

NEUNTES KAPITEL

Medizinischer Dienst

Erster Abschnitt

Aufgaben

Anmerkung: siehe Übergangsregelungen §§ 411 und 412

§ 275

Begutachtung und Beratung

(1) ¹ Die Krankenkassen sind in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet,

1. bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung,
2. zur Einleitung von Leistungen zur Teilhabe, insbesondere zur Koordinierung der Leistungen nach den §§ 14 bis 24 des Neunten Buches, im Benehmen mit dem behandelnden Arzt,
3. bei Arbeitsunfähigkeit
 - a) zur Sicherung des Behandlungserfolgs, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, oder
 - b) zur Beseitigung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit,

eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen. ² Die Regelungen des § 87 Absatz 1c zu dem im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenen Gutachterverfahren bleiben unberührt.

(1a) ¹ Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 Buchst. b sind insbesondere in Fällen anzunehmen, in denen

- a) Versicherte auffällig häufig oder auffällig häufig nur für kurze Dauer arbeitsunfähig sind oder der Beginn der Arbeitsunfähigkeit häufig auf einen Arbeitstag am Beginn oder am Ende einer Woche fällt oder
- b) die Arbeitsunfähigkeit von einem Arzt festgestellt worden ist, der durch die Häufigkeit der von ihm ausgestellten Bescheinigungen über Arbeitsunfähigkeit auffällig geworden ist.

² Die Prüfung hat unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Feststellung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. ³ Der Arbeitgeber kann verlangen, dass die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. ⁴ Die Krankenkasse kann von einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes absehen, wenn sich die medizinischen Voraussetzungen der Arbeitsunfähigkeit eindeutig aus den der Krankenkasse vorliegenden ärztlichen Unterlagen ergeben.

(1b) ¹ Die Krankenkassen dürfen für den Zweck der Feststellung, ob bei Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen ist, im jeweils erforderlichen Umfang grundsätzlich nur die bereits nach § 284 Absatz 1 rechtmäßig erhobenen und gespeicherten versichertenbezogenen Daten verarbeiten. ² Sollte die Verarbeitung bereits bei den Krankenkassen vorhandener Daten für den Zweck nach Satz 1 nicht ausreichen, dürfen die Krankenkassen abweichend von Satz 1 zu dem dort bezeichneten Zweck bei den Versicherten nur folgende versichertenbezogene Angaben im jeweils erforderlichen Umfang erheben und verarbeiten:

1. **Angaben dazu, ob eine Wiederaufnahme der Arbeit absehbar ist und gegebenenfalls zu welchem Zeitpunkt eine Wiederaufnahme der Arbeit voraussichtlich erfolgt, und**

2. Angaben zu konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen.

³ Die Krankenkassen dürfen die Angaben nach Satz 2 bei den Versicherten grundsätzlich nur schriftlich oder elektronisch erheben. ⁴ Abweichend von Satz 3 ist eine telefonische Erhebung zulässig, wenn die Versicherten in die telefonische Erhebung zuvor schriftlich oder elektronisch eingewilligt haben. ⁵ Die Krankenkassen haben jede telefonische Erhebung beim Versicherten zu protokollieren; die Versicherten sind hierauf sowie insbesondere auf das Auskunftsrecht nach Artikel 15 der Verordnung (EU) 2016/679 hinzuweisen. ⁶ Versichertenanfragen der Krankenkassen im Rahmen der Durchführung der individuellen Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 bleiben unberührt. ⁷ Abweichend von Satz 1 dürfen die Krankenkassen zu dem in Satz 1 bezeichneten Zweck im Rahmen einer Anfrage bei dem die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellenden Leistungserbringer weitere Angaben erheben und verarbeiten. ⁸ Den Umfang der Datenerhebung nach Satz 7 regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Richtlinie nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 unter der Voraussetzung, dass diese Angaben erforderlich sind

1. zur Konkretisierung der auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aufgeführten Diagnosen,
2. zur Kenntnis von weiteren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die in Bezug auf die die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Diagnosen vorgesehen sind,
3. zur Ermittlung von Art und Umfang der zuletzt vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübten Beschäftigung oder
4. bei Leistungsempfängern nach dem Dritten Buch zur Feststellung des zeitlichen Umfangs, für den diese Versicherten zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen.

