

Protokoll der Sitzung der Arbeitsgruppe KQP AU

Köln, 26.02.2020, 09:00 - 13:00 Uhr

Teilnehmer

Herr Dr. Altenhöfer

Frau Dr. Beckman

Herr Dr. de Fries

Frau Dr. Fleck

Frau Dr. Gudat

Frau Dr. Haack

Frau Dr. Jovasevic

Frau Dr. Knothe-Wondrusch

Herr Dr. Körfer

Herr Dr. Schefels

Frau Dr. Stimpel

Frau Dr. Winterscheid-Ritgens

An der Teilnahme verhindert war

Frau Dr. Garbrock

Als Guest

Herr Dr. Job

Protokollführung: Frau Dr. Jovasevic

TOP 1 Begrüßung

Frau Dr. Jovasevic begrüßt alle Sitzungsteilnehmer und insbesondere die nun erstmalig teilnehmenden ärztlichen Teamleiter (ambulant)/ÄTL. ÄTL stellen sich kurz vor.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird ohne weitere Beanstandung angenommen.

TOP 2 Kurzinfos aus den Verbünden

West: Herr Dr. Körfer fragt, ob es sinnvoll wäre, die neulich verfügbaren Offenbarungspflicht-Schreiben an Vertragsärzte/Psychotherapeuten direkt jeder ausgehenden MDK-Arztanfrage beizulegen. Sinnvoller erscheint aber ein abgestuftes Vorgehen. Die gesetzlichen Grundlagen der Offenba-

rungspflicht der Vertragsärzte gegenüber dem MDK sind bereits auf jedem Arztanfragen-Formular aufgeführt. Die zusätzlich zur Verfügung gestellten Schreiben sind für die Fälle vorgesehen, in denen es nicht ausreicht und die MDK-Arztanfrage „aus datenschutzrechtlichen Gründen“ unbeantwortet bleibt. Diese Schreiben sollen zumindest einen Versuch der weiteren Aufklärung/Kontaktaufnahme mit dem Vertragsarzt/Psychotherapeut ermöglichen.

Nord: Es werden keine Besonderheiten berichtet.

Süd: Frau Dr. Fleck berichtet über wiederkehrende Schwierigkeiten der Gutachter bei der Beurteilung der med. Voraussetzungen des § 51 (1) SGB V und bei der Einschätzung der datenschutzrechtlichen Aspekte bei der Erstellung eines Gutachtens. Sie äußert den Wunsch, dass bei den für alle Verbünde geplanten Schulungen durch den MFB Ambulante KV/AU die Gutachter u. a. auf die Formulierungsempfehlungen der Arbeitsgruppe KQP-AU für die Bereiche „Soma“ und „Psyche“ nochmals aufmerksam gemacht werden, um Datenschutz-konforme Ausdrucksweise zu erleichtern.

Dem Wunsch einer Krankenkasse, nach einer KU bei der Fragestellung nach med. Voraussetzungen für § 51(1) SGB V grundsätzlich die Langversion des Gutachtens zu erhalten, kann aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht gefolgt werden. Vielmehr ist hier auf die erforderliche Darstellung von nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigungen des/der Versicherten und deren Abgleich mit den Anforderungen der maßgeblichen Tätigkeit in der Kurzversion zu achten. Eine schlüssige und nachvollziehbare Argumentation in der Beurteilung soll die Kasse in die Lage versetzen können, ihr Ermessen auszuüben.

Ost: Es werden keine Besonderheiten berichtet.

TOP 3 Formulierungshilfen für wesentliche Angaben im Befund in der Zusammenfassung (Verklausulierungen)

Keine Vorschläge zur Verklausulierung werden aus der Gruppe eingereicht. Stattdessen schlägt Frau Dr. Gudat vor, verschiedene Merkmale/Anforderungen der beruflichen Tätigkeiten, wie diese z. B. auf der Homepage der Bundesagentur für Arbeit aufgeführt sind, den Gutachtern im MDKnet zur Verfügung zu stellen. Dies wäre vor allem für die Erstellung eines positiven/negativen Leistungsbildes und für die Beurteilung der med. Voraussetzungen des § 51(1) SGB V relevant (Anforderungen der maßgeblichen Tätigkeit). Als Basis soll die bereits vorhandene „Hilfe zur Formulierung eines positiven Leistungsbildes“ des MBF Ambulante KV/AU benutzt werden. Frau Dr. Gudat wird dem MFB Vorschläge zur Überarbeitung/Vervollständigung einreichen.

