



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

AU-Versorgungsbericht 2024

Aufgaben und Ergebnisse in der Begutachtung von
Arbeitsunfähigkeit durch den Medizinischen Dienst
Berlin-Brandenburg



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	4
1 Einführung.....	5
2 Aktuelle Zahlen zur Arbeitsunfähigkeit in Deutschland	6
3 Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen der Arbeitsunfähigkeit	9
3.1 Was bedeutet es, arbeitsunfähig zu sein?	9
3.2 Aufgabe der Medizinischen Dienste	10
3.3 Ziele der Begutachtung	11
4 Produktdefinition in der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste	12
4.1 Produktportfolio der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste	12
5 Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit im MD BB: Zahlen, Daten, Fakten 2024	14
5.1 Aufträge und Produkte	14
5.2 Erledigungsart	14
5.3 Fragen der Krankenkassen und Ergebnis der Begutachtung	16
5.4 Laufzeit.....	22
6 Die Untersuchungsstelle	24
6.1 Form und Erledigungsarten der Befunderhebung in den Untersuchungsstellen.....	24
6.2 Reportingtool für Aufträge zur Begutachtung mit Versichertenkontakt.....	27
7 Analysen der AU-Begutachtungen nach ausgewählten Filterkriterien.....	28
7.1 Altersverteilung	28
7.2 Geschlechterverteilung.....	29
7.3 AU-führende Diagnosen	29
7.4 Ergebnis nach Erledigungsart	33
7.5 Sozialmedizinische Empfehlungen.....	35
8 Unterstützung für Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte	38
9 Fazit und Ausblick.....	39
Endnoten/Quellen.....	40

Abkürzungsverzeichnis

AG: Arbeitgeber
AU: Arbeitsunfähigkeit
AU-RL: Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie
BGA AU: Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit
BMG: Bundesgesundheitsministerium
eAU: elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung
eDA: elektronischer Datenaustausch
G-BA: Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV: Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV: Spitzenverband Bund der Krankenkassen
ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
KU: Kurzuntersuchung
LTA: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
MD: Medizinischer Dienst
PBE: Personalbedarfsermittlung
SFS: Sozialmedizinische Fallsteuerung
SGA: Sozialmedizinisches Gutachten
SGS: Sozialmedizinische gutachtliche Stellungnahme
SGB: Sozialgesetzbuch
SPV: Soziale Pflegeversicherung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der Krankheitstage pro Beschäftigten	6
Abbildung 2: Ausgabenentwicklung für Krankengeld (in Mrd. Euro).....	7
Abbildung 3: Ausgaben der GKV für einzelne Leistungsbereiche 2024	8
Abbildung 4: Produktportfolio im Produktkatalog der MD-Gemeinschaft	12
Abbildung 5: Verteilung der erledigten Produkte in 2024	13
Abbildung 6: Übersicht der Anlasssschlüssel	16
Abbildung 7: Erledigte Produkte nach Anlasssschlüssel in 2024	17
Abbildung 8: Entwicklung der Aufträge zu Arbeitgeberzweifeln	18
Abbildung 9: Übersicht der Ergebnisschlüssel nach § 51 SGB V	19
Abbildung 10: Ergebnisse bei der Frage nach der Erwerbsfähigkeit.....	20
Abbildung 11: Übersicht der sonstigen Ergebnisschlüssel	20
Abbildung 12: Verteilung der AU-Ergebnisse in Bezug auf alle AU-Produkte 2024.....	21
Abbildung 13: Entwicklung der AU-Ergebnisse	22
Abbildung 14: Laufzeit nach Struktur der fallabschließenden Produkte in Tagen.....	22
Abbildung 15: Einladungseffekt - Eingeladene und erschienene Versicherte in 2024	25
Abbildung 16: Anmeldung zur Videobegutachtung im MD BB	26
Abbildung 17: Beispiel aus Bericht der Untersuchungsstelle zur Arbeitsunfähigkeit.....	27
Abbildung 18: Sozialmedizinische Stellungnahmen bei AU in 2024	28
Abbildung 19: Altersverteilung der Begutachteten Personen in 2024	29
Abbildung 20: Häufigste Diagnosegruppen.....	30
Abbildung 21: AU-führende Diagnosen bei Begutachtung nach Alter.....	31
Abbildung 22: Häufigste Diagnosegruppen und Begutachtungsergebnis.....	32
Abbildung 23: Ergebnisse bei Begutachtung nach Aktenlage in 2024	33
Abbildung 24: Ergebnisse bei Vor-Ort-Begutachtung in 2024	33
Abbildung 25: Ergebnisse bei digitaler Begutachtung (Telefon und Video) in 2024.....	34
Abbildung 26: Durchschnittswerte Ergebnisse über alle Begutachtung in 2024	34
Abbildung 27: Quote der erfüllten Items in Prozent (Ziellinie: 98 Prozent) bei QSKV AU	36
Abbildung 28: Anteil Beschwerden im Verlauf	36
Abbildung 29: Entwicklung Sozialgerichtsverfahren	37
Abbildung 30: Anteil Widerspruchsbegutachtungen und Reklamationen im Verlauf.....	37

1 Einführung

1883 durch Reichskanzler Otto von Bismarck eingeführt, ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bis heute eine wichtige gesellschaftliche Errungenschaft und trägt maßgeblich zur ökonomischen und sozialen Stabilität in Deutschland bei, indem sie die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung sichert und damit Produktivität und Kaufkraft stabilisiert. Sie hat die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern. Gleichzeitig soll sie Versicherte aufklären, beraten und in einer gesunden Lebensführung unterstützen. Im Krankheitsfall sichert sie den Anspruch auf Sozialleistungen ab.

Die GKV basiert auf dem Solidaritätsprinzip. Das bedeutet, dass alle Versicherten gemeinsam die Kosten für die Gesundheitsversorgung tragen, wobei die Höhe der Beiträge am Einkommen ausgerichtet ist und die Leistungen unabhängig vom individuellen Krankheitsrisiko sind. Dadurch wird sozialer Ausgleich geschaffen und die Chancengleichheit im Gesundheitswesen gefördert. Die gesetzlichen Regelungen zur Krankenversicherung sind seit 1989 im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankert. Sie dienen als Richtschnur für das Handeln der Krankenkassen und der Medizinischen Dienste (MD).

Besonders intensiv wird aktuell das Thema Arbeitsunfähigkeit (AU) diskutiert. Deutschland verzeichnet im internationalen Vergleich einen hohen Krankenstand. Das geht zum Beispiel aus OECD-Daten ⁱ hervor. Ursachen und Interpretationen gibt es dabei verschiedene - beispielsweise die Corona-Pandemie und vermehrte Erkältungswellen danach, aber auch die Einführung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), die mit einer lückenloseren Erfassung aller AU-Fälle einhergeht. Seit dem Jahr 2022 werden sämtliche Krankschreibungen direkt elektronisch von den Arztpraxen an die Krankenkassen übermittelt. Einen Teil des gemessenen Anstiegs der Krankheitstage führt das Leibniz-Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung (ZEW) auch einfach auf die verbesserte Datenlage zurück ⁱⁱ.

Dass die niedrigschwellige Möglichkeit der telefonischen Krankschreibung zum hohen Krankenstand beitragen kann, konnte inzwischen widerlegt werden. Die Analyse der BARMER ⁱⁱⁱ zeigt dabei, dass die telefonische AU und die AU per Videosprechstunde nur einen geringen Einfluss auf den Anstieg der Krankschreibungen haben. Stattdessen spielen andere Faktoren wie das Infektionsgeschehen und die Erfassungsrate mit der eAU eine größere Rolle.

Mit dem vorliegenden Bericht wollen wir unsere Perspektive zeigen und die wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse unserer Arbeit präsentieren. Als Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg übernehmen auch wir im Bereich Arbeitsunfähigkeit eine bedeutende Rolle im Gesundheitssystem: Wir tragen dazu bei, Wirtschaftlichkeit, Gerechtigkeit und Transparenz sicherzustellen. So können sich die Mitglieder der Solidargemeinschaft darauf verlassen, dass mit ihren Mitteln sorgsam und zielgerichtet umgegangen wird.

2 Aktuelle Zahlen zur Arbeitsunfähigkeit in Deutschland

Mit Blick auf aktuelle Daten ist in Deutschland ein deutlicher Trend zu erkennen: Die Zahl der Arbeitsunfähigkeiten nimmt zu. Etwa 60 Millionen Mal im Jahr wird dies entsprechend attestiert. 2023 erreichte Deutschland mit 15,1 jährlichen Arbeitsunfähigkeitstagen pro beschäftigte Person in Deutschland einen neuen Höchstwert. Nur zwei Jahre zuvor waren es noch ganze vier Krankheitstage weniger, wie die folgende Abbildung zeigt ^{iv}:

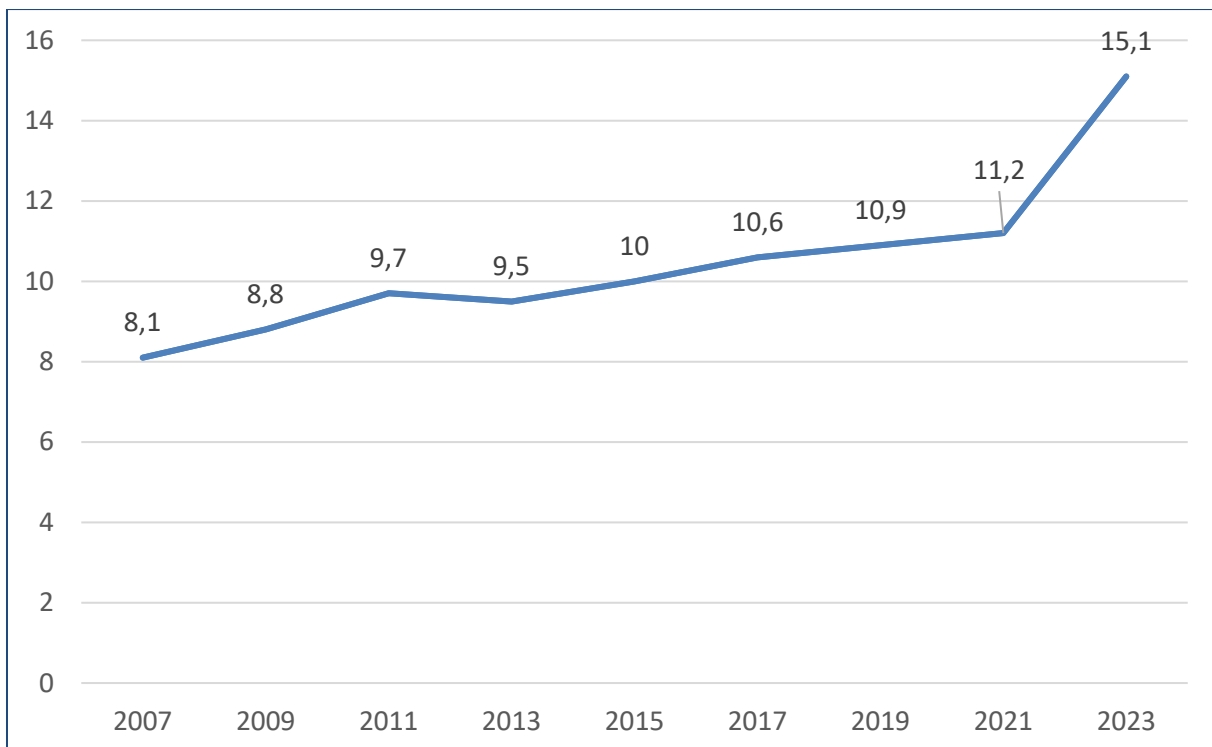


Abbildung 1: Entwicklung der Krankheitstage pro Beschäftigten, Quelle: Bundesamt für Statistik

Erfasst wurden für diese Darstellung nur Krankmeldungen von drei oder mehr Tagen. Der tatsächliche Wert liegt also höher. Schätzungen auf Basis von Daten des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) beziffern beispielsweise den bundesweiten Durchschnittswert für das Jahr 2022 auf 24,9 Tage ^v.

