogen an den Vertragsarzt richten. Der Grund der Befragung ist anzugeben. Eine Rücksendefrist von 7 Arbeitstagen ist einzuräumen. Wird eine Erinnerung notwendig, ist eine weitere Frist von 5 Arbeitstagen festzusetzen. Die Krankenkasse wird mit einer Kopie des Schreibens in Kenntnis gesetzt. Muster finden sich im [Anhang 3: Formularsatz](#).

²² Begriff der ICF-Nomenklatur

²³ Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung vom 01.12.2003; in Kraft ab 01.01.2004.

Ein Telefonat zwischen MDK / Vertragsarzt hat sich bewährt. Der Vertragsarzt ist jedoch nicht verpflichtet am Telefon Auskunft zu geben.

4.3.6 Anforderung von Fremdbefunden durch den MDK

Entlassungsberichte und Untersuchungsbefunde sind auf Anforderung durch den MDK diesem von den Leistungserbringern²⁴ zu übersenden. Sollte eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erforderlich sein, wird diese von der Krankenkasse beschafft und dem MDK vorgelegt.

Befunde oder Entlassungsberichte können direkt über den Versicherten angefordert werden.

5. Sozialmedizinische Fallberatung und Begutachtung

5.1 Ziel der sozialmedizinischen Fallberatung und Begutachtung

Die von der Krankenkasse vorgelegten AU-Fälle sind in der SFB nach den sozialmedizinisch relevanten Zielrichtungen²⁵ zu differenzieren. Der erste sozialmedizinische Kontakt mit einem AU-Fall kann diesem den entscheidenden sozialmedizinischen Impuls für den weiteren AU-Verlauf geben. Das Ergebnis der SFB soll der Krankenkasse eine leistungsrechtliche Entscheidung ermöglichen.

5.2 Sozialmedizinische Fallberatung (SFB)

Die SFB nimmt bei der Bearbeitung der Aufträge bei AU die zentrale Stellung ein und ist jeder AU-Begutachtung vorzuschalten. In diesem Kapitel sind bekannte und neue SFB-Methoden beschrieben. Sie können variabel eingesetzt bzw. weiter entwickelt werden.

Von der Krankenkasse ausgewählte AU-Fälle der Gruppe 2 werden persönlich mit dem MDK beraten; zuvor sollte die Krankenkasse mit dem Versicherten gesprochen haben. Bei ausreichenden Informationen trifft der MDK eine begründete Aussage, die sachgerecht und für die Krankenkasse verständlich zu formulieren ist. Manchmal muss die Frage der Krankenkasse in der SFB, nach Abwägung der Situation, individuell neu formuliert werden.

Zum Teil findet aus organisatorischen Gründen eine persönliche Beratung der Krankenkasse nicht statt. Der Auftrag kann dann vom MDK fallabschließend mit einer SFB oder einem Gutachten erledigt werden. Erkennt der MDK, dass die Frage(n) dem vorliegenden Fall aus sozialmedizinischer Sicht nicht gerecht wird (werden), ist eine Rücksprache mit der Krankenkasse zur Abklärung erforderlich.

Der MDK klärt die Zweifel des Arbeitgebers innerhalb von 3 Arbeitstagen. Die Art und Weise der Klärung bleibt dem MDK vorbehalten.

5.2.1 Erläuterung der SFB- Methode

Der MDK betrachtet vor dem Hintergrund des sozialen Umfelds die AU-Vorgeschichte im Versicherungsverhältnis der letzten drei bis fünf Jahre, um Auffälligkeiten im AU- bzw. Krankheitsverhalten zu identifizieren. Das Verhalten ist bei vollständiger Krankenkassenakte beurteilbar, siehe *Kapitel 4.1.3: Zuordnung der Fälle in Gruppe 1 und Gruppe 2*.

Zu beachten sind die drei sozialmedizinisch relevanten Zielrichtungen:

- Verdacht auf Missbrauch bzw. medizinisch ungerechtfertigte AU,
- Verdacht auf psychosoziale Überlagerung mit Langzeitdynamik und
- Verdacht auf Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit.

²⁴ lt. AU-Richtlinien des Bundesausschusses: „in der Regel innerhalb von 3 Werktagen“

²⁵ Die „sozialmedizinisch relevanten Zielrichtungen“ sind im *Kapitel 5.2.1.*, erläutert.

Die Trennschärfe zwischen den einzelnen Zielrichtungen ist nicht immer gegeben, wohl aber zwischen der Gesamtheit der sozialmedizinisch relevanten (auffälligen) und den sozialmedizinisch nicht relevanten (unauffälligen) Fällen.

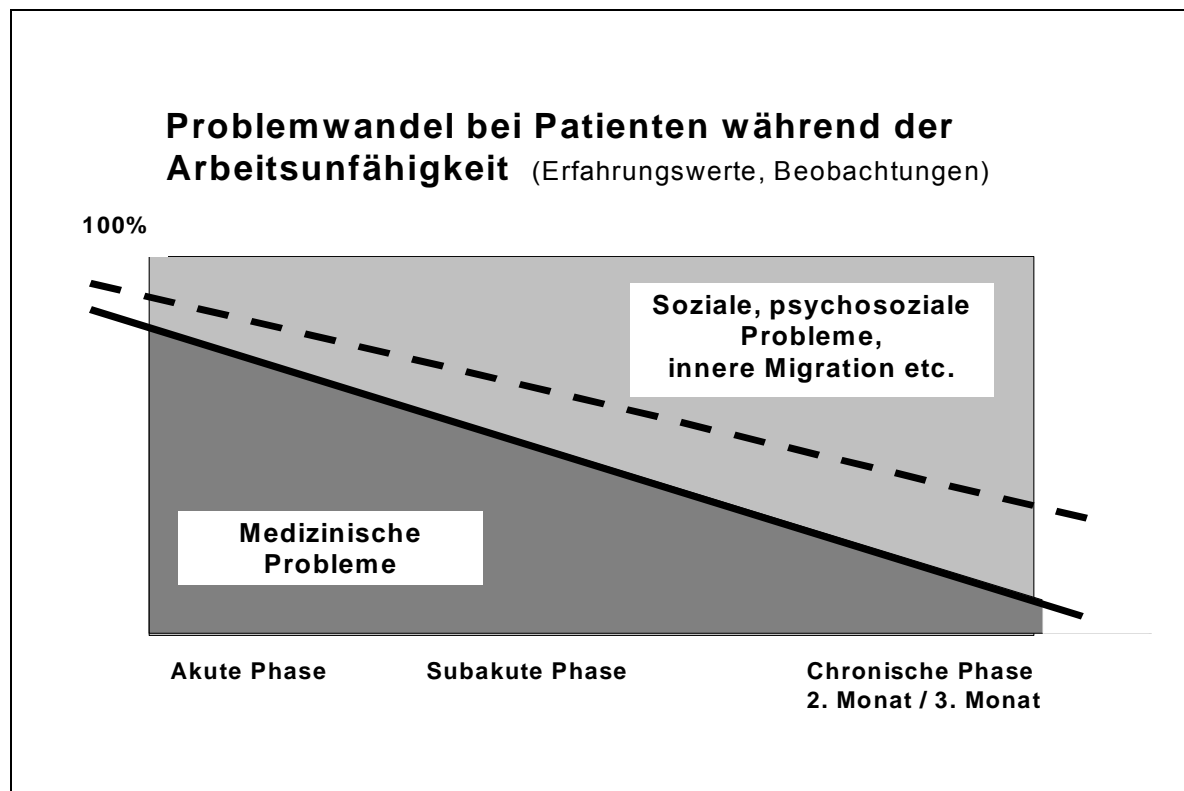
Psychosoziale Faktoren sind z. B.: mangelnde berufliche Perspektive, Probleme am Arbeitsplatz, Kündigung, Arbeitslosigkeit, Motivations-, Compliance- und Copingstörungen (fehlende Mitwirkung, fehlende Krankheitsbewältigung), Verharren in der Krankenrolle, Krankheitsgewinn, wirtschaftliches Kalkül, gestörte Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Die Ursachen sind oft komplex. Beim Vorliegen der o. g. psychosozialen Faktoren führt die Empfehlung oder Verordnung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation in der Regel nicht zur Beendigung der AU, weil nicht-medizinische Sachverhalte mit medizinischen Maßnahmen nicht beeinflussbar sind.

Hinweis:

Die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Teilhabe sollten frühzeitig in Erwägung gezogen werden. Denn ein weiteres Phänomen beeinflusst den Erfolg der beruflichen Reintegration, nämlich die zunehmender AU-Dauer. Die *Abbildung 3* versucht diese komplexe Problematik schematisch darzustellen. Der Erfolg jeder rehabilitativen Leistung ist maßgeblich von dem Zeitpunkt des Beginns abhängig. Mit zunehmender AU-Dauer treten häufig bei dem Betroffenen soziale und psychosoziale Probleme hinzu. Nicht selten liegt auch eine verminderte Arbeitsbewältigungsfähigkeit vor. Begleitet wird dieser Prozess von Arzt- / Diagnosewechsel und „Therapieresistenz“. Diese nicht-medizinischen Probleme können das Krankheitserleben dominieren bzw. wesentlich beeinflussen - ein medizinischer Therapie- bzw. Rehabilitationsansatz führt nicht mehr zum gewünschten Ziel.

Beispiel: Ein Versicherter wird arbeitsfähig aus der Rehabilitation entlassen. Er nimmt seine Tätigkeit nicht auf. Der Hausarzt verlängert wegen „gleichbleibender“ Beschwerden die AU und der Versicherte stellt einen Rentenanspruch ohne Aussicht auf Erfolg.

Abbildung 3: Mit zunehmender AU-Dauer treten häufig bei dem Betroffenen soziale und psychosoziale Probleme hinzu, die das AU-Geschehen bestimmen können.



Leitfaden für den Gutachter zur Einschätzung der AU in der SFB:

1. AU-Vorgeschichte im Versicherungsverhältnis

- Welche Auffälligkeiten / Risiken sind im Verlauf des Versicherungsverhältnisses der letzten drei bis fünf Jahre bezogen auf AU bekannt?
(Siehe *Kapitel 4.1.2: Auswahlkriterien für die Gruppierung* und *Kapitel 4.1.3: Zuordnung der Fälle in Gruppe 1 und Gruppe 2*).
- Können Regelmäßigkeiten im AU-Geschehen erkannt werden?
- Gibt es Hinweise auf Konflikte mit Arbeitgeber oder in der Familie?
- Sind in der Vorgeschichte Krankheiten mit Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit bekannt?
- Reicht die Informationsbasis aus, um sich einen Eindruck zu verschaffen?

2. Aktuelle Problematik der AU

- Weshalb ist der Versicherte arbeitsunfähig?
- Liegen ausreichende Erkenntnisse zum beruflichen Anforderungsprofil vor?
- Wie ist die Compliance / Mitwirkung des Betroffenen?
- Reicht die Informationsbasis aus, um sich einen Eindruck zu verschaffen?

Reicht die Datenlage nicht aus, werden die Informationen in der SFB vervollständigt, siehe *Kapitel 4.3. Informationsbeschaffung durch die Krankenkasse und den MDK*.

3. Sozialmedizinische Bewertung der AU

- Ist die AU plausibel?
- Ist die Arbeitsaufnahme bzw. Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit wieder möglich?
- Wenn ja, wann?
- Wenn nein, Begründung.
- Welche rehabilitativen Maßnahmen sind erfolgversprechend für die Reintegration in den Arbeitsprozess? Zuständiger Leistungsträger?
- Spielt der soziale / psychosoziale Hintergrund eine entscheidende Rolle?

Ziel jeder Beratung sollte immer die Rückkehr an den Arbeitsplatz / Meldung zur Vermittlung durch die Agentur für Arbeit sein (die Zahl der rehabilitationsbedürftigen Fälle ist vergleichsweise gering).

4. Hilfreiche Fragen zur Abschätzung des Rehabilitationserfolges

- Handelt es sich aktuell oder in der Vergangenheit um eine Krankheit, die in der Regel zu einer wesentlichen berufsbezogenen Leistungsminderung²⁶ führen kann bzw. die Erwerbsfähigkeit wesentlich gefährdet oder mindert?
(siehe *Kapitel 3.3.1: Auslegungsgrundsätze zur Erwerbsfähigkeit*)
- Lagen in der Vorgeschichte überwiegend AU-Zeiten wegen Bagatelldiagnosen, Symptomdiagnosen oder unklarer Diagnosen vor?

²⁶ siehe Auslegungsgrundsätze der Rentenversicherungsträger zu den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe und zur Mitwirkung der Versicherten vom 8.2.1995 in der Fassung vom 18.07.2002

- Wie häufig und wie lange war der Versicherte in den letzten 3 bis 5 Jahren arbeitsunfähig?
- Sind Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Kündigung) oder andere Begleitumstände (z. B. Mutterschutz, Rentenantrag, Auslaufen des Arbeitslosengeldanspruchs) bekannt?
- Wurde bereits rehabilitiert (Leistung zur medizinischen Rehabilitation / Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben) und mit welchem Erfolg?

Hinweis:

Keinesfalls sollte die Krankenkasse oder der MDK eine Leistung zur Rehabilitation bzw. zur Teilhabe anregen, wenn die Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose und das Rehabilitationsziel nicht abgeklärt sind. Eine unkritische Empfehlung verlängert die AU-Dauer, ohne dass eine berufliche Belastbarkeit subjektiv erreicht wird.

5. Dokumentationsumfang in der SFB

Das Ergebnis der SFB ist kurz in einer übersichtlichen Form zu dokumentieren, dafür wird folgende Gliederung empfohlen:

- 1) **Frage(n) der Krankenkasse**
- 2) **Informationsbasis des Gutachters**
Chronologische Auflistung der relevanten Informationen mit Quellenangabe.
- 3) **Begründung der sozialmedizinischen Empfehlung**
Die Beurteilung muss für die Krankenkasse nachvollziehbar sein.

5.2.2 Varianten der SFB

5.2.2.1 SFB mit schriftlicher Arztanfrage (Rückinformationsverfahren)

Anhand der vorhandenen Informationen der Krankenkasse in der SFB erkennt der Gutachter keinen medizinischen Grund für die AU. Dem AU attestierenden Vertragsarzt wird aus der SFB schriftlich oder per FAX die Beendigung der AU empfohlen. Die Anwendung eines speziellen Formulars hat sich dabei bewährt, siehe [Anhang 3: Formularsatz](#)²⁷. Ggf. kann gleichzeitig ein Formular für Arztanfragen der Krankenkasse (z. B. Muster 11 oder Muster 52) beigefügt werden, falls der Vertragsarzt eine weitere Verlängerung der AU für erforderlich hält.

5.2.2.2 SFB mit schriftlicher MDK-Versichertenanfrage

Aus der SFB wird der Versicherte schriftlich gebeten, auf einem Formular, innerhalb von 5 Arbeitstagen Angaben zur AU zu machen, siehe [4.3.4: Schriftliche Versichertenanfrage](#) und [Anhang 3: Formularsatz](#). Ein frankierter Briefumschlag zur Rückantwort wird beigelegt. Die Anfrage unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht und wird vom MDK archiviert.

5.2.2.3 SFB mit Telefonat zwischen dem MDK und dem Versicherten

Die Krankenkasse informiert den Versicherten über den MDK-Begutachtungsauftrag und über die Möglichkeit der telefonischen Rücksprache durch den MDK, falls dieser es für erforderlich hält. Die Telefon-Nr. des Versicherten wird auf dem SFB-Bogen dem MDK von der Krankenkasse mitgeteilt. Der Versicherte wird wie im Kapitel [5.2.2.4. SFB nach Versicherungstgespräch im MDK](#) befragt. Begrenzung der AU kann vereinbart werden.

²⁷ Im [Anhang 3: Formularsatz](#) sind drei Muster: allgemeines und nach abgeschlossener Rehabilitation und bzw. Diagnostik

5.2.2.4 SFB mit Versichertengespräch im MDK²⁸

Der Versicherte wird zu einem informativen Gespräch zum MDK eingeladen. In einem ca. 15minütigen Gespräch zwischen dem Gutachter und dem Versicherten zu seiner Arbeitsplatzsituation, zum Stand der Behandlung, zu weiteren beruflichen Zukunftsplänen usw. gewinnt der Gutachter einen Eindruck über die AU und trifft zur weiteren Prognose eine Aussage. Der Vertragsarzt und die Krankenkasse werden schriftlich über das Gesprächsergebnis informiert, siehe [Anhang 3: Formularsatz](#).

5.2.2.5 Symptombezogene Befragung mit Untersuchung²⁹

Bei dieser Methode handelt es sich um eine Kombination von SFB und Begutachtung³⁰. In einer zeitlich limitierten „Befragung mit einer gezielten Untersuchung“ werden die wesentlichen sozialmedizinischen Daten erfasst und in einem dafür entwickelten Bogen, siehe [Anhang 3: Formularsatz](#), kurz dokumentiert. Die definierte Zielgruppe und der Verzicht auf ein sozialmedizinisches Gutachten lassen hohe Untersuchungsfrequenzen zu.

Beschreibung:

Bei nicht nachvollziehbarer AU in Bezug auf die Diagnosen in ihrer Häufigkeit und Dauer (Initiative des Arbeitgebers, Hinweise aus der AU-Biografie, Häufung von Bagatellerkrankungen, Befindlichkeitsstörungen, Zusammenhang des AU-Beginns mit nicht-medizinischen Faktoren, siehe Kapitel 4.1.2: Auswahlkriterien für die Gruppierung), führt das Beurteilungsinstrument der symptombezogenen Befragung mit Untersuchung als frühzeitige Intervention ohne zeitraubende Ermittlungen zu einer raschen Klärung des Sachverhaltes. Identifizierung und Zuweisung der Fälle erfolgen nach den o. g. Auswahlkriterien über die Kasse oder den MDK.

Ein erfahrener Arzt erkennt in einem persönlichen Kontakt mit dem Versicherten, ob medizinische Befunde zur weiteren Begründung der AU vorliegen oder nicht. Kann die AU nicht beendet werden, wird eine gezielte Klärung durch eine eingehendere, ggf. auch interdisziplinäre, Begutachtung angeregt.

In die speziell für dieses Verfahren eingerichteten Untersuchungsstellen werden die Versicherten innerhalb von 5 Arbeitstagen eingeladen. Befund und Ergebnisse werden auf einem eigens dafür entwickelten Untersuchungsbogen handschriftlich dokumentiert³¹. Die Dokumentation umfasst Angaben zu Anamnese, Beschwerden, Behandlung und Befund der aktuellen Erkrankung sowie zur beruflichen Belastung, außerdem die Diagnose und eine Bewertung in Bezug auf die Dauer der AU. Jedes Untersuchungsprotokoll wird einer systematischen Vollständigkeits- und Schlüssigkeitsprüfung durch einen damit beauftragten Gutachter unterzogen, der auch die Widerspruchs- und Beschwerdebearbeitung übernimmt. Die sachlichen Feststellungen und die daraus folgende Bewertung müssen für die Krankenkasse nachvollziehbar sein.

Effektiv ist diese Methode besonders in Ballungsräumen mit hoher AU-Quote, Arztdichte und guten Verkehrsanbindungen. Diese Formen der Intervention und die Einrichtung entsprechender Untersuchungsstellen haben sich als ökonomisches und effektives Instrument zur Steuerung von AU bei dieser Zielgruppe erwiesen. Der organisatorische Aufwand ist, besonders beim nichtärztlichen Personal, wegen der hohen Fallzahlen / Untersuchungsfrequenz und der erforderlichen EDV-gestützten Auftragsverwaltung und Berichterstattung hoch.

²⁸ Sozialmedizinisches Beratungsgespräch / Interview, Dokumentationsmuster siehe [Anhang 3](#):

²⁹ im Einsatz im MDK Berlin-Brandenburg und MDK Westfalen-Lippe

³⁰ Im MDK-Berichtswesen als „Gutachtenäquivalent“ definiert.

³¹ Dokumentationsbogen, siehe im [Anhang 3: Formularsatz](#)

5.2.3 Ergebnisdarstellung³² der SFB für den MDK

5.2.3.1 Aus medizinischer Sicht nicht weiter arbeitsunfähig

Ende der AU bis zu 14 Tagen in der Folge wird festgestellt. Dabei kann dieses Ergebnis auf folgende Weisen erzielt werden:

- Telefonisch wird mit dem AU attestierenden Vertragsarzt in der SFB eine Einigung über den letzten AU Tag erzielt.
- Dem AU attestierenden Vertragsarzt wird schriftlich eine Befristung der AU vom MDK vorgeschlagen. Bei abweichender Meinung muss er eine medizinische Begründung für eine weitere Verlängerung der AU abgeben.
- Der Versicherte teilt dem MDK auf der Versichertenanfrage mit, dass er seine Arbeit wieder aufnimmt, *Formular MDK – Versichertenanfrage*, siehe [Anhang 3: Formularsatz](#).
- Telefonisch wird ein Konsens mit dem Versicherten hinsichtlich der Arbeitsaufnahme in der SFB erzielt.
- Aus den vorgelegten und von der Krankenkasse zusammengestellten und aktualisierten Daten lässt sich eine medizinische Begründung für weitere AU nicht ableiten.
- Die schriftliche Aussage des AU attestierenden Vertragsarztes zur Dauer wird übernommen.

Befristet der MDK in der SFB die AU-Dauer, so ist es erforderlich, dass die Krankenkasse den Versicherten zunächst persönlich über das Beratungsergebnis informiert, bevor sie ihm einen schriftlichen Bescheid erteilt. Im Gespräch ist ein Konsens anzustreben. Das vermeidet unnötige und zeitaufwändige Widersprüche und Begutachtungen.

5.2.3.2 Aus medizinischer Sicht auf Zeit arbeitsunfähig

Mit Rückkehr in das Berufsleben ist zu rechnen. Bei Arbeitslosen bedeutet diese Aussage „zeitlich begrenzt ein aufgehobenes Leistungsvermögen“, siehe *Kapitel 5.3: Begutachtung*.

Ist die Beendigung der AU innerhalb von 3 Wochen zu erwarten, erfolgt die Angabe in Kalendertagen. Geht die voraussichtliche AU-Dauer darüber hinaus, ist eine orientierende Aussage zur Prognose zu treffen.

- Nach Diagnose und Krankheitsverlauf ist für einen begrenzten, aber noch nicht sicher beurteilbaren Zeitraum das Bestehen von AU plausibel.
- Ergibt sich aus den Unterlagen ein eindeutiger Rehabilitationsbedarf, muss in der SFB eine entsprechend fundierte Aussage zur Rehabilitationsfähigkeit / -ziel / -motivation getroffen werden. Dies trifft auch für die Anwendung des § 51 SGB V zu, wenn aus eindeutiger Fallkonstellation mit vollständigen Befundunterlagen Rehabilitationsbedarf und Rehabilitationsfähigkeit erkennbar sind.
- Während der stufenweisen Wiedereingliederung besteht AU.

5.2.3.3 Aus medizinischer Sicht auf Dauer arbeitsunfähig³³

Die krankheitsbedingte Leistungsminderung begründet eine dauerhafte AU in Bezug auf das Anforderungsprofil am Arbeitsplatz bzw. die maßgebliche Tätigkeit. Bei Arbeitslosen bedeutet die Aussage „aus medizinischer Sicht auf Dauer arbeitsunfähig“ ein aufgehobenes Leis-

³² Hinweis für die Krankenkasse: Kapitel 5.2.3. betrifft das Berichtswesen des MDK

³³ Die Aussagen im Kapitel 5.2.3.3. ist nicht zu verwechseln mit der Definition der Erwerbsunfähigkeit des BSG bzw. der Definition der wesentlichen Minderung der Leistungsfähigkeit bzw. Erwerbsfähigkeit im SGB III bzw. SGB VI.

tungsvermögen. Die Aussage in der SFB ist nur zu treffen, wenn keine positive Prognose für eine medizinische Rehabilitation anzunehmen ist.

Hinweis:

Diese Feststellung ist aufgrund ihrer weitreichenden Folgen vom Gutachter ausführlich zu begründen. Eine konkrete Beschreibung des Arbeitsplatzes (z. B. betriebsärztliche Arbeitsplatzanalyse) muss bekannt sein, gegebenenfalls kann auch der Betriebsarzt mit Zustimmung des Versicherten eingebunden werden. Jede Arbeitsplatzumsetzung ist zustimmungspflichtig.

