

Begutachtungsanleitung AU

Im Dezember 2021 veröffentlicht



Medizinischer Dienst
Nordrhein

Hinweise für die AU Begutachtung
– Was ändert sich?

Kurze Hinweise zu Änderungen im
Handbuch Berichtswesen



Medizinischer Dienst Nordrhein im Januar 2022

Dr. Kerstin Garbrock, Leiterin des Medizinischen Fachbereichs Ambulante KV/AU

Agenda

**Neues/Wesentliches aus
der BGA AU**

**Neues aus dem Handbuch
Berichtswesen**



BGA AU – Zeitlicher Verlauf

- BGA AU 2017 letzte Version veröffentlicht
- Neuregelungen durch GVWG und MDK Reformgesetz
- Überarbeitung der BGA AU erforderlich
- Abschließende Annahme der KLÄ 2021
- Erlassen der RL nach 282 SGB V am 20.12.2021
- **Videosprechstunde hat Einzug gefunden in die BGA AU**



Gegenstand der Begutachtung – Beurteilung der AU

Wesentliches Kennzeichen der AU = **Ergebnis aus krankheitsbedingter Leistungsminderung und Anforderung des Arbeitsplatzes**

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 Gesundheit abträgliche Folgen erwachsen, die AU unmittelbar hervorrufen.

Bedeutsam für die Feststellung und Bescheinigung von AU = nur die Erkrankungen und deren Auswirkungen, die aktuell Vers. an der Erbringung der vertraglich geschuldeten Arbeitsleistung hindern.

Symptome und Begleiterkrankungen, die die Arbeitsleistung nicht beeinträchtigen, sind nicht Gegenstand der Beurteilung.

Darstellung für An- und Ungelernte:

- Letzte oder ähnlich geartete Tätigkeit kann nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung ausgeübt werden

Beschäftigungslose mit anerkanntem Ausbildungsberuf:

- *Keine Verweisung auf eine außerhalb dieses Berufs liegende Beschäftigung möglich*
- 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
- *Vers. diese ohne größere Umstellung und Einarbeitung ausführen kann*
- Besondere individuelle Ausgestaltung des letzten Arbeitsplatzes ist nicht mehr AU-relevant

Grundlage Beurteilung AU

Für Beurteilung von AU **aktuell mitgeteilte(s) Gesundheitsproblem(e)** relevant

+

Individuell aus der Aktivitätsbeeinträchtigung resultierende Teilhabebeeinträchtigung

oder

Negative Wechselwirkungen zwischen dem individuellen Lebenshintergrund (umwelt-/arbeitsplatz- und personbezogene Kontextfaktoren) und der Funktionsfähigkeit

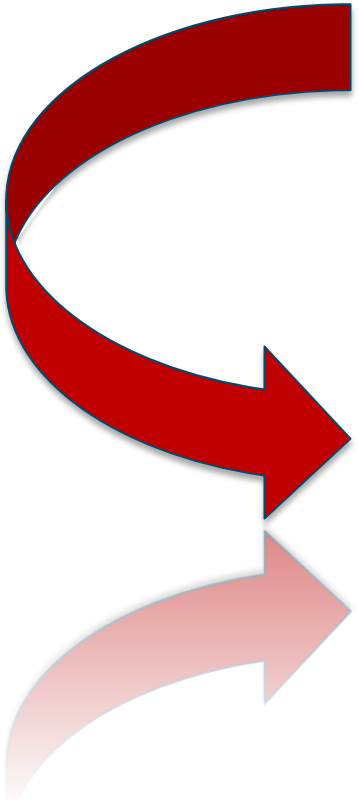
Abgleich des Anforderungsprofils der bei Beginn der AU ausgeübten konkreten Tätigkeit mit den krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, Gefährdungen und Belastungen bei den arbeitsplatzrelevanten Aktivitäten

Beurteilungsmaßstab bei Teilnehmenden an Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zur Berufsfindung, zur Arbeitserprobung oder zur beruflichen Weiterbildung:

1. Bei Umschülerinnen und Umschülern orientiert sich der Begriff der Arbeitsunfähigkeit an der Fähigkeit zur Teilnahme **an der laufenden Leistung zur Teilhabe**
2. Bei **Abbruch der Maßnahme** gelten ab dem Tag, der dem Abbruch der Maßnahme folgt, die **Beurteilungskriterien für Arbeitslose**, sofern vor der Maßnahme Arbeitslosigkeit bestand.