⁹ Die nach diesem Absatz erhobenen und verarbeiteten versichertenbezogenen Daten dürfen von den Krankenkassen nicht mit anderen Daten zu einem anderen Zweck zusammengeführt werden und sind zu löschen, sobald sie nicht mehr für die Entscheidung, ob bei Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen ist, benötigt werden.

(2) Die Krankenkassen haben durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen

1. die Notwendigkeit der Leistungen nach den §§ 23, 24, 40 und 41, **mit Ausnahme von Verordnungen nach § 40 Absatz 3 Satz 2**, unter Zugrundelegung eines ärztlichen Behandlungsplans in Stichproben vor Bewilligung und regelmäßig bei beantragter Verlängerung; der Spitzenverband Bund der Krankenkassen regelt in Richtlinien den Umfang und die Auswahl der Stichprobe und kann Ausnahmen zulassen, wenn Prüfungen nach Indikation und Personenkreis nicht notwendig erscheinen; dies gilt insbesondere für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (Anschlussheilbehandlung),
 2. bei Kostenübernahme einer Behandlung im Ausland, ob die Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich ist (§ 18),
 3. ob und für welchen Zeitraum häusliche Krankenpflege länger als vier Wochen erforderlich ist (§ 37 Abs. 1),
 4. ob Versorgung mit Zahnersatz aus medizinischen Gründen ausnahmsweise unaufschiebbar ist (§27 Abs. 2),
- 5. den Anspruch auf Leistungen der außerklinischen Intensivpflege nach § 37c Absatz 2 Satz 1.**

(3) ¹ Die Krankenkassen können in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen

1. vor Bewilligung eines Hilfsmittels, ob das Hilfsmittel erforderlich ist (§ 33); der Medizinische Dienst hat hierbei den Versicherten zu beraten; er hat mit den Orthopädischen Versorgungsstellen zusammenzuarbeiten,
2. bei Dialysebehandlung, welche Form der ambulanten Dialysebehandlung unter Berücksichtigung des Einzelfalls notwendig und wirtschaftlich ist,
3. die Evaluation durchgeführter Hilfsmittelversorgungen,
4. ob Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern ein Schaden entstanden ist (§ 66).

² Der Medizinische Dienst hat den Krankenkassen das Ergebnis seiner Prüfung nach Satz 1 Nummer 4 durch eine gutachterliche Stellungnahme mitzuteilen, die auch in den Fällen nachvollziehbar zu begründen ist, in denen gutachterlich kein Behandlungsfehler festgestellt wird, wenn dies zur angemessenen Unterrichtung des Versicherten im Einzelfall erforderlich ist.

(3a) Ergeben sich bei der Auswertung der Unterlagen über die Zuordnung von Patienten zu den Behandlungsbereichen nach § 4 der Psychiatrie-Personalverordnung in vergleichbaren Gruppen Abweichungen, so können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen die Zuordnungen durch den Medizinischen Dienst überprüfen lassen; das zu übermittelnde Ergebnis der Überprüfung darf keine Sozialdaten enthalten.

(3b) Hat in den Fällen des Absatzes 3 die Krankenkasse den Leistungsantrag des Versicherten ohne vorherige Prüfung durch den Medizinischen Dienst wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit abgelehnt, hat sie vor dem Erlass eines Widerspruchsbescheids eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes einzuholen.

(3c) Lehnt die Krankenkasse einen Leistungsantrag einer oder eines Versicherten ab und liegt dieser Ablehnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes nach den Absätzen 1 bis 3 zugrunde, ist die Krankenkasse verpflichtet, in ihrem Bescheid der oder dem Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form mitzuteilen sowie auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich bei Beschwerden vertraulich an die Ombudsperson nach § 278 Absatz 3 zu wenden.

(4) ¹ Die Krankenkassen und ihre Verbände sollen bei der Erfüllung anderer als der in Absatz 1 bis 3 genannten Aufgaben im notwendigen Umfang den Medizinischen Dienst oder andere Gutachterdienste zu Rate ziehen, insbesondere für allgemeine medizinische Fragen der gesundheitlichen Versorgung und Beratung der Versicherten, für Fragen der Qualitätssicherung, für Vertragsverhandlungen mit den Leistungserbringern und für Beratungen der gemeinsamen Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen, insbesondere der Prüfungsausschüsse. ² Der Medizinische Dienst führt die Aufgaben nach § 116b Absatz 2 durch, wenn der erweiterte Landesausschuss ihn hiermit nach § 116b Absatz 3 Satz 8 ganz oder teilweise beauftragt.

