

Ein Fall für den Medizinischen Dienst

WER KRANK IST und im Arbeitsleben steht, für den gelten unterschiedliche rechtliche Vorgaben. Geht es um Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation und Hilfsmittel, kommt oft der Medizinische Dienst ins Spiel. ◀ Ist jemand gesundheitlich so eingeschränkt, dass er nicht arbeiten kann, wird er in der Regel krankgeschrieben. Der »gelbe Schein«, der den Patienten ausgehändigt wird, oder das elektronische Attest, das die Arztpraxis an die Krankenkasse übermittelt, ist Voraussetzung für Entgeltfortzahlung oder den Bezug von Krankengeld.

Die Krankenkassen können den Medizinischen Dienst beauftragen, die Arbeitsunfähigkeit eines Versicherten zu überprüfen. In bestimmten Fällen sind sie dazu gesetzlich verpflichtet.

»Die Fragen, die zum Thema Arbeitsunfähigkeit (AU) an die Medizinischen Dienste herangetragen werden, sind im SGB v geregelt. Wann immer es gewünscht ist, unterstützen die Medizinischen Dienste die Krankenkassen mit ihrer fachlichen Expertise«, sagt Dipl. Med. Sibylla Merian, Expertin für Arbeitsunfähigkeit beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt. »In welchen Fällen die Kassen eine Begutachtung beauftragen, richtet sich vor allem nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit einer Erkrankung oder dem Krankheitsverlauf. Auch Zweifel der Arbeitgeber an der AU-Attestierung werden an uns weitergeleitet.«

Wie wird begutachtet?

Bei einer sozialmedizinischen Begutachtung der AU übernehmen die Medizinischen Dienste die Aufgabe, Fragen zum Behandlungserfolg, zur voraussichtlichen Dauer einer Arbeitsunfähigkeit, zur Notwendigkeit von Rehabilitationsleistungen oder zu Zweifeln des Arbeitgebers zu beantworten.

Zuerst leitet die Krankenkasse dem Medizinischen Dienst Informationen weiter, die für eine Begutachtung wesentlich sind, etwa AU-Diagnosen, Krankenhausberichte oder Angaben zur beruflichen Tätigkeit des Versicherten. Reichen die Angaben nicht aus, fordern die Krankenkassen weitere Unterlagen an oder veranlassen eine persönliche Begutachtung des Versicherten durch den Medizinischen Dienst.

Bei ihrer medizinischen Bewertung sind die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes unabhängig gegenüber den Krankenkassen und Versicherten. Sie beraten ausschließlich und greifen nicht in die Therapie der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ein. Sie prüfen anhand der Unterlagen und eventuell auch im Austausch mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, inwieweit der Versicherte seine Arbeit ausüben kann. Dabei geht es um sozialmedizinische Aspekte wie: Welche Rolle spielt der konkrete Arbeitsplatz für die jeweilige Erkrankung? Kommt eine Wiedereingliederung oder eine Reha infrage?

»Erforderlich ist ein Abgleich zwischen bestehenden Einschränkungen und Anforderungen an den Arbeitsplatz der Betroffenen. Zu entscheiden ist, mit welchen Maßnahmen eine langfristige AU verhindert werden kann und welche eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess möglich machen. Das können zum Beispiel rehabilitative Maßnahmen oder eine stufenweise Wiedereingliederung sein«, sagt Merian.

Als Ergebnis einer Begutachtung empfiehlt der Medizinische Dienst den Kassen zum Beispiel (Rehabilitations-)Maßnahmen, gibt Hinweise zur möglichen weiteren Dauer einer AU oder zur Einschätzung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit am Arbeitsplatz.

Die Entscheidung über eine Leistung – bei der AU-Begutachtung etwa das Krankengeld aus der gesetzlichen Krankenversicherung – liegt grundsätzlich bei der Krankenkasse.

Nach AU folgt Reha?

Nach der Krankschreibung erstmal in die Reha, bevor ich wieder arbeite. »Wer das für den üblichen Ablauf hält, liegt falsch«, sagt Dr. Sieglinde Bog-Radigk. Dann sei oft das sprichwörtliche »Kind schon in den Brunnen gefallen«, warnt die Fachbereichsleiterin Rehabilitation des Medizinischen Dienstes Nord. Ihre Erfahrung ist, dass viele Versicherte und Ärzte nicht wissen, dass sie bereits viel früher Leistungen zur Vorsorge nutzen können. »Das Ziel dabei ist, rechtzeitig seine Gesundheit zu verbessern, wenn man noch nicht krank ist, oder zu verhindern, dass eine bestehende Krankheit fortschreitet«, so Dr. Bog-Radigk. Dafür würden Krankenkassen ihren Versicherten Präventionsleistungen nach §20 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB v) und Leistungen zur Vorsorge (§23/24) anbieten und bezuschussen. Die »Mutter-/Vater-Kind-Kuren« sind die wohl bekanntesten. Sie sollen besondere familiäre Belastungen abfedern und unter anderem das Erlernen von Stressbewältigung und Entspannung ermöglichen.

