

# Arbeitsunfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung

## *Paid Sick Leave and Statutory Health Insurance*

Elisabeth Nüchtern<sup>1</sup>, Matthias Mohrmann<sup>1</sup>

**Einführung:** Seit 2007 steigen Krankenstand und Krankengeldausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland an. Anlässlich dieser Entwicklung wird das Thema Arbeitsunfähigkeit in der GKV aus sozialmedizinischer Sicht dargestellt. Wie sind die Veränderungen einzuschätzen? Welche Konsequenzen ergeben sich?

**Methode:** Zusammenfassende Darstellung der Definition von Arbeitsunfähigkeit (AU), der Kriterien für das Vorliegen von AU, der Bedeutung von AU für den Patienten und für die Solidargemeinschaft, praktische Hinweise für die AU-Attestierung sowie die Begutachtung der AU.

**Ergebnisse:** Es ist zwischen der Diagnostizierung einer Krankheit und der Feststellung von Arbeitsunfähigkeit zu unterscheiden. Arbeitsunfähigkeit ergibt sich erst beim Vergleich zwischen den Anforderungen am Arbeitsplatz und den Auswirkungen einer Krankheit auf das Leistungsvermögen. Eine medizinisch begründete Krankschreibung entlastet den Patienten. Sie bedeutet aber gleichzeitig, einen Patienten von einem wichtigen Lebensbereich auszuschließen – mit möglichen negativen Folgen für ihn.

**Schlussfolgerung:** Wie jede Therapie kann auch die Verordnung von Arbeitsruhe unerwünschte Wirkungen auslösen. Um diese möglichst gering zu halten, ist die konstruktive Kooperation von behandelnden und begutachtenden Ärzten geboten, damit Menschen mit krankheitsbedingten Beeinträchtigungen soweit wie möglich in den Lebensbereich Arbeit integriert bleiben.

*Schlüsselwörter:* Arbeitsunfähigkeit; Gesetzliche Krankenversicherung (GKV); Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)

**Introduction:** Since 2007, the absenteeism rates and expenditures for paid sick leave in Germany's statutory health insurance (SHI) system have been increasing. In light of this development, the topic of paid sick leave under SHI is discussed from the perspective of social medicine. The critical assessment of these changes and possible consequences are the topics of this paper.

**Methods:** We describe the definition of paid sick leave and the incapacity to work, the criteria for determining the need for paid sick leave, its relevance for patients and society's sense of solidarity, practical information about providing fit notes and assessing the need for paid sick leave.

**Results:** A distinction must be made between diagnosing a disease and determining that a patient should be placed on sick leave. A patient's inability to work cannot be determined until the demands of the workplace are reviewed along with the effects of a disease or condition on someone's ability to work. Medically justified sick leave is a situation which offers relief to patients. Whilst going on sick leave can be necessary, it can also mean removing patients from a key area of their lives, and negative consequences can ensue.

**Discussion:** Like every other kind of treatment, being placed on sick leave can trigger adverse effects. To minimise their impact, a constructive cooperation between physicians treating patients and those providing medical assessments seems to be necessary. This helps to keep respective patients as integrated as possible in their work lives.

*Keywords:* Paid Sick Leave; Statutory Health Insurance; Medical Advisory Board of Statutory Health Insurance

<sup>1</sup> Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg, Lahr im Schwarzwald  
Peer reviewed article eingereicht: 05.12.2011, akzeptiert: 08.03.2012  
DOI 10.3238/zfa.2012.0162-0169

„Können Sie mich bitte krankschreiben?“ Wie oft wird ein Arzt das täglich gefragt! Seit 2007 wird die Frage jedes Jahr wieder häufiger mit „Ja“ beantwortet. Der Krankenstand sozialversicherungspflichtig Beschäftigter lag bundesweit im Jahr 2007 auf einem historischen Tiefstand von 3,2% [1]. Seither steigt er wieder kontinuierlich an (Abb.1). Die Krankengeldausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kletterten von 5,7 Mrd. Euro im Jahr 2006 auf 7,8 Mrd. Euro im Jahr 2010. Anlässlich dieser aktuellen Veränderungen gibt der Beitrag einen Überblick zum Thema Arbeitsunfähigkeit (AU) in der GKV.

## Methoden

Übersicht über die Bedeutung von AU in der GKV anhand

1. der Definition von AU,
2. der Kriterien für das Vorliegen von AU,
3. der Darstellung der Bedeutung von AU für den Patienten,
4. der Darstellung der Bedeutung von AU für die Solidargemeinschaft,
5. praktischer Hinweise für die AU-Attestierung sowie
6. der Begutachtung der AU.

## 1. Definition von Arbeitsunfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung

AU liegt nach den maßgeblichen AU-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses [2] dann vor, wenn ein Versicherter

- aufgrund von Krankheit
- seine ausgeübte Erwerbstätigkeit
- nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausführen kann.

AU liegt auch vor, wenn aufgrund eines Krankheitszustandes, der für sich alleine noch keine Arbeitsunfähigkeit bedingt, absehbar ist, dass bei Ausübung der Tätigkeit AU unmittelbar hervorgerufen würde. AU besteht auch während einer stufenweisen Wiedereingliederung nach einer schweren Erkrankung mit schrittweiser Heranführung an die volle Ar-

beitsbelastung – solange, bis wieder die volle Arbeitsleistung erbracht werden kann.

