



Begutachtungsanleitung
Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V

Arbeitsunfähigkeit (AU)



Die nachstehende Richtlinie wurde vom GKV-Spitzenverband nach Abnahme im MDS-Vorstand und nach Beratung im Beirat für Koordinierungsfragen der Medizinischen Dienste auf Grundlage von § 282 Absatz 2 Satz 3 SGB V erlassen (die Aufgabe nach § 283 Absatz 2 Satz 3 SGB V in der bis zum 31.12.2019 gültigen Fassung wird entsprechend § 411 Absatz 2 Satz 1, Halbsatz 1 SGB V bis zum 31.12.2021 weiterhin durch den GKV-Spitzenverband wahrgenommen). Die Begutachtungsanleitung ist für die Medizinischen Dienste, die Krankenkassen und deren Verbände verbindlich.

Stand: 20.12.2021

Herausgeber

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
D-45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

Vorwort

Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung bei Arbeitsunfähigkeit stellen einen wesentlichen Teil der sozialen Sicherung in Deutschland dar. Versicherte können sich im Bedarfsfall darauf verlassen, die Solidargemeinschaft steht dafür ein. Von jeher ist deshalb die Begutachtung der Versicherten im Hinblick auf notwendige Krankengeldzahlungen einer der Schwerpunkte der sozialmedizinischen Begutachtung des Medizinischen Dienstes (MD).

Die Begutachtungsanleitung hat den Anspruch, ein umfassendes Verständnis für die Komplexität der Arbeitsunfähigkeits-Begutachtung herzustellen und den Gutachterinnen und Gutachtern eine einheitliche und fachgerechte Beurteilung zu ermöglichen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen werden dazu befähigt, anhand der ihnen vorliegenden Informationen eine fundierte Fallauswahl zu treffen.

Für die betroffenen Versicherten haben die Begutachtungsergebnisse oft weitreichende Bedeutung. Nicht zuletzt deshalb muss die Begutachtung in hoher Qualität und auf dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse und der gesetzlichen Vorgaben durchgeführt werden. Begutachtungsanleitungen dienen der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Bearbeitung von speziellen gutachtlichen Fragestellungen und deren einheitlichen Umsetzung durch den Medizinischen Dienst. Diese sind für Krankenkassen und den Medizinischen Dienst verbindlich.

Um den umfassenden Änderungen im SGB V durch das Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) vom 19.07.2021 und der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der AU und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) Rechnung zu tragen, wurde die Überarbeitung der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit (BGA AU) notwendig.

Die wesentlichen Änderungen durch das GVWG ziehen eine Umgestaltung in der Bearbeitung von Arbeitsunfähigkeitsfällen auf Seiten der Krankenkassen und auf Seiten des Medizinischen Dienstes nach sich. So ist insbesondere die Einholung von Informationen im Einzelfall durch die Krankenkassen im § 275 Abs. 1b SGB V neu geregelt worden. Dabei werden weitergehende Informationen zur Arbeitsunfähigkeit selbst und den individuellen Kontextfaktoren allein durch den Medizinischen Dienst erhoben, hierzu dienen neu konzipierte Versichertenanfragen. Nach Auftragserteilung erfolgt regelhaft eine gutachtliche Stellungnahme unter Einhaltung von Mindestkriterien, dies regelt der neu eingefügte Abs. 6 in § 275 SGB V.

Zum Schutz der Versichertendaten werden die Begutachtungsergebnisse des Medizinischen Dienstes allein an die/den AU-attestierenden Ärztin/Arzt und an die Krankenkasse übermittelt; diese erhält zusätzlich die Gründe für das Ergebnis.

Dies sind nur einige Beispiele für neue Gesetzesvorschriften, die in der Begutachtungsanleitung berücksichtigt werden.

Die Begutachtungsanleitung wurde in Zusammenarbeit zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Verbänden der Krankenkassen auf Bundesebene und der Gemeinschaft der Medizinische Dienste erarbeitet. Hierfür gebührt allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe unser Dank.

Dr. Doris Pfeiffer
Vorsitzende des Vorstands
GKV-Spitzenverband

Dr. Stefan Gronemeyer
Geschäftsführer
MDS

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Inhaltsverzeichnis	5
1 Einleitung	9
2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung	10
2.1 Rechtliche Grundlagen zu Fragen der Arbeitsunfähigkeit	10
2.1.1 Begutachtung	10
2.1.2 Begriff „Arbeitsunfähigkeit“	11
2.1.3 Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses	12
2.1.4 Leistungsrechtlicher Hintergrund für die Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit	12
2.1.5 AU mit besonderen Ursachen/Abgrenzung der Zuständigkeiten	13
2.1.5.1 Deutsche Rentenversicherung	13
2.1.5.2 Gesetzliche Unfallversicherung	16
2.1.5.3 Soziales Entschädigungsrecht	17
2.2 Leistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit	18
2.2.1 Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch Krankenbehandlung (§ 27 SGB V)	18
2.2.2 Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch Leistungen zur Teilhabe (SGB IX)	19
2.2.2.1 Teilhabe	19
2.2.2.2 Behinderung	20
2.2.2.3 Gesetzliche Verzahnung der Leistungsträger	20
2.2.2.4 Aufforderung nach § 51 Abs. 1 SGB V	21
2.2.2.5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	25
2.2.2.6 Belastungserprobung, Arbeitstherapie	26
2.2.2.7 Stufenweise Wiedereingliederung	26
2.2.2.8 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	27
2.2.2.9 Arbeitsplatzanpassung und Arbeitsplatzumsetzung	27
2.2.2.10 Betriebliches Eingliederungsmanagement	28
2.3 Kriterien und Maßstäbe der AU-Begutachtung	28
2.3.1 Die ICF-Systematik	28
2.3.1.1 Konzeption der ICF	29
2.3.1.2 Begriffe der ICF	30

2.3.1.3	Nutzung der ICF bei der Beurteilung von AU	31
2.3.1.4	Diagnose/Funktionsdiagnose	32
2.3.2	AU bei bestehendem Arbeitsverhältnis	32
2.3.3	AU bei beendetem Beschäftigungsverhältnis	33
2.3.4	AU bei Arbeitslosigkeit nach dem SGB III	33
2.3.5	AU bei Rehabilitanden nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V	34
2.3.6	AU bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach dem SGB II	34
2.3.7	AU bei Selbstständigkeit	35
2.3.8	AU bei Lebendspende	35
2.3.9	Arbeits- und Bewertungsschritte der AU-Begutachtung	37
2.3.10	Arbeits- und Bewertungsschritte: Fragen zu § 51 Abs. 1 SGB V	44
2.3.11	Weitere Fragestellungen/Spezielle Begutachtungsaufträge/besondere Aspekte im Zusammenhang der AU-Begutachtung	49
2.3.11.1	Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit bei Berufskraftfahrerinnen und -fahrern	49
2.3.11.2	Begutachtung der AU bei individuellen arbeitsvertraglichen Gestaltungen	50
2.3.11.3	Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit bei Seeleuten bzw. Lotsinnen und Lotsen (Prüfung durch Knappschaft-Bahn-See (KBS))	50
2.3.11.4	Arbeitsunfall und Berufskrankheit in der Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung	50
2.3.11.5	Beschäftigungsverbote nach Mutterschutzgesetz (MuSchG)	51
2.3.11.6	Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote nach Infektionsschutzgesetz (§ 42 IfSG)	52
2.3.11.7	Begutachtung von Zusammenhangsfragen	52
2.3.11.8	Krankengeld bei Auslandsaufenthalt	59
2.3.11.9	Erstellung eines Leistungsbildes	60
3	Zusammenarbeit Krankenkasse/Medizinischer Dienst	62
3.1	Fallvorbereitung durch die Krankenkasse	65
3.1.1	Fallauswahl	65
3.1.2	Gruppeneinteilung	67
3.1.3	Informationsbeschaffung durch die Krankenkasse für die Beurteilung der Notwendigkeit einer Vorlage beim Medizinischen Dienst	68
3.1.4	Mündliche Erörterung (anonymisiert)	69
3.1.5	Einleitung der sozialmedizinischen Begutachtung durch die Krankenkasse	69
3.1.6	Auftragsformulierung	69

3.2	Datenbereitstellung bei Beauftragung des Medizinischen Dienstes	70
3.2.1	Informationen der Krankenkasse	70
3.2.2	Schriftliche Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes	71
3.3	Anforderungen medizinischer Unterlagen	72
3.3.1	Ergänzende Instrumente für die Informationsbeschaffung	72
4	Gutachtliche Stellungnahme	75
4.1	Sozialmedizinische Fallberatung	75
4.2	Weitere Fallbearbeitung durch die Krankenkasse bzw. den Medizinischen Dienst	76
4.2.1	Dokumentationsumfang	77
4.3	Beurteilung nach Aktenlage	78
4.4	Beurteilung mit persönlicher Befunderhebung	78
4.5	Gliederungspunkte des AU-Gutachtens	78
4.6	Besonderheiten bei Gutachten nach § 51 Abs. 1 SGB V	81
5	Vorgehen bei Einspruch und Widerspruch	83
6	Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes nach § 277 SGB V	86
7	Anlagen	88
7.1	AU-Richtlinie des G-BA	89
7.2	Grundsätze zur Fallbearbeitung durch die Krankenkasse bei Arbeitsunfähigkeit	90
7.3	Zusammenstellung von arbeitsmedizinischen Begriffen	99
7.4	Vordrucke nach der Vordruckvereinbarung	106
7.4.1	Muster 11: Bericht für den Medizinischen Dienst	107
7.4.2	Muster 20: Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)	108
7.4.3	Muster 52: Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	109
7.4.4	Muster 86: Weiterleitungsbogen für angeforderte Befunde an den Medizinischen Dienst	110
7.4.5	Muster 86: Weiterleitungsbogen für Informationen an den Medizinischen Dienst	111
7.5	Formularsatz	112
7.5.1	Befundanforderung des Medizinischen Dienstes bei Arbeitsunfähigkeit	112
7.5.2	Allgemeine Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes	113
7.5.3	Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes bei Arbeitslosigkeit	117

7.5.4	Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes zu den Anforderungen am Arbeitsplatz	120
7.5.5	Ergebnis der Begutachtung/Handzettel für die oder den Versicherten	123
7.5.6	Ergebnisformular für Fallgestaltungen nach § 51 SGB V	124
7.6	Ausgewählte Urteile der Bundesgerichte im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit	127
7.6.1	Bewertungsmaßstab der AU/Verweisbarkeit der Versicherten	127
7.6.2	Krankengeld-Anspruch	132
7.6.3	Arbeitslosigkeit und Schwangerschaft	135
7.6.4	Dieselbe Krankheit	138
7.6.5	Form und Verbindlichkeit von Gutachten des Medizinischen Dienstes	141
7.6.6	Stufenweise Wiedereingliederung	144
7.6.7	Gefährdung/Minderung der Erwerbsfähigkeit	146
7.6.8	Wegfall des Krankengeldes, Einschränkung des Dispositionsrechts	147
7.6.9	Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz	155
7.7	Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 i. V. m. § 51 Abs. 5 SGB IX	157

1 Einleitung

Die Überarbeitung der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit (BGA AU) wurde notwendig, um dem aktuellen Erkenntnisstand der Praxis, den zwischenzeitlichen Änderungen im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der AU und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung – Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie ([AU-Richtlinie](#)) und der Rechtsprechung Rechnung zu tragen.

Bei jeder Arbeitsunfähigkeit (AU) infolge Krankheit handelt es sich um einen komplexen Zusammenhang von rechtlichen, beruflichen und medizinischen Aspekten. Diese Komplexität erfordert von allen Beteiligten vielschichtige Kenntnisse. Die praktische Bedeutung der AU und deren Folgen sind für die Patientin/Versicherte oder den Patienten/Versicherten, die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt, den Arbeitgeber und die Krankenkasse jeweils unterschiedlich, so dass sich die Gutachterin oder der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei ihrer oder seiner Beurteilung in einem Spannungsfeld befindet.

Wesentlich ist, dass nicht die AU-begründende Diagnose, sondern die resultierenden strukturellen und funktionellen Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe sowie personbezogene Faktoren (insbesondere das Krankheitsverhalten, subjektive Erwartung an Gesundheits- und Erwerbsprognose) und umweltbezogene Faktoren (z. B. besondere Bedingungen des Arbeitsplatzes) die AU und ihre Dauer beeinflussen. Die Krankenkassen analysieren regelmäßig AU-Fälle und legen sie dem Medizinischen Dienst zur gutachtlichen Stellungnahme vor, soweit dies gesetzlich vorgesehen und erforderlich ist.

Wirksame Maßnahmen zur Vermeidung von wiederkehrender AU oder Langzeit-AU sind notwendig, denn mit zunehmender AU-Dauer treten soziale und psychosoziale Probleme verstärkt auf bzw. sie verselbständigen sich sogar. Zu spät eingeleitete Maßnahmen, die sowohl Leistungen zur medizinischen Rehabilitation als auch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen, können eine erfolgreiche Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit dann kaum noch beeinflussen.

Das Ziel der Anleitung ist, die Inhalte, die Art und den Umfang der Instrumente darzustellen, die für eine strukturierte Zusammenarbeit zwischen Medizinischem Dienst und Krankenkasse wesentlich sind. Zu nennen sind insbesondere:

- rechtliche Rahmenbedingungen,
- einheitliche Kriterien und Maßstäbe der Begutachtung,
- organisatorische Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit,
- Verfahren der sozialmedizinischen Fallberatung¹,
- Art und Inhalte der Begutachtung sowie die Dokumentation.

¹ Die sozialmedizinische Fallberatung ist ein Dialogprozess, der parallel zur Abgabe einer gutachtlichen Stellungnahme erfolgt. Dabei ist strikt darauf zu achten, dass seitens der Gutachterin/des Gutachters keine medizinischen Daten über das Gutachterergebnis und deren wesentlichen Gründe hinaus offengelegt werden.

2 Rechtliche und sozialmedizinisch inhaltliche Grundlagen der Einzelfall-Beratung/-Begutachtung

Im Zusammenhang mit der Beratung der Krankenkassen und der Begutachtung von Versicherten bei AU sind einerseits Rechtsgrundlagen ([2.1 Rechtliche Grundlagen zu Fragen der Arbeitsunfähigkeit](#)) (u. a. die für die Krankenkassen und andere weitere Sozialleistungsträger geltenden Normen, die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) und Vorschriften über Leistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ([2.2 Leistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit](#)) zu beachten. Andererseits kommen der strukturierten Erfassung und Beurteilung der medizinischen Befunde, der Abschätzung des Leistungsvermögens der oder des Versicherten und ihrer oder seiner Belastbarkeit am Arbeitsplatz ([2.3 Kriterien und Maßstäbe der AU-Begutachtung](#)) zentrale Bedeutung zu.

2.1 Rechtliche Grundlagen zu Fragen der Arbeitsunfähigkeit

2.1.1 Begutachtung

Die Begutachtung zu Fragen der AU erfolgt auf Grundlage des § 275 SGB V „Begutachtung und Beratung“. Danach sind die Krankenkassen verpflichtet, unter bestimmten Voraussetzungen eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.

§ 275 SGB V Begutachtung und Beratung

(1) ¹Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, ...

3. bei Arbeitsunfähigkeit

a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder

b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen

(1a) Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe b sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen

a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder

b) die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist.

²Die Prüfung hat unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Feststellung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen.

³Der Arbeitgeber kann verlangen, dass die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. ⁴Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.

2.1.2 Begriff „Arbeitsunfähigkeit“

AU ist ein unbestimmter Rechtsbegriff, der durch die BSG-Rechtsprechung fortlaufend weiterentwickelt wurde: AU von Beschäftigten liegt vor, wenn die oder der Versicherte auf Grund von Krankheit ihre oder seine zuletzt vor der AU ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann ([BSG-Urteil vom 30.05.1967, AZ.: 3 RK 15/65, § 2 Abs. 1 AU-Richtlinie](#)). Als wesentliches Kennzeichen der AU gilt, dass sie ein Ergebnis aus krankheitsbedingter Leistungsmin- derung und Anforderung des Arbeitsplatzes ist.

AU liegt auch vor, wenn auf Grund eines bestimmten Krankheitszustandes, der für sich allein noch keine AU bedingt, absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit oder die Gesundung abträgliche Folgen erwachsen, die AU unmittelbar hervorrufen.

Bedeutsam für die Feststellung und Bescheinigung von AU sind nur die Erkrankungen und deren Auswir- kungen, die aktuell die Versicherte oder den Versicherten an der Erbringung seiner vertraglich geschul- deten Arbeitsleistung hindern. Symptome und Begleiterkrankungen, die die Arbeitsleistung nicht beein- trächtigen, sind nicht Gegenstand der Beurteilung.

Endet das Beschäftigungsverhältnis nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit und wurde aktuell kein aner- kannter Ausbildungsberuf ausgeübt (An- oder Ungelernte), besteht Arbeitsunfähigkeit nur dann, wenn die letzte oder eine ähnliche Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausgeübt werden kann. Für beschäftigungslose Versicherte mit einem anerkannten Ausbil- dungsberuf gelten die Grundsätze in Kapitel 2.3.3.

Bei Arbeitslosen nach dem SGB III liegt AU vor, wenn sie krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, leichte Arbeiten in dem zeitlichen Umfang zu verrichten, für den sie sich der Arbeitsvermittlung zur Ver- fügung gestellt haben. ([BSG-Urteil vom 07.12.2004, AZ.: B 1 KR 5/03 R](#) bzw. [BSG-Urteil vom 04.04.2006, AZ.: B 1 KR 21/05 R, § 2 Abs. 3 AU-Richtlinie](#)). Bezugspunkte für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ist demnach irgendeine Tätigkeit sowie der zeitliche Vermittlungsumfang, für den sich die oder der Ver- sicherte zur Verfügung gestellt hat.

Bei arbeitslosen Schwangeren, die aus schwangerschaftsbedingten Gründen ein eingeschränktes Lei- stungsvermögen aufweisen, bestehen besondere Regelungen. Sind sie nicht in der Lage, ohne Gefähr- dung für sich oder das ungeborene Kind leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich auszuüben, gelten sie als arbeitsunfähig ([BSG-Urteile vom 30.11.2011 – B 11 AL 37/10 – und – B 11 AL 7/11](#) –sowie vom 22.02.2012 – B 11 AL 26/10 R).

Kann eine mindestens 15-stündige Tätigkeit trotz Vorliegens eines individuellen Beschäftigungsverbots nach MuSchG ausgeübt werden, besteht Verfüg- bzw. Vermittelbarkeit über die Agentur für Arbeit.

Bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach dem SGB II liegt AU vor, wenn sie krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaß- nahme teilzunehmen ([§ 2 Abs. 3a AU-Richtlinie](#)).

Arbeitsunfähig sind gesetzlich und nicht gesetzlich krankenversicherte Personen aufgrund einer im Rah- men des Transplantationsgesetzes erfolgten Spende von Organen oder Geweben oder im Rahmen des Transfusionsgesetzes erfolgten Spende von Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blut- bestandteilen.

Der Begriff AU ist zu unterscheiden vom rentenrechtlichen Begriff der vollen/teilweisen Erwerbsminde- rung (bis 2001 Erwerbsunfähigkeit) und vom beamtenrechtlichen Begriff der Dienstunfähigkeit.

2.1.3 Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses

In der jeweils aktuellen Fassung der AU-Richtlinie finden sich grundlegende Angaben zur Definition, zu Anwendungsbereichen, zur Feststellung der AU und zur stufenweisen Wiedereingliederung ([AU-Richtlinie](#)), die die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt zu beachten hat. Nach § 4a der AU-Richtlinie gilt diese auch für Krankenhausärztinnen und -ärzte, sofern im Rahmen des Entlassmanagements eine Arbeitsunfähigkeit von bis zu 7 Tagen festgestellt wird (39 Abs. 1a SGB V): Das Gleiche gilt für Ärztinnen und Ärzte in Rehabilitationseinrichtungen, sofern Leistungen zu Lasten der Krankenkasse nach § 40 Abs. 2 oder § 41 SGB V in Anspruch genommen wurden. Eine gleichartige Regelung ist für die anderen Träger der Sozialversicherung nicht vorgesehen.

Die Feststellung der AU und die Bescheinigung über ihre voraussichtliche Dauer erfordern – ebenso wie die ärztliche Beurteilung zur stufenweisen Wiedereingliederung – wegen ihrer Tragweite für die oder den Versicherten und ihrer arbeits- und sozialversicherungsrechtlichen sowie wirtschaftlichen Bedeutung besondere Sorgfalt. Im Regelfall erfordert die Feststellung der AU die unmittelbare persönliche Untersuchung. Abweichend von diesem Grundsatz kann in bestimmten Einzelfällen die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit auch mittelbar persönlich im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen.

Die AU-Richtlinie etabliert ein standardisiertes Verfahren, das den Vorgang der Feststellung der AU und dessen Dokumentation umfasst. Die Pflichten der von der Richtlinie betroffenen Ärztinnen und Ärzte, der Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen Ärztin oder Arzt, Krankenkasse und Medizinischem Dienst werden beschrieben.

Definition und Bewertungsmaßstäbe der Arbeitsunfähigkeit ergeben sich aus § 2 der AU-Richtlinie.

2.1.4 Leistungsrechtlicher Hintergrund für die Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit

Das Krankengeld hat eine Entgeltersatzfunktion und dient der wirtschaftlichen Absicherung bei Krankheit. Versicherte haben bei AU infolge von Krankheit einen Anspruch auf Krankengeld (§ 44 Abs. 1 und 2 SGB V). Dieser Krankengeldanspruch besteht grundsätzlich ab dem Tag der ärztlichen Feststellung der AU. Der Anspruch auf Krankengeld bleibt jeweils bis zu dem Tag bestehen, an dem die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit ärztlich festgestellt wird. Dies gilt nur, wenn die ärztliche Feststellung spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage (§ 46 Sätze 1 und 2 SGB V). Für Versicherte, deren Mitgliedschaft nach § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V vom Bestand des Anspruchs auf Krankengeld abhängig ist, bleibt der Anspruch auch dann bestehen, wenn die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nicht am nächsten Werktag, aber spätestens innerhalb eines Monats nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Anspruch ruht solange, bis die weitere Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit nach § 46 Satz 3 ärztlich festgestellt wurde (§ 49 Abs. 1 Nr. 8 SGB V). Der Anspruch ruht außerdem u. a. für die Dauer der Entgeltfortzahlung (§ 49 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

Krankengeld wird grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung geleistet. Besteht jedoch aufgrund derselben Krankheit AU, ist die Bezugsdauer auf längstens 78 Wochen innerhalb eines starren Dreijahreszeitraums – gerechnet von dem Tag des erstmaligen Beginns der AU an – begrenzt. Tritt während der AU zu der bestehenden Krankheit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Höchstanspruchsdauer nicht verlängert. Bei Erreichen der Höchstanspruchsdauer von 78 Wochen wird die Zahlung des Krankengeldes eingestellt (§ 48 SGB V). Mit der Einstellung der Krankengeldzahlung endet nicht automatisch die AU.

Im folgenden Dreijahreszeitraum besteht erst dann wieder ein Krankengeldanspruch wegen derselben Krankheit, wenn die oder der Versicherte bei Eintritt der erneuten AU mit Anspruch auf Krankengeld versichert ist und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate

1. nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig war und
2. erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Das Auftreten einer neuen Krankheit, die erstmals AU zur Folge hat, begründet einen neuen Dreijahreszeitraum und einen entsprechend neuen Höchstanspruch auf Krankengeld.

Die Festsetzung der Leistungsdauer obliegt ausschließlich der Krankenkasse.

Die Krankenkasse kann Versicherte in angemessener Höhe an den Kosten von Leistungen beteiligen und das Krankengeld ganz oder teilweise für die Dauer einer Krankheit versagen bzw. zurückfordern, wenn sich die oder der Versicherte die Krankheit vorsätzlich oder bei einem selbst begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen zugefügt hat. Darüber hinaus hat die Krankenkasse Versicherte in angemessener Höhe an Leistungsausgaben zu beteiligen und das Krankengeld für die Dauer der Behandlung ganz oder teilweise zu versagen oder zurückzufordern, wenn sich diese eine Krankheit durch eine nicht medizinisch indizierte Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben (§ 52 SGB V).

2.1.5 AU mit besonderen Ursachen/Abgrenzung der Zuständigkeiten

Die Ursache für die AU ist entscheidend für die Zuständigkeit des entsprechenden Leistungsträgers, der grundsätzlich für die erforderlichen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit aufzukommen hat; dies ist nicht zwangsläufig immer die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Im gegliederten Sozialversicherungssystem, aus dem die Versicherten Ansprüche ableiten können, ist daher die Abgrenzung der Zuständigkeiten von besonderer Bedeutung. Liegt ein Versicherungsfall eines anderen Leistungsträgers vor, haben Versicherte diesem gegenüber 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.

Neben der Zuständigkeit der GKV sind in der Praxis Ansprüche gegenüber der Rentenversicherung, der Unfallversicherung, der Versorgungsverwaltung oder der Arbeitsförderung zu beachten. Ergeben sich anlässlich der Begutachtung Hinweise darauf, dass die AU und/oder die hierzu führende Krankheit ursächlich im Zusammenhang z. B. mit einer unfallversicherten Tätigkeit oder sonstigen „entschädigungsfähigen“ Tatbeständen steht, ist dies gutachtlich zu dokumentieren.

2.1.5.1 Deutsche Rentenversicherung

Mit der Zahlung von Rentenversicherungsbeiträgen erwirbt die oder der Versicherte nicht nur eigene Rentenansprüche, sondern auch Ansprüche auf Rehabilitationsleistungen und Teilhabe am Arbeitsleben, die insbesondere zur Vermeidung der Minderung der Erwerbsfähigkeit dienen sollen. Bei bestehender AU hat dies zur Folge, dass die Entgeltersatzleistung in Form von Übergangsgeld während der Rehabilitation von einem Träger der Deutschen Rentenversicherung zu leisten ist und der Krankengeldanspruch ruht (§ 49 Abs. 1 Nr. 3 SGB V).

In § 23 Abs. 2 SGB I ist die Zuständigkeit der einzelnen Träger geregelt. Danach sind zuständig

- in der allgemeinen Rentenversicherung die Regionalträger, die Deutsche Rentenversicherung

Bund und die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See,

- in der knappschaftlichen Rentenversicherung die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See und
- in der Alterssicherung der Landwirte die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als landwirtschaftliche Alterskasse.

Pflichtversichert sind in der gesetzlichen Rentenversicherung in erster Linie Beschäftigte, selbständig Tätige und sonstige Versicherte (§§ 1 bis 3 SGB VI). Auch eine Versicherung auf Antrag ist möglich (§ 4 SGB VI).

Nach § 9 Abs. 1 SGB VI erbringt die Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen, um

1. den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
2. dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wieder einzugliedern.

Die Leistungen zur Teilhabe haben Vorrang vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind. Die Leistungen nach Absatz 1 können erbracht werden, wenn die persönlichen (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 SGB VI) dafür erfüllt sind. Im Zusammenhang mit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben leisten die Träger der Rentenversicherung Übergangsgeld.

Anspruch auf Übergangsgeld haben Versicherte nach § 20 SGB VI, die

- von einem Träger der Rentenversicherung Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben; Leistungen zur Nachsorge oder sonstige Leistungen zur Teilhabe erhalten,
- bei Leistungen zur Prävention, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Nachsorge oder sonstigen Leistungen zur Teilhabe unmittelbar vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder, wenn sie nicht arbeitsunfähig sind, unmittelbar vor Beginn der Leistungen
 - a) Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen erzielt und im Bemessungszeitraum Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt haben oder
 - b) Krankengeld, Verletztengeld, Versorgungskrankengeld, Übergangsgeld, Kurzarbeitergeld, Arbeitslosengeld, Arbeitslosengeld II oder Mutterschaftsgeld bezogen haben und für die von dem der Sozialleistung zugrundeliegenden Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen oder im Falle des Bezugs von Arbeitslosengeld II zuvor aus Arbeitsentgelt oder Arbeitseinkommen Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt worden sind.

Die Rentenversicherungsträger zahlen unter Umständen in bestimmten Fällen das Übergangsgeld nach einer stationären Rehabilitation weiter, nämlich dann, wenn sich eine stufenweise Wiedereingliederung anschließt. Geregelt ist dies in § 44 SGB IX. Können danach arbeitsunfähige Leistungsberechtigte nach ärztlicher Feststellung ihre bisherige Tätigkeit teilweise verrichten und können sie durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden, sollen die medizinischen und die sie ergänzenden Leistungen entsprechend dieser Zielsetzung

erbracht werden. Da trotz höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht alle Probleme zur Zuständigkeitsabgrenzung zwischen den Krankenkassen und der Rentenversicherung auszuräumen waren, wurde eine Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung getroffen. Danach leistet die Rentenversicherung regelmäßig dann Übergangsgeld, wenn die stufenweise Wiedereingliederung auf Anregung der Reha-Klinik spätestens 4 Wochen nach der dortigen Entlassung begonnen werden kann. Die Krankenkasse kann innerhalb von 2 Wochen nach Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ebenfalls eine stufenweise Wiedereingliederung anregen. Bestätigt dies der Rentenversicherungsträger, besteht in diesen Fällen der Anspruch auf Übergangsgeld durchgehend bis zum Ende der Wiedereingliederung.

Die Vorschrift des § 50 SGB V begrenzt zugunsten der Krankenkasse die Bezugsdauer bzw. die Leistungshöhe des Krankengeldes. Hierbei wird nach Rentenleistungen, welche den Entgeltausfall in vollem Umfang ausgleichen sollen und Leistungen mit Teilsicherungsfunktion differenziert.

Rentenleistungen, welche auf die Sicherung des Lebensunterhalts in vollem Umfang angelegt sind, führen zum Ende des Krankengeldanspruchs und schließen dessen neue Entstehung bis zum Ende des aktuell laufenden Rentenbezuges aus.

Rentenleistungen mit Teilsicherungsfunktion führen hingegen zur Kürzung des Krankengeldes.

Nach § 50 SGB V endet für Versicherte ein Anspruch auf Krankengeld vom Beginn der Leistungen an, wenn diese

1. Rente wegen voller Erwerbsminderung oder Vollrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
2. Ruhegehalt, das nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gezahlt wird,
3. Vorruhestandsgeld nach § 5 Abs. 3,
4. Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 und 2 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung oder einer staatlichen Stelle im Ausland gezahlt werden,
5. Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 und 2 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie nach den ausschließlich für das in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannte Gebiet geltenden Bestimmungen gezahlt werden,

beziehen.

Das Krankengeld wird um den Zahlbetrag

1. der Altersrente, der Rente wegen Erwerbsminderung oder der Landabgaberente aus der Alterssicherung der Landwirte,
2. der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung oder der Teilrente wegen Alters aus der gesetzlichen Rentenversicherung,
3. der Knappschaftsausgleichsleistung oder der Rente für Bergleute oder
4. einer vergleichbaren Leistung, die von einem Träger oder einer staatlichen Stelle im Ausland gezahlt wird,
5. von Leistungen, die ihrer Art nach den in den Nummern 1 bis 3 genannten Leistungen vergleichbar sind, wenn sie nach den ausschließlich für das in dem in Artikel 3 des Einigungsvertrages genannten Gebiets geltenden Bestimmungen gezahlt werden,

gekürzt, wenn die Leistung von einem Zeitpunkt nach dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit oder der stationären Behandlung an zuerkannt wird.

Bezüglich der Möglichkeit der Krankenkasse zu der Aufforderung zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. § 51 SGB V) die ggf. auch als Antragstellung auf Rente gilt (§ 116 Abs. 2 SGB VI), wird auf [2.3.10 Arbeits- und Bewertungsschritte: Fragen zu § 51 Abs. 1 SGB V](#) verwiesen.

2.1.5.2 Gesetzliche Unfallversicherung

Bei AU, für die die (ggf. frühere) berufliche Tätigkeit Krankheitsursache ist, kann ein Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) vorliegen. Dieser begründet eine entsprechende Zuständigkeit der Unfallversicherung.

Dem Versicherungsschutz der GUV unterliegen u. a. auch Personen, die im Interesse der Allgemeinheit handeln (z. B. ehrenamtlich Tätige, Ersthelferinnen und Ersthelfer bei Unfällen, Blut- und Organspenderrinnen und -spender) bzw. Personen, die aus anderen sozialstaatlichen Gründen Versicherungsschutz genießen (z. B. meldepflichtige Arbeitslose, häusliche Pflegepersonen). Die vom Versicherungsschutz der GUV umfassten Tätigkeiten regelt § 2 SGB VII.

Bei einem Versicherungsfall der GUV (Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Gesundheitsschaden bei einer Lebendspende) besteht gemäß § 11 Abs. 5 SGB V kein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung. Die zur berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung zugelassenen Ärztinnen und Ärzte müssen im Zusammenhang mit der Behandlung Arbeitsunfallverletzter spezielle Vordrucke benutzen.

Auch die **Lebendspende von Organen, Gewebe oder Blut** zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen kann Arbeitsunfähigkeit verursachen (§ 44a SGB V). Gehen im Einzelfall die Beeinträchtigungen über das regelmäßig entstehende Maß hinaus, so stellt dies einen Leistungsfall der GUV dar (§ 12a SGB VII).

Komplikationen der Lebendspende können also den Leistungsübergang zur GUV zur Folge haben. Hier wird in jedem Einzelfall der Zeitpunkt des Leistungsübergangs zwischen den Krankenkassen und der GUV abgestimmt. Ab dem Zeitpunkt des Leistungsübergangs scheiden Leistungen der GKV aus (§ 11 Abs. 5 SGB V).

Berufskrankheiten (BK) 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). „Haben Ärzte oder Zahnärzte den **begründeten Verdacht**, dass bei Versicherten eine Berufskrankheit besteht, haben sie dies dem Unfallversicherungsträger oder der für den medizinischen Arbeitsschutz zuständigen Stelle in der für die Anzeige von Berufskrankheiten vorgeschriebenen Form (§ 193 Abs. 8) unverzüglich anzuzeigen.“ (§ 202 SGB VII). Dies gilt auch für Beschäftigte des Medizinischen Dienstes. Schädigende Einwirkungen und definierte Berufskrankheiten (siehe BK-Liste) müssen bezogen auf das bestehende körperliche Schadensbild im Zusammenhang stehen. Ebenso muss der Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der schädigenden Einwirkung mit hinreichender Wahrscheinlichkeit gegeben sein. Dabei kann die schädigende Einwirkung auch durch eine länger zurückliegende berufliche Tätigkeit begründet sein, die zu der aktuellen Tätigkeit der oder 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.

In den jeweiligen Berufskrankheiten-Merkblättern ist der begründete Verdacht definiert.

Ein **Arbeitsunfall** liegt vor, wenn eine versicherte Person bei einer versicherten Tätigkeit (§§ 2, 3 oder 6 SGB VII) einen Unfall (zeitlich begrenzte Einwirkung, von außen einwirkendes Ereignis, Gesundheitsschaden/Tod) 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).

Der ursächliche Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und dem Unfall sowie dem Unfall und dem Gesundheitsschaden ist mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachzuweisen.

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

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

Ist anzunehmen, dass bei einer oder 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 (§ 20c Abs. 1 Satz 3 SGB V).

2.1.5.3 Soziales Entschädigungsrecht

Wer einen Gesundheitsschaden erleidet, für dessen Folgen die staatliche Gemeinschaft in Abgeltung eines besonderen Opfers oder aus anderen Gründen nach versorgungsrechtlichen Grundsätzen einsteht, hat Anspruch auf Versorgung gegenüber dem Staat (vgl. § 5 Satz 1 SGB I). Dem liegt der Gedanke zu Grunde, dass die staatliche Gemeinschaft für einen Schaden einzutreten hat, den eine Bürgerin oder ein Bürger bei einer für den Staat erbrachten „Leistung“ erlitten hat (z. B. Kriegsbeschädigung als Soldatin oder Soldat) bzw. der einer Bürgerin oder einem Bürger deshalb entstanden ist, weil der Staat seine „Fürsorgepflicht“ verletzt hat (z. B. Opfer eines Gewaltverbrechens, dessen Verhinderung dem Staat im Rahmen der Verbrechensverhütung nicht gelang).

Das zur Versorgung der Opfer des (ersten und) zweiten Weltkrieges verabschiedete **Bundesversorgungsgesetz (BVG)** legte den gesetzlichen Grundstein für eine umfassende soziale Absicherung und gilt als „Grundnorm“ des Entschädigungsrechts. Neben der Anspruchsgrundlage für die Kriegsoffer der Weltkriege findet es heute insbesondere entsprechende Anwendung auf alle sogenannten weiteren Nebengesetze des sozialen Entschädigungsrechts. Als Nebengesetze, aus denen die Versicherten Ansprüche ableiten können, sind insbesondere zu nennen:

- das **Opferentschädigungsgesetz (OEG)** – Versorgung der Opfer von Gewalttaten,
- das **Anti-D-Hilfegesetz (AntiDHG)** – Hilfe für bestimmte Frauen und Kontaktpersonen, die in den Jahren 1978 und 1979 mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert wurden,

- das **Soldatenversorgungsgesetz (SVG)** – Versorgung von erlittenen Schäden der ehemaligen Soldaten der Bundeswehr und ihrer Hinterbliebenen,
- das **Gesetz über den Zivildienst der Kriegsdienstverweigerer (ZDG)** – Versorgung von erlittenen Schäden ehemaliger Zivildienstleistender,
- das **Infektionsschutzgesetz (IfSG)** – Versorgung bei erlittenen Impfschäden,
- das **Häftlingshilfegesetz (HHG)** – Versorgung von Personen, die aus politischen Gründen außerhalb der Bundesrepublik in Gewahrsam genommen wurden,
- das **Strafrechtliche Rehabilitierungsgesetz (StrRehaG)** – Versorgung von Beschädigten infolge einer Freiheitsentziehung in der ehemaligen DDR,
- das **Verwaltungsrechtliche Rehabilitierungsgesetz (VwRehaG)** – Versorgung von Beschädigten infolge einer hoheitlichen Maßnahme (Verwaltungsentscheidung) in der ehemaligen DDR.

Für die Durchführung des Sozialen Entschädigungsrechts sind die örtlich zuständigen Versorgungsbehörden sowie die Träger der Kriegsopferversorge in den einzelnen Ländern verantwortlich. Einige Leistungen werden von der Versorgungsverwaltung zwar eigenständig erbracht, eine Vielzahl der Leistungen erbringen jedoch die Krankenkassen. Hierbei handelt es sich aber um eine auftragsweise Leistungserbringung für die Versorgungsverwaltungen, die den Krankenkassen die entstehenden Kosten (i. d. R. pauschaliert) erstatten.

Die **Versorgungsmedizin-Verordnung** enthält die Versorgungsmedizinischen Grundsätze, die verbindlich anzuwenden sind, um den Grad einer Schädigungsfolge (GdS) sowie der Grad der Behinderung (GdB) gemäß Neuntem Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) festzustellen. Sie dienen den versorgungsärztlichen Gutachterinnen und Gutachtern nun als verbindliche Norm für eine sachgerechte, einwandfreie und bei gleichen Sachverhalten einheitliche Bewertung der verschiedensten Auswirkungen von Gesundheitsstörungen unter besonderer Berücksichtigung einer sachgerechten Relation untereinander.

Darüber hinaus können ebenfalls Ansprüche aus dem **Bundesentschädigungsgesetz (BEG)** resultieren. Wiedergutmachung für die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung mit Schäden an Leben, Körper und Gesundheit. Die Krankenversorgung dieses Personenkreises wird ausschließlich von den AOKn erbracht. Die hierdurch entstehenden Aufwendungen werden vom zuständigen Bundesland erstattet.

2.2 Leistungen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

Unter bestimmten Voraussetzungen holt die Krankenkasse bei AU eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, ein (§ 275 Abs. 1 Nr. 3 a SGB V). In seiner gutachtlichen Stellungnahme bei AU hat der Medizinische Dienst zu prüfen, ob Leistungen geeignet erscheinen, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu beschleunigen. Ist dies der Fall, sind diese Leistungen in der Stellungnahme zu empfehlen. Der Medizinische Dienst ist grundsätzlich nicht berechtigt, selbst therapeutische Leistungen zu erbringen oder zu verordnen und damit in die ärztliche Behandlung einzugreifen.

2.2.1 Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch Krankenbehandlung (§ 27 SGB V)

Im Rahmen der Krankenbehandlung stehen neben der ärztlichen Betreuung zunächst Arzneimittel, Heilmittel und Hilfsmittel zur Verminderung von Schädigungen der Körperstruktur und Körperfunktionen,

Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe zur Verfügung. Solche Leistungen werden sowohl mit kurativer als auch mit rehabilitativer Zielsetzung verordnet, z. B. Maßnahmen der Physikalischen Therapie, auch in standardisierter Kombination, Maßnahmen der Ergotherapie oder Maßnahmen der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie. In Fällen, in denen die Leistungen einer ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichen, ist zur Besserung oder Kompensierung die Notwendigkeit von stationärer Krankenbehandlung oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu prüfen.

2.2.2 Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit durch Leistungen zur Teilhabe (SGB IX)

Der Medizinische Dienst ist in aller Regel die erste sozialmedizinische Institution, die sich mit dem AU-Fall befasst. Er sollte die Leistungsvoraussetzungen aller Rehabilitationsträger kennen, um mit seiner Empfehlung den richtungsweisenden Impuls zu geben.

Anspruchsgrundlage ist das SGB IX. Es regelt den Anspruch auf Leistungen zur Teilhabe und sorgt für eine koordinierte Bereitstellung von Teilhabeleistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen. Die Regelungen des SGB IX gelten, soweit die für den jeweiligen Leistungsträger geltenden spezialgesetzlichen Regelungen nichts Abweichendes vorsehen (vgl. § 7 SGB IX).

Nach § 5 SGB IX werden die Leistungen zur Teilhabe nach folgenden Leistungsgruppen unterschieden:

1. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
2. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
3. Unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen und
4. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Schädigungen der Körperstruktur bzw. der Körperfunktionen mit daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Beeinträchtigungen der Teilhabe lösen nicht bei allen Leistungsträgern automatisch Leistungsansprüche aus. Es müssen die gesetzlichen Voraussetzungen des jeweiligen Leistungsträgers erfüllt sein.

Sind Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder Rehabilitationsträger erforderlich, hat der leistende Rehabilitationsträger die Aufgabe, die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen – in Abstimmung mit den Trägern und dem Leistungsberechtigten – funktionsbezogen festzustellen. Die Leistungen sollen dabei für die oder den Versicherten entsprechend dem Verlauf der Rehabilitation angepasst und darauf ausgerichtet werden, nahtlos eine umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zügig, wirksam, wirtschaftlich und auf Dauer zu ermöglichen.

2.2.2.1 Teilhabe

Die Leistungen zur Teilhabe umfassen gemäß § 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.

2.2.2.2 Behinderung

Zu beachten ist, dass der Begriff Behinderung unterschiedlich definiert und ausgelegt wird.

Nach der deutschen Übersetzung der *Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF = *International Classification of Functioning, Disability and Health*) ist Behinderung ein Oberbegriff für Schädigungen (Funktionsstörungen, Strukturschäden), Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Partizipation (Teilhabe). Er bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren).

Gesetzliche Definitionen finden sich im § 2 SGB IX **Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen**. „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht. Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Schwerbehinderung bzw. eine entsprechende Gleichstellung werden im § 2 Abs. 2 und 3 SGB IX definiert. Menschen sind nach § 2 Abs. 2 SGB IX „**schwerbehindert**, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 156 rechtmäßig im Geltungsbereich“ des SGB IX haben. **Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt** werden sollen nach § 2 Abs. 3 SGB IX behinderte Menschen „mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des § 2 Abs. 2 SGB IX vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 156 SGB IX nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen).

Das SGB III **Arbeitsförderung** nimmt den Behinderungsbegriff in § 19 SGB III auf. Behindert sind Menschen, deren Aussichten, am Arbeitsleben teilzuhaben oder weiter teilzuhaben, wegen Art oder Schwere ihrer Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX nicht nur vorübergehend wesentlich gemindert sind und die deshalb Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben benötigen, einschließlich lernbehinderter Menschen. Behinderten Menschen stehen Menschen gleich, denen eine Behinderung mit den in Absatz 1 genannten Folgen droht.

2.2.2.3 Gesetzliche Verzahnung der Leistungsträger

Die nachfolgende Tabelle ermöglicht einen vereinfachten Überblick über den für den Sachverhalt grundsätzlich zuständigen Träger der Sozialversicherung mit Beispielen für mögliche Leistungen zum Erhalt

bzw. zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Erwerbsfähigkeit und Teilhabe (in Anlehnung an die Tabelle im Sozialmedizinischen Glossar der Deutschen Rentenversicherung 2013).²

Versicherer Versichert ist	Grundsätzlich zuständiger Leistungsträger
Verhinderung durch Krankheit an der Erbringung von Erwerbsleistung, allgemein	Rentenversicherung SGB VI Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
Arbeitsunfall, Berufskrankheit	Unfallversicherung SGB VII Heilbehandlung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gemeinschaft
Verhinderung durch Krankheit an der Erbringung von Arbeitsleistung, sofern vorhanden: konkreter Arbeitsplatz	Krankenversicherung SGB V Krankenbehandlung, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation, stufenweise Wiedereingliederung, Belastungserprobung, Arbeitstherapie, unterstützende Angebote der Krankenkassen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.
(Drohender) Verlust des Beschäftigungsverhältnisses	Arbeitsförderung SGB III Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation

Tabelle 1: Zuständigkeit der Leistungsträger für die einzelnen Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsträger)

2.2.2.4 Aufforderung nach § 51 Abs. 1 SGB V

Durch die Rechtsvorschrift soll ermöglicht werden, dass

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben frühzeitig eingeleitet werden und
- eine klare Abgrenzung der Leistungszuständigkeit an der Schnittstelle zwischen Krankenversicherung (Krankengeld) und Rentenversicherung (Rente wegen Erwerbsminderung) erfolgt.

Ist trotz der Krankenbehandlung zu Lasten der GKV eine nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Teilhabe am Erwerbsleben zu befürchten, so ist nach Maßgabe der für die verschiedenen Sozialversicherungszweige geltenden Leistungsgesetze und des SGB IX zu prüfen, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) einzuleiten sind. Dabei hat der Gesetzgeber der GKV mit § 51 Abs. 1 SGB V ein Instrument an die Hand gegeben, um die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben in medizinisch gebotenen Fällen wirkungsvoll durchzusetzen. Ist nach ärztlichem Gutachten die Erwerbsfähigkeit einer oder eines Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert, so kann die Krankenkasse der oder dem Versicherten eine

² „DRV-Schrift Band 81: Sozialmedizinisches Glossar der Deutschen Rentenversicherung“ Stand 31.07.2013, Auflage: korrigierter Nachdruck der 2. Auflage.

zehnwöchige Frist setzen, innerhalb derer sie oder er einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zu LTA zu stellen hat. Kommt sie oder er der Aufforderung nicht nach, so entfällt mit Fristablauf der Anspruch auf Auszahlung des Krankengeldes – selbst bei unstrittig fortbestehender AU ([BSG-Urteile vom 16.12.2014, B 1 KR 31/13 R und B 1 KR 32/13 R](#)). Bei späterer Antragstellung lebt der Anspruch wieder auf (§ 51 Abs. 3 SGB V).

Mit der Aufforderung kann die Krankenkasse eine Prüfung des Anspruchs auf eine Erwerbsminderungsrente durch die Rentenversicherung initiieren. Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zu LTA gelten als Antrag auf Rente, wenn die Voraussetzungen des § 116 Abs. 2 SGB VI erfüllt sind. Voraussetzung dieser „Umdeutung“ des Rehabilitationsantrages ist, dass Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben nicht erfolgreich gewesen oder primär nicht aussichtsreich sind, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abzuwenden. Die oder der Versicherte wird schriftlich unter Nennung der Konsequenzen auf diesen Sachverhalt hingewiesen. Damit wird die oder der Versicherte in ihrem oder seinem Dispositionsrecht eingeschränkt, d. h. alle Entscheidungen zum Rehabilitationsantrag können von der oder dem Versicherten nur noch mit Zustimmung der Krankenkasse getroffen werden. Zieht die oder der Versicherte ihren oder seinen Antrag ohne Zustimmung der Krankenkasse angesichts der Umdeutung zurück oder nimmt sie oder er eine zugesagte Rente nicht an, so kann ebenfalls trotz fortbestehender AU ihr oder sein Krankengeldanspruch entfallen. Das Gleiche gilt, wenn die Krankenkasse eine Aufforderung im Sinne des § 51 Abs. 1 oder 2 SGB V „nachschiebt“, nachdem die oder der Versicherte von sich aus einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw. zur Teilhabe am Arbeitsleben gestellt hat. Das Dispositionsrecht der oder des Versicherten kann jedoch durch die Krankenkasse dann nicht mehr nachträglich wirksam eingeschränkt werden, wenn die Dispositionserklärung der oder des Versicherten dem Rentenversicherungsträger bereits zugegangen ist. ([BSG-Urteil vom 26.06.2008, AZ.: B 13 R 37/07 R, Rdnr. 23, 32](#)). Der Krankenkasse ist hierdurch aber nicht die Möglichkeit einer Aufforderung nach § 51 Abs. 1 SGB V verwehrt.

Bei der Entscheidung der Krankenkasse zur Aufforderung nach § 51 SGB V handelt es sich um eine Ermessensentscheidung. Wegen der möglicherweise einschneidenden Bedeutung für die Versicherte oder den Versicherten erfordert die Aufforderung nach § 51 Abs. 1 SGB V eine besondere sozialmedizinische Beurteilung, wobei Art und Form dieses Gutachtens nicht festgelegt sind ([BSG-Urteil vom 07.08.1991, AZ.: 1/3 RK 26/90](#)). Inhaltlich müssen jedoch als Mindeststandard nach der laufenden Sozialrechtsprechung – jedenfalls summarisch – die erhobenen Befunde wiedergegeben werden und die Ärztin oder der Arzt muss sich zu den nach ihrer oder seiner Auffassung durch die festgestellten Gesundheitsstörungen bedingten Leistungseinschränkungen und ihrer voraussichtlichen Dauer äußern.

Im Kontext des § 51 SGB V sind die **Auslegungsgrundsätze der Rentenversicherungsträger** zu den persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Leistungen zur Teilhabe der Versicherten i. d. F. vom 18.07.2002 zu beachten. Die hier abgebildete Version der Auslegungsgrundsätze wurde entsprechend der Begriffsbestimmungen aus dem sozialmedizinischen Glossar für die Deutsche Rentenversicherung (Stand: 07/2013) aktualisiert.

Diese Auslegungsgrundsätze dienen zur Klärung der Grundbegriffe der Leistungen zur Teilhabe, sollen jedoch keine Festschreibung bewirken.

1. Einleitung

Der Träger der gesetzlichen Rentenversicherung kann für seine Versicherten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen erbringen, wenn die persönlichen (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlichen (§ 11 SGB VI) Voraussetzungen dafür erfüllt sind (§ 9 Abs. 2 SGB VI). Leistungen zur Teilhabe kann auch erhalten, wer eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bezieht (§ 11 Abs. 1 Nr. 2 SGB VI) oder Anspruch auf große Witwen(r)rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit hat (§ 11 Abs. 3 SGB VI).

Versicherte sind nach §§ 60 ff SGB 1 verpflichtet, an den Leistungen zur Teilhabe aktiv mitzuwirken.