In der Region Berlin-Brandenburg lagen die Fehlzeiten im Vergleich zum Bundesdurchschnitt sogar höher und haben sich seit der Corona-Pandemie auf einem neuen Niveau eingependelt. Brandenburg verzeichnete 2024 für die AOK-Versicherten einen Krankenstand von etwa 7,5 Prozent. Das entspricht pro Kopf über 27 Fehltagen. Berlin lag mit 5,7 Prozent Krankenstand und damit rund 21 Krankheitstagen pro Beschäftigten niedriger ^{vi, vii}. Diese regionale Differenz deckt sich mit den Daten der Techniker-Krankenkasse: Die Fehlzeiten der TK-Versicherten lagen 2024 in Brandenburg bei circa 19 Prozent in Berlin und damit nah am Bundesdurchschnitt ^{viii}.

Die ansteigende Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit bestätigt eine im Februar 2025 veröffentlichte Stellungnahme des „ExpertInnenrats Gesundheit und Resilienz“ der Bundesregierung ^{ix}. Zuletzt berichtete auch der BKK-Dachverband in seiner Jahresauswertung über anhaltend hohe Krankenstände ^x.

In ihrem jährlichen Report nimmt die Krankenkasse AOK detaillierte Auswertungen der Fehlzeiten ihrer Versicherten vor. Beim Blick auf die AU-Daten wird ein klares Ungleichgewicht erkennbar. So entfiel von allen AU-Tagen 2023 der größte Anteil (39,3 Prozent) auf Fälle von Langzeitarbeitsunfähigkeit mit mehr als 42 Tagen Dauer^{xi}. Gleichzeitig machen diese langfristig Arbeitsunfähigen in der Verteilung mit 3,4 Prozent nur einen sehr kleinen Anteil aus. Langzeitfälle verursachen also in etwa so viele AU-Tage wie die 87,1 Prozent AU-Fälle von maximal 14 Tagen.

Mit dem Mehr an Arbeitsunfähigkeit gehen auch gestiegene Ausgaben für Krankengeld einher^{xii}. Die nachfolgende Abbildung zeigt eine deutliche Ausgabenentwicklung nach oben - der Unterschied zwischen 2019 und 2024 liegt bei mehr als sechs Milliarden Euro.

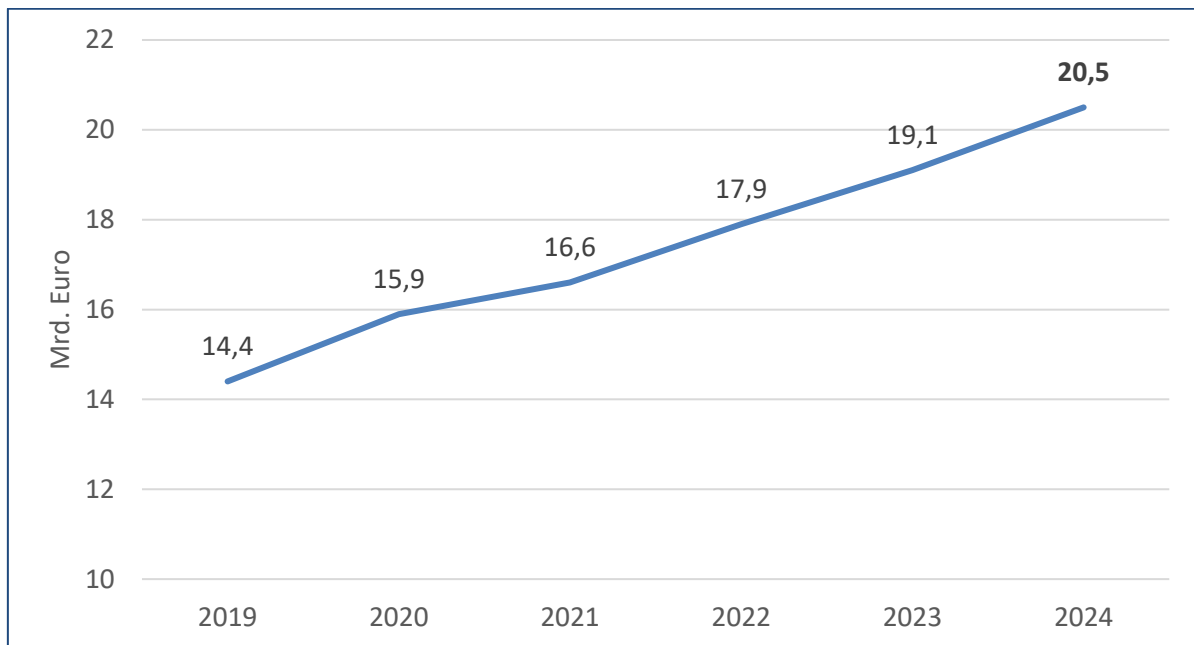


Abbildung 2: Ausgabenentwicklung für Krankengeld (in Mrd. Euro), Quelle: GKV-SV

Zwar macht das Krankengeld weiterhin nur einen kleinen Anteil von etwa 6 Prozent an den Gesamtausgaben der GKV aus (siehe Abbildung 3 auf der Folgeseite). Trotzdem führt die Entwicklung der Krankenstände zu einer erheblichen finanziellen Belastung für die Krankenkassen – insbesondere, wenn sich der aufsteigende Trend in den kommenden Jahren fortsetzen sollte. Die Folge: Sie müssen ihre Ressourcen anders verteilen, auf die Versicherten kommen womöglich Leistungseinschränkungen und höhere Beiträge zu.

Schließlich haben die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen direkte Auswirkungen auf die Beitragssätze. Der GKV-Schätzerkreis hält für 2025 fest, dass die Ausgaben der Krankenkassen um 6,8 Prozent, die Einnahmen aber nur um 3,7 Prozent steigen werden. Damit könnte der maximale Zusatzbeitrag 2025 bei über 4 Prozent liegen, was eine Erhöhung des Gesamtbeitragssatzes auf über 18,6 Prozent bedeuten würde. Auch im Hinblick auf den Produktivitätsverlust und die damit verbundenen betriebs- und volkswirtschaftlichen Kosten ist Arbeitsunfähigkeit von erheblicher gesellschaftlicher Bedeutung.

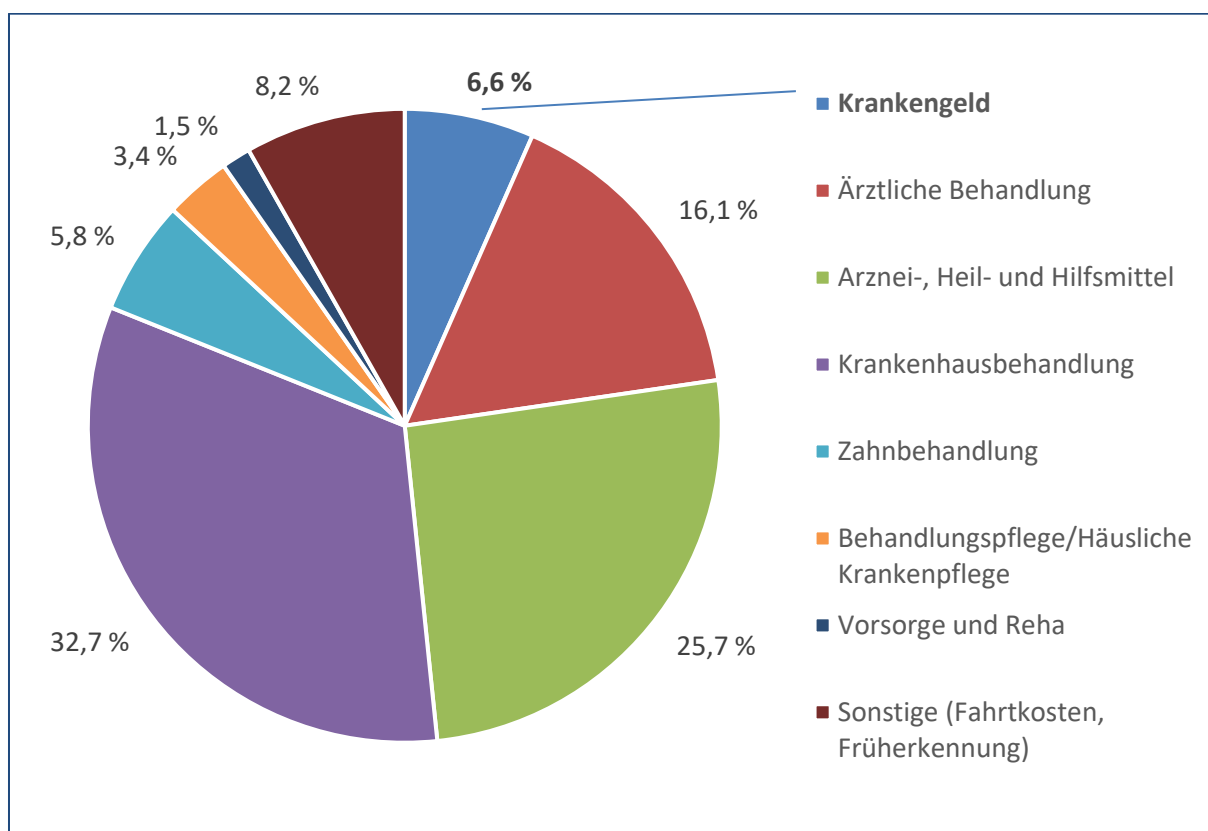


Abbildung 3: Ausgaben der GKV für einzelne Leistungsbereiche 2024, Quelle: GKV-SV

Ein langfristig wirkender Faktor für höhere Krankenstände ist laut Fehlzeiten Report 2024 der WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK - der stetige Anstieg von Fehlzeiten durch psychische Erkrankungen, die besonders lange Krankschreibungen verursachen. So haben die AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen seit 2014 um knapp 47 Prozent zugenommen (Stand: August 2024). Bei Krankschreibungen wegen Burnout-Erkrankungen war zudem ein Anstieg von 100 AU-Tagen je 100 erwerbstätige AOK-Mitglieder im Jahr 2014 auf knapp 184 Tage im Jahr 2024 festzustellen (Stand: August 2024). „Als Ursache vermuten wir ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren – von der Zunahme psychischer Belastungen durch globale Krisen bis zu Veränderungen in der Arbeitswelt wie Verdichtung und Entgrenzung der Arbeit durch ständige Erreichbarkeit.“ Besonders betroffen von psychischen Erkrankungen waren Berufe im Bereich „Erziehung und Unterricht“ sowie im Gesundheits- und Sozialwesen und in anderen kontaktintensiven Berufen wie der öffentlichen Verwaltung.

Gleichzeitig dürfen die Auswirkungen für den Einzelnen nicht außer Acht gelassen werden - von finanziellen und psychischen Belastungen bis hin zur sozialen Isolation. Als Medizinischer Dienst leisten wir einen wichtigen Beitrag, indem wir Krankenkassen und Versicherte dabei beraten, Arbeitsunfähigkeit richtig einzuordnen, Fehlentwicklungen frühzeitig entgegenzusteuern, gezielte Maßnahmen anzustoßen und damit lang andauernde AU möglichst zu verhindern – zum Wohl der Versicherten und zur Entlastung der Solidargemeinschaft.