5.2.3.4 Kein Fallabschluss: Weitere Ermittlung durch die Krankenkasse

Aufgrund einer unzureichenden Datenlage kann vom MDK keine Aussage zur AU getroffen werden. Zur Begründung für die Anerkennung einer AU, einer Verlängerung der AU oder für eine Begrenzung der AU müssen dem Gutachter weitere Informationen vorgelegt werden. Die Krankenkasse und der Versicherte werden im eigenen Interesse das Informationsdefizit in kürzester Zeit beheben. Welche Unterlagen konkret zu beschaffen sind, hat der MDK in der SFB detailliert zu benennen, siehe *Kapitel 4.3: Informationsbeschaffung durch die Krankenkasse und den MDK*.

5.2.3.5 Kein Fallabschluss: Weitere Ermittlung durch den MDK

Wie unter 5.2.3.4. und Vorgehen wie im *Kapitel 4.3: Informationsbeschaffung durch die Krankenkasse und den MDK* beschrieben.

5.2.3.6 Kein Fallabschluss: Zur Begutachtung empfohlen

Die Frage der Krankenkasse kann mit den Mitteln der SFB nicht abschließend beantwortet werden, es wird deshalb eine Begutachtung nach Aktenlage oder persönlicher Befunderhebung veranlasst.

Wohnt der Versicherte im regionalen Zuständigkeitsbereich eines anderen MDK und kann die Frage der Krankenkasse nicht am Sitz der Krankenkasse beantwortet werden, wird der Auftrag zum MDK am Wohnsitz des Versicherten weitergeleitet. In der SFB legen die Beteiligten fest, wer den Auftrag an den anderen MDK weiterleitet.

Aus der dokumentierten Aussage des ersten MDK muss sich ableiten lassen, warum die Beantwortung der Frage der Krankenkasse nicht in der SFB möglich war.

Über die weitere Art der Bearbeitung entscheidet dann der zweite MDK innerhalb von 3 Arbeitstagen. Eine persönliche Begutachtung wird deshalb nicht immer notwendig sein, weil hier Erkenntnisse zum Versicherten, zu dessen Behandler oder zu dessen Arbeitgeber vorliegen können, die einen Fallabschluss auch ohne persönliche Begutachtung zulassen.

5.2.3.7 Aussagen zum Leistungsbild (LB)

Der Gutachter trifft eine Aussage zu dem schriftlich formulierten Leistungsbild eines anderen Leistungsträgers, z. B. aktueller Reha-Entlassungsbericht, Rentengutachten. Diese Vorgehensweise kann eine AU Begutachtung ersetzen.

Ist ein neues LB zu erstellen, so bedarf dies einer persönlichen Begutachtung. Eine Zeichnung des LB in der SFB nur anhand der Krankenkassenunterlagen ist aus sozialmedizinischer und arbeitsmedizinischer Sicht wegen der Tragweite der leistungsrechtlichen Entscheidung nicht zulässig.

5.2.3.8 Andere Antwort

Der Gutachter trifft eine Aussage, z. B. zum *inneren Zusammenhang / dieselbe Krankheit* bei zwei oder mehreren Arbeitsunfähigkeiten oder zu anderen Anlässen bei AU, z. B. ob aus medizinischer Sicht Bedenken gegen das Verlassen des Wohnorts während der AU bestehen.

5.3 Begutachtung

Der Begutachtungsauftrag und Begutachtungsaufwand orientieren sich stets an der gemeinsam in der SFB formulierten Frage der Krankenkasse und des MDK. Art und Umfang der Begutachtung bestimmt der Gutachter. Die Fragen der Krankenkasse können mit allen Varianten der Begutachtung bearbeitet werden.

Ergeben sich während der Begutachtung neue Gesichtspunkte, muss der Gutachter selbst entscheiden, auf welche Weise er den Auftrag bearbeitet. Er kann auf eine ausführliche Untersuchung verzichten, wenn z. B. die AU vom Vertragsarzt nicht verlängert wurde.

Bei der Begutachtung von AU geht es um die Beurteilung von Leistungsfähigkeit bzw. von Leistungsminderung in Bezug auf das berufliche Anforderungsprofil. Es ist deshalb nicht zwingend, das gesamte Leistungsvermögen des Versicherten zu erfassen. Darin liegt der wesentliche Unterschied zu Gutachten anderer Leistungsträger.

Die AU-Richtlinien³⁴ geben vor, dass bei Arbeitslosen AU nur dann vorliegt, wenn sie nicht mehr in der Lage sind, leichte Tätigkeiten an mindestens 15 Wochenstunden zu verrichten, siehe *Kapitel 3.1.1: Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien*.

Diese leistungsrechtliche Aussage belastbar für weniger als 15 Wochenstunden bedeutet sozialmedizinisch ein aufgehobenes Leistungsvermögen. Das Leistungsvermögen kann vorübergehend, z. B. bei einer akuten Krankheit (Infektionskrankheit, Unterarmfraktur), bei einer Exacerbation / akute Verschlimmerung von chronischen Erkrankungen (akuter Schub bei Rheuma oder MS) oder auf Dauer aufgehoben sein.

Für die vorübergehende Variante können orientierend die AU-Zeiträume aus der *Arbeitshilfe Fallsteuerung (Anhang 7)* herangezogen werden.

Besteht krankheitsbedingt ein aufgehobenes Leistungsvermögen auf Dauer, kann von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit ausgegangen werden.

Die AU-Richtlinien geben auch vor, dass Versicherte, die eine an- oder ungelernete Tätigkeit ausüben und deren Beschäftigungsverhältnis während der AU endet, nur dann weiter arbeitsunfähig sind, wenn sie weder die letzte noch eine ähnliche Tätigkeit ausüben können. Wird von der Krankenkasse diese Tätigkeit nicht vorgegeben, so ist ausschließlich ein LB zu erstellen.

Die relevanten arbeitsmedizinischen Begriffe für die sozialmedizinische Einschätzung der AU im Rahmen des SGB V sind im [Anhang 2: Zusammenstellung von arbeitsmedizinischen Begriffen](#) zu finden.

Die Begutachtung sollte 2 bis 3 Wochen nach der SFB beendet sein. Begutachtungsaufträge im Zusammenhang mit Rückfragen der Krankenkasse bzw. Widersprüchen / Zweitgutachten sollten innerhalb von 5 Arbeitstagen bearbeitet werden. Begründet die Bearbeitung eine längere Zeit, ist die Krankenkasse über den Bearbeitungsstand zu informieren.

³⁴ Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung vom 01.12.2003; in Kraft ab 01.01.2004.

5.3.1 Standardgliederung des AU-Gutachtens

Die Verantwortung für Inhalte des Gutachtens trägt der Gutachter, standardisiert werden kann nur das Format.

Die Gliederungspunkte des Gutachtens orientieren sich an der sozialmedizinischen Sichtweise des Begutachtungsanlasses „AU“ und werden nachfolgend genannt und erläutert.

Gutachten nach persönlicher Befunderhebung und nach Aktenlage unterscheiden sich in den Punkten 3, 4, 5, 6 und 9, die Abweichungen sind erläutert.

Gliederungspunkte des AU-Gutachtens:

1) Frage(n) der Krankenkasse

Genauere Wiedergabe aller Fragen.

2) Informationsbasis des Gutachters

Chronologische Auflistung der Informationen unter Angabe der Quelle, die in der aktuellen Begutachtung Verwendung finden.

3) Beruf(e) / Anforderungsprofil der Bezugstätigkeit

Gutachten nach Aktenlage

Angabe von Anforderungsprofil und Beschäftigungsstatus. Bei Arbeitslosen ist die Dokumentation des Bewertungsmaßstabes erforderlich.

Gutachten nach persönlicher Befunderhebung

Dieser Angabe kommt eine wesentliche Bedeutung zu, denn der Abgleich des Anforderungsprofils mit dem aktuellen Leistungsvermögen bildet die entscheidende Beurteilungsgrundlage.

Das konkrete Anforderungsprofil der arbeitsvertraglichen Tätigkeit beim Eintritt der AU enthält: Art der Tätigkeit, Arbeitszeit (z. B. Schichtarbeit, Nacharbeit, Blockarbeit), körperliche Anforderungen (z. B. Hebe-, Tragelasten, sitzende bzw. stehende Tätigkeit), schädliche Einwirkungen (z. B. Lärm, Schadstoffe, Klima), spezifische Anforderungen (z. B. Akkord), Art und Dauer des Arbeitsweges, Selbsteinschätzung der Arbeit des Versicherten. Bei Arbeitslosen ist die Dokumentation des Bewertungsmaßstabes erforderlich.

Die Frage nach dem Schulabschluss, der Berufsausbildung sowie der Berufsanamnese kann individuell und z. B. bei beruflichem Rehabilitationsbedarf bedeutsam sein.

4) AU bezogener medizinischer Sachverhalt

Gutachten nach Aktenlage

Kurze zusammenfassende Darstellung der für das Leistungsvermögen relevanten vorgelegten Befundberichte.

Gutachten nach persönlicher Befunderhebung

Kurze chronologische Darstellung von Vorgeschichte und Krankheitsverlauf:

AU-begründende Beschwerden, ihre Entwicklung, Dauer, Art und Umfang sowie die bisher durchgeführte Diagnostik, Behandlung und Verlauf, Selbsteinschätzung des Versicherten.

5) Sozialmedizinische Angaben (Vorgutachten, Reha- und Rentenverfahren, GdB, MdE)

Gutachten nach Aktenlage

Kurze zusammenfassende Darstellung der für das Leistungsvermögen relevanten Informationen aus weiteren Gutachten.

Gutachten nach persönlicher Befunderhebung

Angaben zur Vorgeschichte der AU-begründenden Krankheit im sozialen Kontext:

Belastungsfaktoren, persönliche Risikofaktoren, bereits durchgeführte Rehabilitationsverfahren, festgestellte Leistungsminderung (MdE, GdB), Stand des Antragsverfahrens auf Maßnahmen zur Teilhabe oder Anerkennung von Erwerbsminderung.

Hinweis:

Beschränkung der Sozialanamnese auf AU-relevante Angaben, Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Versicherten und Dritter.

6) AU-bezogener medizinischer Befund

Gutachten nach Aktenlage

Entfällt

Gutachten nach persönlicher Befunderhebung

Erfassen des Gesamteindrucks und des Verhaltens in der Begutachtungssituation, Einschätzung der eigenen Situation, Selbstprognose hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit.

Orientierung des Untersuchungsumfangs an den Beschwerden des Versicherten und den geltend gemachten Fähigkeitsstörungen [Beeinträchtigungen der Aktivität] und / oder Beeinträchtigungen [Beeinträchtigungen der Teilhabe], Zitieren von entscheidungsrelevanten Fremdbefunden.

7) AU-begründende Diagnose / ICD 10 – Ziffer

Leistungseinschränkende und AU-begründende Diagnose, keine automatische Übernahme von nicht AU-begründenden Diagnosen z. B. aus Entlassungsberichten.

8) AU-bezogene Fähigkeitsstörung / Beeinträchtigung³⁵ [Beeinträchtigung der Aktivität / Beeinträchtigung der Teilhabe]³⁶

Verbale Beschreibung der Fähigkeitsstörung [Beeinträchtigung der Aktivität] und / oder der Beeinträchtigung [Beeinträchtigung der Teilhabe] bezogen auf die unter 7) angeführten Diagnose(n).

9) Sozialmedizinische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit

Gutachten nach Aktenlage und persönlicher Befunderhebung

Zusammenfassende und verständliche Darstellung des Ergebnisses des Begutachtungsprozesses, Begründung des Abgleichs von Leistungsfähigkeit und Anforderungsprofil als Grundlage für den Leistungsentscheid der Krankenkasse.

Hinweis:

Information des Versicherten über das Ergebnis der sozialmedizinischen Beurteilung ist zu dokumentieren.

10) Sozialmedizinische Empfehlung

Präventive, rehabilitative oder sonstige Hinweise (z. B. Ernährungsberatung, Funktionstraining).

5.3.2 Ergebnisdarstellung der Begutachtung für den MDK

Aufgelistet werden nur standardisierte Aussagen; Erläuterungen siehe *Kapitel 5.2.3: Verbindliche Ergebnisdarstellung der SFB für den MDK*.

Folgende Ergebnisse in der Begutachtung sind möglich:

- Aus medizinischer Sicht nicht weiter arbeitsunfähig,
- Aus medizinischer Sicht auf Zeit arbeitsunfähig,

³⁵ Begriffe der ICDH-Nomenklatur

³⁶ Begriffe der ICF-Nomenklatur

- *Aus medizinischer Sicht auf Dauer arbeitsunfähig,*
- *Aussagen zum Leistungsbild,*
- *Andere Antwort.*

5.3.3 Begutachtungsarten

5.3.3.1 Gutachten nach Aktenlage

Die SFB und Begutachtung nach Aktenlage unterscheiden sich im Aufwand und Umfang. Komplexe Fragen erfordern in der Regel einen höheren Informationsbedarf. Kann der Gutachter die Frage(n) der Krankenkasse in dieser Form beantworten, ist eine persönliche Vorstellung des Versicherten im MDK nicht erforderlich. Die Begutachtung nach Aktenlage erfolgt in verkürzter Form analog dem Gutachten nach persönlicher Befunderhebung, siehe *Kapitel 5.3.1: Standardgliederung des Gutachtens*.

5.3.3.2 Organbezogene Begutachtung

Handelt es sich um eine isolierte Krankheit eines Organs, so reicht eine organbezogene umschriebene Untersuchung aus. Dabei müssen alle vom Versicherten genannten Beeinträchtigungen erfasst und gewichtet werden, damit im Widerspruchsverfahren keine Argumentationslücken entstehen. Die Erhebung und Erfassung der Daten und Befunde entspricht den Kriterien, wie im *Kapitel 5.3.1: Standardgliederung des Gutachtens* beschrieben.

5.3.3.3 Gutachten nach persönlicher Befunderhebung

Diese Form der Begutachtung ist die aufwändigste. Eine Einladung zur Begutachtung mit persönlicher Befunderhebung ist nur dann erforderlich, wenn der Gutachter die Frage(n) der Krankenkasse nicht anders beantworten kann. Erfasst werden nur die für die AU wesentlichen Fakten. Die gewonnenen Informationen sind zu filtern und in eine für die Krankenkasse verwertbare Form zu bringen. Der Umfang der Befunderhebung kann im Einzelfall nicht standardisiert werden und bleibt ein Ermessensspielraum des Gutachters. Auch hier gilt, das Maß des Notwendigen nicht zu überschreiten.

Erst die Qualitätssicherung wird im Einzelfall zeigen, ob das Ergebnis des Gutachtens auch mit weniger Aufwand hätte erreicht werden können.

Sind für die Erstellung des Gutachtens Gutachter anderer Fachgebiete zu konsultieren, verbleibt die Federführung in der Verantwortung des Erstgutachters.

5.3.3.4 Fallkonferenz³⁷ bei Langzeitarbeitsunfähigkeit

Im MDK wurde eine weitere Begutachtungsmethode entwickelt, die sich besonders den Problemfällen in der AU-Begutachtung, den sog. Langzeitarbeitsunfähigkeitsfällen, gezielt widmet. Diese Methode stellt die aufwändigste Begutachtungsform dar und sollte den kostenträchtigen Fällen vorbehalten bleiben.

Das Novum:

Die Fälle werden nach bestimmten Kriterien durch die Krankenkasse oder den MDK identifiziert, sozialmedizinisch mit notwendigen Informationen versehen, nach bestimmten Kriterien aufbereitet, dann der Begutachtung zugeführt und anschließend in einer sozialmedizinischen Fallkonferenz (interdisziplinäre Expertengruppe) diskutiert und entschieden.

³⁷ entwickelt und seit 1998 im MDK Berlin-Brandenburg eingesetzt

Beschreibung der Methode:

Bei Versicherten mit häufiger und / oder langdauernder AU entwickelt sich oft eine Eigendynamik innerhalb eines vielschichtigen, psychosozialen Prozesses. Häufigkeit und Dauer hängen nicht mehr primär von einer krankheitsbedingten Leistungsminderung bezogen auf die Anforderungen des Arbeitsplatzes ab.

Charakteristisch ist eine hartnäckige Therapieresistenz: Trotz umfangreicher Diagnostik und Behandlung durch Ärzte unterschiedlicher Fachdisziplinen geben die Betroffenen keine für eine berufliche Belastung ausreichende Besserung an. Eine nicht-medizinische Problematik kann nicht mit medizinischen Mitteln allein beeinflusst werden, siehe *Abb. 4 im Kapitel 5.2*.

Dies hat zur Folge:

- die Bedeutung der Diagnose(n) für die AU nimmt ab,
- nicht-medizinische Einflussfaktoren gewinnen zunehmend an Gewicht, (z. B. Krankheitserleben und -verarbeitung, Lebens- und Arbeitszufriedenheit, fehlende Identifizierung mit dem Arbeitsplatz und dem Unternehmen, Rahmenbedingungen der Sozialgesetzgebung, Verhaltensnormen der Gesellschaft, allgemeine Belastungen im privaten Bereich und andere).
- die führenden Diagnosen begründen keine Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit.

Die Fallauswahl orientiert sich konsequenterweise ausschließlich an den jährlichen AU-Tagen in der Vorgeschichte und / oder der aktuellen AU. Als Kriterium hierfür hat sich ein Zeitraum von ca. 100 AU-Tagen bewährt. Im Vorfeld werden von den Krankenkassen keine zusätzlichen Ermittlungen veranlasst.

Innerhalb des Projektes kommt je nach Bedarf das gesamte Beratungs- und Begutachtungsinstrumentarium (SFB, Versichertenanfrage und -gespräch, Arztanfrage und -telefonat, Anforderung von Fremdbefunden, symptombezogene Untersuchung, Begutachtung nach Aktenlage und Begutachtung mit persönlicher Befunderhebung) zum Einsatz.

Zusätzlich wurden eigene Instrumente entwickelt:

- Die SFB fasst in einer erweiterten Form alle auch nicht medizinischen Fakten, Informationen und Begleitumstände zusammen, die von Bedeutung sein können, (z. B. häusliche Probleme, Krankheits- bzw. AU-Verhalten, Konflikte am Arbeitsplatz, Kündigung),
- Berücksichtigung von Vorgutachten und Berichten des sozialen Dienstes der jeweiligen Krankenkasse,
- eigene Ermittlungen (Arzt- und Versichertenanfragen),
- grundsätzlich abschließende kleine (MDK-interne) und große (mit Krankenkassen) Fallkonferenzen.

Die hohe Ergebnisquote³⁸ von über 80% (nicht weiter arbeitsunfähig in ca. 70% und AU auf Dauer in 10 bis 15%) rechtfertigt trotz des problematischen Personenkreises den hohen Aufwand innerhalb eines Bearbeitungszeitraumes von 4-6 Wochen. Diese Gutachten zeichnen sich durch eine hohe Bestandskraft in Widerspruchs- und Sozialgerichtsverfahren aus.

5.3.3.5 Zweitgutachten

Die Form und der Begutachtungsaufwand orientieren sich an der Fragestellung. Das Verfahren ist weiter unten beschrieben, siehe *Kapitel 6.2: Einspruch durch den AU bescheinigenden Arzt / Zweitgutachten*.

³⁸ konstante Ergebnisse des MDK Berlin-Brandenburg seit 2000

5.4 Allgemeine Begutachtungsaufträge

5.4.1 Erstellen eines Leistungsbildes während der Arbeitsunfähigkeit

Das im Rahmen einer sozialmedizinischen bzw. arbeitsmedizinischen Begutachtung definierte Leistungsbild eines Versicherten ist objektiv und soll keine auftraggeberbezogenen Unterschiede aufweisen. Es stellt die Grundlage auch für andere Träger bei Einleitung von Leistungen zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation / Teilhabe dar.

Die vorhandenen Fähigkeiten [Aktivitäten] sind besonders hervorzuheben, weil diese für die weitere berufliche Rehabilitation / Teilhabe von entscheidender Bedeutung sind. Defizite und Schwächen sind genau medizinisch zu begründen.

Ein Leistungsbild sollte erstellt werden, wenn sich der Krankheitszustand in seinem Verlauf stabilisiert hat und eine wesentliche Einschränkung, bezogen auf das Erwerbsleben bzw. das Anforderungsprofil am letzten Arbeitsplatz, verursacht hat. Sozialmedizinisch wird von *AU auf Dauer für das letzte Anforderungsprofil mit einem positiven LB* gesprochen.

Beschreibung eines „vorläufigen“ Leistungsbildes ist im Rahmen des SGB V sozialmedizinisch falsch und versicherungsrechtlich nicht umsetzbar, z. B. Oberarmfraktur bei einem Schlosser, die Krankenkasse bittet in der 5. AU-Woche um ein Leistungsbild. (Eine vorübergehende *AU auf Dauer* gibt es nicht).

Ein Leistungsbild ist auch dann aufzuzeichnen, wenn es bei Arbeitslosigkeit die Grundlage zur Prüfung der Vermittlung bildet. Der Leistungsträger entscheidet auf der Basis des Leistungsbildes.

In jedem LB sind die definierten arbeitsmedizinischen Begriffe zu verwenden, siehe [Anhang 2: Zusammenstellung von arbeitsmedizinischen Begriffen](#).

Hinweise:

Nur wenige Krankheiten führen während der aktuellen AU zu einer dauerhaften berufsbezogenen Leistungsminderung.

Das Aufzeichnen eines Leistungsbildes kann sich erübrigen, wenn die Leistungsfähigkeiten dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes entsprechen; es besteht demnach keine Begründung für AU.

5.4.2 Prüfung der Indikation von Leistungen zur Teilhabe (§ 51 SGB V)

Wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation und / oder eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben empfohlen, ist diese zu begründen. Es muss auch plausibel dargestellt werden, weshalb die Erwerbsfähigkeit als erheblich gefährdet bzw. als gemindert eingeschätzt wird. Zu begründen sind ebenfalls die Rehabilitationsbedürftigkeit -fähigkeit einschließlich Motivation des Versicherten, -ziel, -prognose und die Art der Rehabilitation.

Ist die Wiederaufnahme der Arbeit auch durch andere Maßnahmen zu erreichen, sind diese zu benennen, z. B. Leistungen zur ambulanten oder stationären Vorsorge, Empfehlung von Heilmitteln oder Hilfsmitteln.

5.4.3 Begutachtung von Zusammenhangsfragen (dieselbe Krankheit)

Dieselbe Krankheit liegt dann vor, wenn dieselbe Ursache und dasselbe Erscheinungsbild vorliegen. Konkrete Angaben zu den zu prüfenden Zeiträumen und der / den dazugehörigen AU-Diagnose(n) müssen von der Krankenkasse benannt sein. Ggf. muss der Gutachter weitere Befunde anfordern.³⁹

³⁹ weitere Informationen und Beispiele siehe *Studienheft „Arbeitsunfähigkeit“* des MDS.

5.5 Spezielle Begutachtungsaufträge

5.5.1 Dialyse und Arbeitsunfähigkeit ⁴⁰

Bei Versicherten, die vor Eintritt der AU noch nicht dialysepflichtig waren, ist die AU nach der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu beurteilen.

Bei Versicherten, die sich bei Eintritt der AU bereits in einer Dialysebehandlung befinden und ggf. deshalb ein eingeschränktes Arbeitsverhältnis haben, ist dieser Arbeitsplatz mit eingeschränkter (qualitativer und oder quantitativer) Leistungsanforderung für die Beurteilung der aktuellen AU maßgeblich.

5.5.2 Begutachtung der AU in Berufsfeldern mit staatlichen Eignungsvorgaben

5.5.2.1 Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit bei Berufskraftfahrern

Einschränkung der Eignung zur Führung von Kraftfahrzeugen nach Fahrerlaubnisverordnung (FeV) ⁴¹

Bei der Beurteilung der AU von Versicherten, die in Ausübung ihrer arbeitsvertraglichen Tätigkeit auf die regelmäßige Nutzung eines Kraftfahrzeuges angewiesen sind, ist bei Verdacht auf Eignungseinschränkung eine Begutachtung von Berufskraftfahrern durch TÜV oder Dekra einzufordern. Für diese Untersuchung besteht keine Mitwirkungspflicht im Rahmen der Begutachtung nach SGB V. Da es sich hierbei um die Fahrerlaubnis handelt, gehen die Kosten für das Gutachten nicht zu Lasten der Krankenkasse, sondern zu Lasten des Versicherten.