2. Persönliche Voraussetzungen

Im Sinne der § 9 Abs. 1, Abs. 2, § 10 SGB VI sowie § 2 Abs. 1 SGB IX bedeuten:

- 2.1 **„Krankheit“**, einen regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand
- 2.2 **„Behinderung“** im Sinne des SGB IX, dass die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist
- 2.3 **„Erwerbsfähigkeit“**, die Fähigkeit Versicherter, unter Ausnutzung der Arbeitsgelegenheiten, die sich ihnen nach ihren Kenntnissen sowie ihren körperlichen und geistigen Fähigkeiten im ganzen Bereich des wirtschaftlichen Lebens bieten, Erwerbseinkommen zu erzielen (hierzu zählt nicht der sogenannte besondere Arbeitsmarkt, z. B. Werkstatt für behinderte Menschen) (BSG 16.06.2015 B 13R12/14 R)
- 2.4 **„Erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit“** gemäß § 10 SGB VI, dass durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen innerhalb von drei Jahren mit einer Minderung der Leistungsfähigkeit im Sinne von Ziffer 2.5 zu rechnen ist
- 2.5 **„Minderung der Erwerbsfähigkeit“**, eine infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen erhebliche und länger andauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit (länger als 6 Monate), wodurch der Versicherte seine bisherige oder zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nicht mehr ohne wesentliche Einschränkungen ausüben kann
- 2.6 **„Wesentliche Besserung“**, 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 Menschen,

- 2.7 **„Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit“**, dass die Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben dauerhaft behoben wird
- 2.8 **„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
- 2.9 **„Voraussichtlich“**, dass der angestrebte Erfolg mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eintreten wird.
- 2.10 Das Vorliegen von Krankheit oder Behinderung und deren aktuelle oder zu erwartende Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Versicherten im Erwerbsleben sowie alle weiteren Fragestellungen, deren Beantwortung medizinischen Sachverstand voraussetzen, sind Gegenstand ärztlicher/sozialmedizinischer Feststellungen und Beurteilungen unter Berücksichtigung aller hierbei im Einzelfall relevanten Aspekte. Die Entscheidung, ob eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt und auch die sonstigen Leistungsvoraussetzungen gegeben sind, trifft auf der Grundlage der ärztlichen Angaben die Verwaltung. 1)

3. **Versicherungsrechtliche Voraussetzungen**

Im Sinne der §§ 9 Abs. 2, 11 SGB VI bedeuten (Haufe, Sozialrechtskommentar):

- 3.1 **„Absehbare Zeit“** (§ 11 Abs. 2 Nr. 3 SGB VI), einen Zeitraum von bis zu 3 Jahren,
- 3.2 **„Wenn ohne diese Leistungen Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zu leisten wäre“** (§ 11 Abs. 2 a Nr. 1 SGB VI), 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. 2)

¹⁾ Als Orientierungshilfe für die erforderlichen ärztlichen Feststellungen und Beurteilungen dienen neben anderen einschlägigen Anleitungen insbesondere das Buch „Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung“, herausgegeben vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger und von den Rentenversicherungsträgern erarbeitete „Indikationsspezifische Entscheidungshilfen für die sozialmedizinische Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit“.

²⁾ Für Versicherte, die vor dem 02.01.1961 geboren sind, gilt: Bei Ungelernten wird von Verweisbarkeit i. S. d. § 240 Abs. 2 SGB VI ausgegangen, die übrigen Versicherten werden als nicht verweisbar angesehen.

Im Kontext des § 51 Abs. 1 SGB V ist der unterschiedliche Sprachgebrauch des Begriffs der „Erwerbsfähigkeit“ an verschiedenen Stellen der Sozialgesetzbücher zu beachten. Die Begriffsbedeutung im Einzelfall lässt sich nicht aus dem jeweiligen Wortlaut, sondern nur aus dem Zusammenhang erschließen.

Im **rentenrechtlichen Zusammenhang des § 43 SGB VI** hebt der Erwerbsbegriff auf die Fähigkeit ab, unter den **üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes** tätig zu sein. Im Gegensatz hierzu bezieht sich der Begriff der Erwerbsfähigkeit im **Zusammenhang mit Leistungen zur Teilhabe nach**

§ 10 SGB VI auf die Fähigkeit des Versicherten, **seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit** weiter auszuüben ([BSG-Urteil vom 05.02.2009, AZ.: B 13 R 27/08 R](#)).

Da mit dem § 51 Abs. 1 SGB V eine Aufforderung zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben erfolgt, gilt für die Entscheidung, ob eine erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit gutachtlich festzustellen ist, die Definition aus dem teilhaberechtlichen Zusammenhang. Der primäre Bezugspunkt ist also die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Unter bestimmten Voraussetzungen, wenn Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben erfolglos oder primär nicht aussichtsreich sind eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abzuwenden, gilt der Antrag auf Leistungen zur Teilhabe auch als Rentenanspruch (Rentenantragsfiktion nach § 116 SGB VI). Speziell für diesen Aspekt ist die rentenrechtliche Definition des Erwerbsbegriffs mit Bezug zum allgemeinen Arbeitsmarkt (§ 43 SGB VI) die entscheidende Grundlage.

2.2.2.5 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können von der GKV nach §§ 40 und 41 SGB V, der gesetzlichen Rentenversicherung nach §§ 9 ff. SGB VI und durch die Unfallversicherungsträger nach § 26 SGB VII (jeweils in Verbindung mit §§ 42 ff. SGB IX) erbracht werden.

Selbst bei Vorliegen einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit ist eine Rehabilitationsleistung nur dann indiziert, wenn die individuelle Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose festgestellt bzw. eingeschätzt wurde und ein realistisches Rehabilitationsziel formuliert werden konnte.

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. 4 SGB V).

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben sind in der Rentenversicherung von der Erfüllung persönlicher (§ 10 SGB VI) und versicherungsrechtlicher Voraussetzungen (§ 11 und Ausschlussgründe § 12 Abs. 1 SGB VI) abhängig.

Die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI für eine medizinische Rehabilitation erfüllen Versicherte,

1. „deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und
2. bei denen voraussichtlich
 - a) bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch Leistungen der medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben abgewendet werden kann,
 - b) bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben wesentlich gebessert oder wiederhergestellt oder hierdurch deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann“.

Die persönlichen/medizinischen Voraussetzungen des Rentenversicherungsträgers sind bei Empfehlungen, die im Rahmen von Aufträgen zu den medizinischen Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 SGB V abgegeben werden, durch die Gutachterin oder den Gutachter zu beachten. Das Vorliegen der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger ist – soweit dort beurteilbar – durch die Krankenkasse zu prüfen. Sind die persönlichen und/oder versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Zuständigkeit der Rentenversicherung nicht erfüllt, kann bei Erfüllung der medizinischen Voraussetzungen die Zuständigkeit der Krankenkasse gegeben sein.

Eine Sonderstellung nehmen Geschwulsterkrankungen ein. Nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB VI können die Rentenversicherungsträger Leistungen zur onkologischen Nachsorge erbringen. Hierbei müssen die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI nicht vorliegen.

Es reicht aus, wenn die körperlichen, seelischen, sozialen und beruflichen Behinderungen positiv beeinflussbar sind. Hat eine operative oder Strahlentherapie stattgefunden, so muss diese Behandlung abgeschlossen sein. Eine noch laufende zytostatische Behandlung ist kein absoluter Hinderungsgrund für onkologische Nachsorgeleistungen. Eine ausreichende Belastbarkeit muss gegeben sein. Der Rehabilitand soll in der Regel allein reisefähig sein. (DRV-Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung, Rehabilitationsbedürftigkeit bei onkologischen Krankheiten, 06.01.2011)

2.2.2.6 Belastungserprobung, Arbeitstherapie

Die Belastungserprobung dient der Ermittlung der körperlichen und geistig-seelischen Leistungsbereiche der Patientin oder des Patienten, ihrer oder seiner sozialen Anpassungsfähigkeit, ihres oder seines Könnens und ihrer oder 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 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 Aktivitäten.

2.2.2.7 Stufenweise Wiedereingliederung

Bei fortbestehender AU kann eine Rückkehr an den Arbeitsplatz auch bei weiterhin notwendiger Behandlung sowohl betrieblich möglich als auch aus therapeutischen Gründen angezeigt sein. Spätestens ab einer AU-Dauer von sechs Wochen ist eine Prüfung durch die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt im Zusammenhang mit jeder Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit vorgesehen (§ 74 SGB V). Über den Weg der stufenweisen Wiedereingliederung wird die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer individuell, d. h. abhängig von der aktuell noch vorliegenden Teilhabebeeinträchtigung oder der bisherigen AU-

Dauer schonend, aber kontinuierlich bei fortbestehender AU an die Belastungen ihres oder seines Arbeitsplatzes herangeführt. Dazu kann während der AU eine stundenweise oder tageweise Arbeitsaufnahme zur Eingewöhnung empfohlen werden, die sich allmählich steigern sollte. Zusätzlich oder stattdessen können auch zeitlich gestaffelte qualitative Einschränkungen der Arbeitsbelastung empfohlen werden. Zur Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung ist die Zustimmung der oder des Versicherten, der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes, des Arbeitgebers und der Krankenkasse erforderlich. Die Betriebs-/Werksärztin oder der Betriebs-/Werksarzt sollte in geeigneten Fällen einbezogen werden. Ist die stufenweise Wiedereingliederung an einem Arbeitsplatz vorgesehen, an dem die Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) Anwendung findet, kann dieses grundsätzlich nur mit Zustimmung der Betriebsärztin oder des Betriebsarztes erfolgen.

Es gibt keine absolute Ober- oder Untergrenze, welche die Stundenzahl bzw. Dauer der Wiedereingliederungsmaßnahme vorschreibt. In der AU-Richtlinie wird zur Umsetzung der stufenweisen Wiedereingliederung jedoch empfohlen, dass die Wiedereingliederungsphase (in der Regel) einen Zeitraum von 6 Monaten nicht überschreiten soll. Reicht dieser Zeitraum nicht aus, müssen die medizinischen Voraussetzungen für eine erhebliche Gefährdung bzw. Minderung der Erwerbsfähigkeit überprüft werden (§ 51 Abs. 1 SGB V).

Die stufenweise Wiedereingliederung ist gemäß § 28 SGB IX auch von den übrigen Rehabilitationsträgern, z. B. Renten- und Unfallversicherungsträger, im Rahmen der medizinischen Rehabilitation zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, z. B. auch in die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, durchzuführen ([BSG-Urteil vom 20.10.2009, AZ.: B 5 R 44/08 R](#), Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 44 i. V. m. § 71 Abs. 5 SGB IX (bis 31.12.2017 § 28 i. V. m. § 51 Abs. 5 SGB IX).

Eine stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V kommt bei Arbeitslosen (Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem SGB III) nicht in Betracht.

2.2.2.8 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

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 ihrem Leistungsvermögen zu erhalten, zu verbessern oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben umfassen alle Maßnahmen, die geeignet sind, eine Versicherte oder einen Versicherten trotz bestehender Leistungseinschränkung zum Ausüben eines Berufes zu befähigen. Das können u. a. die Versorgung mit einem geeigneten Hilfsmittel, Anpassungen am PKW oder eine berufliche Qualifikation sein. Eine Gesamtübersicht über alle in Frage kommenden Maßnahmen findet sich in § 3 SGB III, § 16 SGB VI und § 49 SGB IX.

Die GKV ist für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zuständig.

2.2.2.9 Arbeitsplatzanpassung und Arbeitsplatzumsetzung

Die Arbeitsplatzanpassung und Arbeitsplatzumsetzung stellen Maßnahmen zur Reintegration in die vorhandene berufliche Tätigkeit dar und sind in die Planung weiterer Interventionen einzubeziehen. In der Regel setzt dies das Einverständnis der oder des Versicherten voraus; im Einzelfall kann aber auch das Direktionsrecht des Arbeitgebers zum Tragen kommen. Arbeitsplatzanpassung und Arbeitsplatzumsetzung können durch Teilhabeleistungen gefördert werden. Die Teilhabeleistungen werden auf Antrag

durch die zuständigen Träger geprüft und bei erfüllten Voraussetzungen erbracht. Die Kosten tragen insbesondere der Rentenversicherungsträger, die Integrationsämter oder der Arbeitgeber.

2.2.2.10 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Arbeitgeber sind nach § 167 Abs. 2 SGB IX verpflichtet, bei längerer AU (länger als 6 Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig innerhalb der letzten 12 Monate) zu klären, wie die AU möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter AU vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Der Arbeitnehmer hingegen ist nicht verpflichtet diesem betrieblichen Eingliederungsmanagement zuzustimmen. Kommen Leistungen zur Teilhabe oder begleitende Hilfen im Arbeitsleben in Betracht, werden vom Arbeitgeber die örtlichen gemeinsamen Servicestellen oder bei schwerbehinderten Beschäftigten das Integrationsamt hinzugezogen. Der Arbeitgeber kann auch im Einvernehmen mit der oder dem Beschäftigten Leistungen zum Erhalt des Arbeitsplatzes direkt beim zuständigen Rehabilitationsträger beantragen.

2.3 Kriterien und Maßstäbe der AU-Begutachtung

2.3.1 Die ICF-Systematik

AU hat berufliche, soziale und medizinische Determinanten. Bei Letzteren kommt es nicht allein auf die Bezeichnung der Gesundheitsprobleme an, sondern auf die daraus resultierende Teilhabebeeinträchtigung, die aufgrund funktionell oder strukturell begründeter Aktivitätsbeeinträchtigungen der Ausübung der bisherigen Tätigkeit im Wege steht. Diese sogenannte finale Betrachtung der Funktionsfähigkeit ist ein Grundprinzip der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

Die ICF wurde 2001 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Klassifikation im Gesundheitswesen herausgegeben, sie ergänzt die ICD (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) um die Möglichkeit, Auswirkungen eines Gesundheitsproblems zu einem bestimmten Zeitpunkt auf unterschiedlichen Ebenen zu beschreiben. Nicht die zeitliche Entwicklung der Auswirkung eines Gesundheitsproblems, sondern die Ausprägung selbst einschließlich der Einflussfaktoren zum Beurteilungszeitpunkt wird betrachtet.

Die ICF stellt eine einheitliche Terminologie für die Beschreibung der Auswirkungen eines Gesundheitsproblems zur Verfügung. Damit erleichtert sie die Kommunikationen zwischen den verschiedenen Akteuren. Für die Beschreibung von Einflüssen auf die Funktionsfähigkeit, die in der Person selbst begründet sind (personbezogene Faktoren), hat die WHO bislang keine Systematik zur Verfügung gestellt. Hierfür ist deshalb die Systematik der DGSM „Personbezogene Faktoren im bio-psycho-sozialen Modell der WHO“³ zu verwenden, die unter Beteiligung der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste für den deutschen Sprachraum erstellt und publiziert wurde.

³ <https://www.dgsmp.de/materialien/systematik-der-dgsmp/>.

2.3.1.1 Konzeption der ICF

Die Konzeption der ICF beruht auf dem *bio-psycho-sozialen Modell* der WHO. Dieses Modell der möglichen Wechselwirkungen verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist (Modell der Funktionsfähigkeit und Behinderung).

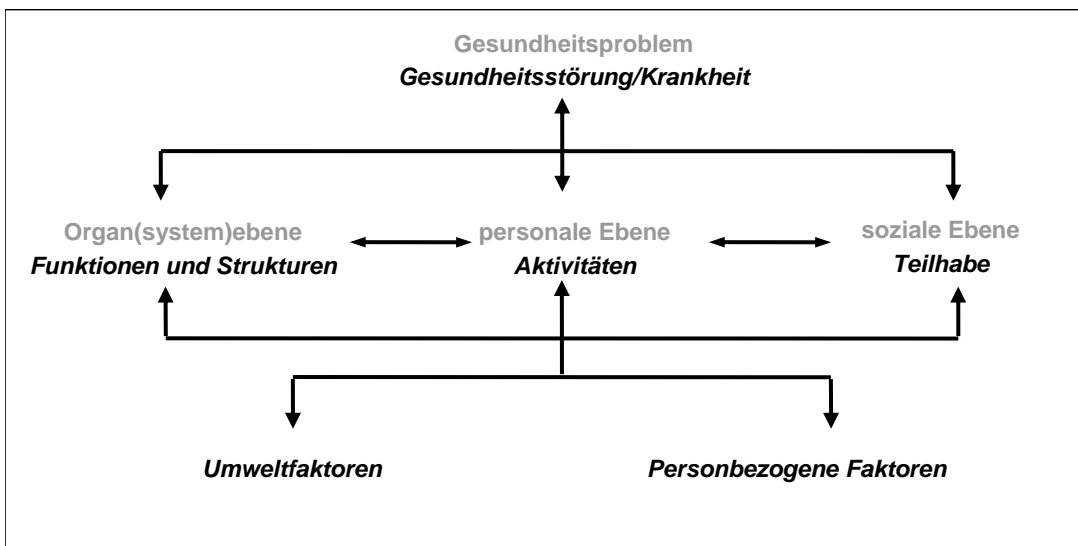
Die Komplexität der Wechselwirkungen lässt vielfältige Interventionsansätze erkennen, beispielsweise bei

- der Behandlung der Körperstruktur-- und Funktionsschädigung selbst oder der Förderung verbliebener Fertigkeiten,
- der Verbesserung oder Kompensation beeinträchtigter Aktivitäten sowie
- der Verbesserung oder beim Ausgleich einer beeinträchtigten Teilhabe (Partizipation).

Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen sind das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und seinen Umwelt- und personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren). Der Behinderungsbegriff des SGB IX (§ 2) ist hingegen enger gefasst. Danach sind Menschen nur dann behindert, wenn

- ihre körperliche, geistige oder seelische Gesundheit von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und
- dieser Zustand mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate anhält und
- daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitsproblem und den Komponenten der ICF



2.3.1.2 Begriffe der ICF

Körperfunktionen und Körperstrukturen

Als Körperfunktionen werden die einzelnen, isoliert betrachteten physiologischen und psychologischen Funktionen von Körpersystemen bezeichnet, beispielsweise die Insulinausschüttung in der Bauchspeicheldrüse oder die Beweglichkeit im Hüftgelenk. Aber auch die mentalen Funktionen, z. B. Konzentrationsfähigkeit, gehören hierzu.

Unter Körperstrukturen versteht man die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile, beispielsweise die Bauchspeicheldrüse, Extremitäten oder einzelne Körperbestandteile wie Stammzellen. Defizite dieser Komponenten (Körperfunktionen oder Körperstrukturen) werden als Schädigungen bezeichnet.

Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation)

Innerhalb dieser Komponente sind verschiedene Lebensbereiche definiert, die der Betrachtung der Durchführung von Aktivitäten bzw. des Einbezogenens zu Grunde gelegt werden.

Im Gegensatz zur isolierten Betrachtung einer Funktion stellt eine Aktivität die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch eine Person in einer bestimmten Situation dar. Beeinträchtigungen der Aktivität sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei ihrer Durchführung haben kann, z. B. beim Lernen, Schreiben, Rechnen, Kommunizieren, Gehen, bei der Körperpflege.

Die Teilhabe (Partizipation) kennzeichnet das Einbezogenen in eine Lebenssituation, beispielsweise Familienleben, Arbeitswelt, Fußballverein. Beeinträchtigungen können Probleme beispielsweise beim Einkaufen, Kochen, Wäsche waschen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein. Defizite dieser Komponenten (Aktivitäten/Teilhabe) werden als Beeinträchtigungen der Aktivitäten bzw. Teilhabe bezeichnet.

Kontextfaktoren (Umwelt- und personbezogene Faktoren)

Funktionsfähigkeit bzw. Behinderung sind einerseits abhängig von der Schwere und Art der Grunderkrankung, andererseits aber auch vom Einfluss der Kontextfaktoren. Bedeutsam sind Kontextfaktoren dann, wenn sie im Rahmen einer aktuellen Fragestellung als Förderfaktoren genutzt oder im negativen Fall (Barriere) günstig von außen beeinflusst werden sollen.

Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Leben gestalten. Diese Faktoren liegen außerhalb der Person. Fördernde Umweltfaktoren können beispielsweise barrierefreie Zugänge, Verfügbarkeit von Hilfsmitteln, Assistenz, Medikamenten und Sozialleistungen sein. Schlechte Erreichbarkeit von Angeboten des Gesundheitssystems, fehlende soziale oder finanzielle Unterstützung können hingegen Barrieren darstellen.

Personbezogene Faktoren sind in der Person liegende Faktoren, die in Wechselwirkung zu den anderen Komponenten der ICF stehen können. Sie umfassen Gegebenheiten, die nicht Teil des Gesundheitsproblems oder -zustands und nicht Teil der Umwelt sind. Personbezogene Faktoren klassifizieren nicht Personen, sondern sind im Einzelfall bedeutsame Einflussfaktoren einer Person auf deren Funktionsfähigkeit.

Leistung, Leistungsfähigkeit, Leistungsvermögen

Aktivitäten werden in der ICF durch das Beurteilungsmerkmal für Leistung und das für Leistungsfähigkeit näher spezifiziert.

Das Beurteilungsmerkmal für **Leistung (performance)** im Sinne der ICF ist eine tatsächlich durchgeführte Aktivität und beschreibt, was ein Mensch in seiner gegenwärtigen Umwelt (Arbeitsplatz) tut. Für die Leistung ist somit der konkrete Kontext, der alle Aspekte der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt umfasst, der Bezugspunkt. Dem Begriff „Leistung“ werden Aktivitäten in konkreten Lebens- und Umweltbereichen zugeordnet, z. B. kommunizieren, Gegenstände heben und tragen, ein Fahrzeug fahren, Werkzeuge handhaben und vieles andere mehr. Aktivitäten haben in der ICF demnach unter qualitativem Gesichtspunkt im konkreten Kontext gleichzeitig den Charakter einer „Leistung“.

Das Beurteilungsmerkmal der **Leistungsfähigkeit (capacity)** im Sinne der ICF beschreibt die Fähigkeit eines Menschen, eine Aufgabe oder Handlung unter Test-, Ideal- oder Optimalbedingungen auszuführen. Dieses Konstrukt zielt darauf ab, das höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit, das ein Mensch in einer „standardisierten“ Umwelt zu einem bestimmten Zeitpunkt erreichen kann, zu beschreiben.

Die Beurteilungsmerkmale Leistung und Leistungsfähigkeit unterscheiden sich damit auch in ihrem umweltbezogenen Kontext. Der Unterschied von Leistung und Leistungsfähigkeit kann daher nützliche Anhaltspunkte dafür liefern, was in der Umwelt des Menschen getan werden kann, um die Leistung zu verbessern.

Aktivitäten mit ihren **qualitativen und quantitativen Aspekten der Leistung und Leistungsfähigkeit** können gutachterlich unter dem Begriff **Leistungsvermögen** zusammengefasst werden.

Dem Leistungsvermögen gegenüber stehen die durch die Arbeitswelt von außen wirkenden **Belastungsfaktoren**. Auch diese sind den Aktivitäten vergleichbar in qualitative und quantitative Aspekte aufzugliedern. Aus qualitativer Sicht fordern Berufe und Tätigkeiten spezifische Aktivitätsformen, die ein tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil ergeben. Aus quantitativer Sicht müssen die erforderlichen Aktivitäten mit der gebotenen Dauer und Intensität erbracht werden. Hier ordnen sich die arbeitsmedizinischen Begriffe der Arbeitsdauer/-zeit und der Arbeitsschwere ein. Daneben können Umweltfaktoren im Sinne von Erschwernissen oder auch als Förderfaktoren wirken, die das Leistungsvermögen beeinflussen. Tätigkeitsbezogenes Anforderungsprofil und tätigkeitsrelevante Umweltfaktoren werden im Folgenden als arbeitsplatzbezogener Kontext bezeichnet.

Das Leistungsvermögen für die tätigkeitsbezogene Beanspruchung hängt darüber hinaus auch von personbezogenen **Kontextfaktoren** ab. Die personbezogenen Kontextfaktoren umfassen konstitutionelle physische und psychische Merkmale ebenso wie Faktoren der Alterung und des Lebensstils. Dies gilt insbesondere mit Fokus auf Motivation, soziale Kompetenz und krankheitsbezogene Einstellung, da gerade die personbezogenen Kontextfaktoren das Verhalten von Versicherten bei AU entscheidend mitbestimmen. Auch eine verminderte psychophysische Belastbarkeit kann Versicherte an der Wiederaufnahme ihrer beruflichen Tätigkeit hindern.

2.3.1.3 Nutzung der ICF bei der Beurteilung von AU

Die Nutzung der ICF setzt vor dem Hintergrund ihrer Systematik immer das Vorliegen eines Gesundheitsproblems voraus und deckt keine Umstände ab, die nicht mit der Gesundheit im Zusammenhang stehen, wie z. B. solche, die von sozioökonomischen Faktoren verursacht werden.

Krankheit ist zwar eine notwendige Voraussetzung für AU, jedoch kein allein ausfüllendes Kriterium, um auch Arbeitsruhe zu begründen. Erst der Nachweis von Krankheitsauswirkungen auf die tätigkeitsbezogene Aktivitäts- und/oder Teilhabeebene unter gleichzeitiger Berücksichtigung des individuellen Lebenshintergrundes begründet AU.

Der Beurteilung von AU liegt somit nicht allein das aktuell mitgeteilte Gesundheitsproblem, sondern

- die individuell aus der Aktivitätsbeeinträchtigung resultierende Teilhabebeeinträchtigung
- oder
- negative Wechselwirkungen zwischen dem individuellen Lebenshintergrund (umwelt-/arbeitsplatz- und personbezogene Kontextfaktoren) und der Funktionsfähigkeit

zugrunde.

Bei der AU-Begutachtung ist daher der Abgleich des Anforderungsprofils der bei Beginn der AU ausgeübten konkreten Tätigkeit mit den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, Gefährdungen und Belastungen bei den arbeitsplatzrelevanten Aktivitäten bestimmend.

Die aufgeführten Aspekte von Krankheit, Beeinträchtigung von Aktivitäten und der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung (hier: AU) können mit Hilfe der ICF übersichtlich strukturiert werden.

2.3.1.4 Diagnose/Funktionsdiagnose

Diagnose bezeichnet die Feststellung einer körperlichen oder psychischen Krankheit durch Behandelnde. Sie entsteht durch die zusammenfassende Beurteilung einzelner Befunde wie Beschwerden, Krankheitszeichen (Symptome) oder typischer Gruppen von Symptomen (Syndrom). Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stellt die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung in Deutschland zur Verfügung.

Funktionsdiagnosen erweitern das mit der ICD zu kodierende Gesundheitsproblem um die Perspektive der Krankheitsauswirkungen. Diese lassen sich mit der ICF beschreiben.

Die Funktionsdiagnose gibt in kompakter Form einen Überblick über den aktuellen Gesundheitszustand einer Person mit einem Gesundheitsproblem. Dazu gehören neben den Diagnosen nach ICD-Codes die dazugehörigen Schädigungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen einschließlich des Schweregrades, ggf. im Zusammenhang mit einem aktuellen Ereignis bzw. einer Intervention. Ergänzt wird diese Zustandsbeschreibung um die alltagsrelevanten Auswirkungen in den Aktivitäts- und Teilhabebereichen.

2.3.2 AU bei bestehendem Arbeitsverhältnis

Bei der AU-Begutachtung geht es bei Versicherten mit einem bestehenden Arbeitsverhältnis um die Beurteilung von Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe in Bezug auf die konkreten Anforderungen am Arbeitsplatz. Im Fokus der Begutachtung steht somit der Abgleich des individuellen Leistungsvermögens der oder des Versicherten mit dem aktuellen beruflichen Anforderungsprofil, auch unter Berücksichtigung arbeitsplatzrelevanter Gefährdungen und Belastungen.

2.3.3 AU bei beendetem Beschäftigungsverhältnis

Versicherte, bei denen nach Eintritt der AU das Beschäftigungsverhältnis endet und die aktuell keinen von ihnen erlernten Ausbildungsberuf ausgeübt haben (ungelernte/angelernte Arbeitnehmerin oder ungelernter/angelernter Arbeitnehmer), sind nur dann arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt weder die Anforderungen der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch einer ähnlich gearteten Tätigkeit erfüllen können. Die Krankenkasse gibt an, dass es sich um eine ungelernete/angelernte Arbeitnehmerin oder einen ungelerten/angelernten Arbeitnehmer handelt und teilt die zuletzt ausgeübte sowie ähnlich geartete Tätigkeiten mit.

Handelt es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit um einen anerkannten Ausbildungsberuf, so scheidet eine Verweisung auf eine außerhalb dieses Berufs liegende Beschäftigung aus. Auch eine Verweisungstätigkeit innerhalb des Ausbildungsberufs muss, was die Art der Verrichtung, die körperlichen und geistigen Anforderungen, die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie die Höhe der Entlohnung angeht, mit der bisher verrichteten Arbeit im Wesentlichen übereinstimmen, so dass die oder der Versicherte sie ohne größere Umstellung und Einarbeitung ausführen kann ([BSG-Urteil vom 08.02.2000, AZ.: B 1 KR 11/99 R](#)). Die besondere individuelle Ausgestaltung des letzten Arbeitsplatzes ist nicht mehr AU-relevant. Die Krankenkasse informiert die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt über das Ende der Beschäftigung und darüber, dass die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer an- oder ungelern ist, und nennt ähnlich geartete Tätigkeiten (§ 2 Abs. 4 Satz 2 AU-Richtlinie).

Ist der Gutachterin oder dem Gutachter des Medizinischen Dienstes ein Abgleich der aktuell vorliegenden Krankheitsauswirkungen zu einer beruflichen Tätigkeit nicht möglich, ist das Gutachten mit einem **Leistungsbild** abzuschließen. Unter Leistungsbild wird die Zusammenfassung der positiven und negativen Leistungsmerkmale der oder des Versicherten für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit verstanden, als Synonym wird in der GKV der Begriff **Leistungsvermögen** verwandt ([siehe auch 2.3.11.9, Leistungsbild bei Fehlen einer Bezugstätigkeit](#)).

Auf Basis des Leistungsbildes kann die Krankenkasse die Möglichkeiten für eine **Verweisung** prüfen. Wenn nach Einschätzung der Gutachterin oder des Gutachters die verbliebenen Ressourcen der oder des Versicherten eine Tätigkeitsaufnahme im Rahmen der Verweisbarkeit zulassen, kann kassenseitig in diesem Fall die weitere Krankengeldzahlung eingestellt werden. **Verweisbarkeit** ist ein von der BSG-Rechtsprechung geprägter und inhaltlich noch nicht abschließend ausgestalteter Begriff ([BSG Urteil vom 08.02.2000, AZ.: B 1 KR 11/99 R](#); [BSG Urteil vom 07.12.2004, AZ.: B 1 KR 5/03 R](#)). Leistungsrechtliche Festlegungen zur Verweisbarkeit sind nicht Bestandteil eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes.

2.3.4 AU bei Arbeitslosigkeit nach dem SGB III

Bei Versicherten, die unmittelbar vor Beginn der AU Arbeitslosengeld (ALG I, Leistungen nach dem SGB III) bezogen haben, ist für die Feststellung von AU entscheidend, für welchen zeitlichen Umfang sie sich zwecks Erlangung des ALG-Anspruches der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt haben. Kann eine mindestens leichte Tätigkeit unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes wieder in diesem zeitlichen Umfang ausgeübt werden, so endet die AU. Ein besonderer Berufsschutz für Tätigkeiten, die vor der Arbeitslosigkeit ausgeübt wurden, besteht nicht ([BSG-Urteil vom 04.04.2006, AZ.: B 1 KR 21/05 R](#)).

Für schwangere Versicherte, bei denen während eines Beschäftigungsverbotes das Beschäftigungsverhältnis endet, ist mit dem Ende der Beschäftigung eine erneute Beurteilung des Beschäftigungsverbotes vorzunehmen. Nur wenn sie nicht in der Lage sind, ohne Gefährdung für sich oder das ungeborene Kind

leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich auszuüben, gelten sie als arbeitsunfähig. Kann trotz Vorliegens eines ärztlichen Beschäftigungsverbots nach MuSchG eine mindestens 15-stündige Tätigkeit ausgeübt werden, besteht Verfügbarkeit bzw. Vermittelbarkeit über die Agentur für Arbeit.

2.3.5 AU bei Rehabilitanden nach § 5 Abs. 1 Nr. 6 SGB V

Bei Umschülerinnen und Umschülern orientiert sich der Begriff der Arbeitsunfähigkeit nicht an einem früher einmal ausgeübten und aus gesundheitlichen Gründen aufgegebenen oder an einem möglichen künftigen Beruf, sondern allenfalls an der Fähigkeit zur Teilnahme an der laufenden Leistung zur Teilhabe (BSG-Urteil vom 19.09.2002, AZ.: B 1 KR 11/02 R). Dieser Beurteilungsmaßstab ist bei Teilnehmenden an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Berufsfindung, zur Arbeiterprobung oder zur beruflichen Weiterbildung anzusetzen.

Wird die Maßnahme wegen der Arbeitsunfähigkeit hingegen abgebrochen, gelten ab dem Tag, der dem Abbruch der Maßnahme folgt, die Beurteilungskriterien für Arbeitslose, sofern vor der Maßnahme Arbeitslosigkeit bestand.

2.3.6 AU bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach dem SGB II

Jobcenter können Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit erwerbsfähiger leistungsberechtigter Versicherter, die Ansprüche nach SGB II haben oder geltend machen, bei der Krankenkasse anmelden (§ 56 SGB II). Für diesen Fall sind Regeln in der Vereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit der Bundesagentur für Arbeit (BA) vom 18.03.2013 zum „Verfahren zur Klärung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit von erwerbsfähigen leistungsberechtigten Personen“ festgelegt.

Bei der Beurteilung sind verschiedene Konstellationen zu beachten:

Das Jobcenter zweifelt die gemeldete AU an, ohne dass an die Leistungsberechtigte oder den Leistungsberechtigten eine Anforderung gestellt wird:

- Beurteilungsmaßstab ist eine täglich dreistündige Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Das Jobcenter fordert von der Leistungsberechtigten oder dem Leistungsberechtigten die Teilnahme an einer Eingliederungsmaßnahme (Spannbreite von einer einmaligen Gesprächsteilnahme bis zur vollschichtigen Arbeitsgelegenheit). Die oder der Leistungsberechtigte legt dem Jobcenter eine AU vor, welche angezweifelt wird:

- Beurteilungsmaßstab ist die tatsächliche Anforderung, die vom Jobcenter zu benennen ist.

Für die o. g. Konstellationen besteht kein Anspruch auf Krankengeld. Als leistungsrechtliche Konsequenz kann sich eine Kürzung des ALG II durch das Jobcenter ergeben.

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte mit zusätzlichem ALG II-Leistungsbezug („Aufstocker“):

- Diese Konstellation ist in der AU-Richtlinie nicht konkret ausgeführt. Den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA vom 18.04.2013 ist zu entnehmen, dass sich bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten, die versicherungspflichtig beschäftigt sind, die Arbeitsunfähigkeit nach § 2 Abs. 1 der Richtlinie richtet. Bezugspunkt ist also die aktuelle Beschäftigung.

2.3.7 AU bei Selbstständigkeit

Bei (freiwillig) Versicherten, die vor Beginn der AU eine selbständige Tätigkeit ausgeübt haben, richtet sich nach höchstrichterlicher Rechtsprechung der Maßstab der AU nach der Erwerbstätigkeit, die vor Feststellung der AU verrichtet wurde ([BSG-Urteil vom 14.12.2006, AZ.: B 1 KR 6/06 R](#), Rdnr. 13).

2.3.8 AU bei Lebendspende

Die Lebendspende von Organen, Gewebe oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen kann Arbeitsunfähigkeit verursachen. Bei der Abgrenzung der Zuständigkeit zwischen GKV und GUV kommt es besonders darauf an, welche Beeinträchtigungen durch die Lebendspende regelmäßig zu erwarten gewesen sind bzw. wann das Maß des regelmäßig zu Erwartenden überschritten ist. Bei der Beurteilung der Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben sind sowohl die Art des Eingriffs bei der Lebendspende als auch das Anforderungsprofil der Tätigkeit zu beachten. Auch hier sind die Bewertungsmaßstäbe der AU-Richtlinie anzuwenden.

Durch die ärztliche Gutachterin oder den ärztlichen Gutachter ist ggf. in diesem Fall zusätzlich zu beurteilen:

- Handelt es sich um eine Komplikation?
- Zu welchem Zeitpunkt ist diese Komplikation/der regelwidrige Verlauf eingetreten?
- Wann wäre bei einem komplikationslosen Verlauf der Spende Arbeitsfähigkeit zu erwarten gewesen?

Anhaltspunkte⁴ dafür, wann die regelmäßig zu erwartende Arbeitsunfähigkeitsdauer (Beeinträchtigung der Teilhabe am Arbeitsleben) überschritten wird, gibt die folgende Tabelle:

	Nierenlebendspende	(Teil-) Leberlebendspende	Knochenmarkspende
Stationärer Aufenthalt	bis 10 Tage	bis 14 Tage	2 Tage
Arbeitsunfähigkeit bei leichter bis mittelschwerer Tätigkeit	bis 6 Wochen	bis 10 Wochen	3 Tage
Arbeitsunfähigkeit bei schwerer Tätigkeit	bis 12 Wochen	bis 20 Wochen	5 Tage

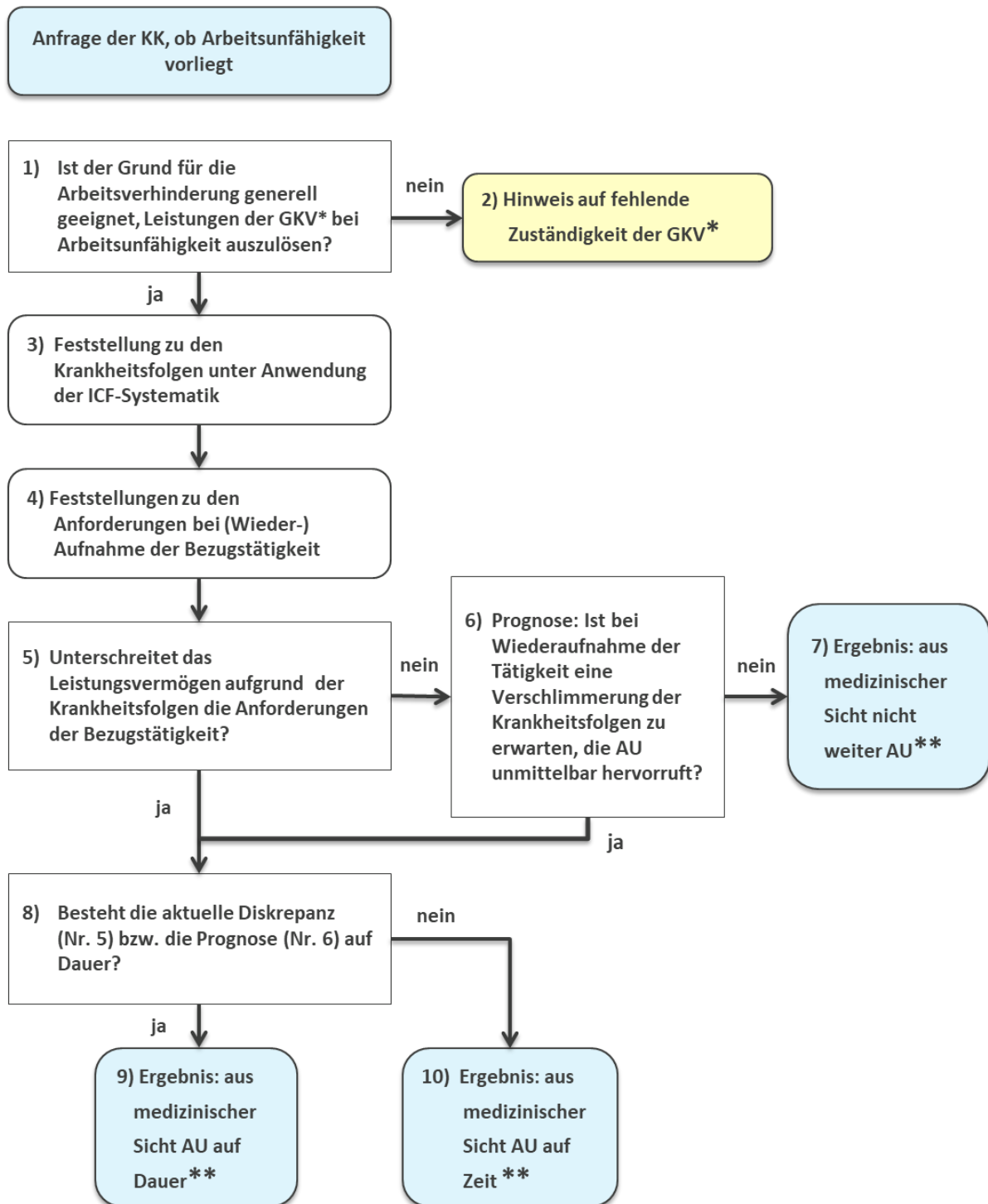
Tabelle 2: Anhaltspunkte für die zu erwartende Arbeitsunfähigkeitsdauer bei Lebendorganspende

⁴ Gemeinsames Rundschreiben vom 25.09.2015 zu den leistungsrechtlichen Ansprüchen bei einer Spende von Organen, Geweben oder Blut zur Separation von Blutstammzellen oder anderen Blutbestandteilen.

Treten Spätschäden auf, die als Aus- oder Nachwirkungen der Spende oder des aus der Spende resultierenden erhöhten Gesundheitsrisikos anzusehen sind, wird gesetzlich die Verursachung durch die Spende vermutet. Dies gilt nicht, wenn offenkundig ist, dass der Gesundheitsschaden nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Spende steht. Das heißt, dass bei allen sicher durch eine Lebendspende verursachten Spätschäden und auch bei allen zweifelhaften Spätschäden Versicherungsfälle der GUV vorliegen und Leistungen der GKV daher ausscheiden. Nur offenkundig nicht mit der Lebendspende zusammenhängende Gesundheitsschäden können in diesem Zusammenhang Leistungen der GKV begründen (Beweislastumkehr).

2.3.9 Arbeits- und Bewertungsschritte der AU-Begutachtung

Abbildung 2: Workflow der Arbeits- und Bewertungsschritte der AU-Begutachtung durch den Medizinischen Dienst



* Ausnahme: Erwerbsfähige Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger nach dem SGB II mit Zweifeln des Jobcenters.

** bei jedem Ergebnis ist, sofern von der KK angefragt oder aus den Befunden ersichtlich, zum § 51 SGB V Stellung zu nehmen

Erläuterungen zu den Arbeits- und Bewertungsschritten

Die nachfolgenden Arbeits- und Bewertungsschritte sind im Rahmen des Prozesses der sozialmedizinischen Begutachtung zu berücksichtigen. Der Umfang der Dokumentation der relevanten Befunde und der sozialmedizinischen Bewertung richtet sich nach dem Begutachtungsanlass und dem Begutachtungsergebnis. Es ist nicht erforderlich, jeden einzelnen Arbeits- und Bewertungsschritt zu dokumentieren. Näheres zum notwendigen Dokumentationsumfang ergibt sich je nach Art der Begutachtung aus Kapitel [4 Gutachtliche Stellungnahme](#).

Die gezielten Fragestellungen der Krankenkasse sind zu beachten.

Legende zu 1): Ist der Grund für die Arbeitsverhinderung generell geeignet, Leistungen der GKV bei Arbeitsunfähigkeit auszulösen?

Es geht hier im Wesentlichen um die Frage, ob ggf. andere Sozialleistungsträger zuständig sind oder Sachverhalte vorliegen, die nach der AU-Richtlinie nicht als AU anzusehen sind.

AU liegt nach § 3 der AU-Richtlinie nicht vor:

- bei Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes (Muster 21),
- für Zeiten, in denen ärztliche Behandlungen zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken stattfinden, ohne dass diese Maßnahmen selbst zu einer AU führen,
- bei Inanspruchnahme von Heilmitteln (z. B. Maßnahmen der physikalischen Therapie),
- bei Teilnahme an ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation oder rehabilitativen Leistungen anderer Art (Rehabilitationssport, Funktionstraining u. a.),
- bei Durchführung von ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, es sei denn, vor Beginn der Leistung bestand bereits AU und diese besteht fort oder die AU wird durch eine interkurrente Erkrankung ausgelöst,
- wenn Beschäftigungsverbote nach dem Infektionsschutzgesetz oder dem Mutterschutzgesetz (Zeugnis nach § 16 Abs. 1 MuSchG) ausgesprochen wurden (Ausnahmeregelung für schwangere Arbeitslose),
- bei kosmetischen und anderen Operationen ohne krankheitsbedingten Hintergrund und ohne Komplikationen oder
- bei einer nicht durch Krankheit bedingten Sterilisation.

Resultiert die AU – unmittelbar aus den vorliegenden Daten erkennbar – aus

- einem anerkannten Arbeitsunfall,
- einer anerkannten Berufskrankheit oder
- einem anerkannten Versorgungsleiden (siehe [2.1.5 AU mit besonderen Ursachen/Abgrenzung der Zuständigkeiten](#)),
- einer über das regelmäßig entstehende Maß hinausgehenden Beeinträchtigung nach einer Lebendorganspende/Blutstammzellspende,

ist auf diesen Umstand hinzuweisen. Entsprechendes gilt, wenn die Gutachterin oder der Gutachter abweichend von der Einschätzung der Gesetzlichen Unfallversicherung einen solchen rechtlich wesentlichen Zusammenhang vermutet.

Bei erwerbsfähigen Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfängern nach dem SGB II sind die Zweifel des Jobcenters an der AU trotz fehlender Leistungszuständigkeit der GKV zu klären, wenn der Medizinische Dienst hiermit beauftragt wird.

Legende zu 2): Hinweis auf fehlende Zuständigkeit der GKV

Sollte keine AU entsprechend der AU-Richtlinie vorliegen oder lässt sich gutachtlich unmittelbar erkennen, warum die GKV ggf. nicht zuständig ist, ist dies im Rahmen der gutachtlichen Stellungnahme auszuführen.

Abzugrenzen von Fällen, in denen keine AU besteht, sind Fälle, in denen wegen Selbstverschulden – z. B. wegen Komplikationen einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation – trotz AU das Krankengeld ganz oder teilweise versagt werden kann ([siehe 2.1.4 Leistungsrechtlicher Hintergrund für die Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit mit Hinweis auf § 52 SGB V](#)). Auf Hinweise zum Selbstverschulden ist im Rahmen der Begutachtung hinzuweisen.

Legende zu 3): Feststellungen zu den Krankheitsfolgen unter Anwendung der ICF-Systematik

Vor dem Hintergrund, dass sich AU durch mehrdimensionale Komponenten auszeichnet, besteht die Notwendigkeit, dies auch entsprechend systematisch zu erfassen. Die ICF bietet die entsprechende Systematik zur Darlegung aller relevanten bio-psycho-sozialen Aspekte.

Aus schriftlich vorliegenden oder persönlich erhobenen Daten zur **Struktur-, Funktions-, Aktivitätsdiagnostik** sind Feststellungen

- zur Körperstruktur und Körperfunktion und
- zu Aktivitäten

zu treffen.

Erkenntnisse/Befunde aus der klinischen/apparativen Diagnostik sind zunächst daraufhin zu bewerten, ob sich relevante funktionelle und strukturelle Schädigungen objektivieren lassen.

Ergeben sich in diesem Zusammenhang Erkenntnisse und/oder hinreichend begründete Hinweise zum Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit, sind auch Angaben zur haftungsbegründenden und haftungsausfüllenden Kausalität zu benennen (ggf. Anzeige einer Berufskrankheit).

Anschließend sind Feststellungen erforderlich, ob Aktivitäten beeinträchtigt sind. Hier sind umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Insbesondere auf der Ebene der Aktivitäten bietet es sich an, standardisiert erhobene, quantitative Befunde (insbesondere aus evaluierten Assessmentverfahren) einzubeziehen. Hier können auch Ergebnisse aus der Aktivitätsdiagnostik zur Beurteilung der funktionalen Leistungsfähigkeit (z. B. FCE-Systeme = functional capacity evaluation; EFL = Evaluation funktionelle Leistungsfähigkeit) genutzt werden.

Leistung, Leistungsfähigkeit und Leistungsvermögen sind in qualitativer und quantitativer Hinsicht einzuschätzen. Zu beachten ist, dass diese Faktoren durch die Motivation der oder des Versicherten beeinflusst werden. Insofern sind ggf. auch Feststellungen und Aussagen zur Motivation hinsichtlich der Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit erforderlich.

Legende zu 4): Feststellungen zu den Anforderungen bei (Wieder-) Aufnahme der Bezugstätigkeit

Kern der Beurteilung zur AU ist die **Partizipationsdiagnostik** im Hinblick auf die konkrete berufliche Tätigkeit. Auch hier sind umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Die Tätigkeit, deren Anforderungsprofil bei der AU-Begutachtung mit dem Leistungsvermögen der oder des Versicherten abgeglichen wird, wird nachfolgend als **Bezugstätigkeit** bezeichnet.

Bei einem bestehenden Arbeitsverhältnis sind geänderte Anforderungen im Sinne der Bereitstellung eines „leidensgerechten Arbeitsplatzes“ zu berücksichtigen.

Gibt es mehrere Versionen der Arbeitsplatzbeschreibung oder liegt die Rechtmäßigkeit einer Umgestaltung des Arbeitsplatzes im Streit, so sind beide Varianten in die Beurteilung der AU einzubeziehen, wenn die Krankenkasse der Gutachterin oder dem Gutachter nicht den anzuwendenden Bewertungsmaßstab der AU benennt.

Bei Arbeitslosen nach SGB III ist aus sozialmedizinischer Sicht qualitativ jede leichte Arbeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Bezugstätigkeit anzunehmen. Die Zumutbarkeit eines Arbeitsangebots durch die Agentur für Arbeit ist nicht durch die Gutachterin oder den Gutachter des Medizinischen Dienstes zu prüfen. Allerdings ist bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit der zeitliche Umfang, für den die oder der Versicherte der Vermittlung der Agentur für Arbeit bei Eintritt der AU zur Verfügung stand, zu berücksichtigen.

Arbeitslose Schwangere, die aus schwangerschaftsbedingten Gründen ein eingeschränktes Leistungsvermögen aufweisen, gelten nur dann als arbeitsunfähig, wenn sie nicht in der Lage sind, ohne Gefährdung für sich oder das ungeborene Kind leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich auszuüben.

Bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach dem SGB II ist der Bewertungsmaßstab, mindestens 3 Std. tgl. zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilnehmen zu können.

Folgende Anknüpfungstatsachen sind von der Krankenkasse im Gutachtenauftrag für die Gutachterin oder den Gutachter anzugeben:

- maßgebliche Tätigkeit vor Beginn der AU, die Dauer des aktuellen Arbeitsverhältnisses (bei beendetem Arbeitsverhältnis Angabe in Bezug auf die letzte Tätigkeit) und Angaben zum Arbeitgeber, die im Rahmen des § 284 Abs. 1 SGB V von den Krankenkassen erhoben worden sind. Hierunter wird regelmäßig der der Krankenkasse vorliegende Tätigkeitsschlüssel verstanden. In Fällen, in welchen der Tätigkeitsschlüssel nicht aussagekräftig genug ist, sind in diesen Einzelfällen im Rahmen des Mitteilungsmanagements zusätzliche Informationen bei Versicherten oder Arbeitgebern für den Medizinischen Dienst anzufordern.
- sofern möglich eine ähnlich geartete Tätigkeit (bei beendetem Beschäftigungsverhältnis während der AU für Versicherte mit an- und ungelerten Tätigkeiten; § 2 Abs. 4 Satz 2 AU-Richtlinie),
- sofern vorhanden bei Arbeitslosen (nach SGB III) die Angabe des zeitlichen Umfangs, für den die oder der Versicherte sich der Agentur für Arbeit zur Vermittlung zur Verfügung gestellt hat,

- die konkreten Anforderungen der Eingliederungsmaßnahme aus dem Auftragsformular des Jobcenters an die Krankenkasse bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten

Legende zu 5): Unterschreitet das Leistungsvermögen aufgrund der Krankheitsfolgen die Anforderungen der Bezugstätigkeit?

Kern der gutachtlichen Beurteilung ist der Vergleich des Leistungsvermögens mit den konkreten Anforderungen des Arbeitsplatzes bzw. der Bezugstätigkeit. Anknüpfend an die Feststellungen aus den Schritten 3) und 4) ist eine bestmögliche Einschätzung vorzunehmen, inwieweit die oder der Versicherte die Bezugstätigkeit infolge einer Krankheit nicht ausüben kann oder inwieweit andere Aspekte der Aufnahme der Bezugstätigkeit entgegenstehen. In dieser Bewertung sind nicht nur die in der kurativen Medizin gängigen, für die jeweilige Krankheit spezifischen diagnostischen Kriterien anzuwenden. Daneben sind auch Feststellungen in die Bewertung mit einzubeziehen, die behauptete Aktivitätsbeeinträchtigungen bestätigen oder widerlegen können, wie die Bewegungsabläufe beim An- und Auskleiden, zu erwartende Umfangsdifferenzen der Extremitäten oder Gebrauchsspuren der Hände. Bei einer Beurteilung nach Aktenlage müssen auch dokumentierte Aktivitäten, die z. B. im Rahmen von ärztlichen Untersuchungen, auch während der Rehabilitation, erhoben wurden, gewürdigt werden. Bei der Bewertung ist die Rangordnung der übermittelten Befunde – subjektiv, semiobjektiv und objektiv – zu beachten.

Leistung, Leistungsfähigkeit und Leistungsvermögen müssen mit den qualitativen und quantitativen Anforderungen des konkreten Arbeitsplatzes bzw. der Bezugstätigkeit abgeglichen werden. Hierbei können auch Ergebnisse aus standardisierten Profilvergleichssystemen genutzt werden.

Bei Arbeitslosen ist der Abgleich mit einer qualitativen beruflichen Anforderung nicht notwendig.