Aus der vorigen Sitzung stammt der Wunsch, den Gutachtern eine Orientierungshilfe zur Einschätzung der AU-Mindestdauer bei häufigen operativen Eingriffen bzw. Krankheitsbildern zur Verfügung zu stellen. Frau Dr. Jovasevic präsentiert den Entwurf (s. Tabelle 1 am Ende des Protokolls). Die Angaben werden von den Teilnehmern korrigiert und erweitert. Sie sind nicht als verbindlich zu verstehen, sondern dienen lediglich der Orientierung (vor allem bei der „fachfremden“ Begutachtung). Individuelle Fallkonstellation ist stets zu beachten.

TOP 4 Änderungen des MDK-Stärkungsgesetzes

Entfällt, da der TOP bereits bei der letzten Sitzung besprochen wurde (s. Protokoll).

TOP 5 QS-KV

Der Beginn der Einführung der QS-KV im Bereich AU ist fürs Frühjahr 2020 geplant. Das bundesweite elektronische Portal steht nun zur Verfügung. Beim MDK Nordrhein wird (voraussichtlich am 31.03.2020) eine interne Multiplikatorenenschulung stattfinden, sobald die Teilnehmer durch alle Verbünde genannt sind.

TOP 6 AU-relevante Aspekte und § 51 (1) SGB V bei psychiatrischen Erkrankungen

Herr Dr. Job (Leiter MFB Psychiatrie) wird von den Teilnehmern als Guest bei der heutigen Sitzung begrüßt und erklärt sich bereit, die Fragen der Teilnehmer zu beantworten.

- *Besonderheiten des Datenschutzes bei der Begutachtung bei psychiatrischen Erkrankungen?*
Es gilt unabhängig von der Diagnose: die Informationen, die für das Verständnis des Begutachtungsergebnisses erforderlich sind, gehören grundsätzlich in das Gutachten. Dabei dürfen persönliche/berufliche Umstände nur erwähnt, aber nicht konkretisiert werden. Informationen über Dritte gehören nicht in das Gutachten.
- *Lässt sich der durchschnittliche zeitliche Ablauf einer AU bei einer affektiven Störung (häufiges Beispiel: F32.1 Mittelgradige depressive Episode) aus fachärztlich-psychiatrischer Sicht einschätzen? Wann ist eine Steuerung durch MDK sinnvoll?*

Die durchschnittliche Dauer einer depressiven Episode lässt sich nur schwer approximieren und wird mit ca. 2-12 Monaten angegeben (sehr breite Zeitspanne!). Unstrittig ist aber, dass sich diese Dauer durch eine leitliniengerechte Behandlung deutlich verkürzen lässt. Umso wichtiger der Hinweis, dass das „Zuwarten“ bzw. „Nichts tun“ bei einer Depression für die Genesung kontraproduktiv ist und die AU-Dauer verlängert. Als einzige Ausnahme könnte F32.0 Leichte depressive Episode bei sonst fehlenden negativen Kontextfaktoren genannt werden, wobei in diesem Fall grundsätzlich zu prüfen ist, ob die AU begründet ist.

Unter leitliniengerechter Behandlung einer Depression ist in erster Linie Psychotherapie, und/oder Psychopharmakotherapie zu verstehen. Auf die Ausführungen zu weiteren supportiven leitliniengerechten Maßnahmen wird an dieser Stelle verzichtet. Viele Hausärzte/Allgemeinmediziner, die u.a. auch in die psychosomatische Grundversorgung im Rahmen der Weiterbildung eingeführt werden, verfügen über bestimmte Kenntnisse über Verlauf und Therapie der Depression. Spätestens aber nach drei Monaten hausärztlicher Behandlung beim fehlenden Behandlungserfolg wäre eine Empfehlung der fachärztlichen/fachtherapeutischen Mitbehandlung des/der Versicherten legitim und sinnvoll. Fachlich unbefriedigend ist dagegen die Fallvorlage durch die Krankenkasse erst kurz vor der Leistungsunterbrechung, häufig nach vielen Monaten bzw. über einem Jahr der ausschließlich hausärztlichen, erfolglosen Behandlung einer Depression. Dies gilt auch für die sog. infrastrukturarmen Gegenden mit längeren Wartezeiten auf Therapieplätze. Über die Terminserivestelle (TSS) der KV Nordrhein können Versicherte zumindest einen zeitnahen Sprechstundentermin bei einem Psychotherapeuten erhalten.