3 Rechtliche und sozialmedizinische Grundlagen der Arbeitsunfähigkeit

3.1 Was bedeutet es, arbeitsunfähig zu sein?

Grundsätzlich gilt: Krankheit ist zwar eine notwendige Voraussetzung für Arbeitsunfähigkeit, jedoch kein allein ausfüllendes Kriterium, um sie zu begründen. Denn nicht eine Diagnose, abgebildet in einem Code des Klassifizierungskatalogs ICD-10, begründet AU. Vielmehr braucht es den Nachweis, dass die Krankheitsauswirkungen einer weiteren Ausübung der bisherigen Tätigkeit im Wege stehen. Vereinfacht heißt das: Ist Frau Muster heiser (ICD-10-Code R49.0: Dysphonie), wäre sie gegebenenfalls weiter als Reinigungskraft arbeitsfähig, aber nicht als Opernsängerin. Die Beurteilung von AU bezieht sich immer nur auf die versicherte Tätigkeit, die gerade oder zuletzt ausgeübt wurde.

Was umfasst Arbeitsunfähigkeit? Grundlage ist die Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) ^{xiii}, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erlassen wurde. Sie regelt als untergesetzliche Norm verbindlich, welche Maßstäbe für die Feststellung und Bescheinigung von AU anzuwenden sind. – sowohl für alle Leistungserbringer, die AU attestieren, als auch für die gesetzlichen Krankenkassen und uns als MD.

Demnach sind Versicherte arbeitsunfähig, wenn aufgrund von Krankheit die zuvor ausgeübte Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr einer Verschlechterung ausgeführt werden kann. Arbeitsunfähigkeit besteht zudem, wenn absehbar ist, dass aus der Ausübung der Tätigkeit gesundheitliche Probleme erwachsen, die unmittelbar eine AU begründen. Das gilt auch für einen Krankheitszustand, der für sich allein noch keine AU begründen würde. Ein Beispiel: Wer gelegentlich Rückenschmerzen hat, kann vielleicht problemlos im Büro bei abwechselndem Gehen, Stehen und Sitzen arbeiten. Muss eine Person mit dem gleichen Beschwerdebild jedoch täglich körperlich schwere Arbeit verrichten, könnten sich die Beschwerden verschlimmern. In diesem Fall wäre diese Person arbeitsunfähig. Auf unserer Internetseite fasst ein Erklärvideo ^{xiv} diese Grundlagen nochmal verständlich zusammen.

Arbeitsunfähigkeit muss immer ärztlich festgestellt werden. Die entsprechende Bescheinigung ist wichtig: sowohl für die versicherte Person als auch für den jeweiligen Arbeitgeber. Denn der Arbeitgeber zahlt im Krankheitsfall weiterhin das Gehalt, und zwar ab dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit für bis zu sechs Wochen.

Dauert die AU länger an, zahlt die Krankenkasse Krankengeld. Paragraph 48 im SGB V regelt die Dauer. Versicherte erhalten es prinzipiell ohne zeitliche Begrenzung, jedoch für dieselbe Erkrankung maximal 78 Wochen innerhalb von drei Jahren. Ein neuer Anspruch kann erst entstehen, wenn die Höchstanspruchsdauer erreicht ist und eine neue AU eintritt.

Diese Regelung stellt sicher, dass das Krankengeld nur einen vorübergehenden AU-bedingten Entgeltausfall abdeckt. Jedoch endet mit der Einstellung der Krankengeldzahlung nicht automatisch die AU. Die finanzielle Absicherung läuft dann aber über andere Sozialleistungsträger wie die Agentur für Arbeit oder die Deutsche Rentenversicherung.

Rechtlich werden in der GKV für die Bezugsgröße der aktuellen Tätigkeit drei Personenkreise unterschieden, was von Bedeutung bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit gemäß AU-Richtlinie ist:

- Beschäftigte: Darunter fallen alle Personen, bei denen ein versichertes Arbeitsverhältnis besteht.
- Arbeitssuchende: Darunter fallen alle Personen, die vor Eintritt der AU arbeitslos gemeldet waren.
- An- und ungelernte Personen, die während der Arbeitsunfähigkeit das Beschäftigungsverhältnis verlieren.

3.2 Aufgabe der Medizinischen Dienste

Die AU-Begutachtung ist gesetzlich geregelt im § 275 SGB V. Demnach sind die Krankenkassen verpflichtet, unter bestimmten Voraussetzungen eine gutachtliche Stellungnahme des MD einzuholen:

(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, (...)

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...

(1a) Zweifel an der Arbeitsunfähigkeit nach Absatz 1 Nr. 3 Buchstabe 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.

Die Prüfung hat unverzüglich nach Vorlage der ärztlichen Feststellung über die Arbeitsunfähigkeit zu erfolgen. Der Arbeitgeber kann verlangen, dass die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit einholt. 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.

Kurz gefasst überträgt der Gesetzgeber dem MD die Aufgabe, bei AU-Fallkonstellationen mit medizinischen Unklarheiten zu prüfen, ob berechtigte Zweifel des Arbeitgebers oder der Krankenkasse an einer AU vorliegen. Dabei schauen wir, ob alle in Frage kommenden Optionen zur Behandlung sowie Präventions- und RehaMaßnahmen für den Einzelfall ausgeschöpft wurden.

3.3 Ziele der Begutachtung

Die Begutachtung durch den MD zielt auf folgende Punkte ab:

- die Reintegration des Einzelnen in den Arbeitsprozess,
- die Vermeidung von Langzeit-AU durch zeitgerechte Empfehlung zu Maßnahmen wie bspw. der stufenweisen Wiedereingliederung,
- die Empfehlung einer medizinischen Rehabilitation oder von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
- eine berufliche Qualifikationsmaßnahme.

Im Unterschied zu den ärztlichen Behandlerinnen und Behandlern, die eine Erkrankung diagnostizieren, attestieren und in der Folge auch therapieren, sprechen unsere Begutachtenden lediglich sozialmedizinische Empfehlungen aus. Im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen prüfen sie also nach den sozialgesetzlichen Vorgaben, ob die Voraussetzungen für eine Gewährung der Leistung Krankengeld im Einzelfall und aus sozialmedizinischer Sicht erfüllt sind. Zu diesem Zweck bewerten sie alle Angaben zur Erkrankung, Therapie und zu den Krankheitsauswirkungen – und zwar im individuellen Kontext der konkreten beruflichen Tätigkeit. Dabei berücksichtigen die Begutachtenden sowohl die berechtigten Interessen der Versicherten als auch die der Versichertengemeinschaft. Therapeutische Leistungen erbringen oder verordnen sie nicht und greifen auch nicht in die ärztliche Behandlung ein.

Der MD berät die Krankenkassen bei AU im Einzelfall in der Sozialmedizinischen Fallberatung und erstellt bei Beauftragung sozialmedizinische Stellungnahmen, das Produkt unserer Begutachtung. Die Zusammenarbeit zwischen Krankenkasse und MD ist dabei verbindlich durch die Begutachtungsanleitung zur Arbeitsunfähigkeit (BGA AU) ^{xv} geregelt. Der Gesetzgeber zielt darauf ab, bundesweit einheitliche Beurteilungen zu ermöglichen, eine hohe Qualität der Begutachtungen zu sichern und die Krankenkassen in ihren Entscheidungen rechtssicher zu unterstützen. Die Vorgaben der BGA AU schaffen deshalb Transparenz und Nachvollziehbarkeit und fördern eine effiziente Bearbeitung von AU-Fällen.

4 Produktdefinition in der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

Die AU-Begutachtung ist gesetzlich klar geregelt und läuft bundesweit einheitlich ab. Die gutachtlichen Stellungnahmen sind die „Produkte“ unserer Dienstleistung. Dafür gibt es einen Katalog ^{xvi}, der die sozialmedizinischen Leistungen nach Produktgruppen klassifiziert. So werden ein gemeinsames Verständnis und eine Vergleichbarkeit der Begutachtungsleistungen sichergestellt. Die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste gibt sich mit dem Produktkatalog, gemeinsam erarbeiteten Empfehlungen, Arbeitshilfen und Handbüchern einen Rahmen für die einheitliche Aufgabenwahrnehmung der Begutachtung. Zusätzlich erlässt der Medizinische Dienst Bund verbindliche Richtlinien für die Begutachtung, die in allen regionalen Medizinischen Diensten zur Anwendung kommen.

4.1 Produktportfolio der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

Der Produktkatalog spielt besonders für die Personalbedarfsermittlung (PBE) eine Rolle. Denn nur auf Basis standardisierter Produkte kann eine belastbare Personalberechnung und -planung erfolgen. So ist die einheitliche Produktdefinition das Fundament für die effektive und wirtschaftliche Arbeit der Medizinischen Dienste.

Unterschieden wird im Produktkatalog prinzipiell zwischen versichertenbezogenen gutachtlichen Stellungnahmen im Einzelfall (Produktgruppen S, I und II) und Beratungen ohne Versichertenbezug (Produktgruppe III). Für die Einzelfallbegutachtung im Bereich AU sind die in der Übersicht blau dargestellten versichertenbezogenen Produktgruppen relevant:

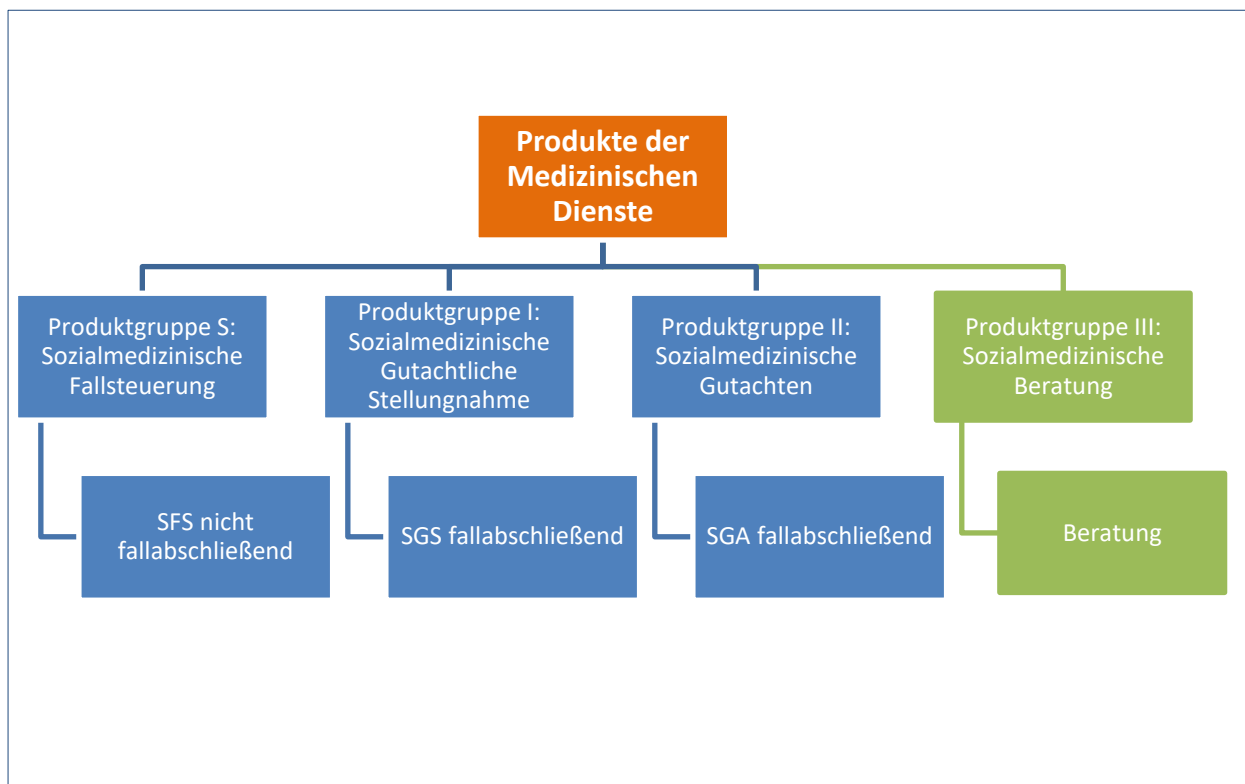


Abbildung 4: Produktportfolio im Produktkatalog der MD-Gemeinschaft, Quelle: eigene Darstellung

Sozialmedizinische Fallsteuerung (SFS)

Die sozialmedizinische Fallsteuerung gehört zur Produktgruppe S. Sie erfolgt im Rahmen der Vorberatung und dient der Auswahl und Konkretisierung von Begutachtungsaufträgen. Sie ist ein Hauptinstrument in der Begutachtung, da eine Fallberatung im Verlauf einer AU im Einzelfall auch mehrfach erfolgen kann, bis oder bevor ein Begutachtungsauftrag erteilt wird. Im Ergebnis dieser Beratung wird das weitere Vorgehen im individuellen AU-Fall festgelegt: Es können so genannte „weitere Ermittlungen“ notwendig werden durch eine gezielte Befundanforderung, oder es wird direkt eine persönliche Begutachtung empfohlen. Nach unserer Definition bezeichnet man die Fallsteuerung SFS als „Produkte ohne Fallabschluss“.