Bei arbeitslosen Patienten sind nicht die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten der Maßstab, sondern Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts in dem zeitlichen Umfang, in dem der Versicherte dem Arbeitsamt zur Vermittlung zur Verfügung steht. Bezugspunkt für die AU von Versicherten, deren Arbeitsverhältnis während der AU endete, sind dagegen die letzte oder ihr vergleichbare Tätigkeiten. Arbeitsunfähig können auch Rentner sein, die eine Erwerbstätigkeit ausüben. Wird einem Patienten während der AU eine Teilerwerbsminderungsrente zuerkannt, besteht weiterhin AU, bezogen auf die letzte Tätigkeit; das Krankengeld wird um die Rentenleistungen gekürzt.

## 2. Kriterien für das Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit

Die Definition von AU in der GKV setzt

- Krankheit und
- aus der Krankheit resultierende Auswirkungen auf die bei der Arbeit benötigten Fähigkeiten voraus.

Krankheit definierte die Rechtsprechung so: „Unter Krankheit ist ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand zu verstehen, der ärztlicher Behandlung bedarf und/oder AU zur Folge hat“ [3]. Nur wenn eine Krankheit die Ausübung der arbeitsvertraglich geschuldeten Tätigkeit verhindert, bedingt sie AU. Die Feststellung von AU ist das Ergebnis eines Vergleichs der krankheitsbedingten Leistungsminderung mit den Anforderungen am Arbeitsplatz. Dabei gilt in der GKV ein „Alles-oder-Nichts-Prinzip“. AU liegt schon vor, sobald ein Teil der arbeitsvertraglich geschuldeten Leistung nicht erbracht werden kann – anders als in der privaten Krankenversicherung (PKV). Dort ist Arbeitsunfähigkeit in den Musterbedingungen für die Krankentagegeldversicherung so definiert, dass „die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht“ [4].

## Abgrenzungen

Arbeitsverhinderungen im Zusammenhang mit Gesundheitsstörungen, jedoch ohne eigene Krankheit, beispielsweise wegen

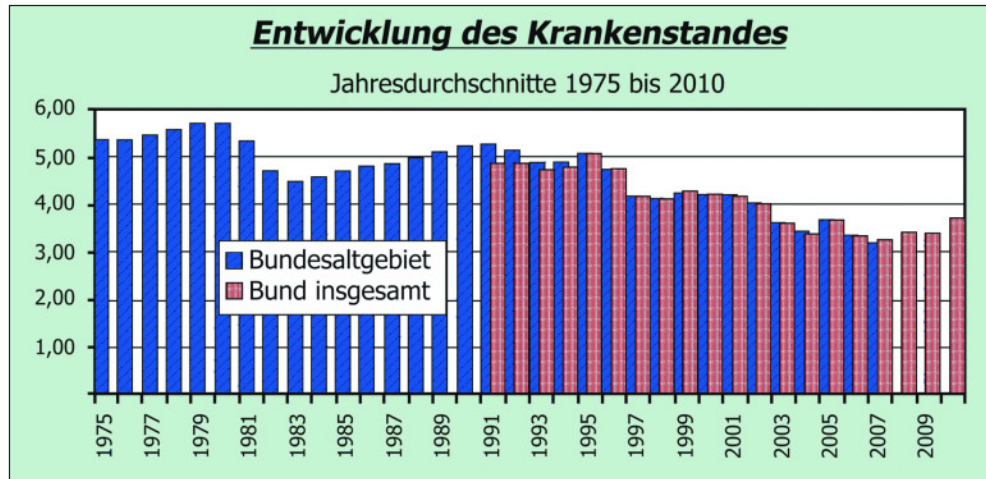
- Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege eines erkrankten Kindes,
- Inanspruchnahme diagnostischer, therapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen,
- Beschäftigungsverbots nach dem Infektionsschutz- oder dem Mutterschutzgesetz,
- Organspende eines Organ spenders (hier trägt die Krankenkasse des Organempfängers, nicht des Organ spenders die Kosten der Arbeitsverhinderung),
- Operationen ohne krankheitsbedingten Hintergrund,
- nicht krankheitsbedingter Sterilisation

erfüllen nicht die Definition von AU.

## 3. Bedeutung der Arbeitsunfähigkeit für Patienten

Gesundheit und Krankheit können als biopsychosoziales Phänomen beschrieben werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit der Internationalen Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, der ICF [5], ein Instrument zur Beschreibung der Auswirkungen einer Gesundheitsstörung auf Körperfunktionen und -strukturen, auf das Handeln eines Menschen (Aktivitäten) und auf die Teilhabe an Lebensbereichen (Partizipation) sowie zur Beschreibung der Einflussfaktoren auf „Funktionsfähigkeit“ und Behinderung zur Verfügung gestellt (Abb.2).