Bei einer AU-Dauer von mehreren Monaten/einem Jahr ist zu erwarten, dass Versicherte in dieser Zeit unabhängig von der ggf. laufenden Psychotherapie auch beim Facharzt für Psychiatrie vorstellig waren. Dies ermöglicht z. B. die Komplettierung der fachärztlichen Diagnostik sowie die (Re-)Evaluierung der Indikation zur Psychopharmakotherapie.

Auf die aktuelle Einrichtung des DMP Depression wird hingewiesen. Dieses DMP wird etabliert, um den Zugang zur qualifizierten Behandlung für die Patienten mit einem mittel- und schwergradigen, chronischen oder rezidivierenden depressiven Leiden zu erleichtern. Die Einschreibung ins

DMP Depression (https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3930/2019-08-15_DMP-A-RL_Depression_BAnz.pdf) ist vom Facharzt sowie vom Hausarzt möglich, um die Verfügbarkeitsschwelle möglich niedrig zu halten.

- *Ab wann im zeitlichen Verlauf der AU ist im Durchschnitt die Diskussion über die erhebliche Gefährdung/Minderung der Erwerbsfähigkeit des/der Versicherten angebracht/berechtigt?*

Diese Frage ist stets fallabhängig individuell zu betrachten. Im Durchschnitt sollte nach ca. 6 Monaten der AU, auch bei der ersten Episode einer Depression über die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit nachgedacht werden. Zu diesem Zeitpunkt zeichnet sich außerdem häufig bei der leitliniengerechten Behandlung, ob eine psychosomatische Reha-Maßnahme erforderlich ist (wenngleich die Frage der EF-Prognose hiervon unabhängig zu beurteilen ist).

Bei rezidivierenden/chronischen Depressionen sollte schon früher an die Erwerbsprognose gedacht werden bzw. die med. Voraussetzungen für § 51(1) SGB V geprüft werden.

Falls bisher trotz mehrmonatiger AU aufgrund der Depression keine fachtherapeutische/fachärztliche (Mit-)Behandlung erfolgt ist, kann es bei dafür geeigneten Fallkonstellationen trotzdem sinnvoll sein, die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit zu bestätigen. Eine daraus resultierende, verbindliche Einleitung einer psychosomatischen Reha-Maßnahme stellt manchmal die einzige mögliche und erreichbare Behandlungsoption für Versicherte dar.

Hinweis aus dem MFB Ambulante KV/AU (Dr. Garbrock):

Der Begutachtungsablauf zur Einschätzung der EF ist nicht abhängig von der Diagnose, gilt für somatische und psychiatrische Erkrankungen (= alle Diagnosen).

Die Prüfung der EF ist unabhängig von der vorherigen kurativen Behandlung am Wohnort. Der RVT hat kein gestuftes Verfahren entsprechend der KK, erst ambulant, dann stationär.

Wichtig ist an dieser Stelle nach meinem Verständnis – ist EF gefährdet oder sogar schon gemindert, ja oder nein. Wenn ja, dann die Frage – Akuttherapie vorrangig oder Rehaansatz vorrangig.

Heißt an dieser Stelle – Prüfung der Gefährdung/Minderung der EF nicht im Hinblick auf die notwendige Therapie, sondern im Hinblick darauf, ob weitere Maßnahmen (mehr als nur Krankenbehandlung am Wohnort) notwendig sind, die AU zu überwinden.

Unsere Aufgabe: Prüfung, ob innerhalb von 6 Monaten prospektiv AF zu erreichen ist mit den Möglichkeiten am Wohnort. Wenn nein und/oder voraussichtlich bis LE nicht zu Erreichen – ist die Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit zu bejahen.