Sozialmedizinische Stellungnahme

Wird von der Krankenkasse ein Auftrag zur Begutachtung erteilt, wird dieser vom Begutachtenden mit einer sozialmedizinischen Stellungnahme abgeschlossen. Diese gutachtliche Stellungnahme soll dem Auftraggeber einen Leistungsentscheid im vorgelegten AU-Fall ermöglichen. Der Begutachtende entscheidet in der Regel über die Wahl des Produktes und die Erledigungsart als Aktenlage oder Begutachtung mit Versichertenkontakt. Letztere kann persönlich wie auch im digitalen Kontakt (Telefon, Video) erfolgen.

Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme (SGS)

Die Sozialmedizinische Gutachtliche Stellungnahme beantwortet in kurzer Form sachgerecht die Frage der auftraggebenden Krankenkasse zur aktuellen AU und nennt mit dem Ergebnis die wesentlichen Gründe. Die Stellungnahme kann im persönlichen Kontakt mit der/dem Versicherten, aber auch auf der Grundlage vorliegender schriftlicher Befunde und Informationen nach Aktenlage erfolgen.

Sozialmedizinisches Gutachten (SGA)

Das Sozialmedizinische Gutachten beschreibt den medizinischen Sachverhalt ausführlicher, es erfolgt eine detailliertere sozialmedizinische Bewertung und Beurteilung unter Nennung der begutachtungsrelevanten Unterlagen und Informationen. Auch das SGA kann entweder nach Aktenlage oder im persönlichen Kontakt erstellt werden. Die nachfolgende Grafik zeigt den Anteil der Fallberatungen als nicht fallabschließende Produkte (Produktgruppe I) in Relation zu den fallabschließenden Stellungnahmen der Produktgruppen II an der Gesamtzahl der AU-Produkte in 2024:

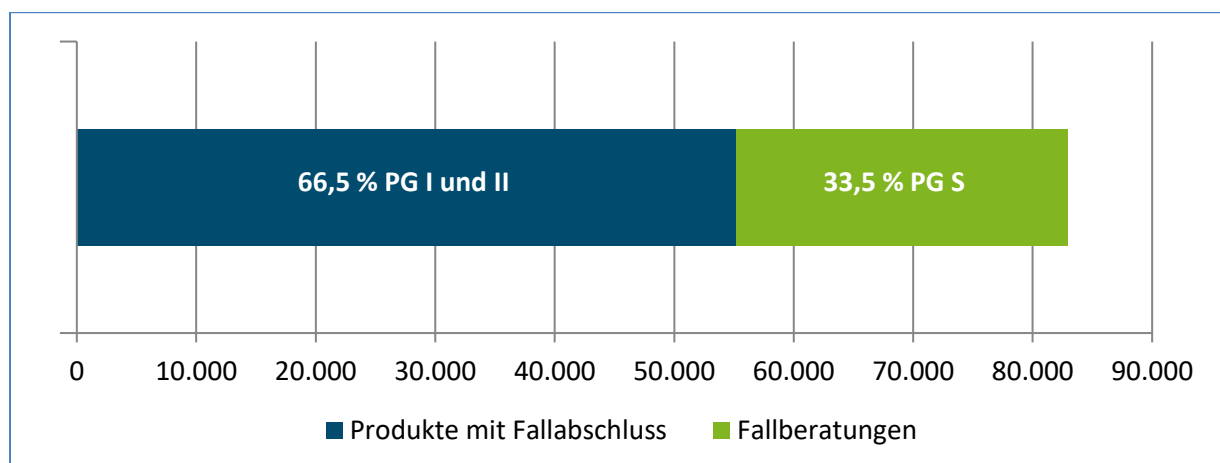


Abbildung 5: Verteilung der erledigten Produkte in 2024, Quelle: eigene Daten (Stand: 23.08.2025)

5 Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit im MD BB: Zahlen, Daten, Fakten 2024

5.1 Aufträge und Produkte

Betrachtet man den Auftragseingang, muss zunächst zwischen einem Brutto- und einem Nettowert unterschieden werden. Denn die Krankenkasse kann bereits beauftragte Fälle wieder stornieren - zum Beispiel, wenn Versicherte gesund und demnach nicht mehr arbeitsunfähig sind. Eine Stornierung kann auch erfolgen, wenn Versicherte der Einladung zur Begutachtung nicht nachkommen.

Im Jahr 2024 haben die Krankenkassen den MD BB 98.413 (Brutto) mal zur AU-Begutachtung beauftragt. In 14.723 Fällen wurde der Auftrag von der Krankenkasse storniert, in der Mehrzahl (12.705) der Fälle, weil Versicherte nicht zur Befunderhebung erschienen (siehe auch Einladungseffekt unter 5.3). Die Anzahl der erledigten Produkte im Jahr 2024 belief sich somit auf 82.979 (Netto).

Fallabschließende Produkte

66,5 Prozent der Netto-Aufträge (55.203) wurden mit einem fallabschließenden Produkt erledigt, davon 83 Prozent als kurze Stellungnahme SGS (45.914) und 17 Prozent (9.289) als Gutachten SGA.

Nichtfallabschließende Produkte (SFS)

Von den 82.979 Aufträgen wurden 33,5 Prozent (27.776) vorberaten und mit einer Fallsteuerung abgeschlossen. Bei 44,5 Prozent der Fälle (12.353) wurde eine Begutachtung empfohlen, 15.423-mal (55,5 Prozent) waren weitere Ermittlungen durch zusätzliche Befunde und Informationen nötig.

5.2 Erledigungsart

Die Aufträge der Krankenkassen für Begutachtungen werden inzwischen zu fast 100 Prozent über den elektronischen Datenaustausch (eDA) übermittelt. Er ermöglicht eine schnelle und sichere Übertragung notwendiger Informationen und reduziert den administrativen Aufwand. Die gesetzlichen Grundlagen stellen sicher, dass die elektronischen Prozesse sicher und datenschutzkonform ablaufen.

Die Wahl des Produktes – also die Erledigungsart nach Aktenlage oder als Begutachtung mit Versichertenkontakt - richtet sich primär nach den Fragestellungen der Krankenkasse (Anlass der Begutachtung) im Kontext der AU sowie nach den individuellen Besonderheiten des jeweiligen Falles. Der konkrete Begutachtungsanlass ist also ein wichtiges Bestimmungsmerkmal für die Erledigungsart. Kann die Frage der Krankenkasse im Rahmen einer Fallberatung nicht abschließend beantwortet werden, besteht die Möglichkeit, eine Begutachtung zu beauftragen. Die Entscheidung über die angemessene Art und den Umfang der Begutachtung trifft das Begutachtungspersonal entsprechend den intern vereinbarten Regelungen. Es gilt, das Maß des Notwendigen nicht zu überschreiten.

5.2.1 Begutachtung nach Aktenlage

In der Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit BGA AU ist klar geregelt, dass die Medizinischen Dienste gemäß § 275 SGB V verpflichtet sind, auf Anforderung der Krankenkassen zur AU eine gutachtliche Stellungnahme abzugeben. Dabei wird ausdrücklich erwähnt, dass die Begutachtung grundsätzlich nach Aktenlage erfolgt, sofern die vorliegenden Informationen ausreichen, um eine

sozialmedizinische Einschätzung vorzunehmen. Auch im MD BB sind folgende Maßgaben Voraussetzung für eine Begutachtung ohne persönlichen Kontakt mit der versicherten Person:

- **Vollständige und aussagekräftige Unterlagen:** Dazu zählen ärztliche Befunde, Diagnosen, Therapieberichte und ggf. Reha- oder Krankenhausberichte zur aktuellen AU.
- **Keine offenen Fragen:** Es liegen keine Unklarheiten oder Widersprüche vor, es ist kein zusätzlicher Erkenntnisgewinn durch die körperliche Untersuchung zu erwarten.

Die Vorteile der Begutachtung nach Aktenlage umfassen:

- **Zeitersparnis:** schnelle Entscheidungsfindung ohne zusätzliche Termine, kürzere Laufzeiten
- **Ressourcenschonung:** weniger Aufwand für Krankenkasse und MD
- **auf Versichertenseite Vermeidung bzw. Reduzierung** des organisatorischen Aufwands und der körperlichen Belastungen (z. B. durch Anreisewege, Inanspruchnahme von Begleitpersonen) sowie von psychischen Belastungen durch Aufregung

Von den 55.203 fallabschließenden Produkten 2024 wurden schließlich knapp 70 Prozent als Aktenlagebegutachtung und 30 Prozent mit Befunderhebung erstellt.

5.2.2 Begutachtung mit Versichertenkontakt

Eine Begutachtung im direkten Versichertenkontakt kann notwendig werden, wenn

- ein zusätzlicher Erkenntnisgewinn durch die körperliche Untersuchung zu erwarten ist,
- Befunde beziehungsweise Informationen zur AU präzisiert werden müssen,
- für die Beurteilung der Input und die Mitwirkung der versicherten Person erforderlich sind.

Für eine Begutachtung mit persönlichem Kontakt kommen Versicherte in der Regel in die jeweilige Untersuchungsstelle unserer vier Standorte in Berlin, Cottbus, Fürstenwalde und Potsdam.

Die Einführung der Telefonbegutachtung während der Corona-Zeit und im Nachgang die Erweiterung um die Möglichkeit, in bestimmten Fallkonstellationen oder bei spezifischen Fragestellungen per Video zu einem zielführenden Ergebnis zu kommen, wird seit 2023 zusätzlich angeboten. Sie wird von Krankenkassen und Versicherten gut angenommen. Im Jahr 2024 haben die persönlichen Begutachtungen im Vergleich zur Zeit der Corona-Pandemie, als der persönliche Kontakt stark minimiert war, wieder einen neuen hohen Wert erreicht. Im Jahr 2024 lag die persönliche Befunderhebung als Erledigungsart bei 31 Prozent (16.582). Von diesen 31 Prozent konnten wiederum 84 Prozent (13.924 Versicherte) im Rahmen reiner so genannter „Erweiterten Symptombezogenen Untersuchung“ (ESBU) in den Untersuchungsstellen und 16 Prozent (2.685 Versicherte) im Rahmen einer umfangreichen (Nach-) Untersuchung (NU) persönlich begutachtet werden. Zu den Begutachtungen mit Versichertenkontakt zählen auch jene im digitalen Kontakt per Telefon und per Video.