(4a) ¹ Soweit die Erfüllung der sonstigen dem Medizinischen Dienst obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, kann er Beamte nach den §§ 44 bis 49 des Bundesbeamtengesetzes ärztlich untersuchen und ärztliche Gutachten fertigen. ² Die hierdurch entstehenden Kosten sind von der Behörde, die den Auftrag erteilt hat, zu erstatten. ³ § 280 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend. ⁴ Der Medizinische Dienst Bund und das Bundesministerium des Innern [jetzt: Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat] vereinbaren unter Beteiligung der Medizinischen Dienste, die ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Durchführung von Untersuchungen und zur Fertigung von Gutachten nach Satz 1 erklärt haben, das Nähere über das Verfahren und die Höhe der Kostenerstattung. ⁵ Die Medizinischen Dienste legen die Vereinbarung ihrer Aufsichtsbehörde vor, die der Vereinbarung innerhalb von drei Monaten nach Vorlage widersprechen kann, wenn die Erfüllung der sonstigen Aufgaben des Medizinischen Dienstes gefährdet wäre.

(4b) ¹ **Soweit die Erfüllung der dem Medizinischen Dienst gesetzlich obliegenden Aufgaben nicht beeinträchtigt wird, kann der Medizinische Dienst, sofern der Deutsche Bundestag nach § 5 Absatz 1 Satz 1 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite festgestellt hat, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auf Ersuchen insbesondere einer für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zuständigen Einrichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, eines zugelassenen Krankenhauses im Sinne des § 108, eines nach § 95 Absatz 1 Satz 1 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers sowie eines Trägers einer zugelassenen Pflegeeinrichtung im Sinne des § 72 des Ffthen Buches befristet, höchstens für die Zeit der Feststellung nach § 5 Absatz 1 des Infektionsschutzgesetzes, eine unterstützende Tätigkeit bei diesen Behörden, Einrichtungen oder Leistungserbringern zuweisen.** ² Die hierdurch dem Medizinischen Dienst entstehenden Personal- und Sachkosten sind von der Behörde, der Einrichtung, dem Einrichtungsträger oder dem Leistungserbringer, die oder der die Unterstützung erbeten hat, zu erstatten. ³ Das Nähere über den Umfang der

Unterstützungsleistung sowie zu Verfahren und Höhe der Kostenerstattung vereinbaren der Medizinische Dienst und die um Unterstützung bittende Behörde oder Einrichtung oder der um Unterstützung bittende Einrichtungsträger oder Leistungserbringer. ⁴ Eine Verwendung von Umlagemitteln nach § 280 Absatz 1 Satz 1 zur Finanzierung der Unterstützung nach Satz 1 ist auszuschließen. ⁵ Der Medizinische Dienst legt die Zuweisungsverfügung seiner Aufsichtsbehörde vor, die dieser innerhalb einer Woche nach Vorlage widersprechen kann, wenn die Erfüllung der dem Medizinischen Dienst gesetzlich obliegenden Aufgaben beeinträchtigt wäre.

(5) ¹ Die Gutachterinnen und Gutachter des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer fachlichen Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen. ² Sie sind nicht berechtigt, in die Behandlung und pflegerische Versorgung der Versicherten einzugreifen.

(6) Jede fallabschließende gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen und muss zumindest eine kurze Darlegung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis umfassen.

Begründung zum GVWG:

Zu Absatz 6 – angefügt

Der neue Absatz 6 gibt vor, dass fallabschließende gutachtliche Stellungnahmen der Medizinischen Dienste (MD) in schriftlicher oder elektronischer Form zu verfassen sind. Mündliche fallabschließende Stellungnahmen – etwa im Rahmen einer sozialmedizinischen Fallberatung (SFB) zwischen Gutachterinnen und Gutachtern des MD und Beschäftigten der Krankenkassen – sind schon aufgrund der erforderlichen Nachvollziehbarkeit der Begutachtung nicht zulässig. Die Durchführung einer SFB setzt die Beauftragung des MD mit der Begutachtung des Falles voraus, sodass er nach § 276 Absatz 2 Satz 1 zur Verarbeitung der fall-immanenten und von der Krankenkasse vorgelegten erforderlichen personenbezogenen Daten berechtigt ist. Da der MD fachlich allein für die sozialmedizinische Bewertung eines Falles zuständig ist, sind die gegebenenfalls von ihm selbst erhobenen personenbezogenen Gesundheitsdaten nicht Grundlage einer Erörterung des Falles mit der Krankenkasse im Rahmen der SFB. Auch im Rahmen einer SFB sind die Vorgaben des § 277 Absatz 1 Satz 1 zu beachten, nach denen der MD der Krankenkasse das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis mitzuteilen hat.