Sollte der Versicherte kein entsprechendes Gutachten von TÜV oder Dekra vorlegen, endet die Begutachtung durch den MDK mit Erstellung eines LB, die Dauer der AU ist von der Krankenkasse zu prüfen.

Fahreignung für Inhaber einer Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, DE, D1E oder der Erlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen, Linienverkehr usw. bedürfen der Beurteilung von Ärzten mit eigens dafür ausgewiesener Qualifikation in benannten Untersuchungsstellen. Der MDK ist hierfür nicht zuständig. Er ist jedoch verpflichtet, die festgestellten Fähigkeitsstörungen [Beeinträchtigungen der Aktivität] und begründeten Bedenken zur Fahreignung zu dokumentieren und den Versicherten hierüber aufzuklären.

Hinweis:

Zu berücksichtigen sind auch die Begutachtungs-Leitlinien zur Krafftahreignung des gemeinsamen Beirats für Verkehrsmedizin beim Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen und beim Bundesministerium für Gesundheit, herausgegeben von der Bundesanstalt für Straßenwesen.

5.5.2.2 Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit bei Seeleuten / Lotsen ⁴²

Die gesundheitlichen Eignungs- bzw. Tauglichkeitskriterien für Berufsseeleute unter deutscher Flagge sind in der Seediensttauglichkeitsverordnung, die der See- und Hafenslotsen in der Seelotsenuntersuchungsverordnung festgelegt. Die abschließende Beurteilung der Seedienst- und Lotsdiensttauglichkeit obliegt ausschließlich dem Seeärztlichen Dienst der See-Berufsgenossenschaft / Seekasse und See-Krankenkasse.

⁴⁰ Nähere Bestimmungen siehe AU-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 01.12.2003, in Kraft ab 01.01.2004

⁴¹ Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr und zur Änderung straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften, in Kraft ab 01.01.1999, siehe *Anhang 8: Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV)*

⁴² Seeärztlicher Dienst Hamburg, Telefon: 040 - 36 137 330

5.5.3 Begutachtung von Versicherten mit Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung

Bei Versicherten, die vor Eintritt der AU noch keine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beziehen, ist die AU nach der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu beurteilen. Wird solchen Versicherten während der AU eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung zugebilligt, liegt eine AU auf Dauer für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit vor. Der MDK erstellt ein Leistungsbild zum Restleistungsvermögen. Hierzu sollten Erkenntnisse des Rentenversicherungsträgers herangezogen werden.

Versicherte, die bereits bei Eintritt der AU eine Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung beziehen, ist für die Beurteilung der AU die letzte Tätigkeit vor Eintritt der aktuellen AU maßgeblich.

5.5.4 Arbeitsunfall und Berufskrankheit in der Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Besteht bei AU ein möglicher Zusammenhang mit einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit, sind folgende Fallkonstellationen denkbar:

- 1) Eine *Berufskrankheit* oder ein *Arbeitsunfall* wurde bereits anerkannt. Es ist zu klären, ob die Berufskrankheit / der Arbeitsunfall bzw. deren Folgen die bestehende AU verursacht hat. Wird die AU rechtlich wesentlich durch die Berufskrankheit oder den Arbeitsunfall verursacht, besteht für die Dauer dieser AU die Leistungspflicht der Unfallversicherung. Dies gilt auch dann, wenn eine andere Krankheit hinzutritt, die für sich alleine AU verursacht. Besteht wegen der Berufskrankheit oder dem Arbeitsunfall keine AU mehr und ist die hinzugetretene Krankheit die alleinige Ursache für die weitere AU, so besteht ab diesem Zeitpunkt für die weitere Dauer der AU die Leistungspflicht der Krankenversicherung. Umgekehrt gilt das gleiche.
- 2) Liegt ein begründeter Verdacht vor, dass die aktuelle AU durch eine Berufskrankheit oder einen Arbeitsunfall verursacht wird, ist dies im Gutachten zu dokumentieren. Die Krankenkasse meldet dieses dem zuständigen Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaft - BG).
- 3) Gegenstand der Begutachtung kann auch die *Überprüfung der bereits getroffenen Entscheidungen der BG* sein. Dabei müssen bestimmte Informationen, wie Angaben zu AU-Zeiten und -Diagnosen, D-Arzt-Bericht oder Berufskrankheitenanzeige, relevante Arzt- und Facharztberichte, Tätigkeitsschlüssel, kurze Tätigkeitsbeschreibung, Erhebungen des Technischen Aufsichtsdienstes der BG, die im bisherigen Berufskrankheitenverfahren eingeholten ärztlichen Gutachten, Stellungnahme des Landesgewerbearztes, Berufskrankheitenbescheid / Anerkennungsbescheid über Arbeitsunfall, vorliegen.

Für das Vorliegen eines *Arbeitsunfalles* oder einer *Berufskrankheit* im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung müssen folgende Kriterien vorliegen:

Arbeitsunfall

Versicherte Tätigkeit, versicherte Person, Unfall (zeitlich begrenzte Einwirkung, von außen einwirkendes Ereignis, Gesundheitsschaden / Tod), Ursachenzusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und Unfall bzw. Einwirkung von außen (Unfall) und dem Gesundheitsschaden.

Der *ursächliche Zusammenhang* zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall, sogenannte *haftungsbegründende Kausalität*, sowie dem Unfall und dem Gesundheitsschaden, sogenannte *haftungsausfüllende Kausalität*, ist mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen.

Berufskrankheit

Schädigende Einwirkungen und definierte Berufskrankheit, (siehe *Berufskrankheitenkatalog*) stehen im Zusammenhang bezogen auf das bestehende körperliche Schadensbild. Dieser Zusammenhang, sogenannte *haftungsausfüllende Kausalität*, ist mit *hinreichender Wahrscheinlichkeit* nachzuweisen. Ebenso der Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung, sogenannte *haftungsbegründende Kausalität*. Dabei kann die schädigende Einwirkung auch durch eine länger zurückliegende berufliche Tätigkeit begründet sein, die zu der aktuellen Tätigkeit des Versicherten keine Verbindung aufweist, z. B. Asbesteinwirkung. Wesentliche konkurrierende Krankheitsursachen sind dabei zu gewichten, z. B. Diabetes mellitus bzw. Alkoholmissbrauch bei vermutetem toxischen Nervenschaden.

5.5.5 Beschäftigungsverbote nach Mutterschutzgesetz (MuSchG)

Bei der Begutachtung von AU während der Schwangerschaft ist die Abgrenzung zu den Beschäftigungsverboten für werdende und stillende Mütter nach dem MuSchG zu berücksichtigen. Es wird zwischen *generellen* und *individuellen Beschäftigungsverboten* unterschieden. Bei der Abgrenzung zur AU sind für den MDK die *individuellen* Beschäftigungsverbote bedeutsam. (*Generelle* Beschäftigungsverbote sind gesetzlich definiert und lassen keinen Freiraum zu).

Abgrenzung der AU zum individuellen Beschäftigungsverbot

Ein *Beschäftigungsverbot* setzt voraus, dass Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist. Voraussetzung ist somit nicht eine Krankheit im Sinne des SGB V, sondern eine *Gefährdung* von Mutter und / oder Kind infolge Arbeitsaufnahme. Für ein Beschäftigungsverbot sind der Gesundheitszustand und die konkrete Erwerbstätigkeit der schwangeren Arbeitnehmerin maßgebend. Dabei muss eine monokausale Beziehung zwischen der Arbeitssituation und der Gefährdung gegeben sein.

Bei der *Arbeitsunfähigkeit* verursacht eine *Krankheit im Sinne des SGB V* den regelwidrigen Zustand, z. B. Hyperemesis gravidarum, oder auch eine Krankheit, die nicht mit der Schwangerschaft unmittelbar zusammenhängt.

Schwierig ist die Abgrenzung bei der *Risikoschwangerschaft*. Hier hat der Arzt zu prüfen und zu entscheiden, ob krankheitsbedingte AU vorliegt oder ohne eine aktuelle AU Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist. Die im Hinblick auf die Abgrenzung für die Begutachtung relevanten Gefährdungen ergeben sich aus

- Krankheiten im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, z. B. Hyperemesis gravidarum. Hier gibt es fließende Übergänge. Zunächst wird der behandelnde Arzt mit Recht AU bescheinigen. Es handelt sich hierbei um eine Krankheit e graviditate, also um Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne.
- dem Zusammenwirken von Schwangerschaft und bestimmten beruflichen Tätigkeiten, die eine Schwangerschaft generell oder in Einzelfällen gefährden können. Aus dieser Fallgruppe seien Aspekte, die bei der Zervixinsuffizienz und / oder der drohenden Frühgeburt auftreten, herausgegriffen, weil sich hier in der Praxis oft Abgrenzungsschwierigkeiten ergeben. Hier kann sich die Frage stellen, ob ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen werden muss.

Zur sachgerechten Beurteilung sind fachärztliche Angaben zur Diagnose und Therapie, Schwangerschaftsalter und Schwangerschaftsrisiken erforderlich. Gegebenenfalls kann auch die Anforderung einer Kopie des Mutterpasses hilfreich sein.

Nach dem MuSchG besteht auch die Möglichkeit eines *teilweisen* Beschäftigungsverbot, z. B. nur für bestimmte Tätigkeiten oder für Beschränkung der Arbeitszeit. In solchen Fällen ist AU nur für die nicht vom Beschäftigungsverbot betroffenen Tätigkeiten zu beurteilen.

Hinweis:

Beschäftigungsverbote nach dem MuSchG und eine – ggf. auch auf der Schwangerschaft beruhende – krankheitsbedingte AU schließen sich gegenseitig aus. Von AU ist auszugehen, wenn den Schwangerschaftsbeschwerden Krankheitswert zukommt.

5.5.6 Beschäftigungsverbote nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Diese Beschäftigungsverbote dienen der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen. Wer als Ausscheider, Krankheitsverdächtiger oder als sonstiger Träger von Krankheitserregern nach dem IfSG Beschäftigungsverboten unterliegt und dadurch einen Verdienstaufschlag erleidet, erhält eine Entschädigung aus öffentlichen Mitteln. Das gleiche gilt für Personen, die als Ausscheider oder Ansteckungsverdächtige isoliert werden.

Für Beschäftigungsverbote nach dem IfSG ist nicht nur eine ansteckende Krankheit maßgeblich, sondern die Möglichkeit einer schnellen Ausbreitung der Krankheitserreger / Gefahr einer Epidemie während der Erwerbstätigkeit, z. B. Salmonelleninfektion bei einem Koch. Hingegen bedingt eine Salmonelleninfektion bei einem Kellner kein Beschäftigungsverbot.

Abgrenzung der AU zum Beschäftigungsverbot nach IfSG

Im Rahmen der AU-Begutachtung bei ansteckenden Krankheiten ist zu prüfen, ob AU vorliegt oder ob ausschließlich Auflagen im Sinne eines Beschäftigungsverbotes bestehen. Liegen krankheitsbedingte Beeinträchtigungen vor, ist die AU zu bestätigen. Ist die Ausübung der weiteren Tätigkeit ausschließlich durch das zu beachtende Beschäftigungsverbot begründet, liegt keine AU im Sinne des SGB V vor.

Diese Sachverhalte sind im Gutachten darzustellen.

6. Zusammenarbeit mit Vertragsarzt und Krankenkasse, Klärung von Meinungsverschiedenheiten

6.1 Zusammenarbeit zwischen dem MDK und dem Vertragsarzt

Die Zusammenarbeit mit den Vertragsärzten und anderen Leistungserbringern ist kollegial und in gegenseitigem Respekt zu gestalten. Der MDK informiert den AU bescheinigenden Arzt über das Ergebnis der Begutachtung einschließlich der erhobenen Befunde. Widerspricht der Versicherte der Übermittlung der Befunde, sind diese im Gutachten nicht auszuweisen.

6.2 Zweitgutachten

Grundsätzlich ist die gutachtliche Stellungnahme des MDK für den Vertragsarzt verbindlich. Bestehen zwischen dem AU bescheinigenden Vertragsarzt und dem MDK Meinungsverschiedenheiten, teilt der behandelnde Arzt seine Gründe der Krankenkasse schriftlich mit. Kann die Krankenkasse die Meinungsverschiedenheiten nicht ausräumen, beauftragt sie erneut den MDK mit der Erstellung eines Zweitgutachtens. Fehlt dem Einspruch eine medizinische Begründung, entscheidet der MDK über die Art der Bearbeitung.

Der Einspruch ist zunächst dem Erstgutachter zur Stellungnahme vorzulegen. Schließt er sich der Auffassung des AU bescheinigenden Vertragsarztes an, teilt er die neuen Gesichtspunkte der Krankenkasse mit. Ist dies nicht der Fall oder ist er durch Abwesenheit verhindert, wird vom MDK ein Zweitgutachten erstellt. Der MDK soll mit dem Zweitgutachten einen Arzt des Gebietes beauftragen, in das die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt.

Besteht im weiteren Verlauf des Begutachtungsverfahrens über Erst- und Zweitgutachten hinaus medizinischer Beurteilungsbedarf aus Sicht der Krankenkasse, sind vom MDK hierzu jeweils ergänzende gutachtliche Stellungnahmen ohne besondere Anforderungen an deren Form und Umfang und an die Fachrichtung des Gutachters abzugeben.

6.3 Zusätzlicher Klärungsbedarf der Krankenkasse

Hat die Krankenkasse weiteren Klärungsbedarf, richtet sie den Auftrag an den Erstgutachter.

Ist für die Krankenkasse die Qualität der gutachtlichen Stellungnahme nicht akzeptabel, gibt sie den Vorgang unter Darlegung der Gründe an den Ärztlichen Leiter des MDK weiter. Der MDK prüft die Einwände und gibt eine ergänzende gutachtliche Stellungnahme ab.

6.4 Widerspruch durch den Versicherten

Erhebt der Versicherte Widerspruch gegen eine Entscheidung der Krankenkasse, erstellt der MDK ein Widerspruchsgutachten nur dann, wenn zuvor eine gutachtliche Stellungnahme des MDK abgegeben wurde. Die Verfahrensweise im MDK entspricht der beim Zweitgutachten, siehe oben.

7. Rolle des Gutachters

Der Begriff *Medizinischer Dienst der Krankenversicherung* vermittelt, dass der Gesetzgeber den Dienst als Teil der gesetzlichen Krankenversicherung eine übergreifende Bedeutung zugeordnet hat.

Bezüglich der medizinisch-fachlichen Beratung und Begutachtung sind die Ärzte des Medizinischen Dienstes bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen, siehe § 275 Abs. 5 SGB V.

Die im SGB V beschriebenen Aufgaben des MDK, die die AU betreffen, haben eine prinzipielle Nähe zur ärztlichen Therapie und Diagnostik. Der Gutachter darf jedoch nicht in die ärztliche Behandlung direkt eingreifen, seine gutachtliche Stellungnahme kann aber die Behandlung des Arztes und seine Diagnostik beeinflussen. Hieraus kann sich ein Spannungsfeld ergeben.

Der Gutachter muss seine persönlichen Reaktionen von der ihm zugewiesenen Rolle trennen. Er benötigt für die korrekte Ausfüllung seiner Aufgabe ein notwendiges Maß an Abstand zu den Versicherten, das sonst im Arztberuf eher nachteilig ist. Der Gutachter ist niemandem verpflichtet. Er hat sich ausschließlich an den Fragen der Krankenkasse und den leistungsrechtlichen Vorschriften zu orientieren.

Der ärztliche Gutachter trifft in seinem Gutachten keine leistungsrechtlichen Entscheidungen, sondern gibt der Krankenkasse sozialmedizinische Empfehlungen. Die Krankenkasse kann von diesen ohne nähere Begründung abweichen.

Der MDK hat nach dem Gesetz eine besondere Stellung und Verantwortung in Bezug auf die Anforderung, Verarbeitung und Weitergabe von Befunden. Hieraus resultiert auch eine datenschutzrechtliche Verantwortung für den Gutachter.

Bei der Begutachtung erhebt der Gutachter Daten und Befunde, die er „filtern“ muss. Die für den Auftrag wesentlichen Informationen sind im Gutachten für den medizinischen Laien verständlich darzustellen.

Der Gutachter muss über die erforderliche medizinische und soziale Kompetenz verfügen, die Sachverhalte objektiv und neutral werten, eine gute Kommunikationsfähigkeit ist eine wichtige persönliche Voraussetzung. Kontaktfähigkeit, Durchsetzungsfähigkeit und Verhandlungsgeschick sind weitere besondere Anforderungen.

8. Qualitätssicherung (QS)

Qualitätssicherungskonzepte sind zwischen Krankenkassen und MDK mit dem Ziel zu entwickeln, einheitliche Maßnahmen der QS einzurichten. Sie sollen sich vor allem auf die Bereiche Vorauswahl, SFB und Begutachtung beziehen. Zur QS können sowohl auf örtlicher als auch auf Verbandsebene Qualitätszirkel zwischen MDK und Krankenkassen eingerichtet werden.

Die Ergebnisqualität ergibt sich aus der Strukturqualität und der Prozessqualität. Daraus leitet sich auch die Notwendigkeit angemessener Arbeitsbedingungen ab. Für die Vorauswahl, die SFB und die Begutachtung sind den Krankenkassen und dem MDK geeignete Arbeitsplätze und Arbeitsmittel zur Verfügung zu stellen.

Krankenkasse und MDK setzen erfahrene und im Thema geschulte Mitarbeiter für die SFB ein. Diese verfügen über kommunikative und fachliche Kompetenzen. Sie haben ein angemessenes Wissen im Krankenversicherungsrecht und kennen die gesetzlichen Voraussetzungen für die Zuständigkeiten der einzelnen Sozialleistungsträger untereinander, siehe *Kapitel 3. Gesetzliche Grundlagen*. Beide Partner tragen die gleiche Verantwortung für das Ergebnis in der SFB.

Das Gebiet AU enthält auch Funktionen und Aufgaben, die allein in der Zuständigkeit entweder der Krankenkasse (Vorauswahl) oder des MDK (Begutachtung) liegen. Dies gilt in erster Linie für die Strukturqualität, in gewisser Weise auch für die Prozessqualität. Diese eigenverantwortlichen Gebiete erfordern jeweils interne qualitätssichernde Maßnahmen, die unabhängig voneinander zu etablieren sind.

Gemeinsame Schulungen und gegenseitige Hospitationen erhöhen das gegenseitige Verständnis und sind unverzichtbar.

8.1 Empfehlungen für Kriterien zur QS

Qualitätssicherung in der Vorauswahl:

Wird der Fall zum richtigen Zeitpunkt vorgelegt?	ja / nein
Erfüllt der vorgelegte Fall die Kriterien der Gruppe 2?	ja / nein
Ist der Fall im Sinne dieser Anleitung für die SFB vorbereitet worden?	ja / nein
Ist die Frage dem Fall angemessen und schlüssig formuliert?	ja / nein
Ist die Frage sozialmedizinisch beantwortbar?	ja / nein

Qualitätssicherung in der SFB:

Sind alle Fragen beantwortet?	ja / nein
War die Informationsbeschaffung sachdienlich?	ja / nein
Ist das Ergebnis plausibel?	ja / nein
Bei Wiedervorlage: Ist die Wiedervorlage plausibel?	ja / nein
Bei Einleitung einer Begutachtung: Ist die Frage an den Gutachter verständlich und zielweisend?	ja / nein

QS in der SFB setzt sowohl erfahrene AU-Gutachter wie auch erfahrene Sachbearbeiter der Krankenkasse als Prüfer voraus. Für die AU gibt es keine Maßstäbe bzw. Normen für z. B. eine durchschnittliche AU-Dauer, da es keine durchschnittlichen Arbeitsplätze gibt. Jeder Fall muss individuell betrachtet und geprüft werden. Deshalb werden hierfür gemeinsame Qualitätszirkel empfohlen.

Qualitätssicherung in der Begutachtung:

Sind die AU-begründenden Fähigkeitsstörungen [Beeinträchtigungen der Aktivität] bzw. Beeinträchtigungen [Beeinträchtigungen der Teilhabe] nachvollziehbar beschrieben?	ja / nein
Wurde der Abgleich mit dem individuellen Anforderungsprofil vorgenommen ?	ja / nein
Ist das Ergebnis des Gutachtens plausibel?	ja / nein
Beschränkt sich die gutachtliche Stellungnahme auf die wesentlichen Angaben?	ja / nein
Ist die gutachtliche Stellungnahme für den Auftraggeber verständlich formuliert?	ja / nein
Sind die Empfehlungen in der gutachtlichen Stellungnahme umsetzbar?	ja / nein
Sind alle Fragen beantwortet?	ja / nein

Anhänge

[Anhang 1](#): Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des Bundesausschusses vom 01.12.2003

[Anhang 2](#): Zusammenstellung von arbeitsmedizinischen Begriffen

[Anhang 3](#): Formularsatz (Zusammenstellung von Beispielen)

[Anhang 4](#): Träger der Rehabilitation (Abb. 3a) und Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen (Abb.3b)

[Anhang 5](#): Zusammenstellung von AU-relevanten BSG-Urteilen und Gesetzen

[Anhang 6](#): Zusammenstellung von Internet-Adressen

[Anhang 7](#): Arbeitshilfe zur Fallsteuerung durch die Krankenkasse bei AU für die Gruppe 1

[Anhang 8](#): Begutachtung von Berufskraftfahrern nach § 11 Abs. 6 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV)

Anhang 1:

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung („Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien“)

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Präambel
- § 2 Definition und Bewertungsmaßstäbe
- § 3 Ausnahmetatbestände
- § 4 Verfahren der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit
- § 5 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bei Entgeltfortzahlung
- § 6 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung
- § 7 Zusammenwirken mit anderen Einrichtungen
- § 8 Grundsätze der stufenweisen Wiedereingliederung
- § 9 Inkrafttreten

Anlage 1: "Empfehlungen zur Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung"

§ 1 Präambel

- (1) Die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und die Bescheinigung über ihre voraussichtliche Dauer erfordern - ebenso wie die ärztliche Beurteilung zur stufenweisen Wiedereingliederung - wegen ihrer Tragweite für den Versicherten und ihrer arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen sowie wirtschaftlichen Bedeutung besondere Sorgfalt.
- (2) Diese Richtlinien haben zum Ziel, ein qualitativ hochwertiges, bundesweit standardisiertes Verfahren für die Praxis zu etablieren, das den Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen Vertragsarzt, Krankenkasse und Medizinischem Dienst verbessert.

§ 2 Definition und Bewertungsmaßstäbe

- (1) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte auf Grund von Krankheit seine zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann. Bei der Beurteilung ist darauf abzustellen, welche Bedingungen die bisherige Tätigkeit konkret geprägt haben. Arbeitsunfähigkeit liegt auch vor, wenn auf Grund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundung abträgliche Folgen erwachsen, die Arbeitsunfähigkeit unmittelbar hervorrufen.
- (2) Arbeitsunfähigkeit besteht auch während einer stufenweisen Wiederaufnahme der Arbeit fort, durch die dem Versicherten die dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben durch eine schrittweise Heranführung an die volle Arbeitsbelastung ermöglicht werden soll. Ebenso gilt die befristete Eingliederung eines arbeitsunfähigen Versicherten in eine Werkstatt für behinderte Menschen nicht als Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit. Arbeitsunfähigkeit kann auch während einer Belastungsproberprobung und einer Arbeitstherapie bestehen.
- (3) Arbeitslose sind arbeitsunfähig, wenn sie aufgrund einer Erkrankung nicht mehr in der Lage sind, leichte Tätigkeiten an mindestens 15 Wochenstunden zu verrichten⁴³. Dabei ist es unerheblich, welcher Tätigkeit der Versicherte vor der Arbeitslosigkeit nachging. Wird bei Arbeitslosen innerhalb der ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit er-

⁴³ entsprechend der Definition von Arbeitslosigkeit gemäß § 118 Abs. 1 SGB III

kennbar, dass die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich länger als sechs Monate andauern wird, ist das auch auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu vermerken⁴⁴.