Bezug sind für

- Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem SGB III leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang, für den sich die oder der Arbeitslose der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt hat,
- arbeitslose Schwangere leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich,
- erwerbsfähige Leistungsberechtigte nach dem SGB II leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang von mindestens 3 Stunden täglich, sofern keine konkrete Eingliederungsmaßnahme benannt wurde.

Legende zu 6): Prognose: Ist bei Wiederaufnahme der Tätigkeit eine Verschlimmerung der Krankheitsfolgen zu erwarten, die AU unmittelbar hervorruft?

Bei diesem Schritt sind prognostische Einschätzungen unter Berücksichtigung ggf. noch vorhandener Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe am Arbeitsleben vor dem Hintergrund der Anforderungen vorzunehmen. Zu beurteilen ist, ob es körperliche oder psychische Belastungen am Arbeitsplatz gibt, die sich ungünstig auf die vorhandenen strukturellen und funktionellen Schädigungen auswirken (z. B. Noxen-/Allergenexposition bei gesichertem Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung mit Lungenfunktionseinbußen).

Legende zu 7): Ergebnis: Aus medizinischer Sicht nicht weiter AU (innerhalb von 14 Tagen)

Die Bezugstätigkeit kann wiederaufgenommen werden bzw. bei Arbeitslosen besteht ein für die Vermittlung ausreichendes Leistungsvermögen. Dabei ist der letzte Tag der gutachtlich festgestellten AU nicht weiter als 14 Tage im Voraus anzugeben.

Dies schließt in speziell begründeten Einzelfällen auch die Möglichkeit ein, ein Ende der AU für einen zurückliegenden Zeitpunkt zu bestätigen (z. B. arbeitsfähig aus einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation entlassen, Zweitgutachten nach vorheriger Beendigung der AU).

Legende zu 8): Besteht die aktuelle Diskrepanz (Schritt 5) bzw. die Verschlimmerungs-Prognose (Schritt 6) auf Dauer?

AU auf Dauer bedeutet, dass die oder der Versicherte seine Bezugstätigkeit dauerhaft (siehe hierzu [Legende 9](#)) nicht mehr verrichten kann. Diesbezügliche Wertungen sind aus der Schädigungs-, Aktivitäts- und Partizipationsdiagnostik abzuleiten.

Legende zu 9): Ergebnis: Aus medizinischer Sicht AU auf Dauer

Die oder der Versicherte kann die Bezugstätigkeit aufgrund der vorliegenden Krankheitsfolgen dauerhaft nicht mehr durchführen.

Als „dauerhaft“ in diesem Kontext wird eine AU bezeichnet, wenn sie voraussichtlich sowohl über das Leistungsende des Krankengeldes hinaus als auch mindestens 6 Monate ab dem Beurteilungszeitpunkt fortbestehen wird. Eine belastungsrelevante Besserung der Gesundheitsstörung ist in diesem Fall – trotz Ausschöpfung aller therapeutischen Maßnahme – in absehbarer Zeit nicht zu erwarten. Kann eine AU nur deshalb nicht als „dauerhaft“ beurteilt werden, weil aufgrund des frühen Zeitpunktes im AU-Fall noch keine Einschätzung möglich ist, ob eine Arbeitsfähigkeit nicht während des Krankengeldbezuges wieder eintreten wird, ist als Ergebnis „Aus medizinischer Sicht AU auf Zeit“ (siehe [Legende 10](#)) anzugeben.

Die krankheitsbedingte Beeinträchtigung des Leistungsvermögens begründet eine dauerhafte AU in Bezug auf das Anforderungsprofil am Arbeitsplatz bzw. die maßgebliche Tätigkeit. Die Beschreibung eines Restleistungsvermögens (positives Leistungsbild) ist bei nicht aufgehobenem Leistungsvermögen erforderlich. Ändern sich das berufliche Anforderungsprofil oder die Arbeitsplatzbedingungen, ist eine neue Beurteilung der AU und deren voraussichtliche Dauer erforderlich.

Bei Arbeitslosen (Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem SGB III) bedeutet die Aussage „aus medizinischer Sicht auf Dauer AU“, dass eine Beschäftigung in dem zeitlichen Rahmen, für den sich die oder der Arbeitslose der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt hat, nicht mehr möglich ist. Es ist eine Aussage zum Restleistungsvermögen zu treffen.

Das Begutachtungsergebnis „AU auf Dauer“ bedeutet i. d. R., dass eine Minderung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 10 SGB VI vorliegt. Der Begriff der in § 10 Abs. 1 Nr. 1 SGB VI nicht definierten Erwerbsfähigkeit ist als Fähigkeit der oder des Versicherten zu verstehen, seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit weiter ausüben zu können. Nicht hingegen sind die Kriterien anwendbar, die für die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen einer Rente wegen Erwerbsminderung maßgebend sind. Zu prüfen ist, ob der Versicherte unabhängig von den Besonderheiten des gerade innegehaltenen Arbeitsplatzes den typischen Anforderungen des ausgeübten Berufs noch nachkommen kann. ([BSG-Urteil vom 20.10.2009 AZ.: B 5 R 44/08 R](#), Rn 29)

Die Feststellung „AU auf Dauer“ ist aufgrund ihrer weitreichenden Folgen von der Gutachterin oder dem Gutachter nachvollziehbar zu begründen.

Legende zu 10): Ergebnis: Aus medizinischer Sicht AU auf Zeit

Mit einer Rückkehr in das Berufsleben ist zu rechnen. Die Gutachterin oder der Gutachter gibt eine orientierende Aussage zur Prognose der AU-Dauer. Zu bewerten ist ggf. auch, ob zusätzliche Leistungen der vertragsärztlichen Behandlung (einschließlich der Verordnung von Arzneimitteln, Heilmitteln und Hilfsmittel) geeignet sind, die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Je nach Ausmaß der Krankheitsfolgen ist hierzu auch die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu bewerten.

In diesem Zusammenhang kann von der Gutachterin oder dem Gutachter auch der Hinweis gegeben werden, dass arbeitsunfähige Versicherte durch eine stufenweise Wiederaufnahme ihrer Tätigkeit voraussichtlich besser wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden können (§ 74 SGB V, § 44 SGB IX). Voraussetzung ist, dass sie ihre bisherige Tätigkeit teilweise wieder verrichten können und die oder der Versicherte, der Arbeitgeber, die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt und die Krankenkasse zustimmen. Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten sollten in der Empfehlung der Gutachterin oder des Gutachters angegeben werden.

Bei Arbeitslosen (nach dem SGB III) bedeutet die Feststellung von AU auf Zeit, dass das Leistungsvermögen wegen Krankheit vorübergehend auf einen geringeren Umfang reduziert ist als der zeitliche Vermittlungsumfang, für den sich die oder der Versicherte bei der Agentur für Arbeit vor AU-Beginn zur Verfügung gestellt hat.

Bei arbeitslosen Schwangeren bedeutet die Feststellung von AU auf Zeit, dass das Leistungsvermögen aus schwangerschaftsbedingten Gründen vorübergehend soweit eingeschränkt ist, dass sie nicht in der Lage sind, ohne Gefährdung für sich oder das ungeborene Kind leichte Arbeiten in einem zeitlichen Umfang von mindestens 15 Stunden wöchentlich auszuüben.

Bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach dem SGB II bedeutet die Feststellung von AU auf Zeit, dass das Leistungsvermögen wegen Krankheit vorübergehend soweit reduziert ist, dass keine leichten Arbeiten in einem zeitlichen Umfang von mindestens 3 Stunden täglich oder keine Teilnahme an einer Eingliederungsmaßnahme möglich ist.

Auch bei einer „AU auf Zeit“ ist die prognostische Einschätzung des weiteren Krankheitsverlaufs durch die Gutachterin oder den Gutachter erforderlich. Hierbei wäre auch zu beurteilen, ob aus medizinischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, dass die Arbeitsunfähigkeit ab dem Begutachtungszeitpunkt länger als sechs Monate andauern wird.

Kann aufgrund des frühen Zeitpunktes im AU-Fall oder eines aus medizinischer Sicht völlig offenen Verlaufs noch nicht abschließend eingeschätzt werden, ob Arbeitsfähigkeit vor Ende der Krankengeld-Höchstbezugsdauer wieder eintreten wird, ist als Ergebnis „aus medizinischer Sicht AU auf Zeit“ anzugeben.

Ist aufgrund des späten Zeitpunktes im AU-Fall kein Ende der AU vor Ende der Krankengeldzahlung zu erwarten und ist nicht von mindestens 6 Monaten fortbestehender AU ab dem Beurteilungszeitpunkt auszugehen, ist als Ergebnis „aus medizinischer Sicht AU auf Zeit“ anzugeben.

Liegen die medizinischen Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 SGB V vor, wäre dieses hier zu erläutern und eine sozialmedizinische Empfehlung abzugeben. Der Rentenversicherungsträger prüft einen Antrag auf

Leistungen zur Teilhabe im Hinblick auf eine positive Prognose für eine Teilhabeleistung und bei fehlender positiver Prognose auch, ob die Voraussetzungen für eine teilweise oder volle Erwerbsminderungsrente vorliegen.

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit im Sinne des § 51 Abs. 1 SGB V kann nur bestätigt werden, wenn auch durch medizinische oder berufliche Leistungen zur Teilhabe, voraussichtlich keine positive Prognose für eine Reintegration in die Bezugstätigkeit zu erwarten ist. Das Gutachtenergebnis lautet dann „AU auf Dauer“ für die letzte Tätigkeit.

Legende zu **): Bei jedem Ergebnis ist, sofern von der Krankenkasse angefragt oder aus den Befunden ersichtlich, zum § 51 SGB V Stellung zu nehmen

Ergeben sich aus den Unterlagen bzw. aus der Befunderhebung, dass die Erwerbsfähigkeit der oder des Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist, sind die medizinischen Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 SGB V von der Gutachterin oder dem Gutachter darzulegen. Dies ist auch erforderlich, wenn die Krankenkasse keinen speziell hierauf ausgerichteten Begutachtungsauftrag erteilt hat. Die inhaltliche Bearbeitung erfolgt entsprechend der Ausführungen in [2.3.10 Arbeits- und Bewertungsschritte: Fragen zu § 51 Abs. 1 SGB V](#).

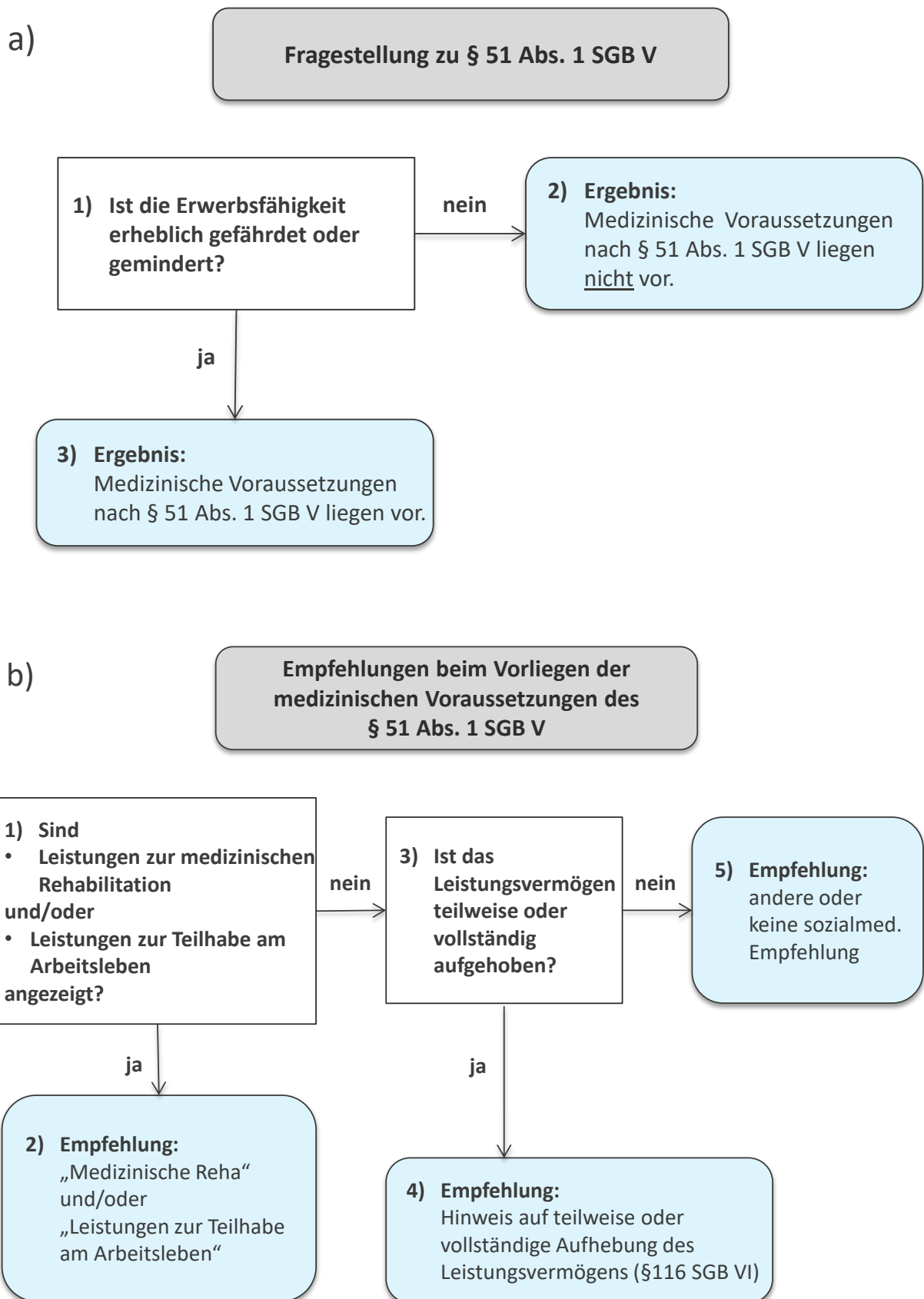
Dies gilt nicht für Zweifel des Jobcenters.

2.3.10 Arbeits- und Bewertungsschritte: Fragen zu § 51 Abs. 1 SGB V

Zusätzlich zu der Beurteilung, ob aktuell AU besteht, ist gutachtlich zu beurteilen, ob die medizinischen Voraussetzungen zu einer Aufforderung erfüllt sind, einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen. Die nachfolgenden Arbeits- und Bewertungsschritte sind bei der Erstellung von Gutachten zu berücksichtigen.

Dabei ist es Aufgabe der Krankenkasse in einer individuellen Ermessensausübung zu entscheiden, ob Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist, tatsächlich aufgefordert werden oder nicht. Grundlage einer solchen Ermessensentscheidung muss ein ärztliches Gutachten sein, in dem die einzelnen Bewertungsschritte unabhängig voneinander vollzogen und dokumentiert werden.

Abbildung 3: Workflow der Arbeits- und Bewertungsschritte bei Fragen zu § 51 Abs. 1 SGB V



a) Erläuterungen zu den Arbeits- und Bewertungsschritten bei Fragestellungen zu § 51 Abs. 1 SGB V

Legende zu 1): Ist die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert?

Diese Frage ist ausschließlich unter sozialmedizinischen Gesichtspunkten der wahrscheinlichen Prognose zu beantworten. Für die Bejahung einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit reicht die überwiegende Wahrscheinlichkeit (> 50 %) aus.

Diese Frage ist unabhängig von den Empfehlungen zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation zu beantworten.

In der Regel handelt es sich um AU-Fälle mit chronischem und/oder rezidivierendem Krankheitsverlauf und/oder akute Krankheitsereignisse mit dauerhaften Beeinträchtigungen. Unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus

- der Struktur- und Funktionsdiagnostik,
- der Aktivitäts- und Partizipationsdiagnostik und
- den Feststellungen zum Leistungsvermögen

ist zu beurteilen, ob die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder bereits gemindert ist.

Eine „erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit“ liegt vor, wenn durch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen ohne die Leistungen zur Teilhabe innerhalb von 3 Jahren mit einer „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ zu rechnen ist.

Eine „Minderung der Erwerbsfähigkeit“ liegt vor, wenn infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen eine erhebliche und länger andauernde Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben eingetreten ist, wodurch die oder der Versicherte ihre oder seine bisherige oder zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit voraussichtlich auf Dauer (länger als 6 Monate und über das Leistungsende hinausgehend) nicht mehr oder nicht mehr ohne wesentliche Einschränkungen ausüben kann ([siehe auch 2.2.2.4 Anforderung nach § 51 Abs. 1 SGB V, Auslegungsgrundsätze Punkt 2.5](#)).

Anders als im Zusammenhang mit der teilweisen oder vollen Erwerbsminderung (Voraussetzung für einen Rentenanspruch nach § 43 SGB VI) ist bei der erheblichen Gefährdung und Minderung der Erwerbsfähigkeit gerade nicht auf den gesamten Arbeitsmarkt, sondern auf die individuelle Bezugstätigkeit abzustellen ([BSG-Urteil vom 05.02.2009, AZ.: B 13 R 27/08 R](#)).

Legende zu 2): Ergebnis: Medizinische Voraussetzungen nach § 51 Abs. 1 SGB V liegen nicht vor

Sofern die Erwerbsfähigkeit nicht erheblich gefährdet oder gemindert ist, ist dies entsprechend darzulegen.

Bei unauffälligem AU-Vorerkrankungsmuster liegt eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bei vorübergehenden Krankheiten, bei denen üblicherweise nach Abschluss der Behandlung keine dauerhafte Leistungsbeeinträchtigung verbleibt, nicht vor.

An diesem Punkt ist auch darzulegen, dass und warum ggf. die Frage nach einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit aus medizinischer Sicht aktuell nicht zu beantworten ist. Ein fehlendes berufliches Anforderungsprofil erlaubt keine Aussage zu den medizinischen Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 SGB V (es sei denn, es liegt ein komplett aufgehobenes Leistungsvermögen vor). Es sollen

immer Hinweise gegeben werden, wann und mit welchen Informationen zu einem späteren Zeitpunkt eine Aussage zu den medizinischen Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 SGB V zu erwarten ist.

Daneben kann auch eine Empfehlung zur stufenweisen Wiedereingliederung (§ 74 SGB V) oder ein Hinweis zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (§ 84 Abs. 2 SGB IX) abgegeben werden.

Legende zu 3): Ergebnis: Medizinische Voraussetzungen nach § 51 Abs. 1 SGB V liegen vor

Unter Beachtung der Definitionen aus Schritt 1) ist festzustellen, dass grundsätzlich entweder eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit oder bereits eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt.

Dies ist das zentrale Ergebnis zu den medizinischen Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 SGB V. Bei der Bewertung der Erwerbsfähigkeit nach § 51 Abs. 1 SGB V muss die gutachtliche Stellungnahme folgende von der Sozialgerichtsbarkeit aufgestellten Merkmale ([BSG-Urteil vom 07.08.1991, AZ.: 1/3 RK 26/90](#)) enthalten:

- summarisch die erhobenen Diagnosen/Befunde nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung,
- die aus den krankheitsbedingten Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten resultierenden Leistungseinschränkungen in Bezug auf die berufliche Tätigkeit/Erwerbstätigkeit,
- Angaben zur voraussichtlichen Dauer der Leistungseinschränkung und der Prognose,

damit der Krankenkasse eine sorgfältige Abwägung hinsichtlich der weiteren Entscheidungen möglich ist.

Die erhebliche Gefährdung oder die Minderung der Erwerbsfähigkeit stellt die Gutachterin oder der Gutachter des Medizinischen Dienstes abschließend fest.

Diese Feststellung ist als notwendige Bedingung der zentrale Schritt für eine Aufforderung zur Antragstellung auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Dauer der Leistungseinschränkungen ist von möglichen weiteren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. deren Erfolgsaussichten abhängig. Die hierzu erforderlichen Hinweise ergeben sich aus den weiteren Empfehlungen.

b) Erläuterungen zu den Arbeits- und Bewertungsschritten für Empfehlungen bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 SGB V

Legende zu 1): Sind Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angezeigt?

Bei den folgenden Beurteilungen und Empfehlungen zur Frage, ob Leistungen angezeigt sind, ist eine realistische Prognose wichtig. In jedem Fall ist eine umfassende Abwägung hinsichtlich Art, Umfang und Zeitpunkt möglicher Maßnahmen angebracht, bevor eine Empfehlung ausgesprochen wird. Empfehlungen, die sich am Ende nicht umsetzen lassen, führen nicht selten zu erheblichen Verzögerungen bei der Fallbearbeitung und haben negative Konsequenzen für alle Beteiligten.

Grundsätzlich sind die Bedürftigkeit (unter Berücksichtigung der bisherigen Tätigkeit der oder des Versicherten), die Fähigkeit, das Ziel und die Prognose einer möglichen Maßnahme sowie die Motivation der oder des Versicherten zu berücksichtigen.

Hierbei ist insbesondere auf die frühzeitige Verzahnung von medizinischer Rehabilitation und beruflichen Anforderungen zu achten. Eine **medizinische Rehabilitation** über die Rentenversicherung ist dann

angezeigt, wenn zu erwarten ist, dass durch die Maßnahme eine Rückkehr in die zuletzt ausgeübte Tätigkeit erreicht oder eine derartige Stabilisierung des Leistungsvermögens erzielt wird, dass ausreichende Belastbarkeit für Leistungen der beruflichen Teilhabe vorliegt (z. B. arbeitsplatzbezogene Rehabilitation).

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) kommen entweder allein oder in Ergänzung vorausgegangener Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht. Diese verfolgen das Ziel, Menschen entsprechend ihrer funktionalen Gesundheit (wieder) in das Erwerbsleben einzugliedern und ihre Beschäftigungsfähigkeit nachhaltig zu sichern.

Bei schwerbehinderten Menschen oder diesen gleichgestellten Personen oder gestelltem Antrag auf einen GdB kann zur Förderung der beruflichen Wiedereingliederung das Integrationsamt eingeschaltet werden.

Es können auch Maßnahmen der Eignungsfeststellung in Betracht kommen. Nach §§ 33 bis 43 SGB IX umfassen LTA z. B. Hilfen zur Erhaltung und Erlangung eines Arbeitsplatzes (einschließlich Beratung, Bewerbungskosten, Trainingsmaßnahmen, Arbeitsassistenz), Kraftfahrzeughilfe, Mobilitätshilfen, Berufsvorbereitung, berufliche Bildung (Qualifizierungsmaßnahmen, Anpassung, Ausbildung, Weiter-/Fortbildung, Umschulung in beruflichen Rehabilitationseinrichtungen), Gründungszuschuss, Leistungen an Arbeitgeber (Eingliederungszuschuss, Arbeitshilfen, Probebeschäftigung, Zuschuss für betriebliche Bildung) oder Leistungen in Werkstätten für behinderte Menschen.

Unter Würdigung der oben genannten Sachverhalte ist zu beurteilen, ob medizinische Leistungen zur Rehabilitation und/oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich sind.

Liegt keine positive Prognose im Hinblick auf das Ziel der Leistung vor, d. h. Wiederaufnahme der letzten Tätigkeit oder Teilhabe am Arbeitsleben, ist dies entsprechend sozialmedizinisch darzulegen.

Legende zu 2): Empfehlung: Medizinische Rehabilitation und/oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Wird eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation und/oder eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben empfohlen, muss die Begründung aus der gutachtlichen Stellungnahme hervorgehen.

Zusätzlich sind Hinweise zu geben, welche Leistungen nach Einschätzung der Gutachterin oder des Gutachters im Einzelnen in Betracht zu ziehen sind. Beispielsweise ist bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Vorschlag zur Fachrichtung der Rehabilitationseinrichtung angezeigt oder bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, welche Hilfen am Arbeitsplatz die Wiedereingliederung unterstützen würden.

Legende zu 3): Ist das Leistungsvermögen teilweise oder vollständig aufgehoben?

Liegt keine positive Prognose im Hinblick auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vor und ist das Leistungsvermögen teilweise oder vollständig aufgehoben, ist dies sozialmedizinisch nachvollziehbar darzulegen.

Keine positive Prognose bedeutet: Es ist allenfalls eine Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens zu erreichen, die sich jedoch auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben nicht wesentlich auswirkt ([siehe auch 2.2.2.4 Aufforderung nach § 51 Abs. 1 SGB V, Auslegungsgrundsätze Punkt 2.6](#)).

Ergibt die umfassende Betrachtung Hinweise darauf, dass wegen Krankheit oder Behinderung nicht nur vorübergehend keine mindestens 6 Stunden tägliche Tätigkeit unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarkts ausgeübt werden kann, so kann eine teilweise Erwerbsminderung vorliegen. Kann aus den gleichen Gründen auf nicht absehbare Zeit keine mindestens 3 Stunden dauernde tägliche Tätigkeit ausgeübt werden, so kann volle Erwerbsminderung vorliegen. Die abschließende Prüfung dieser Kriterien erfolgt jedoch durch den Rentenversicherungsträger.

Für vor dem 2. Januar 1961 geborene Personen ist im Rahmen des Bestandsschutzes auch auf ältere Regelungen zur Berufsunfähigkeit abzustellen (§ 240 Abs. 2 SGB VI). Neben medizinischen Faktoren können also auch andere Faktoren hier eine Rolle spielen (u. a. Alter, GdB, GdS).

Legende zu 4): Empfehlung: Hinweis auf teilweise oder vollständige Aufhebung des Leistungsvermögens (§ 116 SGB VI)

Ein aufgehobenes Leistungsvermögen ist nachvollziehbar sozialmedizinisch darzulegen.

Der Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe am Arbeitsleben gilt als Antrag auf Rente, wenn Versicherte vermindert erwerbsfähig sind (im Sinne einer teilweisen oder vollen Erwerbsminderung) und erstens ein Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erwarten ist oder zweitens Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert haben (§ 116 SGB VI). Vor diesem Hintergrund kann es sinnvoll sein, trotz negativer Prognose, die Versicherte oder den Versicherten aufzufordern, einen Rehabilitationsantrag zu stellen (§ 51 SGB V), um die Rentenanspruchsfiktion des § 116 SGB VI auszulösen.

Legende zu 5): Empfehlung: Andere oder keine sozialmedizinische Empfehlung

Diese Situation kann sich ergeben, wenn das Leistungsvermögen nicht ausreicht, um die letzte Arbeit zu verrichten, aber weiterhin ein positives Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt besteht und damit zu hoch ist, um Erwerbungsrenten zu beziehen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe am Arbeitsleben sind nicht erforderlich oder prognostisch erfolglos; typische Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen nicht in Betracht. Es ist in der Beurteilung ein Leistungsbild zu beschreiben und bei bestehendem Arbeitsverhältnis ggf. ein Hinweis auf das betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 167 Abs. 2 SGB IX zu geben.

Auch wenn keine Empfehlung abgegeben werden kann, ist als Ergebnis zwingend anzugeben, dass die Voraussetzungen des § 51 SGB V vorliegen.

2.3.11 Weitere Fragestellungen/Spezielle Begutachtungsaufträge/besondere Aspekte im Zusammenhang der AU-Begutachtung

Bei der AU-Begutachtung sind in einigen Berufsfeldern besondere Aspekte wie weitere staatliche Eignungsvorgaben oder betriebliche/tarifrechtliche Bedingungen zu beachten.

2.3.11.1 Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit bei Berufskraftfahrerinnen und -fahrern

Eine Einschränkung der Eignung zur Führung von Kraftfahrzeugen wird nach den Vorschriften der Fahrerlaubnisverordnung (§ 11 FeV) beurteilt.

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 Berufskraftfahrerinnen und Berufskraftfahrern durch eine anerkannte Begutachtungsstelle für Fahreignung vorzulegen. 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 der oder des Versicherten.

Sollte die oder der Versicherte kein entsprechendes Gutachten anerkannter Begutachtungsstellen vorlegen, endet die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst mit Erstellung eines Leistungsbildes. Die Dauer der AU ist von der Krankenkasse zu prüfen.

Die Prüfung der Fahreignung für Inhaberinnen und Inhaber einer Fahrerlaubnis der Klassen C, C1, CE, C1E, D, DE, D1E oder der Erlaubnis zur Fahrgastbeförderung für Taxen, Mietwagen, Krankenkraftwagen, Linienverkehr usw. bedarf der Beurteilung von Ärztinnen und Ärzten mit eigens dafür ausgewiesener Qualifikation in anerkannten Begutachtungsstellen. Der Medizinische Dienst ist hierfür nicht zuständig. Er ist jedoch verpflichtet, die festgestellten Beeinträchtigungen der Aktivität und begründeten Bedenken zur Fahreignung zu dokumentieren und die Versicherte oder den Versicherten hierüber aufzuklären.

Zu berücksichtigen sind auch die Begutachtungs-Leitlinien zur Kraftfahreignung der Bundesanstalt für Straßenwesen.

2.3.11.2 Begutachtung der AU bei individuellen arbeitsvertraglichen Gestaltungen

Eine AU-Begutachtung setzt immer den Abgleich des individuellen Leistungsvermögens der oder des Versicherten mit ihrem oder seinem aktuellen beruflichen Anforderungsprofil voraus. Zu beachten ist, dass arbeitsvertragliche Regelungen den Einsatz auch für andere als die zuletzt ausgeübte Tätigkeit vorsehen können.

Ein Beispiel ist, dass eine vorübergehende „Fluguntauglichkeit“ beim fliegenden Personal nicht zwangsläufig mit einer AU gleichzustellen ist. Sehen die Arbeitsverträge des fliegenden Personals bei vorübergehender Fluguntauglichkeit die Ausübung von Bodentätigkeiten vor, gehören diese zum Tätigkeitsfeld der oder des Versicherten. Bei der Beurteilung der AU sind daher (auch) die Bodentätigkeiten zu berücksichtigen. Ist die Ausübung der Bodentätigkeit trotz der zur vorübergehenden Fluguntauglichkeit führenden Krankheit möglich, besteht keine AU. Entsprechendes gilt, wenn die Bodentätigkeit der fluguntauglichen Versicherten durch eine Änderung des Arbeitsvertrages vereinbart wird.

2.3.11.3 Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit bei Seeleuten bzw. Lotsinnen und Lotsen (Prüfung durch Knappschaft-Bahn-See (KBS))

Die gesundheitlichen Eignungs- bzw. Tauglichkeitskriterien für Berufsseeleute unter deutscher Flagge sind in der Seediensttauglichkeitsverordnung (SeeDTaugIV), die der See- und Hafenslotsinnen und -lotsen in der Seelotsenuntersuchungsverordnung (SeeLotUntV) festgelegt. Die abschließende Beurteilung der Seedienst- und Lotsdiensttauglichkeit obliegt ausschließlich dem Seeärztlichen Dienst.

2.3.11.4 Arbeitsunfall und Berufskrankheit in der Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Gegenstand einer AU-Begutachtung kann auch die *Überprüfung der bereits getroffenen Entscheidungen* einer Berufsgenossenschaft sein. Die Fälle werden nicht nach dieser Begutachtungsanleitung bearbeitet, sondern sind gesondert dem Medizinischen Dienst zur gutachtlichen Stellungnahme vorzulegen. 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 der Landesgewerbeärztin oder des Landesgewerbearztes, Berufskrankheitenbescheid/Anerkennungsbescheid über Arbeitsunfall vorliegen.

2.3.11.5 Beschäftigungsverbote nach Mutterschutzgesetz (MuSchG)

Bei der AU-Begutachtung während der Schwangerschaft ist die Abgrenzung zu den Beschäftigungsverboten für werdende und stillende Mütter nach dem MuSchG zu berücksichtigen. Es wird zwischen betrieblichen und ärztlichen **Beschäftigungsverboten** unterschieden. *Betriebliche* Beschäftigungsverbote sind gesetzlich definiert und lassen keinen Freiraum zu. Bei der Abgrenzung zur AU sind für den Medizinischen Dienst die *ärztlichen* Beschäftigungsverbote bedeutsam.

Hinsichtlich einer **Abgrenzung der AU zum ärztlichen Beschäftigungsverbot bei bestehendem Arbeitsverhältnis** ist zu beachten, dass ein Beschäftigungsverbot voraussetzt, dass Leben oder Gesundheit von Mutter und/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 ([BAG-Urteil vom 13.02.2002, AZ.: 5 AZR 753/00](#)). Für ein Beschäftigungsverbot sind der Gesundheitszustand und die konkrete Erwerbstätigkeit der schwangeren Arbeitnehmerin maßgebend.

Bei der AU 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 die Ärztin oder der Arzt zu prüfen und zu entscheiden, ob krankheitsbedingte AU vorliegt oder ohne eine aktuelle AU Leben oder Gesundheit von Mutter und/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 die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt AU bescheinigen. Es handelt sich hierbei um eine Krankheit aufgrund von Schwangerschaft, also um Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne.
- Liegt der Hinderungsgrund für die Wiederaufnahme der Beschäftigung jedoch nicht in einer aktuell manifesten Beeinträchtigung, sondern darin, dass bei der Ausübung der Tätigkeit abträgliche Folgen für den Schwangerschaftsverlauf oder das werdende Kind zu erwarten sind, – also einer Manifestation von Beeinträchtigungen lediglich vorgebeugt werden soll – so ist ein ärztliches Beschäftigungsverbot vorrangig vor der Bescheinigung von AU.

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

Nach dem MuSchG besteht auch die Möglichkeit eines *teilweisen* Beschäftigungsverbotes, 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.

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.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ([BSG-Urteil vom 22.02.2012, AZ.: B 11 AL 26/10 R](#)) wird davon ausgegangen, dass ein Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 1 MuSchG nicht unmittelbar auf arbeitslose Schwangere übertragen werden kann, da die Vorschrift darauf abstellt, dass eine Gefährdung bei Fortdauer der Beschäftigung besteht. Bei nicht erwerbstätigen Schwangeren ist eine fortdauernde Beschäftigung nicht gegeben. Daher ist für die Beurteilung der Verfügbarkeit nach § 138 Abs. 5 SGB III festzustellen, ob sich das ärztlicherseits bestätigte gesundheitliche Risikopotenzial nur auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit oder auf alle zumutbaren Beschäftigungen bezieht. Nur im letztgenannten Fall fehlt es bereits an einer Verfügbarkeit im Sinne des „Könnens“ einer Beschäftigungsausübung und es ist vom Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wenn die arbeitslose Schwangere nicht mehr in der Lage ist, eine mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende leichte Tätigkeit auszuüben.

2.3.11.6 Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote nach Infektionsschutzgesetz (§ 42 IfSG)

Diese Verbote dienen der Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen. Wer als Ausscheiderin oder Ausscheider, Krankheitsverdächtige oder Krankheitsverdächtiger oder als sonstige Trägerin oder sonstiger Träger von Krankheitserregern nach dem IfSG Tätigkeitsverboten unterliegt und dadurch einen Verdienstausfall 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 durch die Erwerbstätigkeit, z. B. Salmonelleninfektion bei einer Köchin oder einem Koch. Hingegen bedingt eine Salmonelleninfektion bei einer Kellnerin oder einem Kellner kein Beschäftigungsverbot.

Bei der **Abgrenzung der AU zum Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot nach IfSG** ist im Rahmen der AU-Begutachtung bei ansteckenden Krankheiten zu prüfen, ob AU vorliegt oder ob ausschließlich Auflagen im Sinne eines Beschäftigungsverbotes bestehen. Liegen krankheitsbedingte Beeinträchtigungen vor, ist die AU zu bestätigen. Wird die Ausübung der weiteren Tätigkeit ausschließlich durch das zu beachtende Beschäftigungsverbot verhindert, liegt keine AU im Sinne des SGB V vor. Es ist dann Sache der Gesundheitsbehörde, über ein Tätigkeits- und Beschäftigungsverbot zu entscheiden. Im Gegensatz zu den Beschäftigungsverboten nach dem MuSchG können die Verbote nach dem IfSG nicht von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt ausgesprochen werden. Diese Sachverhalte sind im Gutachten darzustellen.

Die Erfahrung hat gezeigt, dass im Pandemiefall kurzfristige Änderungen des IfSG und der AU-Richtlinie möglich sind, die sich auf die Begutachtung auswirken können.

2.3.11.7 Begutachtung von Zusammenhangsfragen

Der Begriff „dieselbe Krankheit“ ist Grundlage sowohl für die Beurteilung und Berechnung der Dauer des Anspruchs von Krankengeld als auch für die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber.

Leistungsdauer des Krankengeldanspruchs

Nach § 48 Abs. 1 SGB V endet der Krankengeldanspruch wegen derselben Krankheit nach 78 Wochen innerhalb einer Blockfrist von 3 Jahren. Diese Frist beginnt mit der erstmaligen AU wegen der jeweiligen Krankheit. Weitere 3-Jahres-Fristen schließen sich fortlaufend lückenlos an. Die Leistungsdauer verlängert sich nicht, wenn während der AU eine weitere Krankheit hinzutritt.

Wurde in einem Dreijahreszeitraum die Höchstanspruchsdauer des Krankengeldes (§ 48 SGB V) erreicht, besteht im folgenden Dreijahreszeitraum erst wieder Anspruch auf Krankengeld wegen AU aufgrund derselben Krankheit, wenn die oder der Versicherte in der Zwischenzeit mindestens 6 Monate

- nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig war und
- erwerbstätig war oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.

Mit Erreichen der Höchstanspruchsdauer endet jedoch nicht automatisch die AU.

Dauer der Entgeltfortzahlung

Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall (§ 3 des EntgFG) durch den Arbeitgeber beschränkt sich, sofern Tarifverträge, Betriebsvereinbarungen oder Arbeitsverträge nicht etwas anderes vorsehen, auf die Dauer von sechs Wochen. Bei erneuter AU infolge derselben Krankheit besteht ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung, wenn

- vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate nicht infolge derselben Krankheit Arbeitsunfähigkeit bestand oder
- seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen ist.

Sozialrechtliche Definition für „dieselbe Krankheit“

Bei im Zeitablauf nacheinander auftretenden Erkrankungen handelt es sich im Rechtssinne um **dieselbe Krankheit**, wenn der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der die Krankheitsursache bildet, auf ein medizinisch nicht ausgeheiltes Grundleiden zurückzuführen ist. Hierbei ist eine stark verfeinernde, eng fachmedizinisch-diagnostische Sichtweise zu vermeiden, die die Gefahr begründet, dass dem Merkmal im Kontext des § 48 Abs. 1 SGB V letztlich gar keine eigenständige rechtliche Bedeutung mehr zukommt, obwohl das Gesetz damit gerade eine Einengung des zeitlichen Umfangs der Krankengeldgewährung bezweckt. Dies kann z. B. bei wiederholt in unterschiedlicher Ausprägung auftretenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Fall sein. ([BAG-Urteil vom 13.07.2005, AZ.: 5 AZR 389/04](#), [BSG-Urteil vom 21.06.2011, AZ: B 1 KR 15/10R](#)). Der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der die Krankheitsursache bildet, braucht dabei weder ständig Krankheitserscheinungen hervorzurufen noch fortlaufend Behandlungsbedürftigkeit zu bewirken. Es genügt vielmehr, wenn ein medizinisch nicht ausgeheiltes Grundleiden latent weiterbesteht und nach einem beschwerdefreien oder beschwerdearmen Intervall erneut Krankheitssymptome hervorruft. Es ist auch nicht erforderlich, dass sich die Erkrankung jeweils mit gleichartigen Symptomen bemerkbar macht.

Gleiches wurde durch das BSG angenommen, wenn eine Versicherte oder ein Versicherter etwa bei einem schweren, sich in einem Sekundenbruchteil realisierenden Unfallereignis zusammenhanglos Gesundheitsschäden in mehreren Körperregionen erleidet. Dieses gilt ebenso bei Versicherten, bei denen wegen des Nebeneinanders verschiedener gravierender akuter oder chronischer Leiden von Anfang an eine Multi- oder Polymorbidität besteht.

In Bezug auf die Anspruchsdauer des Krankengeldes behandelt das Gesetz Versicherte, die von vornherein an mehreren Krankheiten leiden und deshalb arbeitsunfähig sind, nicht anders als diejenigen, bei denen „nur“ ein einziges Leiden die AU auslöst.

Sozialrechtliche Definition für eine „hinzutretene Krankheit“

Von einer **hinzutretenen** Krankheit ist dann auszugehen, wenn die Krankheiten zumindest **an einem Tag zeitgleich** nebeneinander bestanden ([BSG-Urteil vom 21.06.2011, AZ.: B 1 KR 15/10R](#)) und jeweils AU begründet haben. Bei zwei Krankheiten, die als Ursache der Arbeitsunfähigkeit lückenlos aufeinander folgen, ohne sich zeitlich zu überlappen, liegt kein Hinzutritt einer Krankheit vor ([BSG-Urteil vom 08.11.2005, AZ.: B 1 KR 27/04 R](#)).

BSG-Entscheidungen am Beispiel von Erkrankungen des Bewegungsapparates

Bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule ist nach einem BSG-Urteil von einem einheitlichen Grundleiden auch dann auszugehen, wenn von den in kürzeren Zeitabständen auftretenden Beschwerden die einzelnen Wirbelsäulenabschnitte unterschiedlich stark betroffen sind (BSG-Urteil vom 21.10.1988, AZ.: 3/8 RK 28/87).

Doppelseitige Gelenke (z. B. Hüfte) können von derselben Krankheit als auch von unterschiedlichen Erkrankungen betroffen sein. Dies bedarf der Feststellung im Einzelfall anhand des individuellen Krankheitsverlaufs ([BSG-Beschluss vom 18.01.2017, AZ.: B 3 KR 32/16 B](#)).

Möglicher Hintergrund der Beauftragung des Medizinischen Dienstes durch die Krankenkasse

Die Berechnung der Blockfristen oder der Höchstanspruchsdauer, in die nicht nur die Krankengeldtage, sondern auch weitere Abschnitte, wie z. B. Übergangs-, Verletztengeld und Entgeltfortzahlung eingehen, obliegt allein der Krankenkasse.

Nach Ablauf des Krankengeldanspruchs liegen häufig keine AU-Bescheinigungen für die betreffenden Diagnosen mehr vor, obwohl die zur Überschreitung der Höchstanspruchsdauer führende Krankheit weiterhin AU-begründend ist. Diese Frage ist auch deshalb von Bedeutung, da bei Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums seit mindestens 6 Monate keine AU vorgelegen haben darf. Ferner ist zu berücksichtigen, dass sich im Verlauf der Zeit die Bezugstätigkeiten und damit der Maßstab der Bewertung ändern können, dieselbe Krankheit dann nicht mehr zwangsläufig zur AU führen muss.

Aus dem Auftrag an den Medizinischen Dienst muss hervorgehen, für welche Zeiträume und Krankheiten entweder geprüft werden soll, ob „dieselbe Krankheit“ vorliegt oder, ob eine Krankheit hinzutrat. Nur so ist eine gezielte Beantwortung möglich. Im Regelfall reichen dazu ein Leistungsausdruck oder AU-Bescheinigungen, welche nur Diagnosen enthalten, nicht aus. Für eine abschließende Beurteilung sind i. d. R. weitere medizinische Berichte und Informationen zur Übermittlung an den Medizinischen Dienst anzufordern. Insbesondere Krankenhausepikrisen und der ärztliche Reha-Entlassungsbericht der gesetzlichen Rentenversicherung, aber in Einzelfällen auch Abrechnungsdaten der Ärztinnen und Ärzte, sowie Informationen zu in Anspruch genommenen Arznei- oder Hilfsmitteln sind dabei hilfreich.

Bearbeitung der Frage: „dieselbe Krankheit“

Die Vollständigkeit der Unterlagen und die ausreichende Konkretisierung der Fragestellung kann im Rahmen einer mündlichen Erörterung (anonymisiert) mit dem Medizinischen Dienst geprüft werden. Stellungnahmen der Vertragsärztinnen und -ärzte zum Zusammenhang von Arbeitsunfähigkeiten (KBV-Muster 53 oder formlose Stellungnahmen) sind kritisch zu würdigen. Ähnliches gilt bei Berichten für die Krankenkasse (KBV-Muster 52). Die dort aufgeführten Diagnosen stellen oft nur Behandlungsdiagnosen dar, ohne zwangsläufig AU-begründend zu sein. Beispielhaft wären hier Stoffwechselstörungen zu nen-

nen, die zwar einer medikamentösen Behandlung bedürfen, aber nicht regelhaft auch zu AU-begründenden Beeinträchtigungen führen. Sofern letzteres der Fall ist, kann dieselbe Grunderkrankung, wie z. B. beim Diabetes mellitus, unterschiedliche Organsysteme betreffen und muss sich nicht immer mit derselben Symptomatik äußern.

Darüber hinaus werden die gleichen Krankheiten oft unterschiedlich kodiert. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn unterschiedliche Leistungserbringer beteiligt sind. Die Verschlüsselung nach ICD-10-GM kann zu einer stark verfeinernden Sichtweise führen, die aber im Kontext der aktuellen Rechtsprechung nicht angezeigt ist.

Ein Zusammenhang kann sich nur bei nicht ausgeheilten Grundleiden ergeben. Erkrankungen, die nach kurzer Zeit ohne Folgen ausheilen (z. B. Infektionen der oberen Luftwege, akute Belastungsreaktion), erfüllen diese Voraussetzung nicht. Andererseits kann die gleiche Symptomatik auch Ausdruck einer chronischen Erkrankung sein (z. B. COPD, rezidivierende depressive Störung).

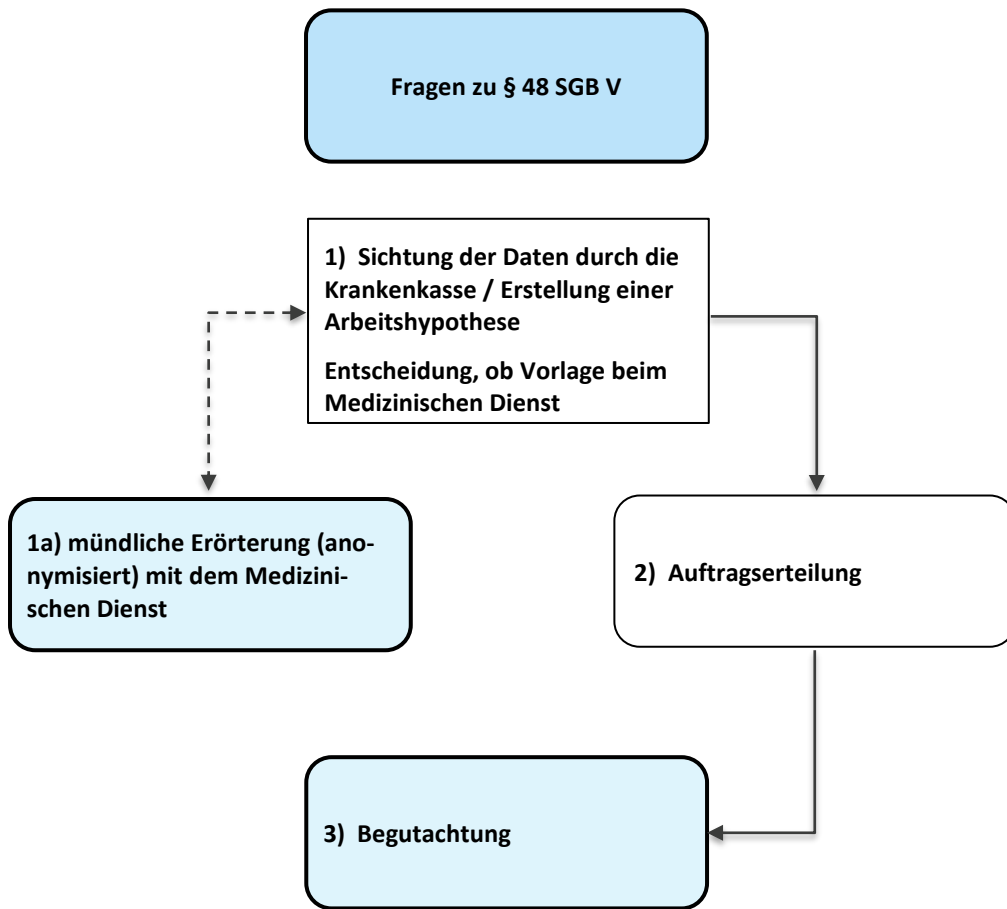
Ist ein Fallabschluss nach der ersten Beauftragung mittels gutachtlicher Stellungnahme nicht möglich, wird das weitere Vorgehen strukturiert. Zur weiteren Fallbearbeitung, insbesondere zur Einholung fehlender Befunde, sind von Seiten des Medizinischen Dienstes konkrete Hinweise zu geben.

Bearbeitung der Frage: „hinzugetretene Krankheit“

Wegen der rechtlichen Bedeutung eines Hinzutritts einer Erkrankung ist es Aufgabe der Gutachterin oder des Gutachters, die zeitlichen Abläufe, den Beginn der einzelnen und das Nebeneinander der Erkrankungen darzustellen. Dabei ist zu beachten, dass weder die gleichzeitige Dokumentation auf den AU-Bescheinigungen noch das Fehlen einer Diagnose allein aussagekräftig sind.

Gutachten zu beiden Fragestellungen müssen, wie auch bei anderen Anlässen, die wesentlichen Gründe für das Ergebnis enthalten. Im Einzelfall sind auch Hinweise auf die unsichere Datenlage angezeigt. Insbesondere bei kurzen AU-Zeiten und/oder unzureichender ärztlicher Dokumentation kann nicht in jedem Fall eine abschließende gutachterliche Klärung des Zusammenhangs erfolgen. Der Krankenkasse sind die in diesem Zusammenhang erforderlichen weitergehenden Unterlagen zu benennen.

Abbildung 4: Workflow Begutachtung von Fragen zu § 48 SGB V



Legende zu 1: Sichtung der Daten durch die Krankenkasse/Erstellung einer Arbeitshypothese – Entscheidung, ob Vorlage beim Medizinischen Dienst

Im ersten Schritt ist durch die Krankenkasse zu prüfen, ob eine Entscheidung ohne Medizinischen Dienst möglich ist. Sofern im Rahmen einer Erstbeauftragung oder im Nachgang zu einer bereits erfolgten Leistungsentscheidung die Einbeziehung des Medizinischen Dienstes geplant wird, erfolgt die möglichst präzise Formulierung einer Arbeitshypothese mit einer oder mehreren Fragen.

Die sozialmedizinischen Fragestellungen sind dabei vielfältig und werden hier nur beispielhaft dargestellt, sie können nicht standardisiert werden. Es wird dabei grundsätzlich unterschieden in:

a) Dieselbe Krankheit

- Besteht die AU im aktuellen Zeitraum 2 wegen derselben Krankheit wie im zurückliegenden Zeitraum 1?
- Ist über das Leistungsende hinaus von AU wegen Krankheit A auszugehen?
- Ist die attestierte Erkrankung B Folge der Erkrankung A, sind also beide Krankheiten im Rechtsinne dieselbe Krankheit?
- Beruhen die Erkrankungen A, B und C auf demselben nicht ausgeheiltem Grundleiden, sind also alle Krankheiten im Rechtsinne dieselbe Krankheit?

b) Liegt den AU-begründenden Erkrankungen eine einheitliche Krankheitsursache zugrunde (z. B. Degeneration verschiedener Wirbelsäulenabschnitte, Erkrankungen mit Diabetes mellitus als gemeinsame Ursache)?

c) Hinzutritt einer Krankheit

- Ist die oder der Versicherte wegen Krankheit A arbeitsunfähig oder besteht AU ausschließlich wegen Krankheit B?
- Es wird gebeten zu prüfen, inwieweit die von der Krankenkasse bei der Berechnung der Krankengeldhöchstanspruchsdauer zu berücksichtigenden Diagnosen A, B und C zu welchen Zeiträumen für sich allein betrachtet Arbeitsunfähigkeit ausgelöst haben.
- Über den Zeitpunkt x hinaus wurde nach AU wegen Krankheit A keine weitere AU mehr wegen A bescheinigt. Kurze Zeit später wurde wegen einer anderen Krankheit B eine neue AU-Bescheinigung ausgestellt. Hat – abweichend von dieser bescheinigten Situation – ggf. tatsächlich durchgehende AU für die Krankheit A bestanden, sodass Krankheit B zu Krankheit A hinzugetreten ist?
- Ist die Erkrankung B der Erkrankung A hinzugetreten? Wenn ja, zu welchem Zeitpunkt war das erstmals der Fall? Haben beide Krankheiten zu einem Zeitpunkt gleichzeitig zur AU geführt?
- War die AU von Anfang an gleichzeitig durch mehrere unterschiedliche Krankheiten begründet (Multimorbidität)?

Da die leistungsrechtliche Beurteilung und die Berechnung von Blockfristen alleinige Aufgaben der Krankenkasse sind, können bestimmte Fragen nicht sozialmedizinisch beantwortet werden und gilt es daher zu vermeiden, wie:

- Besteht ab ... ein neuer Anspruch auf Krankengeld?
- Wurde die AU zum ... von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt korrekt beendet?