- *Existieren aus fachärztlicher Sicht medizinische Kontraindikationen für eine psychosomatische Reha?*

Direkte Kontraindikationen können eher nicht genannt werden, bis auf bestimmte Konstellationen bei posttraumatischer Belastungsstörung, z. B. in der Phase der tiefen Aufarbeitung des traumatischen Erlebnisses durch einen Trauma-Therapeuten am Wohnort des/der Versicherten. Eher kann von einer fehlenden Reha-Fähigkeit die Rede sein, z. B. wenn der/die Versicherte keine Fähigkeit zur Gruppentherapie besitzt.

Sollte der behandelnde Arzt/Therapeut von einer psychosomatischen Reha-Maßnahme abraten, nachdem die Krankenkasse den Versicherten/die Versicherte nach § 51(1) SGB V zu einem Reha-Antrag aufgefordert hat, ist vom MDK stets eine ausführliche Begründung des Arztes/Therapeuten nachzu fordern und deren medizinische Nachvollziehbarkeit zu prüfen. Bis auf seltene Ausnahmen (s. Beispiel mit PTBS oben) kann solchen Widersprüchen in der Regel nicht abgeholfen werden.

- *Ist das Ablehnen der medikamentösen Behandlung durch den Versicherten/die Versicherte als sozialmedizinisch problematisch anzusehen?*

Nein. Die Patienten sind nicht verpflichtet, Medikamente einzunehmen. Außerdem ist der Vorteil der Psychopharmakotherapie gegenüber der alleinigen Psychotherapie in der Behandlung der mittelgradigen Depression nicht bewiesen. Die Ausnahme stellt F32.2 Schwere depressive Episode dar, bei der in der Regel eine Kombination beider Verfahren angezeigt ist.

- *Besonderheiten der persönlichen Begutachtung (KU) bei AU aufgrund psychischer Erkrankungen?*

Als Indikation zur KU dient (wie auch im somatischen Bereich) in der Regel entweder der Zweifel an der AU (z. B. Vorliegen diskrepanter Informationen oder AU trotz Angaben des AU-attestierenden Arztes nicht (mehr) nachvollziehbar) oder fehlende Informationen (Versicherte/-r und sein/ihr Arzt/Ärztin verweigern Kontakt zur Krankenkasse/MDK). Im letzteren Fall ist an eine Kurz-KU zu denken (Kriterien für Kurz-KU prüfen).

Bei der KU ist stets auf Funktionsbeeinträchtigungen (Mini-ICF) zu achten.

Im Gutachten sollte die fachärztliche Diagnose übernommen und dies so vermerkt werden. Eigene abweichende Diagnosen sollen als Verdachtsdiagnosen vermerkt werden und bedürfen einer begründenden Darstellung in der Beurteilung. Lege artis wird die ursprüngliche Schwere der depressiven Episode (trotz Besserung des Zustandes im Verlauf) während der kompletten AU-Zeit als Verschlüsselung beibehalten (d. h. keine „Umschlüsselung“ der F32.2 in F32.1 im Verlauf).

- *Sinnvolle Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung (STWE) der psychisch kranken Menschen?*

Die Dauer der STWE ist gesetzlich nicht beschränkt. Gerade bei den psychischen Erkrankungen mit häufig langen AU-bedingten Fehlzeiten im Betrieb und häufig begleitenden negativen Kontextfaktoren (auch am Arbeitsplatz) ist die Dauer der STWE sehr individuell zu betrachten. Allerdings gilt auch hier: nach 4-6 Monaten ist die Prognose der STWE fraglich.

- *Wann kann die erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit bei Sucht-kranken Versicherten bestätigt werden (am Beispiel des Alkoholismus)?*

Beim fortgesetzten, schädlichen Alkoholkonsum ist die Erwerbsfähigkeit des/der Betroffenen grundsätzlich gefährdet. Eine Sucht-Reha ist in der Regel indiziert, um die Erwerbsprognose zu verbessern. Anträge dazu werden in der Regel während einer stationären Entzugsbehandlung oder durch eine Suchtberatungsstelle gestellt. Im ambulanten Bereich besteht eine Möglichkeit, über die Mitwirkungspflicht des/der Versicherten eine Anbindung an eine Suchtberatungsstelle, ggf. auch an einen Suchttherapeuten/Facharzt zu erzielen.

Unabhängig von der Anbindung an eine Suchtberatungsstelle kann die Gefährdung oder Minde rung der EF bestätigt werden, wenn diese nach vorliegenden Informationen besteht.