AU ist in dieser Perspektive eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Lebensbereich Beschäftigung, die AU-Attestierung eine temporäre Exklusion aus dem Lebensbereich der erwerbsmäßigen Beschäftigung. Im Verständnis der ICF stehen die verschiedenen Krankheitsauswirkungen und die Kontextfaktoren in wechselseitiger Beziehung. So betrachtet, wirkt AU – wie jede Beeinträchtigung der Teilhabe – auf Funktions- und Strukturschädigungen zurück und kann diese günstig oder ungünstig beeinflussen. AU kann außer-



**Abbildung 1** Entwicklung des Krankenstandes in der gesetzlichen Krankenversicherung in den Jahren 1975 bis 2010 auf der Grundlage der Stichtagserhebungen an jedem Monatsersten in Prozent der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten, bis 1990 Bundesgebiet alt, ab 1991 Bund insgesamt (erstellt nach der Darstellung des Bundesministeriums für Gesundheit (<http://www.gbe-bund.de>)).

dem positiv oder negativ durch Umwelt- wie durch persönliche Faktoren [6] beeinflusst werden.

Die zwei Seiten von Arbeitsunfähigkeit

Entlastung von belastender Arbeit kann fraglos geboten sein – etwa bei schweren Traumata, Myokardinfarkt, einem Hirninfarkt oder einer schweren psychischen Erkrankung. Sie kann sich aber auch negativ auswirken [7]: Wie viele Patienten mit Rückenschmerzen erlebten früher die Empfehlung rückenschonenden Verhaltens und die Krankschreibung als Beleg für die Schwere ihrer Erkrankung, ehe sich dieses Therapieregime als ungünstig erwies und ein aktivierendes Vorgehen zur Leitlinie wurde [8]. Das Erleben und Bewerten von Krankheitssymptomen wird durch Krankschreibung geprägt, und diese kann die Krankheitsbewältigung erschweren [9]. Wenn eine Entlastung, beispielsweise von Arbeitsplatzproblemen, durch AU-Attestierung möglich ist, kann sich ein Vermeidungsverhalten anstelle notwendiger Problemlösungen entwickeln. „...eine AU-Bescheinigung (kann) zu einer Aufrechterhaltung, Verschlimmerung und Chronifizierung beitragen – wegen Unterstützung des Vermeidungsverhaltens“ [10]. Längerfristige AU kann in vorzeitige Abhängigkeit von Sozialleistungen (Arbeitslosigkeit, Erwerbsminderungsrente) führen. Die Attestierung von Arbeitsruhe ist daher ein verantwortungsvoller Akt. Er hat wie jede therapeutische Maßnahme Wirkungen und Nebenwirkungen.

#### 4. Bedeutung der Arbeitsunfähigkeit für die Solidargemeinschaft

Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeit

2010 wurden 33,6 Mio. Arbeitsunfähigkeitsfälle und 440 Mio. AU-Tage registriert, die durchschnittliche AU-Dauer betrug 13,1 Tage, der Krankenstand 3,7% [11]. Der Krankenstand gibt den Prozentsatz von arbeitsunfähig erkrankten Beschäftigten an. Er ist das Ergebnis der Anzahl von Arbeitsunfähigkeitsfällen und ihrer Dauer.

Die häufigsten Diagnosen

Tabelle 1 stellt die Verteilung der häufigsten Diagnosen, bezogen auf AU-Fälle (hier dominieren kurzdauernde Arbeitsunfähigkeiten) und AU-Tage bei AOK-Versicherten gegenüber. Die meisten kurzfristigen AU-Fälle sind durch Atemwegserkrankungen bedingt, die meisten AU-Tage durch muskuloskeletale Erkrankungen. Jedoch steigt in den letzten Jahren der Anteil psychischer Erkrankungen stetig und stark an. Nach dem Gesundheitsreport 2011 der Techniker-Krankenkasse führten „bei weiblichen Erwerbspersonen ... 2010 „Psychische Störungen“ zu den meisten gemeldeten Erkrankungstagen“ [12].

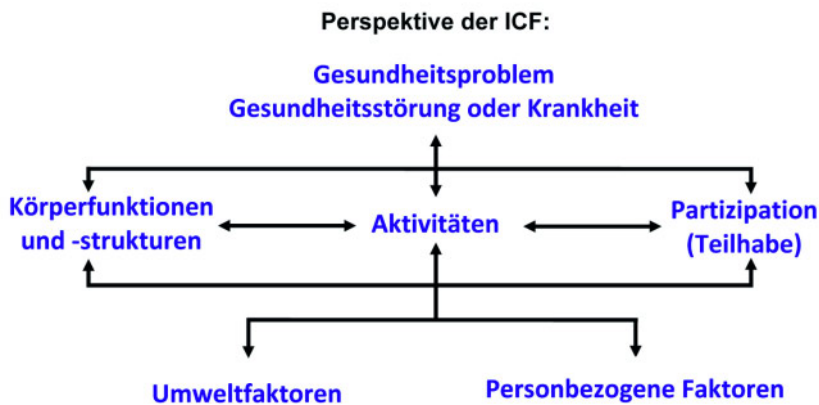
Für die Interpretation dieses anhaltenden Trends bieten sich einerseits Veränderungen im Morbiditätsspektrum als Erklärung an. Die Veränderungen in der Arbeitswelt mit abnehmenden körperlichen Belastungen, jedoch steigenden mentalen und kommunikativen Anforderungen können dafür verantwortlich

gemacht werden, dass sich psychische Störungen in einem höheren Anteil als in vergangenen Jahren leistungseinschränkend am Arbeitsplatz bemerkbar machen. Denkbar ist neben einer Zunahme der Prävalenz psychischer Erkrankungen auch, dass vor dem Hintergrund der gestiegenen Akzeptanz und Wahrnehmung psychischer Erkrankungen diese offener bei der AU-Attestierung genannt werden.