Auch der sozialrechtliche Begriff der „Multimorbidität“ ist als alleinige Fragestellung nicht präzise genug und nur im Kontext mit anderen Fragen zu beurteilen (siehe oben).

Legende zu 1a: Mündliche Erörterung (anonymisiert) mit dem Medizinischen Dienst

Bestehen seitens der Krankenkasse Unsicherheiten im Hinblick auf die Fragestellung oder die Vollständigkeit der Unterlagen kann vor Auftragserteilung eine mündliche Erörterung (anonymisiert) gemäß Legende 1a erfolgen. Andernfalls ist eine direkte Auftragserteilung beim Medizinischen Dienst (Legende 2) möglich.

Gegebenenfalls ergibt sich ein Anpassungsbedarf der Fragestellung, dann sollte die Frage entsprechend geändert werden. Im Rahmen einer mündlichen Erörterung (anonymisiert) können auch die Vollständigkeit der Unterlagen in Bezug auf die Fragestellung geprüft und gegebenenfalls Hinweise für weitere Ermittlungen gegeben werden.

Folgende Unterlagen sind in den überwiegenden Fällen erforderlich und sind im Rahmen der mündlichen Erörterung (anonymisiert) auf Vorhandensein im Gespräch abzufragen:

- Leistungsausdruck der Krankenkasse, dieser muss neben den AU-Zeiten auch medizinische Rehabilitationen und Krankenhausbehandlungen umfassen.
- Es müssen die angefragten Zeiträume dokumentiert werden, im Einzelfall sind auch Abschnitte relevant, welche deutlich länger als die sonst üblichen 3 Jahre zurückliegen können.
- Bei der Frage eines Hinzutritts sind die einzelnen angefragten AU-Abschnitte gesondert auszuweisen und sind dann mit den jeweiligen Inhalten der AU-Atteste bzw. eAU-Datensätze zu belegen, zusammenfassende Darstellungen der AU-Atteste bzw. eAU-Datensätze in einem Abschnitt sind bei dieser Frage nicht ausreichend.
- Sofern bereits Stellungnahmen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für die Krankenkasse (Muster 52 und 53) vorliegen, sind die Informationen zu übermitteln.
- Bereits ergangene Leistungsentscheidungen der Krankenkasse sind der Gutachterin oder dem Gutachter zur Information zu übermitteln.

Legende zu 2: Auftragserteilung

Häufig liegen vor der ersten Vorlage beim Medizinischen Dienst bereits ein Widerspruch bzw. sich widersprechende Einschätzungen zur Zusammenhangsfrage vor. Wenn alle notwendigen Unterlagen zur Verfügung stehen, sollte die Beauftragung des Medizinischen Dienstes mit der aus der Arbeitshypothese entwickelten Fragestellung erfolgen.

Zum besseren Verständnis des Falles kann auch die Vorgeschichte inklusive der bereits ergangenen Bescheide hilfreich sein.

Sofern einzelne medizinische Unterlagen noch nicht vorliegen, sind diese im Auftrag des Medizinischen Dienstes im Rahmen des Miteilungsmanagements jetzt anzufordern:

- Facharztberichte und -befunde können erforderlich sein, dazu gehören im Einzelfall auch vollständige Auszüge der Patientenakte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte aus den zu prüfenden Zeiträumen.
- Alle Krankenhaus- und Reha-Entlassungsberichte, welche die relevanten Zeiträume und Diagnosen betreffen.
- Sofern bereits Stellungnahmen der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte für die Krankenkasse (Muster 52 und 53) vorliegen, sind sie zur Verfügung zu stellen.

Legende zu 3: Begutachtung

Liegen alle beschaffbaren Informationen vor, erfolgt eine abschließende gutachterliche Einschätzung, welche wegen der umfangreichen Fragestellungen meist ausführlich sozialmedizinisch begründet werden muss. Dies betrifft vor allem die Fälle, für die bereits bei Erstbegutachtung durch den Medizinischen Dienst ein Widerspruch vorliegt.

Bei Fragen nach AU wegen derselben Krankheit muss die Begründung des Votums darauf abstellen, welche gemeinsame fortbestehende Krankheitsursache bzw. welches nicht ausgeheilte Grundleiden die AU in den zu untersuchenden Zeiträumen auslöste.

Die Begründung des Votums bei Fragen nach dem Hinzutritt einer Krankheit muss sich im Wesentlichen darauf beziehen, dass zumindest kurzzeitig beide Krankheiten gleichzeitig und jede auch für sich genommen AU verursacht hat. Dies erfordert eingehende Informationen über den tatsächlichen und nicht nur über den ärztlich bescheinigten AU-Verlauf.

Im Einzelfall ist dabei nicht auszuschließen, dass für einzelne Zeitabschnitte retrospektiv nur unzureichende Informationen vorliegen, sodass ein gutachterliches Votum nicht möglich ist, was dann im Gutachten zu erläutern ist. Da außerdem oft mehrere Fragen gestellt bzw. mehrere Zeiträume und Diagnosen angefragt werden, kann es nicht immer ein einheitliches Gesamtergebnis mit einer bejahenden oder verneinenden Antwort geben. Der Krankenkasse sind in solchen Fallgestaltungen die in diesem Zusammenhang erforderlichen weitergehenden Unterlagen zu benennen bzw. die Teilergebnisse aufzuzeigen.

2.3.11.8 Krankengeld bei Auslandsaufenthalt

In der Regel ruht der Leistungsanspruch gegenüber der GKV für die Dauer eines Auslandsaufenthalts. Ausnahmen sind in § 16 Abs. 4 SGB V geregelt. Danach ruht der Krankengeldanspruch nicht, solange sich Versicherte nach Eintritt der AU mit Zustimmung der Krankenkasse im Ausland aufhalten. Diese Regelung kann sowohl im Rahmen der Ermessensentscheidung über die Zustimmung zum Antritt einer Auslandsreise während der AU als auch über die Zustimmung zum weiteren Verbleib im Ausland nach dortigem Eintritt der AU betreffen.

In diesem Zusammenhang hat das [BSG-Urteil vom 04.06.2019, AZ.: B 3 KR 23/18 R](#) eine Grundsatzentscheidung getroffen, die eine Abkehr von bis dahin üblichen und zuvor auch in der Begutachtungsanleitung-Arbeitsunfähigkeit dargestellten Beurteilungskriterien herbeiführt.

Nach der Urteilsbegründung ist die Krankenkasse ohne Einräumung eines Ermessensspielraums verpflichtet, dem Auslandsaufenthalt zuzustimmen, wenn während des gesamten Auslandsaufenthalts unzweifelhaft Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Dies wurde im vom BSG entschiedenen Fall für einen fünftägigen Kurzurlaub in einem Ferienhaus in Dänemark bejaht.

In Folge der o. g. BSG-Entscheidung muss sich die Begutachtung im Zusammenhang mit der Erteilung einer Zustimmung zu Auslandsaufhalten bei AU darauf konzentrieren, inwieweit AU für die gesamte Dauer des Auslandsaufenthalts unzweifelhaft vorliegt. Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass eine AU für die gesamte Dauer des geplanten Auslandsaufenthalts nicht besteht oder die AU vor Abschluss des geplanten Auslandsaufenthalts enden könnte, so kann die Krankenkasse die Zustimmung zum Auslandsaufenthalt verweigern (z. B. wegen der Verschlechterung ihrer Überprüfungsmöglichkeiten).

Bedenken gegen die Reise wegen einer möglichen Verschlimmerung des Gesundheitszustands und einer möglichen Verlängerung der AU können allenfalls unter Beachtung der Regelungen in § 66 Abs. 1 bis 3 SGB I sanktioniert werden – dies aber unabhängig davon, ob sich die oder der Versicherte im Inland oder im Ausland aufhält. Allenfalls in Extremfällen kann außerdem noch § 52 SGB V wegen Selbstverschulden greifen. Dies würde jedoch voraussetzen, dass Versicherte sich durch die Reise vorsätzlich eine Krankheit zuziehen.

In Umsetzung des o. g. BSG-Urteils könnte daher gefragt werden, ob mitwirkungspflichtige Heilbehandlungen anstehen, die eine Besserung des Gesundheitszustandes herbeiführen oder eine Verschlechterung verhindern werden. Zu dieser Heilbehandlung könnte die Krankenkasse dann nach § 63 SGB I auffordern und eine reisebedingte Missachtung dieser Aufforderung nach § 66 SGB I sanktionieren. Wegen der damit verbundenen schriftlichen Aufforderung und der Notwendigkeit einer angemessenen Fristsetzung dürfte dieser Weg jedoch bei Kurzurlauben generell ausscheiden.

Die leistungsrechtlichen Auswirkungen des § 16 Abs. 4 SGB V auf das Krankengeld sind auf Reisen im Ausland begrenzt.

Werden in diesem Zusammenhang Dokumente in einer Sprache vorgelegt, die die Gutachterin oder der Gutachter nicht versteht, so ist es Aufgabe der Krankenkasse, für eine Übersetzung zu sorgen.

2.3.11.9 Erstellung eines Leistungsbildes

Es gibt Situationen, in denen ärztlicherseits nur das Leistungsvermögen im Rahmen eines Leistungsbildes festgestellt werden kann. Typische Anlässe für die Erstellung eines Leistungsbildes sind:

- das Begutachtungsergebnis ist AU auf Dauer
- oder
- Bezugstätigkeiten können nicht benannt werden.

Für das **Leistungsbild in Verbindung mit dem Ergebnis AU auf Dauer** gilt: Ein Leistungsbild ist zu erstellen, wenn die Krankheitsfolgen eine wesentliche Einschränkung, bezogen auf das Erwerbsleben bzw. auf das Anforderungsprofil am letzten Arbeitsplatz, verursacht haben.

Für das **Leistungsbild bei Fehlen einer Bezugstätigkeit** gilt: Es gibt Situationen, in denen die Bezugstätigkeit trotz gezielter Ermittlung der Krankenkasse unklar bleibt oder in denen sie zwischen den Beteiligten strittig ist. Da das Vorliegen von AU aber in hohem Maße von den Anforderungen der Bezugstätigkeit abhängt, kann in solchen Fällen seitens des Medizinischen Dienstes oft nicht entschieden werden, ob AU vorliegt. In diesen Fällen kann ärztlicherseits nur das Leistungsvermögen festgestellt werden. Es liegt dann bei der Krankenkasse zu entscheiden, ob unter rechtlichen Gesichtspunkten AU besteht und hieraus ein Krankengeldanspruch abgeleitet werden kann oder nicht.

Bei Arbeitslosen nach dem SGB III richtet sich die Bezugstätigkeit nach dem zeitlichen Vermittlungsumfang, für den sie sich der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben.

Das im Rahmen einer sozialmedizinischen AU-Begutachtung in der gutachtlichen Stellungnahme definierte Leistungsbild einer oder eines Versicherten sollte die vorhandenen Aktivitäten besonders hervorheben, weil diese für die weitere Teilhabe am Arbeitsleben von entscheidender Bedeutung sind. Ressourcen, Defizite und Schwächen sind genau medizinisch zu beschreiben und zu begründen. Ein Leistungsbild sollte grundsätzlich erst erstellt werden, wenn sich der Krankheitszustand in seinem Verlauf weitgehend stabilisiert hat. In jedem Leistungsbild sind die definierten arbeitsmedizinischen Begriffe zu verwenden.

Das Aufzeichnen eines Leistungsbildes kann sich erübrigen, wenn das Leistungsvermögen dem Anforderungsprofil des Arbeitsplatzes bzw. bei Arbeitslosen dem quantitativen Vermittlungsumfang, für den sie sich der Agentur für Arbeit zur Verfügung gestellt haben, entspricht und damit keine Begründung für AU besteht.

Die Gutachterin oder der Gutachter kann auch Aussagen z. B. zu einem schriftlich formulierten Leistungsbild eines anderen Sozialleistungsträgers (z. B. aktueller Reha-Entlassungsbericht, Rentengutachten) treffen.

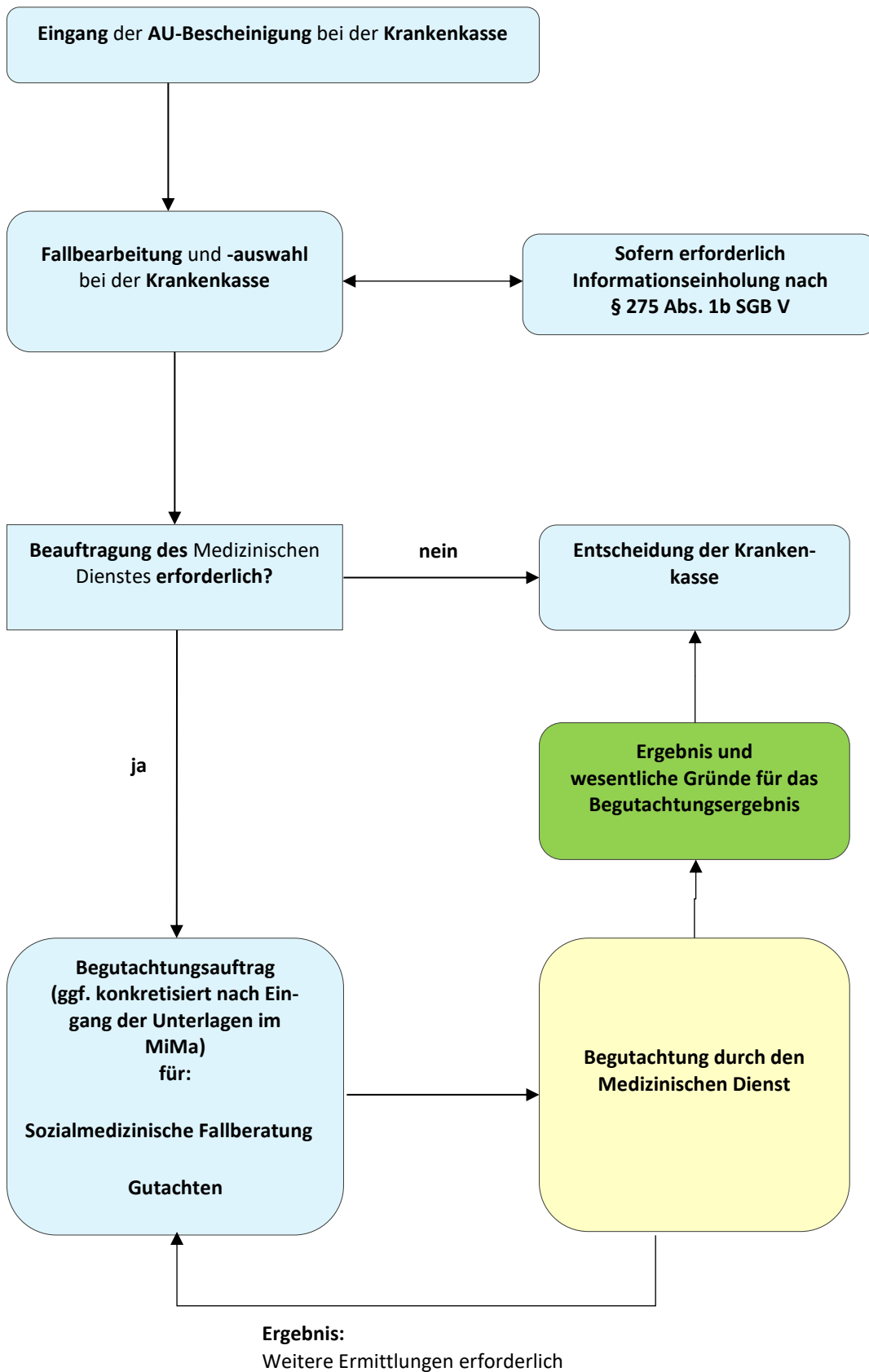
Die Erstellung eines Leistungsbildes erfordert aktuelle aussagekräftige Untersuchungsbefunde. Liegen diese nicht vor, so bedarf es einer Begutachtung mit persönlicher Befunderhebung.

3 Zusammenarbeit Krankenkasse/Medizinischer Dienst

Die Fallauswahl durch die Krankenkasse nimmt in der Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst eine entscheidende Stellung ein.

Im Kern ergeben sich orientierend folgende Ablaufwege:

Abbildung 5: Workflow Zusammenarbeit Krankenkasse/Medizinischer Dienst



Im Zusammenhang mit der Fallbearbeitung und Fallauswahl durch die Krankenkasse können sich Fragen zur AU an den Medizinischen Dienst ergeben. Die Klärung einfacher Fragen kann auch im Rahmen einer mündlichen Erörterung anhand anonymisierter Daten erfolgen. Sollte über den allgemeinen Beratungsbedarf hinaus eine weitergehende Beurteilung erforderlich sein, erfolgt die Beauftragung des Medizinischen Dienstes. Durch den Medizinischen Dienst erfolgt die Sichtung der vorhandenen Unterlagen. Sofern weitere Informationen zur Beantwortung der kassenseitigen Fragestellung erforderlich sind, werden diese entweder im Rahmen des Mitteilungsmanagements oder direkt durch den Medizinischen Dienst eingeholt. Die entsprechenden Zuständigkeiten in diesem Zusammenhang sind in [Kapitel 3.3.1](#) beschrieben. Liegen aussagekräftige Informationen zur Bewertung vor, gibt der Medizinische Dienst seine gutachtliche Stellungnahme ab. Das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für das Begutachtungsergebnis werden der Krankenkasse schriftlich oder elektronisch abschließend übermittelt, so dass diese ihre Leistungsentscheidung treffen und begründen kann.

3.1 Fallvorbereitung durch die Krankenkasse

Die in § 275 Abs. 1 Nr. 3 SGB V vorgesehene Fallvorbereitung bei der Krankenkasse dient einer sachgerechten Berücksichtigung sowohl der berechtigten Interessen der oder des Versicherten als auch der Versichertengemeinschaft. Unter diesen Gesichtspunkten haben die Krankenkassen die Fälle auszuwählen, die einer Beratung und Begutachtung durch den Medizinischen Dienst zuzuführen sind. Hierbei sind die Besonderheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen.

Den Krankenkassen wird empfohlen, die AU-Fälle bis zum 21. Tag nach ihrem Beginn auf mögliche Auffälligkeiten zu prüfen und zu gruppieren.

Häufig spielen andere Faktoren, wie z. B. das Krankheitsverhalten der Versicherten, eine größere Rolle als die AU-Diagnose (nach ICD-10) selbst. Die Betrachtung von Vorerkrankungshäufigkeiten oder zeitlichen Zusammenhängen der vorliegenden AU-Attestierung mit anderen Sachverhalten, wie dem Ende eines Beschäftigungsverhältnisses, sind wichtige Aufgreifkriterien.

Im Rahmen der Fallauswahl sollte die Krankenkasse nach definierten Kriterien die AU-Fälle bestimmen, die durch den Medizinischen Dienst beurteilt werden sollen. Ziel ist, möglichst viele Fälle auszuwählen, die der Medizinische Dienst mittels gutachtlicher Stellungnahme fallabschließend begutachten kann. Es kommt daher auf den richtigen Fall und den richtigen Zeitpunkt an.

Die **Fallauswahl verfolgt u. a. das Ziel**, die AU-Fälle zu erkennen, die ohne rechtzeitige Beauftragung des Medizinischen Dienstes zu unbegründeten Arbeitsunfähigkeitszeiträumen führen würden oder in denen die bestehende Arbeitsunfähigkeit durch Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges verkürzt werden könnte. Hierbei ist die Frage nach dem Zeitpunkt der Rückkehr an den Arbeitsplatz wesentlich. 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 oder nicht eingeleitete notwendige Leistung.

3.1.1 Fallauswahl

Bei jedem Fall ist zunächst die AU-Vorgeschichte im Versicherungsverhältnis vor der jetzt aktuellen AU zu betrachten. Dabei sollen alle AU-Zeiten mit Diagnosen der letzten 5 Jahre berücksichtigt werden. Zu beurteilen ist, ob sich aus diesen Erkenntnissen Rückschlüsse auf das AU-Verhalten ziehen lassen.

Nicht nur das Vorliegen eines beliebigen unten beispielhaft aufgelisteten Merkmales sollte Anlass für eine Fallauswahl sein, sondern eine Kombination von mehreren Auffälligkeiten weist auf die Möglichkeit eines Risikofalles (potenzielle Langzeit-AU) hin:

- **Auffälligkeiten in Bezug auf AU-Zeiten (AU-Dauer gemessen in Tagen)**

- Häufigkeit der AU-Fälle pro Jahr
- Summe der AU-Tage pro Jahr
- Dauer der einzelnen AU in Tagen

Auffälligkeiten in Bezug zum AU-Beginn

- Zusammenhang mit Kündigung oder mit Ende des befristeten Arbeitsverhältnisses
- neue Erstbescheinigung nach einer vorhergehenden Begutachtung des Medizinischen Dienst mit Beendigung der AU oder AU-Beendigung durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt

- Zusammenhang mit Ende des Anspruchs auf Arbeitslosengeld (ALG nach dem SGB III)
- aus einer Rehabilitation arbeitsfähig entlassen
- **Auffälligkeiten in Bezug auf Diagnosen**
 - wiederkehrende AU mit derselben Diagnose
 - häufige AU mit wechselnden Diagnosen
 - häufige AU mit gleicher AU-Dauer diagnoseunabhängig
 - mehrfach wechselnde Diagnosen innerhalb einer AU
 - bekannte Abhängigkeitserkrankung
 - wiederkehrende und langfristige psychosomatische Symptomenkomplexe
- **Auffälligkeiten in Bezug auf bescheinigende Ärztin oder bescheinigenden Arzt**
 - wechselnde Ärztinnen und Ärzte derselben Fachrichtung
 - wechselnde Ärztinnen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen
 - auffällige Ärztin oder auffälliger Arzt/auffällige Praxis
- **Auffälligkeiten in Bezug auf die Inanspruchnahme diverser Leistungen**
 - häufige Phasen von Arbeitslosigkeit
 - AU nach Ende der Zeitrente
 - (diverse) Arzneimittel, Heilmittel oder Hilfsmittel
 - häufige Krankenhausaufenthalte oder Rehabilitationen
- **Ausbleibende Reaktion der Versicherten auf schriftliche Anfragen nach § 275 Abs. 1b SGB V der Krankenkasse**
- **Zweifel der Arbeitgeber bzw. der Agentur für Arbeit an der AU**

Der Arbeitgeber kann nach § 275 Abs. 1a Satz 3 SGB V verlangen, dass die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der AU einholt (Zweifel an der AU **durch** den **Arbeitgeber** bzw. **durch** die **Agenturen für Arbeit bei Leistungsbezug nach dem SGB III**).

Die Krankenkasse kann nach § 275 Abs. 1a Satz 4 SGB V von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der AU eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.

Falls der Krankenkasse keine Informationen zur AU vorliegen, sind diese umgehend einzuholen. Bei weiter vorliegendem Zweifel an der AU erfolgt umgehend eine Vorlage beim Medizinischen Dienst. Der Medizinische Dienst klärt dann in der Regel die Zweifel der Arbeitgeber an der AU innerhalb von 3 Arbeitstagen ab. Die Art und Weise der Klärung bleibt dem Medizinischen Dienst vorbehalten.

Im Gegensatz dazu sind für die Begutachtung von Zweifeln des Jobcenters an der AU von erwerbsfähigen Leistungsberechtigten nach § 56 SGB II, deren Beauftragung ebenfalls über die Krankenkasse erfolgt, die Regelungen in Kapitel 2.3. zu beachten.

3.1.2 Gruppeneinteilung

Nach Sichtung der AU-Fälle (bis zum 21. Tag) sollte zur weiteren Fallbearbeitung eine Gruppeneinteilung vorgenommen werden. Zu beachten ist dabei, dass Symptome oder ICD-10-GM-Verschlüsselungen der R-Systematik bereits nach 7 Tagen bei der Bescheinigung von AU durch eine Diagnose oder Verdachtsdiagnose auszutauschen sind ([§ 5 AU-Richtlinie](#)).

Hierbei sind zwei Personengruppen zu unterscheiden: die mit einem **unauffälligen (Gruppe 1)** und die mit einem **auffälligen AU-Verhalten (Gruppe 2)**.

Die **Gruppe 1** ist die weitaus größere und weist keine Auffälligkeitskriterien auf. Diese Gruppe bedarf daher in der Regel auch keiner sozialmedizinischen Beratung durch den Medizinischen Dienst, da mit einem Ende der AU im Rahmen einer üblichen AU-Dauer zu rechnen ist. Für die Fallauswahl ergibt sich unter Berücksichtigung des aktuellen AU-Verlaufes und der AU-Vorgeschichte:

- **Wiedervorlage bis spätestens zum 28. AU-Tag.**

Dauert die AU über diesen Zeitraum fort, so ist bei „sonstigen“ und „nicht näher bezeichneten“ Krankheiten die Diagnose zu aktualisieren. In diesen Fällen ist die Klärung z. B. mittels Anfrage bei der AU-attestierenden Ärztin oder dem AU-attestierenden Arzt erforderlich.

Die **Gruppe 2** ist auffällig durch die nachfolgend beschriebenen Kriterien bzw. Risiken. 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 zur Beurteilung dem Medizinischen Dienst vor. Unter Auffälligkeiten sind Kriterien und Risiken zu verstehen, die auf unbegründete AU („Missbrauch“), auf eine Rehabilitationsbedürftigkeit bzw. auf das Vorliegen eines psychosozialen Problems deuten.

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

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

Gemeinsam ist den **Personen der Gruppe 2**, dass sie häufiger und länger arbeitsunfähig sind als Personen der Gruppe 1, ohne dass aus dem Krankheitsverlauf heraus eine medizinische Begründung dafür ableitbar ist.

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

Im Vordergrund der Überlegungen sollte in diesen Fällen immer die Rückkehr an den Arbeitsplatz/Meldung zur Vermittlung bei der Agentur für Arbeit stehen.

Es ist zu prüfen, ob die AU-begründenden Krankheitsauswirkungen zu einer voraussichtlich nicht nur vorübergehenden tätigkeitsbezogenen Leistungsminderung führen und ob durch geeignete Maßnahmen (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bzw. BEM) mit einer Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen ist.

3.1.3 Informationsbeschaffung durch die Krankenkasse für die Beurteilung der Notwendigkeit einer Vorlage beim Medizinischen Dienst

Die Krankenkasse ist nach § 275 Abs. 1 Satz 1 SGB V in den dort beschriebenen Fällen gesetzlich verpflichtet, den Medizinischen Dienst einzuschalten, sofern dies erforderlich ist. Reichen die vorhandenen Informationen zur Prüfung dieser Erforderlichkeit nicht aus, sollte eine einzelfallbezogene weitere **Informationsbeschaffung** der Krankenkasse nach § 275 Abs. 1b SGB V entsprechend der nachfolgenden Ausführungen erfolgen. Hierfür stehen den Krankenkassen unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Bestimmungen u. a. folgende Maßnahmen zur Verfügung:

- **Versichertenanfrage** (§ 275 Abs. 1b SGB V)

Als Möglichkeiten der Informationsgewinnung sieht der Gesetzgeber vor:

Die Krankenkassen dürfen bei den Versicherten nur die versichertenbezogenen Angaben im jeweils erforderlichen Umfang erheben und verarbeiten,

1. ob eine Wiederaufnahme der Arbeit absehbar ist und gegebenenfalls wann eine Wiederaufnahme der Arbeit erfolgt, und
2. zu konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen.

Die Krankenkassen dürfen diese Angaben bei den Versicherten grundsätzlich nur schriftlich oder elektronisch erheben. Eine telefonische Erhebung ist nur zulässig, wenn die Versicherten in die telefonische Erhebung zuvor schriftlich oder elektronisch eingewilligt haben. Die Krankenkassen haben jede telefonische Erhebung bei der oder dem Versicherten zu protokollieren; die Versicherten sind hierauf hinzuweisen.

- **Arztanfrage** (§ 275 Abs. 1b SGB V)

Die Krankenkassen dürfen im Rahmen einer Anfrage bei dem die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellenden Leistungserbringer weitere Angaben erheben und verarbeiten. Den Umfang der Datenerhebung regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 unter der Voraussetzung, dass diese Angaben

1. der Konkretisierung der auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgeführten Diagnosen,
2. der Kenntnis von weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die in Bezug auf die die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Diagnosen vorgesehen sind,
3. der Klärung über Art und Umfang der zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Beschäftigung oder bei Leistungsempfängern nach dem SGB III der Feststellung des zeitlichen Umfangs, für den diese Versicherten zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen

dienen.

Im Zusammenhang mit § 51 SGB V kann zusätzlich auch die Abfrage erfolgen, inwieweit die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist.

Die Arztanfragen nach § 275 Abs. 1b SGB V sind in der Regel frühestens nach einer kumulativen Zeitdauer der Arbeitsunfähigkeit eines Erkrankungsfalles von 21 Tagen zulässig.

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt teilt der Krankenkasse auf Anforderung in der Regel innerhalb von drei Werktagen weitere Informationen auf den vereinbarten Vordrucken mit.

Sofern die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt – abweichend von der Feststellung im Entlassungsbericht der Rehabilitationseinrichtung – weiterhin Arbeitsunfähigkeit attestiert, ist diese von ihr oder ihm zu begründen.

Die Krankenkassen prüfen auf Basis der vorliegenden Informationen eine Notwendigkeit zur Einschaltung des Medizinischen Dienstes. Dem Medizinischen Dienst sind die mündlich und schriftlich erhobenen Informationen vorzulegen, soweit sie für die Begutachtung erforderlich sind.

3.1.4 Mündliche Erörterung (anonymisiert)

Besteht für die Krankenkasse im Vorfeld der Beauftragung des Medizinischen Dienstes sozialmedizinischer Beratungsbedarf, ist eine nicht fallabschließende mündliche Erörterung von AU-Fällen zur Vorsichtung eines Begutachtungsauftrags im Einzelfall möglich, in deren Folge eine zielgerichtete Beauftragung des Medizinischen Dienstes durch die Krankenkassen veranlasst werden kann. Die zielführende Fragestellung der Krankenkasse kann in diesem Rahmen erarbeitet werden. Die anonymisierte Fallerörterung ist für den Zweck der Begutachtung nicht zwingend erforderlich.

Hierzu ist die Verwendung aufgearbeiteter anonymisierter Informationen der Krankenkasse, ohne Versicherten- oder Arztbezug, erforderlich.

3.1.5 Einleitung der sozialmedizinischen Begutachtung durch die Krankenkasse

Vor Beauftragung des Medizinischen Dienstes sollte die Krankenkasse eine eindeutige Fragestellung festlegen und die notwendigen Daten/Informationen bereithalten können. Im Zuge der Auftragserteilung werden dem Medizinischen Dienst die Kontaktdaten der zuständigen Ansprechperson bei der Krankenkasse mit der Telefondurchwahl genannt, um bei Unklarheiten die ggf. erforderliche Rücksprache zu gewährleisten.

3.1.6 Auftragsformulierung

Voraussetzung zur Einleitung eines Begutachtungsauftrages ist, dass die Auffälligkeiten konkret dargelegt werden können. Daraus ergibt sich die zielführende Frage an den Medizinischen Dienst.

Die Auflistung eines umfassenden Fragenkatalogs zu einem einzigen Fall ist grundsätzlich in diesem Zusammenhang nicht angezeigt, sondern die Fragestellung sollte sich auf einen wesentlichen Punkt konzentrieren. Meist beziehen sich die Fragen auf folgende Punkte:

- Dauer der AU
- Sicherung des Behandlungserfolges (z. B. ärztliche Behandlung, Physiotherapie, Psychotherapie, Rehabilitation?),
- stufenweise Wiedereingliederung,
- Zweifel an der AU durch die Krankenkasse,
- Zweifel an der AU durch den Arbeitgeber, Arbeitsagentur und Jobcenter,
- medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 Abs. 1 SGB V,
- Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten,
- Fragen zum Leistungsbild,
- sonstige Anlässe zur AU (z. B. Urlaubsreisen, Fragen zur Abgrenzung der Leistungen).

Der Medizinische Dienst benötigt zur fallabschließenden sozialmedizinischen Beratung neben der Auftragsformulierung zusätzliche Informationen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Beratung und Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen (§ 276 Abs. 1 SGB V). Die Übermittlungsbefugnis beschränkt sich dabei auf die Daten, die die Krankenkasse selbst erheben darf (u. a. nach § 284 Abs. 1 SGB V). Unterlagen, die die oder der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht hinaus der Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, dürfen an den Medizinischen Dienst nur weitergegeben werden, soweit die oder der Versicherte eingewilligt hat. Darüberhinausgehende und für die Begutachtung erforderliche Daten müssen entweder im Rahmen des Mitteilungsmanagements oder durch den Medizinischen Dienst selbst erhoben werden.

3.2 Datenbereitstellung bei Beauftragung des Medizinischen Dienstes

3.2.1 Informationen der Krankenkasse

Folgende Daten/Informationen sind von der Krankenkasse (soweit anwendbar auch für Vorversicherungszeiten) für die Beauftragung in strukturierter Reihenfolge bereitzustellen:

- Stammdaten: Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, falls erforderlich mit Zustimmung auch die Telefon-Nr. der oder des Versicherten
- Maßgebliche Tätigkeit vor Beginn der AU, die Dauer des aktuellen Arbeitsverhältnisses (bei beendetem Arbeitsverhältnis Angabe in Bezug auf die letzte Tätigkeit) und Angaben zu den Arbeitgebern, die im Rahmen des § 284 Abs. 1 SGB V von den Krankenkassen erhoben worden sind. Hierunter wird regelmäßig der der Krankenkasse vorliegende Tätigkeitsschlüssel verstanden. In Fällen, in welchen der Tätigkeitsschlüssel nicht aussagekräftig genug ist, sind in diesen Einzelfällen im Rahmen des Mitteilungsmanagements zusätzliche Informationen bei Versicherten oder Arbeitgebern für den Medizinischen Dienst anzufordern.
- Sofern möglich ähnlich geartete Tätigkeit (bei beendetem Beschäftigungsverhältnis während der AU für Versicherte mit an- und ungelernten Tätigkeiten)
- Sofern bekannt bei Arbeitslosen (Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem SGB III) die Angabe des zeitlichen Umfangs, für den die oder der Versicherte sich der Agentur für Arbeit zur Vermittlung zur Verfügung gestellt hat
- Beginn der AU (bei längerer AU-Dauer mit Angaben zum Ablauf des Krankengeldanspruchs)
- Aktuelle AU-begründende Diagnose im Klartext/ICD-10-Schlüssel
- Aktuell AU-bescheinigende Ärztin oder aktuell AU-bescheinigender Arzt, Fachrichtung, Adresse und Telefonnummer
- AU-Zeiten mit AU-Diagnosen der letzten 3 Jahre
- Angaben zu früheren Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Stand der Bearbeitung von Anträgen zur Rehabilitation, Teilhabe oder Rente, bei Ablehnung Mitteilung der Gründe, möglichst mit Bescheid der DRV
- Daten über Krankenhausaufenthalte der letzten 3 Jahre
- Aktuelle Befundberichte, Zwischen und/oder Entlassungsberichte, sofern die Versicherten diese der Krankenkasse zur Vorlage beim Medizinischen Dienst überlassen haben

- Sofern vorhanden Angaben zu ambulanten Leistungen, (z. B. Physiotherapie, Rehasport, Psychotherapie, Ergotherapie)
- Werden im Einzelfall Befunde (z. B. aus Reha-Entlassungsberichten bei Leistungen der RV-Träger) bei anderen Leistungsträgern (z. B. den RV-Trägern) und von Rehabilitationseinrichtungen (z. B. bei Leistungen der RV-Träger) durch den Medizinischen Dienst angefordert und ist deshalb eine unterschriebene Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht/Einwilligungserklärung durch die Versicherte oder den Versicherten erforderlich, wird diese durch die Krankenkasse eingeholt
- Berufskrankheit/Arbeitsunfall (bei Zusammenhang mit der AU)
- Rentenbezug und Art der Rente
- GdB-/GdS-/MdE-Versorgungsleiden

Soll bei einem **Zweifel an der AU durch den Arbeitgeber** eine Beauftragung erfolgen, sind reduzierte Daten ausreichend, wobei mindestens folgende Angaben vorhanden sein müssen:

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, falls erforderlich mit Zustimmung auch die Telefon-Nr. der oder des Versicherten
- Letzte maßgebliche Tätigkeit, Anforderungsprofil nach Angaben des Arbeitgebers und Angaben zum Arbeitgeber
- Beginn der AU
- Aktuell AU-begründende Diagnose/ICD-10-Schlüssel
- Aktuell AU-bescheinigende Ärztin oder AU-bescheinigender Arzt, Fachrichtung, Adresse und Telefonnummer
- Leistungsauszug mit den AU-Zeiten und AU-Diagnosen der letzten 3 Jahre, Daten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe
- Stand der Bearbeitung von Anträgen zur Rehabilitation, Teilhabe oder Rente

Soll bei einem **Zweifel an der AU durch die Agenturen für Arbeit oder des Jobcenters bei Leistungsbezieherinnen und Leistungsbeziehern nach dem SGB II** eine Beauftragung erfolgen, müssen mindestens folgende Angaben vorhanden sein:

- Beginn der AU
- Aktuell AU-begründende Diagnose/ICD-10-Schlüssel
- Aktuell AU-bescheinigende Ärztin oder AU-bescheinigender Arzt, Fachrichtung, Adresse und Telefonnummer
- Kopie des Auftragsformulars der Agentur für Arbeit bzw. des Jobcenters
- (Sofern vorliegend) Informationen über stationäre Krankenhausaufenthalte
- (Sofern vorliegend) Merkmale der Eingliederungsmaßnahme

3.2.2 Schriftliche Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes

Die oder der Versicherte wird schriftlich gebeten, auf dem Formular zur Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes Fragen zur AU zu beantworten, wenn die Angaben für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erforderlich sind. Die Erforderlichkeit zur Einholung der Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes kann auf Grundlage eines Auftrages bzw. Hinweises des Medizinischen Dienstes

oder im Vorfeld der Beratung mit dem Medizinischen Dienst gegeben sein, wenn für die Krankenkasse erkennbar wird, dass zu wenige aussagekräftige Informationen zur AU vorliegen. Die Antwort wird vom Medizinischen Dienst archiviert (Formular s. Anhang). Das Formular wird im Mitteilungsmanagement von der Krankenkasse an die Versicherten versandt und von diesen unmittelbar an den Medizinischen Dienst übersandt.

3.3 Anforderungen medizinischer Unterlagen

Ist für die Krankenkasse schon vorab absehbar oder durch Hinweis des Medizinischen Dienstes bereits bekannt, dass für die Beurteilung des Medizinischen Dienstes weitere medizinische Unterlagen benötigt werden, so fordert die Krankenkasse diese bei den Leistungserbringern zur unmittelbaren Übersendung an den Medizinischen Dienst im Rahmen des nachfolgend dargestellten MiMa-Verfahrens an (§ 276 SGB V).

Die Anforderung der konkreten Informationen/Unterlagen durch die Krankenkassen bei Leistungserbringern erfolgt mit dem Weiterleitungsbogen ([Muster 86, s. Kapitel 7.4.4](#)). Die Krankenkasse übermittelt hierfür dem Leistungserbringer den vollständig ausgefüllten Weiterleitungsbogen mit einem Freiumschlag. Werden von der Krankenkasse die weiteren erforderlichen Unterlagen im MiMa-Verfahren angefordert, so ist durch die Krankenkassen sicherzustellen, dass der Weiterleitungsbogen den für die gutachtliche Stellungnahme zuständigen Medizinischen Dienst benennt. Die Medizinischen Dienste stellen sicher, dass die ihnen vorliegenden Unterlagen dem zuständigen Medizinischen Dienst im erforderlichen Umfang zur Verfügung stehen (zur Übermittlung der Unterlagen an einen anderen Medizinischen Dienst siehe § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Gleichzeitig mit dem Versand der Anfrage an den Leistungserbringer wird ein Datensatz im Mitteilungsmanagement (MiMa) an den Medizinischen Dienst übermittelt; diese Übermittlung gilt im Hinblick auf die Datenerhebungsbefugnis des Medizinischen Dienstes nach § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V als Beauftragung, die nach Eingang der angeforderten Unterlagen beim Medizinischen Dienst kassenseitig konkretisiert wird. Das MiMa-Verfahren ist nicht auf den Bereich der Arbeitsunfähigkeit begrenzt; ggf. relevante Fristen nach § 13 SGB V bei Prüfungen außerhalb der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit beginnen daher regelmäßig erst mit der kassenseitigen Auftragskonkretisierung. Der Leistungserbringer fügt dem Weiterleitungsbogen die angeforderten Unterlagen in Kopie bei und sendet beide im Freiumschlag an den Medizinischen Dienst. Sobald die Unterlagen beim Medizinischen Dienst eingehen, wird die Krankenkasse automatisch darüber informiert.

Der Weiterleitungsbogen in der mit der KV abgestimmten Form gewährleistet mit dem MiMa-Aktenzeichen daher zum einen, dass die angeforderten Unterlagen dem korrekten Medizinischen Dienst zugeleitet und dort den einzelnen Versicherten zugeordnet werden können und zum anderen, dass die Krankenkasse automatisiert über den Eingang der Unterlagen beim Medizinischen Dienst informiert wird.

3.3.1 Ergänzende Instrumente für die Informationsbeschaffung

Der zielgerichtete Einsatz der nachfolgend beispielhaft genannten Instrumente wird vom jeweiligen Medizinischen Dienst gesteuert und mit den Krankenkassen vor Ort/in der Region vereinbart. Zweck ist es, die Begutachtung für definierte Zielgruppen effizient und effektiv durchzuführen. Aufgrund der Vielfalt der regional vereinbarten Instrumente werden an dieser Stelle nur einige beispielhaft und allgemein aufgeführt.

- **Gezielte schriftliche Anfrage an Leistungserbringer durch den Medizinischen Dienst**

Nach § 276 Abs. 2 SGB V darf der Medizinische Dienst Sozialdaten nur erheben und speichern, wenn diese für die Bearbeitung der Aufträge nach § 275 SGB V notwendig sind. Danach sind auch die Leistungserbringer verpflichtet, auf Anforderung des Medizinischen Dienstes Sozialdaten zu übermitteln, soweit dies für gutachtliche Stellungnahmen und Prüfungen nach § 275 Abs. 1 bis 3a SGB V erforderlich ist. Der Medizinische Dienst kann frei formulierte einzelfallbezogene Fragen an die Leistungserbringer richten. Das Schreiben des Medizinischen Dienstes an Leistungserbringer enthält den Grund und die Berechtigung für die Beantwortung der Anfrage.

Nach § 73 Abs. 2 Ziffer 9 SGB V ist die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, die der Medizinische Dienst zur Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben benötigt, Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung. Leistungen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden, können – soweit keine anderslautenden expliziten Regelungen im Vorhinein getroffen wurden – nach den vertraglichen Regelungen über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden. Eine Liquidation nach der GOÄ oder eine frei festgesetzte Gebühr gegenüber dem Medizinischen Dienst kommt nicht in Betracht. Die Honorar-Abrechnungsmöglichkeiten bestimmen sich demnach nach den vertraglichen Regelungen, insbesondere des Kapitels II, Abschnitt 1.6 des EBM unter Beachtung hierfür geltender Ein- und Ausschlüsse.

Entlassungsberichte und Untersuchungsbefunde sind auf Anforderung durch den Medizinischen Dienst diesem von den Leistungserbringern zu übersenden. Die Krankenkasse wird über die Befundanforderung in Kenntnis gesetzt. Sofern es im Einzelfall sinnvoll erscheint, kann die Anfrage auch durch die Krankenkasse unter Nutzung des MiMa-Verfahrens versandt werden.

- **Gezielte schriftliche Anfrage an Versicherte zur beruflichen Situation**

Häufig kann auf Basis der Angaben aus dem Tätigkeitsschlüssel oder einer ggf. vorliegenden allgemeinen Versichertenanfrage mit Angaben zu den beruflichen Anforderungen eine sachgerechte Beurteilung des Falles durch den Medizinischen Dienst erfolgen. Ergibt sich im Einzelfall im Rahmen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst die Notwendigkeit, detaillierte Angaben über die individuellen Belastungen am Arbeitsplatz zu erfragen, holt die Krankenkasse diese Informationen unter Nutzung des Formulars „Angaben zur beruflichen Situation“ unter Nutzung des Mitteilungsmanagements ein. Sofern für die Krankenkasse im Einzelfall die Notwendigkeit bereits vor der Beauftragung als erforderlich angesehen wird, kann auch bereits im Vorfeld der Begutachtung eine entsprechende Anforderung durch die Krankenkasse erfolgen.

Darüber hinaus kann es im Ausnahmefall auch notwendig sein, weitergehende Informationen im Rahmen einer gezielten schriftlichen Anfrage beim Arbeitgeber für den Medizinischen Dienst im Mitteilungsmanagement anzufordern. Eine Auskunftspflichtung des Arbeitgebers ist hier nur dann im Rahmen des § 98 SGB X vorgesehen, sofern eine Auskunft mit den vorgenannten Instrumenten nicht eingeholt werden konnte oder die bereits vorliegenden Informationen nicht plausibel sind.

- **Telefonische Versichertenanfrage durch den Medizinischen Dienst**

Die Krankenkasse informiert die Versicherte oder den Versicherten im Bedarfsfall über den Begutachtungsauftrag an den Medizinischen Dienst und über die Möglichkeit der telefonischen Rücksprache durch den Medizinischen Dienst, falls dieser es für erforderlich hält. Eine Ankündigung der geplanten telefonischen Rücksprache mit einer Terminierung ist vorgesehen. Die Telefonnummer der

oder des Versicherten wird dem Medizinischen Dienst von der Krankenkasse mitgeteilt. Die oder der Versicherte wird (wie bei einer persönlichen Befunderhebung beim Gutachter-Versicherten-Kontakt im Medizinischen Dienst) befragt. Ein Zeitpunkt, ab wann wieder Arbeitsfähigkeit besteht, kann vereinbart werden.

- **Telefonisches Medizinischer-Dienst-Vertragsarztgespräch**

Ein Telefonat zwischen Medizinischem Dienst und Vertragsärztin oder Vertragsarzt u. a. zur Klärung der funktionellen Schädigungen, Beeinträchtigungen von Aktivitäten bzw. der Teilhabe am Arbeitsleben oder auch der individuellen Prognose des weiteren Verlaufes ist sinnvoll. Ein Zeitpunkt, ab wann wieder Arbeitsfähigkeit besteht, soll Inhalt des Gesprächs sein. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt ist jedoch nicht verpflichtet, am Telefon Auskunft zu geben.

- **Gutachter-Versicherten-Kontakt im Medizinischen Dienst**

Unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten wird für bestimmte Versicherte/Zielgruppen die persönliche Befragung der oder des Versicherten durch Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes in einer Beratungsstelle des Medizinischen Dienstes durchgeführt. Der Gutachter-Versicherten-Kontakt kann auch zu einer orientierenden symptombezogenen Befunderhebung genutzt werden. Ziel ist es, zu einem AU-Fallabschluss zu kommen oder einen weiteren Interventionsbedarf (z. B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe) beurteilen zu können. Unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes, des Standes der Krankenbehandlung und der beruflichen Anforderungen (ggf. auch berufliche Zukunftspläne) beurteilt die Gutachterin oder der Gutachter die AU. Ergebnis kann auch sein, dass eine umfassende Begutachtung im Medizinischen Dienst zur Ermittlung des Leistungsvermögens erforderlich wird. Die Krankenkasse wird schriftlich über das Ergebnis unterrichtet (siehe Anlage).

- **Sonstige Gutachten anderer Leistungsträger**

Stellt sich im Rahmen der Fallbearbeitung heraus, dass bereits eine medizinische Begutachtung durch einen anderen Leistungsträger erfolgt ist, sind diese Gutachten auf Hinweis des Medizinischen Dienstes analog zum Mitteilungsmanagement anzufordern. Bei Gutachten des Ärztlichen Dienstes der Agentur für Arbeit bezieht sich dieses auf Teil A und Teil B. Eine hierfür ggf. erforderliche Schweigepflichtsentscheidung ist durch die Krankenkassen einzuholen.

Ist die Informationsbeschaffung durch die Krankenkasse (Arztanfrage/ Befundanforderung über das Mitteilungsmanagement) für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nicht ausreichend, sollte der Medizinische Dienst die zuvor genannten Möglichkeiten nutzen.

4 Gutachtliche Stellungnahme

Die gutachtliche Stellungnahme führt entweder zum Abschluss des Begutachtungsauftrages beim Medizinischen Dienst (fallabschließend: z. B. gutachtliche Feststellung, dass keine AU mehr vorliegt/Bestätigung der AU) oder zur Konkretisierung der weiteren Fallbearbeitung (nicht fallabschließend).

Die möglichen Ergebnisse der fallabschließenden gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes und deren Inhalte sind in Kapitel 6 näher erläutert. Durch den Medizinischen Dienst werden hierfür standardisierte Ergebnisschlüssel für die statistische Auswertung genutzt. Diese sind wie folgt ausgestaltet:

- Aus medizinischer Sicht nicht weiter arbeitsunfähig
Dieses Ergebnis liegt vor, wenn aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen einer AU spätestens 14 Tage nach der Begutachtung nicht mehr vorliegen. Dies schließt in speziell begründeten Einzelfällen auch die Möglichkeit ein, ein Ende der AU für einen zurückliegenden Zeitpunkt zu bestätigen.
- Aus medizinischer Sicht auf Zeit weiter oder auf Dauer arbeitsunfähig für die letzte Tätigkeit
Hierunter sind auch die Fragestellungen zu einer stufenweisen Wiedereingliederung zu subsumieren.

Abschließende Beantwortung sonstiger Fragestellungen im Zusammenhang mit AU

- Aussagen zum Leistungsbild
- Medizinische Voraussetzungen für die Anwendung des § 51 SGB V sind erfüllt
- Medizinische Voraussetzungen für die Anwendung des § 51 SGB V sind nicht erfüllt
- Andere Antwort – Bei Arbeitsunfähigkeit z. B.:
 - Fragen zu Beschäftigungsverboten nach dem Mutterschutzgesetz
 - Fragen nach Bedenken gegen einen Urlaubsaufenthalt im Ausland während bestehender Arbeitsunfähigkeit
 - Fragestellungen bei bestehender Arbeitsunfähigkeit, die sich nicht eindeutig mit dem andern Ergebnisschlüssel kodieren lassen

Ergebnis der nicht fallabschließenden gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes:

- Weitere Ermittlungen
- Sozialmedizinische Begutachtung empfohlen

4.1 Sozialmedizinische Fallberatung

Die sozialmedizinische Fallberatung ist ein zentrales Element der AU-Begutachtung durch den Medizinischen Dienst. Die von der Krankenkasse vorgelegten AU-Fälle sind in der sozialmedizinischen Fallbera-

tung nach den sozialmedizinisch relevanten Zielrichtungen zu differenzieren. Der erste sozialmedizinische Kontakt mit einem AU-Fall kann diesem den entscheidenden sozialmedizinischen Impuls für den weiteren AU-Verlauf geben.

Für die (sozial)medizinische AU-Begutachtung sind Informationen zu

- Krankheitsauswirkungen im Sinne von relevanten Struktur- und Funktionsschädigungen,
- vorübergehenden oder voraussichtlich nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten,
- drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung,
- vorübergehend oder dauerhaft positiv oder negativ wirkenden Kontextfaktoren

unverzichtbar und auf Plausibilität zu überprüfen. In der Sozialmedizinischen Fallberatung kann der größte Teil der Beratungen zu den AU-Fällen abschließend erledigt werden. Ziel der sozialmedizinischen Fallberatung sollte es sein, die konkrete Frage der Krankenkasse mit einem gezielten Beratungsergebnis abzuschließen, um ihr eine leistungsrechtliche Entscheidung zu ermöglichen.

In Abhängigkeit regionaler Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Medizinischem Dienst findet die sozialmedizinische Fallberatung im direkten Gespräch zwischen der Mitarbeiterin oder dem Mitarbeiter der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst entweder in Präsenz in Räumen der Krankenkasse oder des Medizinischen Dienstes, alternativ im digitalen oder telefonischen Austausch statt. Die Vorgaben des Datenschutzes sind grundsätzlich zu beachten. Die Sozialmedizinischen Fallberatung ist ein **Standardinstrument der Begutachtung** und wird von allen Medizinischen Diensten angeboten und von allen Kassen eingesetzt.

4.2 Weitere Fallbearbeitung durch die Krankenkasse bzw. den Medizinischen Dienst

Ist eine fallabschließende Beurteilung im Rahmen der Sozialmedizinischen Fallberatung nicht möglich, wird das weitere Vorgehen strukturiert. Zur weiteren Fallbearbeitung sind von Seiten des Medizinischen Dienstes konkrete Hinweise zu geben. Hierzu zählt neben einer weiteren Informationsbeschaffung auch die erforderliche Weiterleitung der Fallunterlagen an einen anderen Medizinischen Dienst.