- (4) Versicherte, bei denen nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit das Beschäftigungsverhältnis endet und die aktuell keinen anerkannten Ausbildungsberuf ausgeübt haben (An- oder Ungelernte), sind nur dann arbeitsunfähig, wenn sie weder die letzte noch eine ähnliche Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausüben können. Die Krankenkasse informiert den Vertragsarzt über das Ende der Beschäftigung und darüber, dass es sich um einen an- oder ungelerten Arbeitnehmer handelt und nennt ähnlich geartete Tätigkeiten. Beginnt während der Arbeitsunfähigkeit ein neues Beschäftigungsverhältnis, so beurteilt sich die Arbeitsunfähigkeit ab diesem Zeitpunkt nach dem Anforderungsprofil des neuen Arbeitsplatzes.
- (5) Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit setzt die Befragung des Versicherten durch den Arzt zur aktuell ausgeübten Tätigkeit und den damit verbundenen Anforderungen und Belastungen voraus. Das Ergebnis der Befragung ist bei der Beurteilung von Grund und Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen. Zwischen der Krankheit und der dadurch bedingten Unfähigkeit zur Fortsetzung der ausgeübten Tätigkeit muss ein kausaler Zusammenhang erkennbar sein.
- (6) Rentner können, wenn sie eine Erwerbstätigkeit ausüben, arbeitsunfähig nach Maßgabe dieser Richtlinien sein.
- (7) Für körperlich, geistig oder seelisch behinderte Menschen, die in Werkstätten für behinderte Menschen oder in Blindenwerkstätten beschäftigt werden, gelten diese Richtlinien entsprechend.
- (8) Für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei Durchführung medizinischer Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft gelten diese Richtlinien entsprechend. Sie gelten auch bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder einem unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 StGB vorgenommenem Abbruch der Schwangerschaft (Beratungsregelung).
- (9) Ist eine Dialysebehandlung lediglich während der vereinbarten Arbeitszeit möglich, besteht für deren Dauer, die Zeit der Anfahrt zur Dialyseeinrichtung und für die nach der Dialyse erforderliche Ruhezeit Arbeitsunfähigkeit. Dasselbe gilt für andere extrakorporale Aphereseverfahren. Die Bescheinigung für im voraus feststehende Termine soll in Absprache mit dem Versicherten in einer für dessen Belange zweckmäßigen Form erfolgen.
- (10) Ist ein für die Ausübung der Tätigkeit oder das Erreichen des Arbeitsplatzes erforderliches Hilfsmittel (z. B. Körperersatzstück) defekt, besteht Arbeitsunfähigkeit so lange, bis die Reparatur des Hilfsmittels beendet oder ein Ersatz des defekten Hilfsmittels erfolgt ist.

§ 3 Ausnahmetatbestände

- (1) Arbeitsunfähigkeit besteht nicht, wenn andere Gründe als eine Krankheit des Versicherten Ursache für eine Arbeitsverhinderung sind.
- (2) Arbeitsunfähigkeit liegt nicht vor
 - bei Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes. Die Bescheinigung hierfür hat auf dem vereinbarten Vordruck (Muster Nr. 21) zu erfolgen, der dem Arbeitgeber vorzulegen ist und zur Vorlage bei der Krankenkasse zum Bezug von Krankengeld ohne Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit des Versicherten berechtigt,

⁴⁴ analog § 125 SGB III

- für Zeiten, in denen ärztliche Behandlungen zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken stattfinden, ohne dass diese Maßnahmen selbst zu einer Arbeitsunfähigkeit führen,
- bei Inanspruchnahme von Heilmitteln (z. B. physikalisch-medizinische Therapie),
- bei Teilnahme an ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation oder rehabilitativen Leistungen anderer Art (Koronarsportgruppen u. a.),
- bei Durchführung von ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, es sei denn, vor Beginn der Leistung bestand bereits Arbeitsunfähigkeit und diese besteht fort oder die Arbeitsunfähigkeit wird durch eine interkurrente Erkrankung ausgelöst,
- wenn Beschäftigungsverbote nach dem Infektionsschutzgesetz oder dem Mutterschutzgesetz (Zeugnis nach § 3 Abs. 1 MuSchG) ausgesprochen wurden,
- bei Organspenden für die Zeit, in welcher der Organspender infolge seiner Spende der beruflichen Tätigkeit nicht nachkommen kann,
- bei kosmetischen und anderen Operationen ohne krankheitsbedingten Hintergrund und ohne Komplikationen oder
- bei einer nicht durch Krankheit bedingten Sterilisation (Verweis auf § 5 Abs. 1 S. 3 dieser Richtlinien).

§ 4 Verfahren zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit

- (1) Bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit sind körperlicher, geistiger und seelischer Gesundheitszustand des Versicherten gleichermaßen zu berücksichtigen. Deshalb dürfen die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit und die Empfehlung zur stufenweisen Wiedereingliederung nur auf Grund ärztlicher Untersuchungen erfolgen.
- (2) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist Voraussetzung für den Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall und für den Anspruch auf Krankengeld.
- (3) Der Vertragsarzt teilt der Krankenkasse auf Anforderung vollständig und in der Regel innerhalb von drei Werktagen weitere Informationen auf den vereinbarten Vordrucken mit. Derartige Anfragen seitens der Krankenkasse sind in der Regel frühestens nach einer kumulativen Zeitdauer der Arbeitsunfähigkeit eines Erkrankungsfalles von 21 Tagen zulässig. In begründeten Fällen sind auch weitergehende Anfragen der Krankenkasse möglich.
- (4) Sofern der Vertragsarzt - abweichend von der Feststellung im Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung - weiterhin Arbeitsunfähigkeit attestiert, ist diese von ihm zu begründen.

§ 5 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit bei Entgeltfortzahlung

- (1) Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen auf dem dafür vorgesehenen Vordruck (Muster Nr. 1) dürfen nur von Vertragsärzten oder deren persönlichen Vertretern für die Erstfeststellung einer Arbeitsunfähigkeit und während der Zeit des Anspruchs auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall ausgestellt werden. In die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sind die Diagnosen einzutragen, welche die Arbeitsunfähigkeit begründen, und entsprechend den Bestimmungen des § 295 SGB V zu bezeichnen. Gleiches gilt während des Anspruchs auf Fortzahlung der Entgeltersatzleistungen (z. B. Arbeitslosengeld, Übergangsgeld). Bei einer nicht durch Krankheit erforderlichen Sterilisation ist eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausschließlich für Zwecke der Entgeltfortzahlung erforderlich.

- (2) Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als in der Erstbescheinigung angegeben, ist nach Prüfung der aktuellen Verhältnisse eine ärztliche Bescheinigung jeweils mit Angabe aller aktuell die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit nach Muster Nr. 1 (Folgebescheinigung) auszustellen. Symptome (z. B. Fieber, Übelkeit) sind nach spätestens sieben Tagen durch eine Diagnose oder Verdachtsdiagnose auszutauschen. Dies trifft auch zu, wenn aus gesundheitlichen Gründen der Versuch der Wiederaufnahme einer Tätigkeit nach Beendigung der vom Arzt festgestellten Arbeitsunfähigkeit nicht erfolgreich war. Die Arbeitsunfähigkeit wird dadurch nicht unterbrochen, sondern besteht bis zur endgültigen Wiederaufnahme der Arbeit fort. Folgen zwei getrennte Arbeitsunfähigkeitszeiten mit unterschiedlichen Diagnosen unmittelbar aufeinander, dann ist für die zweite Arbeitsunfähigkeit eine Erstbescheinigung auszustellen.
- (3) Die Arbeitsunfähigkeit soll für eine vor der ersten Inanspruchnahme des Arztes liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden. Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist ebenso wie eine rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu zwei Tagen zulässig.
- (4) Besteht an arbeitsfreien Tagen Arbeitsunfähigkeit, z. B. an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, Urlaubstagen oder an arbeitsfreien Tagen auf Grund einer flexiblen Arbeitszeitregelung (so genannte „Brückentage“), ist sie auch für diese Tage zu bescheinigen.
- (5) Liegen dem Vertragsarzt Hinweise auf (z. B. arbeitsplatzbezogene) Schwierigkeiten für die weitere Beschäftigung des Versicherten vor, sind diese der Krankenkasse in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mitzuteilen (Verweis auf § 7 Abs. 4 dieser Richtlinien).
- (6) Bei Feststellung oder Verdacht des Vorliegens eines Arbeitsunfalls, auf Folgen eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, eines Versorgungsleidens, eines sonstigen Unfalls oder bei Vorliegen von Hinweisen auf Gewaltanwendung oder drittverursachte Gesundheitsschäden ist gemäß § 294 a SGB V auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ein entsprechender Vermerk anzubringen.

§ 6 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Entgeltfortzahlung

- (1) Nach Ablauf der Entgeltfortzahlung bzw. der Fortzahlung von Entgeltersatzleistungen ist ein Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit vom Vertragsarzt auf der "Bescheinigung für die Krankengeldzahlung" (Muster Nr. 17) zu attestieren. Diese Bescheinigung ist stets mit allen aktuell die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen - bezeichnet entsprechend den Bestimmungen des § 295 SGB V - auszustellen.
- (2) Die Bescheinigung für die Krankengeldzahlung soll in der Regel nicht für einen mehr als sieben Tage zurückliegenden und nicht mehr als zwei Tage im voraus liegenden Zeitraum erfolgen. Ist es auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs offensichtlich sachgerecht, können längere Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit bescheinigt werden.
- (3) Die Bescheinigung über die letzte Arbeitsunfähigkeitsperiode ist dann zu versagen, wenn der Kranke entgegen ärztlicher Anordnung und ohne triftigen Grund länger als eine Woche nicht zur Behandlung gekommen ist und bei der Untersuchung arbeitsfähig befunden wird. In diesem Falle darf lediglich die Arbeitsfähigkeit ohne den Tag ihres Wiedereintritts bescheinigt werden; zusätzlich ist der vorletzte Behandlungstag anzugeben. Erscheint ein Versicherter entgegen ärztlicher Aufforderung ohne triftigen Grund nicht zum Behandlungstermin, kann eine rückwirkende Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit versagt werden. In diesem Fall ist von einer erneuten Arbeitsunfähigkeit auszugehen, die durch eine Erstbescheinigung zu attestieren ist.

§ 7 Zusammenwirken mit anderen Einrichtungen

- (1) Der Arzt übermittelt dem Medizinischen Dienst auf Anfrage in der Regel innerhalb von drei Werktagen die Auskünfte und krankheitsspezifischen Unterlagen, die dieser im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben benötigt. Sofern vertraglich für diese Auskunftserteilung Vordrucke vereinbart worden sind, sind diese zu verwenden.
- (2) Das Gutachten des Medizinischen Dienstes ist grundsätzlich verbindlich. Bestehen zwischen dem Vertragsarzt und dem Medizinischen Dienst Meinungsverschiedenheiten, kann der Vertragsarzt unter schriftlicher Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse eine erneute Entscheidung auf der Basis eines Zweitgutachtens beantragen. Sofern der Vertragsarzt von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, hat er diesen Antrag unverzüglich nach Kenntnisnahme der abweichenden Beurteilung des Medizinischen Dienstes zu stellen.
- (3) Bei Feststellung oder Verdacht des Vorliegens eines Arbeitsunfalls ist der Versicherte unverzüglich einem zur berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung zugelassenen Arzt vorzustellen.
- (4) Kann der Versicherte nach ärztlicher Beurteilung die ausgeübte Tätigkeit nicht mehr ohne nachteilige Folgen für seine Gesundheit oder den Gesundungsprozess verrichten, kann die Krankenkasse mit Zustimmung des Versicherten beim Arbeitgeber die Prüfung anregen, ob eine für den Gesundheitszustand des Versicherten unbedenkliche Tätigkeit bei demselben Arbeitgeber möglich ist.

§ 8 Grundsätze der stufenweisen Wiedereingliederung

Empfehlungen zur Ausgestaltung einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben gemäß § 74 SGB V und § 28 SGB IX finden sich in Anlage 1 dieser Richtlinien.

§ 9 Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten am 01.01.2004 in Kraft.

Köln, den 01.12.2003 Der Vorsitzende Jung

Anlage 1: Empfehlungen zur Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung

1. Bei Arbeitsunfähigkeit kann eine Rückkehr an den Arbeitsplatz auch bei weiterhin notwendiger Behandlung sowohl betrieblich möglich als auch aus therapeutischen Gründen angezeigt sein.
Über den Weg der „stufenweisen Wiedereingliederung“ wird der Arbeitnehmer individuell, d. h. je nach Krankheit und bisheriger Arbeitsunfähigkeitsdauer schonend, aber kontinuierlich bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit an die Belastungen seines Arbeitsplatzes herangeführt.
Der Arbeitnehmer erhält damit die Möglichkeit, seine Belastbarkeit entsprechend dem Stand der wiedererreichten körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsfähigkeit zu steigern. Dabei sollte die Wiedereingliederungsphase in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.
2. Die stufenweise Wiedereingliederung erfordert eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Versichertem, behandelndem Arzt, Arbeitgeber, Arbeitnehmervertretung, Betriebsarzt, Krankenkasse sowie ggf. dem MDK und dem Rehabilitationsträger auf der Basis der vom behandelnden Arzt unter Beachtung der Schweigepflicht gegebenen Empfehlungen zur vorübergehenden Einschränkung der quantitativen oder qualitativen Belastung des Versicherten durch die in der Wiedereingliederungsphase ausgeübte berufliche Tätigkeit.

Eine standardisierte Betrachtungsweise ist nicht möglich, so dass der zwischen allen Beteiligten einvernehmlich zu findenden Lösung unter angemessener Berücksichtigung der Umstände im Einzelfall maßgebliche Bedeutung zukommt.

Der Vertragsarzt kann – mit Zustimmung des Versicherten - vom Betriebsarzt, vom Betrieb oder über die Krankenkasse eine Beschreibung über die Anforderungen der Tätigkeit des Versicherten anfordern.

3. Die infolge der krankheitsbedingten Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu vermeidenden arbeitsbedingten Belastungen sind vom behandelnden Arzt zu definieren.
Der Vertragsarzt kann der Krankenkasse einen Vorschlag unterbreiten, der die quantitativen und qualitativen Anforderungen einer Tätigkeit beschreibt, die aufgrund der krankheitsbedingten Leistungseinschränkung noch möglich sind.
Ist die Begrenzung der Belastung des Versicherten durch vorübergehende Verkürzung der täglichen Arbeitszeit medizinisch angezeigt, kann auch dies eine geeignete Maßnahme zur stufenweisen Wiedereingliederung sein.
4. Eine stufenweise Wiedereingliederung an Arbeitsplätzen, für die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach den berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen erforderlich sind, kann grundsätzlich nur mit Zustimmung des Betriebsarztes erfolgen.
Ausgenommen davon bleiben die Fälle, bei denen feststeht, dass die am Arbeitsplatz vorliegende spezifische Belastung keine nachteiligen Auswirkungen auf den Gesundheitsprozess des Betroffenen selbst oder Unfall- oder Gesundheitsgefahren für ihn selbst oder Dritte mit sich bringen kann.
5. Während der Phase der stufenweisen Wiedereingliederung ist der Versicherte in regelmäßigen Abständen vom behandelnden Arzt auf die gesundheitlichen Auswirkungen zu untersuchen.
Ergeben die regelmäßigen Untersuchungen eine Steigerung der Belastbarkeit, ist eine Anpassung der stufenweisen Wiedereingliederung vorzunehmen.
Stellt sich während der Phase der Wiedereingliederung heraus, dass für den Versicherten nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen können, ist eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorzunehmen oder die Wiedereingliederung abzubrechen.
Ergibt sich während der stufenweisen Wiedereingliederung, dass die bisherige Tätigkeit auf Dauer krankheitsbedingt nicht mehr in dem Umfang wie vor der Arbeitsunfähigkeit aufgenommen werden kann, so ist hierüber die Krankenkasse unverzüglich schriftlich zu informieren.
6. Erklärt der Arbeitgeber, dass es nicht möglich ist, den Versicherten zu beschäftigen, ist die stufenweise Wiedereingliederung nicht durchführbar.
7. Alle Änderungen des vereinbarten Ablaufs der Wiedereingliederung sind den Beteiligten unverzüglich mitzuteilen.
8. Voraussetzung für die stufenweise Wiedereingliederung ist die Einverständniserklärung des Versicherten auf dem vereinbarten Vordruck.
Auf diesem hat der Arzt die tägliche Arbeitszeit und diejenigen Tätigkeiten anzugeben, die der Versicherte während der Phase der Wiedereingliederung ausüben kann bzw. denen er nicht ausgesetzt werden darf.
Der Arbeitgeber soll eine ablehnende Stellungnahme nach Nummer 6 der Anlage 1 dieser Richtlinien ebenfalls auf dem Vordruck bescheinigen.

Anhang 2:

Zusammenstellung von arbeitsmedizinischen Begriffen ⁴⁵

Hinweis:

Die hier gegebenen Definitionen und Erläuterungen beziehen sich auf die in den arbeitsamtsärztlichen Gutachten verwendeten Begriffe. Sie sollen als Anhaltspunkte dienen. Es handelt sich nicht um gesetzliche Festlegungen, sofern nicht ausdrücklich angegeben. Die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen (Jugendarbeitsschutzgesetz, Mutterschutzgesetz, Unfallverhütungsvorschriften usw.) wird grundsätzlich vorausgesetzt.

Im Freien

Definition / Erläuterung: Ständig oder überwiegend außerhalb von temperierten Räumen oder Werkhallen; auch in ungeheizten (offenen) Hallen

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: Pollinose / Rhinitis allergica mit durchgehender Symptomatik über mehrere Monate, chronische Entzündungen wie Bronchitis, Nephritis; fortgeschrittene (auch unspezifische) rheumatische Erkrankungen

In Werkhallen

Definition / Erläuterung: Temperatur: 15 – 18 °C

Ergänzende Hinweise: In Werkhallen herrscht oft Zugluft.

In temperierten Räumen

Definition / Erläuterung: Temperatur: 18 – 22 °C

Vollschichtig

Definition / Erläuterung: Übliche, ganztägige Arbeitszeit

Ergänzende Hinweise: Im arbeitsamtsärztlichen Gutachten ist die Leistungsfähigkeit als „vollschichtig“, für „täglich von 3 bis unter 6 Stunden“ oder für „täglich weniger als 3 Stunden“ anzugeben.

unterhalbschichtig: 2-3 Stunden pro Tag; *halb- bis untermittelschichtig:* 4-6 Stunden pro Tag. Diese Begriffe werden im Bereich der Rentenversicherung verwendet.

Tagesschicht

Definition / Erläuterung: Innerhalb eines Zeitrahmens von 6 bis 18 Uhr

Ergänzende Hinweise: Auch als „Normalschicht“ bezeichnet

Früh-/Spätschicht

Definition / Erläuterung: Zwei-Schicht-System mit kontinuierlicher oder diskontinuierlicher Arbeitszeit am Tage

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: psychische Minderbelastbarkeit, fortgeschrittene Herz-Kreislauferkrankungen, schwer einstellbarer Diabetes mellitus

Ergänzende Hinweise: Ungünstiger Schichtwechsel möglich. Der oft gebrauchte Begriff „Schichtarbeit“ ist kein einheitlicher Begriff; seine Bedeutung hängt ab von der jeweiligen Abweichung von der Tagesschicht.

⁴⁵ in Anlehnung an die arbeitsmedizinische Begutachtungsanleitung der Bundesagentur für Arbeit, mit freundlicher Genehmigung des Amtsärztlichen Dienstes

Nachtschicht

Definition / Erläuterung: Meist im Ein- oder Drei-Schichtsystem

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: nach Organtransplantation (instabil), ausgeprägte chronische Niereninsuffizienz, Nachtblindheit stärkeren Ausmaßes (falls für die spezielle Tätigkeit relevant), Lungenfunktionsstörungen von Krankheitswert, Anfallsleiden jeglicher Genese, vom Biorhythmus abhängige Medikamenteneinnahme (z.B. bei Zustand nach Organtransplantation), psychovegetative Störungen von Krankheitswert, ausgeprägte psychotische, neurotische oder organisch bedingte psychische Störungen, Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabhängigkeit, chronische Schlafstörungen⁴⁶

Ergänzende Hinweise: Die Anpassung der zirkadianen Rhythmik des Körpers an Nachtarbeit ist nur begrenzt möglich und individuell unterschiedlich. Die Nachtschichtenfolge kann unterschiedlich organisiert sein.

Ständig

Definition / Erläuterung: 91-100 % der Arbeitszeit (oder mehr als 12 mal pro Stunde für Heben und Tragen)

Überwiegend

Definition / Erläuterung: 51-90 % der Arbeitszeit (Der Umfang deckt sich mit demjenigen von „häufig“.)

Ergänzende Hinweise: Wird „überwiegend“ angegeben, sollte eine korrespondierende Angabe mit „zeitweise“ erfolgen.

Zeitweise

Definition / Erläuterung: ca. 10% der Arbeitszeit

Leichte Arbeit⁴⁷

Definition / Erläuterung: z.B. Tragen von weniger als 10 kg, auch langes Stehen oder Umhergehen (bei Dauerbelastung)

Ergänzende Hinweise: Einteilung der Arbeitsschwere nach REFA, siehe Tabelle unten *Klassifizierung der körperlichen Beanspruchung an Arbeitsplätzen nach REFA*.

Belastende Körperhaltungen (Zwangshaltungen, Haltearbeit) erschweren die Arbeit um eine Stufe. Belastende Umgebungseinflüsse sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Mittelschwere Arbeit⁴⁷

Definition / Erläuterung: z.B. Tragen von 10 bis 15 kg, auch unbelastetes Treppensteigen (bei Dauerbelastung)

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: fortgeschrittene Erkrankungen des Muskel- Skelettsystems, des Herzens, des Kreislaufs, der Lungen, des Nervensystems

Ergänzende Hinweise: Einteilung der Arbeitsschwere nach REFA, siehe Tabelle unten *Klassifizierung der körperlichen Beanspruchung an Arbeitsplätzen nach REFA*.

Belastende Körperhaltungen (Zwangshaltungen, Haltearbeit) erschweren die Arbeit um eine Stufe. Belastende Umgebungseinflüsse sind ebenfalls zu berücksichtigen.

⁴⁶ Anhaltspunkte zur Durchführung arbeitsmedizin. Untersuchungen bei Nachtarbeitern gem. § 6 Abs. 3 Arbeitszeitgesetz (ArbZG). Bek. des BMA vom 22.08.95, Bundesarbeitsblatt 10/1995, S. 79-82

⁴⁷ Angaben aufgrund des Arbeits-Energieumsatzes (Hettinger, in Konietzko /Dupuis, Handbuch der Arbeitsmedizin, III-4.3).

Schwere Arbeit⁴⁷

Definition / Erläuterung: z.B. Tragen über 15 kg, auch Steigen unter mittleren bis schweren Lasten (bei Dauerbelastung)

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: fortgeschrittene Erkrankungen des Muskel- Skelettsystems, des Herzens, des Kreislaufs, der Lungen, des Nervensystems, höhergradige Myopie (Gefahr der Netzhautablösung)

Ergänzende Hinweise: Einteilung der Arbeitsschwere nach REFA, siehe Tabelle unten *Klassifizierung der körperlichen Beanspruchung an Arbeitsplätzen nach REFA* .

Belastende Körperhaltungen (Zwangshaltungen, Haltearbeit) erschweren die Arbeit um eine Stufe. Belastende Umgebungseinflüsse sind ebenfalls zu berücksichtigen.

Zum Teil erfolgt eine weitergehende Abgrenzung: „Schwerstarbeit“: z. B. Tragen über 30 kg, auch Steigen unter schweren Lasten

Stehend

Definition / Erläuterung: Zu differenzieren: Zeitweise /überwiegend /ständig

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: ausgeprägte Varikosis, fortgeschrittene Erkrankungen der LWS und der unteren Extremitäten

Ergänzende Hinweise: „Wechselnde Körperhaltung“:

1. „Überwiegend sitzend oder gehend, zeitweise stehend“;
2. „Überwiegend sitzend, zeitweise gehend und stehend“

Cave: „Im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen“, da es derartige Arbeitsplätze kaum gibt!