„AU auf Zeit“ versus „AU auf Dauer“

Zeitpunkt der Begutachtung für Auswahl entscheidend



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

- „AU auf Zeit“, wenn Erreichen des LE < 6 Monate und voraussichtlich weitere AU Dauer < 6 Monate trotz über LE hinaus
- „AU auf Dauer“, wenn Erreichen des LE ≥ 6 Monate und voraussichtliche AU Dauer > 6 Monate und über LE hinaus

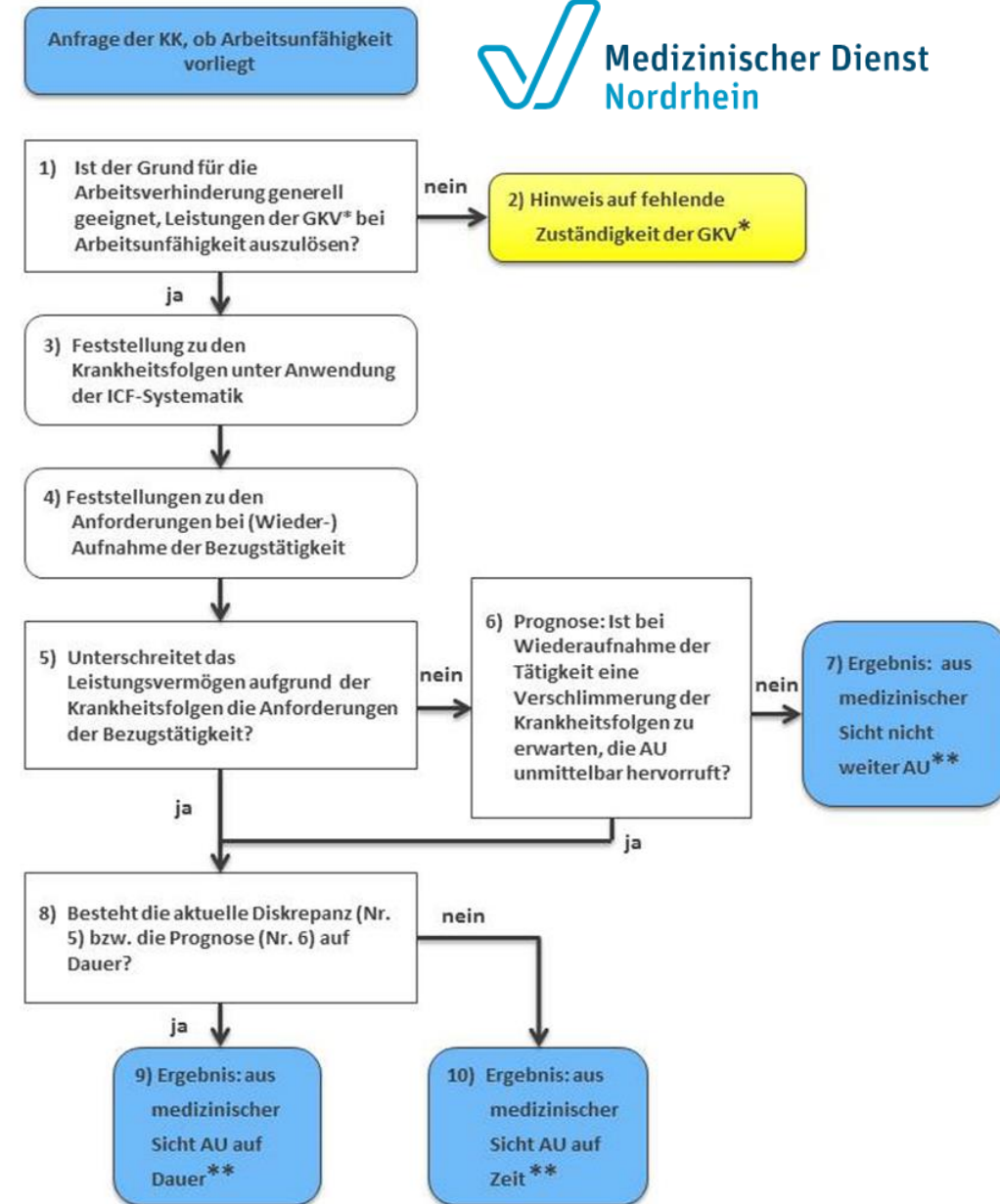
§ 51 Begutachtung –

immer Auftragsinhalt?

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.**

Auch erforderlich ohne spezielle Fragestellung der Krankenkasse hierzu! **Immer Teil/Inhalt der Begutachtung.**

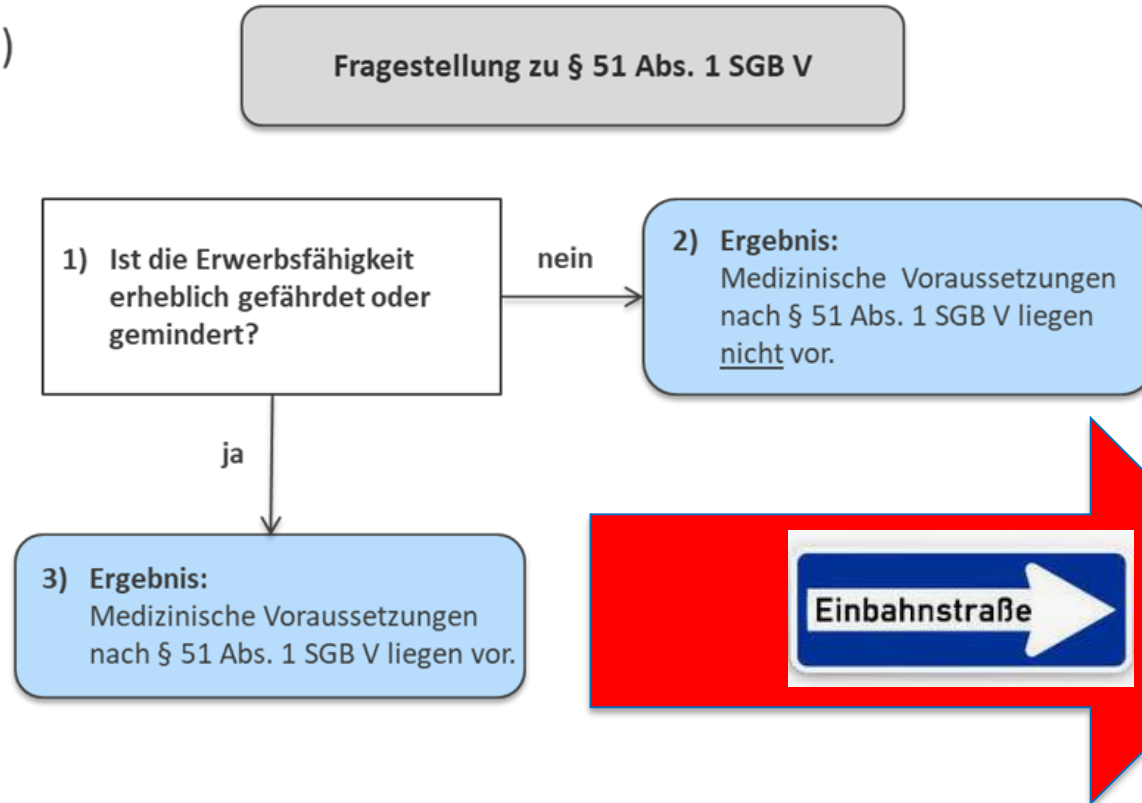
Gilt nicht für Zweifel des Jobcenters!



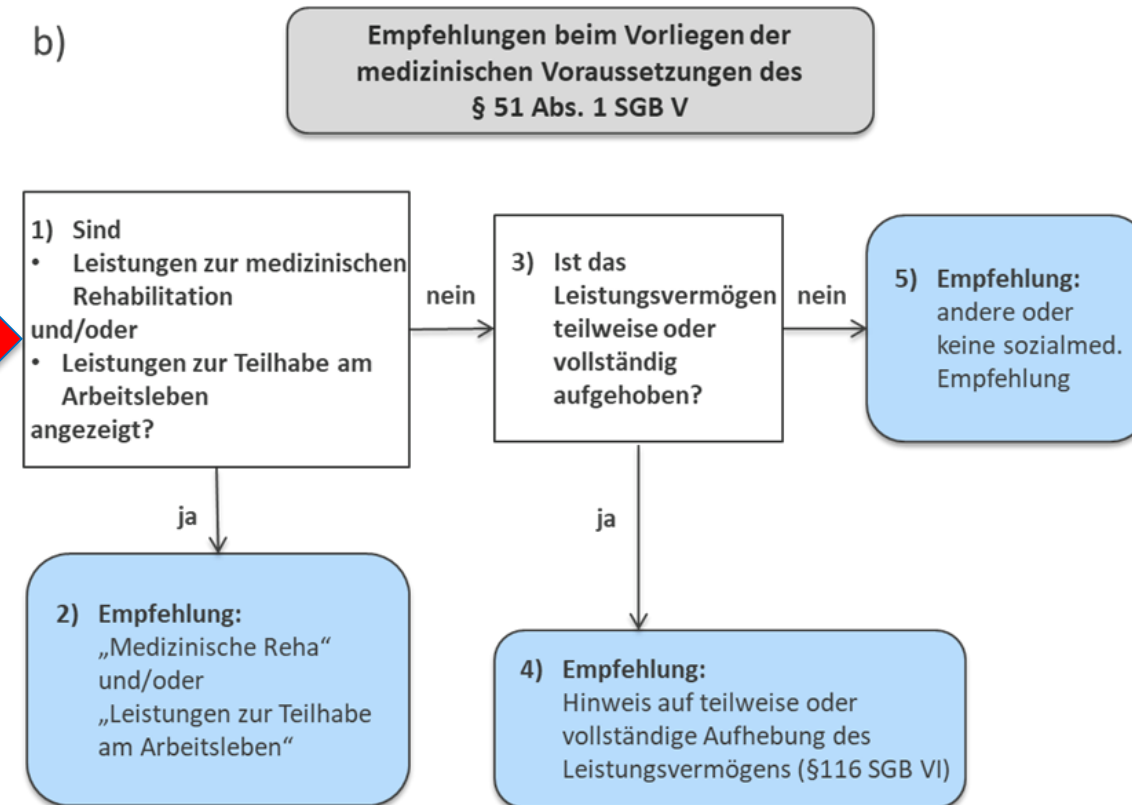
* Ausnahme: Erwerbsfähige Leistungsempfänger nach dem SGB II mit Zweifeln des Jobcenters.
** bei jedem Ergebnis ist, sofern von der KK angefragt oder aus Befund ersichtlich, zum § 51 SGB V Stellung zu nehmen

Neue Gliederung/Workflow § 51 Begutachtung

a)



b)



**„Auch wenn keine Empfehlung abgegeben werden kann, ist als Ergebnis zwingend anzugeben, dass die Voraussetzungen des § 51 SGB V vorliegen.“
(BGA AU S. 47)**

Erwerbsfähigkeit – Klarstellung

Grundsätzlich Bedeutung Begutachtungsergebnis „AU auf Dauer“ = Minderung der EF im Sinne des § 10 SGB VI

Bedeutung i. S. des SGB V:

- Fähigkeit Versicherter, den bisherigen Beruf oder die bisherige Tätigkeit nicht weiter ausüben zu können
- Kriterien für die Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen einer Rente wegen Erwerbsminderung nicht anwendbar

Zu prüfen ist, ob Versicherte unabhängig von den Besonderheiten des konkreten jetzigen Arbeitsplatzes den *typischen Anforderungen des ausgeübten Berufs* noch nachkommen kann.

Aufgehobenes Leistungsvermögen ist nachvollziehbar sozialmedizinisch darlegen

Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe am Arbeitsleben gilt als Antrag auf Rente, wenn Versicherte vermindert erwerbsfähig sind (i. S. Teil-EM oder EM)

und

1. ein Erfolg von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht zu erwarten ist

oder

2. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben nicht erfolgreich gewesen sind, weil sie die verminderte Erwerbsfähigkeit nicht verhindert haben (§ 116 SGB VI).

 Trotz negativer Prognose Aufforderung Versicherter zur Antragstellung zur Rehabilitation (§ 51 SGB V) ggf. sinnvoll zur Auslösung der Rentenantragsfiktion des § 116 SGB VI

Gefährdung versus Minderung der EF

- 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.
- **IMMER: Bezugsgröße letzte konkrete Tätigkeit/Bezugstätigkeit im SGB V**
- **Unterschied zu EM im SGB VI (hier allgemeiner Arbeitsmarkt)**

Maßnahmen der Eignungsfeststellung können in Betracht kommen.

§§ 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.

Hinweise für QSKV AU

- Fehlende positive Prognose im Hinblick auf Leistungen zur med. Rehabilitation und/oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- und Leistungsvermögen teilweise oder vollständig aufgehoben



sozialmedizinisch nachvollziehbar Darlegung erforderlich

Keine positive Prognose bedeutet:

Allenfalls eine Verbesserung der Aktivitäten des täglichen Lebens erreichbar ohne wesentliche Auswirkungen auf das Leistungsvermögen im Erwerbsleben.

Teilweise oder volle Erwerbsminderung kann vorliegen

Abschließende Prüfung dieser Kriterien erfolgt durch den Rentenversicherungsträger

Arbeitsunfall und Berufskrankheit in der Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung

Überprüfung der bereits getroffenen Entscheidungen einer Berufsgenossenschaft
möglicher Gegenstand einer AU-Begutachtung

Begutachtungsanleitung hierfür nicht anwendbar, gesonderte Vorlage erforderlich

Dabei müssen bestimmte Informationen, wie Angaben zu AU-Zeiten und -Diagnosen, D-Arzt-Bericht oder Berufskrankheitenanzeige, relevante Arzt- und Facharztberichte, Tätigkeitsschlüssel, kurze Tätigkeitsbeschreibung, Erhebungen des Technischen Aufsichtsdienstes der BG, die im bisherigen Berufskrankheitenverfahren eingeholten ärztlichen Gutachten, Stellungnahme des Landesgewerbearztes, Berufskrankheitenbescheid/Anerkennungsbescheid über Arbeitsunfall vorliegen.

Begutachtung von Zusammenhangsfragen „Dieselbe Krankheit“

Sozialrechtliche Definition für „dieselbe Krankheit“

Sozialrechtliche Definition „hinzugetretene Krankheit“

- Gleiche Krankheiten oft unterschiedlich kodiert
- Getriggert durch unterschiedliche Leistungserbringer
- Verschlüsselung nach ICD-10-GM kann zu einer stark verfeinernden Sichtweise führen – im Kontext der aktuellen Rechtsprechung nicht angezeigt
- Zusammenhang nur bei nicht ausgeheilten Grundleiden oder Polytrauma
- Erkrankungen, die nach kurzer Zeit ohne Folgen ausheilen (z. B. Infektionen der oberen Luftwege, akute Belastungsreaktion), erfüllen diese Voraussetzung nicht.
- Cave: gleiche Symptomatik Ausdruck chronischen Erkrankung (z. B. COPD, rezidiv. depr. Episode).

Krankengeld bei Auslandsaufenthalt – S. 57

Grundsatzentscheidung des BSG am 04.06.2019 (AZ B 3 KR 23/18 R) führt zur Abkehr von bis dahin üblichen und zuvor auch in der BGA-AU dargestellten Beurteilungskriterien

Krankenkasse ohne Einräumung eines Ermessensspielraums verpflichtet, dem Auslandsaufenthalt zuzustimmen, wenn während des gesamten Auslandsaufenthalts unzweifelhaft Arbeitsunfähigkeit vorliegt

Erteilung einer Zustimmung zu Auslandsaufenthalten bei AU – Konzentration auf:

- AU liegt für die gesamte Dauer des Auslandsaufenthalts unzweifelhaft vor**
- Anhaltspunkte für Beendigung der AU vor Abschluss des geplanten Auslandsaufenthalts vorhanden**

- Häufig andere Faktoren, wie z. B. das Krankheitsverhalten der Versicherten, wesentlicher als die AU-Diagnose (nach ICD-10 GM)
- Betrachtung von Vorerkrankungshäufigkeiten oder zeitlichen Zusammenhängen der vorliegenden AU-Attestierung mit anderen Sachverhalten (z. B. Ende eines Beschäftigungsverhältnisses) wichtige Aufgreifkriterien
- **Ausbleibende Reaktion der Versicherten auf schriftliche Anfragen nach § 275 Abs. 1b SGB V der Krankenkasse als relevanter Aufgreifpunkt**

Ziel der **Fallauswahl** u. a.: Erkennen der AU-Fälle,

- 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.

Informationsbeschaffung neu geregelt

Versichertenanfrage (§ 275 Abs. 1 SGB V) – 1

„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.“

Folgende Maßnahmen stehen der Krankenkasse (datenschutzkonform) zur Verfügung stehen:

Versichertenanfragen (§ 275 Abs. 1b SGB V) – NEU:

→ *Versichertenanfrage allgemein*

→ *Versichertenanfrage Arbeitslos*

→ *Versichertenanfrage zu Anforderungen am Arbeitsplatz*

Informationsbeschaffung neu geregelt – S. 66

Versichertenanfrage (§ 275 Abs. 1 SGB V) – 2

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.

Erhebung der Angaben durch Krankenkassen bei den Versicherten grundsätzlich nur schriftlich oder elektronisch; telefonische Erhebung nur zulässig mit zuvor schriftlich oder elektronisch Einwilligung von Versicherten

Arztanfragen (275 Abs. 1b SGB V)

Anfrage bei dem die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellenden Leistungserbringer
Weitere Angaben möglich.

Umfang der Datenerhebung dient der Konkretisierung der auf der
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgeführten Diagnosen

1. zur Kenntnis von weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die in Bezug auf die die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Diagnosen vorgesehenen sind
1. zur Klärung über Art und Umfang der zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Beschäftigung oder bei Leistungsempfängern nach dem SGB III zur Feststellung des zeitlichen Vermittlungsumfangs

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

Regelung/Korrektur des Gesetzestextes bzgl. Informationsweitergabe an MD bei Beauftragung

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.

→ Kein Vernichten von Muster 52 oder Versichertenanfragen/Arztanfragen durch die Krankenkasse mehr erforderlich, umfangreiche Informationen dürfen wieder vorgelegt werden

Mündliche Erörterung (anonymisiert)

Im Vorfeld der Beauftragung des Medizinischen Dienstes sozialmedizinischer Beratungsbedarf seitens der Krankenkasse

→ nicht fallabschließende mündliche Erörterung von AU-Fällen zur Vorsichtung eines Begutachtungsauftrags im Einzelfall

Folge und Ziel: zielgerichtete Beauftragung des Medizinischen Dienstes mit Fallabschluss

- **Zielführende Fragestellung der Krankenkasse mögliches Ziel**
- Anonymisierte Fallerörterung für Zweck der Begutachtung/Beauftragung im Einzelfall nicht zwingend erforderlich

Verwendung aufgearbeiteter anonymisierter Informationen der Krankenkasse ohne Versicherten- oder Arztbezug

Informationen der Krankenkasse bei Beauftragung Aufträge ohne Anlass 162 und 163 – 1

- Maßgebliche Tätigkeit vor Beginn der AU
- Dauer des aktuellen Arbeitsverhältnisses (bei beendetem Arbeitsverhältnis Angabe in Bezug auf die letzte Tätigkeit)
- Angaben zu den Arbeitgebern, die im Rahmen des § 284 Abs. 1 SGB V von den Krankenkassen erhoben worden sind (**regelmäßig der der Krankenkasse vorliegende Tätigkeitsschlüssel**)
- 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.