Ist ein Abschluss des Begutachtungsauftrags im o. g. Sinne nicht möglich, da keine oder keine aussagefähigen Unterlagen vorgelegt wurden, und ergeben sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen für die Gutachterin oder den Gutachter keinerlei Hinweise darauf, dass die AU weiter begründet ist, kann dies der AU-attestierenden Vertragsärztin oder dem AU-attestierenden Vertragsarzt schriftlich mitgeteilt werden. Entsprechende Verfahrensabsprachen sowie der Einsatz von Mitteilungsbögen können regional vereinbart werden.

Kann die Frage der Krankenkasse im Rahmen der sozialmedizinischen Fallberatung nicht abschließend beantwortet werden, werden entsprechend regionaler Festlegungen Begutachtungen nach Aktenlage oder durch persönliche Befunderhebung veranlasst.

Wohnt die oder der Versicherte im Zuständigkeitsbereich eines anderen Medizinischen Dienstes und empfiehlt der erstbearbeitende Medizinische Dienst eine vertiefte Bearbeitung am Wohnort, übermittelt er die bei ihm vorhandenen Unterlagen an den Medizinischen Dienst am Wohnort (§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Aus der Dokumentation muss sich ableiten lassen, warum die Beantwortung der Frage der Krankenkasse im Rahmen der Erstbearbeitung nicht möglich war.

Erhält der Medizinische Dienst am Wohnort einen Auftrag von der Krankenkasse, wird innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Auftragsingang die weitere Bearbeitung vom Medizinischen Dienst am Wohnort des Versicherten veranlasst. Die Art und Form der Auftrags erledigung entscheidet der jeweils ausführende Medizinische Dienst. Eine persönliche Befunderhebung wird deshalb nicht immer notwendig sein, weil hier Erkenntnisse zu Versicherten, zu deren Behandelnden oder zu deren Arbeitsplatz vorliegen, die einen Fallabschluss auch ohne persönliche Befunderhebung zulassen.

Erhält der Medizinische Dienst am Wohnort innerhalb von 3 Monaten nach Ablauf des Monats des Eingangs der Unterlagen keinen Begutachtungsauftrag von der Krankenkasse, werden die Unterlagen vernichtet und ggf. gespeicherte Daten gelöscht.

Die gutachtliche Stellungnahme führt entweder zum Abschluss des Begutachtungsauftrages beim Medizinischen Dienst (fallabschließend: z. B. gutachtliche Feststellung, dass keine AU mehr vorliegt/Bestätigung der AU) oder zur Konkretisierung der weiteren Fallbearbeitung (nicht fallabschließend).

4.2.1 Dokumentationsumfang

Jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen.

Mindestinhalt einer gutachtlichen Stellungnahme gemäß § 275 Abs. 6 SGB V sind die kurze Darstellung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis. Hintergrund ist, dass die Krankenkassen in der Lage versetzt werden müssen, auf Basis dieser Informationen eine leistungsrechtliche Entscheidung zu treffen und daher das Ergebnis der Begutachtung des Medizinischen Dienstes anhand der wesentlichen Gründe zu plausibilisieren. Hierzu ist nachvollziehbar darzulegen, aus welchen genauen Fähigkeitseinschränkungen im Abgleich mit den konkreten Anforderungen an die bisher ausgeübte Tätigkeit (oder dem Vermittlungsumfang bei Arbeitslosen) die gutachterliche Einschätzung abgeleitet wurde. Dabei sind die Quellen, aus denen die Ableitung der Gutachterin oder des Gutachters erfolgt ist, zu benennen und in einer Form weiterzugeben, die eine substantiierte Information ermöglicht, z. B. in einem Verwaltungsakt.

Der Begutachtungsauftrag und Begutachtungsaufwand orientieren sich an der Frage der Krankenkasse. Die Entscheidung über die angemessene Art und den Umfang der Begutachtung trifft der Medizinische Dienst.

Bei der Bewertung der Erwerbsfähigkeit nach § 51 Abs. 1 SGB V muss die gutachtliche Stellungnahme folgende von der Sozialgerichtsbarkeit aufgestellten Merkmale ([BSG-Urteil vom 07.08.1991, AZ.: 1/3 RK 26/90](#)) enthalten:

- summarisch die erhobenen Diagnosen/Befunde nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung,
- die aus den krankheitsbedingten Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten resultierenden Leistungseinschränkungen in Bezug auf die berufliche Tätigkeit/Erwerbstätigkeit,
- Angaben zur voraussichtlichen Dauer der Leistungseinschränkung und der Prognose.

Es stehen hier **alle Produkte der fallabschließenden gutachtlichen Stellungnahmen** des Medizinischen Dienstes **zur Verfügung**. Bei der Wahl des Produktes ist unter Beachtung der Fragestellung das effizienteste zu wählen.

Die Begutachtung sollte innerhalb von 2 bis 3 Wochen erfolgen. Begutachtungsaufträge im Zusammenhang mit Rückfragen der Krankenkasse bzw. Widersprüchen/Zweitgutachten sind bevorzugt (in der Regel innerhalb von 5 Arbeitstagen) zu bearbeiten. Ist eine Untersuchung im Medizinischen Dienst für die weitere Begutachtung erforderlich, führt dies regelmäßig zu einer längeren Bearbeitungsdauer.

Der Krankenkasse werden entsprechend § 277 SGB V das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe mitgeteilt. Das Ergebnis der Begutachtung ist eine aus sich heraus verständliche Antwort auf die Gutachtenfrage. Die wesentlichen Gründe beinhalten eine adäquate Zusammenfassung und Bewertung von Informationen aus der in der Anamnese enthaltenen Informationen und der Untersuchungsergebnisse und münden in einer eindeutigen, in sich schlüssigen Empfehlung, die die Frage des Auftraggebers beantwortet. Dies kann auch dem Gutachtenabschnitt „sozialmedizinische Beurteilung“ der sozialmedizinischen Stellungnahme entsprechen.

Versicherte können das vollständige Gutachten anfordern (§ 276 Abs. 3 SGB V i. V. m. § 25 SGB X sowie Art. 15 DSGVO).

4.3 Beurteilung nach Aktenlage

Sie ist zielführend, wenn die Informationsbasis ausreichend ist, und wenn kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn durch persönliche Untersuchung zu erwarten ist.

Die Informationsbasis ist ausreichend, wenn aussagekräftige medizinische Befunde und eindeutige Informationen zur Bezugstätigkeit der oder des Versicherten vorliegen und eine Einschätzung der krankheitsbedingten Beeinträchtigung von Aktivitäten und Teilhabe sowie eine prognostische Bewertung der AU möglich sind.

4.4 Beurteilung mit persönlicher Befunderhebung

Eine Einladung zur Begutachtung mit persönlicher Befunderhebung ist prinzipiell nur dann erforderlich, wenn die Gutachterin oder der Gutachter die Frage(n) der Krankenkasse nicht anders beantworten kann, und ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn zu erwarten ist (z. B. durch gutachterliche Objektivierung von Befunden, Input der Versicherten).

Die Kurzbegutachtung mit Befunderhebung als zeitlich limitierte, symptombezogene Befragung/Untersuchung kann mit einer knappen Darstellung des Begutachtungsanlasses und des Begutachtungsergebnisses sowie einer kurzen, aber nachvollziehbaren Begründung in einfach gelagerten Fällen eingesetzt werden.

Erfasst werden nur die für die AU wesentlichen Fakten. Die gewonnenen Informationen sind zu filtern und in eine für die Krankenkasse verständliche Form zu bringen. Der Umfang der Befunderhebung kann im Einzelfall nicht standardisiert werden und bleibt im Ermessensspielraum der Gutachterin oder des Gutachters. Auch hier gilt, das Maß des Notwendigen nicht zu überschreiten.

Mit dieser Begutachtungsanleitung kann nur die formale Gestaltung des Gutachtens standardisiert werden.

4.5 Gliederungspunkte des AU-Gutachtens

Gliederungspunkte des AU-Gutachtens nach Aktenlage und des AU-Gutachtens mit persönlicher Befunderhebung sind identisch.

Das Kurzugutachten nach Aktenlage und mit Befunderhebung unterscheidet sich von den Gutachten nach Aktenlage und mit Befunderhebung nur durch eine kürzere Darstellung des relevanten Sachverhalts.

- **Frage(n) der Krankenkasse**

- Wiedergabe der führenden sozialmedizinisch relevanten Fragestellung der Krankenkasse.

- **Medizinische Unterlagen**

- Auflistung der für die aktuelle AU relevanten Informationen unter Angabe der Quelle und des Datums.

- **Vorgeschichte/Anamnese**

- Auf die aktuelle AU bezogener medizinischer Sachverhalt:

In der Vorgeschichte/Anamnese erfolgt eine kurze zusammenfassende Darstellung der für das Leistungsvermögen relevanten vorgelegten Befundberichte inklusive Therapie. Anzugeben sind insbesondere darin enthaltene Aussagen über Intaktheit bzw. Schädigungen relevanter Strukturen und Funktionen sowie über Aktivitäten und deren Beeinträchtigung.

Bei dem Gutachten nach persönlicher Befunderhebung müssen die AU-begründenden Beschwerden mit Verlauf und Selbsteinschätzung der oder des Versicherten dargestellt werden. AU-relevante Belastungsfaktoren, persönliche Risikofaktoren und sozialer Kontext sind zu beschreiben.

- **Rehabilitations- und Rentenverfahren, GdB, GdS, MdE**

- Bereits durchgeführte Rehabilitationsverfahren, festgestellte Leistungsminderung (GdS, GdB, MdE), Stand des Antragsverfahrens auf Leistungen zur Teilhabe oder Anerkennung von Erwerbsminderung sind darzustellen.

- **Anforderungsprofil der Bezugstätigkeit**

- Der Beschreibung des Anforderungsprofils kommt eine wesentliche Bedeutung zu, denn dessen Abgleich mit dem aktuellen Leistungsvermögen bildet die entscheidende Beurteilungsgrundlage der AU.

Das konkrete Anforderungsprofil der arbeitsvertraglichen Tätigkeit beim Eintritt der AU enthält: Art der Tätigkeit, Arbeitszeit (z. B. vollschichtig, teilschichtig, Angabe der Stundenzahl), Arbeitsorganisation (z. B. Schichtarbeit, Nachtarbeit, Blockarbeit), körperliche Anforderungen (z. B. Hebe-, Tragelasten, sitzende bzw. stehende Tätigkeit), psychische Anforderungen (z. B. personelle Interaktion mit Kundinnen und Kunden/Kolleginnen und Kollegen), schädliche Einwirkungen (z. B. Lärm, Schadstoffe, Klima), spezifische Anforderungen (z. B. Akkord), Art und Dauer des Arbeitsweges, Selbsteinschätzung der Arbeit der oder des Versicherten. Bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses ist das Datum anzugeben. Bei Arbeitslosen (Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem SGB III) ist die Dokumentation des zeitlichen Vermittlungsumfanges bei der Agentur für Arbeit erforderlich. Die Frage nach dem Schulabschluss, der Berufsausbildung sowie der Berufsanamnese kann ebenfalls bedeutsam sein (z. B. im Zusammenhang mit Empfehlungen zu LTA).

- **AU-bezogener medizinischer Befund**

- Erfassen des Gesamteindrucks und des Verhaltens in der Begutachtungssituation.
- Orientierung des Untersuchungsumfangs an den Beschwerden der oder des Versicherten und den geltend gemachten Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe.

Bei der Untersuchung sind subjektive Befunde (z. B. Schmerzen) von semiobjektiven (z. B. Bewegungsumfänge) und objektiven (Muskelumfangsdifferenzen) Befunden zu unterscheiden und zu werten.

Bei Begutachtung nach Aktenlage ist die entscheidungserhebliche medizinische Befundlage so darzustellen, wie sie sich aus den Unterlagen ergibt. Dies gilt in gleicher Weise für die ggf. vorhandenen Informationen aus Reha-Entlassungsberichten, zu denen auch die sozialmedizinische Einschätzung der Reha-Klinik aus Blatt 1a zum Leistungsvermögen für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit und den allgemeinen Arbeitsmarkt gehört.

- **AU-begründende Diagnose/ICD 10-Ziffer**

- Bezeichnung der Krankheiten, die sich in relevantem Umfang negativ auf das Leistungsvermögen auswirken. Über die Diagnose hinaus muss eine frei formulierte Beschreibung der krankheitsbedingten Beeinträchtigung der Aktivität und/oder der Beeinträchtigung der Teilhabe unter Berücksichtigung der Bezugstätigkeit angegeben werden (Funktionsdiagnose).

Die aktuellen Erkrankungen sind nach ihrer AU-Relevanz aufzuführen. Nicht relevante oder nicht nachvollziehbare Diagnosen für die aktuelle AU, z. B. aus Entlassungsberichten, sollten nicht übernommen werden.

- **Wesentliche Gründe für das Ergebnis**

- Zusammenfassende und verständliche Darstellung des Ergebnisses des Begutachtungsprozesses, einschließlich eines Abgleichs von Leistungsvermögen und Anforderungsprofil und der daraus resultierenden sozialmedizinischen Beurteilung als Grundlage für den Leistungsentscheid der Krankenkasse. Die wesentlichen Gründe für das Ergebnis sind aufzuführen.

Bei Begutachtung mit Befunderhebung sollte die oder der Versicherte über das Ergebnis der sozialmedizinischen Begutachtung informiert werden. Die Reaktion der oder des Versicherten auf die mitgeteilte sozialmedizinische Beurteilung ist zu dokumentieren.

- **Ergebnis**

- Die kassenseitigen Fragestellungen sind konkret und verständlich zu beantworten.

- **Sozialmedizinische Empfehlung**

- Präventive, rehabilitative oder sonstige Hinweise (z. B. Ernährungsberatung, Funktionstraining) sollten hier angegeben werden. Bei einem Hinweis auf die Zuständigkeit eines anderen Sozialleistungsträgers als die GKV sind entsprechende Ausführungen zur Abgrenzung anzugeben.

Datenschutzrechtlich sensible Sachverhalte, die im Zusammenhang mit einer Leistungsentscheidung nicht relevant sind, insbesondere

- Mitteilungen vertraulicher oder persönlicher Natur im Rahmen z. B. psychotherapeutischer oder psychiatrischer Maßnahmen,
- private oder familiäre Probleme mit Erwähnung Dritter

dürfen nicht an die Krankenkasse weitergeleitet werden.

Sensible Sachverhalte sollten – wenn im erweiterten Sinne AU-relevant – in der Anamnese aufgeführt werden. In der sozialmedizinischen Beurteilung werden diese Angaben möglichst neutral umschrieben. Die Information der oder es Versicherten über das Ergebnis der sozialmedizinischen Beurteilung ist zu dokumentieren.

4.6 **Besonderheiten bei Gutachten nach § 51 Abs. 1 SGB V**

Wird das Vorliegen einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit ärztlicherseits bestätigt, hat das Gutachten die von der Sozialgerichtsbarkeit aufgestellten Kriterien zu erfüllen:

- In dem **Ergebnis der Begutachtung** ist die Beurteilung der Erwerbsfähigkeit und die prognostische Einschätzung in Bezug auf das maßgebliche Anforderungsprofil mitzuteilen.

- Die **wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung**, die zugrunde gelegten Unterlagen und Anknüpfungspunkte, die AU-relevanten Diagnosen/Befunde nach ihrer sozialmedizinischen Bedeutung sowie die erforderlichen Angaben zum Krankheitsverlauf/Behandlungserfolg müssen dargestellt sein.

Diese Kriterien gelten für alle Formen gutachtlicher Stellungnahmen. Ein diesen Anforderungen entsprechendes Formular ist unter [7.5.6 Ergebnisformular für Fallgestaltungen nach § 51 SGB V](#) hinterlegt. Das Muster wurde zur Anwendung in medizinisch eindeutigen Fällen konzipiert und soll nur bei einer Befürwortung des Vorliegens der Voraussetzungen nach § 51 SGB V eingesetzt werden. Bei weitergehenden Begründungsnotwendigkeiten, wie z. B. einer Rentenanspruchsfiktion, bei denen der Sachverhalt nicht alleine im Rahmen der wesentlichen Gründe für das Gutachtenergebnis abgebildet werden kann, wird regelmäßig ein ausführlicheres Gutachten benötigt.

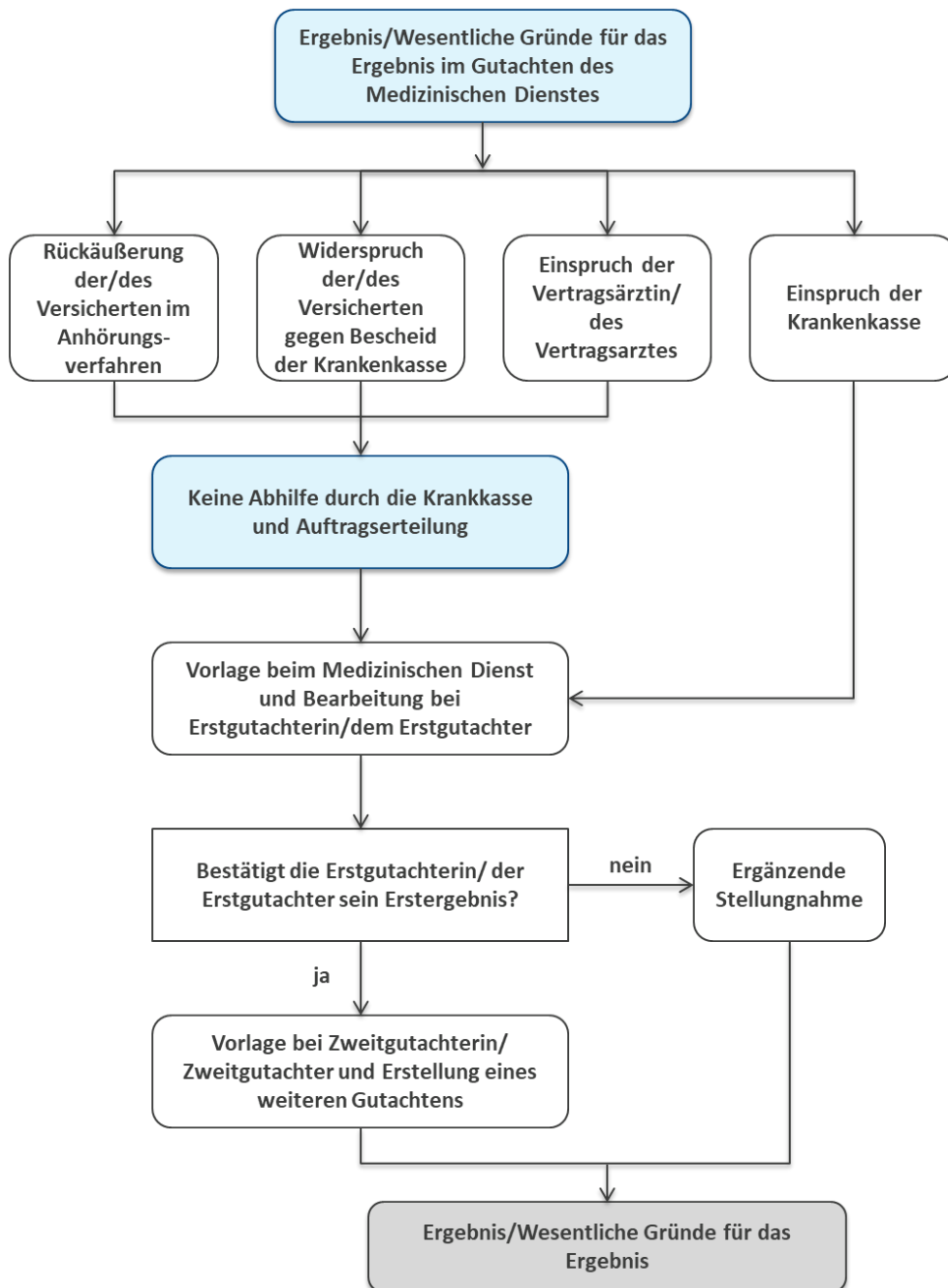
In Fällen, in denen Versicherte bereits einen Renten- oder Rehabilitationsantrag beim Rentenversicherungsträger gestellt haben oder der Rentenversicherungsträger über diesen Antrag bereits entschieden hat, ist die Krankenkasse nach dem Urteil des [BSG-Urteil vom 26.06.2008, AZ.: B 13 R 141/07 R](#) berechtigt, die Dispositionsbefugnis der Versicherten durch eine nachträgliche Aufforderung zur Stellung eines Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 51 SGB V einzuschränken.

5 Vorgehen bei Einspruch und Widerspruch

Zu unterscheiden sind:

- Rückäußerung der oder des Versicherten im Anhörungsverfahren,
- Widerspruch der oder des Versicherten gegen einen Bescheid der Krankenkasse,
- Einspruch durch die AU-bescheinigende Ärztin oder den AU-bescheinigenden Arzt/Antrag der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes auf ein Zweitgutachten,
- Einspruch der Krankenkasse.

Abbildung 6: Workflow Vorgehen bei Einspruch und Widerspruch



Ziel bei der Klärung von Ein- und Widersprüchen ist dabei stets die Überprüfung der primären sozialmedizinischen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes. Zusätzlich ist es auch notwendig, zwischenzeitlich eingetretene Veränderungen zu würdigen.

Die nachfolgenden Regelungen setzen demnach voraus, dass der Medizinische Dienst bereits ein gutachtliches Votum zum Vorliegen von AU abgegeben hat. Wurde anstelle eines fallabschließenden gutachtlichen Votums lediglich die AU in Zweifel gezogen, weil sich aufgrund der vorliegenden medizinischen Unterlagen für die Gutachterin oder den Gutachter keinerlei Hinweise darauf ergaben, dass die weitere AU begründet war, ist dieser Vorgang nicht als gutachtliches Votum im vorgenannten Sinn zu werten.

Rückäußerung der oder des Versicherten im Anhörungsverfahren

Ergibt sich aufgrund einer Anhörung der oder des Versicherten nach § 24 SGB X oder aufgrund anderer Informationen, die bei der Krankenkasse vor Erlass des Verwaltungsaktes eingehen, ein über die erste gutachtliche Stellungnahme hinausgehender sozialmedizinischer Beurteilungsbedarf, so kann sie der Dienststelle des Medizinischen Dienstes, die die AU beurteilt hat, einen neuen Auftrag erteilen. Daraufhin ist vom Medizinischen Dienst eine Beurteilung abzugeben, die auf die neuen Informationen der Krankenkasse Bezug nimmt. Besondere Anforderungen an deren Form und Umfang und an die Fachrichtung der Gutachterin oder des Gutachters bestehen dabei nicht.

Widerspruch der oder des Versicherten gegen einen Bescheid der Krankenkasse

Erhebt die oder der Versicherte Widerspruch gegen den Verwaltungsakt der Krankenkasse, der auf der Grundlage einer gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes getroffen wurde, so kann die Krankenkasse dem Medizinischen Dienst unter Beifügung einer Kopie des Widerspruchsschreibens einen weiteren Begutachtungsauftrag erteilen. Sollte sich der Widerspruch der oder des Versicherten ausschließlich gegen den Leistungsentscheid der Krankenkasse richten, prüft die Krankenkasse, ob überhaupt ein weiteres Gutachten erstellt werden muss.

Richtet sich der Widerspruch der oder des Versicherten gegen das Ergebnis der sozialmedizinischen Begutachtung der AU, ist es zielführend, wenn die Krankenkasse die Versicherte oder den Versicherten darauf hinweist, seinen Widerspruch nach Möglichkeit durch medizinische Unterlagen der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes näher zu begründen.

Die Erstgutachterin oder der Erstgutachter gibt unter Einbeziehung der von der oder dem Versicherten angeführten und ggf. medizinisch belegten Widerspruchsbegründung eine Stellungnahme ab. Schließt sie oder er sich nicht den Feststellungen an oder ist sie oder er durch Abwesenheit verhindert, wird eine gutachtliche Stellungnahme durch eine andere Gutachterin oder einen anderen Gutachter des Medizinischen Dienstes abgegeben. Es soll eine Ärztin oder ein Arzt des Gebietes beauftragt werden, in das die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt.

In den Fällen, in denen bisher kein AU-Gutachten vorliegt und der Medizinische Dienst mit der Feststellung eines Arbeitsunfähigkeitsendes übereinstimmt, ist auch beim alleinigen Widerspruch der oder des Versicherten ein Gutachten zu erstellen.

Einspruch durch die Ärztin oder den Arzt

Grundsätzlich ist die gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes bezüglich der AU für die Vertragsärztin oder den Vertragsarzt entsprechend der AU-Richtlinie des G-BA und der Bundesmantelverträge verbindlich ([BSG-Urteil vom 08.11.2005; AZ.: B 1 KR 18/04 R](#)). Bestehen zwischen der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt und dem Medizinischen Dienst Meinungsverschiedenheiten über das Vorliegen von AU oder über Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, kann die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt unter schriftlicher Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse ein Zweitgutachten beantragen. Sofern die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt von dieser Möglichkeit Gebrauch macht, hat er diesen Antrag unverzüglich nach Kenntnisnahme der abweichenden Beurteilung des Medizinischen Dienstes zu stellen. Kann die Krankenkasse die Meinungsverschiedenheiten nicht ausräumen, soll der Medizinische Dienst mit dem Zweitgutachten eine Ärztin oder einen Arzt des Gebietes beauftragen, in das die Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt.

Die Krankenkasse beauftragt die Dienststelle des Medizinischen Dienstes, die die ursprüngliche gutachtliche Stellungnahme abgegeben hat. Die Erstgutachterin oder der Erstgutachter gibt unter Wertung der Gründe der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes eine Stellungnahme ab. Schließt sie oder er sich nicht den Feststellungen der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes an oder ist sie oder er durch Abwesenheit verhindert, wird eine gutachtliche Stellungnahme – wie oben beschrieben – durch eine Zweitgutachterin oder einen Zweitgutachter abgegeben.

Einspruch der Krankenkasse

Bestehen zwischen der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst unterschiedliche Auffassungen über Qualität oder Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme oder besteht ein zusätzlicher medizinischer Beurteilungsbedarf der Krankenkasse, so gibt diese das Gutachten unter Darlegung der Gründe und Angabe der noch offenen Gutachtenfragen an den Medizinischen Dienst zurück. Der Medizinische Dienst prüft den Einspruch und nimmt erneut Stellung.

Kumulation von Widersprüchen und Einsprüchen

Bei erneuten Widersprüchen der oder des Versicherten bzw. Einsprüchen einer Vertragsärztin oder eines Vertragsarztes oder der Krankenkasse kann die Krankenkasse dem Medizinischen Dienst zeitnah einen erneuten Auftrag zur Bewertung erteilen. Diese erneute Stellungnahme erfolgt ohne besondere Anforderung an Umfang, Form oder Fachrichtung der Gutachterin oder des Gutachters, so dass der formelle Wechsel der Gutachterin oder des Gutachters mit besonderen Anforderungen an das Fachgebiet insgesamt nur einmal erfolgt.

Gutachten bei laufendem Sozialgerichtsverfahren

Hierbei handelt es sich um eine Sondersituation. Der Aufbau des Gutachtens und die Gestaltung der Abläufe müssen hierbei an den Gegeben- und Besonderheiten des Verfahrens im Einzelfall und somit vorrangig an den konkreten Fragestellungen des Sozialgerichts ausgerichtet sein. Die Fragestellungen ergeben sich somit jeweils aus dem Sozialgerichtsverfahren zu Grunde liegenden Sachverhalt und bedürfen einer individuellen Beurteilung durch die Gutachterin oder den Gutachter, weshalb es nicht möglich ist allgemeingültige Anforderungen an ein solches Gutachten aufzustellen.

6 Mitteilungspflichten des Medizinischen Dienstes nach § 277 SGB V

Grundsätzlich liegt die rechtsverbindliche Benachrichtigung der oder des Versicherten über das Ergebnis einer gutachtlichen Stellungnahme oder Begutachtung, wenn sie mit einer Leistungsentscheidung verbunden ist, im Zuständigkeitsbereich der Krankenkasse.

„Der Medizinische Dienst hat der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen.“ (Mitteilungspflichten § 277 Abs. 1 Satz 1 SGB V)

Das Ergebnis der Begutachtung wird um die wesentlichen Gründe ergänzt. In einer zusammengefassten verständlichen Darstellung erfolgt ein Abgleich von Leistungsvermögen und Anforderungsprofil und der daraus resultierenden sozialmedizinischen Beurteilung als Grundlage für den Leistungsentscheid für die Krankenkasse.

„Der Medizinische Dienst ist befugt und in dem Fall, dass das Ergebnis seiner Begutachtung von der Verordnung, der Einordnung der erbrachten Leistung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Abrechnung der Leistung mit der Krankenkasse durch den Leistungserbringer abweicht, verpflichtet, diesem Leistungserbringer das Ergebnis seiner Begutachtung mitzuteilen. (...)“

Fordern Leistungserbringer mit Einwilligung der Versicherten die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst an, ist der Medizinische Dienst zur Übermittlung dieser Gründe verpflichtet.“ (§ 277 Abs.1 Satz 2 und 3 SGB V)

Weitere Regelungen in Bundesmantelverträgen bleiben unberührt.

Die Umsetzung der oben genannten gesetzlichen Regelungen erfordert eine klare Trennung der Textabschnitte „Ergebnis der Begutachtung“ und „Wesentliche Gründe für dieses Ergebnis“.

Werden mehrere Fragen gestellt und beantwortet, so wird im Text dieser Abschnitte auf alle diese Fragen inhaltlich eingegangen. Hierbei ist es möglich, dass durch die Beantwortung einer Frage weitere Aspekte bereits mitbeantwortet werden. Andererseits wird beim Vorliegen der medizinischen Voraussetzung des § 51 SGB V dieses Ergebnis auch ohne eine ausdrückliche Fragestellung mitgeteilt.

In dem Abschnitt „Wesentliche Gründe für dieses Ergebnis“ sind jeweils die notwendigen Angaben zu:

- den Befunden und ggf. auch Symptomen, die der gutachterlichen Leistungseinschätzung zu Grunde gelegt werden,
- der maßgeblichen Bezugstätigkeit,
- Auswirkungen der Krankheitsfolgen auf die Bezugstätigkeit (Abgleich),
- ggf. weiteren Informationen, die die Krankenkasse für den Leistungsentscheid benötigt (z. B. warum die empfohlene Maßnahme geeignet ist, die AU zu überwinden)

zu treffen.

Bei gutachtlichen Stellungnahmen zur Frage der erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit werden die Inhalte, die das BSG für ein Gutachten nach § 51 SGB V fordert, alle in dem Abschnitt „wesentliche Gründe für dieses Ergebnis“ ausgeführt.

Untergliedert in die Standardfragen der Krankenkasse beim Begutachtungsanlass Arbeitsunfähigkeit werden nachfolgend Hinweise gegeben, was unter „Ergebnis der Begutachtung“ zu verstehen ist. Bei

diesem Begutachtungsanlass gehört i. d. R. auch eine Einschätzung zur Dauer der AU und zur Prognose in das Ergebnis.

Darüber hinaus gilt:

- **„Sicherung des Behandlungserfolges“**

Ergebnis: Hier sind Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit aufzuführen. Hinweise zu Beginn und Dauer dieser Maßnahmen sind möglich.

- **„Medizinische Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V, Notwendigkeit von Leistungen zur Rehabilitation“**

Ergebnis: Hier ist darzustellen, ob eine erhebliche Gefährdung oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt. Liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor, sind Aussagen zum Restleistungsvermögen zu treffen. Bei Vorliegen der medizinischen Voraussetzungen des § 51 SGB V, sind auch Empfehlungen zu Leistungen zur Teilhabe oder sonstige Empfehlungen erforderlich. Auch eine Aussage, dass diese Frage aufgrund des aktuellen Kenntnisstands nicht beantwortbar ist, ist möglich.

- **„Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten“**

Ergebnis: Hier ist eine Aussage zu treffen, ob in unterschiedlichen Zeitabschnitten „Dieselbe Krankheit“ oder eine „Hinzugetretene Krankheit“ die AU begründet hat. Im Einzelfall ist ein Hinweis erforderlich, dass für einen bestimmten Zeitraum nur unzureichende Informationen vorliegen.

- **„Fragen zum Leistungsbild“**

Ergebnis: Hier ist das Leistungsvermögen positiv und negativ darzustellen. Ist das Leistungsvermögen für das maßgebliche Anforderungsprofil ausreichend, genügt die Bestätigung der Arbeitsfähigkeit.

- **„Dauer der AU – Zweifel der Krankenkasse“**

Ergebnis: Hier ist eine Aussage zur Dauer der AU zu treffen. Ist von einer Arbeitsfähigkeit innerhalb von 14 Tagen auszugehen, ist der letzte Tag der AU anzugeben.

- **„AU – Zweifel des Arbeitgebers“**

Ergebnis: Hier ist eine Aussage zur Dauer der AU zu treffen. Ist von einer Arbeitsfähigkeit innerhalb von 14 Tagen auszugehen, ist der letzte Tag der AU anzugeben.

- **„Arbeitsunfähigkeit bei ALG II“**

Ergebnis: Hierbei ist eine Aussage zur AU Dauer zu treffen, wobei der Beurteilungsmaßstab der tatsächlichen Anforderung, die vom Jobcenter benannt werden zu berücksichtigen ist.

- **„Stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 SGB V“**

Ergebnis: Hier ist eine Aussage zur Möglichkeit der stufenweisen Wiederaufnahme der Tätigkeit zu treffen, außerdem sind Angaben zur Dauer und qualitativen/quantitativen Ausgestaltung sinnvoll.

- **„Sonstige Anlässe zur Arbeitsunfähigkeit“**

Ergebnis: Hier ist die konkrete Frage der Krankenkasse zu beantworten.

7 Anlagen

7.1	AU-Richtlinie des G-BA	89
7.2	Grundsätze zur Fallbearbeitung durch die Krankenkasse bei Arbeitsunfähigkeit	90
7.3	Zusammenstellung von arbeitsmedizinischen Begriffen	99
7.4	Vordrucke nach der Vordruckvereinbarung	106
7.4.1	Muster 11: Bericht für den Medizinischen Dienst	107
7.4.2	Muster 20: Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)	108
7.4.3	Muster 52: Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit	109
7.4.4	Muster 86: Weiterleitungsbogen für angeforderte Befunde an den Medizinischen Dienst	110
7.4.5	Muster 86: Weiterleitungsbogen für Informationen an den Medizinischen Dienst	111
7.5	Formularsatz	112
7.5.1	Befundanforderung des Medizinischen Dienstes bei Arbeitsunfähigkeit	112
7.5.2	Allgemeine Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes	113
7.5.3	Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes bei Arbeitslosigkeit	117
7.5.4	Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes zu den Anforderungen am Arbeitsplatz	120
7.5.5	Ergebnis der Begutachtung/Handzettel für die oder den Versicherten	123
7.5.6	Ergebnisformular für Fallgestaltungen nach § 51 SGB V	124
7.6	Ausgewählte Urteile der Bundesgerichte im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit	127
7.6.1	Bewertungsmaßstab der AU/Verweisbarkeit der Versicherten	127
7.6.2	Krankengeld-Anspruch	132
7.6.3	Arbeitslosigkeit und Schwangerschaft	135
7.6.4	Dieselbe Krankheit	138
7.6.5	Form und Verbindlichkeit von Gutachten des Medizinischen Dienstes	141
7.6.6	Stufenweise Wiedereingliederung	144
7.6.7	Gefährdung/Minderung der Erwerbsfähigkeit	146
7.6.8	Wegfall des Krankengeldes, Einschränkung des Dispositionsrechts	147
7.6.9	Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz	155
7.7	Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 i. V. m. § 51 Abs. 5 SGB IX	157

7.1 AU-Richtlinie des G-BA

Der jeweils **aktuelle Stand der AU-Richtlinie** ist auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses zu finden:

<https://www.g-ba.de/richtlinien/2/>

7.2 Grundsätze zur Fallbearbeitung durch die Krankenkasse bei Arbeitsunfähigkeit

Hinweise für die Fallbearbeitung durch die Krankenkasse bei Arbeitsunfähigkeit

Die sozialmedizinische Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt die zum Zeitpunkt der Begutachtung vorliegenden krankheitsbedingten Folgen und resultierende Beeinträchtigungen der für die jeweilige Bezugstätigkeit erforderlichen Aktivitäten im konkreten Einzelfall. Die Dauer der AU lässt sich also nicht ausschließlich mit einer medizinischen Diagnose oder einer bestimmten Operation (z. B. Knie-TEP) begründen.

Die folgende tabellarische Auflistung in Gruppen zusammengefasster Diagnosen ist als Hilfskonstrukt zu verstehen. Hier sind AU-Zeiten im Sinne einer pauschalen Expertenschätzung den Diagnose-Gruppen zugeordnet. Es handelt sich dabei weder um tatsächliche (statistisch erhobene) AU-Dauern noch um deren Durchschnittswerte. Kriterien für ein Aufgreifen durch die Krankenkassen sind im Kapitel 3 der Begutachtungsanleitung aufgeführt. Diese Auffälligkeiten sind, wie auch in § 275 SGB V verankert, unabhängig von Diagnosen zu sehen. Die hier aufgezeigten Zeiträume sind als unverbindliche Hinweise an die Krankenkassen für die zeitliche Strukturierung der Fallbearbeitung und zur Orientierung zu verstehen.

Gruppeneinteilung entsprechend der Kriterien des Kapitel 3:

Gruppe 1: unauffällig, die Mehrzahl der Fälle. Sie bedarf in der Regel keiner sozialmedizinischen Fallberatung, da bei verantwortungsvollem und zielgerichtetem Handeln der oder des Versicherten und der behandelnden Ärztinnen oder Ärzte mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit oder der Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben innerhalb eines dem Einzelfall angemessenen Zeitraums gerechnet werden kann.

Sollte die erfahrungsgemäß übliche AU-Dauer ohne erkennbare Gründe überschritten werden, können diese Grundsätze zur Fallbearbeitung als **Orientierungshilfe** für die Krankenkasse dienen.

Gruppe 2: auffällig, zeichnet sich durch bestimmte Kriterien und Risiken für die Entwicklung langfristiger Arbeitsunfähigkeit aus, die einen Klärungs- und Steuerungsbedarf begründen können. Die AU-Fälle, die erhebliche Auffälligkeitskriterien der Gruppe 2 erfüllen, sollten nach Zusammenstellung der erforderlichen Informationen möglichst ohne weiteren Zeitverzug der sozialmedizinischen Fallberatung zugeleitet werden. Dabei ist zu beachten, dass die gesetzlichen Vorgaben eine Ermessensentscheidung der Krankenkasse darüber erfordern, welche Fälle bei AU vorgelegt werden und welche nicht. Auf keinen Fall sollten in dieser Gruppe daher routinemäßige und schematische Fallvorlagen dazu führen, dass Beratungs- und Begutachtungskapazitäten zu Lasten der Bearbeitung erheblich auffälliger Versicherter gebunden werden.

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

Benutzungshinweise

Bestimmte Diagnosen sind vereinfachend zu Gruppen zusammengefasst.

Bei Krankheiten, für die eine sozialmedizinische Fallberatung in der 3. AU-Woche empfohlen wird, ist in der Regel die AU bei Vorlage nicht mehr begründet. Da aber zwischenzeitlich ein Diagnosewechsel die AU ausreichend begründen kann, muss im Vorfeld jeder sozialmedizinischen Fallberatung die AU-Diagnose aktualisiert werden.

In der Tabelle werden Hinweise gegeben, welche Informationen vorab eingeholt werden sollten. Die vorherige Informationsbeschaffung im MiMa-Verfahren ermöglicht eine zügige Beurteilung durch den Medizinischen Dienst und bedeutet für die Krankenkasse eine zeitnahe Leistungsentscheidung.

Erläuterung der nachfolgenden Spalten 1 bis 6

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

- Die Krankheiten sind zu Gruppen zusammengefasst, z. B. **B15-B19**.
- Die Angabe von zweistelligen Zahlen schließt die Unterteilung der ICD-Nummern (Zahl nach dem Komma) mit ein, z. B. **B15.0-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 beauftragt werden.

In der dritten und vierten Spalte, Beratung in der AU-Woche **und** Beratung bei Vorerkrankung in den letzten 12 Monaten, **sind die Zeiträume (in Wochen) aufgeführt, nach deren Ablauf die notwendigen Aktivitäten durch die Krankenkasse erfolgen sollten**. Die Spaltenüberschrift „**Fallbearbeitung durch die Krankenkasse**“ gibt die notwendigen Informationen für eine fallabschließende Sozialmedizinische Fallberatung vor.

Laut der fünften Spalte, **Versichertenanfrage**, ist im Einzelfall für jede Begutachtung durch die Krankenkassen zu prüfen, ob die bisher vorliegenden Informationen für die Begutachtung ausreichend erscheinen oder eine weitergehende Erhebung durch den Versand der „schriftlichen Versichertenanfrage“ bereits im Vorfeld der Begutachtung notwendig ist.

Gemäß der sechsten Spalte sind, sofern entsprechende medizinische Behandlungen erfolgt sind, auch diese medizinischen Berichte (Facharztberichte, Entlassungsberichte aus Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung) bereits zur ersten sozialmedizinischen Beratung durch die Krankenkasse für den Medizinischen Dienst anzufordern.

ICD 10 GM	Diagnose im Klartext	SFB in der AU-Woche	Fallbearbeitung durch die Krankenkasse		
			SFB bei Vorerkrankungen in den letzten 12 Monaten	Versichertenanfrage	Facharztbericht, Krankenhausbericht und Reha-Bericht (sofern erfolgt)
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
C76-80	Bösartige Neubildungen nicht näher bezeichneter Lokalisation: – Lymphknoten – Atmungsorgane – Verdauungsorgane	16	8	X	X
C81-96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden Gewebes: – Lymphome – Leukämie	16	8	X	X
D00-09	In-situ-Neubildungen an mehreren Lokalisationen – Mundhöhle – Magen – Verdauungsorgane – Atmungssysteme – Haut – Geschlechtsorgane	8	6	X	X
D37-44 D47-48	Neubildungen unsicheren Verhaltens oder unbekanntes Verhalten	6	4	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

ICD 10 GM	Diagnose im Klartext	SFB in der AU-Woche	Fallbearbeitung durch die Krankenkasse		
			SFB bei Vorerkrankungen in den letzten 12 Monaten	Versichertenanfrage	Facharztbericht, Krankenhausbericht und Reha-Bericht (sofern erfolgt)
E10-14	Diabetes mellitus: – Insulinabhängiger – nicht insulinabhängiger Diabetes	6	4	X	X
E65-68	Adipositas	3		X	X
E70-90	Stoffwechselstörungen: – Lipidämien – Fibrose	3		X	X
F00-09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen: – Demenz – Hirnorganische psychische Störungen	12	8		X
F10-19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen: – Alkohol – Opioide – Medikamente – Tabak, Lösungsmittel	3		X	X
F20-29	Schizophrenie und wahnhaftige Störungen	16	8		X
F30-39	Affektive Störungen: – Manische und depressive Episode – Affektive und depressive Störung	12		X	X
F40-48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen: – Phobische Störungen – Angststörungen – Zwangsstörungen – Anpassungsstörungen	8		X	X
F 50	Essstörungen	8		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
G47	Schlafstörungen, Schlafapnoe	4		X	X

ICD 10 GM	Diagnose im Klartext	SFB in der AU-Woche	Fallbearbeitung durch die Krankenkasse		
			SFB bei Vorerkrankungen in den letzten 12 Monaten	Versichertenanfrage	Facharztbericht, Krankenhausbericht und Reha-Bericht (sofern erfolgt)
G50-59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus: – N. trigeminus, N. facialis – Mononeuropathien	8		X	X
G60-64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	6		X	X
H80-83	Krankheiten des Innenohres: – Otosklerose – Schwindel	3		X	X
H90-95	Krankheiten des Ohres: – Hörsturz – Hörverlust	3		X	X
I10-15	Hypertonie (Hochdruckkrankheiten): – Hypertonie – Herz-Nierenkrankheit	4		X	X
I20-25	Ischämische Herzkrankheiten: – Angina pectoris – Myokardinfarkt – chronische ischämische Herzkrankheit – akute ischämische Herzkrankheit	8		X	X
I26-28	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes: – Lungenembolie – pulmonale Herzkrankheiten – Krankheiten der Lungengefäße	8		X	X
I30-52	Formen der Herzkrankheiten: – Perikarditis – Endokarditis – Kardiomyopathie – Tachykardie – Vorhofflattern-/flimmern – kardiale Arrhythmien – Herzinsuffizienz	8		X	X

ICD 10 GM	Diagnose im Klartext	SFB in der AU-Woche	Fallbearbeitung durch die Krankenkasse		
			SFB bei Vorerkrankungen in den letzten 12 Monaten	Versichertenanfrage	Facharztbericht, Krankenhausbericht und Reha-Bericht (sofern erfolgt)
I60-69	Zerebrovaskuläre Krankheiten: – Subarachnoidalblutung – intrazerebrale Blutung – Hirninfarkt – Schlaganfall	8		X	X
I70-79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren: – Atherosklerose – Aortenaneurysma – Embolie und Thrombose – Krankheiten der Kapillaren	8		X	X
I80-89	Krankheiten der Venen, Lymphgefäße und der Lymphknoten: – Phlebitis und Thrombophlebitis – Varizen – Hämorrhoiden	4		X	X
I95-99	Krankheiten des Kreislaufsystems: – Hypotonie	3		X	X
J10-18	Grippe und Pneumonie	4		X	
J20-22	Akute Infektionen der unteren Atemwege: – Bronchitis	4		X	X
J30-39	Krankheiten der oberen Atemwege: – Rhinitis – Pharyngitis – Sinusitis – Laryngitis	4		X	X
J40-47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege: – Bronchitis – Emphysem – chronisch obstruktive Lungenkrankheit, COPD – Asthma bronchiale	4		X	X

ICD 10 GM	Diagnose im Klartext	SFB in der AU-Woche	Fallbearbeitung durch die Krankenkasse		
			SFB bei Vorerkrankungen in den letzten 12 Monaten	Versichertenanfrage	Facharztbericht, Krankenhausbericht und Reha-Bericht (sofern erfolgt)
K20-31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums: – Ösophagitis – Ulcus ventriculi, duodeni, pepticum/p.jejuni – Gastritis und Duodenitis – Verdauungsstörung	3		X	X
K40-46	Hernien: – Hernia inguinalis, femoralis, umbilicalis, ventralis – abdominale Hernien	6	4	X	X
K50-52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis: – Morbus Crohn – Colitis ulcerosa	8		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	8		X	X
K80-87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas: – Cholelithiasis, Cholezystitis – Krankheiten der Gallenblase, Gallenwege – Pankreatitis	4		X	X
M05-14	Entzündliche Polyarthropathien: – chronische Polyarthritits – juvenile Arthritis – Gicht, Arthropathien	8	4	X	X
M15-19	Arthrose – Polyarthrose, Coxarthrose, Gonarthrose, Rhizarthrose	6		X	X

ICD 10 GM	Diagnose im Klartext	SFB in der AU-Woche	Fallbearbeitung durch die Krankenkasse		
			SFB bei Vorerkrankungen in den letzten 12 Monaten	Versichertenanfrage	Facharztbericht, Krankenhausbericht und Reha-Bericht (sofern erfolgt)
M20-25	Gelenkrankheiten: – Deformitäten der Extremitäten – Krankheiten der Patella – Binnenschädigung des Kniegelenkes	6	4	X	X
M40-43	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens: – Kyphose und Lordose – Skoliose – Osteochondrose	8	4	X	X
M45-49	Spondylopathien: – Spondylitis ankylosans – Spondylose	8	4	X	X
M50-54	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens: – Bandscheibenschäden – Rückenschmerzen	6	4	X	X
M70-79	Krankheiten des Weichteilgewebes: – Bursopathien – Fibromatosen – Schulterläsionen – Enthesopathien	6		X	X
M95-99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes: – Deformitäten – biomechanische Funktionsstörungen	6		X	X
N18-19	Niereninsuffizienz	8	6	X	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

ICD 10GM	Diagnose im Klartext	SFB in der AU-Woche	Fallbearbeitung durch die Krankenkasse		
			SFB bei Vorerkrankungen in den letzten 12 Monaten	Versichertenanfrage	Facharztbericht, Krankenhausbericht und Reha-Bericht (sofern erfolgt)
R00-99	R ist nur eine Symptomenbeschreibung, 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	8		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		X	X

7.3 Zusammenstellung von arbeitsmedizinischen Begriffen

Die hier aufgeführten Definitionen und Erläuterungen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) beziehen sich auf die u. a. in arbeitsmedizinischen und arbeitsamtsärztlichen Gutachten verwendeten Begriffe. Sie sollen als Anhaltspunkte dienen. Es handelt sich nicht um gesetzliche Festlegungen. Die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen (z. B. Jugendarbeitsschutzgesetz, Mutterschutzgesetz, Infektionsschutzgesetz, Unfallverhütungsvorschriften) 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 bis 3 Stunden pro Tag; „halb- bis untermittelschichtig“: 4 bis 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; je nach Branche gibt es viele Varianten.

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B. psychische Minderbelastbarkeit, fortgeschrittene Herz-Kreislaufkrankungen, 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.

Nachtschicht

Definition/Erläuterung: Schichtarbeit in der Zeit von 20 bis 6 Uhr, die durch Tarifverträge unterschiedlich geregelt wird.

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 Schlafstörungen.

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 bis 100 % der Arbeitszeit (oder mehr als 12-mal pro Stunde für Heben und Tragen)

Überwiegend

Definition/Erläuterung: 51 bis 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 Arbeit

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 Arbeit

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.

Schwere Arbeit

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 jeder hinreichend geeigneten Arbeitnehmerin bzw. jedem hinreichend geeigneten Arbeitnehmer nach genügender Übung und ausreichender Einarbeitung ohne Gesundheitsschädigung auf Dauer erreicht werden kann.

Nässe, Kälte, Zugluft, Temperaturschwankungen

Definition/Erläuterung: Kälte ist störend niedrig empfundene oder schädigende Temperatur. Bei stärkerer Luftbewegung und/oder hoher Luftfeuchtigkeit wird der Kälteeffekt verstärkt. Bereits bei Temperaturen unter +15 °C ist von 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 Kälte Wirkung.

Bei Kältearbeit: Schutzkleidung, Herabsetzung der Arbeitsdauer, Pausenregelung

Hitzearbeit

Definition/Erläuterung: Hitze ist störende, hoch empfundene oder schädigende Temperatur. Die Einwirkung hängt von Art und Dauer der Wärme (insbesondere Luftfeuchtigkeit), Luftbewegung und muskulärer Belastung ab. Hitze arbeitsplätze sind Tätigkeitsorte, an denen schon in arbeitsüblicher Halb- bis Leichtkleidung und bei körperlicher Ruhe oder nur leichter Tätigkeit unvermeidlich und meist merklich geschwitzt wird, somit Arbeitsplätze mit (nicht nur kurzfristig) auftretenden Raumtemperaturen oberhalb 25–30 °C bei geringer Luftgeschwindigkeit und mittlerer relativer Feuchte.

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:

hitze adaptierte Personen unter dauernder Hitzebelastung (= täglich mehr als 1 Stunde) je nach Arbeitsschwere ab 34–30 °C NET,

für kurzzeitig (< 15 Min.) und unregelmäßig hitze exponierte, nicht hitze adaptierte 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 Hitze arbeit: 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-Kreislauf erkrankungen, Neigung zu Entzündungen des äußeren Auges, evtl. Magen-Darm- und Lebererkrankungen

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

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

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. 2 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 vorauszusetzen.

Lärm

Definition/Erläuterung: Schalldruckpegel ab 85 dB(A)

„Beurteilungspegel“: zeitlicher Mittelwert des Schalldruckpegels am Arbeitsplatz bezogen auf die Dauer einer 8-stündigen Arbeitsschicht

Arbeitsmedizinische Bedenken: z. B. Z. n. Hörsturz, Hörverlust für Knochenleitung, Lärmschwerhörigkeit, M. Menière, 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 6 Jahren, bei 120 dB(A) schon nach Minuten, bei 135 dB(A) schon nach Einzelereignissen (Knalltrauma). Individuell ist eine erhöhte Empfindlichkeit möglich, die am Verlauf erkannt wird (Untersuchung nach dem arbeitsmedizinischen Grundsatz G 20).

Gemäß der Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbmedVV) muss der Arbeitgeber bei einem Beurteilungspegel von mehr als 85 dB(A) u. a. auch 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

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 8-mal pro Stunde

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

Zwangshaltungen

Definition/Erläuterung: Arbeiten in ungünstiger Körperhaltung, verbunden mit statischer Muskularbeit, z. B. Überkopf, vornübergebeugt, 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.