Gehend

Definition / Erläuterung: Zu differenzieren: zeitweise/überwiegend/ständig

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: fortgeschrittene Erkrankung der LWS und der unteren Extremitäten

Sitzend

Definition / Erläuterung: Zu differenzieren: zeitweise/überwiegend/ständig

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: Fortgeschrittene Erkrankungen der WS

Zeitdruck

Definition / Erläuterung: Erhöhte Anforderung in zeitlicher Hinsicht im Vergleich zur „Normalleistung“

Arbeitsmedizinische Bedenken: z .B.: psychische Minderbelastbarkeit, psychiatrische und neurologische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Ergänzende Hinweise: Akkordarbeit ist zu differenzieren in *Stückakkord – Zeitakkord, Gruppenakkord – Einzelakkord*

„Normalleistung“ ist diejenige Leistung, die von jedem hinreichend geeigneten Arbeitnehmer nach genügender Übung und ausreichender Einarbeitung ohne Gesundheitsschädigung auf Dauer erreicht werden kann.

Nässe, Kälte, Zugluft, Temperaturschwankungen

⁴⁷ Angaben aufgrund des Arbeits-Energieumsatzes (Hettinger, in Konietzko /Dupuis, Handbuch der Arbeitsmedizin, III-4.3).

Definition / Erläuterung: Bereits bei Temperaturen unter +15°C ist von einer arbeitsmedizinisch nicht zu vernachlässigenden Kälteeinwirkung auszugehen.

95 % aller Kältearbeitsplätze weisen Temperaturen zwischen - 5 und + 15 °C („mäßig kalt“) auf (jahreszeitlich begrenzt im Freien; in Kühlräumen).

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach G 21 bei Beschäftigten an „tiefkalten“ Arbeitsplätzen mit Temperaturen unterhalb - 25 °C (ausgenommen kurzzeitiges Betreten kalter Räume zu Kontrollzwecken).

„Nässearbeit“: siehe unten „Feuchtarbeit“.

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: rheumatische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungen- und Bronchialerkrankungen, Urogenitalerkrankungen

Ergänzende Hinweise: Zugluft, Luftfeuchtigkeit und Nässe-Einfluss verstärken das Kälteempfinden und die arbeitsmedizinische Kältewirkung.

Bei Kältearbeit: Schutzkleidung, Herabsetzung der Arbeitsdauer, Pausenregelung

Hitzearbeit

Definition / Erläuterung: Hitze Arbeitsplatz: Arbeitsplatz, an dem schon in arbeitsüblicher Halb- bis Leichtkleidung und bei körperlicher Ruhe oder nur leichter Tätigkeit unvermeidlich und meist merklich geschwitzt wird, somit ein Arbeitsplatz mit (nicht nur kurzfristig) auftretenden Raumtemperaturen oberhalb 25-30 °C bei geringer Luftgeschwindigkeit und mittlerer relativer Feuchte⁴⁸

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: Herz-Kreislauf-, Lungen-, Haut-, Nieren-, Stoffwechselerkrankungen; erhebliches Übergewicht, evtl. auch Alter über 45 Jahre

Ergänzende Hinweise: Hitze einwirkungen mit der Konsequenz arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen nach dem arbeitsmedizinischen Grundsatz G 30 liegt vor für:

- hitzeadaptierte Personen unter dauernder Hitzebelastung (= täglich mehr als 1 Stunde) ja nach Arbeitsschwere ab 34 bis 30 °C NET,
- für kurzzeitig (< 15 Min.) und unregelmäßig hitzeexponierte, nicht hitzeadaptierte Personen bei Schwerarbeit ab 35 °C NET.

Bei den Temperaturangaben handelt es sich um „Normal-Effektiv-Temperatur“ (NET), ein Klimasummenmaß, welches auch die Luftfeuchtigkeit und die Luftgeschwindigkeit berücksichtigt.

Bei Hitzearbeit: klimatechnische Maßnahmen, evtl. Untersuchungen nach G 30, Schutzkleidung, Pausenregelung, Schichtverkürzung.

Staub, Rauch, Gase, Dämpfe

Definition / Erläuterung: Disperse Verteilung von Stoffen in der Luft

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: Lungen- /Bronchial- /Herz- Kreislauferkrankungen, Neigung zu Entzündungen des äußeren Auges, evtl. Magen- Darm- und Lebererkrankungen

Ergänzende Hinweise: Mögliche bronchopulmonale Auswirkungen (je nach Stoff): irritativ, toxisch, allergisierend, fibrosierend, krebserzeugend.

⁴⁸ Jansen, G. (Hsg.) „Kompendium der Arbeitsmedizin“, Verlag TÜV Rheinland, Köln 1982

(1) Schmutzarbeiten, (2) hautbelastende Stoffe, (3) Feuchtarbeit⁴⁹

Definition / Erläuterung:

- (1) Arbeit mit häufig notwendiger Hautreinigung
- (2) Hautkontakt mit irritativ bzw. toxisch wirkenden Stoffen
- (3) Tätigkeiten, bei denen die Beschäftigten während eines nicht unerheblichen Teiles ihrer Arbeitszeit, d. h. regelmäßig täglich mehr als ca. ¼ Schichtdauer (ca. zwei Stunden) mit ihren Händen Arbeiten im feuchten Milieu (mit flüssigen wässrigen oder nicht-wässrigen Medien) ausführen oder während eines entsprechenden Zeitraums feuchtigkeitsdichte Handschuhe tragen oder häufig (z. B. 20 mal pro Tag) bzw. intensiv die Hände reinigen müssen

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: Chronische Hauterkrankungen, insbesondere Hautallergie, atopische Hautdiathese

Ergänzende Hinweise: Der Gebrauch von Hautschutzmitteln und Schutzkleidung ist grundsätzlich vorzusetzen.

Lärm

Definition / Erläuterung: Schalldruckpegel ab 85 dB(A)

„Beurteilungspegel“: zeitlicher Mittelwert des Schalldruckpegels am Arbeitsplatz bezogen auf die Dauer einer achtstündigen Arbeitsschicht

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: Z. n. Hörsturz, Hörverlust für Knochenleitung, Lärmschwerhörigkeit, M. Ménière, Z. n. Otosklerose-Op., Ekzem- u.ä. Erkrankung im Gehörgang, an der Ohrmuschel oder in deren Umgebung, wenn dadurch die Benutzung von Gehörschutz nicht möglich ist.

Ergänzende Hinweise: Eine Hörschädigung bei einem Beurteilungspegel von 85 dB(A) ist nur nach einer Exposition von mehr als 15 Jahren wahrscheinlich, bei 90 dB(A) nach mehr als sechs Jahren, bei 120 dB(A) schon nach Minuten, bei 135 dB(A) schon nach Einzelergebnissen (Knalltrauma). Individuell ist eine erhöhte Empfindlichkeit möglich, die am Verlauf erkannt wird (Untersuchung nach dem arbeitsmedizinischen Grundsatz G 20).

Beurteilungspegel	
Obergrenzen nach § 15 ArbStV:	
bei überwiegend geistigen Tätigkeiten	55 dB(A)
bei einfachen oder überwiegend mechanisierten Bürotätigkeiten	70 dB(A)
bei anderen Tätigkeiten	85 dB(A)

Gemäß Unfallverhütungsvorschrift VBG 121 muss der Arbeitgeber bei einem Beurteilungspegel von mehr als 85 dB(A) Gehörschutz zur Verfügung stellen.

Arbeiten unter erhöhter Verletzungsgefahr

Definition / Erläuterung: Tätigkeiten mit erhöhter Eigen- oder Fremdgefährdung, z.B. auf Leitern und Gerüsten, mit Starkstrom, an laufenden Maschinen

⁴⁹ TRGS 531 Gefährdung der Haut durch Arbeiten im feuchten Milieu (Feuchtarbeit); Bundesarbeitsblatt 9/1996, S. 65 – 67

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: Synkopen, Anfallsleiden, Erkrankungen mit Stand- oder Halteunsicherheit

Ergänzende Hinweise: Die Art der Gefährdung ist zu differenzieren. Das Symptom „Schwindel“ muss schlüssig abgeklärt werden.

Häufiges Bücken

Definition / Erläuterung: Mehr als acht mal pro Stunde

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: BWS-/ LWS- Erkrankungen, Erkrankungen der unteren Extremitäten.

Zwangshaltungen

Definition / Erläuterung: Arbeiten in ungünstiger Körperhaltung, verbunden mit statischer Muskelarbeit, z. B. Überkopf, vornübergebückt, mit Armvorhalt, Bücken, Knien

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: WS- Erkrankungen, Erkrankungen der oberen oder unteren Extremitäten

Ergänzende Hinweise: Die Art der zu vermeidenden Zwangshaltungen ist im „ergänzenden Leistungsbild“ nach Art, Häufigkeit und Dauer zu differenzieren.

Häufiges Heben und Tragen (ohne mechanische Hilfsmittel)

Definition / Erläuterung: Manuelles Bewegen von Lasten in vertikaler (Heben/Senken) und horizontaler (Tragen) Richtung

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B.: WS-Erkrankungen, Erkrankungen der oberen oder unteren Extremitäten, höhergradige Myopie (Gefahr der Netzhautablösung)

Ergänzende Hinweise: Höchstzumutbare Einzellast [bzw. bei häufigem Heben und Tragen] aus arbeitsmedizinischer Sicht (diese Werte gelten nicht für Akkordarbeit!):

Männer	50 kg [25 kg]
Frauen	15 kg [10 kg] ⁵⁰
Jugendliche, männlich	20 kg [15 kg]
Jugendliche, weiblich	15 kg [10 kg]
Schwangere	10 kg [5 kg] ⁵¹

Exakte Angaben im Leistungsbild zur zumutbaren Gewichtsbelastung für Heben und Tragen sind in der Regel nicht möglich und daher, wenn sie dort angegeben werden, stets nur als Anhaltspunkt zu verstehen!

„**Ständig / überwiegend / zeitweise**“, siehe oben.

Häufig

Definition / Erläuterung: ca. 51-90 % der Arbeitszeit (Der Umfang deckt sich etwa mit demjenigen von „überwiegend“.)

⁵⁰ § 11 VO über die Beschäftigung von Frauen auf Fahrzeugen

⁵¹ § 4 MuSchG

Ergänzende Hinweise: „Häufiges Heben und Tragen“: 7-12 mal pro Stunde
 „Häufiges Händewaschen“: > 20 mal pro Tag
 „Häufiges Bücken“: > 8 mal pro Stunde

Gelegentlich

Definition / Erläuterung: bis 5 % der Arbeitszeit

Ergänzende Hinweise: „Gelegentliches Heben und Tragen“: bis 6 mal pro Stunde
 „Gelegentliches Bücken“: 1-2 mal pro Stunde

Klassifizierung der körperlichen Beanspruchung an Arbeitsplätzen nach REFA ⁵²

Stufe	Bezeichnung	Stufendefinition
0	-	Arbeiten ohne besondere Beanspruchung
I	leicht	Leichte Arbeiten wie Handhaben leichter Werkstücke und Handwerkszeuge, Bedienen leichtgehender Steuerhebel und Controller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen; auch langdauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen
II	mittelschwer	Mittelschwere Arbeiten wie Handhaben etwa 1 bis 3 kg schwerkender Steuereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern, Heben und Tragen von mittelschweren Lasten in der Ebene (von etwa 10 bis 15 kg) oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand erfordern Ferner: leichte Arbeiten entsprechend Grad I mit zusätzlicher Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades wie Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrwinden und Handbohrmaschinen
III	schwer	Schwere Arbeiten wie Tragen von etwa 20 bis 40 kg schweren Lasten in der Ebene oder Steigen unter mittleren Lasten und Handhaben von Werkzeugen (über 3 kg Gewicht), auch von Kraftwerkzeugen mit starker Rückstoßwirkung, Schaufeln, Graben, Hacken Ferner: mittelschwere Arbeiten entsprechend Grad II in angespannter Körperhaltung, z.B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung. Höchstmögliche Dauer der Körperbeanspruchung in diesem Schweregrad bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen (Umwelteinflüssen): 7 Stunden
IV	schwerst	Schwerste Arbeiten, wie Heben und Tragen von Lasten über 50 kg oder Steigen unter schwerer Last, vorwiegender Gebrauch schwerster Hämmer, schwerstes Ziehen und Schieben Ferner: schwere Arbeiten entsprechend Grad III in angespannter Körperhaltung, z.B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung. Höchstmögliche Dauer der Körperbeanspruchung in diesem Schweregrad bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen (Umwelteinflüssen): 6 Stunden

⁵² REFA = „Reichsausschuss für Arbeitsstudien“, heute: „Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung e.V.“

Anhang 3

Formularsatz, (Zusammenstellung von Beispielen):

1. Versichertengespräch durch die Krankenkasse,
2. SFB-Bogen für den MDK Seite 1 und 2,
3. MDK-Begutachtung bei Zweifel durch den Arbeitgeber,
4. MDK-Anfrage an den Versicherten bei AU (Anschreiben und Formular),
5. MDK-Arzt-Anfrage bei AU,
6. Rückinformation des MDK an den behandelnden Arzt,
7. Rückinformation des MDK an den behandelnden Arzt nach abgeschlossener Diagnostik,
8. Rückinformation des MDK an den behandelnden Arzt nach einer Rehabilitation,
9. Ergebnis der Begutachtung (Handzettel für den Versicherten),
10. Dokumentationsbogen Symptombezogene Untersuchung,
11. Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht bei Anforderung von Unterlagen

Versichertengespräch 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 Vermittlungsbereich:

4. Besteht Kontakt zum Arbeitsplatz ?

5. Angaben zur Krankheit:

a. Welche Krankheit führt aktuell zur Arbeitsunfähigkeit:

b. Hat sich die AU-Diagnose während der Arbeitsunfähigkeit geändert?

- nein ja (bitte erläutern)

6. Angaben zur Behandlung:

a. Die Behandlung erfolgt hauptsächlich durch:

b. Mitbehandlung erfolgt durch: _____ seit: _____

c. Bisherige Diagnostik/Behandlung (Stichworte, wichtig: Zeitpunkt der wesentlichen Maßnahmen, z. B. OP-Datum)

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

SFB-Bogen für den MDK (Seite 1)

Krankenkasse:		AnsprechpartnerIn mit Tel.-Nr.:	
Name, Geb. -Datum und Adresse des Versicherten:	GdB:	Stat. Beh./HV zuletzt Vom.....bis..... Vom.....bis..... Vom.....bis.....	
	MdE:		
	Berufskrankheit:		
AU-begründende Diagnose / ICD-10:			
AU ab:	Rehabilitation beantragt <input type="checkbox"/>	Rente beantragt <input type="checkbox"/>	
Voraussichtl. Leistungsunterbrechung:	Datum:	Datum:	
Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:		Arbeitslos seit:	
Beginn der Beschäftigung:	ggf. Ende der Beschäftigung:		
AU-attestierender Arzt (Angabe von Adresse und Telefonnummer):			
Sonstige Hinweise (z. B. abgelehnte Rentenanträge, relevante Vorerkrankungen / Unfälle):			
<u>Fragestellung der Krankenkasse:</u>			
Dauer der AU?			
Ist eine stufenweise Wiedereingliederung notwendig?			
Liegt § 51 SGB V vor?			
Positives/negatives Leistungsbild?			
andere Fragestellung:			
Einladung zur persönlichen Vorstellung am:			Uhrzeit:
Gutachter/ Fachgebiet:		Zuständiger MDK:	
Besondere Hinweise für den MDK (z. B. Versicherten-Gespräch):			

SFB-Bogen für den MDK (Seite 2)

Personalien des Versicherten: _____

Stellungnahme des MDK:

Frage(n) der Krankenkasse:

Informationsbasis des MDK:

Begründung der sozialmedizinischen Empfehlung:

Weitere Unterlagen erforderlich:

- Krankenhaus-Entlassungsbericht
- AHB/Reha-Entlassungsbericht
- Pflegegutachten
- Kostenvoranschlag
- Prospektmaterial
- Arbeitsplatzbeschreibung

Einladung zur Begutachtung am: _____

Datum, Stempel, Unterschrift

MDK-Begutachtung bei Zweifel durch den Arbeitgeber

MDK/Beratungsstelle:

Ihr(e) Ansprechpartner(in):

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Personalien
Name, Vorname, Geburtstag, Adresse
Arbeitsunfähig seit:

Zweifel an der AU durch Arbeitgeber Kasse

angemeldet am: _____ Name des Sachbearbeiters: _____

Kasse: _____ Telefon: _____ Fax: _____

AU-Diagnose: _____ AU voraussichtlich bis: _____

Name des attestierenden Arztes/Fachrichtung: _____

Telefon-Nr. des Arztes: _____

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit: _____

Arbeitsverhältnis seit: _____ gekündigt zum: _____

arbeitslos seit: _____

Versicherungsverlauf mit Angaben zu AU-Tagen und AU-Diagnosen, siehe Anhang.

Gründe für den Zweifel (ggf. Anschreiben des Arbeitgebers beifügen):

Sozialmedizinische Stellungnahme und Begründung:

Termin der Untersuchung am: _____ Uhrzeit: _____ Ort: _____

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

MDK-Anfrage an den Versicherten bei Arbeitsunfähigkeit

MDK/Beratungsstelle:

Ihr(e) Ansprechpartner(in):

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Personalien
Name, Vorname, Geburtsdatum:
Krankenkasse, Geschäftsstelle:
Arbeitsunfähig seit:

Sehr geehrte/r

von Ihrer zuständigen Krankenkasse bin ich beauftragt worden, eine Begutachtung durchzuführen. Um entscheiden zu können, ob eine körperliche Untersuchung in unserer Beratungsstelle erforderlich ist, oder ob hierauf verzichtet werden kann, bitte ich Sie höflichst, den beiliegenden Fragebogen auszufüllen und diesen bis spätestens

----- . ----- . -----

zurückzusenden.

Ich bedanke mich für Ihre Mithilfe und weise darauf hin, dass die erhobenen Daten selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen.

Ein Freiumschlag ist beigelegt.

Bitte beachten Sie den Rücksendetermin, damit meinerseits eine überflüssige Einladung zur Untersuchung vermieden werden kann.

Sollten Sie bereits wieder arbeitsfähig sein, bzw. sich bei der Agentur für Arbeit gemeldet haben, sehen Sie dieses Schreiben bitte als gegenstandslos an.

Mit freundlichen Grüßen

Stempel und Unterschrift des Arztes

Anlagen

1 Fragebogen

1 Freiumschlag

Seite 1 von 2

MDK- Anfrage an den Versicherten bei Arbeitsunfähigkeit

MDK/Beratungsstelle:

Ihr(e) Ansprechpartner(in):

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Personalien
Name, Vorname, Geburtstag:
Krankenkasse:

Ich arbeite als (Beruf/Tätigkeit): _____
seit: _____ Firma: _____

Mein Arbeitsverhältnis besteht ist gekündigt zum _____

Ich bin zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit gemeldet seit: _____

Ich bin arbeitsunfähig seit: _____

Ich werde meine Arbeit wieder aufnehmen am: _____

Ich werde mich bei der Agentur für Arbeit melden am:

Wann ist eine Arbeitsaufnahme voraussichtlich möglich? _____

Ich bin weiter in Behandlung (Häufigkeit) _____ bei:

Dr. _____ Fachgebiet: _____ und

Dr. _____ Fachgebiet: _____

wegen folgender Beschwerden:

Es ist eine Besserung eingetreten ja nein

Datum _____

Unterschrift des Versicherten

MDK-Arzt-Anfrage bei Arbeitsunfähigkeit

MDK/Beratungsstelle:

Ihr(e) Ansprechpartner(in):

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Personalien
Name, Vorname, Geburtsdatum:
Arbeitsunfähig seit:

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

ich prüfe als Beratungsärztin/-arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), ob und ggf. welche sozialmedizinischen Maßnahmen im vorliegenden Fall einzuleiten sind (z.B. Untersuchungen durch den zuständigen MDK).

In diesem Zusammenhang bitte ich Sie darum, ergänzend zur vorliegenden Kassenanfrage, die nachfolgende(n) Frage(n) zu beantworten bzw. mir folgende Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Befundbericht | <input type="checkbox"/> Krankenhausentlassungsbericht |
| <input type="checkbox"/> Reha-Bericht | <input type="checkbox"/> Aktuelle Diagnose, Diagnostik, Therapie? |
| <input type="checkbox"/> Mitbehandelnde Ärzte | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Originalberichte erhalten Sie selbstverständlich umgehend zurück.
Bitte senden Sie Ihre Antwort an meine Adresse bei der

Geschäftsstelle _____ . Ein Rückumschlag ist beigelegt.

Für Ihre Unterstützung bedanke ich mich im voraus.

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Rückinformation des MDK an den behandelnden Arzt

MDK/Beratungsstelle:

Ihr(e) Ansprechpartner(in):

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Personalien
Name, Vorname, Geburtstag:
Krankenkasse:

Sehr geehrte(r) Frau / Herr Kollegin/Kollege,

ein angemessener Zeitraum für Akutdiagnostik und –Therapie mit Arbeitsruhe lässt bei der ausgewiesenen arbeitsunfähigkeitsbegründenden Diagnose nicht auf länger dauernde erhebliche Belastungseinschränkungen schließen, so dass die Beendigung der Arbeitsunfähigkeit zum _____ möglich erscheint.

Sollten sich aus Ihrer Sicht andere Gesichtspunkte ergeben, bitten wir um eine ergänzende Mitteilung an die Krankenkasse Ihres Patienten zu Händen des MDK-Gutachters. Ihre Angaben werden unter Beachtung des Datenschutzes „Arzt zu Arzt“ vertraulich behandelt.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Rückinformation des MDK an den behandelnden Arzt nach abgeschlossener Diagnostik

MDK/Beratungsstelle:

Ihr(e) Ansprechpartner(in):

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Personalien
Name, Vorname, Geburtstag:
Krankenkasse:

Sehr geehrte(r) Frau / Herr Kollegin / Kollege,

den von Ihnen im Zusammenhang mit der derzeitigen Arbeitsunfähigkeit Ihrer/Ihres Patientin/Patienten an die Krankenkasse übermittelten Arztbericht vom _____ haben wir zur Kenntnis genommen.

Die vorliegenden Unterlagen, insbesondere

lassen die Beendigung der Arbeitsunfähigkeit bis zum _____ möglich erscheinen.

In dem beigefügten Arztfragebogen, der an die Krankenkasse zurückgesandt werden kann, können Sie medizinische Gründe anführen, die eine Fortsetzung der Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen, falls Sie sich nicht der Gutachtermeinung anschließen können. Ihre Angaben werden unter Beachtung des Datenschutzes „Arzt zu Arzt“ vertraulich behandelt.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Rückinformation des MDK an den behandelnden Arzt nach einer Rehabilitation

MDK/Beratungsstelle:

Ihr(e) Ansprechpartner(in):

Telefon:

Telefax:

E-Mail:

Personalien
Name, Vorname, Geburtstag:
Krankenkasse:

Sehr geehrte(r) Frau / Herr Kollegin / Kollege,

den von Ihnen im Zusammenhang mit der derzeitigen Arbeitsunfähigkeit Ihrer/Ihres Patientin/Patienten an die Krankenkasse übermittelten Arztbericht vom _____ haben wir zur Kenntnis genommen.

Die vorliegenden Unterlagen, insbesondere die sozialmedizinische Beurteilung im Rehabilitations-Entlassungsbericht lassen die Beendigung der Arbeitsunfähigkeit bis zum _____ möglich erscheinen.