Wer trägt die Kosten der Arbeitsunfähigkeit?

Die Folgen krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit trägt in Deutschland in erster Linie der Arbeitgeber im Rahmen der Entgeltfortzahlung. Im Jahr 2008 waren unter den 32,5 Mio. Arbeitsunfähigkeitsfällen nur insgesamt 1,5 Mio. Krankengeldfälle enthalten [13]. Über 95% der AU-Fälle wurden also von den Arbeitgebern getragen. Bezogen auf die AU-Tage, entfallen gut 70% der AU-Tage auf die Zeit der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber, knapp 30% auf die GKV. Dieser entstanden 2010 Krankengeldausgaben in Höhe von 7,8 Mrd. Euro und damit ca. 4,5% ihrer Ausgaben.

Am Beispiel der Versicherten der Betriebskrankenkassen erläutert das Robert-Koch-Institut: „...die meisten Arbeitsunfähigkeitsfälle (59 Prozent) (enden) nach spätestens einer Woche. Durch diese kurzzeitigen Erkrankungen werden nur 16 Prozent der Krankheitstage verursacht, während auf der anderen Seite durch Langzeiterkrankungen mit über sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit (nur 4 Prozent aller Fälle) gut 39 Prozent



**Abbildung 2** Wechselwirkungen zwischen einem Gesundheitsproblem, seinen Manifestationen und den äußeren und inneren Einflussfaktoren in der Perspektive der ICF (erstellt nach der Darstellung in: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg.): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2005, S.21).

der Arbeitsunfähigkeitstage entstehen“ [14]. Steigt die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit an, so verschiebt sich daher das Verhältnis zu Lasten der Krankenkassen, da dann der Anteil der Entgeltfortzahlung insgesamt relativ schwächer ins Gewicht fällt.

Was beeinflusst den Krankenstand?

Arbeitsunfähigkeit ist ein facettenreiches Phänomen. Auf den Krankenstand wirken sich vielfältige Einflussgrößen aus. AU bezieht sich definitionsgemäß auf ein Missverhältnis zwischen Arbeitsanforderungen und krankheitsbedingter Leistungseinschränkung. Sowohl die Anforderungen bei der Arbeit wie Morbiditätsveränderungen können sich auf die AU-Quote auswirken. Tatsächlich differiert der Krankenstand zwischen Branchen und Professionen [15]. Den Einfluss höherer Krankheitslast illustriert die Abhängigkeit des Krankenstands vom Alter. Daneben wird der Krankenstand von weiteren Kontextfaktoren beeinflusst [16]. Denn auch wenn AU ärztlich attestiert wird, geht die Initiative zur Krankschreibung meist vom Patienten aus.

Unter den Einflussfaktoren seien beispielhaft genannt (Tab. 2):

- als externer Faktor die Absicherung im Krankheitsfall: Die Sicherheit des Arbeitsplatzes spielt eine Rolle (Krankenstands- und Arbeitslosenquoten verlaufen im chronologischen Längs-

schnitt spiegelbildlich), die Regelung des Entgeltsatzes (Höhe des Krankengelds, Karenztageregelung), aber auch die Einstellung anderer zur Inanspruchnahme von Lohnersatzleistungen wegen Krankheit;

- als interne Einflussgröße die Arbeitsmotivation: Sie wird neben Grundeinstellungen und biografischen Prägungen in hohem Maß durch die innere Verbundenheit mit der Arbeit (Commitment) bestimmt. Diese wiederum kann sich gründen auf das Gefühl, mit der Arbeit etwas Sinnvolles zu leisten, aber auch auf die mit der Arbeit verbundenen Interaktionen mit Kollegen, Kunden, Vorgesetzten, das Arbeitsentgelt oder andere Faktoren, etwa das Image der Tätigkeit.

## 5. Praktische Hinweise für die Attestierung von Arbeitsunfähigkeit

### Rechtliche Rahmenbedingungen

Die AU-Bescheinigung stellt als ärztliches Attest eine gutachtliche Äußerung dar. Der behandelnde Arzt steht damit in der Verantwortung nicht nur gegenüber dem einzelnen Patienten, sondern auch gegenüber dem Leistungsträger. Falschaussagen sind nach § 278 StGB strafbar. Für die Beziehungen zwischen den Beteiligten gelten bei Arbeitsunfähigkeit die folgenden Bestimmungen.