- *§51(1) SGB V bei Schizophrenie?*

Schizophrenie schließt heutzutage, aufgrund vorhandener therapeutischer Möglichkeiten, nicht automatisch eine berufliche Tätigkeit aus. Viele Versicherte mit dieser Diagnose gehen nach der erfolgten Therapieeinstellung ihrem Beruf langjährig nach. Da die berufliche Tätigkeit häufig eine sehr wichtige stabilisierende Stütze ist, sollte sie, wenn möglich, erhalten bleiben. Sollte nach dem akuten Schub eine anhaltende residuale Symptomatik vorliegen, ist die Prognose (auch fürs Berufsleben) stets mit dem behandelnden Facharzt zu besprechen, da die Beurteilung nach Aktenlage nach einem meist langjährigen und komplexen Krankheitsverlauf in der Regel nicht mit der gebotenen Sicherheit möglich ist. Falls die med. Voraussetzungen für § 51(1) SGB V bestätigt werden, sollte mit dem AU-attestierenden Arzt die Empfehlung an den Kostenträger besprochen werden. Häufig macht eine rein medizinische Rehabilitationsmaßnahme bei diesen Versicherten wenig Sinn, eher können LTA diskutiert werden.

An dieser Stelle wird auch auf die RPK (Rehabilitation psychisch Kranke) hingewiesen. Diese Maßnahme wurde explizit für die schwer psychisch kranken Menschen konzipiert, mit einer entsprechenden Dauer von ca. einem Jahr und u.a. den Möglichkeiten einer Arbeitserprobung etc. Dies stellt beispielhaft eine LTA Maßnahme dar.

Ergänzung aus dem MFB Ambulante KV/AU (Dr. Garbrock):

Ich würde an dieser Stelle sogar noch weiter gehen: wenn ein an Schizophrenie erkrankter Mensch bisher auf dem ersten Arbeitsmarkt gearbeitet hat, sollte geklärt werden, welche weiteren Unterstützungen benötigt werden, dass dies auch weiterhin erfolgreich durchgeführt werden kann. Hierzu kann es sinnvoll sein, einen Antrag auf LTA Maßnahme zu unterstützen, z.B. i.S. von Belastungserprobung, Arbeitsassistentin, usw. und auch Hinweis auf Integrationsfachdienste, die am vorhandenen Arbeitsplatz spezifische Möglichkeiten unterstützen können.

TOP 7 Besprechungen der Prüfgutachten

Gutachten Nr. 3 KW 51 w 1986

Formal wird bemängelt: es handelt sich um ein Widerspruchsgutachten, nicht Erstgutachten. Der Ergebnisschlüssel 60 (Medizinische Voraussetzungen für Leistungsgewährung nicht erfüllt) ist mit dem Anlassschlüssel 110 (Sicherung des Behandlungserfolgs) nicht konform.

Inhaltlich wird bemängelt: die Anamnese ist zu ausführlich (familiäre und ethnische Angaben sind irrelevant und verstößen gegen den Datenschutz). Der erhobene Befund enthält ebenfalls irrelevante und werrende Angaben (Kopftuch, auffälliger Schmuck). Außerdem ist der psychopathologische Befund in sich widersprüchlich. Die im Gutachten verschlüsselten, AU-begründenden Diagnosen stimmen nicht mit den anamnestischen Angaben zu den aktuellen AU-begründenden Diagnosen des niedergelassenen Facharztes überein. Die Fortdauer der AU lässt sich nach dem beschriebenen Befund nicht nachvollziehen und erscheint deshalb unbegründet. Die Zusammenfassung ist zu lang und widersprüchlich. Das Ergebnis ist nicht begründet und falsch verschlüsselt.

Das Gutachten fällt einstimmig durch.

Gutachten Nr. 5 KW 3 m 1965

Es werden keine formalen Mängel aufgeführt.

Inhaltlich wird bemängelt: (kurzer) somatischer Befund fehlt, obwohl an mehreren Stellen im Gutachten ein persistierendes somatisches Problem (Bandscheibenvorfall), auch mit Bezug auf die berufliche Prognose erwähnt wird. Die Anamnese enthält suboptimal viele Details. Die maßgebliche Tätigkeit sollte im Anforderungsprofil etwas dezidierter dargestellt werden. Als AU-begründende Diagnose wäre an der ersten Stelle F33.0 wünschenswert.