Oftmals steht synonym mit Zwangshaltung der Begriff einseitige Körperhaltung in der arbeitsmedizinischen Literatur.

Häufiges Heben und Tragen (ohne mechanische Hilfsmittel)

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

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]
Jugendliche, männlich	20 kg [15 kg]
Jugendliche, weiblich	15 kg [10 kg]
Schwangere	10 kg [5 kg]

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! Eine Differenzierung nach Art, Schwere, Häufigkeit und Dauer ist jedoch anzustreben.

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

Häufig

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

<i>Ergänzende Hinweise:</i>	„Häufiges Heben und Tragen“:	7- bis 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- bis 2-mal pro Stunde

Klassifizierung der körperlichen Beanspruchung an Arbeitsplätzen nach REFA

Stufe	Bezeichnung	Stufendefinition
0	-	Arbeiten ohne besondere Beanspruchung
I	leicht	Arbeiten wie Handhaben leichter Werkstücke und Handwerkszeuge, Bedienen leicht gehender Steuerhebel und Controller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen; auch lang dauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen; Tragen von < 10 kg; es können bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder 2 mal pro Stunde) mittelschwere Arbeitsanteile enthalten sein
II	mittelschwer	Arbeiten wie Handhaben etwa 1 bis 3 kg schwer gehender Steuereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern, Heben und Tragen von mittelschweren Lasten in der Ebene (von ca. 10 bis 15 kg) oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand erfordern Ferner: leichte Arbeiten entsprechend Stufe I mit zusätzlicher Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades wie Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrwinden und Handbohrmaschinen; es können bis zu 5 % der Arbeitszeit (oder 2 mal pro Stunde) schwere Arbeitsanteile enthalten sein
III	schwer	Arbeiten wie Tragen von ca. 20 bis 40 kg schwerer 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 Stufe II in angespannter Körperhaltung, z. B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung. Höchstmögliche Dauer der Beanspruchung bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen (Umwelteinflüssen): 7 Stunden
IV	schwerst	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 Stufe III in angespannter Körperhaltung, z. B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung. Höchstmögliche Dauer der Beanspruchung bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen (Umwelteinflüssen): 6 Stunden

7.4 Vordrucke nach der Vordruckvereinbarung

Die Vordruckmustersammlung findet sich in der Anlage 2 des Bundesmantelvertrags.

Der jeweils aktuelle Stand der Vordruckmustersammlung sowie auch die Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung sind hier zu finden:

https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag/anlagen_zum_bundesmantelvertrag/einzelne_anlagen_zum_bmv/bmv_anlage_2_vordrucke.jsp

7.4.1 Muster 11: Bericht für den Medizinischen Dienst

11

Bericht für den Medizinischen Dienst

Der behandelnde Arzt wird gebeten, den nachstehenden Berichtsvordruck auszufüllen und Röntgen-, Labor- und andere Spezialbefunde sowie Krankenhausberichte und dergleichen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung zu stellen. Dieser Vordruck ist dann nicht auszufüllen, wenn spätestens am Tage der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst die Arbeitsunfähigkeit beendet ist.

Datum der letzten Untersuchung

Diagnose _____

Befunde _____

Mitbehandlung nein ja, im Fachbereich _____

Es droht eine Verschlimmerung des Leidens oder Behinderung

Besondere Hinweise _____

Patientin / Patient kann den Medizinischen Dienst nicht aufsuchen, weil _____

Eine Begutachtung ist voraussichtlich nach Tagen / Wochen möglich. *(Nichtzutreffendes streichen)*

Arbeitsfähig ab

Voraussichtlich arbeitsfähig ab

Folgendes ist mit der Bitte um Rückgabe beigelegt:

<input type="checkbox"/> Röntgen-befund	<input type="checkbox"/> Ultraschall-befund	<input type="checkbox"/> EKG-befund
<input type="checkbox"/> Labor-befund	<input type="checkbox"/> Arzt- oder Krankenhausbericht	

Sonstiges _____

Für den Bericht des Arztes ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

Freigabe 31.10.2014

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 11 (1.2015)

7.4.2 **Muster 20: Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)**

Freigabe 01.09.2014

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr.

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

20

Maßnahmen zur stufenweisen
Wiedereingliederung in das
Erwerbsleben
(Wiedereingliederungsplan)

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit:

Wieviel Stunden täglich: _____

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte schonend wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit:

vom	bis	Stunden täglich	Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)
TTMMJJ	TTMMJJ	_____	_____
TTMMJJ	TTMMJJ	_____	_____
TTMMJJ	TTMMJJ	_____	_____
TTMMJJ	TTMMJJ	_____	_____

Zeitpunkt der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit absehbar?

ja, ggf. wann _____ z. Z. nicht absehbar

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragarztsiegel / Unterschrift des Arztes

Erklärung des Versicherten

Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

Erklärung des Arbeitgebers

Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden ja nein

nur unter folgenden Voraussetzungen:

Datum

TTMMJJ

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Arbeitgeber

Muster 20a (10.2014)

7.4.3 Muster 52: Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 21.05.2015**

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Krankengraderstellung Versicherten-Nr. Status

Einzelassistenten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

52

1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code
ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code	ICD-10 - Code

2. Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?
(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)

2.1 erwerbstätig als

2.2 Der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für Stunden pro Woche der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt.
Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? ja nein

3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?
 nein ja, Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab

4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?
konservativ (ggf. wann und welche)
operativ (ggf. wann und welche)

5. Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)
(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich.)

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Medizinische Rehabilitation
<input type="checkbox"/> Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit) <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i>	<input type="checkbox"/> Psychotherapeutische Behandlung
<input type="checkbox"/> Stufenweise Wiedereingliederung <i>(Gilt nicht für Arbeitslose.)</i>	<input type="checkbox"/> Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben
<input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Suchttherapie, Ernährungsberatung, Rückenschule) <input style="width: 100px;" type="text"/>	

7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?
 nein ja, folgende

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung? ja nein

9. Sonstiges / Bemerkungen zum Gesundheitszustand

Für das Ausstellen dieses Berichts ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig


Datum

Verbindliches Muster

Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 52 (1.2014)

7.4.4 Muster 86: Weiterleitungsbogen für angeforderte Befunde an den Medizinischen Dienst

Weiterleitungsbogen für angeforderte Befunde an den MD		86																				
<i>Hinweis an den Arzt: Bitte verwenden Sie den Weiterleitungsbogen als erste Seite im Briefumschlag für Ihre Antwort!</i>																						
<div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;">Freigabe 06.09.2021</div> <div style="text-align: center;"></div>	<p>Aktenzeichen Mitteilungsmanagement (MiMa)</p> <hr/> <p>Krankenkasse</p> <p>Name der Krankenkasse</p> <hr/> <p>Straße</p> <hr/> <p>PLZ Ort</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td></tr></table> <p>Leistungsbereich</p> <hr/> <p>Ansprechpartner Krankenkasse</p> <p>Vorname, Name</p> <p>Telefon</p> <hr/> <p>Fax</p> <hr/> <p>E-Mail</p> <hr/>																					
<p>Sehr geehrte Damen und Herren,</p> <p>anliegend übermitteln wir Ihnen die für den Versicherten von der Krankenkasse angeforderten Befunde in Kopie.</p>																						
<p>Daten des Versicherten</p> <p>Name, Vorname Geburtsdatum</p> <hr/> <p>Straße</p> <hr/> <p>PLZ Ort</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td></tr></table> <p>KV-Nummer</p> <hr/> <p>Aktenzeichen Krankenkasse</p> <hr/>																						
<p>Daten des Arztes/Leistungserbringers</p> <p>Name, Vorname / Firma</p> <hr/> <p>Straße</p> <hr/> <p>PLZ Ort</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td></tr></table> <p>Arzt-Nummer (LANR)</p> <hr/> <p>IK des Leistungserbringers</p> <hr/> <p>Anforderungsdatum</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td></tr></table>																						
Muster 86 (10.2021)																						

7.4.5 Muster 86: Weiterleitungsbogen für Informationen an den Medizinischen Dienst

Weiterleitungsbogen für Informationen an den Medizinischen Dienst

Wichtiger Hinweis: Bitte verwenden Sie den Weiterleitungsbogen als erste Seite im Briefumschlag für Ihre Antwort!

Deutsche Post
ANTWORT

Aktenzeichen Mitteilungsmanagement (MiMa)

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Leistungsbereich

Ansprechpartner Krankenkasse

Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übersende ich Ihnen die von der Krankenkasse angeforderten Informationen bzw. Unterlagen in Kopie.

Daten des Versicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ Ort

KV-Nummer


Aktenzeichen Krankenkasse

Anforderungsdatum

7.5 Formularsatz

Diese Formulare stellen Beispiele dar, die im Rahmen der Begutachtung zur Anwendung kommen können. Mandantenspezifische Anpassungen sind grundsätzlich möglich.

7.5.1 Befundanforderung des Medizinischen Dienstes bei Arbeitsunfähigkeit

	<p>Medizinischer Dienst/Beratungsstelle:</p> <p>Ihr/e Ansprechpartner/in:</p> <p>Telefon:</p> <p>Telefax:</p> <p>E-Mail:</p>						
Personalien							
Name, Vorname, Geburtsdatum:							
Krankenkasse:							
Arbeitsunfähig seit:							
<p>Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, der Medizinische Dienst wurde von der Krankenkasse Ihrer Patientin/Ihres Patienten mit der Abgabe einer gutachtlichen Stellungnahme bei Arbeitsunfähigkeit beauftragt. Hierfür ist es erforderlich, Informationen aus der vertragsärztlichen Behandlung einzubeziehen soweit sie mit der Arbeitsunfähigkeit inhaltlich in Verbindung stehen. Zur Sicherstellung einer raschen Bearbeitung und damit einer schnellen Entscheidung ist Ihre Mitwirkung erforderlich. Ich bitte Sie darum, ergänzend zur vorliegenden Kassenanfrage, die nachfolgende(n) Frage(n) zu beantworten bzw. mir folgende Unterlagen in Kopie zur Verfügung zu stellen.</p>							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> aktuelle AU-Diagnose</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Aktueller Befund, Diagnostik, Therapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Reha-Bericht vom:</td> <td><input type="checkbox"/> Krankenhausentlassungsbericht vom:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mitbehandelnde Ärzte mit Fachrichtung</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> aktuelle AU-Diagnose	<input type="checkbox"/> Aktueller Befund, Diagnostik, Therapie	<input type="checkbox"/> Reha-Bericht vom:	<input type="checkbox"/> Krankenhausentlassungsbericht vom:	<input type="checkbox"/> Mitbehandelnde Ärzte mit Fachrichtung	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> aktuelle AU-Diagnose	<input type="checkbox"/> Aktueller Befund, Diagnostik, Therapie						
<input type="checkbox"/> Reha-Bericht vom:	<input type="checkbox"/> Krankenhausentlassungsbericht vom:						
<input type="checkbox"/> Mitbehandelnde Ärzte mit Fachrichtung	<input type="checkbox"/> Sonstiges						
<p>Bitte senden Sie Ihre Antwort an folgende Adresse des Medizinischen Dienstes:</p> <p>_____</p>							
<p>Für Ihre Unterstützung bedanke ich mich im Voraus.</p>							
<p>_____ Datum</p>	<p>_____ Stempel und Unterschrift der Gutachterin/des Gutachters</p>						
<p>Unser Ersuchen stützt sich auf folgende gesetzliche Bestimmungen: § 276 Abs. 2 Satz 2: „Haben die Krankenkassen oder der Medizinische Dienst für eine gutachtliche Stellungnahme oder Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3 erforderliche versichertenbezogene Daten bei den Leistungserbringern angefordert, so sind die Leistungserbringer verpflichtet, diese Daten unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu übermitteln.“ Dies gilt auch für Befunde von Vor- und Mitbehandlern soweit Sie diese in Ihre Behandlung einbezogen haben. Auf Grund der gesetzlichen Übermittlungspflicht ist auch unter Berücksichtigung der DSGVO keine zusätzliche Schweigepflichtentbindung durch die Versicherte/den Versicherten erforderlich. Für die Übermittlung sieht § 7 Abs. 1 der AU-Richtlinie des G-BA eine Frist von 3 Arbeitstagen vor. Die Beantwortung dieser Anfrage ist nach § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und unterliegt den hierfür geltenden Vergütungsregelungen.</p>							

7.5.2 Allgemeine Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes



Versichertenanfrage - Allgemein

IK der Krankenkasse

Versichertennummer

--	--

Name, Vorname Versicherte/r

Geburtsdatum

--	--

1. Beruf/Tätigkeit: _____ gelernt ungelernt

2. Tägliche Arbeitszeit: Vollzeit Teilzeit _____ Stunden an _____ Tagen pro Woche.

3. Eine Kündigung ist erfolgt zum: _____

4. Der Arbeitsplatz beinhaltet folgende Anforderungen:

(z. B. Zeitdruck, Reisetätigkeit, Außendienst, Führen eines PKW/LKW/Spezialfahrzeuge, Heben/Tragen, Stehen/Sitzen, Konzentrationsvermögen, Anlagensteuerung, Kundenkontakte)

5. Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit am: _____

6. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit bis: _____

Die Beantwortung der nachfolgenden Fragen erübrigt sich, sofern Sie Ihre Tätigkeit innerhalb der nächsten Woche wiederaufnehmen.

7. Aufgrund welcher konkreten Probleme können Sie Ihre Tätigkeit nicht wiederaufnehmen?

(z. B. Heben/Tragen, ständigem Sitzen, Gehen, Treppensteigen, Hocken, Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln, Haushaltstätigkeiten, Einkaufen, Organisieren des Alltags, Versorgung von Angehörigen, Beziehung zu anderen Menschen, Freizeitaktivitäten)



Versichertenanfrage - Allgemein

IK der Krankenkasse

Versichertennummer

--	--

Name, Vorname Versicherte/r

Geburtsdatum

--	--

8. Welche Beschwerden stehen momentan im Vordergrund?

9. Die folgenden weiteren wesentlichen Umstände beeinflussen die aktuelle Arbeitsunfähigkeit mit:
(z. B. Belastungen im persönlichen Umfeld, Probleme am Arbeitsplatz, Schwierigkeiten beim Aufsuchen des Arbeitsplatzes)

Sofern zutreffend, bitte kurze Beschreibung

10. Die Behandlung erfolgt bei den folgenden Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten:

I. Name der Praxis - Fachrichtung: _____

Adresse, (Telefonnummer): _____

letzter Termin: _____ nächster Termin: _____

II. Name der Praxis - Fachrichtung: _____

Adresse, (Telefonnummer): _____

letzter Termin: _____ nächster Termin: _____

III. Name der Praxis - Fachrichtung: _____

Adresse, (Telefonnummer): _____

letzter Termin: _____ nächster Termin: _____



Versichertenanfrage - Allgemein

<i>IK der Krankenkasse</i>	<i>Versichertennummer</i>
----------------------------	---------------------------

<i>Name, Vorname Versicherte/r</i>	<i>Geburtsdatum</i>
------------------------------------	---------------------

11. Welche Untersuchungen (z. B. MRT, CT, Röntgen, etc.) erfolgen derzeit oder sind geplant?

a) _____

Durchgeführt am: _____ Geplant am: _____

b) _____

Durchgeführt am: _____ Geplant am: _____

c) _____

Durchgeführt am: _____ Geplant am: _____

12. Welche Therapien (z. B. Krankengymnastik, Psychotherapie) erfolgen derzeit oder sind geplant?

a) _____

Zeitraum: vom _____ bis zum _____ (Datum) Häufigkeit: _____
(z. B. 1 x pro Woche, täglich etc.)

b) _____

Zeitraum: vom _____ bis zum _____ (Datum)
Häufigkeit: _____ (z. B. 1 x pro Woche, täglich etc.)

c) _____

Zeitraum: vom _____ bis zum _____ (Datum)
Häufigkeit: _____ (z. B. 1 x pro Woche, täglich etc.)

13. Für die Beurteilung der aktuellen Arbeitsunfähigkeit sind die folgenden Informationen außerdem wichtig:
(z. B. Antrag auf Rehabilitation/Rente ist gestellt, Grad der Behinderung/Schwerbehinderung liegt vor)



Versichertenanfrage - Allgemein

IK der Krankenkasse

Versichertennummer

--	--

Name, Vorname Versicherte/r

Geburtsdatum

--	--

Damit der Medizinische Dienst Sie bei Rückfragen kontaktieren kann, benötigen wir die Angabe Ihrer Telefonnummer. (Angabe freiwillig)

Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Ihr Medizinischer Dienst**

7.5.3 Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes bei Arbeitslosigkeit



Versichertenanfrage - Arbeitslos

IK der Krankenkasse

Versichertennummer

--	--

Name, Vorname Versicherte/r

Geburtsdatum

--	--

1. Seit wann beziehen Sie Arbeitslosengeld I ? _____
2. Zeitlicher Vermittlungsumfang bei der Bundesagentur für Arbeit:
 täglich ≤ 3 Stunden täglich 3 bis 6 Stunden täglich ≥ 6 Stunden
3. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit bis: _____

Die Beantwortung der nachfolgenden Fragen erübrigt sich, sofern Sie sich der Arbeitsvermittlung durch die Bundesagentur für Arbeit innerhalb der nächsten Woche wieder zur Verfügung stellen.

4. Aufgrund welcher konkreten gesundheitlichen Probleme besteht Arbeitsunfähigkeit?
(z. B. Heben/Tragen, ständiges Sitzen, Gehen, Treppensteigen, Hocken, Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln, Haushaltstätigkeiten, Einkaufen, Organisieren des Alltags, Versorgung von Angehörigen, Beziehung zu anderen Menschen, Freizeitaktivitäten)

5. Die folgenden weiteren wesentlichen Umstände beeinflussen die aktuelle Arbeitsunfähigkeit mit:
(z. B. Belastungen im persönlichen Umfeld, Schwierigkeiten beim Aufsuchen eines Arbeitsplatzes)
Sofern zutreffend, bitte kurze Beschreibung.



Versichertenanfrage - Arbeitslos

IK der Krankenkasse

Versichertennummer

--	--

Name, Vorname Versicherte/r

Geburtsdatum

--	--

6. Die Behandlung erfolgt bei den folgenden Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten:

I. Name der Praxis - Fachrichtung: _____

Adresse, (Telefonnummer): _____

letzter Termin: _____ nächster Termin: _____

II. Name der Praxis - Fachrichtung: _____

Adresse, (Telefonnummer): _____

letzter Termin: _____ nächster Termin: _____

III. Name der Praxis - Fachrichtung: _____

Adresse, (Telefonnummer): _____

letzter Termin: _____ nächster Termin: _____

7. Welche Untersuchungen (z. B. MRT, CT, Röntgen, etc.) erfolgen derzeit oder sind geplant?

a) _____

Durchgeführt am: _____ Geplant am: _____

b) _____

Durchgeführt am: _____ Geplant am: _____

c) _____

Durchgeführt am: _____ Geplant am: _____



Versichertenanfrage - Arbeitslos

<i>IK der Krankenkasse</i>	<i>Versichertennummer</i>
----------------------------	---------------------------

<i>Name, Vorname Versicherte/r</i>	<i>Geburtsdatum</i>
------------------------------------	---------------------

8. Welche Therapien (z. B. Krankengymnastik, Psychotherapie) erfolgen derzeit oder sind geplant?

a) _____

Zeitraum: vom _____ bis zum _____ (Datum) Häufigkeit:
_____ (z. B. 1 x pro Woche, täglich etc.)

b) _____

Zeitraum: vom _____ bis zum _____ (Datum) Häufigkeit:
_____ (z. B. 1 x pro Woche, täglich etc.)

c) _____

Zeitraum: vom _____ bis zum _____ (Datum) Häufigkeit:
_____ (z. B. 1 x pro Woche, täglich etc.)

9. Für die Beurteilung der aktuellen Arbeitsunfähigkeit sind die folgenden Informationen außerdem wichtig:
(z. B. Antrag auf Rehabilitation/Rente ist gestellt, Grad der Behinderung/ Schwerbehinderung liegt vor)

Damit der Medizinische Dienst Sie bei Rückfragen kontaktieren kann, benötigen wir die Angabe Ihrer Telefonnummer. (Angabe freiwillig)

Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Ihr Medizinischer Dienst**

Sollte der Platz zur Beantwortung der Fragen nicht ausreichen, können Sie auch die Rückseite dieses Schreibens nutzen.

7.5.4 Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes zu den Anforderungen am Arbeitsplatz



Versichertenanfrage - Arbeitsplatz

<i>IK der Krankenkasse</i>	<i>Versichertennummer</i>
<i>Name, Vorname Versicherte/r</i>	<i>Geburtsdatum</i>

Wie lautet die Berufs- und/oder Funktionsbezeichnung der aktuellen Beschäftigung?

Wurden Sie in dem aktuell ausgeübten Beruf ausgebildet: ja nein

Wurden Sie angelernt? ja nein

1. Angaben zur Arbeitszeit und Arbeitsweise:

- Arbeit in Vollzeit (____Std./Tag) Arbeit in Vollzeit mit ____Überstunden/Woche
- Arbeit in Teilzeit (____Std./Tag oder ____Std./Woche)
- Schichtarbeit Nachtarbeit Wechselschicht

2. Körperliche Anforderungen/Belastungen der Arbeit:

- Die Arbeit erfolgt: ____% gehend ____% stehend ____% sitzend
- in wechselnder Körperhaltung in einseitiger Körperhaltung an laufenden Maschinen
- Bildschirmarbeit/Maschinentätigkeit mit besonderen Anforderungen an:
- Sehvermögen Räumliches Sehen Hörvermögen

3. Angaben zur Arbeitsschwere, bitte schätzen Sie den Anteil dieser Arbeitsbelastungen:

- Arbeiten ohne besondere körperliche Beanspruchung

Leichte Arbeiten:

% Arbeiten wie Handhaben leichter Werkstücke und Handwerkszeuge, Bedienen leichter gehender Steuerhebel und Controller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen; auch lang dauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen; Tragen von < 10 kg, es können bis zu 2-mal pro Stunde mittelschwere Arbeitsanteile enthalten sein.

Mittelschwere Arbeiten:

% Arbeiten von ca. 1-3 kg schwerkgehender Steuereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen oder Leitern, Heben und Tragen von mittelschweren Lasten in der Ebene (von ca. 10-15 kg) oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand erfordern; leichte Arbeiten mit zusätzlicher Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades wie Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrwinden und Handbohrmaschinen; es können bis zu 2-mal pro Stunde Schwere Arbeitsanteile enthalten sein.



Versichertenanfrage - Arbeitsplatz

<i>IK der Krankenkasse</i>	<i>Versichertennummer</i>
<i>Name, Vorname Versicherte/r</i>	<i>Geburtsdatum</i>

Schwere Arbeiten:

<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> %	Arbeiten wie Tragen von ca. 20-40 kg. Schwere Lasten in der Ebene oder Steigen unter mittleren Lasten und Handhaben von Werkzeugen (> 3 kg Gewicht), auch von Kraftwerkzeugen mit starker Rückstoßwirkung, Schaufeln, Graben, Hacken; Mittelschwere Arbeiten in angespannter Körperhaltung, z. B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung; höchstmögliche Dauer der Beanspruchung bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen (Umwelteinflüsse): 7 Stunden.
--	---

Schwerstarbeit:

<div style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> %	Arbeiten wie Heben und Tragen von Lasten > 50 kg oder Steigen unter schwerer Last, vorwiegender Gebrauch schwerster Hämmer, schwerstes Ziehen und Schieben; schwere Arbeiten in angespannter Körperhaltung, z. B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung; höchstmögliche Dauer der Beanspruchung bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen (Umwelteinflüsse): 6 Stunden.
--	---

4. Angaben zu weiteren Belastungen am Arbeitsplatz:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erschütterungen | <input type="checkbox"/> längere Anfahrt | |
| <input type="checkbox"/> Klettern und Steigen | <input type="checkbox"/> körperliche Geschicklichkeit | |
| <input type="checkbox"/> Fingerfertigkeit/Feinmotorik | <input type="checkbox"/> Handarbeit links | <input type="checkbox"/> Handarbeit rechts |
| <input type="checkbox"/> häufig in gebückter Haltung | <input type="checkbox"/> häufige Überkopfarbeiten | <input type="checkbox"/> häufig kniend oder hockend |

Äußere Einflussfaktoren:

- Hitze Kälte Nässe Zugluft Gase/Dämpfe/Stäube/Rauch
- Arbeit unter Witterungseinflüssen Arbeiten mit Hautreizstoffen
- Arbeiten mit Absturzgefahr (auf Leitern und Gerüsten)
- Arbeiten mit starker Lärmbelästigung Gehörschutz vorgeschrieben
- Kontakt mit folgenden sonstigen Gefahrenstoffen:



Versichertenanfrage - Arbeitsplatz

<i>IK der Krankenkasse</i>	<i>Versichertennummer</i>
<i>Name, Vorname Versicherte/r</i>	<i>Geburtsdatum</i>

5. Weitere Anforderungen der beruflichen Tätigkeit:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Reisetätigkeit/Außendienst/Montage
<input type="checkbox"/> Fahren eines PKW
<input type="checkbox"/> Fahren eines LKW
<input type="checkbox"/> Fahren eines anderen Fahrzeugs
<input type="checkbox"/> mit Ladearbeiten
<input type="checkbox"/> mit Personenbeförderung | <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr/Kundenbetreuung
<input type="checkbox"/> Führungsaufgaben
<input type="checkbox"/> Arbeiten unter Zeitdruck
<input type="checkbox"/> häufige Telefonunterbrechungen
<input type="checkbox"/> unregelmäßige Pausen
<input type="checkbox"/> Anlagensteuerung/Überwachung |
|---|--|

6. Arbeitsplatzperspektiven:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Umsetzungsmöglichkeit (innerhalb des Betriebes möglich)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| Stufenweise Wiedereingliederung grundsätzlich möglich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| Wiedereingliederung am vorhandenen Arbeitsplatz möglich? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht bekannt |
| Ist ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) erfolgt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> geplant? |
| Wurde Ihnen ein Grad der Behinderung zuerkannt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | _____ GdB |

Weitere individuelle Arbeitsplatzbedingungen:

Damit der Medizinische Dienst Sie bei Rückfragen kontaktieren kann, benötigen wir die Angabe Ihrer Telefonnummer. (Angabe freiwillig)

Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
Ihr Medizinischer Dienst**

Sollte der Platz zur Beantwortung der Fragen nicht ausreichen, können Sie auch die Rückseite dieses Schreibens nutzen.

7.5.5 Ergebnis der Begutachtung/Handzettel für die oder den Versicherten

Herr/Signor/Señor/Bay/Kύριον/Gospodin		
Frau/Signora/Señora/Bayan/Kυρία/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	.....	είχε ως αποτέλεσμα
Po socijal-medicinskom pregledu ustanovi se sledeće	.....
Weiter Arbeitsunfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ancora inabile al lavoro	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Continúa incapacidad para el trabajo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
İşgörememezlik hali devam etmekte midir	<input type="checkbox"/> evet	<input type="checkbox"/> hayir
Συνεχίζεται ή άνικανότης προς εργασία	<input type="checkbox"/> ναί	<input type="checkbox"/> όχι
Dolja nesoposoban-na za rad	<input type="checkbox"/> da	<input type="checkbox"/> ne
Letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit	.....
L'ultimo giorno dell'inabilità al lavoro	.....
Ultimo día de incapacidad laboral	.....
İşgörememezlik hali hangi gün sona ermektedir	.....
Τελευταία ημέρα τής άνικανότητος προς εργασία	.....
Poslendnji dan nesposobnost za rad	.....
Datum, Stempel/Unterschrift	.....	Beratende/r Ärztin/Arzt Il medico consultivo El médico consultor Muayene eden Doktor Γνωματεύων ιατρός Liječnik savjetnik

7.5.6 Ergebnisformular für Fallgestaltungen nach § 51 SGB V



Ärztliches Gutachten nach § 51 Abs. 1 SGB V

<i>IK der Krankenkasse</i>	<i>Versichertennummer</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Name, Vorname Versicherte/r</i>	<i>Geburtsdatum</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. Wesentliche Gründe für das Ergebnis der Begutachtung zu § 51 SGB V

Arbeitslos: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zeitlicher Vermittlungsumfang:
Ohne Beschäftigungsverhältnis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Letzte Tätigkeit:

Folgende Unterlagen wurden berücksichtigt:

AU-Bescheinigung(en), Diagnosen:
Arbeitsplatzbeschreibung:
Versichertengespräch vom:
Auskunft des behandelnden Arztes:
KH-Bericht/Arztbrief:
Befundbericht vom:
Weitere med. Befunde vom:
Sonstiges:

Relevante Erkrankungen als Funktionsdiagnose: (i. d. Reihenfolge ihrer AU-relevanten Bedeutung)/ICD 10



Ärztliches Gutachten nach § 51 Abs. 1 SGB V

<i>IK der Krankenkasse</i>	<i>Versichertennummer</i>
----------------------------	---------------------------

<i>Name, Vorname Versicherte/r</i>	<i>Geburtsdatum</i>
------------------------------------	---------------------

Erforderliche Angaben zum Krankheitsverlauf/Behandlungserfolg/Befund:

2. Ergebnis

Beurteilung und prognostische Einschätzung in Bezug auf das maßgebliche Anforderungsprofil:

Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

Beurteilung der Erwerbsfähigkeit:

- Die Erwerbsfähigkeit ist erheblich gefährdet.
- Die Erwerbsfähigkeit ist gemindert.

Empfehlung:

- Med. Rehabilitation, Indikation: _____
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben: _____
- Sonstige Empfehlungen: _____



Ärztliches Gutachten nach § 51 Abs. 1 SGB V

IK der Krankenkasse

Versichertennummer

--	--

Name, Vorname Versicherte/r

Geburtsdatum

--	--

Besondere Hinweise:

Datum, Unterschrift Gutachter/in

7.6 Ausgewählte Urteile der Bundesgerichte im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit

Zur Vervollständigung der Ausführungen der Begutachtungsanleitung ist nachfolgend eine Auswahl von Urteilsbegründungen des Bundessozialgerichts bzw. Bundesarbeitsgerichts aufgeführt. Diese stellt jedoch keine abschließende Aufzählung der relevanten Rechtsprechung dar. Die hier abgebildeten Texte geben einen Auszug der maßgebenden Passagen der Urteilsbegründungen wieder. Zur Vermeidung einer Wertung sind die Textpassagen ungekürzt und bewusst ohne Kommentierung abgedruckt.

7.6.1 Bewertungsmaßstab der AU/Verweisbarkeit der Versicherten

BSG-Urteil vom 30.05.1967, AZ.: 3 RK 15/65

Begriff der Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähig ist ein Versicherter, der seiner bisher ausgeübten Erwerbstätigkeit überhaupt nicht mehr oder nur auf die Gefahr hin nachgehen kann, seinen Zustand zu verschlimmern.

Die Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten ist nach bisheriger Rechtsauffassung an der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit zu messen (vgl. BSG 19, 179, 181); sie wird „durch die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, diesen Erwerb durch Übergang zu einer anderen Berufstätigkeit zu gewinnen, auch wenn solche Tätigkeit den Kräften und Fähigkeiten des Versicherten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und des Berufs, den er seither ausgeübt hat, zugemutet werden kann“ (RVA GE 4339, AN 1932 IV 176; ebenso schon die Begründung zum Entwurf einer RVO vom 12.03.1910, S. 156 oben). Das RVA hat dabei allerdings unter der zuletzt ausgeübten Erwerbstätigkeit nicht lediglich den bisherigen Arbeitsplatz verstanden, sondern dazu auch ähnlich geartete Tätigkeiten gerechnet (aaO z. B. für einen Schiffsheizer eine gleichartige Beschäftigung an Land; vgl. ferner EuM 30, 142, Thielwann, Die Arbeiterversorgung 1932, 529 und Peters aaO § 182 RVO Anm. 10 a). Dem ist unbedenklich zuzustimmen.

Noch mehr gilt dies für den Fall des Zusammentreffens von Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeit. Wird nämlich ein arbeitsunfähiger Versicherter berufsunfähig und erhält er eine entsprechende Rente (§ 1246 RVO), so wirkt sich das nur insofern auf seinen Krankengeldanspruch aus, als dieser bis zur Höhe des Rentenzahlungsbetrages gekürzt wird (§ 183 Abs. 5 RVO); selbst diese Kürzung unterbleibt, wenn die Berufsunfähigkeitsrente früher als das Krankengeld beginnt (vgl. BSG 20, 135). Da mithin der Eintritt von Berufsunfähigkeit auch bei Bewilligung einer Rente in keinem Falle den Anspruch auf Krankengeld völlig beseitigt, kann neben ihr begrifflich auch Arbeitsunfähigkeit fortbestehen. Angesichts dieser klaren gesetzlichen Regelung hält sich der Senat nicht für befugt, den herkömmlichen Begriff der Arbeitsunfähigkeit von sich aus im Sinne der Beklagten zu „modifizieren“, ihn insbesondere auf Zustände vorübergehender Art zu beschränken, so dass ein Versicherter bei Eintritt von Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit grundsätzlich nicht mehr als arbeitsunfähig anzusehen wäre.

BSG-Urteil vom 08.02.2000, AZ.: B 1 KR 11/99 R

Beurteilung der AU bei Arbeitnehmern, Verweisbarkeit

Wird freilich die Arbeitsunfähigkeit, wie in der Praxis üblich, jeweils nur für eine begrenzte Zeit im Voraus bescheinigt, so markiert der vom Arzt festgelegte Endzeitpunkt zugleich das - vorläufige - Ende der Krankengeldbezugszeit. Wenn der Versicherte keine weiteren Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen bringt, endet der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der zuletzt bescheinigten Arbeitsunfähigkeitszeit, ohne dass es eines Aufhebungsbescheides bedarf (dazu näher: BSG SozR 2200 § 182 Nr. 103 S 219 f).

Arbeitsunfähigkeit ist nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) gegeben, wenn der Versicherte seine zuletzt vor Eintritt des Versicherungsfalls konkret ausgeübte Arbeit wegen Krankheit nicht (weiter) verrichten kann. Dass er möglicherweise eine andere Tätigkeit trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung noch ausüben könnte, ist unerheblich. Gibt er nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die zuletzt innegehabte Arbeitsstelle auf, ändert sich allerdings der rechtliche Maßstab insofern, als für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr die konkreten Verhältnisse an diesem Arbeitsplatz maßgebend sind, sondern nunmehr abstrakt auf die Art der zuletzt ausgeübten Beschäftigung abzustellen ist. Der Versicherte darf dann auf gleich oder ähnlich geartete Tätigkeiten „verwiesen“ werden, wobei aber der Kreis möglicher Verweisungstätigkeiten entsprechend der Funktion des Krankengeldes eng zu ziehen ist. Handelt es sich bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit um einen anerkannten Ausbildungsberuf, so scheidet eine Verweisung auf eine außerhalb dieses Berufs liegende Beschäftigung aus. Auch eine Verweisungstätigkeit innerhalb des Ausbildungsberufs muss, was die Art der Verrichtung, die körperlichen und geistigen Anforderungen, die notwendigen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie die Höhe der Entlohnung angeht, mit der bisher verrichteten Arbeit im Wesentlichen übereinstimmen, so dass der Versicherte sie ohne größere Umstellung und Einarbeitung ausführen kann. Dieselben Bedingungen gelten bei ungelernten Arbeiten, nur dass hier das Spektrum der zumutbaren Tätigkeiten deshalb größer ist, weil die Verweisung nicht durch die engen Grenzen eines Ausbildungsberufs eingeschränkt ist (ausführlich zu alledem: Urteil des 8. Senats vom 9. Dezember 1986 - BSGE 61, 66 = SozR 2200 § 182 Nr. 104; vgl. ferner aus der früheren Judikatur: Beschluss des Großen Senats vom 16. Dezember 1981 - BSGE 53, 22 = SozR 2200 § 1259 Nr. 59; Urteil des 3. Senats vom 15. November 1984 - BSGE 57, 227 = SozR 2200 § 182 Nr. 96).

Die Arbeitsunfähigkeit entfällt nämlich, wie das BSG ebenfalls bereits entschieden hat, nicht dadurch, dass sich der Versicherte in Anbetracht seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung für eine berufliche Neuorientierung öffnet und zu erkennen gibt, dass er zu einem Berufswechsel bereit ist (Urteil vom 24. Mai 1978 - BSGE 46, 190 = SozR 2200 § 182 Nr. 34; Urteil vom 2. Februar 1983 - 3 RK 43/81 - USK 8309; Urteil vom 2. Februar 1984 - SozR 4100 § 158 Nr. 6 S 6; Urteil vom 15. November 1984 - BSGE 57, 227, 229 f = SozR 2200 § 182 Nr. 96 S 199). Das Krankengeld ist dazu bestimmt, den krankheitsbedingten Ausfall des bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit bezogenen Arbeitsentgelts oder sonstigen Erwerbseinkommens auszugleichen; es behält seine Funktion, solange die Unfähigkeit zur Verrichtung der zuletzt ausgeübten oder einer vergleichbaren Erwerbstätigkeit andauert. Allein die Bereitschaft, eine dem verbliebenen Leistungsvermögen entsprechende Arbeit anzunehmen, beseitigt deshalb nicht den für den Krankengeldanspruch maßgebenden Bezug zu der früheren Beschäftigung. Erst mit der tatsächlichen Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit endet dieser Bezug und wird die neue Tätigkeit zur Grundlage für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit (BSGE 57, 227, 229 f = SozR 2200 § 182 Nr. 96 S 199).

Die ärztliche Bescheinigung des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit und die entsprechende Unterrichtung der Krankenkasse hebe in einem solchen Fall die Rechtswirkungen der ursprünglichen Arbeitsunfähigkeitsmeldung auf, mit der Folge, dass eine Wiederaufnahme der Krankengeldzahlungen erst nach erneuter Feststellung und Meldung der Arbeitsunfähigkeit in Frage komme. Der Versicherte könne, wenn er mit dem Ergebnis der ärztlichen Begutachtung nicht einverstanden sei, seine Rechte nur dadurch wahren, dass er fristgerecht Widerspruch erhebe und eine Überprüfung verlange.

BSG-Urteil vom 07.12.2004 AZ.: B 1 KR 5/03 R

Beurteilung der AU bei Arbeitnehmern, Verweisbarkeit

Bei Versicherten, die im Zeitpunkt der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit in einem Arbeitsverhältnis stehen und einen Arbeitsplatz innehaben, liegt Arbeitsunfähigkeit vor, wenn diese Versicherten die an ihren Arbeitsplatz gestellten beruflichen Anforderungen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr erfüllen können. Eine Krankenkasse darf diese Versicherten, solange das Arbeitsverhältnis besteht, nicht auf Tätigkeiten bei einem anderen Arbeitgeber „verweisen“, die sie gesundheitlich noch ausüben könnten. Dem krankenversicherten Arbeitnehmer soll durch die Krankengeld-Gewährung nämlich gerade die Möglichkeit offen gehalten werden, nach Beseitigung des Leistungshindernisses seine bisherige Arbeit wieder aufzunehmen (BSG SozR 3-2200 § 182 Nr. 9 S 39; BSGE 53, 22, 30 = SozR 2200 § 1259 Nr. 59 S. 167). Bietet der Arbeitgeber im Rahmen seines arbeitsrechtlichen Weisungsrechts seinem Arbeitnehmer jedoch in zulässiger Weise eine andere Arbeit/Tätigkeit an, die der Versicherte im Hinblick auf seinen Gesundheitszustand noch verrichten kann, liegt Arbeitsunfähigkeit nicht mehr vor (BSG SozR 3-2200 § 182 Nr. 9 S. 42). Die arbeitsvertragliche Zulässigkeit der Zuweisung einer dem Arbeitnehmer gesundheitlich möglichen Arbeit schlägt insoweit auf seinen Anspruch auf Krankengeld durch.

Nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses ändert sich der rechtliche Maßstab für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit zunächst (nur) insofern, als dafür nicht mehr die konkreten Verhältnisse am (früheren) Arbeitsplatz maßgebend sind, sondern nunmehr abstrakt auf die Art der zuletzt ausgeübten Beschäftigung abzustellen ist. Der Versicherte darf gemäß der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses auf gleich oder ähnlich geartete Tätigkeiten „verwiesen“ werden, wobei der Kreis möglicher Verweisungstätigkeiten entsprechend der Funktion des Krankengeld eng zu ziehen ist.

BSG-Urteil vom 04.04.2006, AZ.: B 1 KR 21/05 R

Beurteilung der AU bei Arbeitslosen, Verweisbarkeit

Den Maßstab für die Beurteilung ihrer AU waren seit Beginn der KVdA alle Beschäftigungen, die ihr zu diesem Zeitpunkt gemäß § 121 Abs. 1 und 3 SGB III arbeitslosenversicherungsrechtlich zumutbar waren. Hierzu gehörten von Anfang an nicht nur mittelschwere, sondern im Grundsatz auch alle leichten Arbeiten des Arbeitsmarktes.

Ein in der KVdA nach § 5 Abs. 1 Nr. 2 SGB V versicherter Arbeitsloser ist arbeitsunfähig i. S. von § 44 Abs. 1 Satz 1 SGB V, wenn er auf Grund gesundheitlicher Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist, Arbeiten zu verrichten, für die er sich der Arbeitsverwaltung zwecks Vermittlung zur Verfügung gestellt hat: Das Krankengeld stellt sich in der KVdA nicht als Ersatz für Ausfall des früher auf Grund Beschäftigung bezogenen Arbeitsentgelts, sondern als Ersatz für eine entgehende Leistung wegen Arbeitslosigkeit dar.

Für die Arbeitslosenversicherung sind die Zumutbarkeitskriterien in § 121 SGB III geregelt. Dem Arbeitslosen sind insoweit „alle seiner Arbeitsfähigkeit entsprechenden Beschäftigungen“ zumutbar, soweit „allgemeine oder persönliche Gründe der Zumutbarkeit einer Beschäftigung nicht entgegenstehen“ (vgl. § 121 Abs. 1 SGB III). Eine Beschäftigung ist gemäß § 121 Abs. 5 SGB III insbesondere nicht deshalb unzumutbar, weil sie „nicht zum Kreis der Beschäftigungen gehört, für die der Arbeitnehmer ausgebildet oder die er bisher ausgeübt hat“.

Die Zumutbarkeit hängt in der Arbeitslosenversicherung seit 1. April 1997 nicht mehr von der Zugehörigkeit zu bestimmten Qualifikationsstufen, sondern vom Umfang der Einkommenseinbußen ab, die mit

einer Arbeitsaufnahme verbunden wären (vgl. § 103b Arbeitsförderungsgesetz <AFG> i. d. F. des Arbeitsförderungs-Reformgesetzes <AFRG> vom 24. März 1997, BGBl I 594, in Kraft seit 1. April 1997, vgl. Art 83 Abs. 3 AFRG; § 121 SGB III, ebenfalls i. d. F. des AFRG, in Kraft seit 1. Januar 1998, vgl. Art 83 Abs. 1 AFRG). Dies gilt auch in den ersten 6 Monaten der Arbeitslosigkeit. Gelingt es dem Arbeitslosen nicht, die Arbeitslosigkeit durch Aufnahme einer neuen, ggf. durch die Arbeitsverwaltung vermittelten, den beruflichen Kenntnissen und Fähigkeiten entsprechenden Beschäftigung zu beenden, muss der Arbeitslose im Interesse der Versichertengemeinschaft auch bereit sein, Beschäftigungen anzunehmen, die seiner Qualifikation und persönlichen Vorstellung nicht entsprechen, sofern nur das Entgelt aus einer solchen Beschäftigung in einem angemessenen Verhältnis zu dem Entgelt steht, das die Grundlage des ALG-Anspruchs bildet (vgl. dazu Gesetzesbegründung zum AFRG, BT-Drucks 13/4941, S. 145 und 238 zu Art 10 Nr. 10 - § 103b AFG; Estelmann, aaO, § 121 RdNr. 51 ff; Valgolio in: Spellbrink/Eicher, aaO, § 10 RdNr. 210). An die Stelle des bis Ende 1996 geltenden „zeitlich abgestuften Berufsschutzes“ (vgl. dazu Steinmeyer in: Gagel, SGB III, § 121 RdNr. 3-6, Stand Januar 2005) ist seit 1. Januar 1997 ein „zeitlich abgestufter Arbeitsentgeltsschutz“ getreten; die erworbene Qualifikation kann sich bei der Beurteilung der Zumutbarkeit nur noch mittelbar auswirken, soweit sich die Qualifikation in dem Entgelt widerspiegelt, das vor Eintritt der Arbeitslosigkeit erzielt worden ist (vgl. § 121 Abs. 3 Satz 2 und Abs. 5 SGB III; dazu Steinmeyer, aaO, § 121 RdNr. 9 ff; Estelmann in: Eicher/Schlegel, SGB III, § 121 RdNr. 51; Brand in: Niesel, SGB III, 3. Aufl. 2005, § 121 RdNr. 6; Valgolio in: Eicher/Spellbrink, aaO, § 10 RdNr. 214 f). In den ersten 3 Monaten der Arbeitslosigkeit ist dem Arbeitslosen eine Minderung um mehr als 20 v. H. und in den folgenden 3 Monaten um mehr als 30 v. H. des der Bemessung seines ALG zu Grunde liegenden Arbeitsentgelts (Bemessungsentgelt) unzumutbar (§ 121 Abs. 3 Satz 2 SGB III). Vom 7. Monat der Arbeitslosigkeit an ist dem Arbeitslosen eine Beschäftigung nur dann nicht zumutbar, wenn das daraus erzielbare Nettoarbeitsentgelt unter Berücksichtigung der mit der Beschäftigung zusammenhängenden Aufwendungen niedriger ist als das ALG. (Satz 3 aaO).

Der erkennende Senat verneint nunmehr einen solchen besonderen krankenversicherungsrechtlichen Berufsschutz. Dieser lässt sich aus der früheren Beschäftigung nicht mehr herleiten, denn Grundlage der Versicherungspflicht und der Umfang des hieraus folgenden Versicherungsschutzes ist allein der zur KVdA führende Leistungsbezug (insbes. ALG) des Arbeitslosen. Dieser Leistungsbezug beruht auf der subjektiven und objektiven Verfügbarkeit des Arbeitslosen für „alle seiner Arbeitsfähigkeit entsprechenden Beschäftigungen“. Dem Arbeitslosen sind damit zunächst alle Arbeiten zumutbar, die seiner früheren Beschäftigung entsprechen und zu deren Verrichtung er gesundheitlich in der Lage ist. Dies gilt erst recht für alle weiteren Arbeiten, die ihn in gesundheitlicher Hinsicht weniger belasten als die zuletzt ausgeübte Beschäftigung und für die er arbeitslosenversicherungsrechtlich verfügbar sein muss. Insbesondere führt § 121 Abs. 3 SGB III nicht dazu, dass die Verfügbarkeit, d. h. das dem Arbeitslosen „Zumutbare“ auf Arbeiten beschränkt wird, die dem bisherigen Beschäftigungsprofil entsprechen, weil der Arbeitslose bisher z. B. schwere oder mittelschwere Arbeiten verrichtet hat; dies würde zu einer erheblichen Reduzierung der in Betracht kommenden Arbeitsplätze führen. Auch kann ein Arbeitsloser seine Verfügbarkeit und damit den Kreis der ihm zumutbaren Arbeiten nicht entsprechend einschränken, etwa weil er annimmt, nur mit schweren oder mittelschweren Arbeiten an das frühere Verdienstniveau anknüpfen zu können. Anhaltspunkte dafür, dass krankenversicherungsrechtlich bzgl. zumutbarer Arbeiten und damit für den Maßstab zur Beurteilung der AU etwas anderes gelten soll, wenn und solange bei Arbeitslosen krankheitsbedingte Leistungseinschränkungen eintreten, sind nicht erkennbar. Sachliche Gründe für einen besonderen „krankenversicherungsrechtlichen Berufsschutz“ im Rahmen des § 121 SGB III sind nicht ersichtlich.

Für die Praxis folgt hieraus: Hat die Arbeitsverwaltung dem Arbeitslosen ein konkretes Arbeitsangebot nicht unterbreitet, liegt krankheitsbedingte AU vor, wenn der Arbeitslose gesundheitlich nicht (mehr) in der Lage ist, auch leichte Arbeiten in einem Umfang (z. B. vollschichtig) zu verrichten, für die er sich zuvor zwecks Erlangung des ALG-Anspruchs der Arbeitsverwaltung zur Verfügung gestellt hat. Ist der Arbeitslose zwar nicht mehr in der Lage, mittelschwere oder schwere, wohl aber noch leichte Arbeiten zu verrichten, beseitigt dies seine objektive Verfügbarkeit nicht. Abstrakter Ermittlungen der Krankenkasse, welche Arbeiten dem krankheitsbedingt leistungsgeminderten Arbeitslosen nach § 121 Abs. 3 SGB III finanziell zumutbar sind, bedarf es nicht. Die Krankenkasse darf im Regelfall davon ausgehen, dass sich der Arbeitslose der Arbeitsverwaltung auch für leichte Arbeiten zur Verfügung gestellt hat. Hat die Krankenkasse allerdings Anlass hieran zu zweifeln, weil Gegenteiliges vorgetragen bzw. von der BA mitgeteilt wird oder sonst auf der Hand liegt, muss die Krankenkasse prüfen, mit welchem gesundheitlichen Leistungsvermögen sich der Bezieher einer Leistung der BA der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt hatte, um ALG zu erlangen.

BSG-Urteil vom 14.12.2006, AZ.: B 1 KR 6/06 R

Beurteilung AU bei Selbstständigen, Verweisbarkeit

Gemäß § 44 Abs. 1 Satz 1 Fall 1 SGB V haben „Versicherte“ Anspruch auf Krankengeld, wenn - abgesehen von den Fällen stationärer Behandlung - Krankheit sie arbeitsunfähig macht. Das bei Entstehung des Krankengeldanspruchs bestehende Versicherungsverhältnis bestimmt, wer in welchem Umfang als „Versicherter“ einen Anspruch auf Krankengeld hat. Generell beruht der Umfang des Versicherungsschutzes nach dem SGB V und speziell der Umfang des Krankengeldanspruchs auf dem im Zeitpunkt der Anspruchsentstehung wirksamen Versicherungsverhältnis (vgl. Senatsurteil vom 14. Dezember 2006 - B 1 KR 9/06 R, zur Veröffentlichung vorgesehen). Bei Versicherungspflichtigen ergibt sich die Maßgeblichkeit dieses Zeitpunkts auch daraus, dass der Krankengeldanspruch oder der tatsächliche Krankengeldbezug die Mitgliedschaft erhält (vgl. § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Dem entspricht es, dass sich der Maßstab für die AU allein aus dem Umfang des Versicherungsschutzes in dem jeweils konkret bestehenden Versicherungsverhältnis ergibt (stRspr, vgl. Urteile des erkennenden Senats BSGE 90, 72, 75 = SozR 3-2500 § 44 Nr. 10 S 32; BSGE 94, 247 = SozR 4-2500 § 44 Nr. 6 jeweils RdNr. 5, 24; Urteile vom 4. April 2006 - B 1 KR 21/05 R und vom 30. Mai 2006 - B 1 KR 19/05 R – RdNr. 12 mwN, beide zur Veröffentlichung vorgesehen).

Für freiwillig Versicherte gilt im Ergebnis nichts anderes. Einer § 192 Abs. 1 Nr. 2 SGB V entsprechenden Regelung bedurfte es nicht, da bei freiwillig Versicherten - anders als bei Versicherten nach § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V - der Bestand des Versicherungsverhältnisses durch den Eintritt von AU nicht gefährdet ist. Einem denkmöglichen Ende der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 191 Satz 1 Nr. 3 SGB V steht entgegen, dass ein Mitglied für die Dauer des Krankengeld-Anspruchs beitragsfrei ist (§ 224 Abs. 1 SGB V). Auch bei freiwillig Versicherten richtet sich der Maßstab der AU nach der Erwerbstätigkeit, die unmittelbar vor ärztlicher Feststellung der AU (vgl. generell dazu zuletzt Senat, Urteil vom 30. Mai 2006 - B 1 KR 19/05 R – RdNr. 12, zur Veröffentlichung vorgesehen; BSGE 95, 219 = SozR 4-2500 § 46 Nr. 1, jeweils RdNr. 14 mwN) verrichtet worden ist.