### Beziehung Arbeitgeber – Arbeitnehmer

- Eine „Krankmeldung“ erfolgt am ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitnehmer gegenüber dem Arbeitgeber.
- Eine ärztliche Bescheinigung ist spätestens erforderlich ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von drei Tagen. In Deutschland können nur Ärzte AU attestieren.
- Die Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber beträgt nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz max. sechs Wochen jährlich wegen derselben Krankheit.
- Ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung entsteht ab einer vierwöchigen, ununterbrochenen Dauer des Arbeitsverhältnisses.
- Der Arbeitgeber kann bei gesetzlich versicherten Mitarbeitern ohne Angabe von Gründen eine Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit von der Krankenkasse fordern. Diese beauftragt dann den MDK, zu prüfen, ob AU vorliegt, gegebenenfalls auch, ob die AU durch dieselbe Krankheit verursacht ist wie eine vorhergehende AU. Das Ergebnis teilt sie, solange ein Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts besteht, dem Arbeitgeber mit, wenn es nicht mit der Bescheinigung des Vertragsarztes übereinstimmt. Darüber hinaus gehende Angaben zum Gesundheitszustand des Arbeitnehmers erhält der Arbeitgeber weder vom MDK noch von der Krankenkasse oder dem behandelnden Arzt.

### Beziehung Arzt – Patient

- Die Attestierung von AU darf nur aufgrund ärztlicher Untersuchung erfolgen. Eine Rückdatierung ist nur im Ausnahmefall und max. für zwei Kalendertage möglich.
- Eine AU-Bescheinigung setzt die Befragung des Versicherten durch den Arzt zur aktuell ausgeübten Tätigkeit und den damit verbundenen Anforderungen und Belastungen voraus. Sie ist das Ergebnis einer Abwägung der Folgen der vorliegenden Erkrankung für die Erwerbstätigkeit des Patienten.
- Der Arzt beurteilt außerdem, ob für die Leistungsminderung ein anderer Leistungsträger als die Krankenkasse in Frage kommt (beispielsweise die ge-



ICD 10	AU-Tage in Prozent	AU-Fälle in Prozent
Alle Diagnosen	100,0	100,0
A00-T98 Alle Krankheiten und Folgen äußerer Ursachen	97,0	97,8
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	3,9	8,5
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	9,3	4,7
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	6,6	4,2
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	12,0	22,1
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	5,8	10,5
M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	24,2	17,4
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind	5,7	8,0
S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	12,9	9,3
Jeweilige Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage als Anteil aller Fälle bzw. Tage bei erwerbstätigen AOK-Mitgliedern im Jahr 2010. Die Tabelle bezieht sich auf beide Geschlechter und Wirtschaftszweige insgesamt. Ausgewählt wurden hier nur diejenigen Diagnosegruppen, die mindestens fünf Prozent der AU-Fälle oder der AU-Tage ausmachen. Die Tabelle wurde unter <a href="http://www.gbe-bund.de">www.gbe-bund.de</a> erstellt am 27.10.2011.		

**Tabelle 1** Häufige Diagnosegruppen nach ICD 10 bei AU (Auswahl).

Umweltfaktoren
Arbeit: Art der Arbeit, Organisation der Arbeit, Arbeitsweg
Arbeitsplatz: Einstellung, Unterstützung und Beziehungen von Vorgesetzten, Kollegen, Kunden zum Mitarbeiter
Absicherung im Krankheitsfall: Gesetzgebung, vertragliche Regelungen, Konjunktur
Gesundheitswesen: Ärztliches Ordnungsverhalten
Gesellschaft: Soziokulturelle Einflüsse, Einstellung gegenüber unberechtigter Inanspruchnahme von Sozialleistungen, soziale Kontrolle
Persönliches Umfeld: Unterstützung und Einstellungen von Familie, Freunden, Nachbarschaft
Persönliche Faktoren
Alter, Geschlecht
Konstitution, Persönlichkeit
Einstellung zur Arbeit, zu Gesundheit und Krankheit, Lebens- und Arbeitszufriedenheit
Grundkompetenzen wie Sozial- und Selbstkompetenz
Bildungsstand, Qualifikation, soziokultureller Status
Beschäftigung bzw. Arbeitslosigkeit

**Tabelle 2** Einflussfaktoren auf den Krankenstand – Beispiele.

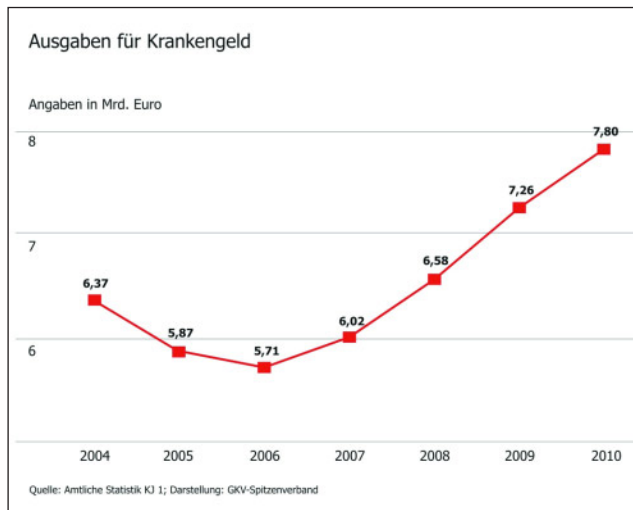
gesetzliche Unfallversicherung bei Vorliegen einer Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalls) und vermerkt dies auf der AU-Bescheinigung.