Sollten sich aus Ihrer Sicht andere Gesichtspunkte ergeben, können Sie medizinische Gründe anführen, die eine Fortsetzung der Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen. Diese ergänzende Mitteilung richten Sie bitte an die Krankenkasse Ihres Patienten zu Händen des MDK-Gutachters. Ihre Angaben werden unter Beachtung des Datenschutzes „Arzt zu Arzt“ vertraulich behandelt.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Ergebnis der Begutachtung / Handzettel für den Versicherten

Herr / Signor / Señor / Bay / Κύριος/ Gospodin /
 Frau / Signora / Señora / Bayan/ Kupía/ Gospodjna/ _____
 Geburtsdatum: _____
 Die sozialmedizinische Begutachtung am _____ hat ergeben
 La perizia sociale-medica _____ ha provato
 Segun resulta del dictamen socio-laboral de fecha _____
 Sosyal Sigorta kurumunun doktorun _____ tarihli raporuna göre
 Η ιατρική και νωνική γνωμάτευση _____ είχεν ως άποτέλεσμα
 Po socijal-medicenskom pregledu ustanovi se _____
 sledeće _____

Weiter Arbeitsunfähig ja nein
 Ancora inabile al lavoro si no
 Continúa incapacidad para el trabajo si no
 İşgörememezlik hali devam etmekte midir evet hayir
 Συνεχίζεται ή άνικανότης προς έργασίαν vaí öxi
 Dalja nesoposoban-na za rad da ne

Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit _____
 L`ultimo giorno dell`inabilità al lavoro _____
 Ultimo día de incapacidad laboral _____
 İşgörememezlik hali hangi gün sona ermektedir _____
 Τελευταία ήμέρα τής άνικανότητος προς έργασίαν _____
 Poslendnji dan nesposobnost za rad _____

 Datum, Stempel/Unterschrift

 Beratender Arzt
 Il medico consultivo
 El médico consultor
 Muayene eden Doktor
 Γνωματεύων ιατρός
 Liječnik savjetnik

Dokumentationsbogen Symptombezogene Untersuchung

Datum:

Zeit:

Krankenkasse:

Personalien	
Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse:	
Arbeitsunfähig seit:	

Kündigungsdatum:

Arbeitslosengeld / -hilfe:

Vorerkrankungen der letzten
Diagnose(n) (maximal 5):

Jahre:

Tage

Beh. Arzt:

AF-Vorschlag des beh. Arztes:

Beruf:

Beschwerden:

Befund (lokal):

Bemerkungen:

Diagnosen:

- Beurteilung:
- AF ab
 - SFB
 - Symptom bezogene Untersuchung in Wochen
 - Arztanfrage in Wochen
 - Med. Rehabilitation angezeigt (HV)
 - Empfehlung zur Therapie:
 - Fragestellung an beh. Arzt:

Unterschrift und Stempel des Arztes

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht bei Anforderung von Unterlagen

Personalien
Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse:
Anforderungsgrund:

Hiermit entbinde ich _____
von der ärztlichen Schweigepflicht auf Grundlage des § 67 b SGB X, dass der MDK die angeforderten medizinischen Unterlagen im Rahmen des Begutachtungsauftrages zur Kenntnis nehmen darf.

Die nachfolgende Zustimmung wird vom Versicherten freiwillig erteilt. Für den Fall des Versagens der Zustimmung entstehen der/m Versicherten keine Nachteile.

Die / Der Versicherte wurde hierüber aufgeklärt.

Datum

Unterschrift Ärztin / Arzt

Einwilligung der/des Versicherten

Mit der Übermittlung der vorgenannten Befunde zu Händen des MDK bin ich einverstanden.

Datum

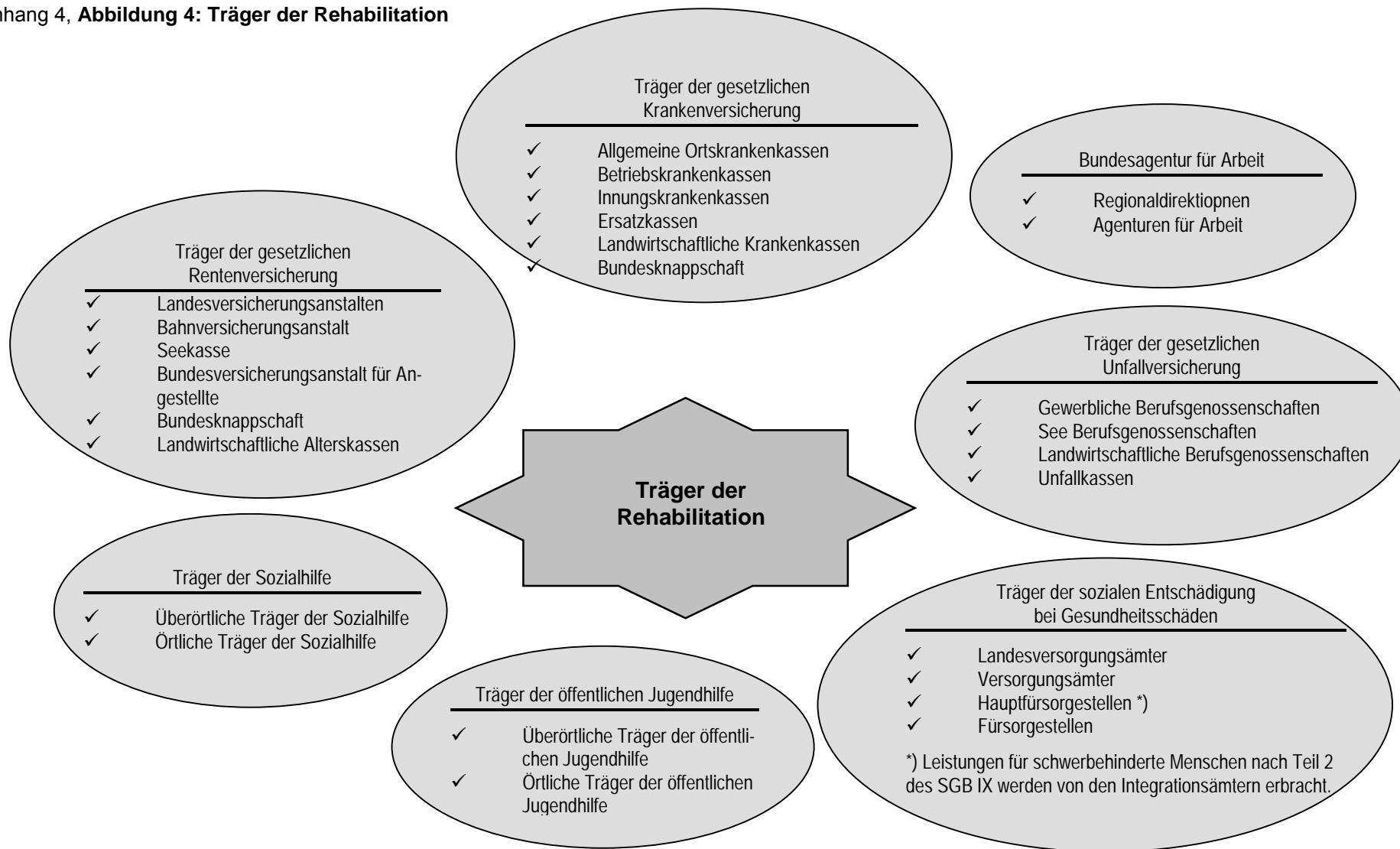
Unterschrift der/des Versicherten

Anhang 4:

Abbildung 4: Träger der Rehabilitation

Abbildung 5: Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen

Anhang 4, **Abbildung 4: Träger der Rehabilitation**



Anhang 4, Abbildung 5: Leistungen zur Teilhabe behinderter Menschen (Übersicht)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft	Sonstige, unterhaltssichernde u. a. ergänzende Leistungen zur Teilh.
<ul style="list-style-type: none"> - Insbesondere: - Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden - Zahnärztliche Behandlung - Arznei- und Verbandmittel - Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie - Hilfsmittel sowie Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln - Krankenhausbehandlung - Ambulante Leistungen zur Rehabilitation in wohnortnahen Einrichtungen - Stationäre Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung - Belastungserprobung und Arbeits-therapie - Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen - Stufenweise Wiedereingliederung - Früherkennung und Frühförderung - Förderung zur Selbsthilfe 	<ul style="list-style-type: none"> - Insbesondere: - Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes, einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen - Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung - berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen - berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden - Überbrückungsgeld - sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbstständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten - Medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen - Kraftfahrzeughilfe - Arbeitsassistenten - Ausbildungszuschüsse zur betrieblichen Ausführung von Bildungsleistungen - Eingliederungszuschüsse - Zuschüsse für Arbeitshilfen im Betrieb teilweise oder volle Kostenerstattung für eine befristete Probebeschäftigung - Leistungen im Eingangsverfahren und Berufsbildungsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> - Insbesondere: - Hilfsmittel und Hilfen, die nicht in den §§ 31,33 SGB IX genannt sind - Heilpädagogische Leistungen - Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten - Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt - Hilfen bei der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung - Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten - Hilfen zur Teilhabe am gesellschaftlichen und kulturellen Leben - Weitere Leistungen der Eingliederungshilfe 	<ul style="list-style-type: none"> - Insbesondere: - Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld - Beiträge und Beitragszuschüsse zur gesetzlichen Kranken-, Pflege- und Rentenversicherung sowie zur Bundesanstalt für Arbeit - Rehabilitationssport in Gruppen einschließlich Übungen für Behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen - Funktionstraining in Gruppen - Fahr- und andere Reisekosten - Betriebs- oder Haushaltshilfe, Kinderbetreuungskosten - Nachgehende Leistungen zur Sicherung des Erfolges der Leistungen zur Teilhabe - Kraftfahrzeughilfe - stationäre medizinische Leistungen zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit für Versicherte, die eine besonders gesundheitsgefährdende Beschäftigung ausüben - Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen - Stationäre Heilbehandlung für Kinder - Zuwendungen für Einrichtungen der Rehabilitationsforschung - Wohnungshilfe

Anhang 5:

Zusammenstellung von AU-relevanten BSG-Urteilen und Gesetzen

Inhaltsverzeichnis:

A. Rechtsprechung (BSG)

- A 1. Eingrenzung eines fortlaufenden Krankengeldanspruchs / dieselbe Krankheit
- A 2. Dispositionsrecht nach § 51 SGB V
- A 3. Verweisbarkeit

B. Richtlinien

- B 1. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des Bundesausschusses
- B 2. Anleitung zur Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit
- B 3. Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem MDK
- B 4. Kodex für die Gutachter der MDK-Gemeinschaft und des MDS

C AU-relevante Sozialgesetzgebung

- C 1. SGB I Aufgaben des SGB und soziale Rechte
- C 2. SGB III Arbeitsförderung
- C 3. SGB V
- C 4. SGB VI Gesetzliche Rentenversicherung
- C 5. SGB VII Gesetzliche Unfallversicherung
- C 6. SGB X Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten
- C 7. Mutterschutzgesetz (MuSchG)
- C 8. Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- C 9. Opferentschädigungsgesetz (OEG)
- C 10. Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG)

D Bundesmantelvertrag Ärzte und Arzt / Ersatzkassenvertrag

A. Arbeitsunfähigkeit / Krankheit

Bei der Arbeitsunfähigkeit (AU) handelt es sich um einen Rechtsbegriff, dessen Voraussetzung anhand ärztlich erhobener Befunde allein von der Krankenkasse und im Streitfall von den Gerichten festzustellen ist.

Das Attest mit der ärztlichen Feststellung der AU hat lediglich die Bedeutung eines medizinischen Gutachtens, das die Grundlage für die über den Krankengeldbezug zu erteilende Entscheidung entweder der Krankenkasse oder des Gerichtes bildet (BSG-Urteil 17.08.1982 3 RK 28 / 81).

Ein Versicherter ist arbeitsunfähig, wenn er seiner bisher ausgeübten oder einer ähnlich gearteten Erwerbstätigkeit wegen Krankheit überhaupt nicht oder nur auf die Gefahr hin nachgehen kann, seinen Zustand zu verschlimmern (BSG-Urteil 30.05.1967 3 RK 15 / 65; BSG-Urteil 08.02.2000 B1 KR 11 / 99). Ein Versicherter, der im Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung der AU über 7 Monate bei der Arbeitslosenverwaltung geführt wurde, ist arbeitsunfähig, wenn ihn die Krankheit an der Einsatzfähigkeit in einer zumutbaren Beschäftigung auf dem Arbeitsmarkt / Vermittlung über die Agentur für Arbeit hindert (BSG-Urteil 19.09.2002 B1 KR 11 / 02 R).

Krankheit als Versicherungsfall i. S. der gesetzlichen Krankenversicherung ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf und / oder AU bedingt. Davon sind auch nicht solche Regelwidrigkeiten ausgeschlossen, die auf einen Alterungsprozess zurückzuführen sind (BSG-Urteil 12.10.1988 3 / 8 RK 28 / 87).

A 1. Eingrenzung eines fortlaufenden Krankengeldanspruchs / dieselbe Krankheit

Tritt während einer laufenden AU eine neue Krankheit hinzu, so verlängert sich dadurch der Krankengeldanspruch nicht.

Dabei wird rechtlich zwischen der (ersten) Krankheit und der hinzugetretenen (weiteren) Krankheit kein Unterschied gemacht. Die bestehende und die hinzugetretene Erkrankung bilden eine Einheit, ohne dass es darauf ankommt, ob die hinzugetretene Krankheit allein oder nur zusammen mit der ersten Krankheit eine AU herbeiführt (BSG-Urteil 18.12.1992 1 RK 18 / 92 und BSG-Urteil 16.11.1991 1 RK 92 / 91).

Hat der Versicherte im letzten 3-Jahres-Zeitraum für die Höchstdauer von 78 Wochen Krankengeld bezogen, besteht mit Beginn des neuen 3-Jahres-Zeitraumes wieder ein Krankengeldanspruch, wenn die AU allein auf einer hinzugetretenen Erkrankung beruht, für die die Höchstbezugsdauer im letzten 3-Jahres-Zeitraum noch nicht ausgeschöpft war (BSG-Urteil 26.11.1991 1 RK 22 / 91).

Eine Krankheit ist nicht hinzugetreten i. S. des § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V, wenn am Tag nach der Beendigung einer AU eine neue Krankheit eintritt und AU verursacht. Dies gilt selbst dann, wenn zwischenzeitlich die Arbeit nicht aufgenommen wurde (Bundesarbeitsgerichtsurteile und BSG-Urteil 26.03.1980 AZ 2 RU 105 / 79).

Degenerative Veränderungen an der gesamten Wirbelsäule, die sich in gleichartigen Beschwerden in mehreren Wirbelsäulenabschnitten äußern, stellen ein einheitliches Grundleid dar. Es liegt dieselbe Krankheit vor, wenn bei den in kürzeren Zeitabständen auftretenden Beschwerden die einzelnen Wirbelsäulenabschnitte unterschiedlich stark betroffen sind (BSG-Urteil 12.10.1988 3 / 8 RK).

A 2. Dispositionsrecht, § 51 SGB V

Die sozialmedizinischen Gutachten mit Empfehlung zum Antrag nach § 51 Abs. 1 SGB V müssen aufzeigen:

- Summarisch die erhobenen Diagnosen / Befunde nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung.
- Die aus den krankheitsbedingten Funktionsstörungen / Fähigkeitsstörungen resultierenden Leistungseinschränkungen in Bezug auf die berufliche Tätigkeit / Erwerbstätigkeit.
- Angaben zur voraussichtlichen Dauer der Leistungseinschränkung mit Darstellung des Rehabilitationszieles und Prognose.

Ohne ein Gutachten mit Darstellung einer erheblich gefährdeten oder geminderten Erwerbsfähigkeit kann die Krankenkasse das Dispositionsrecht nicht ausüben (BSG-Urteil 07.08.1991 1 / R RK 26 / 90).

Der Krankenkasse ist es nach § 51 SGB V nicht verwehrt, zur Einschränkung der Dispositionsfreiheit des Versicherten eine Aufforderung nach § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V auszusprechen, auch wenn bereits vorher durch den Versicherten eine Rentenantragstellung erfolgt ist.

Es würde auch dem Sinn und Zweck des § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V entsprechen, wenn die Krankenkasse unter Hinweis auf die Rechtsfolgen des § 51 Abs. 3 SGB V auffordert, den bereits gestellten Rentenantrag auf Erwerbsunfähigkeit ohne ihre Zustimmung nicht zurückzunehmen oder zu beschränken.

Wichtig ist vor allem, dass die Krankenkasse dem Versicherten deutlich zu erkennen gibt, dass er über seinen Rentenantrag nicht mehr ohne Folgen für den Krankengeldanspruch frei verfügen kann (BSG-Urteil 16.02.1993 13 RJ 43 / 94).

A 3. Verweisbarkeit

Verweisbarkeit ist ein von der BSG-Rechtsprechung in den Urteilen vom 15.11.1984 bis 19.09.2002 geprägter und inhaltlich ausgestatteter Begriff, der den Rahmen beschreibt, innerhalb dessen die Krankenkasse bei AU eine Verweisung vornehmen kann.

Über die Verweisbarkeit entscheidet die Krankenkasse oder im Streitfall die Gerichte. Der MDK-GutachterIn sollte über die Hintergründe informiert sein, damit er seine Kompetenz nicht überschreitet und sich der Problematik des Rechtsbegriffes AU bewusst ist.

Das Krankengeld dient der wirtschaftlichen Sicherheit bei Krankheit und bietet Ersatz für das Entgelt, das dem Versicherten in Folge von Krankheit entgeht. Wirtschaftlicher Bezugspunkt der AU ist diejenige Tätigkeit, die der Arbeitsunfähige ohne die Krankheit ausüben würde (BSG-Urteil 08.02.2000 B1 KR 11 / 99).

Bei der Prüfung, ob eine Verweisung nach beendetem Arbeits- / Beschäftigungsverhältnis zumutbar ist, kommt es auf die individuellen Verhältnisse des Versicherten an. Nach dem Grundsatz, dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes nach dem Zeitpunkt des Eintretens des Versicherungsfalles bestimmt, muss sich der Berufsschutz des arbeitsunfähigen Versicherten nach dem Beginn der AU richten. Die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses hat die Wirkung eines Stichtages (BSG-Urteil 14.02.2001 B1 KR 30 / 00).

Der Eintritt einer Berufsunfähigkeit bei gekündigtem Arbeitsverhältnis und fortbestehender AU ist nicht mit der Beendigung der AU gleichzusetzen, vielmehr wird das Krankengeld um den Zahlbetrag der Erwerbsminderungs-Leistung des Rentenversicherungsträgers gekürzt. Für den Berufsschutz ist nicht allein das formale Durchlaufen einer Lehrzeit maßgeblich, sondern auch die tarifliche Einstufung stellt ein Indiz für eine Beschäftigung in einem Ausbildungsberuf dar und ermöglicht dann nur eine Verweisung auf entsprechende Facharbeitertätigkeiten.

Auch bei ungelernten Arbeitern/innen müssen die Verweisungstätigkeiten in ihren wesentlichen Merkmalen und der Entlohnung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit entsprechen.

Als wesentliche Kriterien / Merkmale für eine gleichartige Tätigkeit sind bisher in der BSG-Rechtsprechung aufgeführt worden:

- wesentliche Übereinstimmung / Gleichwertigkeit des Aufgabenbereiches, der Art der Verrichtung, der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten, der körperlichen und nervlichen Anforderungen, des Einflusses auf die Lebensweise und der wirtschaftlichen Einkünfte,
- auch sollten entsprechende Arbeitsplätze auf dem Arbeitsmarkt vorhanden sein.

Allein die Bereitschaft, eine dem verbliebenen Leistungsvermögen entsprechende Tätigkeit anzunehmen, beseitigt nicht den für den Krankengeldbezug maßgeblichen Bezug zu der früheren Beschäftigung.

Erst mit Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit endet dieser Bezug und wird die neue Tätigkeit zur Grundlage für die Beurteilung der AU (BSG-Urteil 08.02.2000 B1 KR 11 / 99).

Wenn der Versicherte über einen längeren Zeitraum (mindestens 7 Monate) Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen hat und entsprechend als Arbeitsloser krankenversichert war, richtet sich die AU nicht mehr nach den Anforderungen der zuletzt ausgeübten Beschäftigung. Für die Beurteilung ist der versicherungsrechtliche Status des Betroffenen im Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung maßgebend. Im zeitlichen Anwendungsbereich des § 121 Abs. 3 Satz 3 SGB III ist die AU ausschließlich nach der gesundheitlichen Leistungsminde- rung zu bestimmen. Eine gesundheitlich zumutbare Tätigkeit mit einem niedrigeren Netto-Verdienst als dem Betrag der Leistungen wegen Arbeitslosigkeit ist praktisch nur denkbar, wenn es sich um eine Tätigkeit handelt, deren Arbeitszeit im Vergleich zur früheren Arbeitszeit herabgesetzt ist (BSG-Urteil 19.09.2002 B1 KR 11 / 02).

B. Richtlinien

B 1. Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat zur Beurteilung der AU und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung Richtlinien am 01.12.2003 beschlossen.

In diesen sind die Definition der AU, ihr Anwendungsbereich sowie Grundsätze zur Feststellung der AU und der stufenweisen Wiedereingliederung enthalten. Gleichzeitig sind die Verfahrensweisen bei Bescheinigung einer vorliegenden AU und das Zusammenwirken z. B. mit dem Medizinischen Dienst darin konkretisiert.

B 2. Anleitung zur Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit (ABBA)

Die ABBA wurde als Richtlinie beschlossen. Sie regelt im Grundsatz und im Einzelfall die Verfahrensweisen zwischen den Krankenkassen und dem MDK bei der sozialmedizinischen Fallberatung und der Begutachtung der AU.

B 3. Richtlinien über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit dem MDK

Die Richtlinie über die Zusammenarbeit der Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung wurde am 27.08.1990 beschlossen.

Damit ist für jeden Medizinischen Dienst der Bundesrepublik die verbindliche Arbeitsgrundlage geschaffen, nach der die Organisation der Medizinischen Dienste und die Zusammenarbeit der Krankenversicherung ausgerichtet werden muss.

Die Richtlinien binden die Begutachtung einzelner Leistungsfälle in ein Gesamtkonzept der Beurteilung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung ein.

Die Verfahrensweisen für eine zielführende Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst mit der sozialmedizinischen Vorberatung als Kern der Auftragssteuerung sind dargestellt.

B 4. Kodex für die Gutachter der MDK-Gemeinschaft und des MDS

Der Kodex (Keine Richtlinie!) soll den MDK-Gutachtern helfen, im Spannungsfeld zwischen den Erwartungen der Auftraggeber, der Versicherten und der Leistungserbringer seine gutachterliche Unabhängigkeit und das Ansehen des Medizinischen Dienstes zu wahren.

Die aufgeführten Verhaltensregelungen für die GutachterInnen betreffen zum Beispiel die Weitergabe von am Arbeitsplatz erhaltenen Informationen an Dritte, das Verhalten gegenüber Auftraggebern, Versicherten und Leistungserbringern und gegen andere MDK-Mitarbeiter sowie die Wahrung von Betriebsgeheimnissen. Zum anderen beinhaltet der Kodex die Pflichten des Arbeitgebers MDK gegenüber seinen Mitarbeitern bei Angriffen Dritter.

C AU-relevante Sozialgesetzgebung

C 1. SGB I Aufgaben des SGB und soziale Rechte

§§ 60 bis 65 SGB I

Wer Sozialleistungen in Anspruch nimmt, ist aufgefordert, die erforderlichen Informationen dem Leistungserbringer vorzulegen oder die Informationsbeschaffung nicht zu verhindern. Er muss im Bedarfsfall persönlich erscheinen und auf Verlangen ärztliche oder psychologische Untersuchungsmaßnahmen durchführen lassen, soweit diese für die Entscheidung über die Leistung erforderlich sind. Untersuchungen können abgelehnt werden, wenn ein Schaden für Leben oder Gesundheit nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann oder wenn erhebliche Schmerzen zu erdulden wären. Methoden invasiver Maßnahmen werden als unzumutbar eingestuft und sind daher nicht duldungspflichtig.

C 2. SGB III Arbeitsförderung

§§ 117, 118 und 119 SGB III

regeln den Anspruch auf Arbeitslosengeld und definieren die Begriffe der Arbeitslosigkeit, der Verfügbarkeit und der Vermittelbarkeit.

§ 118 Abs.1 SGB III ⁵³

definiert, wann ein Arbeitnehmer arbeitslos ist. Nämlich, wenn er eine mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung sucht.

§ 119 Abs. 3 und 4 SGB III ⁵⁴

Ein Arbeitsloser gilt als arbeitsfähig, wenn er für mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes aufnehmen und ausüben kann. Dieses ist die Voraussetzung zum Erhalt von Leistungen der Arbeitsverwaltung.

§ 119 Abs. 5 SGB III ⁵⁵

Ein Arbeitsloser steht der Vermittlung zur Verfügung, wenn er für mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende zumutbare Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes ausüben kann und darf. Dieses ist die Voraussetzung zum Erhalt von Leistungen der Arbeitsverwaltung.