7.6.2 Krankengeld-Anspruch

BSG-Urteil vom 10.05.2012, AZ.: B 1 KR 20/11 R

Abschnittweise Gewährung des Krankengeldes

Die zeitlich weit über den 13.04.2004 hinausreichende Bescheinigung des (Vertrags-)Arztes S. ist nicht etwa deshalb unbeachtlich, weil die Beklagte entschied, die Krankengeld-Zahlung an den Kläger mit dem 12.04.2004 zu beenden. Wird das Krankengeld abschnittsweise gewährt, ist zwar das Vorliegen der leistungsrechtlichen Voraussetzungen des Krankengeldes für jeden weiteren Bewilligungsabschnitt neu zu prüfen (vgl. BSGE 94, 247 = SozR 4-2500 § 44 Nr. 6, RdNr. 22 mwN). Dieser Grundsatz schließt es indes nicht aus, eine ärztliche Feststellung aus vorangegangener Zeit, die den weiteren Bewilligungsabschnitt mit umfasst, als für § 46 S. 1 Nr. 2 SGB V ausreichend anzusehen. Dies gilt erst recht, wenn - wie hier - der Versicherte sich mit Rechtsbehelfen gegen die Entscheidung seiner KK wendet, die Krankengeld-Zahlung noch innerhalb des Zeitraums zu beenden, für den ein Arzt bereits AU festgestellt hat. Die Feststellung muss nicht zwingend durch einen Vertragsarzt erfolgen (vgl. BSG SozR 3-2200 § 182 Nr. 12 S. 53 f; hM in der Literatur: Schmidt in Horst Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Stand 01.09.2011, Bd. 2, § 46 SGB V RdNr. 24 f; Gerlach in Hauck/Noftz, SGB V, Stand September 2011, § 44 RdNr 12; Brandts in Kasseler Komm, Stand 01.12.2011, § 46 SGB V RdNr. 10; aA Knittel in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, Stand Januar 2012, § 44 SGB V RdNr. 16: nur nicht bei einem Notfall i. S. von § 76 Abs. 1 S 2 SGB V; widersprüchlich Kruse in LPK-SGB V, 3. Aufl. 2009, § 46 RdNr. 3). Mit der Notwendigkeit einer ärztlichen, nicht unbedingt vertragsärztlichen Feststellung harmoniert, dass unbeschadet des § 91 Abs. 6 SGB V die Regelungen in den AU-Richtlinien (RL) über den Zeitpunkt der AU-Feststellung und ihren retro- und prospektiven Feststellungszeitraum den leistungsrechtlichen Krankengeld-Tatbestand nicht ausgestalten (zur bloß vertragsärztlichen Pflicht, AU-Bescheinigungen zeitlich nach den AU-Richtlinie einzugrenzen, vgl. BSG SozR 4-2500 § 44 Nr. 7 RdNr. 25 mwN). Entsprechendes gilt für die Art und Weise der ärztlichen AU-Feststellung. Sie erfüllt auch dann die Voraussetzungen des § 46 S 1 Nr. 2 SGB V, wenn sie nicht auf dem durch § 5 Abs. 1 oder § 6 Abs. 1 AU-Richtlinie dafür vorgesehenen Vordruck (Muster Nr. 1 bzw. 17) erfolgt.

Die Krankenkasse ist zwar zur Beendigung von Krankengeld-Zahlungen vor Ablauf ärztlich bescheinigter AU befugt. Denn der erkennende Senat misst dem Attest mit der ärztlichen Feststellung der AU lediglich die Bedeutung einer gutachtlichen Stellungnahme bei. Sie bildet eine Grundlage für den über den Krankengeld-Bezug zu erteilenden Verwaltungsakt der KK, ohne dass KK und Gerichte an den Inhalt der ärztlichen Bescheinigung gebunden sind (stRspr, vgl. BSG SozR 4-2500 § 44 Nr. 7 RdNr. 28 mwN). Die Krankenkasse kann sich insoweit aber nicht auf das Fehlen einer ärztlichen AU-Feststellung berufen, obwohl ihr eine solche Feststellung vorliegt, sie aber lediglich die Verhältnisse abweichend beurteilt.

Die Rechtsauffassung des erkennenden Senats entspricht nicht nur Wortlaut und Regelungssystem, sondern auch Entstehungsgeschichte und Regelungszweck. Mit dem Erfordernis vorgeschalteter ärztlich festzustellender AU sollen beim Krankengeld-Missbrauch und praktische Schwierigkeiten vermieden werden, zu denen die nachträgliche Behauptung der AU und deren rückwirkende Bescheinigung beitragen könnten (vgl. bereits BSGE 24, 278, 279 = SozR Nr. 16 zu § 182 RVO S Aa 13 RS mwN zur Entstehungsgeschichte der im SGB V insoweit unveränderten Regelung; BSGE 26, 111, 112 = SozR Nr. 19 zu § 182 RVO S Aa 17 f; BSGE 90, 72, 81 = SozR 3-2500 § 44 Nr. 10 S 39). Dementsprechend ist grundsätzlich für die Beurteilung der AU der versicherungsrechtliche Status des Betroffenen im Zeitpunkt der ärztlichen Feststellung maßgebend (stRspr vgl. z. B. BSG SozR 4-2500 § 44 Nr. 12 RdNr. 13; BSG SozR 4-2500 § 44 Nr. 14 RdNr. 21; Brandts in Kasseler Komm, Stand 01.12.2011, § 44 SGB V RdNr. 3, 6). Als Regelfall

geht das Gesetz davon aus, dass der in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigte Versicherte selbst die notwendigen Schritte unternimmt, um die mögliche AU feststellen zu lassen und seine Ansprüche zu wahren. Deshalb kann z. B. grundsätzlich ein Versicherter, der das Ende der bescheinigten AU akzeptiert und über Monate hinweg Leistungen wegen Arbeitslosigkeit bezieht, die er bei AU nicht hätte erhalten dürfen, nicht mehr mit der nachträglichen Behauptung gehört werden, er sei in der gesamten Zeit zu Unrecht als arbeitslos statt - richtigerweise - als arbeitsunfähig behandelt worden (vgl. BSGE 90, 72, 83 = SozR 3-2500 § 44 Nr. 10 S 41; zum Ganzen BSGE 95, 219 = SozR 4-2500 § 46 Nr. 1, RdNr. 16 mwN). Missbrauch und praktische Schwierigkeiten stehen dagegen nicht in Rede, wenn die KK - wie hier die Beklagte - pflichtgemäß (§ 275 SGB V) eine AU-Bescheinigung überprüft und der bescheinigten Beurteilung dann nicht folgt.

In Einklang mit diesen Grundsätzen kann sich die Beklagte - entgegen der Auffassung der Vorinstanzen - auch nicht mit Erfolg auf ein Ruhen des Krankengeld-Anspruchs nach § 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V berufen. Danach ruht der Anspruch auf Krankengeld, solange die AU der KK nicht gemeldet wird; dies gilt nicht, wenn die Meldung innerhalb einer Woche nach Beginn der AU erfolgt. Auch diese Regelung findet nach ihrem Wortlaut sowie Sinn und Zweck keine Anwendung, wenn ein Versicherter - wie hier der Kläger - sich fristgerecht mit Rechtsbehelfen gegen die Entscheidung seiner KK wendet, die Krankengeld-Zahlung - abweichend von einer ihr vorliegenden AU-Bescheinigung - noch innerhalb des Zeitraums zu beenden, für den ein Arzt ihm AU bescheinigt hat.

§ 49 Abs. 1 Nr. 5 SGB V soll die KK nämlich ebenso wie die Ausschlussregelung des § 46 S. 1 Nr. 2 SGB V lediglich davon freistellen, die Voraussetzungen eines verspätet geltend gemachten Krankengeld-Anspruchs im Nachhinein aufklären zu müssen. Die Norm soll der KK die Möglichkeit erhalten, die AU zeitnah durch den MD überprüfen zu lassen, um Leistungsmissbräuchen entgegenzutreten und Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit einleiten zu können.

BSG-Urteil vom 04.06.2019, AZ.: B 3 KR 23/18 R

Zustimmung zum Auslandsaufenthalt in einem Mitgliedsstaat der EU

Das BSG hat diese Gesetzesmaterialien dahin interpretiert, dass für den Ausschluss bestimmter Versicherungsleistungen während des Auslandsaufenthalts, zB beim Krg, praktische Erwägungen eine entscheidende Rolle spielten (vgl BSG Urteil vom 8.6.1993 - 1 RK 18/92 - BSGE 72, 268 = SozR 3-2500 § 58 Nr 3 S 4). Den zitierten Formulierungen zufolge war nicht beabsichtigt, beim Auslandsaufenthalt des Versicherten alle Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung zum Ruhen zu bringen. Die Vorschrift des § 16 Abs 1 S 1 Nr 1 SGB V bezweckt demnach lediglich, nur jene Leistungen auszuschließen, die entweder im Ausland nicht erbracht werden können (Sachleistungen) oder bei denen sich die Anspruchsvoraussetzungen einer Geldleistung wie das Krg nicht mit hinreichender Sicherheit feststellen lassen (vgl BSG aaO). (...)

Das Zustimmungserfordernis der KK hat damit die Funktion, die KK über den Auslandsaufenthalt zu informieren und ermöglicht der KK dadurch die Prüfung bzw. Kontrolle, ob die Voraussetzungen des gesetzlichen Anspruchs auf Krg beim Auslandsaufenthalt (fort-)bestehen oder ob sich Anhaltspunkte für einen Leistungsmissbrauch ergeben. Es ist nicht ersichtlich, welche gerichtlich nicht überprüfbaren Zweckmäßigkeitssichtspunkte die KKn in diese Prüfung einstellen könnten. Zu welchem konkreten Zeitpunkt die AU festgestellt bzw wann die Zustimmung erteilt sein muss, bedarf aus Anlass dieses Einzelfalls keiner weiteren Klärung. Der zweifelsohne arbeitsunfähige Kläger hat seinen Antrag auf Auslandsaufenthalt zeitgerecht vor Antritt der Urlaubsreise bei der Beklagten gestellt. (...)

Wenn sich die Beklagte auf Art 27 Abs 4 der VO (EG) 987/2009 beruft, demnach Versicherte die gegenüber dem Arbeitgeber bestehenden Pflichten einzuhalten haben (S 1), und der Arbeitgeber und/oder der zuständige Träger den Arbeitnehmer ggf zur Teilnahme an Tätigkeiten auffordern kann, die die Wiederaufnahme der Arbeit durch den Versicherten fördern und unterstützen sollen (S 2), steht auch dieser Einwand dem Anspruch des Klägers nicht entgegen. Das LSG hat bindend festgestellt, dass der Versicherte durch die Beklagte nicht zu solchen Handlungen aufgefordert worden ist, ungeachtet dessen, ob diese hier rechtens gewesen wären. Arbeitsrechtliche Pflichten sind von vornherein nicht Gegenstand dieses Rechtsstreits. (...)

Auf der Grundlage der bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) sind im Ergebnis keine Versagungsgründe ersichtlich, die einer Zustimmung der Beklagten entgegenstünden. Die vom MDK erhobenen Bedenken gegen die Reise als solche betrafen auch nicht die ärztlich festgestellte AU. Die Bedenken, dass die Hin- und Rückreise von und nach Dänemark die gesundheitlichen Einschränkungen verstärken und die AU möglicherweise noch verlängern könnten, stehen dem nicht entgegen.

Soweit die Beklagte aus dem Blickwinkel des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs 1 SGB V) heraus Bedenken gegen die Reise wegen der möglichen Verschlimmerung des Gesundheitszustandes und Verlängerung der AU erhoben hat, hat sie daraus keine rechtlichen Konsequenzen gezogen. Nach den bindenden Feststellungen des LSG hat sie den Kläger nicht zu entsprechenden Mitwirkungshandlungen, etwa zur Teilnahme an einer ärztlichen Untersuchung (§ 62 SGB I) oder an einer Heilbehandlung (§ 63 SGB I) aufgefordert. Kommt - wie hier – eine Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden (§ 52 SGB V) nicht in Betracht, obliegen dem arbeitsunfähig Versicherten - unabhängig von dem Ziel der Reise im In- oder Ausland - nur die gesetzlich normierten Mitwirkungspflichten, die auch nur nach entsprechendem Hinweis sanktioniert werden können (vgl § 66 SGB I; vgl dazu BSG Urteil vom 12.10.2018 - B 9 SB 1/17 R - SozR 4-1200 § 66 Nr 8 RdNr 24 ff; vgl auch Art 27 Abs 5 und 6 VO (EG) 987/2009).

7.6.3 Arbeitslosigkeit und Schwangerschaft

BSG-Urteile vom 30.11.2011, AZ. B 11 AL 37/10

Beschäftigungsverbot nicht unmittelbar auf Arbeitslose übertragbar

Nach § 3 Abs 1 MuSchG dürfen werdende Mütter nicht beschäftigt werden, soweit nach ärztlichem Zeugnis Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind "bei Fortdauer der Beschäftigung" gefährdet sind. Mithin setzt das Beschäftigungsverbot - worauf die Beklagte zu Recht hinweist - ein fortdauerndes Beschäftigungsverhältnis voraus. Dies wird auch durch § 1 Abs 1 MuSchG verdeutlicht, wonach dieses Gesetz "für Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen" gilt. Als "Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter" erfasst das MuSchG somit nicht die erwerbslosen Frauen (vgl. Abschlussbericht zu BT-Drucks IV/3652 S 2 - zum Gesetz vom 24.8.1965; ebenso Dalheimer, MuSchG, § 1 RdNr 1, Stand Juli 2011; Evers-Vosgerau in Roos/Bieresborn, MuSchG, § 1 RdNr 5, 28, Stand Mai 2006 bzw. Dezember 2010 - jeweils unter Hinweis auf BSG Urteil vom 28.10.1965 - 3 RK 73/61 - SozR Nr 6 zu § 13 MuSchG = Breithaupt 1966, 192 = DOK 1965, 650). Die im Senatsurteil vom 9.9.1999 zitierte krankensicherungsrechtliche Rechtsprechung und die Rechtsprechung des BAG beschäftigen sich demgemäß auch nur mit Ausgleichsansprüchen bei laufendem Beschäftigungsverhältnis, nicht jedoch mit den Auswirkungen eines Beschäftigungsverbots für eine schwangere Arbeitslose.

Der Senat geht nach erneuter Prüfung davon aus, dass ein Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs 1 MuSchG nicht unmittelbar auf Arbeitslose übertragen werden kann. Denn § 3 Abs 1 MuSchG stellt darauf ab, ob eine Gefährdung bei Fortdauer der Beschäftigung besteht. Es geht also um den Zusammenhang zwischen der Fortdauer der Beschäftigung und der Gefahr für Leben oder Gesundheit. Dabei kann die Gefahr von einer Beschäftigung ausgehen, die Beschäftigung kann aber auch an sich ungefährlich sein und die Gefahr von der individuellen gesundheitlichen Konstitution der Frau ausgehen (vgl. Dalheimer, aaO, § 3 RdNr 15 mwN). Ein Beschäftigungsverbot bewirkt lediglich, dass der Arbeitgeber die betreffende Arbeitnehmerin tatsächlich nicht beschäftigen darf. Nach Wortlaut und Systematik des MuSchG hat der Arzt bei einem individuellen Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs 1 MuSchG nur die Gefährdungslage zu attestieren; das Beschäftigungsverbot tritt kraft Gesetzes ein, sobald das Attest über die Gefährdungslage beim Arbeitgeber eintrifft (vgl. Zimmermann in Roos/Bieresborn, aaO, § 3 RdNr 31, Stand April 2011; ebenso Dalheimer, aaO, § 3 RdNr 19, wonach das ärztliche Zeugnis konstitutive Wirkung hat - unter Hinweis auf BAG-Rechtsprechung). Diese Grundsätze gelten aber jedenfalls nicht unmittelbar für Schwangere, die nicht in einem Beschäftigungsverhältnis stehen.

Nach § 119 Abs 5 Nr 1 SGB III steht den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung, wer eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende zumutbare Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarkts ausüben kann und darf. Zumutbar sind dem Arbeitslosen gemäß § 121 Abs 1 SGB III alle seiner Arbeitsfähigkeit entsprechenden Beschäftigungen, soweit allgemeine oder personenbezogene Gründe der Zumutbarkeit nicht entgegenstehen. Das Dürfen im Rahmen der objektiven Verfügbarkeit betrifft die rechtliche Zulässigkeit, eine Beschäftigung überhaupt oder in dem gewünschten Umfang auszuüben. Es kommt deshalb darauf an, welche Beschäftigungen der Klägerin - außer der zuletzt ausgeübten einer Verwaltungsangestellten - iS des § 121 Abs 1 SGB III objektiv zumutbar sind. Sodann ist zu prüfen, ob gesetzliche oder behördliche Verbote der Aufnahme einer bestimmten Beschäftigung entgegenstehen. Denn ist ein Arbeitsloser durch ein solches Verbot rechtlich gehindert, eine bestimmte Beschäftigung auszuüben, ist er insoweit objektiv nicht verfügbar (vgl. - allerdings ohne nähere Erläuterung - Durchführungsanweisung der Beklagten zu § 119 SGB III, S 50, Ordnungsnummer 3.1.4 Beschäftigungsverbote <119.143>; Stand

4/2011). Schließlich ist entscheidungserheblich, ob die Klägerin ab 11.0505.2009 gesundheitlich (weiterhin) in der Lage gewesen wäre, eine ihr objektiv zumutbaren Beschäftigung auch tatsächlich auszuüben; insoweit kann dem ärztlich ausgesprochenen Beschäftigungsverbot allenfalls Indizwirkung zukommen.

(...) Denn selbst wenn ein Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs 1 MuSchG als ein im Rahmen des § 119 Abs 5 Nr 1 SGB III zu beachtendes, gesetzliches Beschäftigungsverbot anzusehen wäre - wie dies in der Literatur teilweise vertreten wird - (so ohne nähere Begründung Valgolio in Hauck/Noftz, SGB III, Stand 2006, § 119 RdNr 121, 123; Gutzler in Mutschler/Bartz/Schmidt-De Caluwe, SGB III, 3. Aufl 2008, § 119 RdNr 127), könnte daraus nur gefolgert werden, dass arbeitslose Schwangere nicht beschäftigt werden dürfen, soweit mit einer Beschäftigung Gesundheitsgefahren verbunden sind, wobei es näherer Prüfung der qualitativen und quantitativen Leistungseinschränkungen sowie des Kreises der nicht zulässigen Tätigkeiten bedarf (vgl Dalheimer, aaO, § 3 RdNr 22).

BSG-Urteil vom 22.02.2012, AZ.: B 11 AL 26/10 R

Beschäftigungsverbot nicht unmittelbar auf Arbeitslose übertragbar

Arbeitslosigkeit setzt gemäß § 119 Abs. 1 SGB III nicht nur voraus, dass der Arbeitnehmer nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht (Beschäftigungslosigkeit), sondern erfordert auch, dass er den Vermittlungsbemühungen der Agentur für Arbeit zur Verfügung steht (Verfügbarkeit). Dies ist gemäß § 119 Abs. 5 Nr. 1 SGB III der Fall, wenn der Arbeitslose eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden wöchentlich umfassende zumutbare Beschäftigung unter den üblichen Bedingungen des für ihn in Betracht kommenden Arbeitsmarktes ausüben kann und darf. Zumutbar sind ihm gemäß § 121 Abs. 1 SGB III alle seiner Arbeitsfähigkeit entsprechenden Beschäftigungen, soweit allgemeine oder personenbezogene Gründe der Zumutbarkeit nicht entgegenstehen. Mit dem Wort „darf“ ist die rechtliche Zulässigkeit angesprochen, eine Beschäftigung überhaupt oder in dem gewünschten Umfang auszuüben. Es kommt deshalb darauf an, welche Beschäftigungen der Klägerin i. S. des § 121 Abs. 1 SGB III objektiv zumutbar waren und welchen davon gesetzliche oder behördliche Verbote entgegenstanden. Denn ist ein Arbeitsloser durch ein solches Verbot rechtlich gehindert, eine bestimmte Beschäftigung auszuüben, ist er insoweit objektiv nicht verfügbar. Schließlich ist entscheidungserheblich, ob die Klägerin ab 01.06.2008 gesundheitlich in der Lage gewesen wäre, eine ihr objektiv zumutbare Beschäftigung auch tatsächlich auszuüben; insoweit kann dem ärztlich ausgesprochenen Beschäftigungsverbot allenfalls Indizwirkung zukommen. Dies hat der erkennende Senat zuletzt in seiner Entscheidung vom 30.11.2011 (B 11 AL 7/11 R, RdNr. 19 - zur Veröffentlichung vorgesehen) klargestellt. An dieser Rechtsprechung hält er nach erneuter Überprüfung fest.

(...) Maßgebend ist also, wie weit das am 21.01.2008 von der behandelnden Ärztin angesprochene Beschäftigungsverbot reichte, d. h. ob es sich nur auf die zuletzt von der Klägerin ausgeübte Tätigkeit als Altenpflegerin erstreckte oder auf jegliche andere Art von Tätigkeit, die der Klägerin im Rahmen des § 121 SGB III zumutbar war (vgl. auch BSGE 96, 182 = SozR 4-2500 § 44 Nr. 9 - zu den Zumutbarkeitskriterien in § 121 SGB III).

(...) 4. Wie der Senat in seiner Entscheidung vom 30.11.2011 (B 11 AL 7/11 R, RdNr. 17 - zur Veröffentlichung vorgesehen) ausgeführt hat, kann das Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 1 MuSchG nicht unmittelbar auf Arbeitslose übertragen werden. Denn § 3 Abs. 1 MuSchG stellt darauf ab, dass die Gefährdung bei Fortdauer der Beschäftigung besteht. Es muss also ein Zusammenhang zwischen der Fortdauer der Beschäftigung und der Gefahr für Leib oder Leben von Mutter oder Kind bestehen. Dabei kann die Gefahr von einer Beschäftigung ausgehen, die Beschäftigung kann aber auch an sich ungefährlich sein und die Gefahr von der individuellen gesundheitlichen Konstitution der Frau ausgehen (vgl. Dalheimer,

MuSchG, § 3 RdNr. 15, Stand Juni 2009 mwN). Ein Beschäftigungsverbot bewirkt lediglich, dass der Arbeitgeber die betreffende Arbeitnehmerin tatsächlich nicht beschäftigen darf. Nach Wortlaut und Systematik des MuSchG hat der Arzt bei einem individuellen Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 1 MuSchG nur die Gefährdungslage zu attestieren; das Beschäftigungsverbot tritt kraft Gesetzes ein, sobald das Attest über die Gefährdungslage beim Arbeitgeber eintrifft (vgl. Zimmermann in Roos/Bieresborn, MuSchG, § 3 RdNr. 31, Stand April 2011; ebenso Dalheimer, aaO, RdNr. 19, wonach das ärztliche Zeugnis konstitutive Wirkung hat - unter Hinweis auf BAG-Rechtsprechung).

Vor diesem rechtlichen Hintergrund ist zu beanstanden, dass das LSG nicht der Frage nachgegangen ist, ob und inwieweit das zum Zeitpunkt des noch laufenden Arbeitsverhältnisses ausgesprochene Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 1 MuSchG für die Beurteilung der Verfügbarkeit einer arbeitslosen Schwangeren von Bedeutung ist. Es hat aus der ärztlichen Bescheinigung nur das Wort „Beschäftigungsverbot“ übernommen, ohne sich mit Wortlaut und Sinn der einschlägigen Rechtsgrundlage nach § 3 Abs. 1 MuSchG auseinanderzusetzen. Denn § 3 Abs. 1 MuSchG gilt nicht für arbeitslose Frauen; deshalb hätte Veranlassung bestanden, das Beschäftigungsverbot von dem Begriff der AU und dessen Anforderungen abzugrenzen. Insofern sind auch die Ausführungen des LSG unzureichend, die bei der Klägerin bestehenden Beschwerden und Gefährdungen hätten ab 01.06.2008 nicht zu einer krankheitsbedingten AU, sondern ausschließlich zu einem Beschäftigungsverbot aufgrund der Gefahr einer Frühgeburt geführt.

7.6.4 Dieselbe Krankheit

BAG-Urteil vom 13.07.2005, AZ.: 5 AZR 389/04

Wiederholte AU infolge derselben Krankheit

Wiederholte Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit und damit eine Fortsetzungserkrankung liegt vor, wenn die Krankheit, auf der die frühere Arbeitsunfähigkeit beruhte, in der Zeit zwischen dem Ende der vorausgegangenen und dem Beginn der neuen Arbeitsunfähigkeit medizinisch nicht vollständig ausgeheilt war, sondern als Grundleiden latent weiterbestanden hat, so dass die neue Erkrankung nur eine Fortsetzung der früheren Erkrankung darstellt. Die wiederholte Arbeitsunfähigkeit muss auf demselben nicht behobenen Grundleiden beruhen. Dieses kann verschiedene Krankheitssymptome zur Folge haben (Senat 14. November 1984 - 5 AZR 394/82 - BAGE 47, 195). Diese Grundsätze gelten auch, wenn eine Maßnahme der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation nach § 9 Abs. 1 EFZG und eine vorangegangene oder nachfolgende Arbeitsunfähigkeit dieselbe Ursache haben (vgl. Senat 18. Januar 1995 - 5 AZR 818/93 - BAGE 79, 122; Schmitt Entgeltfortzahlungsgesetz § 9 EFZG Rn. 50).

Der Anspruch auf Entgeltfortzahlung nach § 3 Abs. 1 Satz 1 EFZG ist auch dann auf die Dauer von 6 Wochen seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit begrenzt, wenn während bestehender Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit auftritt, die ebenfalls zur Arbeitsunfähigkeit führt. In diesem Fall kann der Arbeitnehmer bei entsprechender Dauer der durch beide Erkrankungen verursachten Arbeitsverhinderung die 6-Wochen-Frist nur einmal in Anspruch nehmen (Grundsatz der Einheit des Verhinderungsfalls). Ein weiterer Entgeltfortzahlungsanspruch besteht nur dann, wenn die erste Arbeitsverhinderung bereits in dem Zeitpunkt beendet war, in dem eine weitere Erkrankung zu einer neuen Arbeitsverhinderung führt (vgl. Senat 2. Dezember 1981 - 5 AZR 89/80 - BAGE 37, 172). Tritt eine Krankheit, die sich später als Fortsetzungserkrankung herausstellt, zu einer bereits bestehenden, zur Arbeitsunfähigkeit führenden Krankheit hinzu und dauert sie über deren Ende hinaus an, ist sie für die Zeit, in der sie die alleinige Ursache der Arbeitsunfähigkeit war, als Teil der späteren Fortsetzungserkrankung zu werten (Senat 2. Februar 1994 - 5 AZR 345/93 - BAGE 75, 340 [BAG 02.02.1994 - 5 AZR 345/93]).

Führen zwei Krankheiten jeweils für sich betrachtet nicht zur Arbeitsunfähigkeit, sondern nur weil sie zusammen auftreten, liegt eine Fortsetzungserkrankung auch vor, wenn später eine der beiden Krankheiten erneut auftritt und allein zur Arbeitsunfähigkeit führt. Auch in diesem Fall ist die erneut auftretende Krankheit Ursache einer vorausgegangenen Arbeitsunfähigkeit gewesen.

BSG-Urteil vom 07.12.2004, AZ.: B 1 KR 10/03 R

Wiederholte AU infolge derselben Krankheit

Der Senat hat ausgeführt, dass es sich bei einer wiederholten Erkrankung im Rechtssinne um dieselbe Krankheit handelt, wenn ihr dieselbe, nicht behobene Krankheitsursache zu Grunde liegt. Der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der die Krankheitsursache bildet, braucht dabei weder ständig Krankheitserscheinungen hervorzurufen noch fortlaufend Behandlungsbedürftigkeit zu bewirken. Es genügt vielmehr, wenn ein medizinisch nicht ausgeheiltes Grundleiden latent weiter besteht und nach einem beschwerdefreien oder beschwerdearmen Intervall erneut Krankheitssymptome hervorruft (so z. B. Beschluss des Senats vom 11. Juli 2000 - B 1 KR 43/99 B - unveröffentlicht - für eine nervenärztlich behandelte psychosomatische Erkrankung). Diese Auslegung greift auf frühere Rechtsprechung zurück, in der sich das BSG gerade im Zusammenhang mit wiederholt auftretenden Rückenbeschwerden bei degenerativen Wirbelsäulenveränderungen zur Bedeutung des umstrittenen Terminus geäußert hatte (Urteil vom 12. Oktober 1988 - 3/8 RK 28/87 = USK 88135; BSGE 83, 7, 9 = SozR 3-2500 § 48 Nr. 8 S. 38; ebenso

z. B. Krauskopf/Marburger, MedSach 1989, 190). Danach liegt „dieselbe Krankheit“ vor, solange eine Grunderkrankung nicht ausgeheilt ist und immer wieder zu behandlungsbedürftigen bzw. Arbeitsunfähigkeit bedingenden Krankheitserscheinungen führt; ob diese Erscheinungen in gleicher Weise und ohne zeitliche Unterbrechung fortbestehen, ist demgegenüber unerheblich. Diese Sichtweise steht in Einklang mit der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) zum Recht der Entgeltfortzahlung (heute: § 3 Abs. 1 Satz 2 des Gesetzes über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall - EFZG). Auch dort wird unter „dieselbe Krankheit“ ein noch medizinisch latent weiterbestehendes, nicht ausgeheiltes Grundleiden verstanden, ohne dass sich dabei identische Krankheitssymptome äußern müssen.

BSG-Beschluss vom 18.01.2017, AZ.: B 3 KR 32/16 B

Auslegung des Begriffs "dieselbe Krankheit"

Das BSG hat bereits darauf hingewiesen, dass bei der Auslegung des Begriffs "dieselbe Krankheit" iS von § 48 SGB V eine stark verfeinernde, eng fachmedizinisch-diagnostische Sichtweise zu vermeiden ist, die die Gefahr begründet, dass dem Merkmal im Kontext des § 48 Abs 1 SGB V letztlich gar keine eigenständige rechtliche Bedeutung mehr zukommt, obwohl das Gesetz damit gerade eine Einengung des zeitlichen Umfangs der Krankengeldgewährung bezweckt (vgl nur BSG Urteil vom 21.6.2011 - B 1 KR 15/10 R - SozR 4-2500 § 48 Nr 4 mwN). Im Übrigen dürfte der Herausbildung eines von der Klägerin gewünschten allgemeinen abstrakten Rechtssatzes entgegenstehen, dass sie selbst darauf hinweist, dass Hüftgelenke in medizinischer Hinsicht sowohl von derselben Krankheit als auch von unterschiedlichen Erkrankungen betroffen sein können. Dies bedarf der Feststellung im Einzelfall anhand des individuellen Krankheitsverlaufs. Überdies hat die Klägerin auch nicht vorgetragen, dass der bisherigen Rechtsprechung des BSG zur Auslegung des Begriffes "dieselbe Krankheit" erhebliche Kritik entgegengesetzt worden ist, die Anlass zu einer weiteren revisionsrechtlichen Überprüfung geben könnte.

BSG-Urteil vom 21.06.2011, AZ.: B 1 KR 15/10 R

Hinzutreten während der Arbeitsunfähigkeit

Bei im Zeitablauf nacheinander auftretenden Erkrankungen handelt es sich im Rechtssinne um dieselbe Krankheit, wenn der regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der die Krankheitsursache bildet, auf ein medizinisch nicht ausgeheiltes Grundleiden zurückzuführen ist (vgl BSGE 83, 7, 9 = SozR 3-2500 § 48 Nr. 8 S 38). Dies kann z. B. bei wiederholt in unterschiedlicher Ausprägung auftretenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Fall sein (vgl BSG SozR 4-2500 § 48 Nr 3 RdNr 25 mwN). Hierbei ist eine stark verfeinernde, eng fachmedizinisch-diagnostische Sichtweise zu vermeiden, die die Gefahr begründet, dass dem Merkmal im Kontext des § 48 Abs 1 SGB V letztlich gar keine eigenständige rechtliche Bedeutung mehr zukommt, obwohl das Gesetz damit gerade eine Einengung des zeitlichen Umfangs der Krankengeldgewährung bezweckt (vgl BSG SozR 4-2500 § 48 Nr 3 RdNr 25; BSG Urteil vom 7.12.2004 - B 1 KR 10/03 R mwN, jeweils Kurzwiedergabe in NZA 2005, 572 = SGB 2005, 333 = Die Leistungen Beilage 2005, 173). Gleiches hat der erkennende Senat erwogen, wenn ein Versicherter etwa bei einem schweren, sich in einem Sekundenbruchteil realisierenden Unfallereignis zusammenhanglos Gesundheitsschäden in mehreren Körperregionen erleidet. Nichts anderes gilt bei Versicherten, bei denen wegen des Nebeneinanders verschiedener gravierender akuter oder chronischer Leiden von Anfang an eine Multi- oder Polymorbidität bzw. Polypathie besteht. Denn in Bezug auf die Anspruchsdauer des Krg behandelt das Gesetz den Versicherten, der von vornherein an mehreren Krankheiten leidet und der deshalb arbeitsunfähig ist, nicht anders als denjenigen, bei dem "nur" ein einziges Leiden die AU auslöst (vgl zum Ganzen BSG SozR 4-2500 § 48 Nr 3 RdNr 21 mwN).

Die dargestellte Begrenzung der Leistungsdauer des Krankengeldes beruht maßgeblich auf der Erwägung, dass es in erster Linie der gesetzlichen Rentenversicherung obliegt, bei dauerhaft eingetretener Erwerbsminderung des Versicherten Entgeltersatzleistungen zur Verfügung zu stellen, während die gesetzliche Krankenversicherung typischerweise nur für den Ausgleich des entfallenden laufenden Arbeitsentgelts bei vorübergehenden, d. h. behandlungsfähigen Gesundheitsstörungen eintritt (BSG SozR 4-2500 § 48 Nr. 3 RdNr. 20; BSGE 94, 26 = SozR 4-2500 § 51 Nr. 1, RdNr. 13 mwN; BVerfGE 97, 378, 386 = SozR 3-2500 § 48 Nr. 7 S. 32 f). Krankengeld hat auch beim Fehlen von Rentenansprüchen und -answartschaften nicht die Funktion, dauerhafte Leistungsdefizite bzw. eine Erwerbsminderung finanziell abzusichern (vgl. zur Systementscheidung über die Zuordnung der Lohnersatzleistungen BSG-Urteil vom 28.09.2010 - B 1 KR 31/09 R - zur Veröffentlichung in BSGE 106, 296 = SozR 4-2500 § 50 Nr. 2 vorgesehen, RdNr. 15 mwN; zur insoweit fehlenden Auffangfunktion des Krankengeldes vgl. schon BVerfGE 97, 378, 386 = SozR 3-2500 § 48 Nr. 7 S 32 f). (...)

Ein „Hinzutreten während der Arbeitsunfähigkeit“ i. S. von § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V liegt unter Berücksichtigung von Wortlaut, Systematik sowie nach Sinn und Zweck der Regelung auch dann vor, wenn zeitgleich mit dem Vorliegen oder Wiedervorliegen einer zur AU führenden ersten Erkrankung unabhängig von dieser Krankheit zugleich eine weitere Krankheit die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten bedingt. Es reicht insoweit aus, dass die Krankheiten zumindest an einem Tag zeitgleich nebeneinander bestanden haben (BSG SozR 4-2500 § 48 Nr. 3 RdNr. 16; so im Ergebnis auch: LSG NRW Urteil vom 15.5.2001 - L 5 KR 77/00 = EzS 90/258; vgl. ferner z. B. Schmidt in: H. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Bd. 2, Stand 1.7.2010, § 48 SGB V RdNr. 46; Schulz, WzS 1985, 36, 38; Berchtold, Krankengeld, 2004, S 173 RdNr. 622; noch offen lassend Just in: Wannagat, § 48 SGB V RdNr. 9, Stand März 2005). § 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V setzt deshalb nicht voraus, dass zwei Krankheiten bei dem Versicherten im Falle bestehender AU in der Weise aufeinander treffen, dass eine zweite Krankheit einer schon zuvor eingetretenen und fortbestehenden ersten Krankheit zeitlich nachfolgt (vgl. zum Ganzen BSG SozR 4-2500 § 48 Nr. 3 RdNr. 16).

§ 48 Abs. 1 Satz 2 SGB V fordert für eine „hinzutretene“ Krankheit, dass sie bereits „während“ des Bestehens „der Arbeitsunfähigkeit“ infolge der ersten Krankheit aufgetreten ist. Diese vom Wortlaut der Norm gezogene Grenze darf nicht unter Berufung auf den dargelegten Regelungszweck unberücksichtigt bleiben, wie es bei Einnahme des Rechtsstandpunktes der Beklagten der Fall wäre. Deshalb hat die Rechtsprechung schon bisher betont, dass eine Krankheit nicht mehr hinzutritt, sondern in ihren Rechtsfolgen eigenständig zu beurteilen ist, wenn sie erst am Tage nach Beendigung der bisherigen AU oder noch später auftritt (vgl. BSG SozR 4-2500 § 48 Nr. 3 RdNr. 23; BSGE 83, 7, 10 = SozR 3-2500 § 48 Nr. 8 S 39; BSGE 71, 290, 292 = SozR 3-2500 § 48 Nr. 3 S 14 f; BSG SozR Nr. 40 zu § 183 RVO = USK 6950). Das ist auch in der Literatur weitgehend unumstritten (vgl. z. B. Vay in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung - Pflegeversicherung, Stand März 2011, § 48 SGB V RdNr. 9; Gerlach in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand Mai 2011, K § 48 RdNr. 5; Schmidt in: H. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Bd. 2, Stand 1.7.2010, § 48 SGB V RdNr. 46; Marschner in: von Maydell, GK-SGB V, Stand Oktober 2002, § 48 RdNr. 7; Höfler in: Kasseler Komm, Stand April 2011, § 48 SGB V RdNr. 7a; Knorr/Krasney, Entgeltfortzahlung - Krankengeld - Mutterschaftsgeld, 7. Aufl., Stand Mai 2011, § 48 SGB V RdNr. 16 S O 708 mwN; Widekamp in: Orłowski/Rau/Schermer/Wasem/Zipperer, Stand April 2011, GKV-Komm SGB V, § 48 RdNr. 7; aA Franz, WzS 1966, 195, 198 f). Daran fehlt es.

7.6.5 Form und Verbindlichkeit von Gutachten des Medizinischen Dienstes

BSG-Urteil vom 07.08.1991, AZ.: 1/3 RK 26/90

Anforderungen an ein ärztliches Gutachten nach § 51 SGB V, Ermessensspielraum der Kassen

Nach der - mit § 51 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) inhaltlich übereinstimmenden - Vorschrift des § 183 Abs. 7 Satz 1 RVO in der Fassung des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) vom 7. August 1974 (BGBl I, 1881) - in Geltung gewesen ab 1. Oktober 1974 (§ 45 RehaAnglG) - kann die Krankenkasse dem Versicherten, wenn er nach ärztlichem Gutachten als erwerbsunfähig anzusehen ist, eine Frist von 10 Wochen setzen, innerhalb der er einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation bei einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung zu stellen hat. Bevor die Kasse die Entscheidung über die Fristsetzung trifft, muss - das ergibt sich eindeutig aus dem Gesetz - ein ärztliches Gutachten vorliegen. Das Gesetz sagt nicht, welcher Arzt das Gutachten zu erstatten hat.

In der Norm ist nicht definiert, was man unter einem „ärztlichen Gutachten“ zu verstehen hat. Auch aus den Gesetzesmaterialien (BT-Drucks 3/1540, S. 13 zu § 200 des Entwurfs eines Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes; BT-Drucks 3/2478, S 2 zu § 183 RVO; BT-Drucks 7/1237, S. 64 zu Nr. 8b - § 183 Abs. 7 RVO) ergibt sich kein Anhalt für die Auslegung dieses Begriffs. Dass es sich aber um mehr als ein Attest oder eine Bescheinigung handeln muss, wird in der Literatur zu Recht angenommen (vgl. dazu Krasney, MEDSACH 1972, 31; Kohlhausen, MEDSACH 1972, 35; Jonas, aaO, S. 38; Peters, § 183 Anm 13c; Krauskopf/ Schroeder-Printzen, Soziale Krankenversicherung, 2. Aufl., § 193 Anm. 20). Hierfür sprechen bereits der allgemeine Sprachgebrauch und insbesondere die in der Verwaltungs- und Gerichtspraxis übliche Differenzierung. Danach ist eine ärztliche Stellungnahme nur dann ein Gutachten, wenn darin - jedenfalls summarisch - die erhobenen Befunde wiedergegeben werden und sich der Arzt - soweit es sich um ein sozialmedizinisches Gutachten handelt - zu den nach seiner Auffassung durch die festgestellten Gesundheitsstörungen bedingten Leistungseinschränkungen und ihrer voraussichtlichen Dauer äußert (ähnlich SG Freiburg, WzS 1963, 215, 216; vgl. dazu auch Kohlhausen, aaO; Kagerer, WzS 1965, 304, 305; Peters, § 183 Anm. 13c).

Dass diese Anforderungen erfüllt sein müssen, macht auch die Funktion notwendig, die das ärztliche Gutachten im Rahmen des § 183 Abs. 7 RVO aF hat: Es soll als Grundlage für die Verwaltungsentscheidung der Krankenkasse dienen, ob dem Erkrankten wegen EU eine Frist zur Beantragung von Rehabilitationsmaßnahmen gesetzt werden kann. Deshalb hat es alle medizinischen Gesichtspunkte zu enthalten, die die Beurteilung zulassen, ob EU (§ 1247 RVO) anzunehmen ist oder nicht. Diese Entscheidung, die rechtlicher Natur ist, obliegt - hier allerdings nur für die Frage der Fristsetzung - der Krankenkasse und nicht dem Arzt (Peters, § 183, Anm. 13d; vgl. auch Krasney, aaO). Da die Rechtmäßigkeit der Fristsetzung aber auch von dem Inhalt des Gutachtens abhängt, muss dieses aus sich heraus verständlich und für diejenigen, die die Verwaltungsentscheidung möglicherweise überprüfen, nachvollziehbar sein. Das wäre aber nicht gewährleistet, wenn der Arzt sich darauf beschränkte, nur das Ergebnis seiner Überlegungen in der Form mitzuteilen, dass er EU bejaht.

Die Krankenkassen sind, selbst wenn sie aufgrund des ärztlichen Gutachtens die Erwerbsunfähigkeit bejahen, nicht verpflichtet, dem Versicherten stets eine Frist zur Stellung des Rehabilitationsantrags zu setzen. Sie haben insoweit einen Ermessensspielraum.

BSG-Urteil vom 08.11.2005, AZ.: B 1 KR 18/04

Verbindlichkeit des Gutachtens des Medizinischen Dienstes

Auch wenn dem sozialgerichtlichen Verfahren wegen der in §§ 103, 128 SGG niedergelegten Amtsermittlungspflicht eine subjektive Beweisführungslast fremd ist, können einen der Beteiligten nach den hier stattdessen geltenden Grundsätzen über die objektive Beweislast (Feststellungslast) gleichwohl nachteilige Folgen daraus treffen, dass das Gericht eine bestimmte Tatsache nach Ausschöpfung aller Beweismittel nicht feststellen kann. Dabei gilt der Grundsatz, dass jeder Beteiligte die Beweislast für diejenigen Tatsachen - in Bezug auf das Vorhandensein positiver wie für das Fehlen negativer Tatbestandsmerkmale - trägt, welche die von ihm geltend gemachte Rechtsfolge begründen (vgl. schon BSGE 6, 70, 73; BSGE 71, 256, 260 mwN = SozR 3-4100 § 119 Nr. 7 mwN; ferner z. B. Leitherer in: Meyer-Ladewig, u a, aaO, § 103 RdNr. 19a mwN; Roller in: Handkommentar, aaO, § 103 RdNr.0 34).

Dieser Grundsatz greift gerade typischerweise in den Fällen, in denen die Beurteilungen der Arbeits(un)fähigkeit durch den behandelnden Arzt auf der einen Seite und durch den MDK auf der anderen Seite voneinander abweichen. Dementsprechend sind nach der ständigen Rechtsprechung des BSG Krankenkassen und Gerichte an den Inhalt einer ärztlichen Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit nicht gebunden. Einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kommt vielmehr lediglich die Bedeutung einer ärztlich-gutachtlichen Stellungnahme zu, welche die Grundlage für den über den Krankengeldanspruch zu erteilenden Verwaltungsakt der Krankenkasse bildet.

Die Klägerin übersieht, dass die Feststellung von Arbeitsunfähigkeit mit Wirkung für die Zukunft stets mit einer Prognose verbunden ist, die ihre Grundlage in ärztlichen Kenntnissen und Erfahrungen hat. Diese Prognose mag zwar in der Regel umso unsicherer sein, je weiter sie in die Zukunft reicht. Wo dabei im Einzelnen zeitliche Grenzen zu ziehen sind, bestimmt sich jedoch nach der Art der betroffenen Krankheit und den für die jeweilige Arbeitsunfähigkeit bedeutsamen Umständen des Einzelfalls.

Diese Regelung legt einer Krankenkasse deshalb nicht schon bei jedweder erneuten Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit durch den behandelnden Arzt die Pflicht auf, wiederum den MDK einzuschalten, wenn - wie hier - in Bezug auf den für die Krankengeldgewährung streitigen Leistungszeitraum bereits zuvor eine MDK-Begutachtung erfolgt und in diesem Zusammenhang eine konkrete Prognose über die Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigungen abgegeben worden war. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der detailliert in § 275 Abs. 1a SGB V geregelten Beispiele für eine gebotene Befassung des MDK kann dessen wiederholte Einschaltung in derartigen Fällen vielmehr erst dann als „erforderlich“ angesehen werden, wenn sich aus dem Inhalt einer neuen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung selbst oder aus sonstigen, z. B. neu hinzugetretenen Umständen nachvollziehbare Zweifel an der Richtigkeit einer vorangegangenen MDK-Einschätzung ergeben. Obwohl der einzelne Vertragsarzt nicht gehindert ist, die Arbeits(un)fähigkeit des Versicherten anders zu beurteilen als der MDK, besteht ohne derart erkennbare Umstände eine erneute Begutachtungspflicht nur dann, wenn der behandelnde Arzt seine gegenteilige Ansicht untermauert und nicht nur seine schon zuvor abgegebene Einschätzung in der Folgezeit kommentarlos wiederholt. Dies ergibt sich in gleicher Weise auch aus den einschlägigen Regelungen des Vertragsarztrechts. So ist nach § 62 Abs. 3 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä, vom 19. Dezember 1994, DÄBl 1995, A- 455) und § 19 Abs. 3 BMV-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä, DÄBl 1994, A-146) das Gutachten des MDK zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit vorbehaltlich der (nachfolgenden) Bestimmung in Abs. 4 verbindlich. Abs. 4 der genannten Mantelvertragsnormen regelt, dass der behandelnde Arzt unter Darlegung seiner Gründe bei der Krankenkasse ein Zweitgutachten beantragen kann, wenn zwischen ihm und dem MDK Meinungsverschiedenheiten über das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit u. Ä. bestehen,

über die der MDK eine Stellungnahme abgegeben hat. Erst dann, wenn die Krankenkasse diese Meinungsverschiedenheiten nicht ausräumen kann, soll der MDK mit dem Zweitgutachten einen Arzt des Gebiets beauftragen, in das die verordnete Leistung oder die Behandlung der vorliegenden Erkrankung fällt. Nr. 23 AU-Richtlinie sieht im Wesentlichen übereinstimmend damit ebenfalls die Verbindlichkeit des MDK-Gutachtens vor, das nur auf einen begründeten Einspruch des Arztes hin mittels eines Zweitgutachtens zu überprüfen ist.

7.6.6 Stufenweise Wiedereingliederung

BSG-Urteil vom 05.02.2009, AZ.: B 13 R 27/08

Stufenweise Wiedereingliederung, Einheitlichkeit der Gesamtmaßnahme

Anhaltspunkte dafür, dass der Anspruch auf Übergangsgeld während einer stufenweisen Wiedereingliederung die gleichzeitige Gewährung einer (Haupt-)Leistung voraussetzt, lassen sich dem SGB IX an keiner Stelle entnehmen (BSG aaO, Juris RdNr 24). Die stufenweise Wiedereingliederung im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Reha steht mit dieser wegen der gemeinsamen Zielsetzung der dauerhaften Wiedereingliederung in das Erwerbsleben - möglichst auf dem zuletzt innegehabten Arbeitsplatz - in einem so engen Zusammenhang, dass letztlich beide als einheitliche Reha-Maßnahme anzusehen sind, die mit der stationären Aufnahme in der Reha-Einrichtung beginnt und im günstigsten Fall mit der vollen Rückkehr des Versicherten an seinen Arbeitsplatz endet (BSG aaO, Juris RdNr 27) .

Solange die Leistungsvoraussetzungen des § 28 SGB IX (Arbeitsunfähigkeit; nach ärztlicher Feststellung bestehende Fähigkeit, die bisherige Tätigkeit teilweise verrichten zu können; voraussichtlich bessere Wiedereingliederungschance durch stufenweise Wiederaufnahme der Tätigkeit) vorliegen und die Einheitlichkeit des (hier: durch die AHB) begonnenen Reha-Verfahrens gewahrt ist, ist die Voraussetzung des unmittelbaren Anschlusses gegeben.

BSG-Urteil vom 20.10.2009, AZ.: B 5 R 44/08 R

Stufenweise Wiedereingliederung, Einheitlichkeit der Gesamtmaßnahme

Nach einer vom Rentenversicherungsträger gewährten stationären Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation bleibt die Rentenversicherung für die stufenweise Wiedereingliederung gemäß § 15 Abs. 1 SGB VI i. V. m. § 28 SGB IX und damit für die Zahlung von Übergangsgeld gemäß § 45 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX i. V. m. § 20 Nr. 1 SGB VI zuständig, solange sich die stufenweise Wiedereingliederung als Bestandteil einer in der Zusammenschau einheitlichen (Gesamt-) Maßnahme darstellt (BSG SozR 4-3250 § 28 Nr. 3 RdNr. 21). Dies ist der Fall, wenn das „rentenversicherungsrechtliche“ Rehabilitationsziel noch nicht erreicht ist, d. h. der Versicherte die bisherige Tätigkeit noch nicht in vollem Umfang aufnehmen kann, weil er den berufstypischen (nicht: arbeitsplatzspezifischen) Anforderungen dieser Tätigkeit gesundheitlich noch nicht gewachsen ist (BSG SozR 4-2600 § 10 Nr. 2 RdNr. 19), der weitere Rehabilitationsbedarf spätestens bei Abschluss der stationären Maßnahme zutage getreten ist (BSG SozR 4-3250 § 51 Nr. 1 RdNr. 28; SozR 4-3250 § 28 Nr. 3 RdNr. 21), und die Voraussetzungen des § 28 SGB IX bis zum Beginn der stufenweisen Wiedereingliederung durchgehend vorliegen (BSG SozR 4-3250 § 28 Nr. 3 RdNr. 21). Sollte der Zeitraum zwischen der stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme und der stufenweisen Wiedereingliederung weniger als eine Woche betragen, kann von Letzterem ohne weiteres ausgegangen werden.

Ein Zeitraum zwischen der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme und der stufenweisen Wiedereingliederung löst entgegen der Ansicht der Beklagten nicht notwendig einen Wechsel der Leistungsträger aus. Vielmehr ist für diesen Zeitraum die Leistung eines Zwischenübergangsgeldes durch die Träger der Rentenversicherung zu erwägen (vgl. hierzu BSG SozR 3-2600 § 25 Nr. 1). In Anwendung des SGB IX ist von dem Grundsatz der umfassenden und vollständigen Leistungserbringung auszugehen, wie er im Übrigen bereits § 4 Abs. 2, § 5 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1, § 6 Abs. 2 (i. V. m §§ 16, 17 Abs. 1) des Gesetzes über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 07.08.1974 (BGBl I S 1881) zugrunde lag. Insofern kann mit einem angeblichen Trägerwechsel nicht gegen die Leistungspflicht eines Rehabilitationsträgers

argumentiert werden; vielmehr schließt - umgekehrt - die Leistungspflicht für mehrere als Einheit aufzufassende Einzelmaßnahmen einen Trägerwechsel aus.