#### Beziehung Versicherter – gesetzliche Krankenkasse

- Bei AU über die Anspruchshöchstdauer der Entgeltfortzahlung des Arbeitgebers hinaus besteht Anspruch auf Krankengeld der gesetzlichen Krankenkasse. AU begründet auch ein Fortbestehen der Mitgliedschaft in der Krankenkasse.
- Krankengeld setzt eine ärztliche Bescheinigung der AU voraus. Darauf basierend stellt die Krankenkasse AU fest.
- Ein Auslandsaufenthalt nach Eintritt der AU führt zum Ruhen des Krankengeldanspruchs, es sei denn, die Krankenkasse stimmt dem Auslandsaufenthalt zu. Der behandelnde Arzt oder der MDK können in diesem Zusammenhang gefragt werden, inwieweit Reise und Auslandsaufenthalt zu abträglichen gesundheitlichen Folgen oder zu einer Therapieunterbrechung führen können, die eine Gesundung hinauszögern können.
- Die Dauer des Krankengelds beträgt innerhalb eines Dreijahreszeitraums längstens 78 Wochen wegen derselben Erkrankung. Dabei wird die Zeit der Entgeltfortzahlung angerechnet. Ein erneuter Anspruch entsteht nur, wenn für mindestens sechs Monate keine AU wegen derselben Krankheit bestand und eine Erwerbstätigkeit ausgeübt wurde oder der Versicherte der Arbeitsvermittlung zur Verfügung stand.
- Die Höhe des Krankengelds beträgt derzeit 70% des erzielten regelmäßigen Arbeitsentgelts, max. 90% des Nettoarbeitsentgelts und nicht mehr als 89,25 Euro je Kalendertag.

#### Beziehung Arzt – gesetzliche Krankenkasse

- Für die vertragsärztliche AU-Attestierung gelten die AU-Richtlinien.
- Der Vertragsarzt teilt der Krankenkasse in der Regel innerhalb von drei Werktagen weitere Informationen auf den vereinbarten Vordrucken mit. In begründeten Fällen sind auch weitergehende Anfragen der Krankenkasse möglich.



**Abbildung 3** Ausgaben der GKV für Krankengeld in Mrd. Euro von 2004 bis 2010 (Darstellung des GKV-Spitzenverbands, Quelle: Amtliche Statistik KJ 1).

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

## 6. Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit

Die Krankenkasse ist in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen. Nach § 275 Abs.1 SGB V ist sie bei AU verpflichtet, den MDK einzuschalten

- nach Ziff.3.a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit,
- nach Ziff. 3.b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit. Als Anlass hierfür nennt der Gesetzgeber (Abs.1a) versichertenseitige sowie arztseitige Auffälligkeiten.

Der ärztliche Gutachter des MDK nimmt Stellung zu den Fragekomplexen:

- Liegt Arbeitsunfähigkeit im Sinne der GKV tatsächlich vor?
- Wie kann die Rückkehr an den Arbeitsplatz unterstützt werden?
- Sind die medizinischen Voraussetzungen für Krankengeldleistungen der Krankenkasse gegeben oder ergeben sich Hinweise auf die Zuständigkeit anderer Leistungsträger?

- Beruht die Arbeitsunfähigkeit möglicherweise auf einem Arbeitsunfall, einer Berufskrankheit oder einem durch Dritte verursachten Gesundheitsschaden? Dann kann die Krankenkasse Erstattungsansprüche geltend machen.
- Sind Rehabilitationsleistungen angezeigt? Ist die Erwerbsfähigkeit auf Dauer gemindert? In diesen Fällen kann der Patient nach § 51 Abs.1 SGB V verpflichtend zur Reha-Antragstellung innerhalb von zehn Wochen aufgefordert werden. Stellt er den Antrag nicht, entfällt sein Krankengeldanspruch.
- Liegt dieselbe Krankheit vor und hat daher der Arbeitgeber seine Verpflichtung zur Entgeltfortzahlung bereits erfüllt?

Der Gutachter ist bei der Erfüllung dieser medizinischen Aufgabe nur seinem ärztlichen Gewissen unterworfen. Er darf nicht in die ärztliche Behandlung eingreifen.

### Begutachtungsmanagement

Die Auswahl begutachtungsbedürftiger Patienten durch die Krankenkasse und das Begutachtungsmanagement des MDK zielen darauf, aus den Millionen AU-Fällen jährlich diejenigen auszuwählen, bei denen sich die genannten Fragen stellen und diese mit vertretbarem Aufwand und zum richtigen Zeitpunkt zu beantworten. Zweifeln an der AU soll möglichst frühzeitig nachgegangen werden. Zur Rehabilitationsindikation oder zur Frage eines aufgehobenen Leistungsvermögens kann dagegen erst Stellung

genommen werden, wenn durchgeführte Diagnostik und Therapie eine ausreichend fundierte Prognose gestatten.

### Informationen für den MDK

Der MDK benötigt für seine Stellungnahmen die relevanten Informationen zur vorliegenden Krankheit und ihren Manifestationen. Diese können durch eine Begutachtung des Patienten gewonnen werden. Für Versicherte besteht diesbezüglich eine Mitwirkungspflicht – allerdings nur, soweit die Informationen nicht mit geringerem Aufwand beschafft werden können.