§ 121 SGB III

regelt, welche Beschäftigungen einem Arbeitslosen entsprechend seiner Arbeitsfähigkeit zumutbar sind, soweit allgemeine oder personenbezogene Gründe der Zumutbarkeit dieser Beschäftigung nicht entgegenstehen.

§ 125 Abs.2 SGB III

Dieses Gesetz regelt den Anspruch auf Arbeitslosengeld bei wesentlich geminderter Leistungsfähigkeit (weniger als 15 Std. wöchentlich für mehr als sechs Monate / auf Dauer). Die Feststellung, ob verminderte Erwerbsfähigkeit vorliegt, trifft der zuständige Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, deshalb hat die Agentur für Arbeit den Arbeitslosen unverzüglich auffordern, innerhalb eines Monats einen Antrag auf Leistung zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen.

§126 SGB III

Wird ein Arbeitsloser während des Bezuges von Arbeitslosengeld in Folge Krankheit arbeitsunfähig, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, verliert er dadurch nicht den Anspruch auf Arbeitslosengeld für die Zeit der AU oder stationären Behandlung bis zur Dauer von 6 Wochen (Leistungsfortzahlung).

§ 428 Abs. 1 SGB III

Regelt den Erhalt von Arbeitslosengeld unter erleichterten Bedingungen, z. B. für Arbeitnehmer die das 58. Lebensjahr vollendet haben oder für Arbeitslose, die ein Studium an einer Hochschule oder eine fachliche Ausbildung durchführen. Der Arbeitslose muss aber zum nächstmöglichen Zeitpunkt seine Altersrente in Anspruch nehmen, auch mit Abschlag.

C 3. SGB V

§ 24b Abs. 2 SGB V

Regelt die Ansprüche bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation bzw. bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch.

§§ 44 und 45 SGB V

Versicherte haben Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sie arbeitsunfähig macht oder sie auf Kosten der Krankenkasse stationär in einem Krankenhaus, einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung behandelt werden. Der Anspruch auf Krankengeld entsteht von dem Tage an, der auf den Tag der ärztlichen Feststellung der AU folgt und/oder bei Beginn der stationären Behandlung. Ferner haben Versicherte Anspruch auf Krankengeld, wenn dieses zur Betreuung und Pflege eines erkrankten Kindes, welches das 12. Lebensjahr noch

⁵³ In der Fassung bis 31.12.2004 gültig, ab 01.01.2005 unter § 119 Abs. 5 SGB III lt. Bundesgesetzblatt Teil I (G 5702) vom 27.12.2003. Die AU-Richtlinien des Bundesausschusses vom 01.12.2003; in Kraft ab 01.01.2004, verweisen auf den § 118 SGB III in der Fassung bis 31.12.2004.

⁵⁴ In Kraft bis 31.12.2004, lt. Bundesgesetzblatt Teil I (G 5702) vom 27.12.2003, Artikel 1, Nr. 62

⁵⁵ In Kraft ab 01.01.2005, lt. Bundesgesetzblatt Teil I (G 5702) vom 27.12.2003, Artikel 1, Nr. 62

nicht vollendet hat, notwendig ist und eine Arbeitsaufnahme nicht möglich ist. Dieser Anspruch ist auf längstens 10 bzw. 20 Arbeitstage pro Kalenderjahr begrenzt.

§ 47 SGB V

regelt die Höhe und Berechnung des Krankengeldes. Das Krankengeld beträgt 70 vom Hundert des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgeltes und Arbeitseinkommens, soweit es der Beitragsberechnung unterliegt. Das aus dem Arbeitsentgelt berechnete Krankengeld darf 90 vom Hundert des Nettoarbeitsentgeltes nicht überschreiten. Das Krankengeld für arbeitslose Versicherte wird in Höhe des Betrages des Arbeitslosengeldes, der Arbeitslosenhilfe oder des Unterhaltsgeldes ab dem Beginn der AU gewährt, den der Versicherte zuletzt bezogen hat.

§ 48 SGB V

regelt die Dauer des Krankengeldanspruches. Nach 78 Wochen AU wegen der selben Erkrankung innerhalb eines Zeitraumes von 3 Jahren wird die Krankengeldzahlung von der Krankenkasse eingestellt, d. h. es kommt zur Leistungsunterbrechung bzw. zum Leistungsende.

Tritt während der AU eine weitere (andere) Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Um einen neuen Krankengeldanspruch im folgenden 3-Jahres-Zeitraum zu erwerben, müssen bestimmte Bedingungen erfüllt sein:

- nach der Aussteuerung durch die Krankenkasse wegen Krankheit A darf für sechs Monate keine AU wegen Krankheit A vorgelegen haben, der Versicherte darf nicht erwerbsunfähig gewesen sein, er war erwerbstätig oder hat der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestanden.

§ 49 SGB V

regelt das Ruhen des Krankengeldes. Das Krankengeld ruht für Zeiten einer Freistellung von der Arbeitsleistung solange eine Arbeitsleistung nicht geschuldet wird, z. B. Entgeltfortzahlung (Zuschüsse des Arbeitgebers zum Krankengeld gelten nicht als Arbeitsentgelt), Elternzeit usw.

§ 50 SGB V

Das Krankengeld endet (Rente wegen voller Erwerbsminderung) bzw. wird um den Zahlbetrag gekürzt (Rente wegen teilweisen Erwerbsminderung), wenn die Rente von einem Zeitpunkt nach Beginn der AU anerkannt wird.

§ 51 SGB V

regelt den Antrag auf Rehabilitation und den Wegfall des Krankengeldes. Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von 10 Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation beim Rentenversicherungsträger zu stellen haben. Stellen Versicherte innerhalb der Frist den Antrag nicht, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag zu einem späteren Zeitpunkt gestellt, lebt dieser Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

§ 74 SGB V

regelt die Verfahrensweisen einer stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben. Während der stufenweisen Wiedereingliederung liegt AU vor.

§ 275 SGB V

umfasst die Begutachtungs- und die Beratungsaufgaben des MDK.

§ 276 SGB V

regelt die Zusammenarbeit. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Die Leistungserbringer (z. B. Vertragsarzt) sind verpflichtet, Sozialdaten unmittelbar an den MDK zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist.

§ 277 SGB V

regelt die Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes. Der Medizinische Dienst hat dem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt, sonstigen Leistungserbringern, über deren Leistung er eine gutachterliche Stellungnahme abgegeben hat und der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und der Krankenkasse die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Der Vers. kann der Mitteilung über den Befund an die Leistungserbringer widersprechen.

C 4. SGB VI Gesetzliche Rentenversicherung

§§ 9 und 10 SGB VI

regeln die Aufgaben der Rehabilitation und die persönlichen Voraussetzungen. Die Rentenversicherung erbringt medizinische, berufsfördernde und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, wenn die Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit und/oder körperlicher, geistiger, seelischer Behinderung erheblich gefährdet und gemindert ist und durch eine Rehabilitationsmaßnahme das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert werden kann oder das Leistungsvermögen erheblich gebessert/wiederhergestellt werden kann. Die Leistungen zur Rehabilitation haben grundsätzlich Vorrang vor Rentenleistungen.

§ 15 SGB VI

regelt, welche medizinischen Leistungen zur Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger erbracht werden.

§§ 28 und 29 SGB VI

führen die ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation auf, u. a. ist darin ärztlich verordneter Rehabilitationssport in Gruppen unter ärztlicher Betreuung sowie die Übernahme der Kosten, die mit den berufsfördernden Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang stehen, aufgeführt. Auch sind Regelungen zur Versorgung eines Kindes während einer Rehabilitationsmaßnahme dokumentiert, wenn die Unterbringung und Betreuung des Kindes nicht sichergestellt sind.

§ 31 SGB VI

führt auf, welche sonstigen Leistungen zur Rehabilitation erbracht werden können. Darunter sind z. B. die Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen für Versicherte, Bezieher einer Rente sowie ihre Angehörigen aufgeführt.

§§ 33 und 34 SGB VI

geben die verschiedenen Rentenarten wieder und führt die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch auf.

§ 43 SGB VI

regelt die Rente wegen Erwerbsminderung. Versicherte haben bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres Anspruch auf Rente wegen **teilweiser** Erwerbsminderung, wenn sie teilweise erwerbsgemindert sind und in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung 3 Jahre Pflichtbeiträge für eine versicherte Beschäftigung oder Tätigkeit haben und die allgemeine Wartezeit erfüllt haben. Teilweise erwerbsgemindert sind Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außer Stande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens 6 Stunden täglich erwerbsfähig zu sein. **Voll** erwerbsgemindert sind Versicherte, die weniger als 3 Stunden täglich auf nicht absehbare Zeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt wegen ihrer Krankheit / Behinderung tätig sein können. **Voll** erwerbsgemindert sind auch Versicherte, die in Werkstätten für Behinderte oder in gleichwertigen Einrichtungen in gewisser Regelmäßigkeit eine Leistung erbringen, die 1/5 der Leistung eines voll erwerbstätigen Beschäftigten in gleichartiger Beschäftigung entspricht und die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein könne. **Voll** erwerbsgemindert sind Versicherte, die bereits vor Erfüllung der allgemeinen Wartezeit voll erwerbsgemindert waren in der Zeit einer nicht erfolgten Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt.

§ 45 SGB VI

regelt den Anspruch auf Rente für Bergleute.

§ 240 SGB VI

Anspruch auf Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung haben bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres auch Versicherte, die

- vor dem 02. Januar 1969 geboren sind und
- berufsunfähig sind.

C 5. SGB VII Gesetzliche Unfallversicherung

§ 8 SGB VII Arbeitsunfall

Arbeitsunfälle sind Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 oder 6 begründeten Tätigkeit (Versichertentätigkeit). Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen. Der Unfall (das plötzlich auf den Menschen von außen einwirkende Ereignis) muss einen Gesundheitsschaden oder den Tod verursacht haben. Ein Sturz, der keinen Gesundheitsschaden zur Folge hat, gilt daher nicht als Arbeitsunfall im versicherungsrechtlichen Sinne.

§§ 9 und 10 SGB VII Berufskrankheit

Berufskrankheiten sind Krankheiten, die die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates als Berufskrankheit bezeichnet und die Versicherte infolge einer den Versicherungsschutz nach §§ 2, 3 und 6 begründeten Tätigkeit erleiden. Entsprechend der versicherten beruflichen Tätigkeit und deren Exposition ist auf die Berufskrankheitenliste mit BK-Nr. 1101 bis BK-Nr. 6101 zu verweisen. Voraussetzung für die Aufnahme einer Krankheit in diese Liste ist, dass sie nach gesicherten medizinischen Erkenntnissen durch besondere Einwirkungen verursacht wird und denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Maße ausgesetzt sind als die übrige Gesamtbevölkerung.

C 6. SGB X Verwaltungsverfahren, Schutz der Sozialdaten, Zusammenarbeit der Leistungsträger und ihre Beziehungen zu Dritten

§ 25 SGB X

Akteneinsicht durch Beteiligte

Soweit die Akten Angaben über gesundheitliche Verhältnisse eines Beteiligten enthalten, kann die Behörde stattdessen den Inhalt der Akten den Beteiligten durch einen Arzt vermitteln lassen, dieses insbesondere, wenn die Akteneinsicht dem Beteiligten einen unverhältnismäßigen Nachteil, insbesondere an der Gesundheit zufügen würde.

§ 30 SGB X

Begriff des Verwaltungsaktes

Ein Verwaltungsakt ist jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalles auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist. (So z. B. ist die Beendigung der AU durch die Krankenkasse ein Verwaltungsakt).

§ 96 SGB X

Ärztliche Untersuchungen, psychologische Eignungsuntersuchungen

Veranlasst ein Leistungsträger eine ärztliche Untersuchungsmaßnahme (in diesem speziellen Fall z. B. eine sozialmedizinische AU-Begutachtung) oder eine psychologische Eignungsuntersuchungsmaßnahme, um festzustellen, ob die Voraussetzungen für die Sozialleistungen vorliegen, sollen die Untersuchungen in der Art und Weise vorgenommen und deren Ergebnisse so festgehalten werden, dass sie auch bei der Prüfung anderer Sozialleistungen (z. B. medizinische Reha-Maßnahme) verwendet werden können.

C 7. Mutterschutzgesetz (MuSchG)

§§ 3 und 4 MuSchG Beschäftigungsverbote für werdende Mütter

Nach § 3 dürfen werdende Mütter nicht beschäftigt werden, soweit nach ärztlichem Zeugnis Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist. Dieses ist das so genannte allgemeine Beschäftigungsverbot. Eine zur AU führende Erkrankung i. S. des SGB V darf zu diesem Zeitraum nicht vorliegen. Eine regelrechte Schwangerschaft ist keine Krankheit i.S. des SGB V. Werdende Mütter dürfen in den letzten 6 Wochen vor der Entbindung nicht beschäftigt werden, es sei denn, es ist ihr ausdrücklicher Wunsch (Mutterschutzfrist).

In § 4 sind die speziellen Beschäftigungsverbote geregelt. Werdende Mütter dürfen nicht mit schweren körperlichen Arbeiten und nicht mit Arbeiten beschäftigt werden, bei denen sie schädlichen Einwirkungen von gesundheitsgefährdenden Stoffen oder Strahlen, von Staub, Gasen oder Dämpfen, von Hitze, Kälte oder Nässe, von Erschütterungen oder Lärm ausgesetzt sind. (Spezielles Beschäftigungsverbot, welches auf die Bedingungen des aktuellen Arbeitsplatzes der Schwangeren zugeschnitten ist).

§ 5 Mitteilungspflicht, ärztliches Zeugnis

Werdende Mütter sollen dem Arbeitgeber ihre Schwangerschaft und den mutmaßlichen Tag der Entbindung mitteilen, sobald ihnen ihr Zustand bekannt ist. Auf Verlangen des Arbeitgebers sollen das Zeugnis eines Arztes oder einer Hebamme vorliegen.

§ 6 MuSchG Beschäftigungsverbote nach der Entbindung

Wöchnerinnen dürfen bis zum Ablauf von 8 Wochen nach der Entbindung nicht beschäftigt werden, bei Früh- oder Mehrlingsgeburten verlängert sich diese Frist auf 12 Wochen, bei Frühgeburten zusätzlich um den Zeitraum, der nach § 3 Abs. 2 nicht in Anspruch genommen werden konnte.

§§ 7 / 8 MuSchG Arbeitszeit/Bedingungen für werdende und stillende Mütter

Stillenden Müttern ist auf ihr Verlangen die zum Stillen erforderliche Zeit, mindestens aber 2 x täglich eine halbe Stunde oder 1 x täglich eine Stunde freizugeben. Durch die Gewährung der Stillzeit darf kein Verdienstaufschlag eintreten. Werdende und stillende Mütter dürfen nicht mit Mehrarbeit, nicht in der Nacht zwischen 20 und 6 Uhr und nicht an Sonn- und Feiertagen beschäftigt werden. **Beschäftigungsverbote** lösen keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung aus, sondern sind Leistungen des Arbeitgebers. Kleine Firmen zahlen je nach Region an die Ortskrankenkassen oder an die Innungskrankenkasse, an die Bundesknappschaft oder an die Seekasse eine Umlage, aus der dann einer Schwangeren das Arbeitsentgelt im Falle eines Beschäftigungsverbotes bzw. das Mutterschaftsgeld gezahlt wird, geregelt im Entgeltfortzahlungsgesetz § 10 "Erstattungsanspruch".

C 8. Infektionsschutzgesetz (IFSG)

§§ 17 und 18 und 49 und 50 Beschäftigungsverboten zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen. Wird bei einem Menschen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ein Beschäftigungsverbot nach den Regelungen im Infektionsschutzgesetz (§§ 17 und 18) ausgesprochen, so darf er nicht an seinen Arbeitsplatz zurückkehren. Im Falle, dass keine AU wegen Krankheit i. S. des SGB V mehr vorliegt, erhält der Betroffene Leistungen in Höhe des Entgelts von dem zuständigen öffentlichen Gesundheitsdienst (Bezirksamt, Gesundheitsamt) und das zuständige Land trägt die Pflichten des Arbeitgebers (§§ 49 und 50). Ein Krankengeldanspruch von der Kasse besteht nicht. **Infektionskrankheiten** können neben der Behandlung nach dem Infektionsschutzgesetz auch als Berufskrankheit anerkannt sein, z. B. wenn die Infektion bei Tätigkeiten im Gesundheitswesen erfolgte (siehe Berufskrankheiten-Liste, die die anerkannten Berufskrankheiten enthält).

C 9. Opferentschädigungsgesetz (OEG)

§§ 1 und 2

Anspruch der Versorgung für Opfer von Gewalttaten

Wer im Geltungsbereich dieses Gesetzes oder auf einem deutschen Schiff oder Luftfahrzeug infolge eines vorsätzlichen, rechtswidrigen tätlichen Angriffs gegen seine oder eine andere Person oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten hat, erhält wegen der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen auf Antrag Versorgung in entsprechender Anwendung der Vorschriften nach dem Bundesversorgungsgesetz. Weitere Einzelheiten sind in §§ 1 und 2 geregelt. Leistungen sind zu versagen, wenn der Geschädigte die Schädigung verursacht hat oder wenn es aus sonstigen, insbesondere in dem eigenen Verhalten des Anspruchstellers liegenden Gründen unbillig wäre, Entschädigung zu gewähren.

§§ 3 und 4

Anspruch des Geschädigten / Kostenträger

Treffen Ansprüche nach diesem Gesetz mit Ansprüchen aus einer Schädigung i. S. des § 1 Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen, die eine entsprechende Anwendung des Bundesversorgungsgesetz vorsehen, zusammen, so ist unter Berücksichtigung der durch die gesamten Schädigungsfolgen bedingten Minderung der Erwerbsfähigkeit eine einheitliche Rente festzusetzen. Zur Gewährung der Versorgung ist das Land verpflichtet, in dem die Schädigung eingetreten ist. Sind hierüber Feststellungen nicht möglich, so ist das Land Kostenträger, in dem der Geschädigte zur Tatzeit seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hatte. Bei Wohnsitz außerhalb des Geltungsbereichs und Schädigungsort außerhalb des Geltungsbereichs sei der Bund Kostenträger.

C 10. Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG)

§ 3 EFZG Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall

Wird ein Arbeitnehmer durch AU infolge Krankheit an seiner Beschäftigung gehindert, ohne dass ihn ein Verschulden trifft, so hat er Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber für die Zeit der AU bis zu einer Dauer von 6 Wochen. Wird der Arbeitnehmer infolge derselben Krankheit erneut arbeitsunfähig, so verliert er wegen der erneuten AU den Anspruch für einen weiteren Zeitraum von 6 Wochen nicht, wenn er vor der erneuten AU mindestens 6 Monate nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war oder seit Beginn der AU infolge derselben Krankheit eine Frist von mindestens 12 Monaten bereits abgelaufen ist.

§§ 4 und 5 EFZG Höhe, Anzeige- und Nachweispflichten des Arbeitsentgelts

Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die AU und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dauert die AU länger als drei Kalendertage, hat der Arbeitnehmer eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen der AU sowie deren voraussichtlichen Dauer spätestens an dem darauf folgenden Arbeitstag vorzulegen. Der Arbeitgeber ist berechtigt, die Vorlage der ärztlichen AU-Bescheinigung früher zu verlangen. Auch bei Auslandsaufenthalt ist der Arbeitnehmer verpflichtet, den Arbeitgeber über die AU und deren voraussichtliche Dauer sofort zu informieren. Besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall, ist dem Arbeitnehmer das ihm bei der für ihn maßgebenden regelmäßigen Arbeitszeit zustehende Arbeitsentgelt fortzuzahlen. Durch Tarifverträge können abweichende Bemessungsgrundlagen des fortzuzahlenden Arbeitsentgeltes festgelegt werden.

§ 8 EFZG Beendigung des Arbeitsverhältnisses

regelt die Fortzahlung des Arbeitsentgeltes bei Beendigung des Arbeitsverhältnisses. Der Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgeltes wird nicht dadurch berührt, dass der Arbeitgeber das Arbeitsverhältnis aus Anlass der AU kündigt. Endet das Arbeitsverhältnis vor Ablauf der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall nach dem Beginn der AU, ohne dass es einer Kündigung bedarf, endet der Anspruch mit dem Ende des Arbeitsverhältnisses.

D Bundesmantelvertrag Ärzte und Arzt / Ersatzkassenvertrag

§ 31 Bundesmantelvertrag Ärzte und § 17 Arzt / Ersatzkassenvertrag

Die Beurteilung der AU und ihre voraussichtliche Dauer sowie die Ausstellung der Bescheinigung darf nur aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erfolgen. Näheres bestimmen die Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen⁵⁶.

§ 62 Bundesmantelvertrag-Ärzte und § 19 Arzt und / Ersatzkassenvertrag

Haben die Krankenkassen nach § 275 Abs. 1 bis 3 SGB V eine gutachterliche Stellungnahme oder Prüfung durch den MDK veranlasst, sind die Leistungserbringer verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist.

Werden keine vereinbarten Vordrucke verwendet, teilt der Medizinische Dienst mit, nach welchen Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (§ 294 Abs. 1 SGB V) oder anderen Rechtsvorschriften die Information zulässig ist.

Der MDK gibt auf Anforderungen der Krankenkassen eine gutachterliche Stellungnahme ab. Er hat das Ergebnis der Begutachtung der Krankenkasse und dem Vertragsarzt mitzuteilen. Er ist befugt, die erforderlichen Angaben über den Befund mitzuteilen. Der Versicherte kann der Mitteilung über den Befund an den Vertragsarzt widersprechen.

Das Gutachten des MDK zur Beurteilung der AU ist vorbehaltlich der unten angegebenen Bestimmung verbindlich.

Bestehen zwischen dem behandelnden Arzt und dem MDK Meinungsverschiedenheiten über eine Leistung, über die der MDK eine Stellungnahme abgegeben hat, das Vorliegen von AU oder über Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, kann der behandelnde Arzt unter Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse ein Zweitgutachten beantragen. Kann die Krankenkasse die Meinungsverschiedenheiten nicht ausräumen, soll der MDK mit dem Zweitgutachten einen Arzt des Gebietes beauftragen, in das die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt.

⁵⁶ Die AU-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Beurteilung der AU und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung vom 01.12.2003; in Kraft ab 01.01.2004

Anhang 6:

Zusammenstellung von Internet Adressen

Rechtsquellen zur AU	
Archiv der KBV, enthält u. a. alle Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, auch AU-Richtlinien	daris.kbv.de
BSG-Rechtssprechung	www.bundessozialgericht.de
Sozialversicherungsrecht	www.sozialgesetzbuch.de
Arbeitsrecht (privater Internet-Dienst: Bund-Verlag GmbH, Frankfurt a. M.)	www.arbeitsrecht.de
Juristische Suchmaschine, (privates Internet-Projekt von Ass. iur. A. Heim, Augsburg)	www.jura-lotse.de
Berichterstattung, Statistiken	
Seite des Robert-Koch-Instituts zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, u. a. zum Thema Arbeitsunfähigkeit	www.rki.de
Statistiken des BKK-Bundesverbandes (Suchweg: www.bkk.de -> Über die BKK -> Presse -> statistische Informationen)	www.bkk.de
Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, unter "Themen - gkv" interessante Beiträge und Links, u. a. zur AU	www.bmgs.bund.de
MDK-Foren zur AU	
Forum AU des MDK Schleswig-Holstein	www.mdk-sh.de
Rentenversicherungsträger	
Homepage der BfA, enthält unter "Nachschlagewerke - Rentenlexikon" eine Reihe interessanter Begriffsdefinitionen an der Schnittstelle zur Rentenversicherung	www.bfa.de
Gemeinsame Homepage der LVA'en, der Seekasse, der Bahnversicherungsanstalt und der Bundesknappschaft	www.lva.de
Arbeitsmedizin	
Homepage des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Uni Rostock, Informationen zur Arbeitsmedizin, Links, u. a. alle Merkblätter zu Berufskrankheiten	www.ifam.med.uni-rostock.de
Informationssystem des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte	www.betriebsaerzte.de

Kodierung	
Schlüsselverzeichnisse (ICD 10, OPS 301 etc.)	icd.web.med.uni-muenchen.de
Medizinische Fachinformationen	
Medizinische Literaturdatenbank (medline-basiert) der Stanford-University mit Links auf Volltext-Artikel. Kostenfreier Volltext-Zugriff ist extra vermerkt und verlinkt	highwire.stanford.edu
Allgemeine medizinische Informationen, keine Fachkenntnisse vorausgesetzt, kann aber fachkundige Beratung nicht ersetzen	www.gesundheitsscout24.de
Archiv des Deutschen Ärzteblattes	www.aerzteblatt.de
Homepage der Akademie für den Öffentlichen Gesundheitsdienst Bayern, Umfangreiche Linkliste für medizinische Anwendungen aller Art	www.afoeg.bayern.de
A-Connect e.V., breitgefächertes Informationsangebot zum Thema Alkoholkrankheit	www.a-connect.de
Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg	www.krebsinformation.de
Mobbing: Homepage des Vereins für Arbeitsschutz und Gesundheit durch systemische Mobbingberatung und Mediation e. V.	www.mobbing-net.de

Anhang 7:

Arbeitshilfe zur Fallsteuerung durch die Krankenkasse bei AU für die Gruppe 1

Einleitung, Benutzungshinweise und Erläuterung der Spalten:

Nach der neuen *Anleitung zur Beratung und Begutachtung bei Arbeitsunfähigkeit* (ABBA) werden die AU-Fälle in zwei Gruppen eingeteilt, siehe Kapitel 4.1: Vorauswahl.