Davon unabhängig ist jedoch eine nicht fallabschließende mündliche Erörterung von möglichen Begutachtungsaufträgen der Krankenkassen mit dem MD zur Vorsichtung sachgerecht und zulässig, um eine zielgerichtete Beauftragung des MD durch die Krankenkassen zu ermöglichen. Eine solche mündliche Erörterung vor Beauftragung des MD erfolgt nur auf Grundlage anonymisierter Daten ohne Arzt- oder Versichertenbezug. Die Neuregelung dient insoweit auch der klaren Trennung der Aufgaben des MD, der die Begutachtung vornimmt, und der Krankenkasse, die den Begutachtungsauftrag erteilt. Damit wird die Transparenz des Verfahrens erhöht und die Unabhängigkeit des MD gestärkt.

Darüber hinaus werden als Mindestinhalt einer gutachtlichen Stellungnahme des MD die kurze Darstellung der Fragestellung und des Sachverhalts, das Ergebnis der Begutachtung und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis vorgegeben. Die Kenntnis der Fragestellung und des Sachverhalts ist unerlässlich für die Nachvollziehbarkeit der gutachtlichen Stellungnahme. Das Ergebnis der Begutachtung des MD stellt bei den in der Regel von den Krankenkassen erteilten Begutachtungsaufträgen eine sozialmedizinische Empfehlung für die leistungsrechtliche Entscheidung der beauftragenden Krankenkasse dar. Für diese leistungsrechtliche Entscheidung müssen die Krankenkassen in der Lage sein, das Ergebnis der Begutachtung des MD anhand der wesentlichen Gründe zu plausibilisieren. Deshalb hat eine gutachtliche Stellungnahme des MD stets auch die wesentlichen Gründe für das Ergebnis der Begutachtung zu enthalten.

Diese Vorgaben stellen lediglich die Mindestinhalte einer gutachtlichen Stellungnahme des MD dar. Schon aufgrund der berufsrechtlich vorgegebenen Sorgfaltspflicht bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten, die sich u. a. durch eine methodische Bewertung insbesondere ärztlicher Befunde auszeichnen, sind auch weitere Vorgaben zu beachten, wie z. B. die Darlegung, auf welche Befunde sich die Begutachtung stützt.

Eine Mindestvorgabe für die Länge oder die Ausführlichkeit einer gutachtlichen Stellungnahme des MD ist mit der Neuregelung nicht verbunden. So kann gerade in einfach gelagerten Fällen auch ein Kurzgutachten mit einer knappen Darstellung des Begutachtungsanlasses und des Begutachtungsergebnisses sowie einer kurzen, aber nachvollziehbaren Begründung die Vorgaben erfüllen.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung wie folgt:

Zu Absatz 1b – eingefügt

Nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 haben die Krankenkassen bei Arbeitsunfähigkeit ihrer Versicherten die Verpflichtung, eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MD) einzuholen, um Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit zu beseitigen, oder zur Sicherung des Behandlungserfolges, insbesondere zur Einleitung von Maßnahmen der Leistungsträger für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Bei jährlich rund 42 Millionen Arbeitsunfähigkeitsfällen und rund 1,1 Millionen Begutachtungen des MD im Zusammenhang mit einer Arbeitsunfähigkeit bedarf es einer effizienten Vorauswahl der den MD vorzulegenden Fälle durch die Krankenkasse. Für diese Vorauswahl dürfen die jeweils erforderlichen Sozialdaten verarbeitet werden.

Zu der Frage des Umfangs der für diese Vorauswahl erforderlichen Befugnis der Krankenkassen zur Datenverarbeitung generell und insbesondere zur Erhebung von Daten bei ihren Versicherten und den Leistungserbringern bestehen unterschiedliche Auffassungen. Die Neuregelung dient der Konkretisierung, welche Sozialdaten die Krankenkassen in Fällen der Arbeitsunfähigkeit verarbeiten dürfen, um zu klären, ob sie eine gutachtliche Stellungnahme des MD beauftragen müssen.

Grundsätzlich haben die Krankenkassen die Frage, ob bei Arbeitsunfähigkeit die Voraussetzungen des Absatzes 1 Satzes 1 Nummer 3 vorliegen und sie dann eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen haben, nach Satz 1 anhand der ihnen bereits nach § 284 Absatz 1 Satz 1 vorliegenden Sozialdaten zu klären. Hierzu gehören beispielsweise die Angaben auf der Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung.

Sollte die Verarbeitung bereits bei den Krankenkassen vorhandener Daten für die Klärung dieser Frage nicht ausreichen, dürfen die Krankenkassen nach Satz 2 bestimmte versichertenbezogene Daten im erforderlichen Umfang bei ihren Versicherten erheben und diese verarbeiten. Diese Befugnis gilt ausdrücklich nur für den Zweck der Klärung, ob bei Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen ist, und umfasst ausschließlich Angaben zu zwei Sachverhalten.

Nach Nummer 1 ist dies die Angabe, ob eine Wiederaufnahme der Arbeit absehbar ist. Wird dies bejaht, darf auch das Datum oder der Zeitraum erhoben werden, an dem die Wiederaufnahme der Arbeit voraussichtlich erfolgt. Diese Angaben sind erforderlich, um bei einer voraussichtlich nur noch kurz bestehenden Arbeitsunfähigkeit eine nicht notwendige Beauftragung des MD zu vermeiden. Mit Nummer 2 wird den Krankenkassen ermöglicht, beim Versicherten Angaben zu gegebenenfalls konkret bevorstehenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die einer Wiederaufnahme der Arbeit entgegenstehen, zu erheben. Auch diese Angaben dienen dazu, von einer Beauftragung des MD abzusehen.

Weitere Angaben dürfen die Krankenkassen bei ihren Versicherten zur Klärung der Erforderlichkeit der Beauftragung des MD bei Arbeitsunfähigkeit (§ 275 Absatz 1 Satz 1 Nummer 3) nicht erheben. Satz 3 regelt die Art der Datenerhebung nach Satz 2 bei den Versicherten. Diese hat grundsätzlich schriftlich oder elektronisch zu erfolgen, um zu vermeiden, dass sich Versicherte bei telefonischer Anfrage durch den damit verbundenen Überraschungseffekt unter Druck gesetzt fühlen.

Darüber hinaus ist nach Satz 4 abweichend von Satz 3 die telefonische Kontaktaufnahme der Krankenkasse mit den Versicherten ausnahmsweise zulässig, wenn die Versicherten zuvor schriftlich oder elektronisch in die telefonische Kontaktaufnahme eingewilligt haben.

Die mit Satz 5 geregelte Protokollierung des Gespräches dient insbesondere der Nachweisbarkeit der Gesprächsinhalte. Dabei ist davon auszugehen, dass die Krankenkassen auch schon bisher Telefonvermerke erstellt haben. Die Information der Versicherten dient der Transparenz des Vorgehens. Im Hinblick auf die Transparenz des Verfahrens haben die Krankenkassen die Versicherten insbesondere auch über das ihnen nach Artikel 15 der Datenschutz-Grundverordnung zustehende Auskunftsrecht zu informieren. Die übrigen Informationspflichten der Datenschutz-Grundverordnung sind von den Krankenkassen ebenfalls zu beachten, wie z. B. die Informationspflichten nach Artikel 13 und 14 der Datenschutz-Grundverordnung.

Die Neuregelung betrifft lediglich die Datenerhebung der Krankenkassen zur Klärung der Frage, ob bei Arbeitsunfähigkeit ihrer Versicherten die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen hat. Datenerhebungen der Krankenkassen bei ihren Versicherten mit der Zielsetzung einer individuellen Beratung und Unterstützung bei Arbeitsunfähigkeit sind Gegenstand der Regelungen des § 44 Absatz 4 und bedürfen der Einwilligung der Versicherten. Die Datenverarbeitung der Krankenkassen bei Versicherten, die eine individuelle Beratung und Hilfestellung nach § 44 Absatz 4 durch ihre Krankenkasse in Anspruch nehmen und die in diese Datenverarbeitung eingewilligt haben, bleibt nach Satz 6 von der Neuregelung unberührt. Im Rahmen der von den Versicherten erteilten Einwilligung können die Krankenkassen in diesen Fällen die für die individuelle Beratung und Hilfestellung erforderlichen Angaben bei diesen Versicherten erheben und verarbeiten.

Neben der Erhebung der in Satz 2 aufgeführten Angaben bei den Versicherten besteht nach Satz 7 für die Krankenkasse auch die Möglichkeit, dass sie mittels Anfrage bei dem die AU-Bescheinigung ausstellenden Leistungserbringer (Arztanfrage) bestimmte weitere Angaben erhebt, wenn die bei

der Krankenkasse bereits vorhandenen Daten nicht ausreichen, um beurteilen zu können, ob eine Beauftragung des MD nach Absatz 1 Nummer 3 erforderlich ist. Voraussetzung ist nach Satz 8, dass die mittels Arztanfrage zu erhebenden Angaben in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 geregelt sind und einen der vier in den Nummer 1 bis 4 aufgeführten Sachverhalte betreffen. Die Neuregelung konkretisiert damit Art und Umfang der Datenerhebung der Krankenkassen bei den die Arbeitsunfähigkeit bescheinigenden Leistungserbringern für den Zweck der Klärung der Frage, ob eine Beauftragung des MD erforderlich ist, mit einer Einschränkung auf wenige abstrakte im Gesetz abschließend beschriebene Sachverhalte und gibt eine nähere Konkretisierung des erforderlichen Umfangs der Datenerhebung durch eine Richtlinie des G-BA vor. Damit wird ein transparentes Verfahren zur Festlegung des konkret erforderlichen Umfangs dieser Datenverarbeitung unter Beteiligung der Patientenvertretung und des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit festgelegt.

Zu den Sachverhalten, für die die Krankenkassen bei den die Arbeitsunfähigkeit bescheinigenden Leistungserbringern Daten erheben dürfen, gehören die Konkretisierung der die Arbeitsunfähigkeit begründenden Diagnosen, geplante diagnostische oder therapeutische Maßnahmen und Angaben über Art und Umfang der tatsächlich ausgeübten Beschäftigung oder bei Leistungsempfängern nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch Angaben zum zeitlichen Umfang, für den diese Versicherten zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen.

Die Angaben nach Satz 8 Nummer 1 zur Konkretisierung der auf der AU-Bescheinigung aufgeführten Diagnosen dienen dazu, der Krankenkasse eine grobe Prüfung auf Plausibilität zwischen den im Zusammenhang mit einer Arbeitsunfähigkeit angegebenen Diagnosen und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit zu ermöglichen, wenn die Diagnosen zunächst wenig differenziert angegeben waren. Die Angaben nach Satz 8 Nummer 2 zu diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, die in Bezug auf die die Arbeitsunfähigkeit auslösenden Diagnosen vorgesehen sind, ermöglichen den Krankenkassen von einer Beauftragung des MD abzusehen, wenn beispielsweise durch konkret geplante medizinische Maßnahmen, wie zum Beispiel durch einen kurz bevorstehenden operativen Eingriff, das Weiterbestehen einer Arbeitsunfähigkeit plausibel begründet ist.

Die Angaben nach Satz 8 Nummer 3 und 4 über Art und Umfang der tatsächlich ausgeübten Beschäftigung bzw. bei Leistungsempfängern nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch Angaben zum zeitlichen Umfang, für den diese zur Arbeitsvermittlung zur Verfügung stehen, dienen den Krankenkassen dazu, eine grobe Prüfung auf Plausibilität zwischen der angegebenen Art und dem Umfang der Beschäftigung bzw. des zeitlichen Umfangs einer möglichen Tätigkeit bei Arbeitssuchenden mit den im Zusammenhang mit der Arbeitsunfähigkeit angegebenen Diagnosen sowie der Dauer der Arbeitsunfähigkeit vorzunehmen. Angaben zu Art und Umfang der vor der Arbeitsunfähigkeit zuletzt ausgeübten Beschäftigung liegen bei den die Arbeitsunfähigkeit bescheinigenden Leistungserbringern vor, weil die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach § 2 Absatz 5 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses die Befragung durch die Leistungserbringer zur aktuell ausgeübten Tätigkeit voraussetzt. Mit diesen Angaben kann die Krankenkasse auf einer tragfähigeren Grundlage entscheiden, ob eine sozialmedizinische Begutachtung durch den MD im Hinblick auf mögliche Zweifel an einer Arbeitsunfähigkeit oder zur Sicherung des Behandlungserfolges (§ 275 Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V) zu beauftragen ist.

Die von den Krankenkassen nach Satz 2 bei den Versicherten oder nach Satz 7 bei den Leistungserbringern erhobenen Daten dürfen ausschließlich für den Zweck verarbeitet werden, zu klären, ob eine gutachtliche Stellungnahme des MD nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 einzuholen ist. Diese Daten dürfen nach Satz 9 nicht mit anderen bei den Krankenkassen vorliegenden Daten zu anderen Zwecken zusammengeführt werden und sind zu löschen, sobald sie für die Entscheidung, ob eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen ist, nicht mehr benötigt werden.

Zu Absatz 6 – angefügt

Die Änderung wird nur aus rechtsförmlichen Gründen wiederholt; sie ist bereits im Gesetzesentwurf enthalten.

Begründung zum Dritten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung zum Einfügen von Absatz 4b:

Die Medizinischen Dienste (MD) haben im Frühjahr und Sommer dieses Jahres insbesondere den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), aber auch Krankenhäuser, Einrichtungen der ambulanten ärztlichen Versorgung und Pflegeeinrichtungen unbürokratisch und engagiert mit bis zu insgesamt 800 Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten sowie Mitarbeitenden aus dem Assistenz- und Verwaltungsbereich erfolgreich unterstützt. Diese für den ÖGD und die genannten Leistungserbringer wertvolle Unterstützung war möglich, da die Aufgabenwahrnehmung der MD in einigen Bereichen infolge der Covid-19-Pandemie befristet reduziert werden musste. Dies gilt z. B. für die Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen, die nach § 72 des Elften Buches zugelassen sind. Die Medizinischen Dienste sind auch bereit, die Unterstützung für die Dauer der derzeitigen epidemischen Lage von nationaler Tragweite im Rahmen ihrer Möglichkeiten fortzusetzen, soweit die wieder anlaufende

reguläre Aufgabenwahrnehmung der MD dies zulässt.

Die bisherige Unterstützung durch die MD erfolgte ohne eine eigenständige und spezifisch auf die MD ausgerichtete rechtliche Grundlage. Mit der Neuregelung wird diese Rechtsgrundlage für die MD orientiert an der bestehenden Regelung des § 275 Absatz 4a geschaffen, mit der die MD unter bestimmten Voraussetzungen befugt wurden, Beamte des Bundes zu untersuchen und hierüber ärztliche Gutachten gegen Erstattung der anfallenden Kosten zu erstellen.

Mit Satz 1 wird den MD die Möglichkeit eröffnet, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern befristet eine Tätigkeit insbesondere bei Einrichtungen des ÖGD, den nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern, den nach § 95 Absatz 1 Satz 1 an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern sowie den Pflegediensten und Pflegeheimen nach § 71 des Elften Buches zuzuweisen, um diese Einrichtungen bei einer Pandemiebekämpfung zu unterstützen. Es handelt sich bei diesen Einrichtungen um diejenigen Organisationen bzw. Leistungserbringer, die die MD bereits seit März 2020 personell unterstützt haben, soweit es den MD im Hinblick auf die Sicherstellung ihrer Aufgabenwahrnehmung möglich war. Eine Unterstützung kann auch in weiteren Einrichtungen erforderlich sein und erfolgen. Die Aufzählung der möglichen Einsatzorte ist daher nicht abschließend. Voraussetzung ist zum einen, dass gemäß § 5 des Infektionsschutzgesetzes eine epidemische Lage von nationaler Tragweite vorhanden ist, und zum anderen, dass die originäre Aufgabenwahrnehmung des MD durch die befristeten Zuweisungen nicht beeinträchtigt wird. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Aufgabenwahrnehmung der MD – wie in der aktuellen Lage – in bestimmten Aufgabenbereichen und Regionen reduziert sein kann. Die befristete Zuweisung erfolgt in Absprache mit den betroffenen Beschäftigten der MD. Eine solche Absprache ist üblich, schon um die in einer solchen epidemischen Lage notwendige Akzeptanz einer Zuweisung und die Erreichung des damit verfolgten Ziels einer erfolgreichen Unterstützung des ÖGD oder der anderen genannten Einrichtungen und Leistungserbringer zu gewährleisten.

Zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten berufene Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind vor allem die rd. 375 Gesundheitsämter, die mit der Durchführung von Testungen, der Kontaktpersonennachverfolgung sowie der Anordnung und Überwachung von Quarantänemaßnahmen wesentliche Maßnahmen zur Prävention, Erfassung und Eindämmung des Infektionsgeschehens umsetzen. Darüber hinaus zählen auch Landesstellen und -einrichtungen, wie z. B. Landesgesundheitsämter, Abstrichstellen oder Krisenstäbe zu den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Satz 2 gibt vor, dass die dem MD durch die befristete Zuweisung entstehenden Kosten dem MD von den Einrichtungen, Einrichtungsträgern oder Leistungserbringern, die die Unterstützung erbeten haben, zu erstatten sind. Diese Finanzierungsregelung greift einen Vorschlag des Bundesrates (Gesetzesantrag des Bundesrates für ein Gesetz zur Erweiterung der Aufgaben des Medizinischen Dienstes vom 9. Oktober 2020, Drucksache 534/20) auf. Als Kosten sind dabei alle Kosten anzusehen, die durch die Zuweisung anfallen einschließlich einer gegebenenfalls erforderlichen Absicherung der Beschäftigten gegen Haftungsrisiken im Rahmen ihrer Tätigkeit in den Einrichtungen oder bei den Leistungserbringern. Als Orientierung können die tarifvertraglichen Vereinbarungen der MD dienen. Wie auch für die Begutachtung von Beamtinnen und Beamten nach Absatz 4a ist eine spezifische Kostenerstattungsregelung erforderlich, weil sich die Finanzierungsgrundlagen der MD und der Einrichtungen des ÖGD erheblich unterscheiden. Während die MD aus Beiträgen der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung finanziert werden, sind die zu unterstützenden Einrichtungen des ÖGD aus Steuermitteln der Kommunen und Länder finanzierte Behörden.

Mit Satz 3 wird geregelt, dass das Nähere über den konkreten Umfang der Unterstützungsleistung, die Höhe und das Verfahren der Kostenerstattung zwischen dem Medizinischen Dienst, der die Unterstützung leistet, und der Einrichtung, dem Einrichtungsträger oder dem Leistungserbringer, die oder der um Unterstützung gebeten hat, zu vereinbaren ist. Soweit es sachgerecht ist, kann das zuständige Land auch eine Rahmenempfehlung mit dem Medizinischen Dienst abschließen, um die Umsetzung der Kostenerstattung für die einzelnen Einrichtungen des ÖGD zu vereinfachen.

Mit Satz 4 wird entsprechend der Kostentragung durch die anfordernden Einrichtungen, Einrichtungsträger oder Leistungserbringer vorgegeben, dass eine Finanzierung der Unterstützung dieser Einrichtungen oder Leistungserbringer durch die MD aus den von den Krankenkassen und den Pflegekassen aufzubringenden Umlagemitteln für die Tätigkeit der MD nach § 280 Absatz 1 Satz 1 auszuschließen ist. Dies dient der Gewährleistung einer transparenten, verursachergerechten Finanzierung der Unterstützung der MD für den ÖGD und die sonstigen Einrichtungen und Leistungserbringer.

Satz 5 legt in Anlehnung an das Verfahren bei der Begutachtung von Beamtinnen und Beamten nach Absatz 4a fest, dass der MD die vorgesehene Zuweisungsverfügung seiner Aufsichtsbehörde vorzulegen hat. Die Aufsichtsbehörde kann die Zuweisungsverfügung prüfen und dieser innerhalb einer Woche nach Vorlage widersprechen, wenn sie der Ansicht ist, dass durch die den Gutachterinnen und Gutachtern des MD befristet zugewiesene Tätigkeit an der Einrichtung oder bei dem Leistungserbringer die Erfüllung der originären Aufgaben des MD gefährdet würde.

Der 14. Ausschuss begründet die Änderung in Satz 1 wie folgt:

Es handelt sich um eine redaktionelle Änderung.

Begründung zum IPReG:

Zu Absatz 2 Satz 1

Zu Nummer 1

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der neuen Regelung des § 40 Absatz 3 Satz 2. Danach soll die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation nicht mehr durch die Krankenkasse überprüft werden. In der Folge ist auch eine Verpflichtung der Krankenkasse zur Beauftragung einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst für diese Leistungen nicht mehr erforderlich.

Zu Nummer 4

Es handelt sich um eine redaktionelle Folgeänderung.

Zum Anfügen von Nummer 5

Es handelt sich um eine Folgeänderung zu der Regelung des § 37c Absatz 2 Satz 5, die eine Verpflichtung der Krankenkasse zur Beauftragung einer Begutachtung durch den Medizinischen Dienst für diese Leistungen vorsieht.