Trotz kleiner Mängel handelt es sich hierbei einstimmig um ein gelungenes Gutachten mit einem korrekten, schlüssigen und nachvollziehbaren Ergebnis.

TOP 8 Mustergutachten

Es wurden keine Gutachten als Mustergutachten vorgeschlagen.

TOP 9 Sonstiges

- Mentorentätigkeit (Nachfrage von Frau Dr. Beckmann zur geplanten Unterstützung des MFB Ambulante KV/AU bei den Hospitationen der Gutachter in der SFB bei den Krankenkassen).

Den von der Geschäftsführung formulierten Unternehmenszielen ist zu entnehmen, dass die Anzahl der bisherigen Hospitationen erhöht werden soll, indem der MFB ambulante KV/AU innerhalb eines Verbundes durch die ÄTL und bei Bedarf durch speziell geschulte Gutachter unterstützt wird. Ob und welche Gutachter die ÄTL in jedem einzelnen Verbund unterstützen werden, wird nicht vom MFB, sondern von dem Verbund selbst bestimmt. Der MFB kann lediglich bei Bedarf eine unverbindliche fachliche Empfehlung aussprechen.

Die nächste Sitzung der AG KQP AU findet am 13.05.2020 statt.

Köln, 10.03.2020

Dr. Veronika Jovasevic

Tabelle 1

Orientierende zeitliche Angaben zum Wiederherstellen des positiven Leistungsbildes/AU-Dauer bei einigen Erkrankungen/nach operativen Eingriffen, abhängig von der Schwere der maßgeblichen Tätigkeit

Erkrankung/Operation	Leistungsbild für leichte Tätigkeiten	Leistungsbild für mittelschwere bis schwere Tätigkeiten
Knie-TEP	8-12 Wochen	Mind. 3-4 Monate
Hüft-TEP	8-12 Wochen	Mind. 3-4 Monate
Schulter-TEP	10-12 Wochen	Fraglich leidensgerecht!
Zervikaler/lumbaler Bandscheibenvorfall: <i>konservative Behandlung</i>	Abhängig vom Schmerzsyndrom/ Bewegungseinschränkung/ Mobilität	Abhängig vom Schmerzsyndrom/ Bewegungseinschränkung/ Mobilität
Zervikaler/lumbaler Bandscheibenvorfall: <i>operative Behandlung</i>	6-8 Wochen (abwechselnd sitzen/stehen/gehen)	3-6 Monate, fraglich leidensgerecht!
Ausgedehnte Eingriffe/Versteifung des oberen/unteren Sprunggelenks	Mind. 6 Wochen (Immobilisierung im Gips), danach 6 Wochen im „Walker“-Stiefel, anschließend Prüfung auf Konsolidierung (Röntgen/CT) und evtl. Freigabe der Belastung AU bis 4 Monate plausibel	Mind. 4, häufig 6-12 Monate zu bedenken ist auch die Schwellneigung des Fußes, evtl. Arbeitsschuhpflicht!
Distale Verfahren bei Hallux valgus (z. B. OP n. Austin)	4 Wochen	12 Wochen
Proximale Verfahren bei Hallux valgus (z. B. Lapidus-Arthrodes)	6-12 Wochen	Mind. 4 Monate
Kreuzbandplastik Kniegelenk	4-8 Wochen	2-3 Monate, ggf. bis 6 Monate fehlende Kraft wegen Muskelatrophie; schmerzhafte Schwellneigung; besonders kniebelastende Tätigkeit
Akuter Herzinfarkt ohne höhergradiger Leistungseinschränkung (gut erhaltene LVEF)	3 Monate	Je nach Fallkonstellation (ggf. s. Empfehlung der Reha-Klinik)
Akuter Herzinfarkt mit höhergradiger Leistungseinschränkung (LVEF<45%)	Einzelfallentscheidung (s. kardiologischen Befundbericht und Empfehlung der Reha-Klinik)	(Zumindest vorübergehend) nicht leidensgerecht!
Akuter Herzinfarkt mit Z. n. Bypass-OP	3 Monate	Mind. 4 Monate (s. kardiologischen Befundbericht und Empfehlung der Reha-Klinik)