Die **Gruppe 1: unauffällig** ist die weitaus größte. Sie bedarf in der Regel keiner sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) durch den MDK, da mit einem spontanen Ende bei einer allgemein *üblichen AU-Dauer* zu rechnen ist. Die *Arbeitshilfe Fallsteuerung* ist eine **Orientierungshilfe** für die Krankenkasse, ab welchem Zeitpunkt ein AU-Fall der Gruppe 1 in der SFB mit dem MDK besprochen werden kann, falls die *übliche AU-Dauer* ohne wesentliche Gründe überschritten wird.

Die **Gruppe 2: auffällig** zeichnet sich durch bestimmte Kriterien / Risiken aus, welche ohne ein Fallmanagement zur Langzeit-AU führen können. Die AU-Fälle, die die Auffälligkeitskriterien der Gruppe 2 erfüllen, werden nach Zusammenstellung der erforderlichen Informationen der SFB zugeleitet, siehe *ABBA Kapitel 4.2: Auftrag an den MDK für die sozialmedizinische Fallberatung (SFB)*.

Die Sichtung des AU-Bestandes am festgelegten Stichtag (Empfehlung 21. AU-Tag) im Rahmen der Vorauswahl und die Identifizierung der Versicherten erfordert eine aufmerksame Analyse und Interpretation der bei der Krankenkasse vorliegenden Daten, um eine sachgerechte Eingruppierung der AU-Fälle zu gewährleisten, wie sie in der ABBA vorgesehen ist. Eine fehlerfreie Eingruppierung setzt immer die aktuelle AU-Diagnose voraus!

Es muss immer wieder betont werden, dass es keine aus einer Diagnose ablesbare durchschnittliche AU-Dauer gibt, weil die AU maßgeblich arbeitsplatzbezogen ist. Wie in der ABBA differenziert dargestellt, besteht eine wesentliche Beziehung zwischen der diagnosebedingten Fähigkeitsstörung und den konkreten Anforderungen des Arbeitsplatzes. Die Dauer der AU lässt sich also nicht ausschließlich mit einer medizinischen Diagnose begründen, sondern hängt von der Funktionsfähigkeit (Functioning) oder Behinderung (Disability) und der daraus resultierenden Beeinträchtigung der Aktivität oder Teilhabe (Activity limitations oder Participation restrictions) ab.

Neben den krankheitsbedingten Folgen können eine Reihe weiterer nichtmedizinischer Faktoren die AU beeinflussen (berufliche Belastung, Lebensalter, psychosoziales Umfeld, sozioökonomischer Status, Lebensstil, Krankheitsverhalten und -bewältigung, Inanspruchnahmeverhalten, gesellschaftlicher Konsens, Höhe der Zugangsbarrieren zur Leistung, gesellschaftliche und rechtliche Rahmenbedingungen).

Benutzungshinweise:

Bestimmte Diagnosen sind vereinfachend zu Gruppen zusammengefasst. Die Zeitangaben stützen sich auf statistische Daten, die an großen Kollektiven von Versicherten bei AU erhoben wurden. Die *Arbeitshilfe Fallsteuerung* berücksichtigt nicht nur medizinisch / wissenschaftlich ermittelte Daten, sondern auch Erfahrungswerte aus der bisherigen Begutachtungspraxis des MDK.

Die angegebenen Zeiträume sind nicht identisch mit der Dauer einer AU, sondern sie markieren einen Zeitpunkt, dessen Überschreiten zu Aktivitäten der Krankenkassen führen soll.

Bei Krankheiten, für die eine SFB nach 3 Wochen empfohlen wird, ist in der Regel die AU nicht mehr begründet. Da aber zwischenzeitlich ein Diagnosewechsel die AU ausreichend begründen kann, muss vor jeder SFB die AU-Diagnose aktualisiert werden.

Wechselt durch neue Gesichtspunkte die Zuordnung des Falles von der Gruppe 1 in die Gruppe 2, ist er der SFB zuzuführen, siehe *ABBA, Kapitel 4.1: Vorauswahl*.

Es werden für bestimmte Diagnosen Hinweise gegeben, mit welchen Informationen ein Fall für die SFB sinnvoll anzureichern ist.

Für die Informationspräsentation steht der seit Jahren bewährte *SFB-Bogen* zur Verfügung, siehe *ABBA, Anhang 3: Formularsatz*. Die vollständige Ausfüllung ermöglicht eine zügige Beurteilung durch den MDK und bedeutet für die Krankenkasse eine zeitnahe Leistungsentscheidung. Die angeforderten Berichte sind dem SFB-Bogen beizulegen.

Erläuterung der Spalten 1 bis 5:

- In der **ersten** und **zweiten Spalte, ICD - 10 SGB V** und **Diagnose im Klartext**, sind die Schlüsselnummern der Krankheiten bzw. im Wortlaut aufgelistet.

Die Krankheiten mit den selben sozialmedizinischen Hinweisen sind zu Gruppen zusammengefasst, z. B. B 15 bis B 19.

Die Angabe von zweistelligen Zahlen schließt die Unterteilung der ICD – Nummern (Zahl nach dem Komma) mit ein, z. B. B 15,0 bis B19,9.

Die Krankheiten, die in der Tabelle nicht aufgeführt sind, kommen als AU-Diagnosen selten vor. Diese Fälle können nach dem 21. AU-Tag in der SFB vorgelegt werden.

- In der **dritten** und **vierten Spalte, SFB in der AU-Woche** und **bei Vorerkrankung in den letzten 12 Monaten**, sind die Zeiträume aufgeführt, nach deren Ablauf die notwendigen Aktivitäten durch die Krankenkasse erfolgen sollen. Die vorgeschlagenen Zeitanlagen gewährleisten, sofern die Hinweise der Arbeitshilfe beachtet werden, eine zeitgerechte Bearbeitung durch die Krankenkasse und ggf. den MDK.
- Die **fünfte Spalte, Fallmanagement durch die Krankenkasse**, gibt die notwendigen Informationen für eine fallabschließende SFB vor. Unter der Rubrik **Anfrage an Mitglied** sind die üblichen schriftlichen Krankenkassenanfragen an ihre Versicherten bei AU bzw. die dokumentierten persönlichen Gespräche gemeint. Bestandteile dieser Abfragen sollten die Punkte, wie im Formular „Versicherten-gespräch durch die Krankenkasse“ vorgeschlagen, sein, siehe *Anhang 3:Formularsatz*.

ICD 10	Diagnose im Klartext	SFB in der AU-Woche	Vorerkrankungen in den letzten 12 Monaten	Fallmanagement durch die Krankenkasse				
				Anfrage an Mitglied	Angaben des versicherten: Arbeitsplatz-beschreibung	Facharzt-Bericht	Krankenhaus-Bericht	Reha-Bericht
B15-19	Virushepatitis - akute und chronische Virushepatitis	10	6	X		X		
C00-75	Bösartige Neubildungen an genau bezeichneten Lokalisationen - Lippe, Mundhöhle, Verdauungsorgane - Atmungsorgane - Knochen und Gelenknorpel - Haut, Weichteilgewebe - Brust, - Genitalorgane, Harnorgane - Auge, Gehirn - Schilddrüse	16	8	X		X	X	X
C76-80	Bösartige Neubildungen nicht näher bezeichneter Lokalisation - Lymphknoten - Atmungsorgane - Verdauungsorgane	16	8	X		X	X	X
C81-96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden Gewebes - Lymphome, - Leukämie	16	8	X		X	X	X
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen (in-situ-Neubildungen) - Mundhöhle, - Magen, - Verdauungsorgane - Atmungssysteme - Haut - Geschlechtsorgane	16	8	X		X	X	X
D50-89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems - Anämien - Koagulopathien - Leukozyten, Milz, Immundefekte	8	4	X		X	X	
E 10-14	Diabetes mellitus - Insulinabhängiger - nicht insulinabhängiger Diabetes	6	4	X	X	X		
E65-68	Adipositas	3		X	X			
E70-90	Stoffwechselstörungen - Lipidämien - Fibrose	3		X				

ICD 10	Diagnose im Klartext	SFB in der AU-Woche	Vorerkrankungen in den letzten 12 Monaten	Fallmanagement durch die Krankenkasse				
				Anfrage an Mitglied	Angaben des versicherten: Arbeitsplatz-beschreibung	Facharzt-Bericht	Krankenhaus-Bericht	Reha- Bericht
F00-09	Psychische Störungen, Verhaltensstörungen - Demenz - psychische Störungen durch Alkohol bedingt	16	8		X	X	X	
F10-19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen - Alkohol, - Opioide, - Medikamente, - Tabak, Lösungsmittel	4		X			X	
F20-29	Schizophrenie und wahnhaftige Störungen	16	8		X	X	X	
F30-39	Affektive Störungen - Manische und depressive Episode - affektive und depressive Störung	8		X	X	X		
F40-48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen - Phobische Störungen - Angststörungen - Zwangsstörungen - Anpassungsstörungen	6		X				
F 50	Essstörungen	8		X	X	X		X
F51-59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren - Schlafstörungen - sexuelle Funktionsstörungen - psychische Verhaltensstörung	4		X	X			
F60-69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8		X	X	X		
G47	Schlafstörungen, Schlafapnoe	4		X	X	X		
G50-59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus - N. trigeminus, N. facialis - Mononeuropathien	8		X	X	X		
G60-64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	6		X	X	X		
H80-83	Krankheiten des Innenohres - Otosklerose - Schwindel	3		X				
H90-95	Krankheiten des Ohres - Hörsturz - Hörverlust	3		X				
I10-15	Hypertonie (Hochdruckkrankheiten) - Hypertonie - Herz-Nierenkrankheit	4		X	X			

ICD 10	Diagnose im Klartext	SFB in der AU-Woche	Vorerkrankungen in den letzten 12 Monaten	Fallmanagement durch die Krankenkasse				
				Anfrage an Mitglied	Angaben des versicherten: Arbeitsplatz-beschreibung	Facharzt-Bericht	Krankenhaus-Bericht	Reha- Bericht
I20-25	Ischämische Herzkrankheiten - Angina pectoris - Myokardinfarkt - chronische ischämische Herzkrankheit - akute ischämische Herzkrankheit	8	4	X	X	X	X	X
I26-28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes - Lungenembolie - pulmonale Herzkrankheiten - Krankheiten der Lungegefäße	8	4	X	X	X	X	X
I30-52	Formen der Herzkrankheiten Perikarditis - Endokarditis - Kardiomyopathie - Tachykardie - Vorhofflattern-/flimmern - kardiale Arrhythmien - Herzinsuffizienz	8	4	X	X	X	X	X
I60-69	Zerebrovaskuläre Krankheiten - Subarachnoidalblutung - intrazerebrale Blutung - Hirninfarkt - Schlaganfall	8	4	X	X	X	X	X
I70-79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren - Atherosklerose - Aortenaneurysma - Embolie und Thrombose - Krankheiten der Kapillaren	6		X	X	X	X	
I80-89	Krankheiten der Venen, Lymphgefäße und der Lymphknoten - Phlebitis und Thrombophlebitis - Varizen - Hämorrhoiden	6		X	X	X		
I95-99	Krankheiten des Kreislaufsystems - Hypotonie	3						
J10-18	Grippe und Pneumonie	4						
J20-22	Akute Infektionen der unteren Atemwege - Bronchitis	4						
J30-39	Krankheiten der oberen Atemwege - Rhinitis - Pharyngitis - Sinusitis - Laryngitis	4						

ICD 10	Diagnose im Klartext	SFB in der AU-Woche	Vorerkrankungen in den letzten 12 Monaten	Fallmanagement durch die Krankenkasse				
				Anfrage an Mitglied	Angaben des versicherten: Arbeitsplatz-beschreibung	Facharzt-Bericht	Krankenhaus-Bericht	Reha- Bericht
J40-47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege - Bronchitis - Emphysem - chronisch obstruktive Lungenkrankheit, COPD - Asthma bronchiale	4						
K20-31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums - Ösophagitis - Ulcus ventriculi, duodeni, pepticum / p.jejuni - Gastritis und Duodenitis - Verdauungsstörung	3						
K40-46	Hernien - Hernia inguinalis, femoralis, umbilicalis, ventralis - abdominale Hernien	6	4	X	X	X		
K50-52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis - Morbus Crohn, - Colitis ulcerosa	8		X	X	X	X	
K55-63	Krankheiten des Darmes - Gefäßkrankheiten, Ileus - Divertikulose, Colon irritabile - Fissur, Fistel und Abszess in der Anal- und Rektalregion	4		X	X			
K70-77	Krankheiten der Leber - Alkoholische, toxische Leberkrankheit - Leberversagen - chronische Hepatitis - Fibrose und Zirrhose der Leber - entzündliche Leberkrankheiten	6			X	X	X	
K80-87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas - Cholelithiasis, Cholezystitis - Krankheiten der Gallenblase, Gallenwege - Pankreatitis	6				X	X	
M05-14	Entzündliche Polyarthropathien - chronische Polyarthritis - juvenile Arthritis - Gicht, Arthropathien	8	4	X	X	X		
M15-19	Arthrose - Polyarthrose, Koxarthrose, Gonarthrose, Rhizarthrose	6		X	X			
M20-25	Gelenkkrankheiten - Deformitäten der Extremitäten - Krankheiten der Patella - Binnenschädigung des Kniegelenkes	8	4	X	X	X		

ICD 10	Diagnose im Klartext	SFB in der AU-Woche	Vorerkrankungen in den letzten 12 Monaten	Fallmanagement durch die Krankenkasse				
				Anfrage an Mitglied	Angaben des versicherten: Arbeitsplatz-beschreibung	Facharzt-Bericht	Krankenhaus-Bericht	Reha- Bericht
M40-43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens - Kyphose und Lordose, - Skoliose - Osteochondrose	6	4	X	X			
M45-49	Spondylopathien - Spondylitis ankylosans, - Spondylose	6	4	X	X			
M50-54	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens - Zervikale Bandscheibenschäden, - Rückenschmerzen	6	4	X	X			
M70-79	Krankheiten des Weichteilgewebes - Bursopathien, - Fibromatosen - Schulterläsionen - Enthesopathien	4		X				
M95-99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes - Deformitäten - biomechanische Funktionsstörungen	4		X				
O20-29	Krankheiten der Mutter, die vorwiegend mit der Schwangerschaft verbunden sind - Blutung, - Erbrechen, - Venenkrankheiten, - Infektionen, - Diabetes mellitus, - Fehl- und Mangelernährung	6		X	X	X		
R00-99	R ist nur eine Syptomenbeschreibung, ergänzende Angaben des Vertragsarztes zur AU-Diagnose sind notwendig, dann Zuordnung zu der entsprechenden Diagnose	-	-	-	-	-	-	-
S00-39	Verletzungen des Kopfes, des Halses, des Thorax, des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	12	4	X	X	X	X	X
S40-99	Verletzungen der Schulter und des Oberarmes, des Ellenbogens und des Unterarmes, des Handgelenkes und der Hand, der Hüfte und des Oberschenkels, des Knies und des Unterschenkels, der Knöchelregion und des Fußes	8	4	X	X	X	X	X

Anhang 8:

§ 11 Eignung der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) zum Führen von Kraftfahrzeugen

(1) Bewerber um eine Fahrerlaubnis müssen die hierfür notwendigen körperlichen und geistigen Anforderungen erfüllen. Die Anforderungen sind insbesondere nicht erfüllt, wenn eine Erkrankung oder ein Mangel nach Anlage 4 oder 5 vorliegt, wodurch die Eignung oder die bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen ausgeschlossen wird. Außerdem dürfen die Bewerber nicht erheblich oder nicht wiederholt gegen verkehrsrechtliche Vorschriften oder Strafgesetze verstoßen haben, so dass dadurch die Eignung ausgeschlossen wird. Bewerber um die Fahrerlaubnis der Klasse D oder D1 müssen auch die Gewähr dafür bieten, dass sie der besonderen Verantwortung bei der Beförderung von Fahrgästen gerecht werden.

(2) Werden Tatsachen bekannt, die Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung des Fahrerlaubnisbewerbers begründen, kann die Fahrerlaubnisbehörde zur Vorbereitung von Entscheidungen über die Erteilung oder Verlängerung der Fahrerlaubnis oder über die Anordnung von Beschränkungen oder Auflagen die Beibringung eines ärztlichen Gutachtens durch den Bewerber anordnen. Bedenken gegen die körperliche oder geistige Eignung bestehen insbesondere, wenn Tatsachen bekannt werden, die auf eine Erkrankung oder einen Mangel nach Anlage 4 oder 5 hinweisen. Die Behörde bestimmt in der Anordnung auch, ob das Gutachten von einem

1. für die Fragestellung (Absatz 6 Satz 1) zuständigen Facharzt mit verkehrsmedizinischer Qualifikation,
2. Arzt des Gesundheitsamtes oder einem anderen Arzt der öffentlichen Verwaltung,
3. Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“,
4. Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Rechtsmedizin“ oder
5. Arzt in einer Begutachtungsstelle für Fahreignung, der die Anforderungen nach Anlage 14 erfüllt.

erstellt werden soll. Die Behörde kann auch mehrere solcher Anordnungen treffen. Der Facharzt nach Satz 3 Nr. 1 soll nicht zugleich der den Betroffenen behandelnde Arzt sein.

(3) Die Beibringung eines Gutachtens einer amtlich anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung (medizinisch-psychologisches Gutachten) kann zur Klärung von Eignungszweifeln für die Zwecke nach Absatz 2 angeordnet werden,

- 1) wenn nach Würdigung der Gutachten gemäß Absatz 2 oder Absatz 4 ein medizinisch-psychologisches Gutachten zusätzlich erforderlich ist,
- 2) zur Vorbereitung einer Entscheidung über die Befreiung von den Vorschriften über das Mindestalter,
- 3) bei erheblichen Auffälligkeiten, die im Rahmen einer Fahrerlaubnisprüfung nach § 18 Abs. 3 mitgeteilt worden sind,
- 4) bei Straftaten, die im Zusammenhang mit dem Straßenverkehr oder im Zusammenhang mit der Kraftfahreignung stehen oder bei denen Anhaltspunkte für ein hohes Aggressionspotential bestehen oder
- 5) bei der Neuerteilung der Fahrerlaubnis, wenn
 - (a) die Fahrerlaubnis wiederholt entzogen war oder
 - (b) der Entzug der Fahrerlaubnis auf einem Grund nach Nummer 4 beruhte.

Unberührt bleiben medizinisch–psychologische Begutachtungen nach § 2a Abs. 5 und § 4 Abs. 10 Satz 3 des Straßenverkehrsgesetzes sowie § 10 Abs. 2 und den §§ 13 und 14 in Verbindung mit den Anlagen 4 und 5 dieser Verordnung.

(4) Die Beibringung eines Gutachtens eines amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfers für den Kraftfahrzeugverkehr kann zur Klärung von Eignungszweifeln für die Zwecke nach Absatz 2 angeordnet werden,

1. wenn nach Würdigung der Gutachten gemäß Absatz 2 oder Absatz 3 ein Gutachten eines amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfers zusätzlich erforderlich ist oder
2. bei Behinderung des Bewegungsapparates, um festzustellen, ob der Behinderte das Fahrzeug mit den erforderlichen besonderen technischen Hilfsmitteln sicher führen kann.

(5) Für die Durchführung der ärztlichen und medizinisch–psychologischen Untersuchung sowie für die Erstellung der entsprechenden Gutachten gelten die in der Anlage 15 genannten Grundsätze.

(6) Die Fahrerlaubnisbehörde legt unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalls und unter Beachtung der Anlagen 4 und 5 in der Anordnung zur Beibringung des Gutachtens fest, welche Fragen im Hinblick auf die Eignung des Betroffenen zum Führen von Kraftfahrzeugen zu klären sind. Die Behörde teilt dem Betroffenen unter Darlegung der Gründe für die Zweifel an seiner Eignung und unter Angabe der für die Untersuchung in Betracht kommenden Stelle oder Stellen mit, dass er sich innerhalb einer von ihr festgelegten Frist auf seine Kosten der Untersuchung zu unterziehen und das Gutachten beizubringen hat; sie teilt ihm außerdem mit, dass er die zu übersendenden Unterlagen einsehen kann. Der Betroffene hat die Fahrerlaubnisbehörde darüber zu unterrichten, welche Stelle er mit der Untersuchung beauftragt hat. Die Fahrerlaubnisbehörde teilt der untersuchenden Stelle mit, welche Fragen im Hinblick auf die Eignung des Betroffenen zum Führen von Kraftfahrzeugen zu klären sind und übersendet ihr die vollständigen Unterlagen, soweit sie unter Beachtung der gesetzlichen Verwertungsverbote verwendet werden dürfen. Die Untersuchung erfolgt auf Grund eines Antrages durch den Betroffenen.

(7) Steht die Nichteignung des Betroffenen zur Überzeugung der Fahrerlaubnisbehörde fest, unterbleibt die Anordnung zur Beibringung des Gutachtens.

(8) Weigert sich der Betroffene, sich untersuchen zu lassen, oder bringt er der Fahrerlaubnisbehörde von ihr geforderte Gutachten nicht fristgerecht bei, darf sie bei ihrer Entscheidung auf die Nichteignung des Betroffenen schließen. Der Betroffene ist hierauf bei der Anordnung nach Absatz 6 hinzuweisen.

(9) Unbeschadet der Absätze 1 bis 8 haben die Bewerber um die Erteilung oder Verlängerung einer Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE oder D1E zur Feststellung ihrer Eignung der Fahrerlaubnisbehörde einen Nachweis nach Maßgabe der Anlage 5 vorzulegen.

(10) Hat der Betroffene an einem Kurs teilgenommen, um festgestellte Eignungsmängel zu beheben, genügt in der Regel zum Nachweis der Wiederherstellung der Eignung statt eines erneuten medizinisch–psychologischen Gutachtens eine Teilnahmebescheinigung, wenn

1. der betreffende Kurs nach § 70 anerkannt ist,
2. auf Grund eines medizinisch–psychologischen Gutachtens einer Begutachtungsstelle für Fahreignung die Teilnahme der Betroffenen an dieser Art von Kursen als geeignete Maßnahme angesehen wird, seine Eignungsmängel zu beheben, und
3. die Fahrerlaubnisbehörde der Kursteilnahme nach Nummer 2 zugestimmt hat.

(11) Die Teilnahmebescheinigung muss

1. dem Familiennamen und Vornamen, den Tag und Ort der Geburt und die Anschrift des Seminarteilnehmers,
2. die Bezeichnung des Seminarmodells und
3. Angaben über Umfang und Dauer des Seminars

enthalten. Sie ist vom Seminarleiter und vom Seminarteilnehmer unter Angabe des Ausstellungsdatums zu unterschreiben. Die Ausstellung der Teilnahmebescheinigung ist vom Kursleiter zu verweigern, wenn der Teilnehmer nicht an allen Sitzungen des Kurses teilgenommen oder die Anfertigung von Hausaufgaben verweigert hat.