5.3 Fragen der Krankenkassen und Ergebnis der Begutachtung

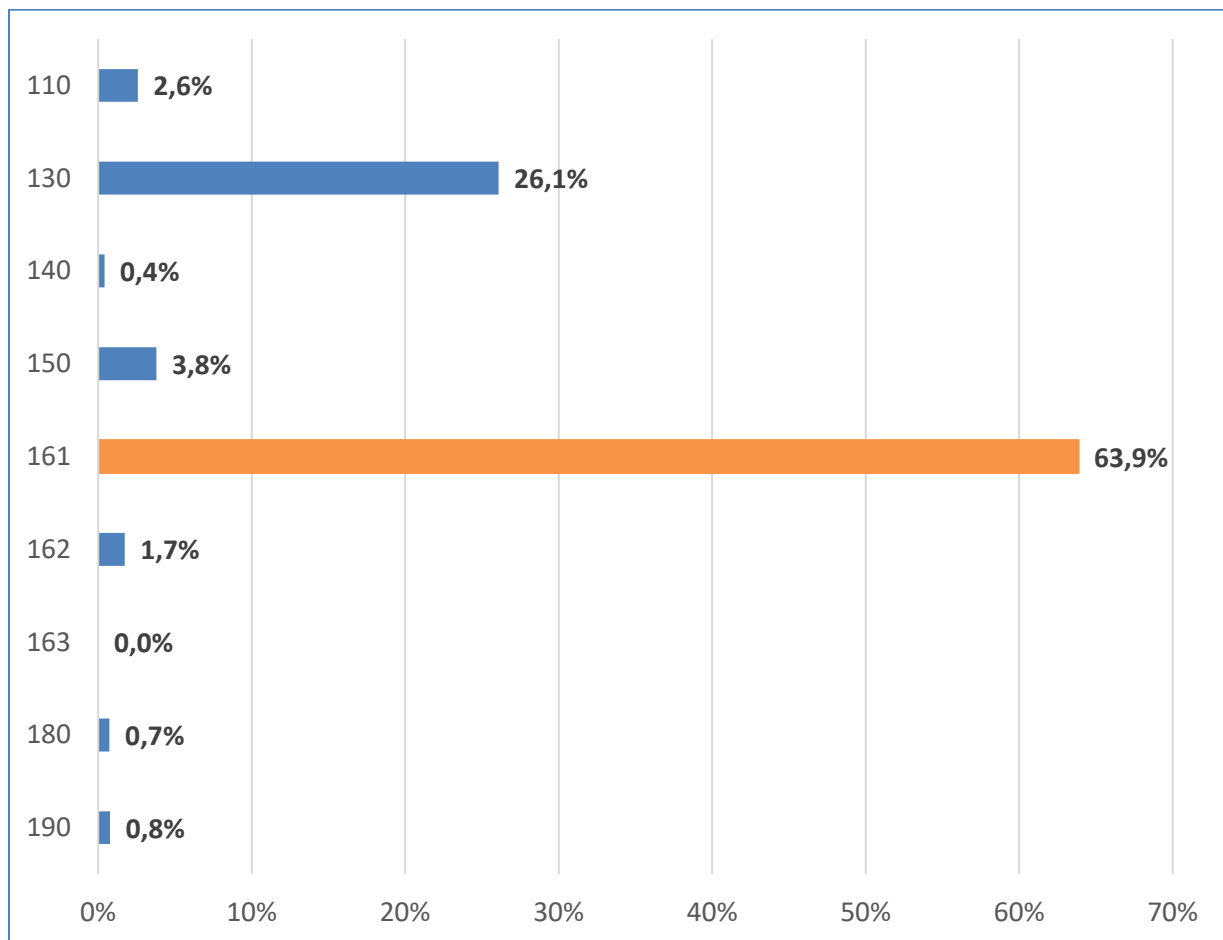
Bei der Beauftragung stellt die Krankenkasse Fragen zur AU eines Versicherten. Es soll dabei immer eine führende Frage ausgewählt werden, wobei vom MD alle Fragen zu beantworten sind. Diese Fragen sind auch im eDA zwischen Krankenkasse und MD definiert und für statistische Zwecke mit einem Anlasssschlüssel hinterlegt.

Folgende inhaltliche Fragen (Anlässe) umfassen die BGA AU, das Handbuch Berichtswesen der Medizinischen Dienste sowie der eDA bei Beauftragung im AU-Kontext:

Anlassschlüssel	Beschreibung
110	Fragen zum Behandlungskonzept
130	Fragen zur Erwerbsfähigkeit und Notwendigkeit medizinischer Rehabilitation und/oder Leistungen zur Teilhabe
140	Fragen zum Zusammenhang von Erkrankungen
150	Fragen nach dem Leistungsbild
161	Fragen zur Dauer der AU bei Zweifel der Krankenkasse
162	Fragen bei Zweifel des Arbeitgebers an der AU
163	Fragen zur AU bei Leistungsempfängern aus dem SGB II (Bürgergeldempfänger)
180	Fragen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Hamburger Modell)
190	sonstige Fragestellungen zur AU – z. B. Urlaubsaufenthalt im Ausland

Abbildung 6: Übersicht der bundeseinheitlichen Anlassschlüssel, Quelle: eigene Darstellung

Die Gesamtverteilung der Fragestellungen der Krankenkassen (Anlassschlüssel) in Bezug auf die 2024 erstellten Produkte (Fallberatungen und Stellungnahmen/Gutachten 82.979) gestaltete sich wie folgt:



*Abbildung 7: Erledigte Produkte nach Anlassschlüssel in 2024, MD BB
Quelle: eigene Daten (Stand: 10.07.2025)*

5.3.1 Dauer der AU, Zweifel der Krankenkasse

Mit etwa 64 Prozent machen Fragen zur Dauer der AU (Anlassschlüssel 161) den größten Anteil aus. Da eine Arbeitsunfähigkeit bis zu 78 Wochen (Krankengeldbezug) einnehmen kann, beauftragt die Krankenkasse hier auch mehrfach in einem individuellen Fall und fragt nach der prognostizierten Dauer der AU. Die Zweifel der Krankenkasse an der AU sollen durch sozialmedizinischen Sachverstand im individuellen Fall geklärt werden. Sie können zum Beispiel entstehen, weil Krankschreibungen ungewöhnlich lang dauern, sich häufig wiederholen oder regelmäßig kurz vor oder nach dem Wochenende oder Urlaub liegen. Auch widersprüchliche Angaben der Versicherten oder fehlende Begründungen in der ärztlichen Bescheinigung für die AU-Dauer können Anlass für eine genauere Prüfung sein.

5.3.2 Zweifel des Arbeitgebers an der AU

Auch der Arbeitgeber selbst kann die AU des oder der Mitarbeitenden in Zweifel ziehen (Anlassschlüssel 162). Diese Fälle stellen allerdings nur einen geringen Prozentsatz (2 Prozent) im gesamten Beauftragungsportfolio der Krankenkassen dar.

Die Verteilung dieser Aufträge über die Kalenderjahre zeigt einen Anstieg in der Corona-Pandemie, war dann 2023 rückläufig und liegt 2024 bei etwa 3.000 Aufträgen (siehe nachfolgende Abbildung):

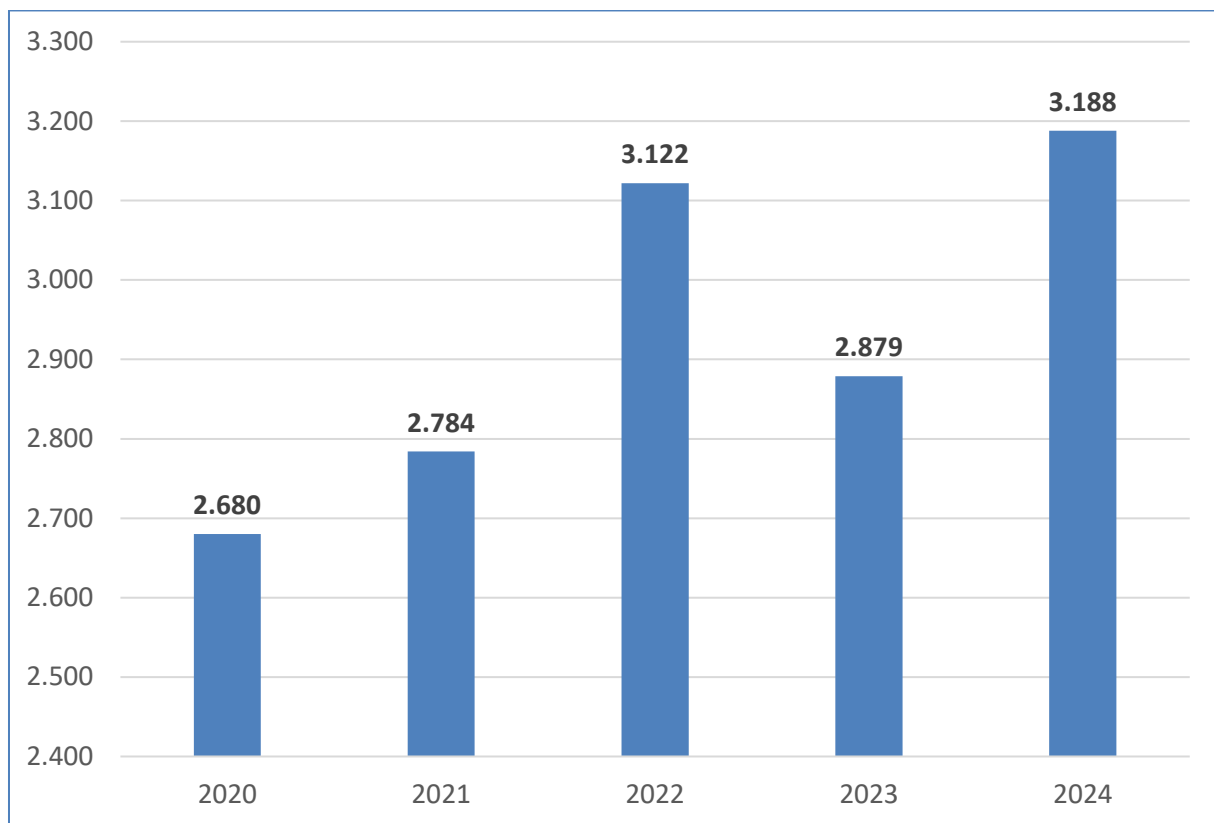


Abbildung 8: Entwicklung der Aufträge zu Arbeitgeberzweifeln, MD BB
Quelle: eigene Daten (Stand: 10.07.2025)

Bedeutsam ist, dass von den Aufträgen zum Arbeitgeberzweifel in 2024 circa 40 Prozent wieder durch die Krankenkassen storniert wurden. Bei den Aufträgen mit Befunderhebung waren es sogar über 70 Prozent. Ursächlich hierfür ist hauptsächlich das Nichterscheinen der eingeladenen Versicherten zum Begutachtungstermin. Das wird als der sogenannte „Einladungseffekt“ bezeichnet. Er ist in diesem Sinne als positiv oder „gewollt“ zu werten, weil Versicherte dann entweder genesen sind und/oder wieder ihrer Tätigkeit nachgehen, anstatt sich begutachten zu lassen.

Als mitursächlich für die niedrigen Auftragszahlen beim Arbeitgeberzweifel kann die verstärkte Prüfverantwortung der Krankenkassen angesehen werden, unter anderem bedingt durch die Einführung der elektronischen AU-Bescheinigung im Juli 2022. Denn die eAU ermöglicht eine vollständige und standardisierte Erfassung aller AU-Fälle. Das verbessert die Transparenz über Krankheitsverläufe und die Zuverlässigkeit bei der Prüfung von Krankengeldansprüchen. Die Krankenkassen können so möglicherweise früher und ohne eine Begutachtung durch den MD den entsprechenden Leistungsentscheid treffen.

5.3.3 Fragen zur Erwerbsfähigkeit

Neben den Fragen zur Dauer der AU dominiert in der Verteilung mit 26 Prozent die Frage zur Erwerbsfähigkeit (Anlassschlüssel 130). Sie erfolgt meist nach längerer Arbeitsunfähigkeit, insbesondere dann, wenn der Bezug von Krankengeld sich dem Ende nähert (max. 78 Wochen). Die Krankenkasse muss laut Gesetz (§ 51 SGB V) durch den MD prüfen lassen, ob eine versicherte Person

dann Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder zur Teilhabe am Arbeitsleben beantragen soll. Diese Leistungen werden in der Regel von der Rentenversicherung oder Agentur für Arbeit übernommen, die Leistungspflicht der Krankenkasse endet damit.

§ 51 SGB V

Bei Versicherten, deren Erwerbsfähigkeit nach ärztlichem Gutachten erheblich gefährdet oder gemindert ist, kann die Krankenkasse eine Frist von 10 Wochen setzen, innerhalb der sie einen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben zu stellen haben.

Stellen Versicherte den Antrag nicht innerhalb dieser Frist, entfällt der Anspruch auf Krankengeld mit Ablauf der Frist. Wird der Antrag später gestellt, lebt der Anspruch auf Krankengeld mit dem Tag der Antragstellung wieder auf.

Ob eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit oder sogar eine Minderung derselben vorliegt, hat demnach große Relevanz für Versicherte. Aufgrund dessen hat der Gesetzgeber dieser Begutachtung einen besonderen Stellenwert beigemessen, mit hohen Anforderungen an die Qualität der gutachtlichen Stellungnahme. In regelmäßigem Austausch mit der Deutschen Rentenversicherung Bund in Berlin haben wir das Feedback erhalten, dass die Gutachten unseres MD diese hohe Qualität aufweisen und in der Regel ohne Zweitbegutachtung beim Rentenversicherungsträger für dessen Leistungsentscheid herangezogen werden können.

Die Frage, ob die medizinischen Voraussetzungen zur Anwendung des § 51 SGB V vorliegen, wird mit folgenden Ergebnissen/Ergebnisschlüsseln abgeschlossen:

Ergebnisschlüssel	Beschreibung
52	Es liegt eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vor. AU weiterhin auf Zeit.
53	Es liegt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor. AU auf Dauer.
62	Es liegen weder eine Gefährdung noch Minderung der Erwerbsfähigkeit vor.

Abbildung 9: Übersicht der Ergebnisschlüssel nach § 51 SGB V, Quelle: eigene Darstellung

Die gutachterlichen Empfehlungen in diesen Fällen sind:

- bei einer Gefährdung der Erwerbsfähigkeit - eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme
- bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit - Leistungen zur beruflichen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder eine Umdeutung des Reha-Antrags in einen Rentenantrag.

Die Ergebnisse bei Anlass 130 verteilen sich für das Jahr 2024 wie folgt:



*Abbildung 10: Ergebnisse bei der Frage nach der Erwerbsfähigkeit (2024),
Quelle: eigene Daten (Stand: 10.07.2025)*

Für alle Fragen zur AU gibt es entsprechend der Aussage in der Begutachtung passende Ergebnisse und zugehörige Schlüssel. Diese werden für die Statistik verwendet:

Ergebnisschlüssel	Beschreibung
10	aus medizinischer Sicht nicht weiter AU innerhalb von 14 Tagen
20	aus medizinischer Sicht weiter AU auf Zeit
30	aus medizinischer Sicht AU auf Dauer
40	Aussagen zum Leistungsbild
50	Fragen nach dem Leistungsbild
70	andere Antwort (z. B. bei Fragen zum Zusammenhang von Erkrankungen)

Abbildung 11: Übersicht der sonstigen Ergebnisschlüssel, Quelle: eigene Darstellung

Die gutachterlichen Empfehlungen lauten:

- „Aus medizinischer Sicht nicht weiter AU“, wenn die weitere AU innerhalb der nächsten 14 Tage beendet werden kann.
- „Aus medizinischer Sicht auf Zeit AU“, wenn die weitere AU zwar länger als 14 Tage andauern wird, aber Arbeitsfähigkeit innerhalb einer AU-Dauer von 78 Wochen eintreten wird.
- „Aus medizinischer Sicht auf Dauer AU“ sind Versicherte, wenn eine Rückkehr in die bisherige/maßgebliche Tätigkeit nicht möglich ist - voraussichtlich sowohl über das Leistungsende des Krankengeldes hinaus als auch sechs Monate ab dem Zeitpunkt der Beurteilung.

Für die Frage der Krankenkasse nach der Dauer der AU sind diese drei Ergebnisse von maßgeblicher Bedeutung. Eine „AU auf Dauer“ bedeutet, dass die Erwerbsfähigkeit dauerhaft gemindert und somit eine Arbeitsrückkehr nicht mehr möglich ist. Damit prüft nun der Rentenversicherungsträger die empfohlenen Leistungen (siehe Anlass 130) und übernimmt sie in der Regel. Interessant für die Krankenkassen in Bezug auf den Leistungsentscheid (Krankengeldzahlung) ist auch das Ergebnis „Aus medizinischer Sicht nicht weiter AU“. Dann ist nämlich keine fortlaufende Krankengeldzahlung mehr notwendig.

Von den fallabschließend erstellten Produkten (55.203) im Jahr 2024 entfielen 64 Prozent (32.366) auf das Ergebnis einer befristeten Arbeitsunfähigkeit („auf Zeit AU“). Der Anteil erhöht sich noch auf 68 Prozent, rechnet man die Ergebnisse hinzu, bei denen die Frage nach der Erwerbsfähigkeit gestellt, aber weder eine Gefährdung noch Minderung festgestellt wurde (5.474). In der Regel sind diese Versicherten nicht arbeitsfähig und weiter „auf Zeit AU“. Arbeitsunfähigkeit auf Dauer AU macht schließlich 2,1 Prozent aus, der Anteil derer, die als nicht weiter arbeitsfähig begutachtet wurden, 9,2 Prozent. Alle übrigen Ergebnisse fallen in andere Kategorien wie „Ergebnis zur Erwerbsfähigkeit“ (52, 53), „Aussagen zum Leistungsbild“ (40) und „andere Antwort“ (70):

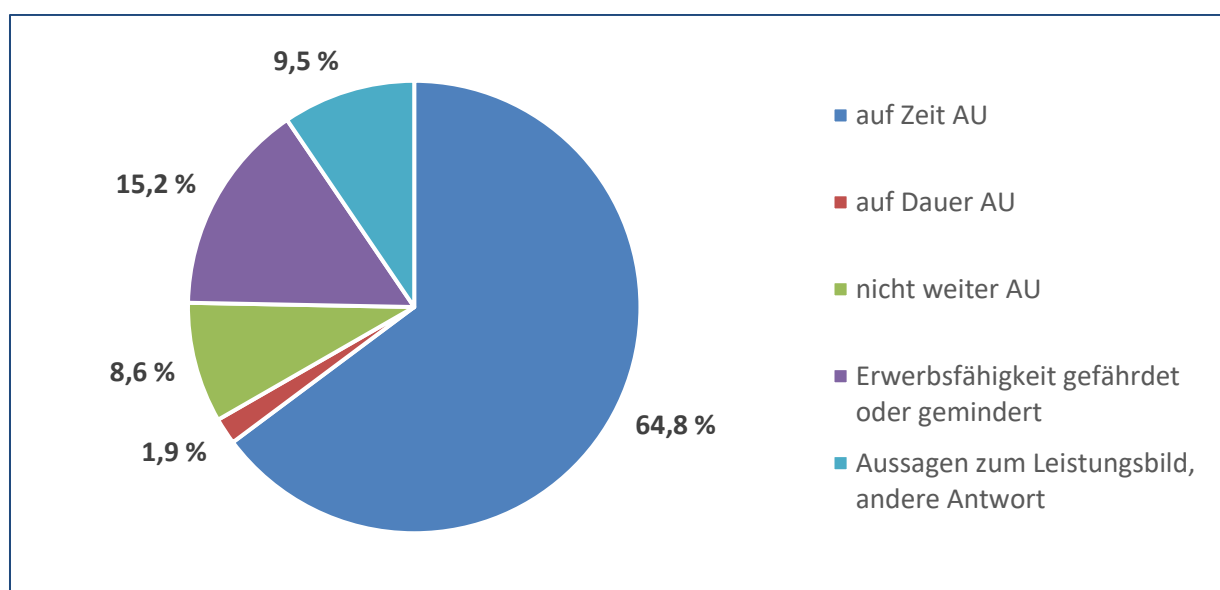


Abbildung 12: Verteilung der AU-Ergebnisse in Bezug auf alle AU-Produkte 2024 im MD BB,
Quelle: eigene Daten (Stand: 23.08.2025)

Vergleichen wir diese Werte mit denen aus den Vorjahren, sehen wir keine nennenswerten Veränderungen:

Jahr	Produkte mit Fallabschluss	nicht weiter AU in %	auf Zeit AU in %	auf Dauer AU in %	Erwerbsfähigkeit gefährdet oder gemindert in %	Leistungsbild Andere Antwort in %
2021	64.292	13	67	< 1	14	5
2022	55.098	9	69	2	15	5
2023	54.320	8	70	2	16	4
2024	55.203	9	68	2	16	5

Abbildung 13: Entwicklung der AU-Ergebnisse, MD BB. Quelle: eigene Daten (Stand: 23.08.2025)

5.4 Laufzeit

Im Hinblick auf die durchschnittliche Laufzeit der Produkte von Auftragseingang bis -ausgang bewegen wir uns insgesamt in einem erfreulich niedrigen Bereich. Bei der Begutachtung in den Untersuchungsstellen (ESBU) wird das Ergebnis mit kurzer gutachtlicher Stellungnahme (SGS) sogar taggleich an die auftraggebende Krankenkasse übermittelt, sodass hier eine zügige Klärung der weiteren Perspektive für den Versicherten ermöglicht wird.

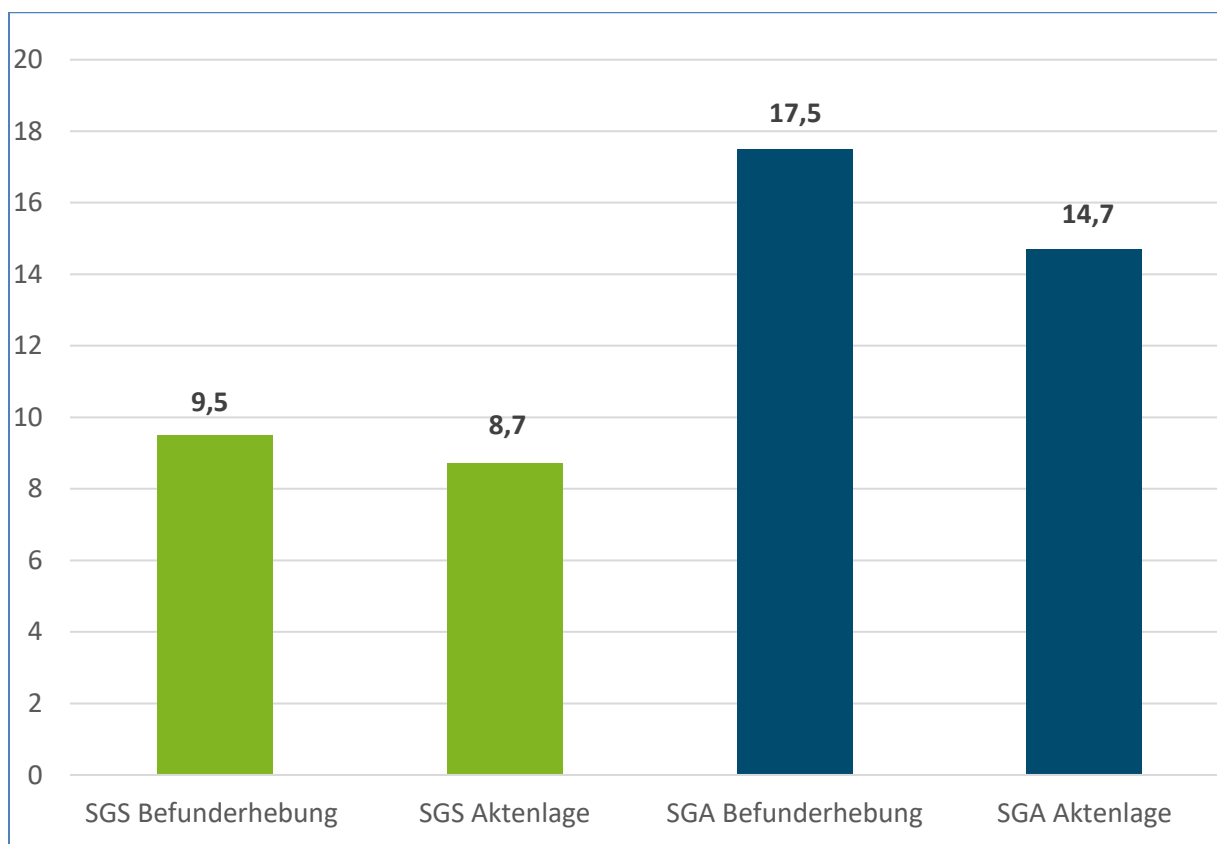


Abbildung 14: Laufzeit nach Struktur der fallabschließenden Produkte in Tagen, Quelle: eigene Daten (Stand: 10.07.2025)

Die Grafik (Abb. 14) stellt die Laufzeit nach der Struktur unserer Produkte da. Es wird ersichtlich, dass die SGS mit Befunderhebung mit 9,5 Tagen und die kurzen Stellungnahmen als reine Aktenlagebegutachtungen (SGS Aktenlage) mit 8,7 Tagen die kürzeste Laufzeit aufweisen. Gutachten nach Aktenlage (SGA) benötigen im Schnitt rund fünfzehn Tage. Die persönliche Befunderhebung (SGA Befunderhebung) stellt die aufwändigste Form der Begutachtung dar und dauert in der Regel mit Erstellung eines Gutachtens zwei bis vier Stunden – auch da sie in den Regionen entsprechend terminiert werden muss. Die persönliche Befunderhebung ist daher angezeigt für komplexere AU-Fallkonstellationen, für die wir zudem versuchen, einen Facharztbezug herzustellen. Hier beträgt die Laufzeit durchschnittlich 17,5 Tage.

6 Die Untersuchungsstelle

Besonderes Augenmerk wollen wir auf unsere Untersuchungsstelle legen. Sie ist seit Jahren ein Aushängeschild unseres MD. Das Angebot an kurzen Untersuchungen mit eigenen Kontingenten für die Termine und taggleichen Ergebnis wird von den regionalen Kassen hochgeschätzt und hat auch andere Dienste animiert, eine solche Stelle einzurichten. Die meisten sogenannten Vor-Ort-Begutachtungen finden an unserem Berliner Standort statt. Sie werden aber auch in den Brandenburger Regionen angeboten.

Physisch ist unsere Untersuchungsstelle barrierefrei gestaltet – sowohl im Zugang, im Bereich der Sanitäranlagen sowie in den Untersuchungszimmern. Die Anmeldung erfolgt am Empfang, wo die Versicherten eine Wartenummer erhalten. Zur Vorbereitung auf die Begutachtung füllen sie einen Fragebogen aus. Wichtige begutachtungsrelevante Dokumente der Versicherten werden gescannt und dem Auftrag zugeordnet. Im großen Wartebereich können sich die Versicherten anhand eines Videos über den Ablauf der Begutachtung informieren, bis sie in einen von insgesamt dreizehn Untersuchungsräumen abgeholt werden. Zumeist stehen pro Werktag acht bis neun Mitarbeitende für die Begutachtung zur Verfügung.

6.1 Form und Erledigungsarten der Befunderhebung in den Untersuchungsstellen

Erweiterte symptombezogene Untersuchung

Wir unterscheiden bei den Kurzuntersuchungen zwischen denen, die als Kontingenttermine vergeben werden, und den Erweiterten symptombezogenen Untersuchungen (ESBU). Der hauptsächliche Unterschied liegt darin, dass die ESBU auf Anraten eines MD-Begutachtenden im Rahmen der Vorberatung initiiert wird. Kontingente hingegen erlauben den Krankenkassen, je nach Größe, eine Terminvereinbarung zur Begutachtung auch ohne vorherige Sichtung des Falls durch einen Begutachtenden.

Es gibt für beide Formen mit den regionalen Krankenkassen geeinte Zuweisungskriterien. Hierbei sind die Diagnosen, die AU-Dauer im laufenden Fall und die Fragestellung der Kasse von Bedeutung, damit eine Befragung und Befunderhebung für alle Seiten auch effizient erfolgen können. Kurzuntersuchungen fokussieren aufgrund der zeitlichen Begrenzung vorrangig auf Fragen zum Behandlungskonzept sowie zur Dauer der AU und zum Arbeitgeberzweifel. Komplexeren Fragestellungen, zum Beispiel zur Erwerbsfähigkeit, dem Leistungsbild oder zum Zusammenhang von Erkrankungen, kann diese Form der zeitlich begrenzten Begutachtung jedoch nicht gerecht werden. Es ist daher wichtig, dass Versicherte von ihrer Krankenkasse im Vorfeld zur Einladung gut informiert sind, um Beschwerdepotential zu minimieren. Zum sogenannten Einladungseffekt sei hier nochmal auf das Kapitel 5.1 verwiesen.

Eine taggleiche gutachtliche Stellungnahme (SGS) ermöglicht den Krankenkassen schließlich einen zeitnahen Leistungsentscheid und dem Versicherten eine schnelle Klärung seiner aktuellen sozialmedizinischen Perspektive.

Videobegutachtung

Mit dem Angebot, bei bestimmten Fallkonstellationen mit geeigneten Diagnosen und Fragestellungen der Krankenkasse per Video zu begutachten, haben wir ein zusätzliches Tool in unserem Portfolio. Das erspart Versicherten aus Brandenburg oder auch aus Polen weite Anfahrtswege und ermöglicht trotzdem die persönliche Begutachtung. Inzwischen unterstützen wir mit der Videobegutachtung auch Medizinische Dienste anderer Bundesländer: Sie haben auf Anfrage die Möglichkeit, Versicherte, die vor Ort ebenfalls weite Anfahrtswege hätten, durch uns per Video begutachten zu lassen. Die Videobegutachtung stellt eine moderne und versichertenorientierte Ergänzung des Begutachtungsangebots dar. Sie eröffnet zusätzliche Interaktionsmöglichkeiten und trägt dazu bei, Belastungen für die Versicherten, die im Begutachtungsprozess entstehen können, deutlich zu reduzieren. Besonders für Personen mit bestimmten psychischen Erkrankungen – etwa Angsterkrankungen – bietet dieses Verfahren die Möglichkeit, die Begutachtung in einer vertrauten und sicheren Umgebung durchzuführen.

Weitere Vorteile sehen wir auch für die eigenen Belange in der Entwicklung und Etablierung eines Instruments zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf für die Begutachtenden durch die Möglichkeit, im Home-Office tätig zu sein, sowie durch den Wegfall von Wegezeiten und die Verringerung von Fahrtkosten und Emissionen. So kann außerdem der zeitliche Aufwand pro Produkt verringert werden, was wiederum die Effizienz und Auslastung der Begutachtenden steigert. Die Nutzung der Videobegutachtung wird den Versicherten freigestellt. Sie können die Begutachtung also immer auch persönlich in der Dienststelle wahrnehmen.

Dass nicht alle Versicherten der Einladung durch den MD folgen, haben wir bereits unter 5.3 im Zusammenhang mit dem Einladungseffekt erläutert. So nahmen etwa 43 Prozent der in 2024 zur Begutachtung in die Untersuchungsstelle eingeladenen Versicherten den Termin nicht wahr. Dabei zeigen sich regionale Abweichungen. 85 Prozent der Brandenburger Versicherten folgten der Einladung, während es bei den Berliner Versicherten nur 74 Prozent waren. Die Verhaltensunterschiede könnten daran liegen, dass in ländlichen Gegenden mehr Akzeptanz gegenüber Institutionen wie dem MD herrscht. Umfragen^{xvii} zeigen allgemein, dass auf dem Land das Vertrauen in Institutionen höher ist, während städtische Versicherte sie kritischer hinterfragen.

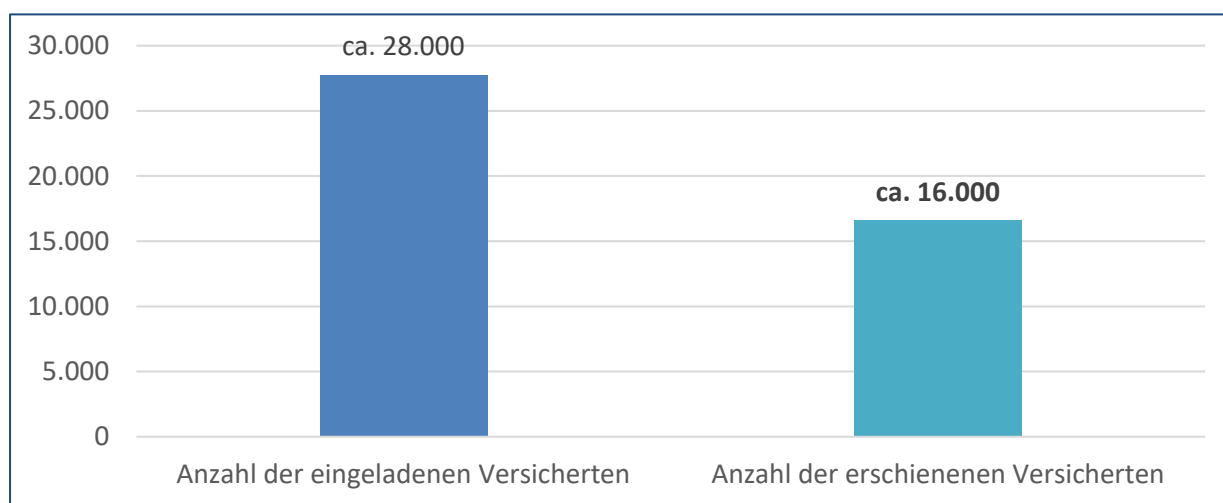



Abbildung 15: Einladungseffekt - Eingeladene und erschienene Versicherte in 2024, MD BB

Quelle: eigene Daten (Stand: 10.07.2025)



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

Herzlich Willkommen

Dies ist das Videoportal des Medizinischen Dienstes Berlin-Brandenburg.

Sollten Sie von uns eine Einladung zur Begutachtung bekommen haben, können Sie sich hier registrieren, um unser Angebot zur Videobegutachtung wahrzunehmen.

[Jetzt registrieren](#)

Registrierung

Danke, dass Sie sich für unsere Videobegutachtung registrieren möchten. Bitte füllen Sie das folgende Formular aus. Im Anschluß werden wir Ihnen eine Bestätigungs-E-Mail zuschicken, mit der Sie Ihre Registrierung bestätigen können. Sobald diese Bestätigung vorliegt, können wir Sie zu einer Videobegutachtung einladen.

Ihr Vorname


Ihr Nachname

Ihr Geburtsdatum

TT . MM . JJJJ


Ihre E-Mail Adresse

☐ Ich gebe meine [Einwilligungserklärung zur Videobegutachtung](#) und bin mit der [Datenschutzerklärung](#) einverstanden.