Vor dem Hintergrund des Prinzips der Verhältnismäßigkeit und der gesetzlichen Auskunftsrechte des MDK hat die Einholung von Auskünften bei den behandelnden Ärzten Vorrang. Sie wird nur gezielt eingesetzt, um keinen unnötigen bürokratischen Aufwand auszulösen. Die Auskünfte an den MDK stellen weder einen Bruch der ärztlichen Schweigepflicht noch eine Datenschutzverletzung dar: Nach § 276 Abs.2, S.1 besteht vielmehr eine Verpflichtung, „Sozialdaten auf Anforderung des Medizinischen Dienstes ...an diesen zu übermitteln, soweit dies für die gutachtliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist“. Dieses Auskunftsrecht auf Mitteilung der erforderlichen medizinischen Befunde hat nur der MDK selbst, nicht die Krankenkasse.

Eine konstruktive Kooperation zwischen behandelnden und begutachtenden Ärzten bei der Informationsübermittlung lässt unnötige Untersuchungen vermeiden und ermöglicht MDK-Stellungnahmen nach Aktenlage in einer Vielzahl von Fällen. Dies liegt letztlich im Interesse der Mehrheit der Versicherten wie der ärztlichen Kollegen.

### Leistungsmissbrauch entgegenwirken und Rückkehr zur Arbeit unterstützen

Die rechtzeitige Identifikation unge-rechtfertigter Krankmeldung und die sozialmedizinische Empfehlung von Maßnahmen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz nützen dem einzelnen – und dienen der weiteren Finanzierbarkeit der Leistungen der GKV.

Wo Medizinische Dienste Patienten, an deren AU Zweifel bestehen, gezielt nach strukturierter Vorauswahl untersu-

**Dr. med. Elisabeth Nüchtern ...**

... ist Sozialmedizinerin und leitet im Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg den Fachbereich Allgemeine Sozialmedizin, zu dem die Fachreferate Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation/Heilmittel/Hilfsmittel, Arzneimittel, Methoden und Behandlungsfehler gehören.

chen, zeigt sich, dass etwa 50% der Eingeladenen nicht erscheinen und etwa 50% der Erschienenen nicht weiter arbeitsunfähig sind [17] – eine beträchtliche Größenordnung.

Welche Rehabilitationsleistungen können Arbeitsfähigkeit wiederherstellen, wenn diese nicht im Spontanverlauf zu erwarten ist?

- Am Ende einer AU wegen schwerer Erkrankung kann durch eine stufenweise Wiedereingliederung die Arbeitswiederaufnahme erleichtert werden.
- Durch medizinische Rehabilitationsleistungen des zuständigen Rehabilitationsträgers kann eine Restitution oder Kompensation von Krankheitsauswirkungen erreicht werden.
- Ist eine nicht nur vorübergehende Diskrepanz zwischen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und den Anforderungen am Arbeitsplatz festzustellen, kommen Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die hierfür verantwortlichen Träger in Frage. Sie reichen von einfachen Erleichterungen am Arbeitsplatz bis hin zur beruflichen Neuorientierung.
- Belastungserprobung und Arbeitstherapie kann die Krankenkasse nach § 42 SGB V erbringen, wenn diese kein anderer Sozialversicherungsträger erbringen kann.

Die GKV ist nur ein nachrangiger Rehabilitationsträger – angesichts der Vielzahl der Rehabilitationsträger kommen die Regelungen des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB IX) zur Koordinierung der Leistungen, zum Zusammenwirken der Rehabilitationsträger und die verschiedenen Gemeinsamen Empfehlungen nach dem SGB IX zum Tragen.

### Qualitätssicherung der AU-Begutachtung

Für die AU-Attestierung in der GKV setzen die AU-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses Standards.

Analog gelten auch für die Begutachtung der AU Standards: Die Anleitung zur sozialmedizinischen Beratung und Begutachtung bei AU wurde als Richtlinie nach § 282 Abs. 3 SGB V am 22. Dezember 2011 in neuer Fassung beschlossen [18]. Darauf basierend werden im MDK Begutachtungspfade für bestimmte Konstellationen entwickelt. Zur internen Qualitätssicherung sind im MDK Verfahren der kontinuierlichen Qualitätsprüfung mittels regelmäßiger Stichprobenziehungen etabliert. Auch das Widerspruchs- und Beschwerdemanagement dient der Qualitätssicherung. Das Ergebnis des MDK-Gutachtens ist grundsätzlich verbindlich. Der behandelnde Arzt kann jedoch begründeten Einspruch gegen die MDK-Beurteilung einlegen. Bleibt der Erstgutachter bei seinem Votum, erfolgt eine Zweitbegutachtung durch einen anderen Arzt des MDK.

### Konstruktive Kooperation

In der Kompetenz des behandelnden Arztes liegt die Verantwortung für die primäre Bewertung der Folgen der vorliegenden Erkrankung. Das Erleben und Bewerten des Patienten wird wesentlich mitbestimmt durch die ärztliche Deutung der Symptome. Durch Mitteilung der relevanten Befunde an den MDK – nur diese benötigt der MDK – können effiziente Abläufe erreicht werden.

Gestützt auf die Auskünfte des behandelnden Arztes wirkt der MDK, wo dies nötig ist, gezielt Leistungsmissbrauch entgegen und unterstützt die Rückkehr zur Arbeit. Voraussetzung dafür ist die Beauftragung durch die Krankenkasse zum richtigen Zeitpunkt.