7.6.7 Gefährdung/Minderung der Erwerbsfähigkeit

BSG-Urteil vom 05.02.2009, AZ.: B 13 R 27/08 R

Erwerbsfähigkeit

Nach § 7 Satz 1 SGB IX gelten die Vorschriften des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Reha-Träger geltenden Leistungsgesetzen nichts Abweichendes ergibt. Leistungen zur Teilhabe sind gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 1 und 2 SGB IX insbesondere die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung die Behinderung abzuwenden und Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden bzw. zu überwinden. Für den Träger der Rentenversicherung bestimmt § 9 Abs. 1 SGB VI, dass dieser Leistungen zur medizinischen Reha erbringt, um den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit des Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit des Versicherten oder sein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder ihn möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederinzugliedern. Voraussetzung für die Erbringung einer Leistung zur medizinischen Reha oder einer ergänzenden Leistung ist hiernach, dass die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten aufgrund Krankheit oder Behinderung (weiterhin) besteht. Dabei ist der Begriff der - im Gesetz nicht definierten - Erwerbsfähigkeit als Fähigkeit des Versicherten zu verstehen, seinen bisherigen Beruf oder seine bisherige Tätigkeit weiter ausüben zu können (Senatsurteil vom 29.03.2006 SozR 4-2600 § 10 Nr. 1; BSG vom 17.10.2006, SozR aaO Nr. 2; BSGE 52, 123, 125 f = SozR 2200 § 1237a Nr. 19 S. 54 f unter Hinweis u. a. auf BSGE 48, 74, 75 = SozR 2200 § 1237a Nr. 6, S. 8) . Nicht hingegen sind die Kriterien anwendbar, die für die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen für eine Rente wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit (Erwerbsminderung) maßgebend sind (BSGE 49, 263 = SozR 2200 § 1237a Nr. 10; BSGE 52, 123, 125 = SozR 2200 § 1237a Nr. 19 S 54 mwN).

7.6.8 Wegfall des Krankengeldes, Einschränkung des Dispositionsrechts

BSG-Urteil vom 07.12.2004, AZ.: B 1 KR 6/03 R

Berechtigtes Interesse des Versicherten

Das Eingreifen der Fiktion des § 116 Abs. 2 SGB VI setzt u. a. voraus, dass der Versicherte erwerbsunfähig ist und Leistungen zur Rehabilitation nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die Erwerbsunfähigkeit nicht verhindert haben. Das Vorliegen dieser Voraussetzungen hat das LSG - von der Revision unangegriffen - festgestellt. § 116 Abs. 2 SGB VI belässt dem Versicherten allerdings grundsätzlich das Recht, im Rahmen seiner allgemeinen Dispositionsbefugnis darüber, ob er bei antragsabhängigen Sozialleistungen (vgl. § 19 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch) einen Leistungsantrag stellen will oder nicht oder ob er einen gestellten Antrag wieder zurückzunehmen will, zu bestimmen, dass der Reha-Antrag nicht die Wirkung eines Rentenanspruches haben soll (vgl. BSG SozR 3-1300 § 86 Nr. 3, S. 7 mwN). Demgemäß ist es nach ständiger Rechtsprechung grundsätzlich statthaft, einen Rentenanspruch bis zum Ergehen eines Rentenbescheides und auch darüber hinaus - etwa bis zum Ablauf der Widerspruchsfrist - zurückzunehmen (zusammenfassend: BSGE 76, 218, 221 ff = SozR 3-2500 § 50 Nr. 3 S 9 ff mwN). Das gilt selbst dann, wenn damit der mit der Rentenbewilligung verbundene Wegfall einer anderen Sozialleistung verhindert wird, weil es sich nicht um einen nach den Grundsätzen des § 46 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) zu beurteilenden Verzicht handelt (so BSGE 76, 218, 222 = SozR aaO S. 10). Über einen einmal gestellten Leistungsantrag kann jedoch nicht mehr disponiert werden, wenn z. B. ein an einer möglichst späten Antragstellung wirtschaftlich interessierter anderer Leistungsträger mit dem Versicherten zu Lasten des ersten leistungspflichtigen Trägers kollusiv zusammenwirkt (BSG SozR 3-1300 § 86 Nr. 3, S. 10).

Speziell im Schnittbereich der Leistungspflicht von Kranken- und Rentenversicherung kann die Dispositionsbefugnis des Versicherten unter einem weiteren Gesichtspunkt eingeschränkt sein. So kann eine Krankenkasse nach § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V (hier noch anzuwenden i. d. F. des Gesetzes vom 18. Dezember 1989, BGBl I 2261) einem Versicherten, dessen Erwerbsfähigkeit - wie bei der Versicherten W. - nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, eine Frist von 10 Wochen setzen, innerhalb derer er einen Antrag auf Maßnahmen zur Rehabilitation zu stellen hat. Stellt der Versicherte innerhalb der Frist den Reha-Antrag nicht, so entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist bzw. lebt bei späterer Antragstellung erst mit diesem Zeitpunkt wieder auf (§ 51 Abs. 3 Satz 1 und 2 SGB V). § 51 SGB V will i. V. m. § 50 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V zum einen die doppelte Gewährung von Sozialleistungen vermeiden und zum anderen eine sachgerechte Abgrenzung der Leistungszuständigkeit von Kranken- und Rentenversicherung dahin vornehmen, dass Rentenzahlungen den Vorrang vor Krankengeldleistungen haben, weil es in erster Linie Aufgabe der Rentenversicherung ist, bei dauerhafter Erwerbsminderung mit Leistungen einzutreten (so z. B. Marschner, WzS 1996, 65 f; Buschmann, SGB 1996, 279). Der Krankenkasse wird durch die Aufforderung und Fristsetzung nach § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V das Recht eingeräumt, Einfluss auf den Beginn der antragsabhängigen Rente wegen Erwerbsminderung zu nehmen (vgl. § 99 Abs. 1 SGB VI) und einen Wegfall ihrer Leistungszuständigkeit für das Krankengeld schon vor Erreichen der Anspruchshöchstdauer (vgl. § 48 SGB V) zu bewirken. Um der Krankenkasse diesen Vorteil zu erhalten, hat das BSG in ständiger Rechtsprechung bereits zu § 183 Abs. 7 und 8 RVO - den Vorgängerregelungen zu § 51 Abs. 1 und 2 SGB V - entschieden, dass der Versicherte, der auf die Aufforderung der Krankenkasse hin einen entsprechenden Antrag gestellt hat, diesen Antrag wirksam nur noch mit Zustimmung der Krankenkasse zurücknehmen bzw. beschränken kann (vgl. BSGE 52, 26, 29 ff = SozR 2200 § 1248 Nr. 33; BSG USK 81171). Diese Rechtsprechung ist auch unter der Geltung des § 51 SGB V aufrechterhalten worden (vgl. BSGE 76, 218, 223 = SozR 3-2500 § 50 Nr. 3 S 11).

Nach der Rechtsprechung des BSG kann der Versicherte in einem Fall, in dem die Wirksamkeit der Reha-Antragsrücknahme bzw. der Ausschluss der Rentenantragsfiktion des § 116 Abs. 2 SGB VI von der Zustimmung der Krankenkasse abhängt, eine förmliche Entscheidung der Kasse darüber herbeiführen, ob sie diese Zustimmung erteilt oder nicht; dies war hier zu Lebzeiten der Versicherten W. geschehen. Die Krankenkasse ist in ihrer EntschlieÙung über diesen Antrag nicht völlig freigestellt, sondern hat ihre Entscheidung nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffen (vgl. BSGE 52, 26, 31 = SozR 2200 § 1248 Nr. 33 S 77 mwN; BSGE 69, 187, 190 = SozR 3-2200 § 183 Nr. 2 S 8 mwN; Höfler in: Kasseler Kommentar, § 51 SGB V RdNr. 8; Schmidt in: H. Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 51 SGB V RdNr. 41; Marschner in: von Maydell, GK-SGB V § 51 RdNr. 20). Die Entscheidung ist nach Maßgabe des § 54 Abs. 2 Satz 2 SGG auf Ermessensfehler hin sozialgerichtlich überprüfbar (zu den im Rahmen des § 51 SGB V geltenden Maßstäben allgemein vgl. z. B. Noftz, aaO, K § 51 RdNr. 22 f). Kann der Versicherte ein berechtigtes Interesse am Hinausschieben des Rentenbeginns geltend machen, das die Belange der Krankenkasse überwiegt, muss die Kasse ihre Zustimmung erteilen. Ein solches berechtigtes Interesse des Versicherten kommt nach der Rechtsprechung vor allem in Betracht, wenn „eine erhebliche Verbesserung des Rentenanspruchs erreicht werden kann, z. B. durch eine evtl. noch mögliche Erfüllung der Voraussetzungen für eine Erhöhung der Rentenbemessungsgrundlage“ (so BSGE 52, 26, 31 = SozR 2200 § 1248 Nr. 33; vgl. auch Grundsätze des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger zum Dispositionsrecht des Versicherten vom 19. Mai 1983, aktuelle Fassung bei: Zweng/Scheerer/Buschmann/Dörr, Handbuch der Rentenversicherung, 3. Aufl., Bd. II, Anhang zu § 116 SGB VI).

Nach der Rechtsprechung des BSG muss der Versicherte angesichts der oben dargestellten weit reichenden Rechtsfolgen, die ein Vorgehen der Krankenkasse gegenüber dem Versicherten auf der Grundlage des § 51 Abs. 1 SGB V auslöst, eindeutige Klarheit darüber erhalten, welche Konsequenzen für ihn mit einer daraufhin erfolgenden Beantragung von Leistungen zur Rehabilitation verbunden sind (so schon BSGE 76, 218, 224 = SozR 3-2500 § 50 Nr. 3 S 12; Höfler in: Kasseler Kommentar, § 51 SGB V RdNr. 11). Dazu ist mit Rücksicht auf die Beratungspflichten eines Sozialleistungsträgers (§ 14 SGB I) insbesondere eine Information über die sich als Rechtsfolge ergebende mögliche Einstellung des Krankengeldes nach Ablauf des 10-Wochen-Zeitraums gemäß § 51 Abs. 3 SGB V erforderlich. Ebenso nötig ist ein Hinweis darauf, dass der Versicherte mit seiner ihm durch das Vorgehen der Krankenkasse nach § 51 Abs. 1 SGB V abverlangten Entscheidung, ob er einen Reha-Antrag stellt oder nicht, vor die Situation gestellt sein kann, damit nicht mehr ohne Weiteres und frei über seine Rentenantragstellung entscheiden zu können (vgl. BSGE 76, 218, 224 aE = SozR 3-2500 § 50 Nr. 3 S 12; ebenso Terdenge in: Hauck/Noftz, SGB VI K § 116 RdNr 9; Zweng/Scheerer/Buschmann/Dörr, aaO, § 116 SGB VI RdNr. 53).

Wie unter 2. d) ausgeführt, ist es in das pflichtgemäÙe Ermessen der Krankenkasse gestellt, ob sie bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 SGB V von ihren Befugnissen Gebrauch machen will bzw. ob sie diese Befugnisse im weiteren Verfahren aufrechterhält. Nichts anderes kann gelten bei der hier streitigen Entscheidung, ob die beklagte Krankenkasse dem Ausschluss einer Geltung des Reha-Antrages als Rentenantrag zustimmt. Bei der Ausübung muss die Krankenkasse alle Umstände des Einzelfalls sorgfältig abwägen und die Belange der Versicherten beachten. Das Gesetz räumt bei der Abwägung zwischen den Gestaltungsmöglichkeiten des Versicherten und den Befugnissen der Krankenkasse nach § 51 SGB V allerdings grundsätzlich den Interessen der Krankenkasse den Vorrang ein (so zutreffend Höfler in: Kasseler Kommentar, § 51 SGB V RdNr. 8). Eine Entscheidung zu Gunsten des Versicherten erfordert daher, dass seine Belange den bei Dauerzuständen gesetzlich typisierten Vorrang der Krankenkasseninteressen an einer Begrenzung der Krankengeldaufwendungen sowie der Überantwortung der Kompensation krankheitsbedingten Entgeltausfalls an die Rentenversicherungsträger überwiegen.

Ohne dass der Fall der Versicherten W. auf der Grundlage der Feststellungen des LSG (vgl. § 163 SGG) Veranlassung gibt, Ausführungen zu allen denkbaren Sachverhaltskonstellationen zu machen, ist jedenfalls hervorzuheben, dass es sich bei den durchgreifenden berechtigten Interessen des Versicherten um Belange handeln muss, die nicht in erster Linie darauf ausgerichtet sind, die der Krankenkasse zustehenden Befugnisse zu schmälern. In diesem Sinne werden auch in der Literatur weitere Sachverhaltskonstellationen für ein berechtigtes Herausschieben des Rentenbeginns bzw. ein Abgehen von der Renten-antragsfiktion hervorgehoben, z. B. dass ein Rentenantrag nach tarifvertraglichen Regelungen automatisch zum Arbeitsplatzverlust führen würde, dass der Anspruch auf Betriebsrente durch einen frühzeitigen Rentenbeginn verloren ginge, dass eine qualifizierte Wartezeit (§ 50 Abs. 2 bis 4 SGB VI) noch erreicht werden kann oder dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für eine Mitgliedschaft in der Krankenversicherung der Rentner noch erfüllbar sind (dazu vor allem: Niesel in: Kasseler Kommentar § 116 SGB VI RdNr. 17 mwN, i. V. m Höfler, ebenda, § 49 SGB V RdNr. 10; vgl. auch Zweng/Scheerer/Buschmann/Dörr, aaO, § 116 SGB VI RdNr. 52). Unter diesem Blickwinkel bestehen keine Bedenken, - wie hier - einem (rechtmäßigen) Wunsch des Versicherten nach Ausschöpfung von betrieblichen oder tarifvertraglichen Leistungen des Arbeitgebers grundsätzlich den Vorrang gegenüber den finanziellen Interessen der Krankenkasse einzuräumen; dies gilt vor allem dann, wenn das finanzielle Volumen das Ausmaß der Einbußen, die die Krankenkasse durch einen späteren Rentenbeginn erleidet (z. B. weil wegen absehbarer Erschöpfung der Anspruchshöchstdauer ohnehin nur noch geringe Krankengeldzahlungen anfallen würden) deutlich übersteigt. Ergäbe sich bei alledem, dass den Interessen keiner Seite deutlich der Vorrang einzuräumen ist, könnte auch der Umstand den Ausschlag geben, ob der Krankenkasse im Zusammenhang mit der Aufforderung zur Antragstellung nach § 51 SGB V gegenüber dem Versicherten Beratungsfehler bzw. Anhörungsmängel anzulasten waren oder ob sie selbst ihren Pflichten durchgehend beanstandungsfrei nachgekommen ist.

BSG-Urteil vom 26.06.2008, AZ.: B 13 R 37/07

Nachträgliche Einschränkung des Dispositionsrechts

Bei der Aufforderung der KK nach § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V an den Versicherten, innerhalb von 10 Wochen einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Reha und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen, die zur Einschränkung der Dispositionsfreiheit führt (BSG vom 07.12.2004, BSGE 94, 26 = SozR 4-2500 § 51 Nr. 1, RdNr. 13 ff) , handelt es sich um einen Verwaltungsakt (§ 31 SGB X; s bereits BSG vom 04.06.1981, BSGE 52, 26, 31 = SozR 2200 § 1248 Nr. 33; BSG vom 04.06.1981, USK 81125, S. 510; vgl. auch BSG vom 27.07.2000, BSGE 87, 31, 37 f = SozR 3-4100 § 134 Nr. 22 zur entsprechenden Aufforderung des Arbeitsamts nach § 134 Abs. 3c des Arbeitsförderungsgesetzes; wenn Dörr/Jährling-Rahnefeld, SGB 2003, 549, 552 für die Aufforderung nach § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V nicht als Verwaltungsakt gelten lassen wollen, übersehen sie gerade die mit der Aufforderung einhergehende Einschränkung der Dispositionsfreiheit des Versicherten). Dann ist auch die hier vorliegende „nachträgliche Aufforderung“ denknöwendigerweise ebenfalls ein Verwaltungsakt.

Hieran hält der Senat fest: Die Krankenkasse darf die Dispositionsbefugnis des Versicherten, der bereits einen Reha- oder Renten-Antrag gestellt hat, auch mit einer „nachträglichen (nachgeschobenen) Aufforderung“ einschränken; diese hat dann insoweit dieselbe Rechtswirkung wie die Aufforderung nach § 51 Abs. 1 Satz 1 SGB V, einen Reha-Antrag zu stellen. Bei einer solchen Aufforderung aber gilt nach ständiger Rechtsprechung, dass ein Versicherter, der aufgrund eines entsprechenden Verlangens einen Reha- oder Renten-Antrag gestellt hat, diesen nur noch mit Zustimmung der KK wirksam zurücknehmen oder beschränken kann (vgl. BSG vom 04.06.1981, BSGE 52, 26, 29 ff = SozR 2200 § 1248 Nr. 33; BSG vom

04.06.1981, USK 81125; BSG vom 09.08.1995, BSGE 76, 218, 223 = SozR 3-2500 § 50 Nr. 3) . Denn nur so kann der gesetzgeberische Zweck des § 51 Abs. 1 SGB V erfüllt werden, der sich aus der Gesetzgebungsgeschichte ableiten lässt (hierzu z. B. Erlenkämper, MedSach 1995, 101):

Vor Inkrafttreten des Rehabilitationsangleichungsgesetzes (RehaAnglG vom 07.08.1974, BGBl I 1881) konnten die Krankenkassen nach § 183 Abs. 7 der Reichsversicherungsordnung (RVO) den längerfristig arbeitsunfähigen Versicherten eine Frist zur Stellung eines Rentenanspruchs stellen (vgl. insoweit auch heute noch § 51 Abs. 1 Satz 2 SGB V für Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland). Im Rahmen des RehaAnglG wurde dies durch die Pflicht zur Stellung eines Antrags auf Maßnahmen zur Reha ersetzt. Damit sollte jedoch nicht erreicht werden, dass bei erheblich geminderter Leistungsfähigkeit ausschließlich Reha zu betreiben sei. Vielmehr wurde gleichzeitig die Rentenanspruchsfiktion des § 1241d Abs. 3 RVO eingeführt. Nach Einordnung des Kranken- und des Rentenversicherungsrechts in das SGB wird diese Rechtslage durch § 51 Abs. 1 SGB V und § 116 Abs. 2 des Sechsten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB VI) fortgesetzt. Hieraus ist abzuleiten, dass die Rangfolge zwischen Krankengeld einerseits und der Rente wegen Berufsunfähigkeit oder EU (bzw. teilweiser oder voller Erwerbsminderung) andererseits, die in § 50 SGB V geregelt ist, nicht durch eine Einschränkung der Möglichkeit der Krankenkassen leerlaufen darf, einen Rentenanspruch ihres Versicherten zumindest mittelbar zu veranlassen.

Hierzu aber gehört auch, dass, wie bereits nach der ständigen Rechtsprechung zu § 183 Abs. 7 RVO, ein derart initiiertes Rentenanspruchsverfahren vom Versicherten (ohne Zustimmung seiner KK) nicht zurückgenommen werden darf; eine derartige Möglichkeit würde die Einwirkungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Rahmen des beschriebenen Verfahrens ad absurdum führen (ebenso auch BSG vom 07.12.2004, BSGE 94, 26 = SozR 4-2500 § 51 Nr. 1, RdNr. 13 ff, dort auch in Auseinandersetzung mit teilweise abweichenden Meinungen der Kommentarliteratur).

Auf dieser Grundlage aber kann nichts anderes für eine sogenannte nachträgliche Aufforderung gelten (nachdem der Versicherte bereits von sich aus einen Reha- oder Rentenanspruch gestellt hatte). Die Dispositionsfreiheit der Versicherten wird auch dann eingeschränkt, wenn die Aufforderung bereits ergeht, bevor die Krankenkasse Krankengeld zahlt. Letzteres kann bereits dem Gesetzeswortlaut entnommen werden, der in § 51 Abs. 1 SGB V den Krankengeld-Bezug des Versicherten nicht als Voraussetzung nennt. Im Gegenteil erlaubt er die Aufforderung bereits dann, wenn die Erwerbsfähigkeit „erheblich gefährdet oder gemindert“ ist; dann aber braucht noch nicht einmal Arbeitsunfähigkeit vorzuliegen.

Jedoch mangelt es vorliegend an der Voraussetzung, dass der Rentenversicherungsträger - hier: die Beklagte - vor Erteilung des Bescheides, mit dem er der Disposition des Versicherten entspricht, von der wirksamen Einschränkung der Dispositionsbefugnis durch die Krankenkasse weiß. Denn nur dann kann er diesen Umstand bei der Bescheiderteilung gegenüber dem Versicherten berücksichtigen. Die entsprechende Benachrichtigung des Rentenversicherungsträgers durch die Krankenkasse entspricht im Übrigen auch der Pflicht der engen Zusammenarbeit nach § 86 SGB X. Der anzustrebenden möglichst einfachen Abwicklung des Erstattungsverfahrens liefe zuwider, insoweit nicht auf die (positive) Kenntnis des Rentenversicherungsträgers abzustellen, sondern auf ein „Kennen müssen“ oder „können“. Dies würde nur auf eine unerquickliche Einzelfallprüfung hinauslaufen, die es insoweit nach Möglichkeit zu vermeiden gilt.

BSG-Urteil vom 26.06.2008, AZ.: B 13 R 141/07 R

Einschränkung des Dispositionsrechts

Bei der Aufforderung der Krankenkasse nach § 51 Abs 1 Satz 1 SGB V an den Versicherten, innerhalb von zehn Wochen einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Reha und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen, die ebenfalls zur Einschränkung der Dispositionsfreiheit führt (BSG vom 7.12.2004, BSGE 94, 26 = SozR 4-2500 § 51 Nr 1, RdNr 13 ff) , handelt es sich um einen Verwaltungsakt (§ 31 SGB X; s bereits BSG vom 4.6.1981, BSGE 52, 26, 31 = SozR 2200 § 1248 Nr 33; BSG vom 4.6.1981, USK 81125, S 510; vgl auch BSG vom 27.7.2000, BSGE 87, 31, 37 f = SozR 3-4100 § 134 Nr 22 zur entsprechenden Aufforderung des Arbeitsamts nach § 134 Abs 3c Arbeitsförderungsgesetz; wenn Dörr/Jährling-Rahnefeld, SGB 2003, 549, 552 f die Aufforderung nach § 51 Abs 1 Satz 1 SGB V nicht als Verwaltungsakt gelten lassen wollen, übersehen sie gerade die mit der Aufforderung einhergehende Einschränkung der Dispositionsfreiheit des Versicherten). Dann ist auch die hier vorliegende "nachträgliche Aufforderung" denknotwendigerweise ein Verwaltungsakt.

Die Krankenkasse darf die Dispositionsbefugnis des Versicherten, der bereits einen Reha- oder Renten-Antrag gestellt hat, auch mit einer "nachträglichen (nachgeschobenen) Aufforderung" einschränken; diese hat dann insoweit dieselbe Rechtswirkung wie die Aufforderung nach § 51 Abs 1 Satz 1 SGB V, einen Reha-Antrag zu stellen. Bei einer solchen Aufforderung aber gilt nach ständiger Rechtsprechung, dass ein Versicherter, der aufgrund eines entsprechenden Verlangens einen Reha- oder Renten-Antrag gestellt hat, diesen nur noch mit Zustimmung der Krankenkasse wirksam zurücknehmen oder beschränken kann (vgl BSG vom 4.6.1981, BSGE 52, 26, 29 ff = SozR 2200 § 1248 Nr 33; BSG vom 4.6.1981, USK 81125; BSG vom 9.8.1995, BSGE 76, 218, 223 = SozR 3-2500 § 50 Nr 3) . Denn nur so kann der gesetzgeberische Zweck des § 51 Abs 1 SGB V erfüllt werden, der sich aus der Gesetzgebungsgeschichte ableiten lässt (hierzu zB Erlenkämper, MedSach 1995, 101) :

Vor Inkrafttreten des Rehabilitationsangleichungsgesetzes (RehaAnglG vom 7.8.1974, BGBl I 1881) konnten die Krankenkassen nach § 183 Abs 7 der Reichsversicherungsordnung (RVO) den längerfristig arbeitsunfähigen Versicherten eine Frist zur Stellung eines Rentenanspruchs stellen (vgl insoweit auch heute noch § 51 Abs 1 Satz 2 SGB V für Versicherte mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Ausland). Im Rahmen des RehaAnglG wurde dies durch die Pflicht zur Stellung eines Antrags auf Maßnahmen zur Reha ersetzt. Damit sollte jedoch nicht erreicht werden, dass bei erheblich geminderter Leistungsfähigkeit ausschließlich Reha zu betreiben sei. Vielmehr wurde gleichzeitig die Rentenanspruchsfiktion des § 1241d Abs 3 RVO eingeführt. Nach Einordnung des Kranken- und des Rentenversicherungsrechts in das SGB wird diese Rechtslage durch § 51 Abs 1 SGB V und § 116 Abs 2 SGB VI fortgesetzt. Hieraus ist abzuleiten, dass die Rangfolge zwischen Krankengeld einerseits und der Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit (bzw teilweiser oder voller Erwerbsminderung) andererseits, die in § 50 SGB V geregelt ist, nicht durch eine Einschränkung der Möglichkeit der Krankenkassen leerlaufen darf, einen Rentenanspruch ihres Versicherten zumindest mittelbar zu veranlassen.

Hierzu aber gehört auch, dass, wie bereits nach der ständigen Rechtsprechung zu § 183 Abs 7 RVO, ein derart initiiertes Rentenanspruchs vom Versicherten (ohne Zustimmung seiner Krankenkasse) nicht zurückgenommen werden darf; eine derartige Möglichkeit würde die Einwirkungsmöglichkeiten der Krankenkassen im Rahmen des beschriebenen Verfahrens ad absurdum führen (ebenso auch BSG vom 7.12.2004, BSGE 94, 26 = SozR 4-2500 § 51 Nr 1, RdNr 13 ff, dort auch in Auseinandersetzung mit teilweise abweichenden Meinungen der Kommentarliteratur) .

Auf dieser Grundlage aber kann nichts anderes für eine sog nachträgliche Aufforderung gelten (nachdem der Versicherte bereits von sich aus einen Reha- oder Rentenantrag gestellt hatte). Die Dispositionsfreiheit der Versicherten wird auch dann eingeschränkt, wenn die Aufforderung bereits ergeht, bevor die Krankenkasse Krankengeld zahlt. Letzteres kann bereits dem Gesetzeswortlaut entnommen werden, der in § 51 Abs 1 SGB V den Krankengeldbezug des Versicherten nicht als Voraussetzung nennt. Im Gegenteil erlaubt er die Aufforderung bereits dann, wenn die Erwerbsfähigkeit "erheblich gefährdet oder gemindert" ist; dann aber braucht noch nicht einmal Arbeitsunfähigkeit vorzuliegen.

BSG-Urteil vom 16.12.2014, AZ.: B 1 KR 31/13 R

Wegfall des Auszahlungsanspruchs bei fehlender Antragstellung

Die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger, hier die durch die Beschäftigtenversicherung begründete Mitgliedschaft, besteht indes unter den Voraussetzungen des § 192 SGB V fort. Sie bleibt nach § 192 Abs 1 Nr 2 SGB V ua erhalten, solange Anspruch auf Krg besteht (vgl auch BSG SozR 4-2500 § 44 Nr 12 RdNr 16; BSG Beschluss vom 16.12.2003 - B 1 KR 24/02 B - Juris RdNr 7; Berchtold, Krankengeld, 2004, RdNr 454). § 192 Abs 1 Nr 2 SGB V verweist damit wieder auf die Vorschriften über den Krg-Anspruch, die ihrerseits voraussetzen, dass ein Versicherungsverhältnis mit Anspruch auf Krg vorliegt. Um diesen Anforderungen zu genügen, reicht es aus, dass Versicherte jeweils am letzten Tage des Versicherungsverhältnisses mit Anspruch auf Krg alle Voraussetzungen erfüllen, um spätestens mit Beendigung des Ablaufs dieses Tages - und damit zugleich mit Beginn des nächsten Tages - einen Krg-Anspruch entstehen zu lassen (vgl BSGE 111, 9 = SozR 4-2500 § 192 Nr 5, RdNr 12). Nach diesen Grundsätzen erhielt der Kläger seinen Versicherungsschutz mit Krg-Berechtigung auch über den 12.10.2009 hinaus aufrecht. Er ließ bis 1.4.2010 seine AU jeweils vor Ablauf der ärztlich bescheinigten AU-Dauer ärztlich feststellen. In der Folgezeit erhielt er den Versicherungsschutz jedenfalls bis zum 20.9.2010 dadurch aufrecht, dass er Krg als vorläufige Leistung bezog (§ 192 Abs 1 Nr 2 Fall 2 SGB V).

Der fruchtlose Ablauf der Frist, einen Reha-Antrag zu stellen (§ 51 Abs 1 S 1 SGB V, hier anzuwenden in der Fassung durch Art 5 Nr 18 Buchst b nach Maßgabe des Art 67 Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - <SGB IX> Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.6.2001, BGBl I 1046 mWv 1.7.2001), bewirkt lediglich, dass der Anspruch auf Auszahlung von Krg entfällt, nicht aber das Stammrecht auf Krg. Es vermag weiterhin Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten (vgl § 192 Abs 1 Nr 2 SGB V), wenn und solange der Versicherte im Übrigen alle Voraussetzungen des Krg-Anspruchs erfüllt. Hierzu muss er insbesondere - wie dargelegt - spätestens mit Ablauf des letzten Tages seiner Beschäftigung oder der aufrechterhaltenen Beschäftigtenversicherung alle Voraussetzungen dafür erfüllen, dass mit dem zeitgleichen Beginn des nächsten Tages ein Anspruch auf Krg entsteht (vgl BSGE 111, 9 = SozR 4-2500 § 192 Nr 5 LS 1). Das Fortbestehen des Stammrechts auf Krg ist die Grundlage dafür, dass, wenn Versicherte den Reha-Antrag erst nach Ablauf der ihnen gesetzten Frist stellen, ihr Anspruch auf Krg mit dem Tag der Antragstellung wieder auflebt (§ 51 Abs 3 S 2 SGB V). Das Entfallen ihres Anspruchs auf Auszahlung von Krg, wenn Versicherte keinen Reha-Antrag bis zum Ablauf der ihnen gesetzten Frist stellen, soll lediglich den Krg-Auszahlungsanspruch für den Zeitraum bis zur Nachholung des Reha-Antrags dauerhaft suspendieren, nicht aber das Stammrecht auf Krg als Grundlage für die Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft beseitigen (§ 192 Abs 1 Nr 2 SGB V).

Die Bedenken, die insoweit zur Zeit der RVO galten, greifen nicht mehr durch. Nach der Gesetzeskonzeption des SGB V ist die Leistungsdauer des Krg nur noch begrenzt (vgl § 48 Abs 2 SGB V). Dies beruht maßgeblich auf der Erwägung, dass es in erster Linie der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) obliegt, bei dauerhaft eingetretener Erwerbsminderung des Versicherten Entgeltersatzleistungen zur Verfügung

zu stellen, während die GKV typischerweise nur für den Ausgleich des entfallenden laufenden Arbeitsentgelts bei vorübergehenden, d.h. behandlungsfähigen Gesundheitsstörungen eintritt (vgl zB BSGE 94, 26, 30 = SozR 4-2500 § 51 Nr 1, RdNr 13 mwN; BVerfGE 97, 378, 386 = SozR 3-2500 § 48 Nr 7 S 32). Anreizen, das Krg zweckwidrig als Dauerleistung mit Rentenersatzfunktion in Anspruch zu nehmen, sollte entgegengewirkt werden (vgl Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zum Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen, BT-Drucks 11/2237 S 181 zu § 47 Abs 2). Dies zeigt sich zB auch an der Möglichkeit der KKn, bei dauerhaften gravierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen den Krg-Bezug über § 51 SGB V zu beenden. Krg hat demgegenüber auch beim Fehlen von Rentenansprüchen und -anwartschaften nicht die Funktion, dauerhafte Leistungsdefizite oder eine Erwerbsminderung finanziell abzusichern (vgl zur insoweit fehlenden Auffangfunktion des Krg schon BVerfGE 97, 378, 386 = SozR 3-2500 § 48 Nr 7 S 32; vgl zum Ganzen auch BSG SozR 4-2500 § 48 Nr 3 RdNr 20 mwN). § 51 SGB V will dabei iVm § 50 Abs 1 S 1 Nr 1 SGB V zum einen die doppelte Gewährung von Sozialleistungen vermeiden und zum anderen eine sachgerechte Abgrenzung der Leistungszuständigkeit von GKV und GRV dahin vornehmen, dass Rentenzahlungen den Vorrang vor Krg-Leistungen haben. Denn es ist in erster Linie Aufgabe der GRV, bei dauerhafter Erwerbsminderung mit Leistungen einzutreten (vgl zB Marschner, WzS 1996, 65; Buschmann, SGB 1996, 279). Der KK wird durch die Möglichkeit der Aufforderung und Fristsetzung nach § 51 Abs 1 S 1 SGB V das Recht eingeräumt, Einfluss auf den Beginn der antragsabhängigen Rente wegen Erwerbsminderung zu nehmen (vgl § 99 Abs 1 SGB VI) und einen Wegfall ihrer Leistungszuständigkeit für die Auszahlung von Krg schon vor Erreichen der Anspruchshöchstdauer (vgl § 48 SGB V) zu bewirken (vgl zum Ganzen BSGE 94, 26 = SozR 4-2500 § 51 Nr 1, RdNr 22 mwN; vgl auch Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Stand November 2014, K § 51 RdNr 4).

Der Kläger kam auch weder bis 8.10.2009 noch in der Folgezeit bis zum Ablauf des 20.9.2010 wirksam der Aufforderung nach, einen Reha-Antrag beim Rentenversicherungsträger zu stellen. Sein bei der DRV Baden-Württemberg gestellter Antrag (28.9.2009) genügte nicht den Anforderungen des § 51 Abs 1 S 1 SGB V. Die Norm setzt voraus, dass der Antrag ohne Einschränkungen gestellt wird und vom Rentenversicherungsträger bearbeitet werden kann. Ein Antrag, der nur "rein fürsorglich" und gleichzeitig "ruhend" gestellt wird, genügt diesen Anforderungen nicht. Dies ergibt sich aus dem - bereits teilweise oben aufgezeigten - Sinn und Zweck der Norm.

Die Aufforderung unter Fristsetzung, einen Reha-Antrag zu stellen (§ 51 Abs 1 S 1 SGB V), dient zunächst und in erster Linie dazu, bei dem Versicherten mittels Leistungen der medizinischen Reha und Teilhabe die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen. Dies ist Ausdruck des allgemeinen Grundsatzes, wonach die Leistungen zur Teilhabe Vorrang haben vor Rentenleistungen, die bei erfolgreichen Leistungen zur Teilhabe nicht oder voraussichtlich erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erbringen sind (vgl § 9 Abs 1 S 2 SGB VI; vgl auch bereits Begründung des Entwurfs der Bundesregierung eines Reha-Angleichungsgesetzes zu § 183 Abs 7 RVO, BT-Drucks 7/1237 S 64). Es liegt auf der Hand, dass nur ein Reha-Antrag, der Teilhabeleistungen auslösen kann, diesem Zweck zu genügen vermag, nicht aber ein Antrag, über den der RV-Träger gar nicht oder mangels Mitwirkung des Versicherten ablehnend entscheiden soll.

Andernfalls läge es auch in der Hand des Versicherten, nach seinem Belieben die gesetzliche Risikoordnung zwischen GKV und GRV zu verschieben. § 51 Abs 1 S 1 SGB V räumt wie dargelegt, um den Vorrang der Rentenzahlungen vor Krg-Leistungen bei dauerhafter Erwerbsminderung sicherzustellen (§ 50 Abs 1 SGB V), den KKn die Möglichkeit ein, ihre Versicherten zu veranlassen, mittelbar (wegen der Rentenanspruchsfiktion des § 116 Abs 2 SGB VI) einen Rentenanspruch zu stellen und hierdurch Einfluss auf den Beginn der antragsabhängigen Leistung (§ 19 SGB IV, § 115 Abs 1 S 1, § 116 Abs 2 SGB VI, § 44 Abs

1 ALG) zu nehmen (§ 99 SGB VI, § 30 Abs 1 ALG) und einen Wegfall ihrer Leistungszuständigkeit für das Krg schon vor Erreichen der Anspruchshöchstdauer (§ 48 SGB V) zu bewirken. Gleichzeitig wird die nicht rechtzeitige Antragstellung durch das Entfallen des Anspruchs auf Auszahlung von Krg sanktioniert (§ 51 Abs 3 S 1 SGB V). Die Regelung in § 50 SGB V würde ohne Unterstützung durch § 51 SGB V unterlaufen werden können, wenn der Versicherte die erforderliche Antragstellung (willkürlich) unterlässt (BSGE 101, 86 = SozR 4-2500 § 51 Nr 2, RdNr 24 f; BSGE 94, 26 = SozR 4-2500 § 51 Nr 1, RdNr 13 ff).

Dass die gesetzliche Risikoordnung zwischen GKV und GRV nicht der Disposition des Versicherten unterliegt, zeigt sich auch in der fehlenden Befugnis des Versicherten, einen nach Aufforderung seiner KK gestellten Reha-Antrag zurückzunehmen. Hierzu hat das BSG in ständiger Rechtsprechung bereits unter Geltung der RVO (§ 183 Abs 7 RVO) entschieden, dass der Versicherte seinen Antrag wirksam nur noch mit Zustimmung der KK zurücknehmen oder beschränken kann (BSGE 52, 26, 29 ff = SozR 2200 § 1248 Nr 33; BSG USK 81171). Es hat diese Rechtsprechung auch unter Geltung des § 51 SGB V aufrechterhalten (BSGE 76, 218, 223 = SozR 3-2500 § 50 Nr 3 S 11; BSGE 101, 86 = SozR 4-2500 § 51 Nr 2, RdNr 24 f; BSGE 94, 26 = SozR 4-2500 § 51 Nr 1, RdNr 13 ff). Für die Zeit vor Antragstellung gelten dieselben Erwägungen.

7.6.9 Beschäftigungsverbot nach dem Mutterschutzgesetz

BAG-Urteil vom 13.02.2002, AZ.: 5 AZR 753/00

Beschäftigungsverbot

Für ein Beschäftigungsverbot nach § 3 Abs. 1 MuSchG sind der individuelle Gesundheitszustand und die konkrete Arbeitstätigkeit der schwangeren Arbeitnehmerin maßgebend. Es genügt, dass die Fortsetzung der Arbeit mit einer Gefährdung der Gesundheit von Mutter oder Kind verbunden ist. Unerheblich ist die genaue Ursache der Gefährdung. Die Arbeitstätigkeit der Schwangeren oder ihr räumlicher Arbeitsbereich müssen nicht gesundheitsgefährdend sein. Ein Beschäftigungsverbot ist vielmehr auch dann auszusprechen, wenn die Beschäftigung für andere Frauen unabhängig von einer Schwangerschaft keinerlei Gefährdung ergibt, aber im Einzelfall auf Grund der individuellen Verhältnisse der schwangeren Frau die Gesundheit von Mutter oder Kind gefährden würde. Unter dieser Voraussetzung können auch psychische Belastungen der Arbeitnehmerin ein Beschäftigungsverbot begründen. Das individuelle Beschäftigungsverbot des § 3 Abs. 1 MuSchG greift aber erst ein, wenn der Arzt eine Gefährdung attestiert. Das ärztliche Zeugnis ist für das Beschäftigungsverbot konstitutiv (BAG 1. Oktober 1997 - 5 AZR 685/96 - BAGE 86, 347, 350; 11. November 1998 - 5 AZR 49/98 - BAGE 90, 125, 130 f.; 21. März 2001 - 5 AZR 352/99 - AP MuSchG 1968 § 3 Nr. 16, auch zur Veröffentlichung in der Amtlichen Sammlung vorgesehen, zu II 2 der Gründe mwN).

Der Anspruch auf Mutterschutzlohn nach § 11 Abs. 1 Satz 1 MuSchG besteht nur, wenn allein das mutterschutzrechtliche Beschäftigungsverbot dazu führt, dass die Schwangere mit der Arbeit aussetzt. Das Beschäftigungsverbot muss die nicht wegzudenkende Ursache für das Nichtleisten der Arbeit und den damit verbundenen Verdienstausschlag sein. Für die Zeit, in der die Schwangere arbeitsunfähig krank ist, ist dieser alleinige Ursachenzusammenhang nicht gegeben. Das gilt auch dann, wenn der Arbeitgeber nach Ablauf des 6-Wochenzeitraums nicht mehr zur Entgeltfortzahlung im Krankheitsfalle verpflichtet ist. Es kommt also darauf an, ob ein krankhafter Zustand, sei es im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, sei es unabhängig von dieser besteht, der zur Arbeitsunfähigkeit der Schwangeren führt. Ist dies der Fall, so ist krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Ein gleichzeitig ausgesprochenes Beschäftigungsverbot hat die Wirkungen der § 3 Abs. 1, §§ 21, 24 MuSchG, begründet aber keine Vergütungspflicht nach § 11 MuSchG. Worauf die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit beruht, ist unerheblich. Liegt dagegen keine Krankheit vor oder führt diese nicht zur Arbeitsunfähigkeit, bleibt die Vergütungspflicht durch das Beschäftigungsverbot aufrechterhalten. Je nachdem, ob eine Arbeitsunfähigkeit vorliegt oder nicht, hat die Schwangere also entweder einen - gesetzlich auf 6 Wochen beschränkten - Anspruch auf Entgeltfortzahlung wegen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit gegen den Arbeitgeber (§ 3 EFZG) und anschließend auf Krankengeld gegen die Krankenkasse (§ 44 SGB V), oder sie hat gegen den Arbeitgeber einen - nicht auf 6 Wochen beschränkten - Anspruch nach § 11 Abs. 1 Satz 1 MuSchG (BAG 12. März 1997 - 5 AZR 766/95 - BAGE 85, 237, 242 f.; 1. Oktober 1997 - 5 AZR 685/96 - BAGE 86, 347, 350 f.). Der behandelnde Arzt hat zu beurteilen, ob krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vorliegt oder ohne eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit Leben oder Gesundheit von Mutter oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist. Hierbei besteht für den Arzt ein gewisser Beurteilungsspielraum (BAG 5. Juli 1995 - 5 AZR 135/94 - BAGE 80, 248, 253; 31. Juli 1996 - 5 AZR 474/95 - BAGE 84, 1, 4; 12. März 1997 - 5 AZR 766/95 - BAGE 85, 237, 243 mwN).

Allerdings führt die Beschäftigung nur selten allein zu der in § 3 Abs. 1 MuSchG vorausgesetzten Gefährdung und nicht gleichzeitig auch zur Arbeitsunfähigkeit. Hätte der Arzt die Möglichkeit des Ausspruchs eines Beschäftigungsverbots nicht, würde er im Falle einer Lebens- oder Gesundheitsgefährdung in aller

Regel Arbeitsunfähigkeit bescheinigen. Die arbeitsbedingte Gefährdung von Leben oder Gesundheit im Sinne von § 3 MuSchG ist zumeist mit Arbeitsunfähigkeit verbunden. Die Schwangere darf unter den Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 MuSchG nicht beschäftigt werden. Die Norm verlangt eine Prognose, ob die Gefährdung von Leben oder Gesundheit eintritt, wenn die Beschäftigung andauert. Nur wenn Arbeitsunfähigkeit vorliegt, wie sie jede Arbeitnehmerin treffen kann, gilt allein das Entgeltfortzahlungsrecht. Deshalb kommt es dann, wenn die entscheidende Verschlechterung der Gesundheit erst durch die Fortführung der Beschäftigung eintreten würde, darauf an, ob die Ursache hierfür ausschließlich in der Schwangerschaft begründet ist. In diesem Fall ist das sich verwirklichende Risiko der § 3 Abs. 1, § 11 MuSchG dem Arbeitgeber zuzuweisen, die Arbeitsunfähigkeit dagegen subsidiär. Bei einer anderen Auslegung liefe § 11 MuSchG weitgehend leer.

7.7 Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung nach § 28 i. V. m. § 51 Abs. 5 SGB IX

Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung

bei stufenweiser Wiedereingliederung

nach § 28 i. V. m. § 51 Abs. 5 SGB IX

zwischen

AOK-BUNDESVERBAND, BERLIN

BKK BUNDESVERBAND, ESSEN

IKK E. V., BERLIN

SPITZENVERBAND DER LANDWIRTSCHAFTLICHEN SOZIALVERSICHERUNG,

KASSEL

KNAPPSCHAFT, BOCHUM

VERBAND DER ERSATZKASSEN E. V. (VDEK), BERLIN

GKV-SPITZENVERBAND

und der

DEUTSCHEN RENTENVERSICHERUNG BUND

Präambel

Die Rentenversicherungsträger haben nach § 51 Abs. 5 SGB IX bis zum Ende einer im unmittelbaren Anschluss an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlichen stufenweisen Wiedereingliederung Übergangsgeld zu zahlen. Zwischen der Deutschen Rentenversicherung und den Krankenkassen war u. a. die Auslegung des Begriffs „unmittelbarer Anschluss“ sowie das Erfordernis der Feststellung bzw. Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung durch die Rehabilitations-Einrichtung strittig.

Mangels eindeutiger gesetzlicher Regelungen sind die Krankenkassen, vertreten durch die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene und den GKV-Spitzenverband und die Träger der Deutschen Rentenversicherung, vertreten durch die Deutsche Rentenversicherung Bund übereingekommen, Näheres über eine verwaltungspraktikable Zuständigkeitsabgrenzung in dieser Vereinbarung zu regeln. Diese Vereinbarung ist auf die zukünftige Regelung für die stufenweise Wiedereingliederung ausgerichtet.

§ 1 Grundsatz

(1) Grundsätzlich müssen folgende Voraussetzungen für eine stufenweise Wiedereingliederung zulasten der Rentenversicherung vorliegen:

- Zum Zeitpunkt der Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation besteht weiterhin Arbeitsunfähigkeit.
- Die Notwendigkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung zulasten der Deutschen Rentenversicherung wird regelmäßig bis zum Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch die Rehabilitations-Einrichtung festgestellt.
- Ist aus Sicht der Rehabilitations-Einrichtung eine stufenweise Wiedereingliederung zur Erreichung des Rehabilitationsziels angezeigt, wird diese von der Rehabilitations-Einrichtung eingeleitet.
- Die stufenweise Wiedereingliederung muss spätestens innerhalb von vier Wochen nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnen.
- Der Versicherte hat der Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung zugestimmt.

- Der Arbeitgeber hat der Durchführung der stufenweisen Wiedereingliederung zugestimmt.
- Der Versicherte ist zur Durchführung einer stufenweisen Wiedereingliederung ausreichend belastbar (mindestens zwei Stunden täglich).

(2) In den Fällen, in denen die Rehabilitations-Einrichtung eine stufenweise Wiedereingliederung nicht einleitet, kann die Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung bei der Rentenversicherung anregen.

(3) Anregungstatbestände liegen in der Regel dann vor, wenn sich die individuellen Verhältnisse nach Ausstellung der Checkliste (siehe § 2) verändert haben. Dabei können sich die Veränderungen auf alle in der Checkliste dargestellten Sachverhalte beziehen.

§ 2 Checkliste bei Reha-Entlassung

(1) Die Rentenversicherungsträger stellen sicher, dass die Rehabilitations-Einrichtungen die Checkliste (siehe Anlage) immer bei arbeitsunfähig entlassenen Arbeitnehmern bzw. Selbständigen spätestens am letzten Tag der Leistung zur medizinischen Rehabilitation erstellen.

(2) Die Checkliste wird von der Rehabilitations-Einrichtung per Fax spätestens am Entlassungstag der Krankenkasse und dem Rentenversicherungsträger übermittelt. Darüber hinaus wird die Checkliste dem Versicherten am Entlassungstag im verschlossenen Umschlag für den behandelnden Arzt mitgegeben. Ist der Versicherte mit der Weiterleitung der Checkliste an die Krankenkasse nicht einverstanden, erhält die Krankenkasse die Checkliste unter Angabe des Entlassungstages ohne inhaltliche Angaben unverzüglich von der Rehabilitations-Einrichtung.

§ 3 Anregung der stufenweisen Wiedereingliederung durch die Krankenkassen

(1) Hat die Rehabilitations-Einrichtung die stufenweise Wiedereingliederung nicht eingeleitet und haben sich die individuellen Verhältnisse nach Ausstellung der Checkliste verändert, kann die Krankenkasse innerhalb von 14 Tagen nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung bei der Deutschen Rentenversicherung anregen. Die Frist beginnt am Tag nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation, frühestens jedoch am Tag nach Eingang der Checkliste bei der Krankenkasse.

(2) Die Krankenkasse übermittelt der Deutschen Rentenversicherung innerhalb der genannten Frist die begründete Anregung zur Prüfung einer stufenweisen Wiedereingliederung per Fax; ggf. werden weitere Unterlagen (z. B. medizinische Aussagen, ggf. Stufenplan) beigelegt. Für die Übersendung der Information ist ein einheitlicher Vordruck mit Angabe des zuständigen Ansprechpartners, Telefon- und Fax-Nr. (siehe Anlage) zu nutzen.

(3) Für die Sicherstellung des Kommunikationsprozesses gibt jeder Rentenversicherungsträger mindestens einen Faxkontakt und einen Ansprechpartner mit Telefon-Nr. bekannt, der auch von der Krankenkasse genutzt wird. Die Liste von Ansprechpartnern wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund erstellt, regelmäßig aktualisiert und den Vereinbarungspartnern übermittelt.

(4) Verzögerungen im Prozessablauf bei der Krankenkasse hat diese zu vertreten.

§ 4 Prüfung der Zuständigkeit bei der Rentenversicherung

(1) Nach Erhalt der in § 3 Abs. 2 genannten Informationen und Unterlagen prüft der Rentenversicherungsträger unverzüglich die Anregung der Krankenkasse zur stufenweisen Wiedereingliederung. Der Rentenversicherungsträger ist zuständig, wenn die stufenweise Wiedereingliederung zur Erreichung des Rehabilitationsziels notwendig ist und innerhalb von vier Wochen nach dem Ende der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnen kann; in diesen Fällen besteht die Zuständigkeit vom Tag nach der Entlassung aus der Rehabilitation bis zum Ende der stufenweisen Wiedereingliederung (§ 51 Abs. 5 SGB IX).

(2) Die Krankenkasse erhält unverzüglich eine Mitteilung über das Ergebnis der Prüfung per Fax, bei Ablehnung unter Angabe der Ablehnungsgründe.

(3) Verzögerungen im Prozessablauf bei der Deutschen Rentenversicherung hat diese zu vertreten.

§ 5 Unterhaltssichernde Leistungen während der Klärungsphase

Solange die Zuständigkeit für die Erbringung der stufenweisen Wiedereingliederung ungeklärt ist, soll, sofern eine unterhaltssichernde Leistung beantragt wird, die Entgeltersatzleistung bis zur abschließenden Klärung zunächst von den Krankenkassen in der Regel in Höhe des Übergangsgeldes gezahlt werden. Der Träger der Deutschen Rentenversicherung teilt der Krankenkasse den kalendertäglichen Übergangsgeldzahlbetrag mit.

§ 6 Abstimmungsverfahren

Die Krankenkassen oder ihre Vertretungen und die Träger der Deutschen Rentenversicherung prüfen, ob und ggf. welche Abstimmungsmechanismen zur Klärung gegensätzlicher Auffassungen über die Zuständigkeit bei stufenweiser Wiedereingliederung künftig in Betracht kommen (z. B. Fallbesprechungen, Zweitgutachten).

§ 7 Inkrafttreten und Erprobungsphase

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.09.2011 in Kraft.

(2) Es wird zunächst ein Erprobungszeitraum für die Umsetzung der Vereinbarung zur Zuständigkeitsabgrenzung bei stufenweiser Wiedereingliederung bis zum 31.08.2012 festgelegt. Die Erprobungsphase wird von den Beteiligten dieser Vereinbarung begleitet. Hierzu wird bedarfsorientiert ca. alle drei Monate ein Erfahrungsaustausch stattfinden, in dem Änderungsbedarfe bzw. die Notwendigkeit von „Fallabstimmungsgesprächen“ beraten werden.

(3) Sollte sich nach Ablauf des Erprobungszeitraums herausstellen, dass sich das Verfahren bewährt hat, behält diese Vereinbarung weiterhin Gültigkeit.

(4) Sofern sich Änderungsbedarf am vereinbarten Verfahren während der Erprobungsphase ergibt, wird die Vereinbarung angepasst.

§ 8 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Partner der Vereinbarung unverzüglich über die notwendigen Neuregelungen.

§ 9 Ende und Kündigung

(1) Ist eine einvernehmliche Anpassung der Vereinbarung i. S. des § 7 Abs. 4 bis zum 31.03.2013 nicht möglich, endet sie zum 30.06.2013.

(2) Die Vereinbarung endet frühestens zum 30.06.2013. Nach dem 30.06.2013 kann die Vereinbarung mit einer Frist von sechs Monaten in Schriftform gekündigt werden.

(3) Für die gesetzliche Krankenversicherung kann die Kündigung nur einheitlich erfolgen.

Anlagen

Checkliste bei Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Entlassung

Anregung einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 28 i. V. m. § 51 Abs. 5 SGB IX im Anschluss an eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation