



Medizinischer Dienst
Nordrhein

REPORT



**Arbeitsunfähigkeit
2022**

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	4
2 Auf einen Blick	6
3 Begutachtung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit	8
3.1 Fragen zur Gefährdung oder zur Minderung der Erwerbsfähigkeit	10
3.2 Begutachtung zur Sicherung des Behandlungserfolges	15
3.3 Stufenweise Wiedereingliederung	21
3.4 Erstellung eines Leistungsbildes.....	29
3.5 Zusammenfassung.....	37
4 Begutachtung zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit.....	40
4.1 Dauer der Arbeitsunfähigkeit.....	42
4.2 Zweifel des Arbeitgebers	53
4.3 Zusammenhang mit früheren Arbeitsunfähigkeitszeiten	64
4.4 Zusammenfassung.....	70
5 Fazit.....	72

1 Einleitung

Krankengeld ist eine der ältesten Krankenkassenleistungen in Deutschland. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts diente der Krankenversicherungsschutz noch nicht primär zur Finanzierung von medizinischen Behandlungen, sondern war eine Art Arbeitslosenversicherung im Krankheitsfall. Im Laufe des 20. Jahrhunderts übernahmen diese Absicherung dann immer häufiger die Unternehmen – als verpflichtende arbeitsvertragliche Regelung. Seit dem 1. Januar 1970 haben alle abhängig Beschäftigten in Deutschland Anspruch auf jährlich bis zu sechs Wochen Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Wer länger krank ist, erhält bis zu 72 weitere Wochen Krankengeld von der Krankenkasse.

Die Absicherung der finanziellen Risiken im Krankheitsfall ist eine wichtige sozialpolitische Errungenschaft, die zur ökonomischen und sozialen Stabilität in Deutschland beiträgt. Gesundheitsreports der Krankenkassen belegen, dass Beschäftigte im Schnitt mehr als 20 Tage im Jahr krankheitsbedingt ausfallen; die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage ist in den vergangenen 20 Jahren spürbar gewachsen. Viele Krankenkassen meldeten zuletzt neue Rekorde bei Krankentagen und Krankheitsfällen. Laut Bundesministerium für Gesundheit liegt der Krankenstand mittlerweile bei 5,8 Prozent und hat damit den höchsten Wert seit 1970 erreicht.

Auch wenn die Arbeitsunfähigkeitszeiten 2022 im Zusammenhang mit der Coronapandemie besonders groß waren, nehmen sie auch über einen größeren Zeitraum betrachtet deutlich zu. Berechnungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) belegen einen drastischen Anstieg beruflicher Fehlzeiten um über 40 Prozent innerhalb der vergangenen zehn Jahre.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin quantifiziert die volkswirtschaftlichen Produktionsausfallkosten für das Jahr 2022 auf insgesamt 89 Milliarden Euro. Den Ausfall an der Bruttowertschöpfung schätzt sie auf 153 Milliarden Euro. Denn die Arbeitsunfähigkeit, kurz AU, verursacht erhebliche indirekte Krankheitskosten. Insbesondere entstehe durch Langzeit- und Frühberentungsfälle, Aufwendungen für Krankengeld, Rentenleistungen und aufgrund verlorener Erwerbsjahre ein beträchtlicher volkswirtschaftlicher Schaden, so das Robert Koch-Institut (RKI) in seiner Gesundheitsberichterstattung.

Gesetzliche Krankenkassen zahlen an gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Regel nach der sechsten Krankheitswoche Krankengeld. Die Ausgaben für Krankengeld sind zwischen 2012 bis 2020 pro Jahr um etwa 7,5 Prozent ge-

stiegen. Im Jahr 2022 zahlten die Kassen für insgesamt 2,3 Millionen Krankheitsfälle im Bundesgebiet knapp 18 Milliarden Euro. Das sind 6,5 Prozent ihrer Leistungsausgaben.

Entsprechend den gesetzlichen Vorgaben sind es vor allem die Langzeiterkrankten, die von den Krankenkassen überprüft werden; einen entsprechenden Auftrag dazu erhalten die Medizinischen Dienste. So führte der Medizinische Dienst Nordrhein im Jahr 2022 über 45.000 Begutachtungen zur Arbeitsunfähigkeit durch. Zum einen prüft er, ob überhaupt ein Anspruch auf Krankengeld besteht, und zum anderen, ob Maßnahmen und Behandlungen eingeleitet und durchgeführt werden müssen, damit Gesundheit und Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt werden können.

Die vorliegende Analyse der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit gibt einerseits Hinweise darauf, wie groß die Präventionspotenziale bei Langzeiterkrankten sind und durch welche Maßnahmen die Versorgungssituation verbessert werden kann. Andererseits soll sie auch Impulse für eine kritische Diskussion der gesetzlichen Regelungen geben.

2 Auf einen Blick

Die Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit (AU) ist eine wesentliche Aufgabe des Medizinischen Dienstes Nordrhein. Im Jahr 2022 wurden 45.000 Begutachtungen zu verschiedenen Aspekten der Arbeitsunfähigkeit durchgeführt.

Diese einzelnen Aspekte der Begutachtungen spiegeln verschiedene Perspektiven auf das Thema wider. Zum einen geht es bei den Begutachtungen des Medizinischen Dienstes darum, die Frage zu klären, ob und mit welchen Maßnahmen die Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt werden kann. Zum anderen wird der Medizinische Dienst beauftragt, Zweifel zu beseitigen und den Anspruch auf Krankengeld zu überprüfen.

Bei der Begutachtung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (Kapitel 3) richtet sich die Art der Gutachten nach den unterschiedlichen Fragestellungen der Krankenkasse. Die meisten Begutachtungen erhielt der Medizinische Dienst Nordrhein 2022 zu der Frage der Krankenkasse nach dem Vorliegen einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit. 39 Prozent aller Begutachtungen beschäftigten sich mit dieser Fragestellung. Jeweils zwei Prozent aller Aufträge betrafen die Fragen, welche Maßnahmen einen Behandlungserfolg sichern könnten und zu einer stufenweisen Wiedereingliederung. Vier Prozent der Aufträge stellten die Frage nach einem Leistungsbild.

Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges wurden bei einem Drittel der entsprechenden Begutachtungsfälle empfohlen, wobei medizinische Rehabilitationsleistungen am häufigsten waren. Eine stufenweise Wiedereingliederung wurde in einem Fünftel der entsprechenden Begutachtungsfälle empfohlen. In rund einem Drittel der Begutachtungen zur Erwerbsfähigkeit wurde eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit festgestellt, in weiteren 17 Prozent eine Minderung der Erwerbsfähigkeit. In 16 Prozent der Fälle lag weder eine erhebliche Gefährdung noch eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor.

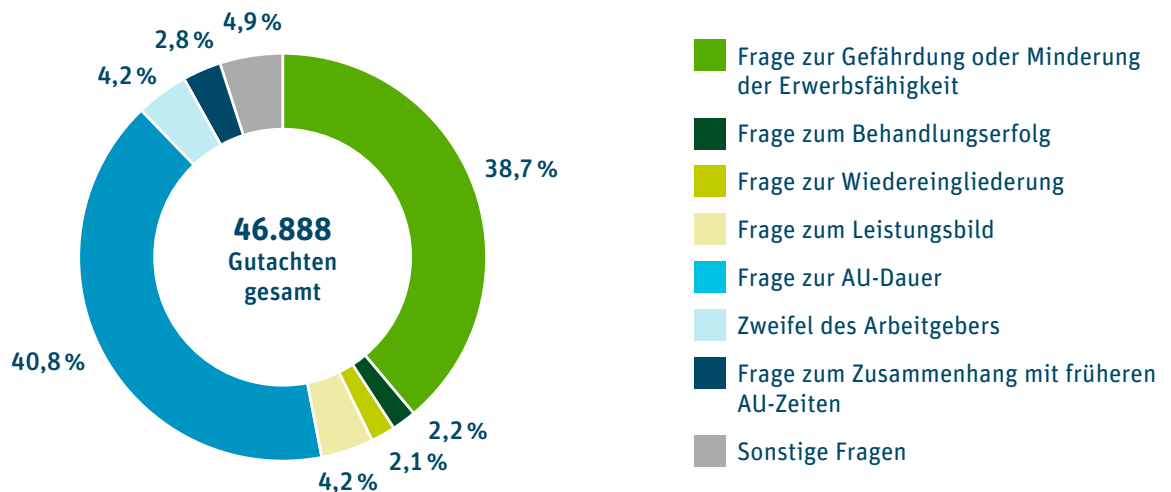
Bei den Begutachtungen zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit (Kapitel 4) gingen die meisten Aufträge zur Dauer der AU ein. Dies betraf 40 Prozent aller Aufträge zur Arbeitsunfähigkeit. In vier Prozent der Fälle zweifelten Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit an. Bei drei Prozent stand die Frage nach einem Zusammenhang mit früheren AU-Zeiten im Mittelpunkt.

Nur in vier Prozent der Begutachtungsfälle zur Klärung von Zweifeln waren kassenseitig angezweifelte Arbeitsunfähigkeiten medizinisch nicht ausreichend begründet. Arbeitgeberzweifel wurden nur sehr selten bestätigt. In zwei Dritteln der Fälle mit der Frage nach einem möglichen Zusammenhang zwischen aktueller Erkrankung und Vorerkrankungen wurde dieselbe Krankheit bestätigt.

Eine besondere inhaltliche und quantitative Relevanz kommt den psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen zu, die einen beachtlichen Anteil der Arbeitsunfähigkeitsbegutachtungen ausmachen und mit besonderen Herausforderungen einhergehen.

Konnten Gutachten nicht abgeschlossen werden, lag dies an fehlenden medizinischen Informationen, oder die Versicherten befanden sich noch in Behandlung, sodass noch keine AU-Prognose abgegeben werden konnte.

Art der AU-Begutachtungen



Anmerkung: Anteil der wegen Arbeitsunfähigkeit begutachteten Versicherten nach Fragestellung.

3 Begutachtung zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit

Millionen Deutsche sind jedes Jahr arbeitsunfähig (AU). In bestimmten gesetzlich festgeschriebenen Fällen beauftragen die Krankenkassen den Medizinischen Dienst, AU-Gutachten zu erstellen. Das vorrangige Ziel: Langzeitkranken die Rückkehr in den Beruf zu ermöglichen.

Die Art des Gutachtens und die Empfehlungen des Medizinischen Dienstes richten sich nach der Fragestellung der Krankenkasse. Dies sind folgende:

Bei Langzeiterkrankten stellt sich die Frage, wie sich die Erwerbsfähigkeit perspektivisch entwickeln wird. Ob sie gefährdet oder bereits gemindert ist und welche Maßnahmen ergriffen werden können, um die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen (Kapitel 3.1).

Befinden sich Langzeiterkrankte in einer Behandlung, kann die Frage nach der Sicherung des Behandlungserfolges gestellt werden. Also, welche Maßnahmen können ergriffen werden, um den Behandlungserfolg zu sichern. Bedarf es etwa einer anderen Therapie? Oder ist eine zusätzliche Rehabilitation von Nöten (Kapitel 3.2)?

Die stufenweise Wiedereingliederung hat das Ziel, Beschäftigte unter ärztlicher Aufsicht wieder an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen und sie so bei der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz nach langer beziehungsweise schwerer Krankheit zu unterstützen (Kapitel 3.3).

Bei einem Leistungsbild soll festgestellt werden, ob und gegebenenfalls mit welchen Einschränkungen Versicherte arbeitsfähig sind (Kapitel 3.4.)



3.1 Fragen zur Gefährdung oder zur Minderung der Erwerbsfähigkeit

Hintergrund und gesetzlicher Rahmen

Bei wiederkehrenden, häufigen oder langen Arbeitsunfähigkeitszeiten, bei schwerwiegenden Erkrankungen oder wenn Versicherte nach einer medizinischen Rehabilitation weiterhin arbeitsunfähig bleiben, stellt sich die Frage, wie sich die Erwerbsfähigkeit perspektivisch entwickeln wird.



Die ärztlichen Gutachterinnen und Gutachter vom Medizinischen Dienst geben eine Einschätzung ab, ob die medizinischen Voraussetzungen nach § 51 Abs. 1 SGB V erfüllt sind oder nicht, also ob sie die Erwerbsfähigkeit entweder als „erheblich gefährdet“ oder als „gemindert“ einstufen oder nicht. Eine erhebliche Gefährdung besteht, wenn die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Leistungsmininderungen so stark sind, dass sehr wahrscheinlich innerhalb von drei Jahren mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit zu rechnen ist. Das bedeutet: Versicherte können aufgrund ihres Gesundheitszustandes ihre bisherige oder letzte Tätigkeit dauerhaft nicht weiter ausüben oder nur mit wesentlichen Einschränkungen – zum Beispiel, wenn für die Bezugs­tätigkeit eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit (AU) besteht.

Ein Beispiel

Bei einer 59-jährigen Versicherten, die als Küchenhilfe tätig ist, wurde vor etwa einem Jahr eine bösartige Neubildung der Brustdrüse diagnostiziert. Seitdem ist sie arbeitsunfähig. Nach neoadjuvanter Chemotherapie, brusterhaltender Operation sowie antihormoneller Therapie stellt die Krankenversicherung die Frage, ob in diesem Fall die Voraussetzungen nach § 51 SGB V erfüllt sind oder ob die Versicherte ihre Tätigkeit wiederaufnehmen könne. Die sozialmedizinische Beurteilung: Als Küchenhilfe kann die Versicherte nur noch weniger als drei Stunden arbeiten, da sie seit ihrer Therapie unter einem Lymphödem leidet und keine schweren Lasten mehr heben kann. Da dies jedoch eine Anforderung an ihren Arbeitsplatz in einer Großküche ist, ist das vorhandene Leistungsvermögen für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit absehbar nicht ausreichend. Nach den vorliegenden Unterlagen und Diagnosen bestehen schwere Beeinträchtigungen der wesentlichen Funktionen als Küchenhilfe. Aufgrund des aufgehobenen Leistungsvermögens für die maßgebliche Tätigkeit wurden im Gutachten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben empfohlen. Dies sind Hilfen, die Personen mit Einschränkungen unterstützen sollen, weiterhin erwerbstätig zu sein – zum Beispiel eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes.

Mehr als 18.000 Versicherte begutachtet

18.132 Versicherte begutachtete der Medizinische Dienst Nordrhein 2022, teilweise sogar mehrfach im Jahr, um einzuschätzen, ob eine erhebliche Gefährdung oder eine Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit vorlag. Dies war der zweithäufigste Grund für eine Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung. Zu 80 Prozent handelte es sich hierbei um Erstbegutachtungen. Ein Fünftel waren Folgegutachten, das heißt, dass im Vorjahr schon eine Prüfung stattgefunden hatte.

Im Jahr 2022 wurde die Mehrheit dieser Begutachtungsform abgeschlossen, nur 5,6 Prozent blieben offen.

Gutachten zu 60- bis 64-Jährigen überwiegen

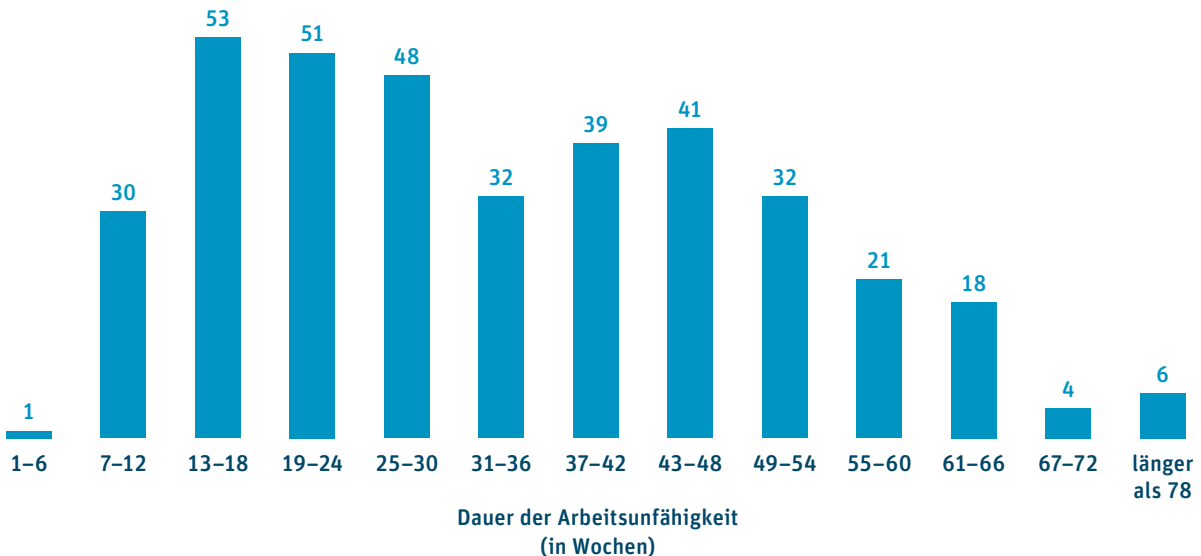
Begutachtet wurden in 54 Prozent der Fälle Frauen, 46 Prozent betrafen Männer. Die meisten waren zwischen 50 und 64 Jahre alt. Insbesondere 60- bis 64-Jährige wurden mehr als dreimal so häufig begutachtet, als es ihrem Anteil an der deutschen Erwerbsbevölkerung entspricht.

Begutachtung häufig ab der 13. Woche

Für die Auswertung des Begutachtungszeitpunktes wurde eine repräsentative Stichprobe gezogen. Demnach lagen zwischen dem Beginn der AU und dem Eingang des Begutachtungsauftrages im Mittel 34 Wochen (Spanne: 2 bis 102 Wochen). Die meisten Aufträge gingen zwischen der 13. und der 30. Woche ein.

Frage zur Erwerbsfähigkeit: Dauer der AU bis zum Zeitpunkt der Begutachtung in Wochen

Anzahl Personen
(n = 376)



Anmerkung: Bei n = 376 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 18.132 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Psychische Erkrankungen dominieren

Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen waren mit rund einem Drittel (n = 5.985) der Aufträge der mit Abstand häufigste Grund für Begutachtungen, gefolgt von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, die jedoch mit 17 Prozent (n = 3.182) nur etwa halb so häufig als AU-Begründung vorkamen. Beide Diagnosegruppen zusammen machten fast die Hälfte der Begutachtungen zur Frage nach dem Vorliegen einer erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit aus. Danach folgten mit 11,5 Prozent (n = 2.048) Versicherte, die nach einer Operation weiter arbeitsunfähig waren. An vierter Stelle standen mit acht Prozent onkologische Krankheiten. Versicherte mit Symptomen oder abnormen Befunden stellten die fünftgrößte Personengruppe dar. Jeweils fünf Prozent der Begutachtungen fanden ferner infolge von kardiovaskulären beziehungsweise neurologischen Erkrankungen statt. In vier Prozent der Fälle verursachte ein Unfall oder eine Verletzung die zu begutachtende Arbeitsunfähigkeit.

Die geschlechtsspezifische Auswertung zeigt, dass Frauen häufiger infolge einer psychiatrischen Erkrankung begutachtet wurden. Männer haben dagegen einen geringfügig höheren Anteil bei Begutachtungen infolge von Muskel-Skelett-Erkrankungen, postoperativen Zuständen, kardiologischen, pneumologischen Erkrankungen sowie bei Symptomen und abnormen Befunden. Insgesamt waren diese Unterschiede gering ausgeprägt. Ein Blick auf die Einzeldiagnosen belegt ebenfalls die herausragende Stellung der psychischen Erkrankungen. Denn mit Ausnahme der Diagnose ICD „C50.9 Bösartige Neubildung der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet“ gehörten alle anderen der zehn häufigsten Diagnosen zum Bereich Psyche und Verhaltensstörungen. Besonders hervorzuheben sind die mittelgradige depressive Episode, die rezidivierende depressive Störung, die schwere depressive Episode und die Anpassungsstörungen.

Beschäftigte aus Sozial- und Gesundheitsberufen betroffen

Für die berufliche Situation wurde eine repräsentative Stichprobe aus den Gutachtdokumenten erhoben und ausgewertet: 82,4 Prozent waren erwerbstätig. Knapp jeder Zehnte verlor in der Zeit der Arbeitsunfähigkeit seine Anstellung (stellenlos). In dem betrachteten Kollektiv waren Männer mit 11,4 Prozent häufiger arbeitslos als Frauen. Die Mehrheit arbeitete Vollzeit und war unbefristet beschäftigt.

In fast allen Begutachtungsfällen (95,2 Prozent) lagen Informationen zur maßgeblichen Tätigkeit vor. Die meisten waren in den Branchen Gesundheit, Soziales und Erziehung (22,4 Prozent), Unternehmensorganisation (13,6 Prozent), Verkauf und Vertrieb (12,5 Prozent) sowie Verkehr und Logistik (12,5 Prozent) tätig. Frauen waren in erster Linie in Gesundheits- und Sozialberufen (MFA, Krankenpflege, Altenpflege) und in Büro- und Sekretariatsberufen beschäftigt, Männer vorwiegend im Bereich Produktion und Fertigung sowie in Bau- oder Verkehrsberufen. Der Abgleich mit der anteiligen Verteilung der Berufe in der deutschen Erwerbsbevölkerung zeigte eine hohe Übereinstimmung mit nur geringen Abweichungen.

In einem Drittel der begutachteten Versicherten wurde eine sogenannte erhebliche Gefährdung der Erwerbstätigkeit festgestellt. Zu dieser Einschätzung gelangten die Gutachterinnen und Gutachter unter anderem dann, wenn sich der Zustand der Versicherten trotz langer oder intensiver Behandlung nicht wesentlich gebessert hatte oder wenn die Folgen der Erkrankung oder auch der erforderlichen Therapie zu gravierenden Funktionseinschränkungen führten und sich eine drohende Chronifizierung der Beschwerden abzeichnete.

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit stellte der Medizinische Dienst in 16,5 Prozent der Gutachten fest, zum Beispiel in Fällen mit ausgeschöpften therapeutischen Möglichkeiten, schwersten Einschränkungen wie Minderbelastbarkeit oder körperlicher Schwäche oder einer begrenzten Lebenserwartung aufgrund der Erkrankung.

In 15,7 Prozent der Fälle gab es keine Anhaltspunkte für eine erhebliche Gefährdung oder gar Minderung der Erwerbsfähigkeit. Beispielsweise, weil eine neue, vielversprechende Therapie begonnen wurde.

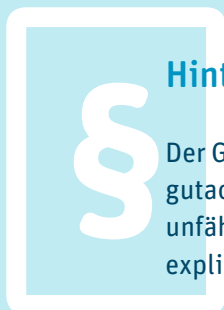
Bei einem Viertel der Begutachteten war die Beurteilung, ob eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt, nicht möglich, da Therapie beziehungsweise Diagnostik noch nicht so weit fortgeschritten waren, um eine zuverlässige Prognose des Krankheitsverlaufes und der Erwerbsfähigkeit sicher ableiten zu können, oder es fehlten relevante Informationen und Unterlagen. In acht Prozent wurde keine Aussage zur Erwerbsprognose getroffen, weil es sich um zurückgegebene beziehungsweise stornierte Aufträge handelte.

Rehabilitation am häufigsten empfohlen

Über die Hälfte der Gutachten enthielt Empfehlungen zu möglichen Maßnahmen – zum Beispiel Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) oder zur stufenweisen Wiedereingliederung (STWE). Am häufigsten empfahlen die Gutachterinnen und Gutachter eine medizinische Rehabilitation (28,5 Prozent) und LTA (12,5 Prozent).

Knapp die Hälfte der Gutachten enthielt keine Empfehlung einer Maßnahme zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Zum einen, weil bei Behandlungsfällen Therapie beziehungsweise Diagnostik noch nicht abgeschlossen waren und so eine zuverlässige sozialmedizinische Prognose nicht möglich war. Zum anderen, weil nicht genügend Informationen vorlagen.

3.2 Begutachtung zur Sicherung des Behandlungserfolges



Hintergrund und gesetzliche Grundlage

Der Gesetzgeber verpflichtet die gesetzlichen Krankenkassen, in bestimmten Fällen eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen, um die Arbeitsunfähigkeit von Versicherten zu überprüfen (§ 275 SGB V). Als erstes Ziel ist im Gesetz explizit die Sicherung des Behandlungserfolges formuliert.

Ein Beispiel

Eine 43-jährige Lagerhelferin ist seit nunmehr neun Monaten durchgehend arbeitsunfähig. Drei Monate nach einer Bandscheibenoperation erfolgte zunächst eine stufenweise Wiedereingliederung, die jedoch aufgrund starker Schmerzen abgebrochen werden musste. Für die körperlich anstrengenden Verpackungstätigkeiten im Lager reichte die damalige Belastbarkeit nicht. In einem Telefongespräch berichtet die Versicherte von weiterhin bestehenden Funktionseinschränkungen durch Schmerzen und Taubheit im Bein. Aus den vorliegenden Unterlagen des behandelnden Facharztes geht ferner hervor, dass die begonnene Infiltrationstherapie bei leichter Besserung der Beschwerden fortgesetzt werde und eine Beendigung der Arbeitsunfähigkeit aus neurochirurgischer Sicht noch nicht absehbar sei. Aus Gutachtersicht stimmt das aktuelle Leistungsvermögen der Versicherten weiterhin nicht mit dem Anforderungsprofil der zuletzt ausgeführten Tätigkeit überein und es wird die Einleitung einer orthopädischen Rehabilitationsmaßnahme empfohlen.

Ein Drittel mehrfach pro Jahr begutachtet

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 1.034 Versicherte hauptsächlich zu einer erforderlichen Maßnahme zur Sicherung des Behandlungserfolges begutachtet. Bezogen auf die Gesamtheit aller im Jahr 2022 begutachteten Versicherten entspricht dies einem Anteil von etwa zwei Prozent.

Dabei handelte es sich mehrheitlich (87,1 Prozent) um Erstbegutachtungen. Zu 126 Fällen (12,2 Prozent) existierte bereits ein Gutachten aus dem Vorjahr (Folgegutachten). Sieben weitere Fälle waren Widerspruchsgutachten zu Begutachtungen aus dem Vorjahr.

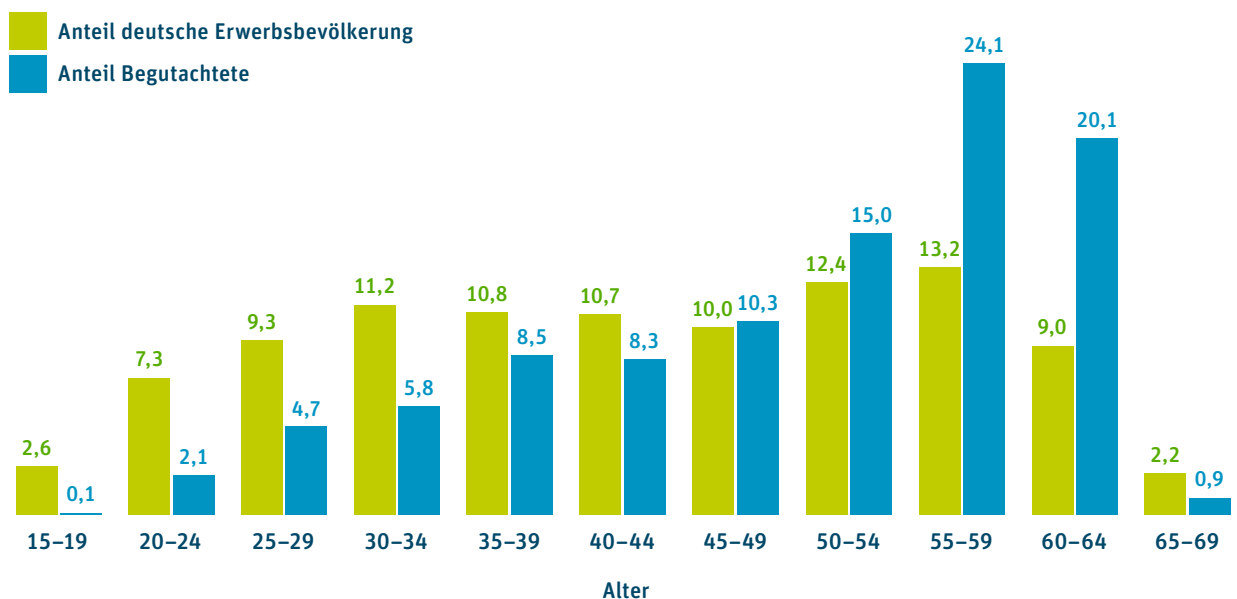
Knapp ein Drittel der Versicherten (302) wurde im Jahr 2022 mehrfach begutachtet. In einigen Fällen gab es bis zu sechs Begutachtungen im Jahresverlauf. Bei den Folgebegutachtungen handelte es sich nicht unbedingt um erneute Begutachtungen zur Sicherung des Behandlungserfolges, sondern zumeist um Einschätzungen zur erheblichen Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit, zur Möglichkeit einer stufenweisen Wiedereingliederung oder zu Fragen zur Dauer der AU.

Die meisten sind 55 Jahre oder älter

Im Jahr 2022 wurden etwas mehr Frauen (54 Prozent, n = 556) als Männer (46 Prozent, n = 478) begutachtet. Die meisten waren 50 Jahre oder älter. Setzt man diese Zahlen ins Verhältnis zur deutschen Erwerbsbevölkerung, zeigt sich, dass die Altersgruppen ab 55 Jahren überproportional begutachtet wurde, die jüngeren Altersgruppen bis 34 Jahre hingegen unterproportional. Dies lässt sich mit lang andauernder Arbeitsunfähigkeit erklären, von der häufig ältere Erwerbstätige betroffen sind.

Frage zum Behandlungserfolg: Altersverteilung – Begutachtete vs. deutsche Erwerbsbevölkerung (Mikrozensus)

(Angaben in %)



Anmerkung: Die Grafik berücksichtigt alle 1.034 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Depressionen dominieren

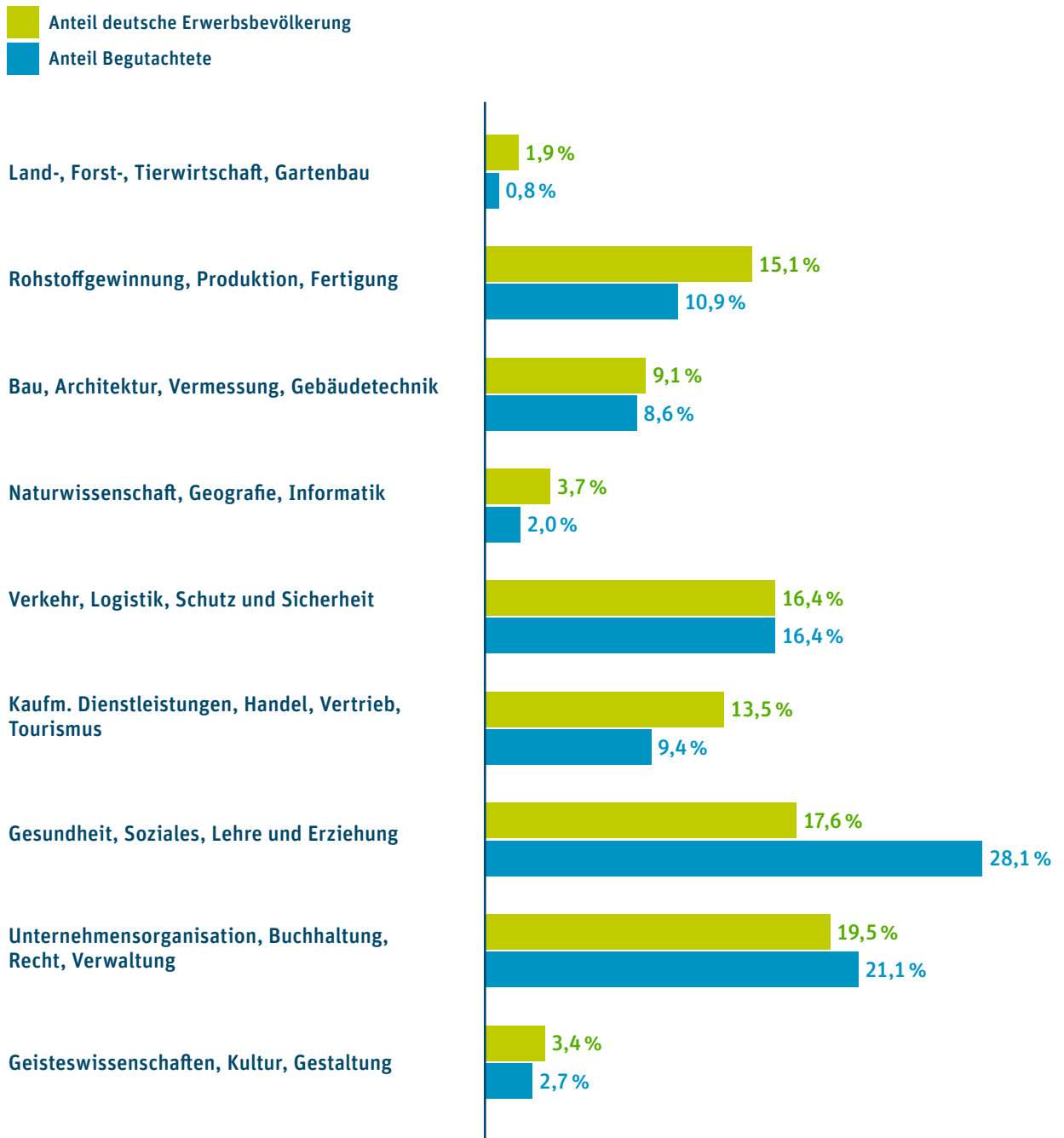
Bei über einem Drittel (38,6 Prozent) war die AU-begründende Diagnose eine psychische Erkrankung. Die drei häufigsten waren „F32.1 Mittelgradige depressive Episode“ (4 Prozent), „F43.2 Anpassungsstörungen“ (3,6 Prozent) und „F33.1 Rezidivierende depressive Störung“ (3,5 Prozent). Bei Frauen waren psychiatrische Erkrankungen häufiger der Grund für eine AU als bei Männern (44,1 Prozent vs. 32,2 Prozent). Muskel-Skelett-Erkrankungen waren bei etwa jedem sechsten Gutachten (16,7 Prozent) die Ursache für eine Arbeitsunfähigkeit, wobei der Anteil bei Männern mit 18,4 Prozent geringfügig höher war als der bei Frauen (15,3 Prozent).

Gesundheits-, Sozial- und Lehrberufe stark vertreten

Für die berufliche Situation wurde eine repräsentative Stichprobe (n = 280) erhoben und ausgewertet. Die Mehrheit (82,5 Prozent) befand sich zum Zeitpunkt der Begutachtung in einem bestehenden Arbeitsverhältnis, etwa zwölf Prozent wurde während der AU gekündigt (stellenlos) und 5,4 Prozent waren arbeitslos.

Bei über 90 Prozent lagen Informationen zur beruflichen Tätigkeit der Versicherten vor. Die am stärksten vertretenen Berufsgruppen waren „Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung“ (n = 72) sowie „Unternehmensorganisation, Buchhaltung, Recht, Verwaltung“ (n = 54). Dabei zeigten sich signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede. Verglichen mit ihrem Anteil an der deutschen Erwerbsbevölkerung waren Beschäftigte aus dem Gesundheits- und Sozialwesen bei den Begutachtungen deutlich – um den Faktor 1,6 – überrepräsentiert. Verglichen mit ihrem Anteil an der deutschen Erwerbsbevölkerung sind Beschäftigte im produzierenden Sektor sowie im Handel hingegen in einem geringeren Umfang begutachtet worden.

Frage zum Behandlungserfolg: Berufsfelder – Begutachtete vs. deutsche Erwerbsbevölkerung (Mikrozensus)



Anmerkung: Bei n=280 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 1.034 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Reha und Facharztbehandlung oft empfohlen

In der überprüften Stichprobe von 280 Versicherten gingen im Jahr 2022 zu jedem von ihnen im Schnitt 1,4 Begutachtungsaufträge mit Fragen zur Sicherung des Behandlungserfolges ein. Bei gut einem Drittel (36,8 Prozent) wurde eine Maßnahme zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit empfohlen. Am häufigsten war dies eine medizinische Rehabilitation (19,6 Prozent). In 7,9 Prozent der Fälle wurde eine konkrete ärztliche Behandlung empfohlen – beispielsweise eine zusätzliche Facharztbehandlung, eine ambulante Psychotherapie, eine fachorthopädische Diagnostik oder Behandlung, eine postoperative Nachsorge oder die Intensivierung der bisherigen Therapie. Vereinzelt gab es Empfehlungen zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (3,2 Prozent) oder zur stufenweisen Wiedereingliederung (5,4 Prozent).

Insgesamt wurden in 177 der 280 untersuchten Fälle keine Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges empfohlen. Es lagen keine Informationen vor und die Gutachterinnen und Gutachter stellten zunächst Anfragen an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt oder auch an die Versicherten selbst, um die Fälle beurteilen zu können. Daneben gab es eine Vielzahl von Fällen, in denen die Diagnostik oder die Therapie zum Anfragezeitpunkt noch nicht so weit fortgeschritten war, als dass eine hinreichend sichere Prognose über den wahrscheinlichen Verlauf von Heilung, Erwerbsfähigkeit sowie zusätzlich erforderliche Maßnahmen möglich waren. Beispiele hierfür sind: zum Zeitpunkt des Auftrages noch nicht beendete Akut- oder Anschlussheilbehandlung, Ausstehen eines erneuten stationären Aufenthalts oder Erfordernis einer erneuten Operation. In anderen Fällen ergab die Begutachtung, dass die Arbeitsunfähigkeit bereits beendet war.

Insbesondere Versicherte, deren Erwerbsfähigkeit als erheblich gefährdet eingestuft wurde, erhielten eine Empfehlung zur Rehabilitation. In zwei Fällen wurde eine Arbeitsunfähigkeit auf Dauer für die Bezugstätigkeit festgestellt und es wurden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angeregt. Bei fünf Versicherten, alle mit psychiatrischen Erkrankungen oder psychischer Symptomatik, wurde eine Empfehlung zur entsprechenden zusätzlichen Facharztbehandlung formuliert. Bei vier Versicherten (zwei mit orthopädischer, zwei mit psychischer AU-Diagnose) wurde eine stufenweise Wiedereingliederung am Arbeitsplatz angeregt. In einem anderen Fall war ein Arbeitsplatzkonflikt die wahrscheinliche Ursache für die Arbeitsunfähigkeit, sodass ein Arbeitsplatzwechsel für die betroffene junge Versicherte eine Option darstellte.

Ob eine weitergehende Maßnahme zur Sicherung des Behandlungsverlaufes empfohlen wurde oder nicht, hing weder mit dem Alter noch mit dem Geschlecht oder der beruflichen Situation zusammen. Die unterschiedlichen Diagnosegruppen führten vergleichbar häufig zu Empfehlungen. Auffällig ist, dass bei kardiovaskulären Krankheiten vermehrt Empfehlungen weiterer Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungserfolges erfolgten.

3.3 Stufenweise Wiedereingliederung



Inhaltlicher Hintergrund und gesetzlicher Rahmen

Die stufenweise Wiedereingliederung (STWE), häufig auch als Hamburger Modell bezeichnet, ist eine Form der medizinischen Rehabilitation zur Sicherung der beruflichen Teilhabe. Voraussetzung ist ein bestehendes Arbeitsverhältnis. Ziel ist, arbeitsunfähige Beschäftigte unter ärztlicher Aufsicht wieder an die volle Arbeitsbelastung heranzuführen und sie so bei der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz nach langer beziehungsweise schwerer Krankheit zu unterstützen. Während der stufenweisen Wiedereingliederung sind die Beschäftigten weiterhin arbeitsunfähig und erhalten Entgeltersatzleistungen wie Krankengeld, Übergangsgeld, Verletztengeld oder Arbeitslosengeld (§ 44 SGB IX). Die stufenweise Wiedereingliederung ist gesetzlich verankert. Der Durchführung müssen Versicherte, Behandelnde, Arbeitgeber und die Krankenkasse zustimmen. Ärztinnen oder Ärzte legen Art und Umfang der möglichen Tätigkeiten verbindlich fest. Die gesetzliche Grundlage hierfür findet sich im Sozialgesetzbuch (§ 74 SGB V). Per Gesetz muss bei einer Empfehlung zur Wiedereingliederung der körperliche, geistige und seelische Gesundheitszustand der oder des Versicherten gleichermaßen berücksichtigt werden. Deshalb darf diese Feststellung nur aufgrund ärztlicher Untersuchung erfolgen.

Ein Beispiel

Der Fall einer in Teilzeit beschäftigten Pflegefachkraft wird im Anschluss an eine orthopädische Rehabilitation von der Krankenversicherung vorgelegt. Die Versicherte war vor gut vier Monaten arbeitsunfähig mit fortbestehenden Einschränkungen aus der Rehabilitation entlassen worden. Insgesamt besteht die Arbeitsunfähigkeit nach einer Hüftgelenksoperation und Koxarthrose nun seit bereits acht Monaten. Die vorliegenden orthopädischen Befunde zeigen eine weiterhin eingeschränkte Gehstrecke und eine anhaltende Schmerzsymptomatik, welche mit Schmerzmedikation, Physiotherapie, Bandagen und Infiltrationen weiterbehandelt wird. Aus Gutachtersicht ist der weitere Heilungsverlauf unter dieser Therapie zunächst für weitere sechs Wochen abzuwarten. Die von der Krankenkasse angefragte stufenweise Wiedereingliederung sieht er hingegen zum gegebenen Zeitpunkt noch als zu verfrüht.

Stufenweise Wiedereingliederung selten begutachtet

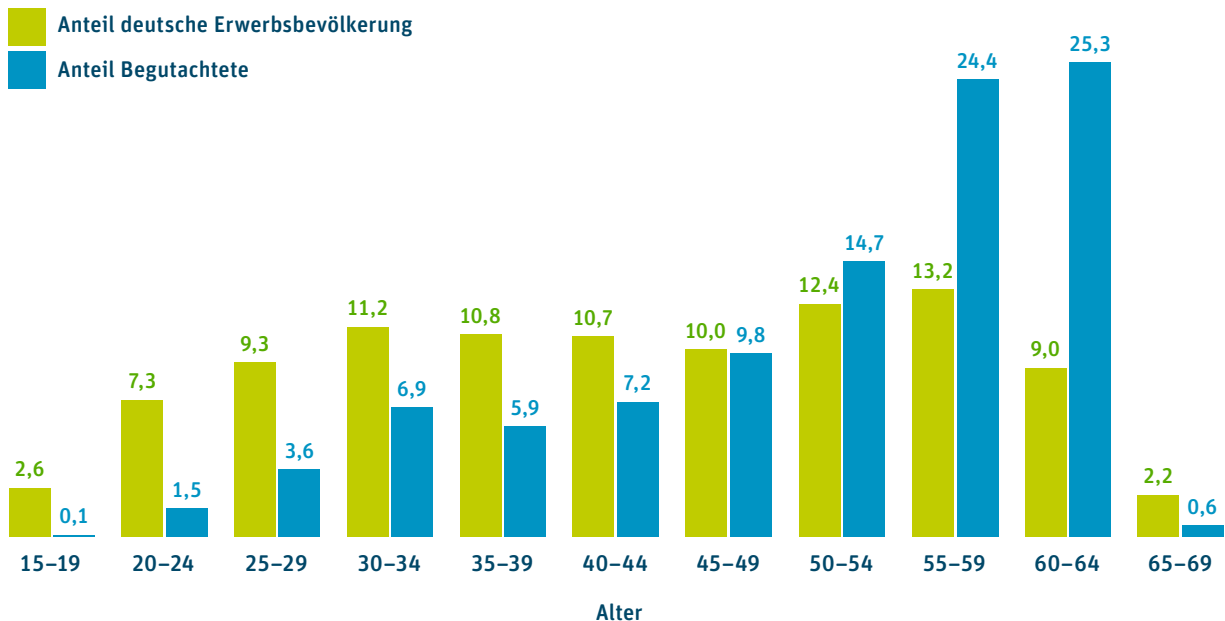
Im Jahr 2022 wurden 982 Versicherte zu Fragen einer stufenweisen Wiedereingliederung begutachtet – dies entsprach lediglich zwei Prozent aller AU-Begutachtungen.

55- bis 64-Jährige überrepräsentiert

Im Jahr 2022 entfielen 56 Prozent der Begutachtungen auf Frauen, 44 Prozent auf Männer. Insbesondere in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen überwog der Frauenanteil (67 Prozent). Männer waren dagegen in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen mit einem Anteil von 52 Prozent etwas stärker vertreten.

Frage zur Wiedereingliederung: Altersverteilung – Begutachtete vs. deutsche Erwerbsbevölkerung (Mikrozensus)

(Angaben in %)



Anmerkung: Die Grafik berücksichtigt alle 982 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

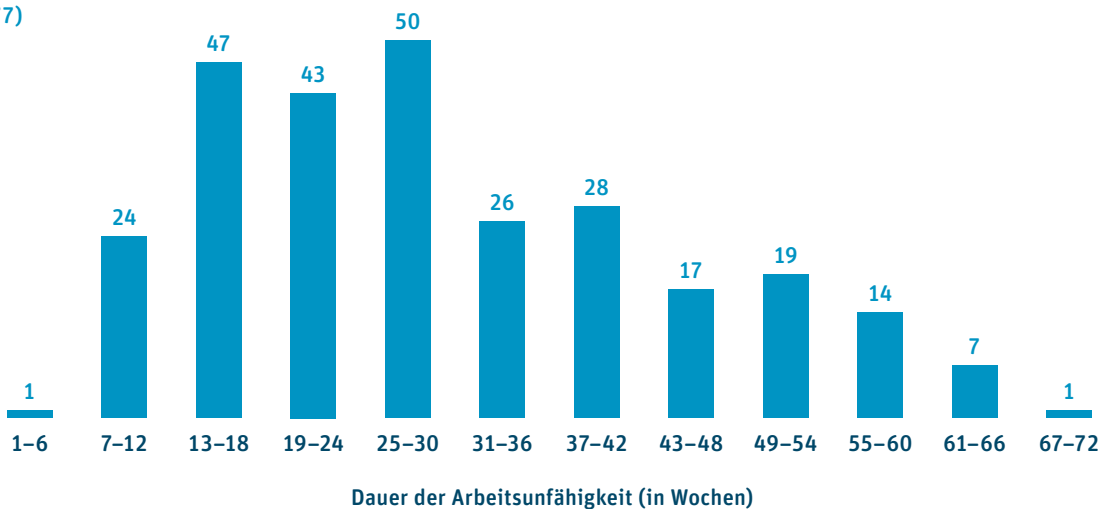
Der Vergleich mit der deutschen Erwerbsbevölkerung zeigte eine deutliche Abweichung in der Altersstruktur der Versicherten, wobei insbesondere die Altersgruppe zwischen 55 und 64 Jahre stark überrepräsentiert war. Jüngere Erwerbstätige wurden im Vergleich zu ihrem Anteil an der deutschen Erwerbspopulation zu dieser Fragestellung deutlich seltener begutachtet. Das Ergebnis spiegelt die geringere Krankheitslast (insbesondere Langzeitfälle) bei den Jüngeren wider. Ebenso wurden Beschäftigte über 65 Jahre vergleichsweise selten begutachtet, was möglicherweise dem „Healthy Worker Effect“ geschuldet ist. Damit ist gemeint, dass in dieser Altersgruppe vor allem überdurchschnittlich gesunde Menschen berufstätig bleiben (Healthy Worker). Es ist also eine Art Stichprobenverzerrung. Die Altersgruppe ist nicht repräsentativ, da bereits einige aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Darüber hinaus hatten möglicherweise einige der Beschäftigten dieser Altersgruppe bereits einen Rentenanspruch gestellt.

Wiedereingliederung innerhalb eines Jahres

Für die Auswertung des Begutachtungszeitpunktes wurde eine repräsentative Stichprobe gezogen. Zwischen dem Beginn der AU und dem Eingang der Begutachtung lagen im Mittel 30 Wochen. Die Hälfte der Aufträge gingen zwischen der 13. und der 30. Woche ein. 90 Prozent waren zum Zeitpunkt der Begutachtung kürzer als ein Jahr arbeitsunfähig.

Frage zur Wiedereingliederung: Dauer der AU bis zum Zeitpunkt der Begutachtung in Wochen

Anzahl Personen
(n = 277)



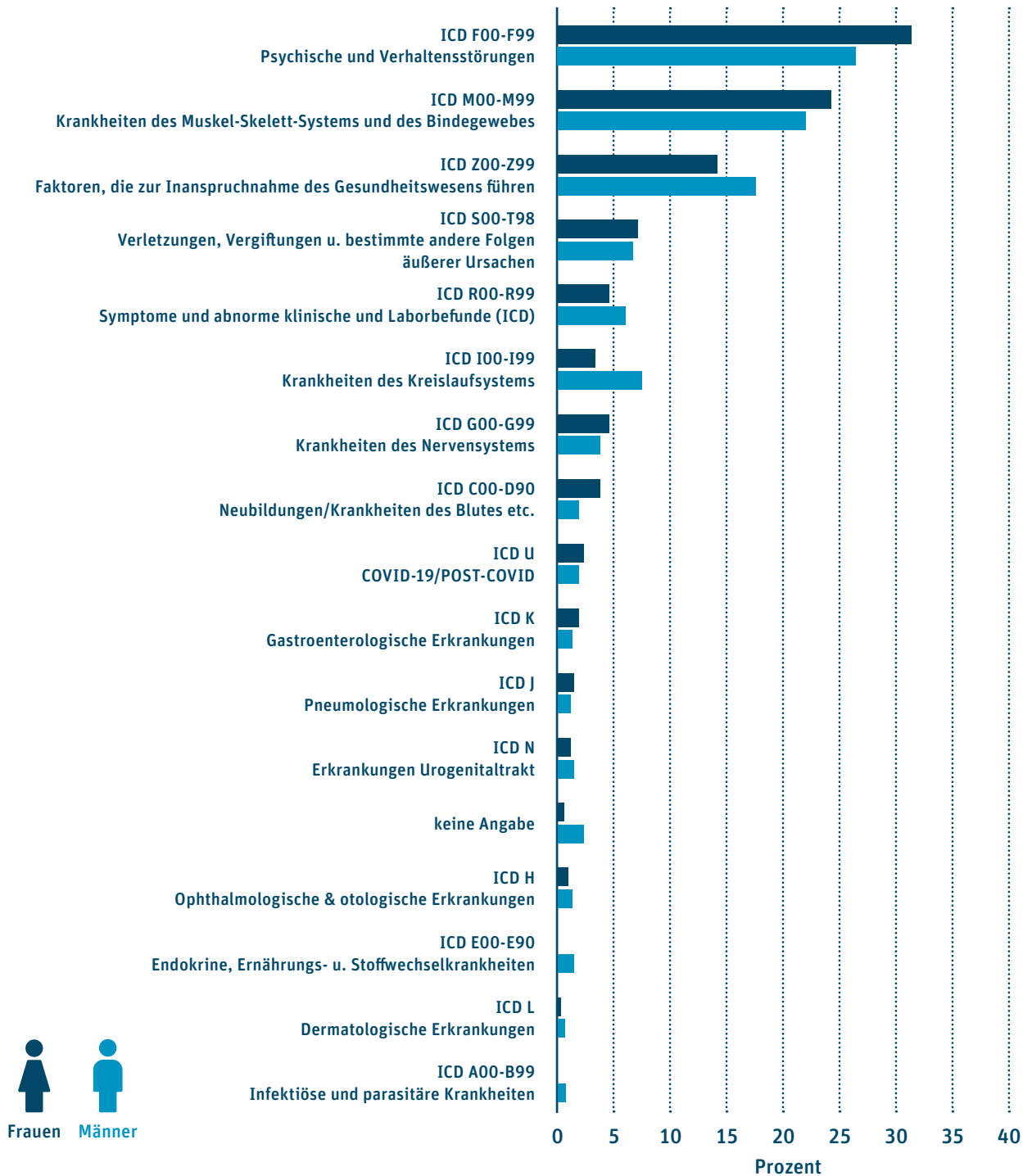
Anmerkung: Bei n = 277 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 982 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Chirurgische Eingriffe als häufigster Begutachtungsanlass

Anders als bei den Begutachtungen zur Sicherung des Behandlungserfolges, wo psychische Erkrankungen eindeutig an erster Stelle standen, verteilen sich AU-Diagnosen bei der stufenweisen Wiedereingliederung stärker. Neben den psychischen Krankheiten, die auch hier den ersten Platz mit einem Anteil von 29 Prozent belegten, bildeten Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems mit 23,3 Prozent einen zweiten Begutachtungsschwerpunkt. Insbesondere bei Männern waren orthopädische Krankheiten ein wesentlicher Grund für Arbeitsunfähigkeit und die darauf folgende Frage einer stufenweisen Wiedereingliederung.

Die häufigste Einzeldiagnose war mit 62 von 982 Fällen (6,2 Prozent) „Z98.8 Sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen“. Sowohl bei Männern (5,7 Prozent) als auch bei Frauen (6,8 Prozent) belegte diese Einzeldiagnose den ersten Platz der häufigsten Begutachtungsanlässe. Zweithäufigste Einzeldiagnose war bei Frauen „F32.1 Mittelgradige depressive Episode“, gefolgt von „F32.9 Depressive Episode, nicht näher bezeichnet“. Bei den Männern lagen diese beiden Diagnosen gleich auf.

Frage zur Wiedereingliederung: ICD-10-Diagnosen nach Geschlecht



Anmerkung: Die Grafik berücksichtigt alle 982 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

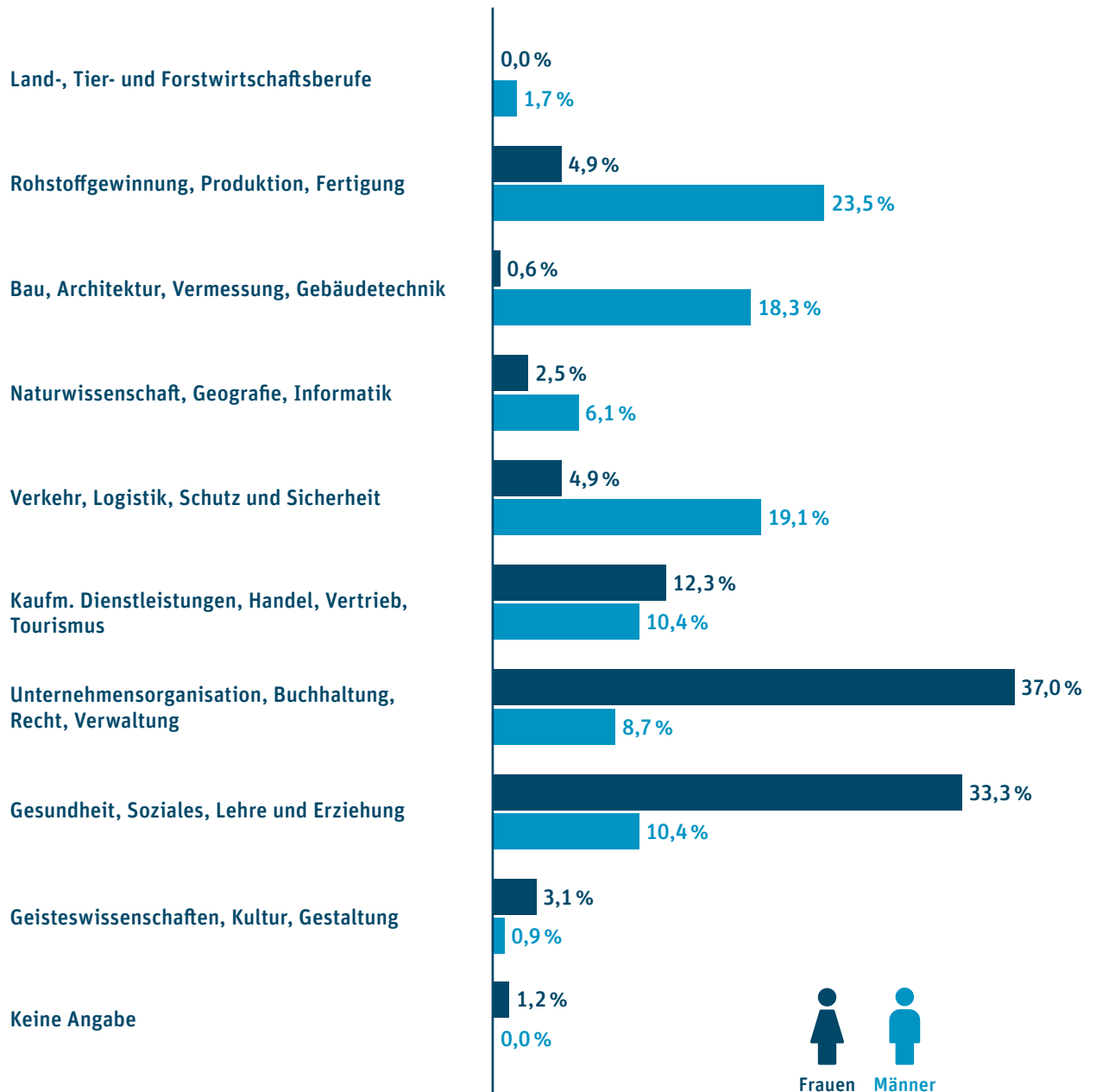
Begutachtete meist aus Büroberufen

Die Daten zur Arbeitssituation basieren auf einer repräsentativen Stichprobe, da Routedaten zu diesen Informationen nicht vorliegen. Die Durchsicht der Gutachten ergab, dass drei Viertel der Versicherten unbefristet beschäftigt waren. Knapp zwei Drittel der Begutachteten (62,1 Prozent) war in Vollzeit beschäftigt, wobei Frauen (46,6 Prozent) nur etwa halb so häufig wie Männer (83,5 Prozent) einer Vollzeitbeschäftigung nachgingen.

Die am stärksten vertretenen Berufsfelder waren mit einem Anteil von 25,3 Prozent Berufe in Unternehmensorganisationen, Buchhaltung, Recht und Verwaltung – also vorwiegend körperlich leichte Tätigkeiten im Büroumfeld. Frauen waren anteilig mehr als viermal so häufig in diesem Berufsfeld tätig wie Männer (Frauen 37,0 Prozent vs. Männer 8,7 Prozent). Darüber hinaus waren Frauen häufig im Gesundheits- und Sozialsektor beschäftigt (37,0 Prozent; Männer: 10,4 Prozent). Männer arbeiteten dagegen vorwiegend – und deutlich häufiger als Frauen – in industriellen Berufen wie Rohstoffgewinnung, Produktion und Fertigung (23,5 Prozent; Frauen: 4,9 Prozent) oder in Bauberufen (18,3 Prozent; Frauen: 0,6 Prozent). Beide Berufsfelder sind häufig durch mittelschwere bis schwere körperliche Arbeit gekennzeichnet und erfordern dementsprechend eine hohe physische Belastbarkeit.

Im Vergleich zu ihrem Anteil an der deutschen Erwerbsbevölkerung wurden bei Beschäftigten aus dem Gesundheits- und Sozialsektor sowie aus den Büroberufen häufiger Begutachtungen beauftragt. Demgegenüber wurden Beschäftigte aus dem Verkehrs-, Logistik-, Schutz- und Sicherheitsbereich seltener hinsichtlich der Frage einer stufenweisen Wiedereingliederung zur Begutachtung vorgestellt.

Frage zur Wiedereingliederung: Anteil Begutachtete nach Berufsfeldern und Geschlecht



Anmerkung: Bei n = 277 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 982 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Maßnahmen in jedem fünften Fall empfohlen

Anhand der Stichprobe wurde analysiert, wie häufig und in welchen Fällen Gutachterinnen und Gutachter eine stufenweise Wiedereingliederung (STWE) empfohlen haben. Zu den 277 Versicherten der Stichprobe lagen insgesamt 400 Begutachtungsaufträge (entsprechend 1,4 Aufträge je Versicherter) aus dem Jahr 2022 vor. Nach bis zu vier Begutachtungen wurde letztlich in jedem fünften Fall eine STWE empfohlen (20,9 Prozent).

3.4 Erstellung eines Leistungsbildes



Inhaltlicher Hintergrund und gesetzlicher Rahmen

Die Frage nach dem Leistungsbild stellt sich häufig bei stellenlosen Versicherten. Die Krankenkasse muss feststellen, ob und gegebenenfalls mit welchen Einschränkungen erwerbstätige Versicherte, die während ihrer Arbeitsunfähigkeit ihre Stelle verlieren, an die Agentur für Arbeit verwiesen werden können. Hierfür benötigt die Krankenkasse ein positives Leistungsbild. Doch auch bei Erwerbstätigen, die dauerhaft arbeitsunfähig sind, kann sich die Frage stellen, mit welchen Einschränkungen sie ihre Arbeit wieder aufnehmen können.

Ein Beispiel

Einer Versicherten wurde wegen ihrer schweren Gonarthrose eine Gelenkprothese implantiert. Aus der postoperativen orthopädischen Rehabilitation wurde die 50-Jährige nach inzwischen zehnmonatiger Arbeitsunfähigkeit jedoch weiter arbeitsunfähig entlassen. Als Nebenbefund bestanden weitere orthopädische Erkrankungen mit schmerzhaften Funktionseinschränkungen. Der Entlassungsbericht der Rehabilitationklinik bescheinigte ihr, dass sie ihre zuletzt ausgeführte körperlich mittelschwere Tätigkeit als Verkäuferin im Discounter, nur noch für weniger als drei Stunden täglich ausführen kann. Diese Beurteilung erfolgte insbesondere aufgrund der Minderbelastbarkeit der Knie- und Hüftgelenke. Nach weiterem Heilungsverlauf wurde jedoch davon ausgegangen, dass sie zukünftig wieder leichte körperliche Tätigkeiten unter Berücksichtigung von Einschränkungen vollschichtig übernehmen kann. Da die Versicherte stellenlos war, erstellte der Gutachter basierend auf den umfangreichen vorliegenden Unterlagen der Rehabilitationsklinik ein Leistungsbild. Eine leidensgerechte Tätigkeit beinhaltete demnach Arbeiten mit wechselnden Körperpositionen, überwiegend im Sitzen auszuführen im Dreischichtbetrieb. Dazu wurden verschiedene Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit formuliert: So sollen Hebebelastungen ohne mechanische Hebehilfen zehn Kilogramm nicht überschreiten. Aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit der unteren Extremitäten sollen häufiges Bücken, Hocken oder Knien, Klettern oder Steigen, häufiges Treppengehen, Gehen auf unebenem Boden, Tätigkeiten mit Absturzgefahr vermieden werden. Mindestens 50 Prozent der Arbeitszeit sollen sitzend durchgeführt werden. Zwangshaltungen des Rumpfes und angespannte Körperhaltungen seien zur Entlastung der Wirbelsäule zu vermeiden. Armvorhaltetätigkeiten und Überkopfarbeiten sollten zur Entlastung der Schulter-Nacken-Region zeitlich begrenzt sein. Zu vermeiden seien das Steigen auf Leitern und Gerüste oder Klettern, ebenso die Einwirkung von Nässe, Kälte und Zugluft.

Vier Prozent aller AU-Fälle betreffen Leistungsbild

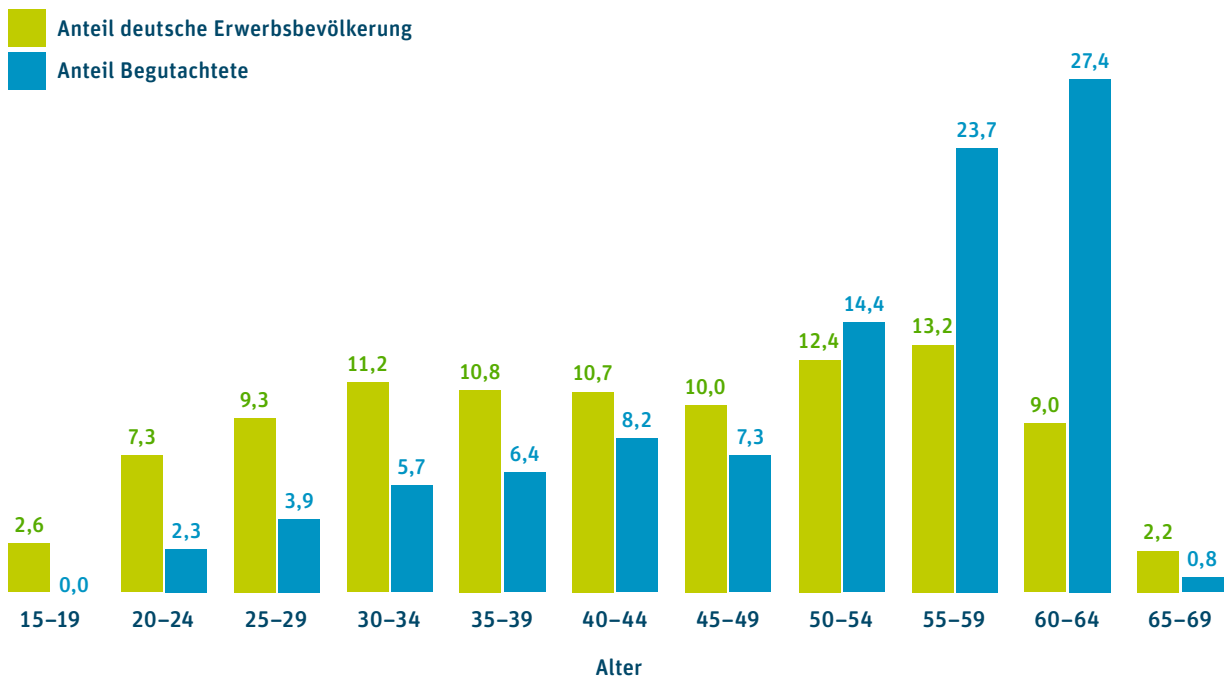
Im Jahr 2022 beauftragten die Krankenkassen für 1.992 Versicherte die Erstellung eines Leistungsbildes. Das betraf nur vier Prozent, also einen geringen Teil der Begutachteten. Bei einem Fünftel der Fälle war im Vorjahr bereits eine Begutachtung vorangegangen, bei 81,2 Prozent wurde erstmalig begutachtet.

Mehrheitlich ältere Beschäftigte begutachtet

Die Frage nach dem Leistungsbild wurde bei Frauen und Männern gleich häufig in Auftrag gegeben (Frauen, 50,5 Prozent; Männer, 49,5 Prozent). Bei beiden Geschlechtern wurden jedoch im Vergleich zur deutschen Erwerbsbevölkerung am häufigsten ältere Beschäftigte zwischen 60 und 64 Jahre begutachtet.

Frage zum Leistungsbild: Altersverteilung – Begutachtete vs. deutsche Erwerbsbevölkerung

(Angaben in %)



Anmerkung: Die Grafik berücksichtigt alle 1.034 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

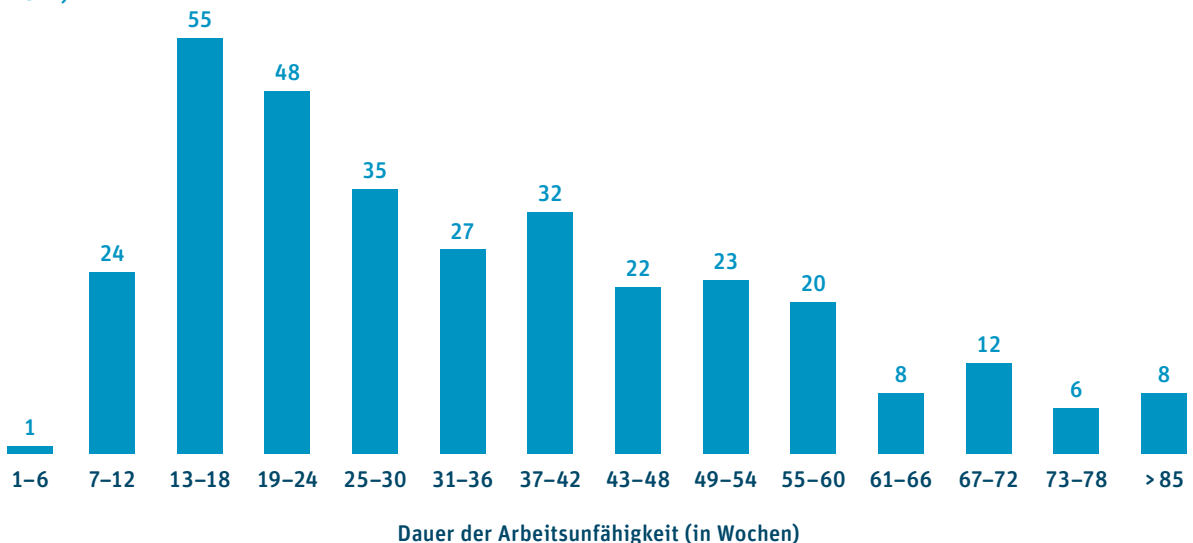
Lange AU-Dauer nach Coronainfektion

Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit wurde mithilfe der Einzelgutachten recherchiert. Im Durchschnitt betrug die AU-Dauer 34,9 Wochen (2 bis 116 Wochen). Zu beachten ist dabei, dass es vereinzelt Versicherte mit gerade einmal 13 Arbeitsunfähigkeitstagen gab und solche, die bereits über zwei Jahre krankgemeldet waren. Überdurchschnittlich lange AU-Dauern waren bei einigen Fällen nach Coronainfektion zu verzeichnen, wohingegen die Anfragen zur Erstellung eines Leistungsbildes bei onkologisch Erkrankten tendenziell früher eingingen.

Frauen waren mit 36,1 Wochen im Durchschnitt länger arbeitsunfähig als die begutachteten Männer mit 33,6 Wochen. Begutachtungsaufträge zu Arbeitslosen und Versicherten, die während ihrer Arbeitsunfähigkeit ihre Stelle verloren hatten, gingen früher ein als zu Versicherten in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis.

Frage zum Leistungsbild: Dauer der AU bis zum Zeitpunkt der Begutachtung in Wochen

Anzahl Personen
(n = 322)



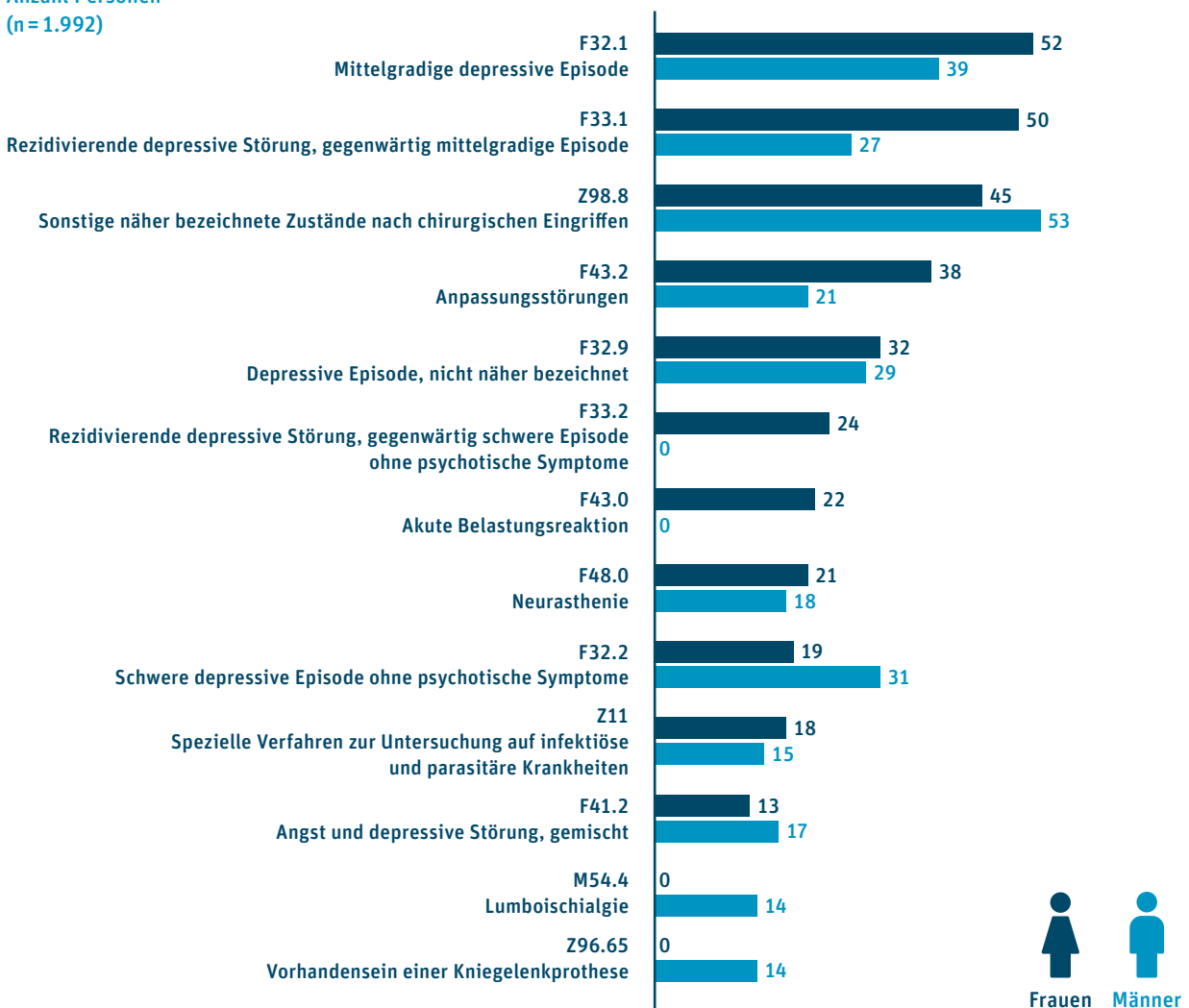
Anmerkung: Bei n = 322 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 1.992 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Psychische und orthopädische Erkrankungen im Fokus

Am häufigsten wurde ein Leistungsbild für Versicherte mit einer psychischen Erkrankung angefragt (35,4 Prozent). Dahinter folgten orthopädische Krankheiten oder Z-Diagnosen. Psychiatrische Erkrankungen kamen bei Männern seltener vor als bei Frauen. Die häufigste Einzeldiagnose bei Männern lautete „Z98.8 Sonstige näher bezeichnete Zustände nach chirurgischen Eingriffen“ vor „F32.1 Mittelgradige depressive Episode“. Bei Frauen waren mittelgradige depressive Episoden die häufigste Diagnose.

Frage zum Leistungsbild: ICD-10-Diagnosen nach Geschlecht

Anzahl Personen
(n = 1.992)



Anmerkung: Die Grafik berücksichtigt alle 1.005 Frauen und alle 987 Männer mit Auftrag zur Fragestellung.

Mehr als die Hälfte arbeitslos

Die Daten zur Arbeitssituation wurden für die Zufallsstichprobe aus den Einzelgutachten erhoben (n = 322), da diese Daten nicht routinemäßig für alle Gutachten abgespeichert werden. Die Auswertung zeigte, dass mehr als die Hälfte der Begutachteten – sowohl Männer als auch Frauen – arbeitslos war oder während der Arbeitsunfähigkeit die Stelle verlor (stellenlos).

Frage zum Leistungsbild: Erwerbssituation und Geschlecht der Begutachteten

Erwerbssituation	Männer	Frauen	Gesamt
erwerbstätig	61 (38,1 %)	68 (42,0 %)	129 (40,1 %)
arbeitslos	52 (32,5 %)	52 (32,1 %)	104 (32,3 %)
stellenlos	47 (29,4 %)	42 (25,9 %)	89 (27,6 %)
Gesamt	160 (100,0 %)	162 (100,0 %)	322 (100,0 %)

Sechs Prozent dauerhaft arbeitsunfähig

Da routinemäßig keine weiteren Daten zum Begutachtungsergebnis verfügbar waren, wurden aus der gezogenen Stichprobe (n = 322) weitere Informationen gewonnen. 70 Prozent der gesichteten Begutachtungen enthielten eine Prognose zur weiteren Arbeitsunfähigkeit, wobei in der Mehrheit der Fälle diesbezüglich noch kein Ende absehbar war. Hingegen war in etwa jedem sechsten Fall die Arbeitsfähigkeit entweder bereits wiederhergestellt oder zumindest in absehbarer Zeit (weniger als sechs Monate) zu erwarten. Insgesamt sechs Prozent der Begutachteten hatte eine negative Prognose mit einer voraussichtlich dauerhaften Arbeitsunfähigkeit.

Betrachtet man die Berufssituation, zeigt sich, dass es unter den Personen, denen eine AU auf Dauer bestätigt wird, etwa dreimal so viele Erwerbstätige gibt als Arbeitslose (2,9 Prozent) oder Versicherte, die während ihrer AU ihre Stelle verloren haben. Demgegenüber war der Anteil Arbeitsfähiger bei den Arbeitslosen deutlich höher (9,6 Prozent) als bei Erwerbstätigen. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass bei einem Angestelltenverhältnis das Erstellen eines Leistungsbildes obsolet sein kann. Wenn jedoch eine AU auf Dauer gutachtlich bestätigt wird, ist laut BGA AU ein Leistungsbild zu erstellen, wenn sich der Zustand der oder des Versicherten stabilisiert hat. Die Begutachtung von Arbeitslosen sowie Versicherten, die während ihrer AU ihre Stelle verloren hatten (stel-

lenlos), enthielt jeweils in über einem Drittel der Fälle keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Dieser Anteil war im Vergleich zu dem bei Erwerbstätigen (21 Prozent) deutlich höher und war mehrheitlich auf fehlende medizinische Informationen zurückzuführen (Arbeitslose: 29,8 Prozent; Stellenlose: 33,7 Prozent; Erwerbstätige: 13,2 Prozent). Am häufigsten fehlten aktuelle medizinische Befunde beziehungsweise Informationen zum aktuellen Behandlungsstand, vollständige Berichtsunterlagen zu einer durchgeführten Psychotherapie, einer medizinischen Rehabilitation oder zu stationären Krankenhausaufenthalten; auch fehlten teilweise Schilderungen der Versichertensicht.

Die zusätzlich durchgeführte geschlechtsspezifische Auswertung ergab keine auffälligen Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit und auch nicht hinsichtlich der geschätzten Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Ein Drittel kann bisherige Tätigkeit weiter ausüben

Bei Erwerbstätigen wurde das Leistungsvermögen für die aktuelle Tätigkeit beurteilt. Einem Drittel der Erwerbstätigen (43 von 129; 33,3 Prozent) wurde ein uneingeschränktes Leistungsvermögen für die bisherige Tätigkeit bescheinigt. 14 Prozent der erwerbstätigen Begutachteten waren zum Begutachtungszeitpunkt (noch) nicht ausreichend belastbar, um den spezifischen Anforderungen ihrer beruflichen Tätigkeit gerecht zu werden. In weiteren 14,7 Prozent musste von einem dauerhaft aufgehobenen Leistungsvermögen ausgegangen werden. Gutachten zu Versicherten, die während ihrer AU ihre Stellen verloren hatten, enthielten zu etwa der Hälfte eine Einschätzung des Leistungsvermögens bezogen auf die letzte berufliche Tätigkeit. Häufig war der Sachverhalt jedoch unklar, insbesondere da benötigte Informationen zur Beurteilung fehlten. Einige Gutachten zu arbeitslosen Versicherten stellten ebenfalls einen Bezug zu der bisher ausgeübten Tätigkeit her. Dies entspricht der BSG-Rechtsprechung und den Vorgaben der BGA AU, unabhängig von der Fragestellung der Krankenkasse.

Einschränkungen oft bei körperlichen Belastungen

Anhand der Stichprobe wurden zudem die Aussagen zum positiven und negativen Leistungsbild untersucht. Während als positives Leistungsbild in der Regel eine leichte oder mittelschwere Tätigkeit, gegebenenfalls mit Beschreibung der Arbeitshaltung (sitzend, stehend, gehend), dargelegt wurde, beinhaltete das negative Leistungsbild größtenteils dezidierte Beschreibungen der individuell bestehenden Einschränkungen. Am häufigsten genannt wurden Einschränkungen bei der körperlichen Belastbarkeit, zum Beispiel das Heben schwerer Lasten. Fast genauso häufig wurde das Vermeiden von Zwangshaltungen, Überkopfarbeit oder länger andauernde Tätigkeiten im Hocken oder Knien ausgeschlossen.

Erhöhte mentale Anforderungen wie hohe Konzentrationsfähigkeit, kognitive Ausdauer, Durchhaltevermögen oder Planungskompetenz wurden in 19 Fällen als nicht mehr leistungsgerechte Anforderungen aufgeführt. In 18 Fällen lag hingegen eine eingeschränkte psychische Belastbarkeit vor, weil Versicherte sich nicht mehr ausreichend flexibel an situative Gegebenheiten anpassen konnten, was bei der Ausübung einer leistungsgerechten Tätigkeit berücksichtigt werden muss. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten oder Kommunikationsfähigkeit war in acht Fällen derart eingeschränkt, dass diese zukünftig nicht mehr im beruflichen Kontext gefordert werden können. In 17 Fällen lagen Beeinträchtigungen manueller Geschicklichkeit und Feinmotorik vor, oder es gab Einschränkungen in Bezug auf Tätigkeiten, die das Besteigen von Leitern und Gerüsten erfordern. Die Übernahme von Nacht- und/oder Wechselschichten war ein relevantes Ausschlusskriterium in zwölf Fällen. In zehn Gutachten waren erhöhte Arbeitsbelastung („Workload“), Überstunden oder Mehrarbeit, Akkordarbeit oder Tätigkeiten mit erhöhtem Zeitdruck Bestandteil des negativen Leistungsbildes. Exogene Umweltbelastungen wie klimatische Einflüsse sollten in sieben Fällen explizit vermieden werden.

Frage zum Leistungsbild: gutachterlich festgestellte Einschränkungen

Anzahl Personen
(n = 322)



Anmerkung: Bei n = 322 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 1.992 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

3.5 Zusammenfassung

Die Frage, ob die Erwerbsfähigkeit von Versicherten erheblich gefährdet oder gemindert ist, bildet den Schwerpunkt der Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung des Medizinischen Dienstes Nordrhein (s. Kapitel 3.1). Fast 40 Prozent der Begutachtungen im Jahr 2022 zielten vorrangig auf diese Frage ab. Die Begutachteten waren mehrheitlich ältere Beschäftigte, größtenteils im letzten Viertel des Erwerbslebens. Die meisten arbeiteten im Gesundheits- und Sozialsektor und litten unter psychischen Erkrankungen sowie unter affektiven und neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen und waren lange arbeitsunfähig. In einem Drittel der Fälle stellte der Medizinische Dienst Nordrhein eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit fest, eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bei weiteren 17 Prozent.

Geeignete Maßnahmen zu empfehlen, um den Behandlungserfolg zu sichern und damit Versicherte wieder erfolgreich in den Arbeitsmarkt zu integrieren, hat einen wesentlichen Einfluss auf die Versorgung im Land. Entsprechende Aufträge erhielt der Medizinische Dienst Nordrhein vergleichsweise selten (s. Kapitel 3.2). Im Jahr 2022 machten sie zwei Prozent aller Begutachteten aus. Zumeist waren es Versicherte im mittleren und höheren Erwerbsalter, die auffällig häufig im Gesundheits- und Sozialsektor beschäftigt waren, zum Beispiel in der Gesundheits- und Krankenpflege, in der Altenpflege, in der Kindererziehung oder als Medizinische Fachangestellte in Praxen.

Ebenso viele Begutachtungen (zwei Prozent) erstellte der Medizinische Dienst Nordrhein zur stufenweisen Wiedereingliederung (s. Kapitel 3.3). Und auch hier waren die meisten Begutachteten im Gesundheits- und Sozialsektor beschäftigt. Einen zweiten Schwerpunkt bei Fragen zur stufenweisen Wiedereingliederung bildete die Unternehmensorganisation, also zum Beispiel Büro- und Sekretariatskräfte.

Sowohl bei Empfehlungen zur Sicherung des Behandlungserfolges als auch bei der stufenweisen Wiedereingliederung standen also insbesondere Versicherte in Berufsfeldern mit überwiegend weiblichem Beschäftigtenanteil im Fokus, die zusätzlich durch hohe psychosoziale Anforderungen gekennzeichnet sind. Frauen stellten folglich die Mehrheit der begutachteten Fälle dar. Gehäuft waren psychische Erkrankungen die Arbeitsunfähigkeitsursache. Jede zweite Begutachtung führte zu einer konkreten Maßnahmenempfehlung.

Die Frage zum Leistungsbild wurde in etwa vier Prozent beauftragt (s. Kapitel 3.4). Die Aufträge betrafen Frauen und Männer zu gleichen Teilen. Überwiegend wurden ältere Versicherte im letzten Viertel der Erwerbstätigkeit begutachtet. In der Hälfte der Fälle handelte es sich um Arbeitslose oder Versicherte, die während ihrer Arbeitsunfähigkeit ihre Stellen verloren hatten (stellenlos). Am häufigsten wurden Versicherte mit psychischen Erkrankungen begutachtet, gefolgt von Versicherten mit orthopädischen Erkrankungen oder einer attestierten Diagnose aus dem ICD-10-Kapitel „Z Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“.

Krankenkassen stellten häufig die Frage nach dem Leistungsbild, um bei stellenlosen Versicherten zu prüfen, ob sie dem allgemeinen Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit als „nicht weiter AU“, „AU auf Zeit“ oder „AU auf Dauer“ beinhaltet immer die Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Somit wurde nicht allein das Leistungsbild erstellt, sondern es wurden darüber hinaus die sozialmedizinischen Kriterien der Arbeitsunfähigkeit geprüft.

Der Medizinische Dienst Nordrhein formulierte in zwei Dritteln der Fälle ein Leistungsbild. Bei vier Prozent wurde die Arbeitsunfähigkeit beendet. Mehr als ein Viertel der Begutachteten war „AU auf Zeit“. In zwei Prozent der Fälle war das Ergebnis der Begutachtung „AU auf Dauer“. Während als positives Leistungsbild in der Regel eine leichte oder mittelschwere Tätigkeit, gegebenenfalls mit Beschreibung der Arbeitshaltung (sitzend, stehend, gehend), dargelegt wurde, beinhaltete das negative Leistungsbild detaillierte Beschreibungen der bestehenden Einschränkungen mit Angabe der nicht leidensgerechten Tätigkeiten. Am häufigsten beschrieben wurden Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit, zum Beispiel Heben schwerer Lasten oder Tätigkeiten in Zwangshaltung, gefolgt von Einschränkungen der mentalen oder psychischen Belastbarkeit.

Perspektivisch ist durch eine vermehrte persönliche Begutachtung eine Zunahme fallabschließender Beurteilungen möglich. Voraussetzung hierfür ist, dass es sich um Versicherte handelt, deren Krankheitsverlauf sich stabilisiert hat. Sonst ist lediglich das Erstellen eines negativen Leistungsbildes möglich.

4 Begutachtung zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit

Das Sozialgesetzbuch schreibt vor, dass Krankenkassen in bestimmten Fällen verpflichtet sind, zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen (§ 275 Abs. 1 Satz 3b SGB V).

Demnach können den Medizinischen Dienst unterschiedliche Anfragen zu Zweifeln an der AU erreichen: Zweifel der Krankenkassen aufgrund der Dauer der AU (s. Kapitel 4.1) oder aufgrund eines vermuteten Zusammenhangs mit früheren AU-Zeiten (s. Kapitel 4.3). Aber auch Arbeitgeber (s. Kapitel 4.2) können Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit der Krankenkasse melden, die dann wiederum den Medizinischen Dienst mit einem Gutachten beauftragen kann.



4.1 Dauer der Arbeitsunfähigkeit

Hintergrund und gesetzlicher Rahmen

Krankenkassen sind gesetzlich dazu verpflichtet, bei Zweifeln an einer Arbeitsunfähigkeit (AU) von Versicherten eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen – sofern dies nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder dem Krankheitsverlauf erforderlich ist (§ 275 Abs. 1 SGB V). Damit ist diese Art von Gutachten ein wesentliches Aufgabenfeld der Medizinischen Dienste. In erster Linie zielen die Überprüfungen darauf ab, eine AU aus sozialmedizinischer Perspektive einzuordnen und eine Prognose abzugeben – insbesondere bei längerem Krankengeldbezug.

Versicherte sind verpflichtet, bei der Ausräumung von Zweifeln mitzuwirken und, wenn der Medizinische Dienst es für erforderlich hält, sich persönlich begutachten zu lassen (§ 276 Abs. 5 SGB V). Das Gesetz beschreibt explizit, unter welchen Voraussetzungen Zweifel an einer AU anzunehmen sind: 1. Versicherte sind auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig oder der Beginn der AU fällt häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche. 2. Die AU ist von einem Arzt festgestellt worden, der auffällig häufig Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeiten ausstellt.

Kommt die Begutachtung zu dem Ergebnis, dass keine Arbeitsunfähigkeit vorliegt, dient das Gutachten als tragfähige Grundlage für die Krankenkasse, einen unberechtigten Leistungsbezug beenden zu können. Eine sozialmedizinisch nicht begründete Arbeitsunfähigkeit wird taggleich durch den Medizinischen Dienst beendet, worüber AU-Attestierende sowie die Krankenkasse informiert werden.

Ein Beispiel

Eine Versicherte ist Küchenhilfe in Teilzeit und seit nunmehr fünf Monaten durchgehend arbeitsunfähig. Die Arbeitsunfähigkeit wird durch eine schmerzhafte Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule verursacht und wurde durch einen Orthopäden fachärztlich attestiert. Dennoch ist die Versicherte weiterhin in der Lage, die Vollzeitpflege ihres bei derselben Krankenkasse versicherten Ehemannes aufrechtzuerhalten, was der Anlass für Zweifel der Krankenkasse ist. Der Medizinische Dienst Nordrhein hält Rücksprache mit dem behandelnden Facharzt und erfährt, dass in naher Zukunft eine stufenweise Wiedereingliederung erfolgen soll. Aus sozialmedizinischer Sicht bestehen keine Zweifel an der AU und die Krankenkasse erhält das entsprechende Gutachten.



Großteil der Gutachten zu AU-Dauer

Im Jahr 2022 wurden insgesamt 19.138 Versicherte begutachtet, um deren AU-Dauer zu beurteilen beziehungsweise um Zweifel der Krankenkasse an der Arbeitsunfähigkeit auszuräumen. Mit 40,8 Prozent stellte diese Art der Begutachtung 2022 das größte Aufgabengebiet des Medizinischen Dienstes Nordrhein dar.

Hierbei handelte es sich mehrheitlich (n = 16.039) um Erstbegutachtungen. Zu 2.935 Fällen existierte hingegen aus dem Vorjahr bereits ein Gutachten zum gleichen Sachverhalt (Follegutachten).

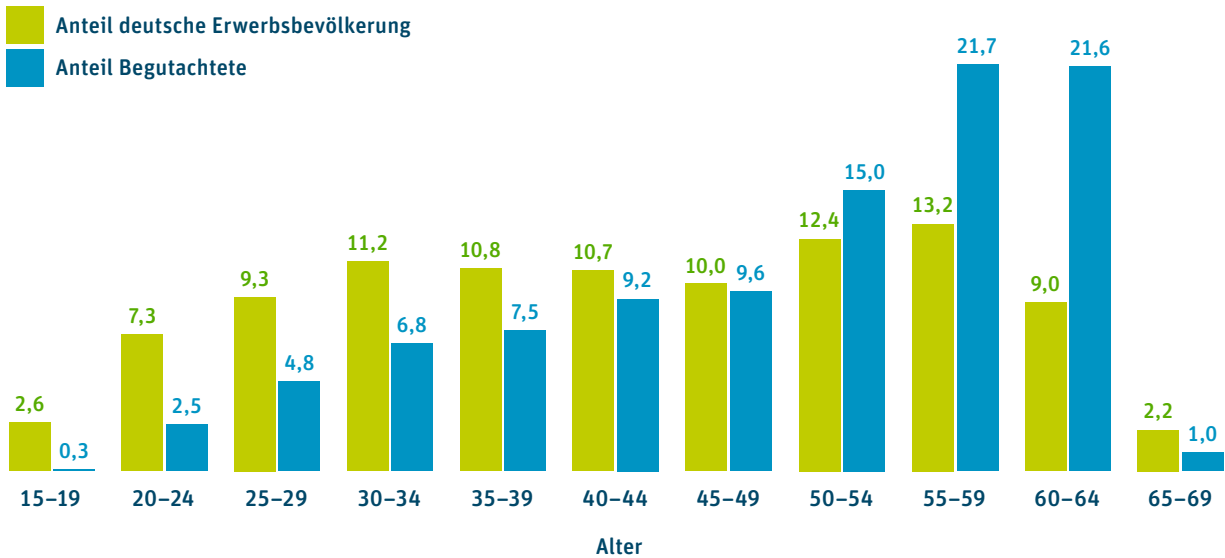
Die Rückgabequote lag bei 9,2 Prozent. Am häufigsten stornierten Krankenkassen ihre Aufträge. Einzelne Fälle wurden an die Krankenkassen zurückgegeben, da die Versicherten nicht zur Begutachtung erschienen waren, doppelte Aufträge erteilt wurden oder ein anderer Medizinischer Dienst zuständig war. In 29 Fällen waren die betreffenden Versicherten zum Zeitpunkt der Begutachtungsanfrage bereits wieder arbeitsfähig.

55- bis 65-Jährige am häufigsten begutachtet

Zu 55 Prozent entfielen Begutachtungen im Jahr 2022 auf weibliche Versicherte und zu 45 Prozent auf männliche. Männer waren in den jüngsten und in den ältesten Altersgruppen vergleichsweise stärker vertreten, wohingegen Frauen in den mittleren Altersgruppen überwogen. Im Vergleich mit der deutschen Erwerbsbevölkerung zeigte sich bei Begutachtungen zur AU-Dauer eine erhebliche Abweichung in der Altersstruktur. Überproportional wurden Beschäftigte zwischen dem 55. und dem 65. Lebensjahr begutachtet. Wie bei anderen Fragestellungen auch waren hier Beschäftigte über 65 Jahre seltener vertreten. Dies kann auch darauf zurückgeführt werden, dass in dieser Altersgruppe vor allem überdurchschnittlich gesunde Personen berufstätig bleiben (Healthy Worker Effect).

Frage zur AU-Dauer: Altersverteilung – Begutachtete vs. deutsche Erwerbsbevölkerung (Mikrozensus)

(Angaben in %)



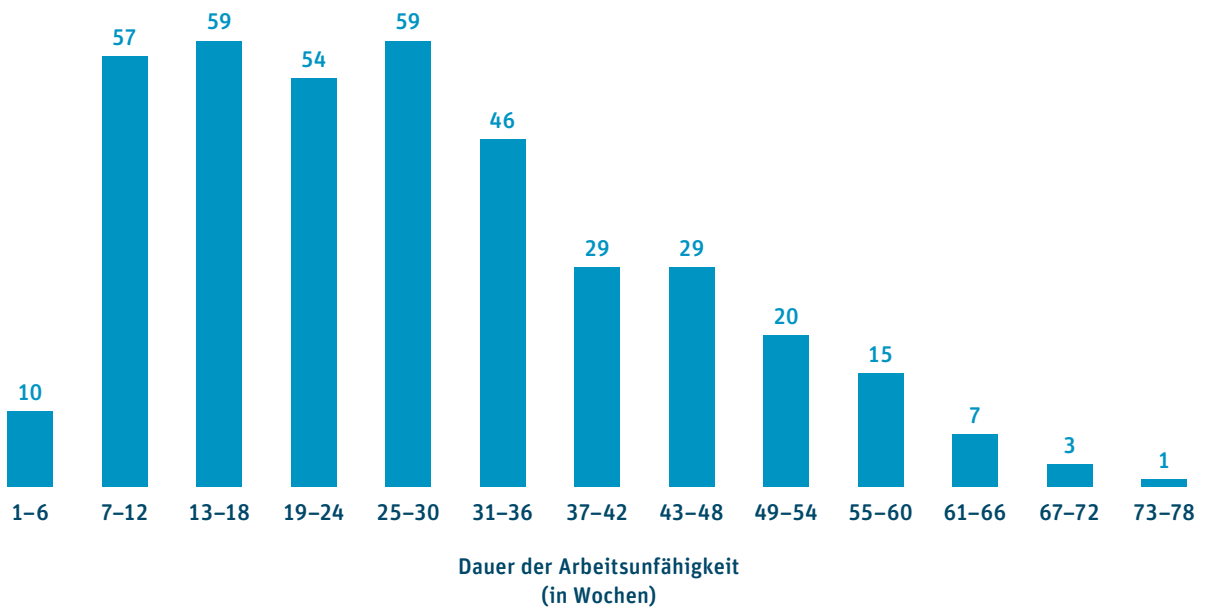
Anmerkung: Die Grafik berücksichtigt alle 19.138 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

AU dauert im Schnitt ein halbes Jahr

Die mittlere AU-Dauer betrug 28,1 Wochen, was etwa sechseinhalb Monaten entspricht. Die kürzeste AU-Dauer bis zur Beauftragung lag bei zwei Wochen, die längste bei 74 Wochen.

Frage zur AU-Dauer: Dauer der AU bis zum Zeitpunkt der Begutachtung in Wochen

Anzahl Personen
(n = 389)



Anmerkung: Bei n = 389 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 19.138 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

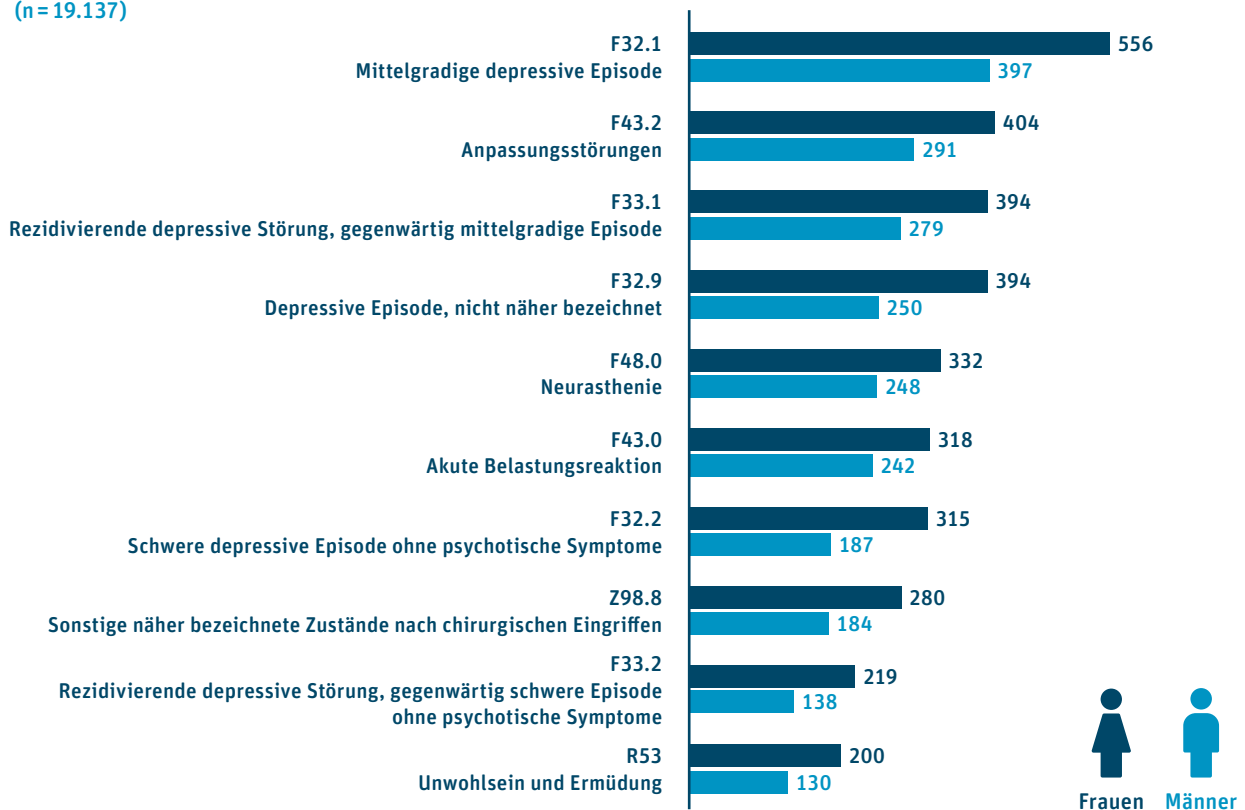
Psychische Erkrankungen herrschen vor

Wie auch bei anderen Anlässen einer Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung dominierten psychische Erkrankungen das Auftragsgeschehen. 38,4 Prozent der Anfragen zielten auf Arbeitsunfähigkeit infolge einer Erkrankung aus dem Spektrum der psychischen und Verhaltensstörungen. Muskel-Skelett-Erkrankungen als zweite wesentliche AU-Ursache waren mit einem Anteil von 19,8 Prozent nur halb so häufig vertreten.

Bei beiden Geschlechtern ist die Diagnose „ICD F32.1 Mittelgradige depressive Episode“ gefolgt von „F43.2 Anpassungsstörungen“ am häufigsten.

Frage zur AU-Dauer: ICD-10-Diagnosen nach Geschlecht

Anzahl Personen
(n = 19.137)



(n = 19.137)

Anmerkung: Das Diagramm berücksichtigt alle 10.547 Frauen und alle 8.590 Männer mit Auftrag zur Fragestellung.

Die Abweichung der Summe 8.590 + 10.547 zu gesamt n = 19.138 erklärt sich dadurch, dass das Geschlecht einer Person nicht angegeben war und diese somit nicht in geschlechtsspezifischen Auswertungen berücksichtigt wurde.

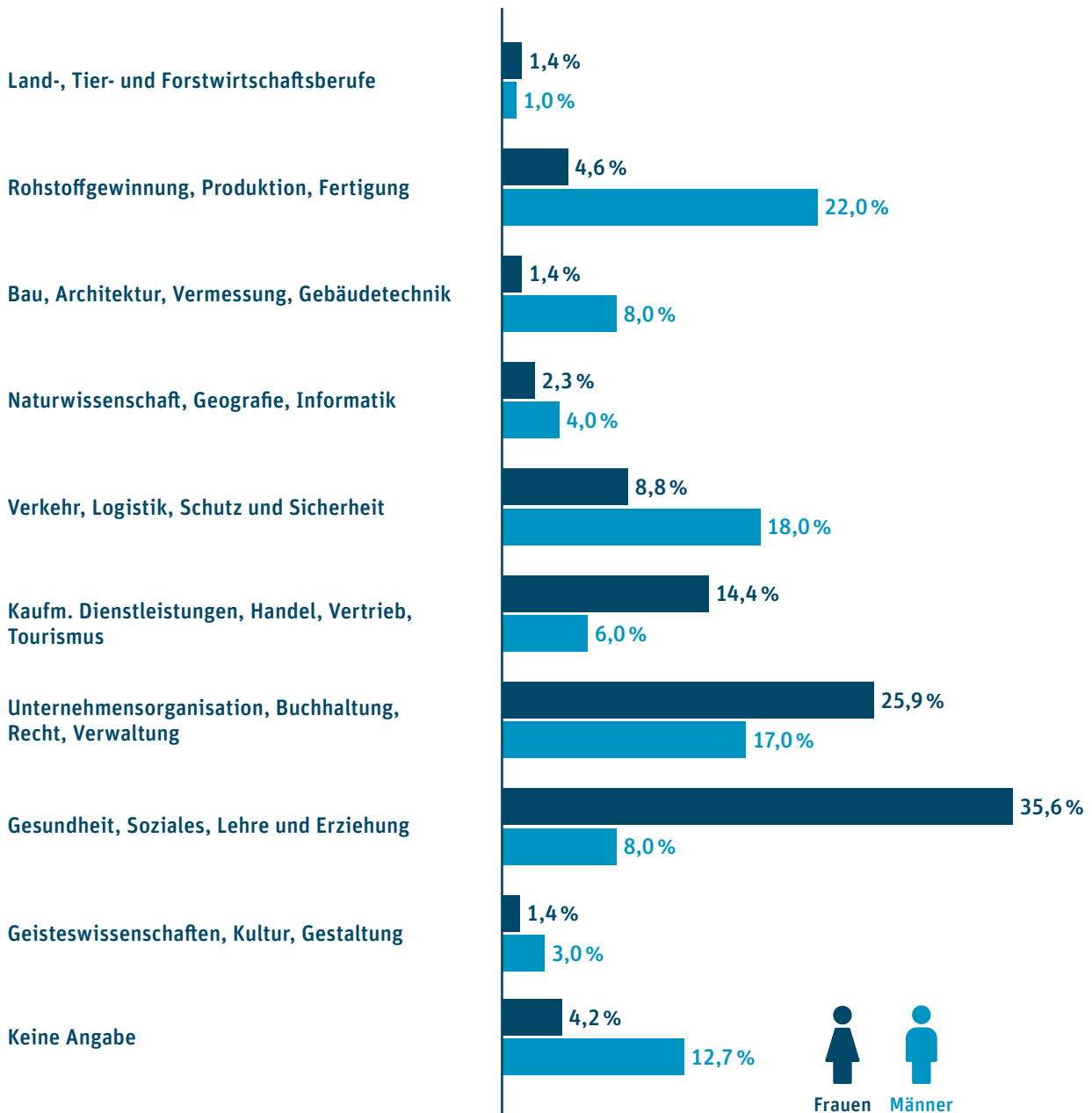
Zwei Drittel in Vollzeit beschäftigt

Die Auswertung einer repräsentativen Stichprobe von 390 Gutachten ergab folgendes: Knapp 60 Prozent der Versicherten gingen einer Vollzeitbeschäftigung nach. Der Anteil Teilzeitbeschäftigter war bei Frauen (45,4 Prozent) mehr als viermal so hoch wie bei Männern (9,2 Prozent). Zwei Drittel waren unbefristet beschäftigt (Frauen: 68,5 Prozent; Männer: 64,7 Prozent). Die meisten arbeiteten im Bereich Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung, wobei hier – ebenso wie bei Büroberufen – erheblich mehr Frauen als Männer beschäftigt waren. Männer waren hingegen vorwiegend entweder in Produktionsberufen oder in Verkehrsberufen und in der Logistik tätig.

Im Vergleich zu ihrem Anteil an der deutschen Erwerbsbevölkerung standen Beschäftigte aus dem Gesundheits- und Sozialsektor verstärkt im Fokus der Begutachtungen, wenngleich die Unterschiede deutlich geringer ausfielen, als dies beispielsweise bei Begutachtungen zu Möglichkeiten einer stufenweisen Wiedereingliederung der Fall war. Auffällig unterrepräsentiert waren Beschäftigte in Bauberufen.

Frage zur AU-Dauer: Berufsfelder und Geschlecht

(Angaben in %)



Anmerkung: Bei n=390 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 19.138 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Aktuellen AU gingen im Schnitt neun AU-Episoden voraus

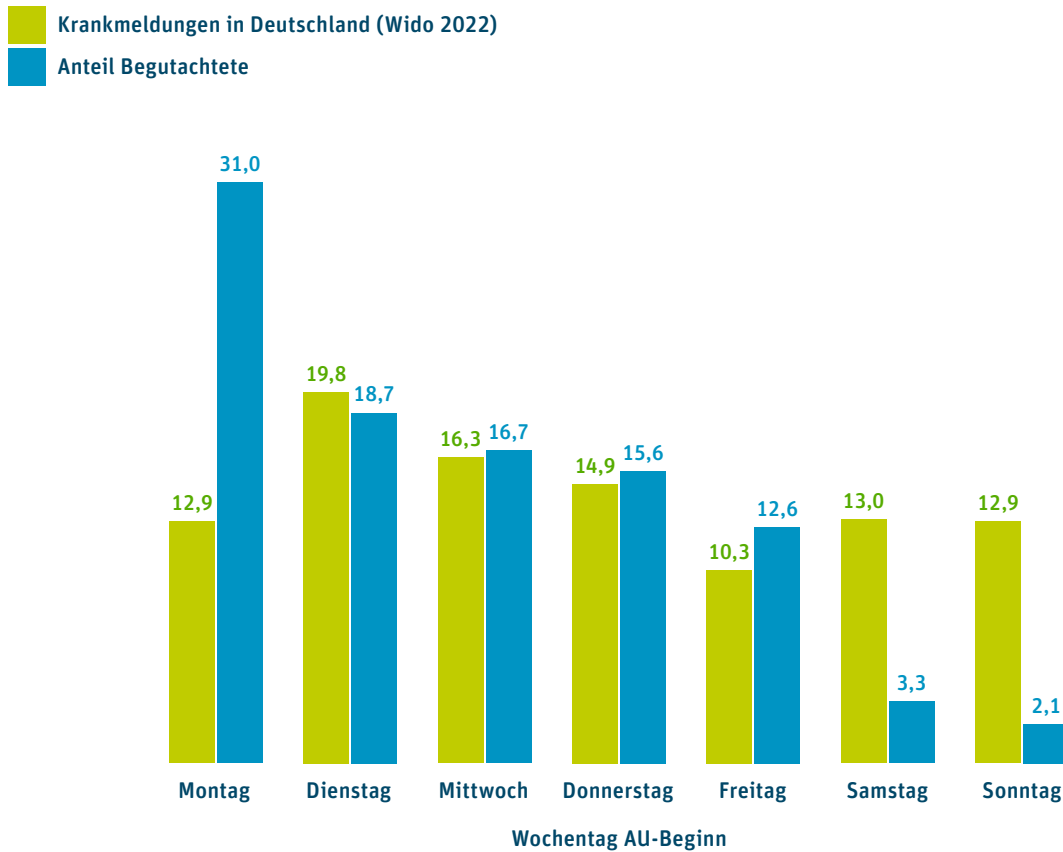
In 359 Fällen lagen Informationen zu vorangegangener Arbeitsunfähigkeit vor: Im Durchschnitt gingen der aktuellen AU bereits neun frühere voraus. Zwischen den Geschlechtern sowie zwischen den Altersgruppen gab es dabei keine signifikanten Unterschiede. Bei knapp fünf Prozent gab es keine dokumentierten Vorerkrankungen. Acht Versicherte (2,2 Prozent) hatten hingegen mehr als 30 vorangegangene AU-Episoden. Der Bezugszeitraum erstreckte sich in der Mehrheit der Fälle auf fünf Jahre, konnte in einzelnen Fällen aufgrund eines kürzer bestehenden Versicherungsverhältnisses auch davon abweichen. Diese Ungenauigkeit muss bei Betrachtung der Auswertungen berücksichtigt werden; ebenso wurde die Dauer der einzelnen AU-Fälle nicht mitberücksichtigt.

AU-Meldungen meist montags

Die meisten Arbeitsunfähigkeitsmeldungen (31 Prozent) fielen auf einen Montag. Im Laufe der Woche sanken die AU-Meldungen. Bei psychisch erkrankten Versicherten begann häufiger (38,4 Prozent) montags die Arbeitsunfähigkeit als bei Menschen mit Muskel-Skelett-Erkrankungen (27,2 Prozent). Dagegen begann freitags häufiger bei Versicherten eine Muskel-Skelett-Erkrankung als eine psychische Erkrankung (18,5 Prozent vs. 11,6 Prozent).

Frage zur AU-Dauer: Beginn der Arbeitsunfähigkeit nach Wochentag – Begutachtete vs. Krankmeldungen in Deutschland

(Angaben in %)



Anmerkung: Bei n=390 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 19.138 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Arbeitsunfähigkeit meist bestätigt

In der Stichprobe von 389 Versicherten wurde bei mehr als der Hälfte (54 Prozent) die Arbeitsunfähigkeit sowie ihr Fortbestand grundsätzlich bestätigt.

In 6,4 Prozent der Fälle bestand eine Arbeitsunfähigkeit auf Dauer, da das Leistungsvermögen der Versicherten gemindert war. Ausschlaggebend waren jeweils zu einem Drittel psychische sowie orthopädische Diagnosen. Jeweils zehn Prozent der Fälle waren zurückzuführen auf neurologische und kardiovaskuläre Erkrankungen sowie auf Fälle, die in ICD-10, Kapitel Z, aufgeführt sind. Dazu zählt, wenn sich Versicherte krankmelden, ohne dass eine Erkrankung vorliegt, weil sie zum Beispiel ein Organ oder Gewebe spenden oder sich prophylaktisch impfen lassen. Oder auch, wenn Umstände oder Probleme den Gesundheitszustand der Versicherten beeinträchtigen, ohne dass es sich um eine Krankheit oder Schädigung handelt.

Ein Beispiel

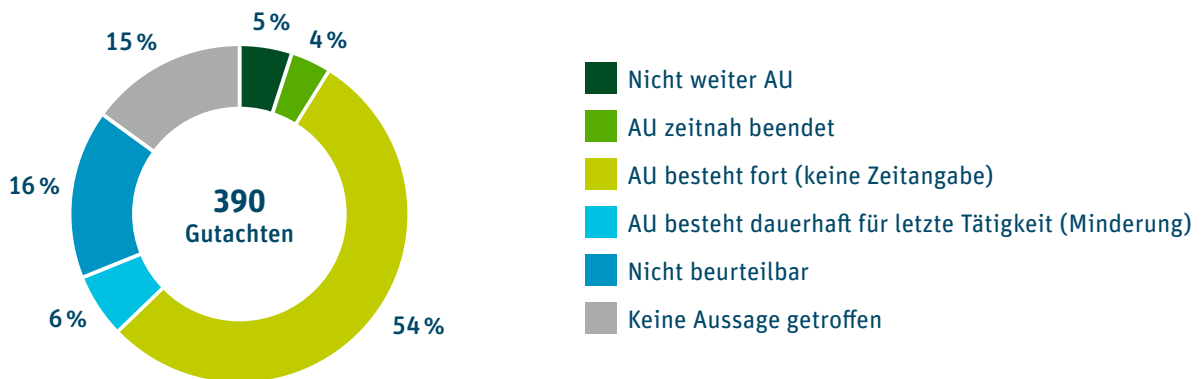
So ergab die Fallbesprechung mit dem Hausarzt eines arbeitslosen Versicherten, dass dieser nach einem Herzinfarkt und einer hirnorganischen Störung auf Dauer kein ausreichendes Leistungsvermögen für den allgemeinen Arbeitsmarkt haben würde. In einem anderen Fall führte eine diagnostizierte chronisch degenerative Wirbelsäulenerkrankung dazu, dass ein 26-jähriger Mann seiner Tätigkeit als Dachdecker dauerhaft nicht mehr nachgehen konnte.

In 5,4 Prozent der Stichprobenfälle führte die Begutachtung letztendlich zu einer Beendigung der Arbeitsunfähigkeit. Begutachtungen von Versicherten mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems führten vergleichsweise häufiger zu einer Beendigung der Arbeitsunfähigkeit als bei Versicherten mit einer psychischen Erkrankung. Die übrigen Fälle, in denen die Arbeitsunfähigkeit mit der Begutachtung endete, bezogen sich auf unspezifische Diagnosen wie „R69 Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen“, „R69 Unwohlsein und Ermüdung“, „Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“.

In weiteren 3,6 Prozent ergab die Begutachtung letztendlich, dass die Versicherten zeitnah arbeitsfähig sind oder zum Beispiel eine stufenweise Wiedereingliederung möglich ist.

Knapp ein Sechstel der Begutachtungsanfragen (16 Prozent) ließ auch nach mehrmaliger Beauftragung keine valide sozialmedizinische Beurteilung zu. Keine Aussage erfolgte, wenn Aufträge zurückgegeben, weitergeleitet oder storniert wurden. Dies geschah in weiteren 15 Prozent der Aufträge.

Frage zur AU-Dauer: Ergebnis der Begutachtung



(n = 390)

Anmerkung: Bei n = 390 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 19.138 Begutachteten zu Fragestellung.

4.2 Zweifel des Arbeitgebers



Inhaltlicher Hintergrund und gesetzlicher Rahmen

Arbeitgeber können eine Arbeitsunfähigkeit (AU) anzweifeln (§ 275 Abs. 1a Satz 3). Häufige Gründe hierfür sind von Beschäftigten vorher angekündigte Fehlzeiten oder nicht krankheitsgemäße Verhalten, wenn etwa ein längere Zeit krankgeschriebener Mitarbeiter bei einer Freizeittätigkeit beobachtet wird, die aus Sicht des Arbeitgebers einer Krankschreibung nicht gemäß ist.

In solchen oder anderen Fällen haben Arbeitgeber die Möglichkeit, mit ihren Zweifeln an die Krankenversicherung der oder des betreffenden Beschäftigten zu treten, die über das weitere Vorgehen entscheidet. Kann die Kasse anhand von medizinischen Unterlagen den Zweifel ausräumen, muss sie den Medizinischen Dienst nicht beauftragen. In allen anderen Fällen sieht der Gesetzgeber vor, dass der Medizinische Dienst eingeschaltet wird. Er benötigt zur Überprüfung einen Auftrag der Krankenkasse mit der AU-begründenden Diagnose und das Schreiben des Arbeitgebers. Findet sich dann bei der Begutachtung keine medizinische Begründung für die Arbeitsunfähigkeit, so wird dies taggleich der Krankenkasse mitgeteilt. Sie informiert den Arbeitgeber, ob der Zweifel berechtigt ist oder nicht. Auch nach Ablauf der Frist für die Entgeltfortzahlung kann ein Arbeitgeber seinen Zweifel anmelden, jedoch erfolgt dann keine Information mehr über das Ergebnis der Begutachtung durch die Krankenkasse.

Ein Beispiel

Die Inhaberin eines Bekleidungsgeschäftes zweifelt an der Arbeitsunfähigkeit ihrer Auszubildenden. Die junge Frau ist seit zwölf Tagen krankgeschrieben. Der behandelnde Allgemeinmediziner hatte ihr eine schwere depressive Episode attestiert. Daran zweifelt die Inhaberin, da sich die Auszubildende ihrer Kenntnis nach im Urlaub befände. Die telefonische Befunderhebung bei dem behandelnden Allgemeinmediziner, bei dem die Versicherte bereits seit ihrer frühen Jugend unter anderem wegen psychischer Erkrankungen Patientin ist, bestätigt die schwere depressive Episode. Die Patientin berichte von einer Mobbing-Situation am Arbeitsplatz, welche sie zusätzlich psychisch stark belaste, sodass sie sich vorübergehend bei ihrer entfernt lebenden Familie aufhalte. Eine Überweisung für eine Tagesklinik und eine ambulante Psychotherapie sei bereits verordnet worden. Vor diesem Hintergrund bestanden aus Gutachtersicht keine Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit der Versicherten.

Zweifel der Arbeitgeber selten begutachtet

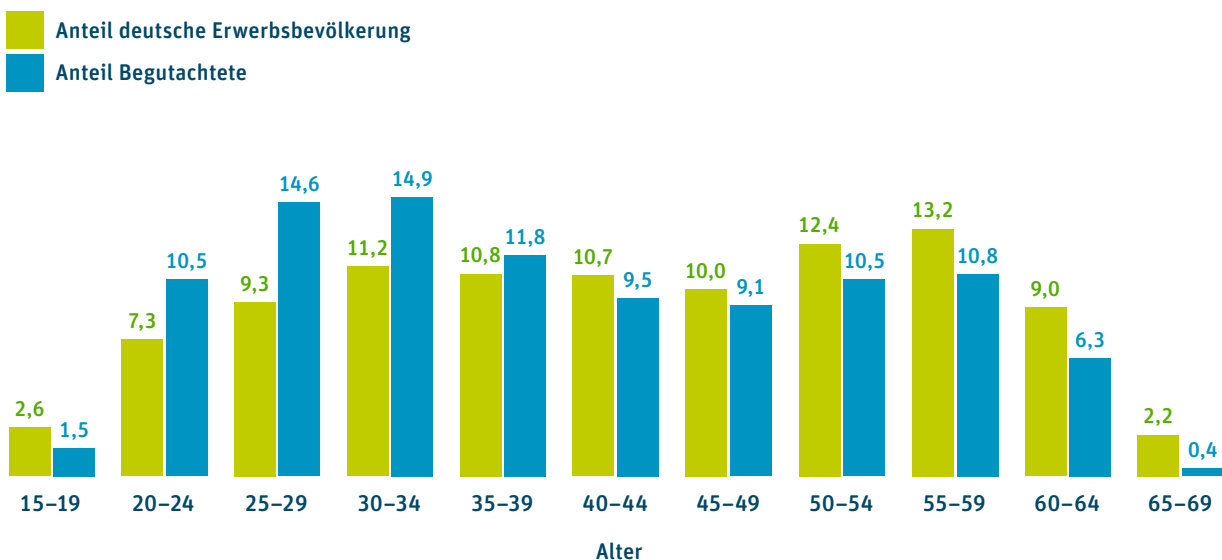
Im Jahr 2022 wurden 1.955 Versicherte aufgrund von Zweifeln der Arbeitgeber begutachtet, was einem Anteil von gerade einmal vier Prozent aller Fälle entspricht. Dabei handelte es sich fast ausnahmslos (98,8 Prozent) um Erstbegutachtungen. Insgesamt gab es 292 Fälle, die im Jahr 2022 mehrfach geprüft wurden, größtenteils ging es dabei erneut um Zweifel der Arbeitgeber. Die meisten Gutachten zu Zweifeln von Arbeitgebern konnten abgeschlossen werden (95,3 Prozent), lediglich 92 blieben ohne Ergebnis.

Zweifel häufig bei jungen Männern

Begutachtungen wegen Zweifeln des Arbeitgebers betrafen vorrangig Männer und hierbei insbesondere junge Männer. Im Jahr 2022 entfielen knapp zwei Drittel auf männliche Versicherte (62 Prozent). Fast die Hälfte war jünger als 35 Jahre. Damit wich die Alters- und Geschlechtsstruktur deutlich von den anderen beauftragten Fragestellungen zur Arbeitsunfähigkeit ab. Auch im Vergleich zu ihrem Anteil an der deutschen Erwerbsbevölkerung war die Gruppe der jüngeren Beschäftigten unter 40 Jahren deutlich überrepräsentiert.

Frage zu Arbeitgeberzweifeln: Altersverteilung – Begutachtete vs. deutsche Erwerbsbevölkerung (Mikrozensus)

(Angaben in %)



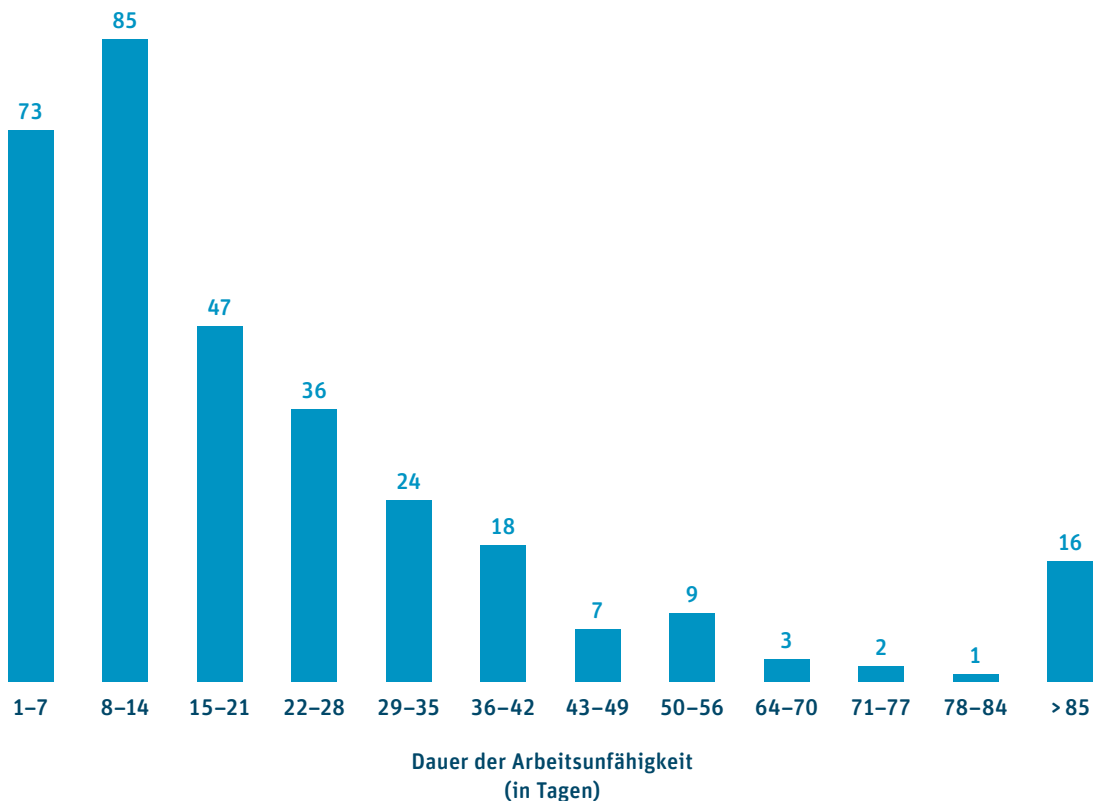
Anmerkung: Die Grafik berücksichtigt alle 1.955 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Zweifel noch während Entgeltfortzahlung

Die durchschnittliche AU-Dauer betrug im Falle von Zweifeln des Arbeitgebers 25 Tage (Standardabweichung = 38,5 Tage). Fast alle Aufträge gingen im ersten, spätestens jedoch im zweiten Monat nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit ein, das heißt während der 42 Tage der Entgeltfortzahlung. Nach Ende der Entgeltfortzahlung erhält der Arbeitgeber keine Informationen mehr durch die Krankenkasse. Bei Atemwegsinfekten war die AU-Dauer kürzer als bei Versicherten mit chronischen Erkrankungen, z. B. der Psyche.

Frage zu Arbeitgeberzweifeln: Dauer der AU bei Begutachtung (in Tagen)

Anzahl Personen
(n = 321)



Anmerkung: Bei n = 321 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 1.955 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung

Großes Spektrum an Erkrankungen

Im Unterschied zu den anderen Begutachtungsanlässen war das Spektrum AU-auslösender Diagnosen bei Zweifeln des Arbeitgebers größer. Neben den chronischen Erkrankungen waren hier auch akute Erkrankungen wie Atemwegserkrankungen, gastrointestinale Infekte und unspezifische Symptome (R-Diagnosen) als Begutachtungsgegenstand vertreten. Dagegen wurden schwerwiegende Erkrankungen, wie beispielsweise Krebserkrankungen, Herzleiden oder Rheuma, kaum vonseiten des Arbeitgebers angezweifelt. Psychische und Muskel-Skelett-Erkrankungen machten zusammen etwa die Hälfte der Gutachten aus. Sowohl bei Männern als auch bei Frauen waren die beiden Einzeldiagnosen im Bereich der psychischen Erkrankungen zu verorten.

Jeweils 37 Gutachten betrafen den ICD-Code „Z 56 Anlässe mit Bezug auf das Berufsleben“, bei dem die Bedingungen am Arbeitsplatz (Gestaltung, Vorgesetzte, Mitarbeitende) zur Arbeitsunfähigkeit geführt hatte. Aber auch Anpassungsstörungen und Belastungsreaktionen können auf einen Konflikt am Arbeitsplatz hinweisen, der dann zur AU geführt hat.

Fast ausschließlich Vollzeitbeschäftigte

Da Daten zur Arbeitssituation nicht routinemäßig vorliegen, wurden diese Gutachten einer Zufallsauswahlstichprobe (n = 321) entnommen. Aufgrund der Art der Fragestellung ergibt sich bereits, dass ausschließlich Versicherte in einem bestehenden Beschäftigungsverhältnis begutachtet werden. Mehrheitlich handelte es sich dabei um unbefristete Beschäftigungen.

Auch zum Beschäftigungsumfang liegen nur teilweise Angaben vor. Soweit bekannt, waren die Begutachteten jedoch mehrheitlich in Vollzeit beschäftigt. Wie bei den anderen Begutachtungsanlässen auch arbeiteten Männer deutlich seltener in Teilzeit als Frauen.

Die meisten Männer arbeiteten entweder in Produktions- oder in Verkehrsberufen, zum Beispiel als Lastkraftwagenfahrer. Die begutachteten Frauen waren hingegen – wie auch bei den anderen Begutachtungsanlässen – vor allem in den Bereichen Gesundheit, Soziales, Lehre und Erziehung oder in Büroberufen tätig, am häufigsten jedoch in Verkaufsberufen. Im Vergleich zur deutschen Erwerbsbevölkerung zeigte sich, dass insbesondere Beschäftigte in den Produktionsberufen, in Verkehrs- und Logistikberufen sowie im Handel verstärkt auf Wunsch ihres Arbeitgebers überprüft wurden. Anders als bei den anderen Begutachtungsanlässen von Arbeitsunfähigkeit wurden Beschäftigte in Büroberufen oder im Gesundheits- und Sozialwesen dagegen seltener begutachtet.

Produktion sowie Groß- und Einzelhandel im Fokus

Die für die Stichprobe zufällig gezogenen Begutachtungsaufträge wurden zudem nach verschiedenen Arbeitgebercharakteristika ausgewertet. Die Auswertung nach Wirtschaftszweigen ergab, dass die meisten Aufträge aus der Produktion, dem verarbeitenden Gewerbe und dem Groß- und Einzelhandel eingingen. Im Vergleich zu anteilig in den Wirtschaftsbereichen Beschäftigten (Statistisches Bundesamt) zeigte sich, dass verstärkt Begutachtungsaufträge aus Produktion (Bergbau, verarbeitendes Gewerbe, Energie- und Wasserversorgung), Handel, Verkehr und Logistik kamen. Dagegen gingen vergleichsweise wenig Begutachtungsanfragen zu Beschäftigten im wissenschaftlich-technischen Dienstleistungssektor ein.

Betriebsgröße spielt keine Rolle

Anhand des Namens des auftraggebenden Arbeitgebers wurde über Internetauftritte und Branchenverzeichnisse versucht, die Betriebsgröße zu ermitteln. Danach kamen die meisten Aufträge (37,4 Prozent) aus Betrieben mit mehr als 250 Mitarbeitern („Großunternehmen“). Ein Abgleich mit der Branchenstatistik (Statistisches Bundesamt) zeigt, dass die Anteile der unterschiedlich großen Betriebe am Auftragsvolumen im Wesentlichen vergleichbar mit den jeweiligen Anteilen an der deutschen Unternehmenslandschaft sind.

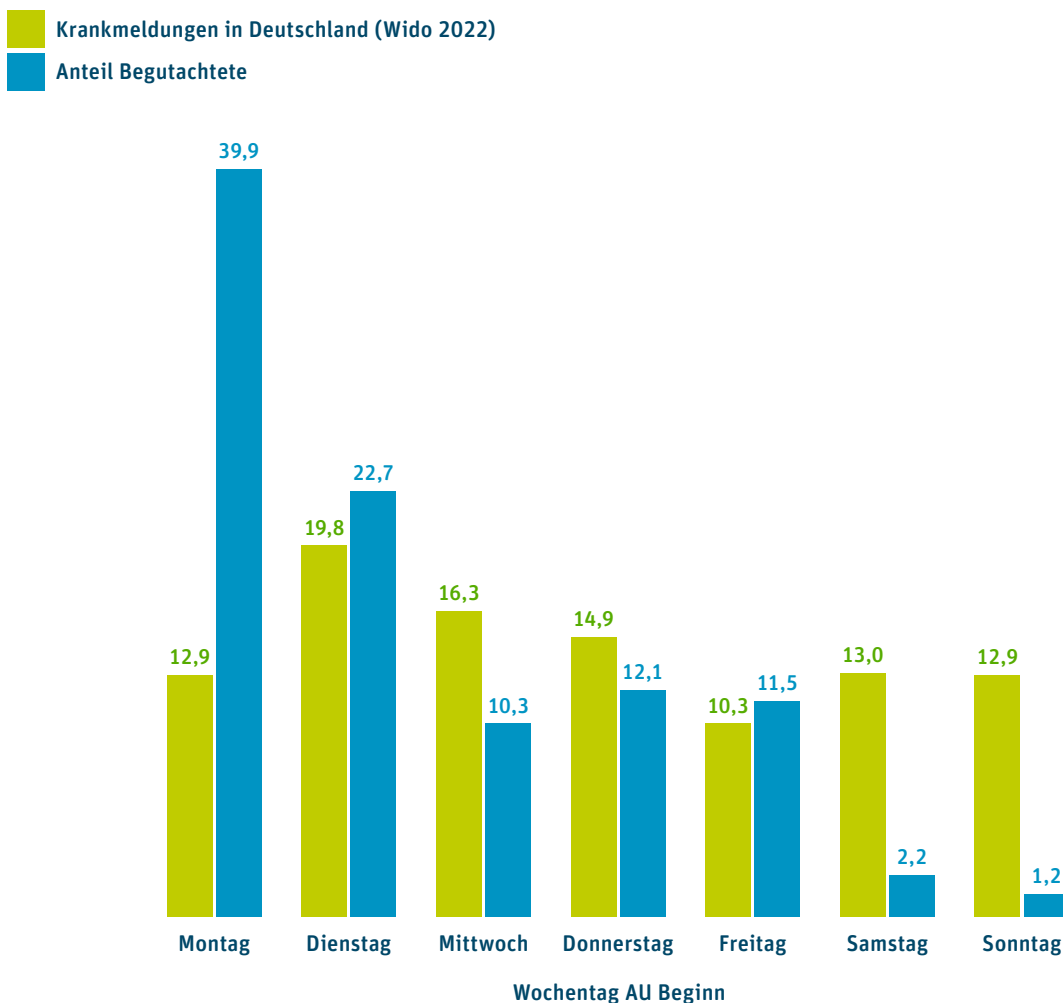
Unter den 321 für die Stichprobe zufällig ausgewählten Fällen wurden insgesamt fünf Unternehmen identifiziert, die im Jahr 2022 für mehr als einen ihrer Mitarbeiter eine gutachterliche Arbeitsunfähigkeitsüberprüfung verlangt hatten. Darunter befand sich ein großer Konzern mit rund 400.000 Mitarbeitenden an tausenden Standorten, der drei Überprüfungsanfragen stellte. Ebenso aber auch eine kleine HNO-Praxis, die zwei ihrer sechs Angestellten im selben Jahr überprüft wissen wollte. Dazu kommt ein Lebensmittelproduktionsbetrieb, der die Arbeitsunfähigkeit von zwei Beschäftigten aus seiner knapp 75-köpfigen Belegschaft infrage stellte, sowie zwei Zeitarbeitsfirmen, die Personal aus unterschiedlichsten Berufszweigen vermittelten. Indizien für eine systematische Inanspruchnahme der Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung zu Zwecken von Personalstrategien seitens der Auftraggeber war zumindest in der Stichprobenauswertung nicht ersichtlich. Allerdings muss hierbei auch die Vorselektion der Fälle durch die kassenseitige Beauftragung bedacht werden, sodass sich die Aussagekraft nur auf die tatsächlichen Aufträge, nicht jedoch auf alle gemeldeten Zweifel der Arbeitgeber beschränkt.

Zweifel aufgrund von AU-Meldung zu Wochenbeginn

Am häufigsten begann eine angezweifelte Arbeitsunfähigkeit an einem Montag (rund 40 Prozent). Dagegen belegte der Freitag den vierten Platz der häufigsten Tage für einen AU-Beginn. Im Vergleich zu Begutachtungsanfragen zur Abschätzung der Arbeitsunfähigkeitsdauer war der Montag als Beginn für eine Arbeitsunfähigkeit somit tatsächlich herausragend und kann als Indiz dafür gesehen werden, dass Arbeitgeber einer zum Wochenanfang beginnenden Arbeitsunfähigkeit häufiger misstrauen.

Frage zu Arbeitgeberzweifeln: AU-Beginn nach Wochentag – Begutachtete vs. Krankmeldungen in Deutschland

(Angaben in %)



Anmerkung: Bei n=321 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 1.955 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Anhand der Auftragsunterlagen der Arbeitgeber wurden die angegebenen Begründungen für das Anzweifeln einer Arbeitsunfähigkeit thematisch klassifiziert und deskriptiv ausgewertet. Demnach standen folgende fünf Kategorien im Vordergrund:

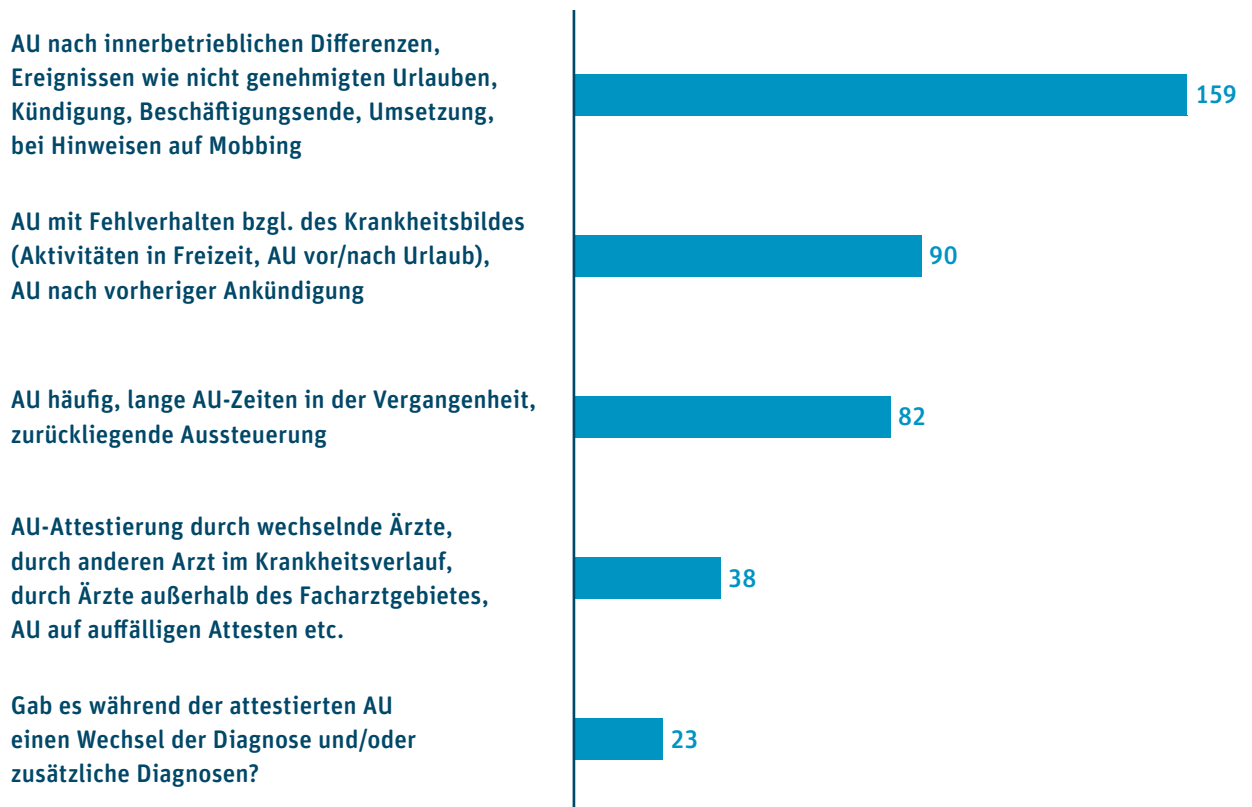
1. Zweifel aufgrund einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung nach innerbetrieblichen Differenzen: Mit 159 Nennungen war Arbeitsunfähigkeit im zeitlichen Zusammenhang mit innerbetrieblichen Differenzen am häufigsten ausschlaggebend für einen Zweifel – darunter fallen zum Beispiel Arbeitsplatzkonflikte mit Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzten nach Auseinandersetzungen bezüglich Urlaubs- oder Arbeitszeiten oder nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses durch den Arbeitnehmer oder Arbeitgeber. In fast der Hälfte der Aufträge (49,5 Prozent) war ein Arbeitsplatzkonflikt bekannt. Auffällig sind zeitliche Überschneidungen von Arbeitsunfähigkeit mit Freizeit- oder Urlaubswünschen („Nach einer abgelehnten Bitte nach einem freien Samstag meldete er sich daraufhin krank“, „AU nach nicht genehmigter Verlängerung desurlaubes“), mit ausgesprochenen Kündigungen oder zum Ende von Vertragsrestlaufzeiten („Mit der Kündigung haben wir zeitgleich eine AU bis zum letzten Arbeitstag bekommen“, „Nach Ankündigung, dass das befristete Arbeitsverhältnis nicht verlängert werde, brachte Ihre Versicherte eine AU vorbei und gab ihren Arbeitsschlüssel bei uns ab“). Auch stand der Beginn einer Arbeitsunfähigkeit oft in zeitlichem Zusammenhang mit Ereignissen wie etwa einem kritischen Personalgespräch, der Einladung zu einem Gespräch, einer Abmahnung oder arbeitsrechtlichen Differenzen bezüglich der Co-ronaregeln.
2. Zweifel aufgrund des Verhaltens des Beschäftigten: In etwa einem Drittel der Fälle vermuteten die Arbeitgeber ein Fehlverhalten ihrer Beschäftigten als Anlass – zum Beispiel aufgrund eines als unpassend wahrgenommenen Freizeitverhaltens des Erkrankten, das durch Beobachtung Dritter oder aufgrund von Äußerungen in sozialen Medien den Arbeitgeber erreichte („Fußballspielen trotz vorgeblichem Magen-Darm-Infekt“, „In den sozialen Medien ist der krankgemeldete Mitarbeiter ohne Krücken zu sehen, er humpelt nicht“).

In anderen Fällen führten Äußerungen gegenüber Vorgesetzten oder gegenüber Kolleginnen und Kollegen zum Zweifel an der AU („Er kündigte an krank zu gehen, wenn er nicht den neuen Lkw fahren darf“, „Es gab eine Drohung mit AU nach Zuweisung eines neuen Arbeitsplatzes“, Nach betriebsbedingter Nichtgewährung einer Resturlaubszeit hatte sich die Mitarbeiterin von den anderen verabschiedet und war dann AU“).

-
3. Zweifel aufgrund der Häufigkeit oder Dauer vorheriger AU-Fälle: In einem Viertel der Arbeitgeberzweifel wurden häufige oder lange Fehlzeiten des betreffenden Beschäftigten (25,5 Prozent) explizit als Grund für den Zweifel angeführt. Teilweise sorgten sich die Betriebe um ihre Wirtschaftlichkeit oder um das Betriebsklima oder um das Gelingen einer Ausbildung. („In einem kleinen Unternehmen wie unserem sind diese häufigen Ausfallzeiten nicht mehr tragbar“, „Ich kann den anderen Mitarbeitern nicht mehr vermitteln, dass sie die Schichten übernehmen und einspringen müssen“, „Bei so häufigen Ausfällen können wir unseren Ausbildungsauftrag nicht erfüllen“).
 4. Zweifel aufgrund von Merkmalen des AU-attestierenden Arztes: In gut jedem zehnten Fall begründete sich der Zweifel des Arbeitgebers (auch) auf die Form der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beziehungsweise auf deren Aussteller. Hierzu zählten neben der AU-Attestierung eines fachfremden Arztes auch das mehrmalige Einreichen von Erstbescheinigungen, die Attestierung durch wechselnde Behandler, ausländische Praxen oder von Online-Ärzten sowie auch rückwirkend ausgestellte oder verspätet eingereichte Atteste. („Bei einem Bandscheibenvorfall haben wir ein Attest des Hausarztes bekommen“, „Der Mitarbeiter ist häufig krank, reicht aber jedes Mal eine Erstbescheinigung ein“, „Dieser Herr betreibt Ärzte-Hopping vom Allerfeinsten“, „Im letzten Jahr waren es 70 Fehltage, die letzte AU kam dann von einer Online-Praxis“, „Die Atteste werden immer nur auf Nachfrage verspätet eingereicht“).
 5. Zweifel aufgrund wechselnder Diagnosen: In 23 Fällen hatten Arbeitgeber Zweifel aufgrund wechselnder Diagnosen der Erkrankten, über die sie offensichtlich teilweise auch Kenntnis hatten („Nach Ende der Lohnfortzahlung kommt nun eine neue AU wegen einer anderen Diagnose“, „Nach der ausgesprochenen Kündigung, Ankündigung krankzufeiern, kommen Atteste von immer neuen Ärzten“, „Nach 42 Tagen Lohnfortzahlung AU von einem anderen Arzt“, „So viele verschiedene Krankheiten können in drei Wochen gar nicht passieren“).
-

Frage zu Arbeitgeberzweifeln: Begründungen für Begutachtungen (Mehrfachnennung)

Anzahl Personen
(n = 321)

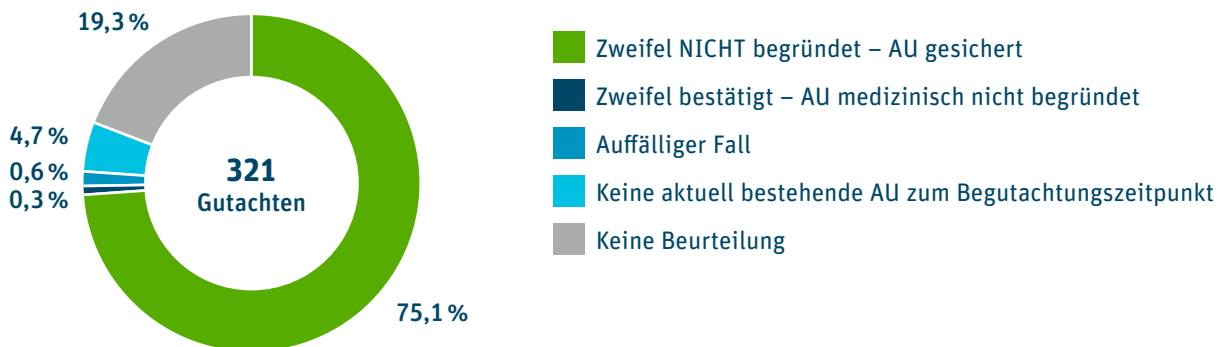


Anmerkung: Bei n = 321 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 1.955 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Bei drei Vierteln der Fälle AU bestätigt

Bei den Begutachtungen der Zufallsstichprobe (n = 321) handelte es sich in den meisten Fällen um medizinisch nachvollziehbare Arbeitsunfähigkeiten. Zweifel wurden in der Regel nicht bestätigt (75,1 Prozent). Lediglich in einem Fall aus der Stichprobe bestand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit „keine Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Richtlinie AU“ (0,3 Prozent). Die angezweifelte Arbeitsunfähigkeit wurde mit der Diagnose „F48.0 Neurasthenie“ begründet. Laut Gutachten waren die Zweifel des Arbeitgebers in diesem Fall nachvollziehbar. Dies ergab sich in Zusammenhang mit einer Einladung zur körperlichen Untersuchung beim Medizinischen Dienst. Zudem bestand ein deutlicher Hinweis auf einen ausgeprägten Arbeitsplatzkonflikt. Zweimal handelte es sich um auffällige Fälle (0,6 Prozent). In einem erschien die Diagnose nicht hinreichend plausibel, um die Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Der Gutachter empfahl der Krankenkasse, eine körperliche Untersuchung der Versicherten beim Medizinischen Dienst. Und auch hier gab es deutliche Hinweise auf einen ausgeprägten Arbeitsplatzkonflikt. In einem weiteren Fall waren viele jeweils kurze Krankheitsepisoden auffällig, zuletzt mit der Diagnose „R69 Unbekannte und nicht näher bezeichnete Krankheitsursachen“. Der Versicherte war jedoch zum Begutachtungszeitpunkt nicht mehr arbeitsunfähig und eine rückwirkende Beurteilung somit nicht möglich. Hier wurde im Fall einer erneuten Arbeitsunfähigkeit deren Überprüfung nahegelegt.

Frage zu Arbeitgeberzweifeln: gutachterliche Stellungnahmen



Anmerkung: Bei n = 321 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 1.955 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Nach einer Begutachtung zur Klärung eines Arbeitgeberzweifels fand in 14,9 Prozent der Fälle im Jahr 2022 noch eine (oder mehrere) weitere Arbeitsunfähigkeitsbegutachtung statt. Diese betraf in 181 Fällen abermals die Klärung von Arbeitgeberzweifeln, sodass insgesamt knapp zehn Prozent der von Arbeitgebern angezeifelten Arbeitsunfähigkeitsfälle mehrfach einer gutachterlichen Klärung unterzogen wurden. In den für die Zufallsstichprobe gezogenen Fällen wurden daher ebenfalls die Folgefälle (n = 41) gesichtet und auf deren weiteren Verlauf hin überprüft. In der Stichprobe sind 26 von 41 Folgeaufträgen erneute Zweifel des Arbeitgebers. In keinem Fall bestätigte er sich. Entweder kam die Begutachtung zu dem Schluss, dass die Arbeitsunfähigkeit weiter und auf unbestimmte Dauer nachvollziehbar war, oder sie sah diese zwar als beendet, aber bis zum Ende der AU als nachvollziehbar belegt. Die übrigen Zweitprüfungen schlossen erneut ohne konkretes Ergebnis, da Fälle storniert wurden, angeforderte Unterlagen fehlten oder die Versicherten der Einladung zu einer körperlichen Untersuchung durch den Medizinischen Dienst nicht gefolgt waren.

Aus den Gutachten der Zufallsstichprobe wurden zudem noch weitergehende Angaben zur Arbeitsunfähigkeit ermittelt. Die Auswertung ergab, dass bei etwa zwei Dritteln der Fälle die Arbeitsunfähigkeit sowie ihr Fortbestand grundsätzlich bestätigt wurde, ohne dass ein konkretes Ende der Arbeitsunfähigkeit angegeben wurde. Ein weiteres Fünftel der Begutachteten war aus Gutachtersicht – nach einer grundsätzlich plausiblen Arbeitsunfähigkeit – wieder arbeitsfähig oder innerhalb der nächsten Woche dazu in der Lage, die Arbeit wiederaufzunehmen.

4.3 Zusammenhang mit früheren Arbeitsunfähigkeitszeiten

Inhaltlicher Hintergrund und gesetzlicher Rahmen

Beschäftigte sind im Krankheitsfall gesetzlich abgesichert. Sofern Erkrankte seit mindestens vier Wochen in einem Beschäftigungsverhältnis stehen und die Arbeitsunfähigkeit nicht vorsätzlich herbeigeführt haben, gibt es nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz EFZG für sechs Wochen eine Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber (§ 3, EFZG).

Die Anspruchsdauer ist jedoch nicht nur für diesen aktuellen Fall gesetzlich limitiert. Vielmehr ist auch gesetzlich festgelegt, unter welchen Umständen ein Anspruch auf Arbeitgeberzahlung bei einem Wiederaufflammen der Erkrankung besteht oder nicht: „Wird der Arbeitnehmer infolge derselben Krankheit erneut arbeitsunfähig, so verliert er wegen der erneuten Arbeitsunfähigkeit den Anspruch nach Satz 1 für einen weiteren Zeitraum von höchstens sechs Wochen nicht, wenn

1. er vor der erneuten Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate nicht infolge derselben Krankheit arbeitsunfähig war oder
2. seit Beginn der ersten Arbeitsunfähigkeit infolge derselben Krankheit eine Frist von zwölf Monaten abgelaufen ist.“

Sollte die Arbeitsunfähigkeit über die sechswöchige Entgeltfortzahlung fortbestehen, erhalten Arbeitnehmer Krankengeld von der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind. Dessen Anspruchsdauer regelt das Sozialgesetzbuch V (§ 48 Dauer des Krankengeldes). Demnach erhalten Versicherte Krankengeld ohne zeitliche Begrenzung, für den Fall der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit jedoch für längstens 78 Wochen innerhalb von je drei Jahren, gerechnet vom Tage des Beginns der Arbeitsunfähigkeit an. Tritt während der Arbeitsunfähigkeit eine weitere Krankheit hinzu, wird die Leistungsdauer nicht verlängert. Für Versicherte, die im letzten Dreijahreszeitraum wegen derselben Krankheit für 78 Wochen Krankengeld bezogen haben, besteht nach Beginn eines neuen Dreijahreszeitraums ein neuer Anspruch auf Krankengeld wegen derselben Krankheit, wenn sie bei Eintritt der erneuten Arbeitsunfähigkeit mit Anspruch auf Krankengeld versichert sind und in der Zwischenzeit mindestens sechs Monate

1. nicht wegen dieser Krankheit arbeitsunfähig waren und
2. erwerbstätig waren oder der Arbeitsvermittlung zur Verfügung standen.

Bei der Feststellung der Leistungsdauer des Krankengeldes werden Zeiten, in denen der Anspruch auf Krankengeld ruht oder für die das Krankengeld versagt wird, wie Zeiten des Bezugs von Krankengeld berücksichtigt. Zeiten, für die kein Anspruch auf Krankengeld besteht, bleiben unberücksichtigt.

Vor diesem gesetzlichen Hintergrund geben die Gutachterinnen und Gutachter eine sozialmedizinische Stellungnahme dazu ab, inwieweit eine aktuell bestehende Arbeitsunfähigkeit und vorherige AU-Zeiten auf eine gemeinsame zugrunde liegende Ursache zurückzuführen sind – im versicherungsrechtlichen Sinne liegt dann „dieselbe Krankheit“ vor. Denn danach richtet sich, welchen Leistungsanspruch Versicherte gegenüber ihrer Krankenversicherung haben. Bedingung für „dieselbe Krankheit“ ist, dass immer dieselbe Ursache zur Entstehung der Krankheit vorlag, Multimorbidität besteht oder verschiedene Krankheiten innerhalb eines Sekundenbruchteils entstanden sind (Polytrauma). Bei wiederholten Erkrankungen handelt es sich dann um „dieselbe Krankheit“, wenn jeweils dieselbe, nicht behobene Krankheitsursache zugrunde liegt und somit ein medizinisch nicht ausgeheiltes Grundleiden weiter vorliegt. Davon unabhängig ist, ob die Krankheitssymptome identisch mit den vorangegangenen Beschwerden sind.

Ein Beispiel

Eine 60-Jährige ist seit einem Jahr arbeitsunfähig erkrankt. Sie ist in Vollzeit beschäftigt, Näheres ist hierzu nicht bekannt, eine Arbeitsplatzbeschreibung liegt nicht vor. Im Februar 2021 wurde die Diagnose „C50.9 Bösartige Neubildung der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet“ attestiert. Die Krankenkasse reicht den Auftrag ein mit der Frage, inwieweit diese Brustkrebserkrankung in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer früheren Brustkrebserkrankung steht. Vor drei Jahren war die Versicherte einmal für zwei Monate und dann noch einmal für zehn Monate arbeitsunfähig aufgrund der Diagnose „C50.9 Bösartige Neubildung der Brustdrüse, nicht näher bezeichnet“. Nach Auswertung der fachärztlichen onkologischen und gynäkologischen Unterlagen kommt der Gutachter zu dem Schluss, dass es sich aus sozialmedizinischer und fachärztlicher Sicht um tumorbiologisch, histologisch und mit Bezug zum Rezeptorstatus um verschiedene Erkrankungen handelt. Die durchgeführten Stanzbiopsien wiesen die Verschiedenheit der Tumoren zweifelsfrei nach. Das frühere Karzinom war nicht metastasiert, nach der onkologischen Rehabilitation konnte die Versicherte damals ihre Arbeit wiederaufnehmen. Seither war sie diesbezüglich auch nicht mehr krankgeschrieben.

Drei Prozent betreffen frühere AU-Zeiten

Im Jahr 2022 wurden 1.331 Fälle zu Zusammenhangsfragen bearbeitet. Dies entspricht einem Anteil am Gesamtvolumen der Arbeitsunfähigkeitsfälle von etwa drei Prozent. Mehrheitlich handelte es sich dabei um Erstbegutachtungen (90,2 Prozent). 98 der Gutachten zu Zusammenhangsfragen waren Widerspruchs- oder Sozialgerichtsgutachten (7,4 Prozent).

Begutachtungen (140) nach Gutachtenart	Häufigkeit
Erstbegutachtung	1.200 (90,2 %)
Folgebegutachtung	33 (2,5 %)
Widerspruchsbegutachtung	94 (7,1 %)
Sozialgerichtsbegutachten	4 (0,3 %)
Gesamt	1.331 (100,0 %)

Beschäftigte ab 50 Jahren im Mittelpunkt

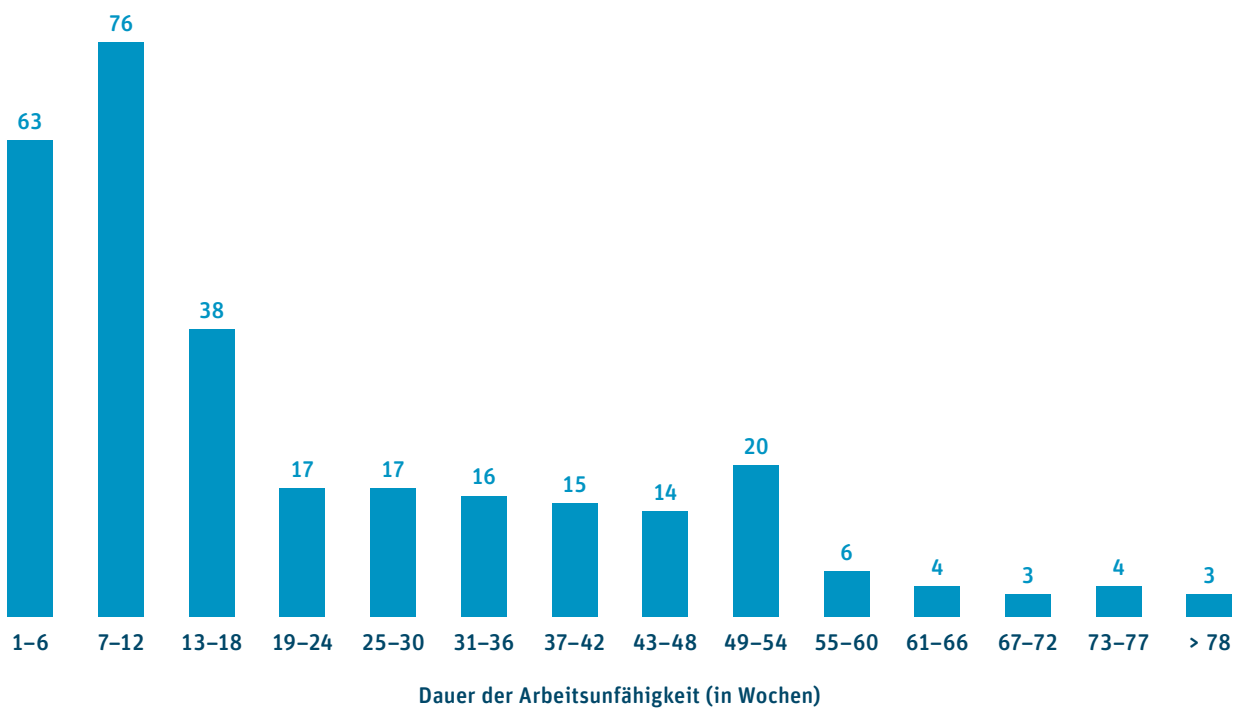
Im Vergleich zur deutschen Erwerbsbevölkerung standen Beschäftigten ab 50 Jahren verstärkt im Fokus der Begutachtungen.

Anfrage nach durchschnittlich 22 Wochen

Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit wurde aus den Einzelgutachten recherchiert. Im Durchschnitt wurden Zusammenhangsfragen nach 21,9 Wochen in Auftrag gegeben.

Frage zu früheren AU-Zeiten: Dauer der AU bis zum Zeitpunkt der Begutachtung in Wochen

Anzahl Personen
(n = 298)

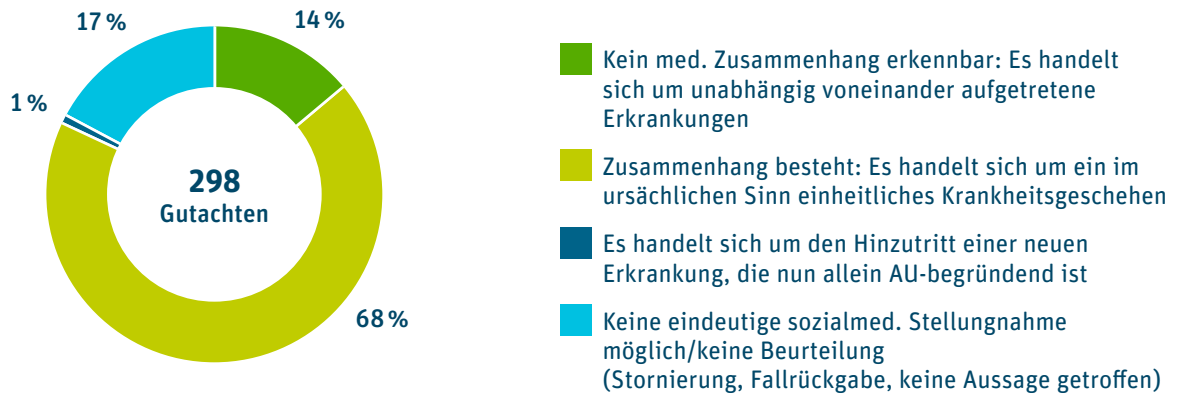


Anmerkung: Bei n=298 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 1.332 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Psychische und Muskel-Skelett-Erkrankungen im Vordergrund

Bei Begutachtungen von Zusammenhängen standen zwei Diagnosen als AU-Gründe im Vordergrund: Psychische und Verhaltensstörungen waren bei 37,5 Prozent der Begutachteten die primäre Diagnose, Muskel-Skelett-Erkrankungen bei 33,1 Prozent. Männer und Frauen unterscheiden sich hierbei deutlich voneinander.

Frage nach früheren AU-Zeiten: Ergebnis der Begutachtungen



(n = 298)

Anmerkung: Bei n = 298 handelt es sich um eine repräsentative Stichprobe aus allen 1.332 Versicherten mit Auftrag zur Fragestellung.

Meist kein Zusammenhang zwischen mehreren AU-Zeiten

In zwei Dritteln der überprüften Fälle (68 Prozent) bestätigten die Gutachterinnen und Gutachter, dass dieselbe Erkrankung Grund für die Arbeitsunfähigkeit sowie für die Vorerkrankungszeiten der Versicherten war. Dies ging teils aus den vorliegenden medizinischen Unterlagen (z. B. Reha- oder Krankenhausentlassungsberichte) hervor oder nach telefonischem oder schriftlichem Kontakt mit den Behandelnden. Insbesondere bei Erkrankungen der Wirbelsäule bestätigten die Gutachterinnen und Gutachter häufig einen Zusammenhang mehrerer Arbeitsunfähigkeitszeiten. In vielen Fällen bestand ein medizinisch nicht ausgeheiltes Grundleiden, etwa eine Lumboschialgie, latent weiter und verursachte dann nach einem beschwerdearmen oder beschwerdefreien Intervall erneut Krankheitssymptome und führte zu Arbeitsunfähigkeit.

In 14 Prozent der Fälle lag mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Zusammenhang zwischen der Diagnose der aktuellen Arbeitsunfähigkeit und den vorherigen Erkrankungen vor. Aufgrund der medizinischen Unterlagen beurteilten die Gutachterinnen und Gutachter, ob es sich zum Beispiel bei neurologischen oder onkologischen Erkrankungen um ein Rezidiv im Sinne eines nicht ausgeheilten Grundleidens oder um eine neue, eigenständige Krankheit handelte. Bei einer AU nach einer Belastungsreaktion bestand häufig kein ursächlicher Zusammenhang mit einer psychischen Vorerkrankung. Denn eine akute Belastungsreaktion kann oft nicht abschließend auf dieselbe Ursache zurückgeführt werden, wie beispielsweise eine länger andauernde depressive Episode, insbesondere wenn diese bereits länger zurückliegt. Bei Muskel-Skelett-Erkrankungen kam es dagegen vergleichsweise oft vor, dass die AU-Episoden auf den gleichen Grund zurückzuführen waren.

In einem Prozent der Fälle kam eine neue Erkrankung hinzu. In den vier Fällen wurde bestätigt, dass die aktuelle Arbeitsunfähigkeit durch eine neue Erkrankung verursacht wurde, welche für sich allein AU-begründend war. Etwa kam eine psychische Erkrankung zu einer bereits bestehenden orthopädischen Diagnose hinzu, wobei die orthopädische Erkrankung im weiteren Verlauf dann nicht mehr AU-begründend war.

In 17,5 Prozent der Fälle war keine eindeutige sozialmedizinische Stellungnahme möglich. Hier lagen insbesondere AU-Episoden mit Diagnosen aus unterschiedlichen ICD-10-Diagnosekapiteln vor, es fehlten aber gleichzeitig aktuelle medizinische Befunde wie Krankenhausentlassungsberichte, Karteikartenauszüge zu den Vorerkrankungszeiten oder ärztliche Stellungnahmen. Vereinzelt lagen außer dem Auftrag und gegebenenfalls der Diagnoseschlüssel-Liste keine weiteren Unterlagen vor. Zum Beispiel konnte bei einer AU aufgrund eines Gelenkschmerzes bei vorbestehender Hyperurikämie nicht ausschließlich anhand des Leistungsauszeuges der Krankenkasse beurteilt werden, inwieweit hier dieselbe Ursache vorlag oder nicht.

4.4 Zusammenfassung

Ein wesentlicher Anteil der AU-Begutachtungen beschäftigt sich mit Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit, einschließlich Arbeitgeberzweifeln, und deren Dauer. Zusammengekommen entfiel im Jahr 2022 fast die Hälfte der Aufträge auf die Bearbeitung dieser beiden Fragen.

40 Prozent aller Aufträge waren Beurteilungen zur weiteren AU-Dauer. Beauftragte wurde vorrangig die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit von älteren Erwerbstätigen über 55 Jahre mit einer Tätigkeit im Gesundheits- und Sozialsektor oder in der Unternehmensorganisation. Der Frauenanteil lag bei 55 Prozent. Den Schwerpunkt der Beauftragungen bildeten erneut Versicherte mit psychischen Erkrankungen. Der AU-Beginn entfiel mehrheitlich, zu etwa einem Drittel der Fälle, auf einen Montag.

Die Auswertung ergab, dass die Arbeitsunfähigkeit sowie ihr Fortbestand in den meisten Fällen sozialmedizinisch begründet war. Begründete Zweifel wurden nur in Einzelfällen bestätigt. In vier Prozent der Fälle ist die Beendigung der Arbeitsunfähigkeit das Ergebnis. Dies betraf nur vereinzelt Versicherte mit einer psychischen Erkrankung. Mehrheitlich handelte es sich um Versicherte mit Muskel-Skelett-Erkrankungen oder Krankheiten mit unspezifischen Symptomen.

Vier Prozent aller Aufträge entstanden durch Zweifel der Arbeitgeber, die nur in wenigen Fällen bestätigt wurden. Die Auswertung zeigte einen klaren Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Arbeitgeberzweifeln und bestimmten Versicherten. Diese unterschieden sich wesentlich von den anderen begutachteten Personen und auch die AU-attestierten Erkrankungen waren andere: Anhand der Daten war jedoch nicht ersichtlich, inwieweit bestimmte Beschäftigtengruppen, wie in der Produktion tätige junge Männer, bei denen überproportional häufig Arbeitgeber Zweifel an der AU anmeldeten, tatsächlich häufiger unberechtigt ihrer Arbeit fernbleiben. Oder ob nicht eher ein strukturelles, unberechtigtes Misstrauen gegenüber bestimmten Personengruppen oder ganz grundsätzlich in bestimmten Unternehmen und Wirtschaftszweigen besteht.

Die Begutachtung aufgrund von Arbeitgeberzweifeln wird in der Regel schnell und prioritär durchgeführt. Auch erfolgt in diesem Bereich bevorzugt die körperliche Untersuchung und seltener die Anforderung von Unterlagen zur Klärung. In diesem Begutachtungsteilbereich gibt es Potenzial bei allen Beteiligten.

Die Frage, ob dieselbe Erkrankung vorlag oder nicht, wurde in drei Prozent der Fälle von den Krankenkassen gestellt. Begutachtet wurden mehr Männer als Frauen. Die beiden Hauptursachen der begutachteten Arbeitsunfähigkeit waren psychische Erkrankungen (35,7 Prozent) und Muskel-Skelett-Erkrankungen (33,1 Prozent). Deutliche geschlechts-spezifische Unterschiede waren erkennbar. Der Altersschwerpunkt lag bei Versicherten über 50 Jahre. Informationen zur beruflichen Situation der Begutachteten waren nicht regelhaft bekannt, sodass Erkenntnisse zu eventuellen Schwerpunkten bei bestimmten Berufen nicht abzuleiten waren.

In zwei Dritteln der Begutachtungsfälle handelte es sich um dieselbe Erkrankung. In 14 Prozent der Fälle bestand mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kein Zusammenhang zwischen der aktuell AU-auslösenden Diagnose und den genannten Vorerkrankungszeiten. Bei Erkrankungen der Psyche wurde der Zusammenhang seltener bestätigt als bei Muskel-Skelett-Erkrankungen. Bei gut einem Sechstel der Fälle war eine fallabschließende Bearbeitung nicht möglich. In diesen Fällen fehlten aussagekräftige Unterlagen oder Informationen.

Anhand einer Stichprobe wurde ferner untersucht, welche Kombinationen von Diagnosen gehäuft auftraten. Auffällig bei diesem Beauftragungsgrund war, dass es sich um multimorbide Versicherte mit einer Vielzahl bestehender Krankheiten sowie häufigen Vorerkrankungszeiten handelte. Es bestand dabei eine große Vielfalt, sodass eine deskriptive Auswertung auf Basis der begrenzten Stichprobendaten wenig zielführend war. Besondere sozialmedizinische Expertise war für diesen Begutachtungsgrund erforderlich, da besondere Kenntnisse des Leistungsrechts und Anwendung der BSG-Rechtsprechung erforderlich waren.

5 Fazit

Bei den Prüfungen, ob Maßnahmen erforderlich sind, um die Gesundheit und Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zeigt sich, dass bei etwa der Hälfte der Fälle Behandlungen und Therapien empfohlen wurden, um die Gesundheit der Betroffenen zu verbessern und ihnen die Rückkehr ins Erwerbsleben zu ermöglichen. Damit setzt der Medizinische Dienst wichtige Impulse, um die Lebenssituation vieler Menschen zu verbessern. Gleichzeitig stellt sich hier jedoch die Frage nach den strukturellen Ursachen. Warum wurden diese Maßnahmen nicht bereits von den Betroffenen und den an der medizinischen Versorgung Beteiligten in Gang gebracht?

Zum einen kann es sein, dass sich Menschen von Krankmeldungen einen Vorteil in Form des sogenannten sekundären Krankheitsgewinns versprechen. Beispielsweise durch die Reduktion der Anforderungen an die arbeitsvertraglich geschuldeten Tätigkeiten oder wenn Anforderungen im privaten Umfeld (Pflegebedürftigkeit der Eltern, Partnerschaftskonflikte, Betreuungsprobleme der Kinder) steigen. Auch finanziell kann es für Versicherte relevant sein, für einen längeren Zeitraum krankgeschrieben zu werden, um einen verlängerten Leistungsanspruch bei einem anderen Leistungsträger zu erwirken. Wenn jedoch Behandlungen und Therapien unterbleiben, ist zu erwarten, dass sich die Krankheitssituation verschlechtert und die Flucht in die Krankschreibung in vielen Fällen auch zu sozialer Isolation führt.

Eine besondere Verantwortung haben hier die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Bei wiederholten und längeren Krankschreibungen muss systematisch geprüft werden, welche Maßnahmen ergriffen werden können, damit die betreffenden Menschen wieder am Erwerbsleben teilnehmen können. Hier ist in vielen Fällen eine umfangreiche und intensive Kommunikation nicht nur mit den Patientinnen und Patienten, sondern auch mit dem Arbeitgeber, der Familie und der Krankenkasse notwendig. Im engen und dynamischen Praxisbetrieb der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stehen dazu die Ressourcen oft nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung. Der Gesetzgeber sollte daher prüfen, ob den Krankenkassen wieder eine aktivere Rolle im Fallmanagement übertragen werden sollte. Eben diese Möglichkeit wurde den Krankenkassen in den vergangenen Jahren untersagt.

Alternativ wäre auch zu prüfen, ob die Krankschreibung bei Langzeitkranken in die Hände von dafür spezialisierten Ärztinnen und Ärzten gelegt werden könnte, wie etwa in europäischen Nachbarländern. So könnte zudem der Praxisbetrieb entlastet und das Arzt-Patienten-Verhältnis vor etwaigen Konflikten geschützt werden.

Die Prüfungen zur Beurteilung der Leistungspflicht der Krankenversicherung bestätigen die Zweifel an einer Arbeitsunfähigkeit in der Regel nicht. Nur in vier Prozent der Fälle werden Zweifel der Krankenkasse bestätigt und in 0,2 Prozent die Zweifel der Arbeitgeber. Lediglich bei den wenigen Prüfungen von Attesten, in denen eine vermeintlich neu eingetretene Erkrankung die alte AU-begründende Krankheit mit dem Ziel eines verlängerten Krankengeldbezugs ablöst, wird in rund zwei Dritteln der Fälle der Leistungsanspruch verneint. Die Zweifel von Krankenkassen und Arbeitgebern können in der Regel nicht bestätigt werden, weil es nicht möglich ist, im Nachhinein festzustellen, ob jemand tatsächlich krank war, und die Dauer von Rekonvaleszenzen ist objektiv nicht eindeutig bestimmbar. Auch die Wirkung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Erwerbsfähigkeit ist zu einem großen Teil subjektiv interpretierbar und das Ausmaß und die Wirkung von psychischen Erkrankungen objektiv nicht eindeutig feststellbar beziehungsweise prognostizierbar. Aus diesem Grund bestellt der Medizinische Dienst Nordrhein wieder vermehrt Versicherte zur körperlichen Untersuchung ein und wird dies in Zukunft auch noch weiter ausbauen.

Und schließlich ändert auch die gesetzliche Vorgabe, dass Zweifel anzunehmen seien, wenn sich Versicherte häufig freitags oder montags arbeitsunfähig melden, nichts daran, dass es nur eine geringe Bestätigungsquote auf diesem Gebiet gibt. Der Nachweis, dass die Betroffenen doch arbeitsfähig gewesen seien, lässt sich jedenfalls nicht erbringen. In solchen Fällen ist es für Arbeitgeber ratsamer, zur Klärung der Zweifel das Gespräch mit den Krankengeschriebenen zu suchen.

Im operativen Geschäft der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit ist auch eine weitere gesetzliche Vorgabe weitgehend wirkungslos: So sollen Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit begründet sein, wenn Atteste von Ärzten ausgestellt werden, die dafür bekannt sind, dass sie häufig krankschreiben. Wenn der Gesetzgeber vermutet, dass einzelne Ärztinnen und Ärzte systematisch und nicht sachgerecht Versicherte krankschreiben, so ist eine Einzelfallbegutachtung durch den Medizinischen Dienst sicher nicht das geeignete Mittel, dem entgegenzuwirken. An dieser Stelle wäre eine systematische Verordnungsüberprüfung in den Selbstverwaltungsstrukturen von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen das bessere Instrument.

Um die Effektivität und Effizienz des aufwendigen Begutachtungsgeschehens sicherzustellen, ist es wichtig, dass die auftraggebenden Krankenkassen die Aufträge gut vorselektieren und vorbereiten. Dafür wäre es sinnvoll, dass die Krankenkassen gesetz-

lich ermächtigt werden, weitergehende Informationen zu erheben – wenn notwendig durch Kontakt mit den Versicherten – und dem Medizinischen Dienst Nordrhein zur Verfügung zu stellen. Vonseiten der attestierenden Ärztinnen und Ärzte fehlt es nicht selten auch an der Bereitschaft, notwendige Informationen an die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst weiterzugeben. Hierzu zählen zum Beispiel konkrete Angaben zu maßgeblichen Tätigkeiten bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit und aktuelle, weiterhin bestehende, konkret ausformulierte Leistungsminderungen.

Die Begutachtung des Medizinischen Dienstes auf dem Gebiet der Arbeitsunfähigkeit bringt – auch aus volkswirtschaftlicher Sicht – dann einen Nutzen, wenn der Begutachtungsschwerpunkt auf Fällen liegt, die durch geeignete Maßnahmen günstig beeinflusst werden können. Dafür braucht es die Kooperation der Beteiligten, eine gute Informationslage und einen konsistenten gesetzlichen Rahmen.

Impressum

Medizinischer Dienst Nordrhein

Berliner Allee 52
40212 Düsseldorf
Tel.: 0211 1382-0
www.md-nordrhein.de
E-Mail: info@md-nordrhein.de

Verantwortlich

Dr. Klaus-Peter Thiele

Autorin

Dr. Sarah Schröer

Redaktion

Dr. Barbara Marnach
Birgit Corsmeier

Redaktionelle Mitarbeit

Carsten Frowein
Dr. Kerstin Garbrock
Melanie Kolb

Gestaltung

fountain studio, fountainstudio.de

Druck

Druckstudio GmbH
www.druckstudiogruppe.com