Gutachter anderer Sozialleistungsträger tragen an den Berührungsfeldern der Sozialleistungen zur sozialmedizinischen Sachaufklärung bei. Betriebsärzte können AU präventiv verhindern. Arbeitgeber sind bei AU über sechs Wo-

chen oder wiederholten AU-Zeiten innerhalb eines Jahres nach § 84 Abs. 2 SGB IX zu einem Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) verpflichtet. Dabei wird geklärt, wie erneuter AU vorgebeugt werden kann.

Viele Akteure sind im Kontext von AU gefordert – eine konstruktive Kooperation der verschiedenen Akteure ist im Interesse von Patienten und Versicherungsgemeinschaft geboten [19].

### Ausblick

AU stellt ein vielschichtiges Geschehen von nicht zu unterschätzender Bedeutung dar

- für den einzelnen Patienten, auf dessen Gesundheit sie sich positiv oder negativ auswirken kann,
- für den behandelnden Arzt, der beides im Blick hat,
- und für die Solidargemeinschaft, die über Entgeltfortzahlung und Krankengeldleistungen die Kosten der AU trägt.

**Danksagung:** Wir danken Dres. R. Freudenstein, P. Klose, S. Neumaier und M. Wellmer für wertvolle Anregungen, Kommentare und Hinweise.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben

*Wo dies die Lesbarkeit erhöht, werden grammatikalisch männliche Formen gebraucht. Die Aussagen gelten gleichermaßen für Männer und Frauen.*

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Elisabeth Nüchtern, M.A.  
MDK Baden-Württemberg  
Ahornweg 2  
77933 Lahr im Schwarzwald  
E-Mail: elisabeth.nuechtern@mdkbw.de

## Literatur

1. Bundesministerium für Gesundheit. KM 1-Statistik, [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=59756383&nummer=640&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=89812144](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=59756383&nummer=640&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=89812144)
2. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinien über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien) nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V, zuletzt geändert am 19. September 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 241: S. 7356, in Kraft getreten am 23. Dezember 2006
3. BSG-Urteil vom 10.05.2005, B 1 KR 28/04 R
4. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Musterbedingungen 2009 für die Krankentagegeldversicherung, § 1 Abs.3. [http://www.pkv.de/recht/musterbedingungen/krankentagegeldversicherung\\_mb\\_kt\\_2009\\_pdf.pdf](http://www.pkv.de/recht/musterbedingungen/krankentagegeldversicherung_mb_kt_2009_pdf.pdf)
5. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Genf: World Health Organization, 2001; deutsche Fassung: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI (Hrsg.) Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, ICF. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2005.
6. Grotkamp S, Cibis W, Behrens J, et al. Personbezogene Faktoren der ICF – Entwurf der AG ICF des Fachbereichs II der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMPP). Gesundheitswesen 2010; 72: 908–916
7. Verbeek JH. How Can Doctors Help Their Patients to Return to Work? PLoS Med 2006; 3(3): e88. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1420379/?tool=pubmed>
8. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz. <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de>
9. Linden M, Weidner C. Arbeitsunfähigkeit bei psychischen Störungen. Der Nervenarzt 2005; 76: 1421–1431
10. Muschalla B, Linden M. Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. Teil 1: Definition, Epidemiologie, Kontextbedingungen und Leistungsbeurteilung. Nervenarzt 2011; 7: 917–931
11. Bundesministerium für Gesundheit. KG 2-Statistik. [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=i&p\\_aid=79603602&nummer=267&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=81786767](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=79603602&nummer=267&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=81786767)
12. Techniker-Krankenkasse. Gesundheitsreport 2011. <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/281898/Datetei/6489/Gesundheitsreport-2011.pdf>
13. Busch K. Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV. In: Badura B, Schröder H, Klose J, Macco K. Fehlzeiten-Report 2010. Berlin, Heidelberg: Springer, 2010: 432–440
14. Zoike E. Daten der gesetzlichen Krankenkassen in der Gesundheitsberichterstattung: Aussagemöglichkeiten und Grenzen. In: Robert-Koch-Institut. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. Berlin: 2002: 27–35
15. Kordt M. Deutsche Angestellten-Krankenkasse DAK – Unternehmen Leben: Gesundheitsreport 2011. Arbeitsunfähigkeit nach Wirtschaftsgruppen; 107–110. Arbeitsunfähigkeit nach Bundesländern; 111–119.
16. Cornelius LR, van der Klink JJ, Groothoff JW, Brouwer S. Prognostic Factors of Long Term Disability Due to Mental Disorders: A Systematic Review. J Occup Rehabil 2011; 21: 259–274
17. Jonke J, Knoblich S, Rieger M, Heine U. Wandel der Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit im Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe. Teil 1: Symptombezogene Befragung mit Untersuchung als frühzeitiges Interventionsinstrument bei der Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit („Fast-Track“-Begutachtung). Med Sach 2007; 103: 165–169
18. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes nach § 282, Abs. 2, Satz 3 SGB V – Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit. Stand: 12. Dezember 2011. [http://www.mds-ev.de/media/pdf/BGA-AU\\_2011-12-12.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/BGA-AU_2011-12-12.pdf)
19. Van Treeck B, Grotkamp S. Wann ist ein Patient arbeitsunfähig? Neurotransmitter 2008; 10: 13–17

Alle Internetquellen zuletzt aufgerufen am 14.02.2012