Informationen der Krankenkasse bei Beauftragung Aufträge ohne Anlass 162 und 163 – 2

- Aktuelle Befundberichte, Zwischen- und/oder Entlassungsberichte, sofern die Versicherten diese der Krankenkasse zur Vorlage beim Medizinischen Dienst überlassen haben
- Einholung unterschriebener Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht/Einwilligungserklärung von Versicherten für Befundanforderung (z. B. Reha-Entlassungsberichte bei Leistungen der RV-Träger) erfolgt durch Krankenkasse

Schriftliche Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes – **NEU** – Versand über Kasse

Versand Versichertenanfrage des Medizinischen Dienstes mit Fragen zur AU, wenn die Angaben für die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst erforderlich sind

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 zu wenige aussagekräftige Informationen zur AU vorliegen

Archivierung der Antwort im Medizinischen Dienst, zukünftig Eingang über MiMa

Befundübermittlung und Arztanfragen

Hinweise zur Berechtigung des MD

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.“

Gezielte schriftliche Anfrage an Versicherte zur beruflichen Situation – 1

- Häufig Angaben aus dem Tätigkeitsschlüssel oder einer ggf. vorliegenden allgemeinen Versichertenanfrage mit Angaben zu den beruflichen Anforderungen sachgerechte Beurteilung des Falles durch den Medizinischen Dienst möglich
- 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.**

Gezielte schriftliche Anfrage an Versicherte zur beruflichen Situation – 2

Wann Arbeitsplatzbeschreibung beim Arbeitgeber?

Ausnahmefall >> weitergehende Informationen im Rahmen gezielter schriftlicher Anfrage beim Arbeitgeber für den Medizinischen Dienst über Mitteilungsmanagement anfordern.

Information seitens des Arbeitgebers/Arbeitsplatzbeschreibung:

„Eine Auskunftsverpflichtung 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.

- 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.
- **Inhalt des Gesprächs: ab wann wieder Arbeitsfähigkeit besteht**
- **Vertragsärzte/-innen sind nicht zur telefonischen Auskunft verpflichtet**

Das Schreiben des Medizinischen Dienstes an Leistungserbringer enthält den Grund **und die Berechtigung für die Beantwortung der Anfrage - gilt auch hier analog!**

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 Schweigepflichtsentbindung ist durch die Krankenkassen einzuholen.

- 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.
- **In NR gibt es hierfür Textbausteine, keine Mitteilungsbögen.**
- 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.
- **Diese Fälle sind keine Widersprüche bei Wiedervorlage durch Kasse**

Dokumentationsumfang – Mindestinhalt einer gutachtlichen Stellungnahme

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: Krankenkassen muss in der Lage versetzt werden, auf Basis dieser Informationen eine leistungsrechtliche Entscheidung zu treffen, d. h. Ergebnis der Begutachtung 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 des Gutachters erfolgt ist, zu benennen und in einer Form weiterzugeben, die eine substantiierte Information ermöglicht, z. B. in einem Verwaltungsakt.“

Inhalte von „Ergebnis“ und „wesentliche Gründe für das Ergebnis“ – 1

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.

Inhalte von „Ergebnis“ und „wesentliche Gründe für das Ergebnis“ – 2

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.

Inhalte „wesentliche Gründe für das Ergebnis“:

Zusammenfassende und verständliche Darstellung des Abgleichs von Leistungsvermögen und Anforderungsprofil und der daraus resultierenden sozialmedizinischen Beurteilung als Grundlage für den Leistungsentscheid für die Krankenkasse.

Beschreibung des Anforderungsprofils von wesentlicher Bedeutung, denn dessen Abgleich mit dem aktuellen Leistungsvermögen ist entscheidende Beurteilungsgrundlage der AU.

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 Vermittlungsumfangs 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).

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:

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

Alle Produkte der fallabschließenden gutachtlichen Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes stehen zur Verfügung.