Ist ein Versicherter aber bereits erkrankt und ergeben sich daraus Beeinträchtigungen im Alltag oder Berufsleben, kann eine Reha der nächste Schritt sein. Dann steht Bog-Radigk als Gutachterin oft zuerst vor der Frage, ob jemand nach der Reha wieder arbeiten kann. Das sei entscheidend für den Kostenträger: Wenn ja, sei dafür der Rentenversicherungsträger zuständig, der mit den Therapien die Erwerbsfähigkeit des Patienten wiederherstellen will. Diese Therapien seien zusätzlich auf die berufliche Tätigkeit ausgerichtet, um einen zu frühen Eintritt in die Rente zu verhindern. »Wer aber nicht mehr im Berufsleben steht, für den hält seine Kasse eine Reha vor, welche die allgemeine Gesundheit, womöglich weniger Schmerzen und eine bessere Beweglichkeit, zum Ziel hat, – nicht aber den zusätzlichen Aspekt der Arbeitsfähigkeit« so Dr. Bog-Radigk, die vor ihrer Zeit als Gutachterin zehn Jahre als Chirurgin tätig war.

Solche Fragen zu klären, ist typisch für die Begutachtung durch die Medizinischen Dienste. Und sie kommen oft vor. Auch weil der sogenannten Stichprobenregelung des GKV-Spitzenverbandes zufolge jeder vierte Antrag geprüft werden muss, ebenso alle Zweifelsfälle. Allein im Medizinischen Dienst Nord, zuständig für Hamburg und Schleswig-Holstein, seien dies bis zu 10 000 Begutachtungen im Quartal, rechnet Bog-Radigk vor.

Oft sei auch die eher romantische Vorstellung einer »Kur im Seebad« noch weit verbreitet. »In fast jedem Reha-Arztbescheid und Antrag steht, dass Nordsee- oder Ostseeklima gewünscht wird, auch wenn das nur in Einzelfällen hilft. Denn egal ob Berg oder See, ein allergenarmes Klima ist ganz allgemein bei Rückenschmerzen uninteressant.« Außerdem wichtig: Reha-Leistungen werden laut §40 des SGB v nur alle vier Jahre gewährt. Ausnahmen seien möglich, aber zu begründen.

Der Zweck entscheidet beim Hilfsmittel

Eine Prothese oder ein Rollstuhl nach Unfall oder Krankheit – für manche Betroffenen ist dies der nächste Schritt zurück in den Alltag und gleich die nächste Kostenfrage. »Wenn es um die Arbeitsfähigkeit geht, ist auch hier grundsätzlich erst einmal ein Rentenversicherungsträger zuständig«, erklärt Dr. Franck Noack vom Medizinischen Dienst Nord. Anders dagegen, wenn es um den Ausgleich einer Behinderung im Alltag geht, um eine Krankenbehandlung oder darum, einer drohenden Behinderung vorzubeugen, so wie es der §33 des SGB v vorsieht: In diesen Fällen hat unter Umständen die gesetzliche Krankenkasse zu zahlen.

»Allerdings ist der Übergang vom einen zum anderen oft fließend«, schildert der Hilfsmittel-Fachbereichsleiter die oft schwierige Abwägung der Gutachterinnen und Gutachter. »Braucht jemand seine Brille fürs tägliche Sehen oder eine spezielle für die Werkstatt? Ist der Rollstuhl fürs eigene Umfeld zu Hause ausgestattet oder mit einer extra Hubfunktion, um in der Firma auf Regalhöhe zu kommen? Das gelte es möglichst eindeutig zu unterscheiden, betont Noack, der rund 30 Jahre klinische Erfahrung in der Herz-, Allgemein- und Unfallchirurgie hat. Erst dann sei klar, wer die Kosten für welches Gerät übernimmt.

Außerdem wichtig: Das gewünschte Hilfsmittel muss einen echten und individuellen Gebrauchsvorteil bieten. »Es bringt nichts, wenn jemand eine bis zu 80 000 Euro teure Kniegelenks-Prothese für Leistungssportler bekommt, der sowieso nie rausgeht. Für den ist auch das Modell für 20 000 Euro mit weniger Funktionen angemessen.« Auch solche Feststellungen treffen Noack und seine Gutachterkolleginnen und -kollegen. Diese ermöglichen am Ende einen wirtschaftlichen Umgang mit dem Geld der Solidargemeinschaft aller gesetzlich Krankenversicherten. ◻

Christine Probst

arbeitet im Stabsbereich
Selbstverwaltung /
Kommunikation / Politik
beim Medizinischen Dienst
Sachsen-Anhalt.
christine.probst@md-san.de

Jan Gömer

ist Pressesprecher des
Medizinischen
Dienstes Nord,
jan.goemer@md-nord.de