Bei der Wahl des Produktes ist unter Beachtung der Fragestellung das effizienteste zu wählen.

Vorgabe in NR: mind. Produkt der PG IIa – Kurzgutachten weiterhin

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.

Mitteilungspflichten – Änderungen durch GVWG



Mitteilungspflichten nach § 277 SGB V

- Ausführungen des GVWG ergänzt
- Befugnis und Verpflichtung zum Versand des Ergebnisses dargestellt
- Hinweis auf Übermittlung der wesentlichen Gründe nur mit Einwilligung Versicherter
- Die Umsetzung der oben genannten gesetzlichen Regelungen erfordert klare Trennung der Textabschnitte „Ergebnis der Begutachtung“ und „Wesentliche Gründe für dieses Ergebnis“.
- In dem Abschnitt „Wesentliche Gründe für dieses Ergebnis“ sind jeweils die notwendigen Angaben zu treffen 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).

Dezidierte Darstellung der Ergebnisinhalte zu allen Anlässen aufgeführt – 1

„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.

Dezidierte Darstellung der Ergebnisinhalte zu allen Anlässen aufgeführt – 2

„Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten“

→ **Ergebnis:** Hier ist eine Aussage zu treffen, ob in unterschiedlichen Zeitabschnitten „Dieselbe Krankheit“ oder eine „Hinzutretene 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.

Dezidierte Darstellung der Ergebnisinhalte zu allen Anlässen aufgeführt – 3

„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.

Änderungen im Handbuch Berichtswesen ab 2022



Änderung Schlüsselbezeichnungen

- 311 Physiotherapie
- 313 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
- Weitere Änderungen betreffen den stationären Bereich und nur Bezeichnungen von Anlassschlüsseln (dienen der Konkretisierung)

Schlüssel 13 „SFB - nicht fallabschließend“

Sozialmedizinische Fallberatung(SFB) – Bearbeitung ohne Fallabschluss im Sinne einer Steuerung der Begutachtungsaufträge

Dazu zählen:

- SFB, die keine Empfehlung zur Leistungsentscheidung der Kranken-/Pflegekasse abgeben. Sie führen zu weiteren Ermittlungen oder zur weiteren Bearbeitung (z. B. zu einem Sozialmedizinischen Gutachten) im Medizinischen Dienst.
- **die Begleitung/Beratung von Auftraggebern bei Sozialgerichtsverfahren zu Einzelfällen nach einem erstellten Gutachten (vorher PG I, Schlüssel 11, „SFB – fallabschließend“).**

Produktgruppe I - Sozialmedizinische Fallberatung (SFB) – fallabschließend

Schlüssel 11 „SFB – fallabschließend“ – Bearbeitung mit Fallabschluss

Dazu zählen:

- SFB, die mit einer schriftlichen Stellungnahme abgeschlossen wurden, wobei nicht die Kriterien eines Sozialmedizinischen Gutachtens/Kurzgutachtens erfüllt sind.
- Fallkonferenzen, die mit einer schriftlichen Stellungnahme abgeschlossen wurden, wobei nicht die Kriterien eines Sozialmedizinischen Gutachtens/Kurzgutachtens erfüllt sind.

Gestrichen:

- **Fallkonferenzen, die mit einer mündlichen Erläuterung für de Auftraggeber abgeschlossen wurden.**
- **Die Begleitung/Beratung von Auftraggebern im SG-Verfahren zu Einzelfällen nach erstelltem Gutachten – jetzt SFB – nicht fallabschließend**

Ergebnis der Sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) ohne Fallabschluss – Fall-Steuerung

- Ergebnisschlüssel 80 „Weitere Ermittlungen“
- **Begleitung zu Einzelfall bezogenen Terminen beim Sozialgericht bzw. zu deren Vorbereitung**
- **Weitere Änderungen betreffen Meldung, Datenverarbeitung der Datensätze zum Berichtswesen und Bezeichnungsänderung bei 200er Anlässen (KHF)**

Gutes Gelingen

Danke für Ihre Aufmerksamkeit



Medizinischer Dienst
Nordrhein



Medizinischer Dienst
Nordrhein