☐ Ich bin kein Roboter. 

Bitte lösen Sie das Captcha, um zu bestätigen, dass Ihre Anmeldung nicht automatisiert geschieht.

[Registrieren](#)



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

Registrierung bestätigen

Vielen Dank für Ihre Registrierung. Sie bekommen von uns nun eine E-Mail, um Ihre E-Mail Adresse zu bestätigen. Bitte klicken Sie auf den Link in der E-Mail, um Ihre Registrierung abzuschließen.

Hallo,

vielen Dank für Ihre Registrierung zur Videobegutachtung. Um Ihnen eine Einladung zu einer Videobegutachtung zuschicken zu können, möchten wir gerne Ihre E-Mail Adresse verifizieren. Sollten Sie sich zur Videobegutachtung bei uns mit dieser E-Mail Adresse angemeldet haben, klicken Sie bitte auf den folgenden Button. Sollten Sie dies nicht getan haben, ignorieren Sie bitte diese E-Mail.

[Klicken Sie hier zur Bestätigung](#)

Vielen Dank,
MD Berlin Brandenburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie wurden zu einer Videobegutachtung mit dem Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg eingeladen. Sie können die Begutachtung wesentlich erleichtern, wenn Sie vorliegende

Krankenhausentlassungsberichte, aktuelle Befunde der behandelnden Ärzte, Pflegedokumentation der Pflegeeinrichtung, derzeitige Medikamente sowie andere Unterlagen am Begutachtungstag bereitlegen.

Titel: Test Videobegutachtung
Datum: 31.08.2023
Uhrzeit: 11:45 Uhr
geschätzte Dauer: 15 Minuten

Mit dem folgenden Button gelangen Sie auf unser Videoportal.

Bitte geben Sie auf der Seite für Ihren Termin die folgende PIN zur Authentifizierung an: 7701

[Zum Termin](#)



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

Begutachtung

Titel: Test Videobegutachtung
Termin: 31.08.2023 – 11:30 Uhr
Dauer ca.: 15 Minuten

Der/die Gutachter/-in ist noch nicht anwesend, bitte warten Sie.



Medizinischer Dienst
Berlin-Brandenburg

Begutachtung

Titel: Test Videobegutachtung
Termin: 31.08.2023 – 11:30 Uhr
Dauer ca.: 15 Minuten

Die Begutachtung läuft.

[Teilnehmen](#)

Abbildung 16: Anmeldung zur Videobegutachtung im MD BB, Quelle: eigene Darstellung

6.2 Reportingtool für Aufträge zur Begutachtung mit Versichertenkontakt

Seit 2023 können wir den Krankenkassen für die Untersuchungsstellen ein neues, modernes Auswertungs- und Reportingtool für ihre Aufträge zur Begutachtung mit Versichertenkontakt zur Verfügung stellen. Er erfasst Daten zu Aufträgen und deren Erledigungsstand dynamisch und kann von den Krankenkassen jederzeit eigenständig, mit festdefinierten Zugriffsrechten, abgerufen werden kann. Dabei ist eine differenzierte Übersicht mit verschiedensten Filtern wie Anlass der Begutachtung, Auftragsstand, Region der Begutachtung, Differenzierung nach Diagnosen, Alter der Versicherten und Ergebnis der Stellungnahmen möglich. Zudem lässt sich ein Vergleich „Gesamt-GKV“ darstellen (siehe nachfolgende Abbildung 17). So können Planung und Fallmanagement in der jeweiligen Kasse effizienter gestaltet werden. Die Kassen nutzen dieses Reporting sehr ausgiebig.



Abbildung 17: Beispiel aus Bericht der Untersuchungsstelle zur Arbeitsunfähigkeit,
Quelle: eigene Darstellung

7 Analysen der AU-Begutachtungen nach ausgewählten Filterkriterien

Im Folgenden werden unsere Leistungen in der AU-Begutachtung im Jahr 2024 anhand der Daten aus unseren Berichtsportalen diskutiert. Dazu zunächst ein Blick auf das Gesamtbild: Wie die nachfolgende Grafik zeigt, wird im Vergleich zu knapp 63 Millionen AU-Fällen in Deutschland nur ein sehr geringer Anteil (unter ein Prozent) von den Krankenkassen für eine Begutachtung beauftragt. Der Anteil der Produkte aus dem MD Berlin-Brandenburg an der MD-Gemeinschaft liegt mit ca. 80 000 bei 13 Prozent.

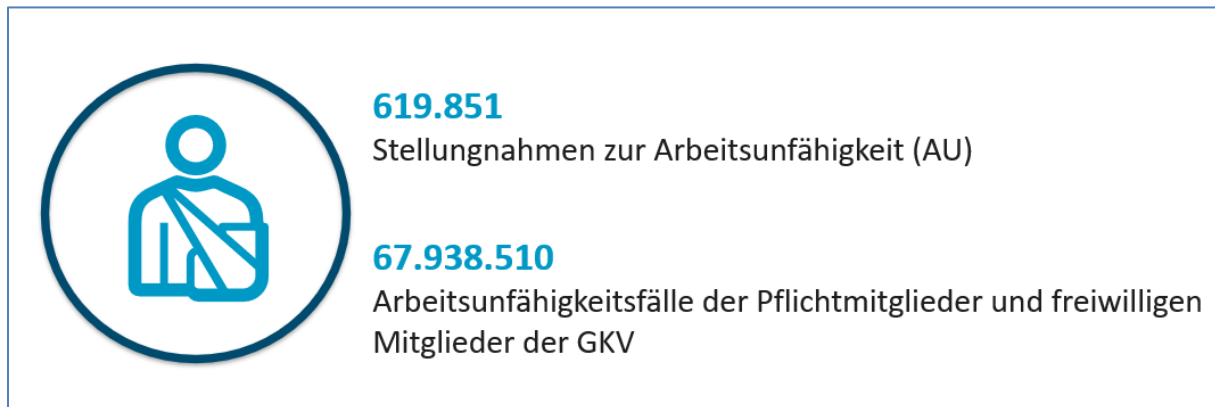


Abbildung 18: Sozialmedizinische Stellungnahmen bei AU in 2024, Quelle: MD Bund

Bei der Betrachtung der nachfolgenden Darstellungen muss beachtet werden, dass Filterkriterien wie Berufsfelder (Gesundheits-, Sozialberufe oder Berufe aus dem handwerklichen Bereich), der Zeitrahmen von Beginn der AU bis zur Beauftragung bzw. bis zum Begutachtungszeitpunkt oder Maßnahmen, die empfohlen wurden, anhand der MD-Datenerhebung und Statistik nicht ad hoc ausgewertet werden können. Hierfür sind repräsentative Stichprobenziehungen nötig, die für den diesjährigen Bericht noch nicht durchgeführt wurden.

7.1 Altersverteilung

Erwartungsgemäß hat die Altersstruktur Einfluss auf die krankheitsbedingten Fehlzeiten. Die Altersverteilung der AU-Begutachteten fällt dabei wenig überraschend aus: jüngere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (bis 39 Jahre) werden seltener begutachtet. Die Altersgruppe, in der am häufigsten bei AU begutachtet wird, ist mit 31 Prozent die der 50- bis 59-jährigen. Sie weist eine höhere Inzidenz von chronischen Erkrankungen und degenerativen Veränderungen auf, die zu längeren und häufigeren Fehlzeiten führen können ^{xviii}. Bei den über 60-jährigen steht schließlich eher die Frage nach der Erwerbsfähigkeit im Vordergrund.

Unsere Daten (siehe nächste Abbildung) decken sich mit der Fachliteratur. So wiesen laut Barmer-Gesundheitsreport von 2023 ^{xix} in der Kohorte der 15- bis 19-jährigen nur knapp fünf Prozent der Arbeitnehmer mindestens einen AU-Tag im Jahr 2021 auf. In der Altersgruppe der 40- bis 44-jährigen waren es dann bereits mehr als sieben Prozent, am oberen Ende der Skala bei den 60- bis 64-jährigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern rund neun. Ähnlich fallen Daten der DAK aus ihrem Gesundheitsreport aus ^{xx}.

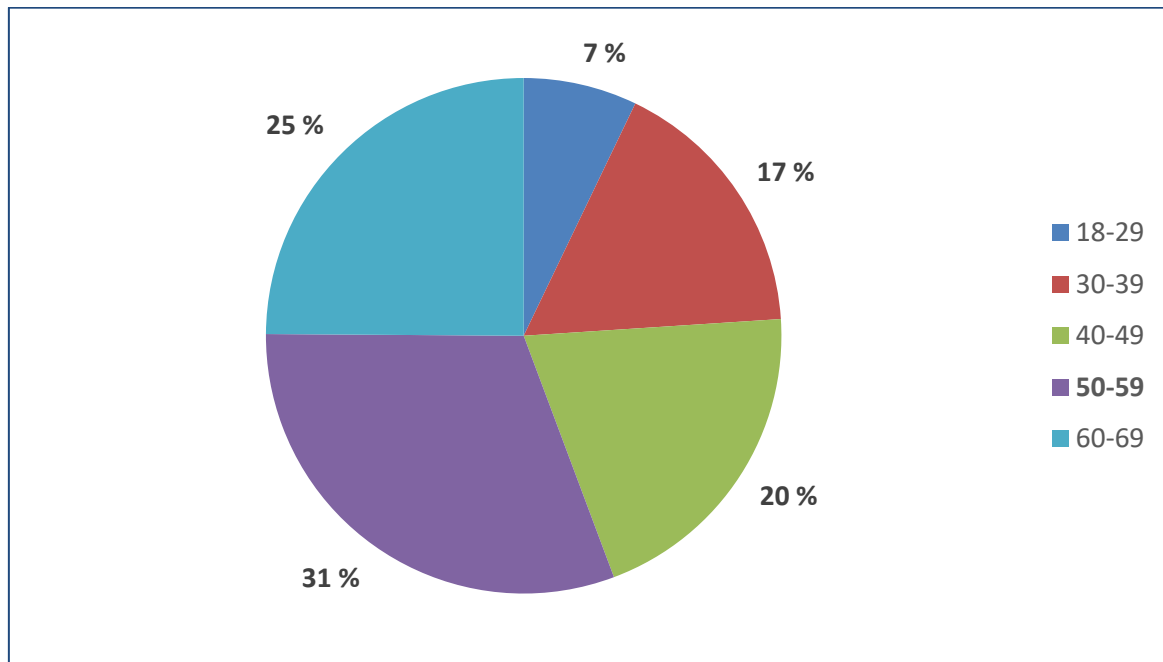


Abbildung 19: Altersverteilung der Begutachteten Personen in 2024,
Quelle: eigene Daten (Stand: 13.06.2025)

7.2 Geschlechterverteilung

Bei Frauen wird häufiger ein Begutachtungsauftrag ausgelöst als bei Männern. Dies hängt womöglich damit zusammen, dass Frauen tendenziell länger krankheitsbedingt ausfallen. Multifaktorielle Mehrfachbelastung durch Beruf, Familie und Haushalt führt zu höherem Stress und damit zu einer höheren Anfälligkeit für Erkrankungen. Nach dem Barmer Gesundheitsreport von 2023 waren 74,0 Prozent der Frauen und 69,0 Prozent der Männer mindestens einmal arbeitsunfähig gemeldet. Auch der Krankenstand war bei Frauen höher: 6,67 Prozent im Vergleich zu 5,83 Prozent bei Männern.

In der Geschlechterverteilung des vergangenen Jahres sehen wir in unseren Daten rund 10.000 mehr weibliche (ca. 46.000) als männliche Versicherte (ca. 36.000).

7.3 AU-führende Diagnosen

Wie bereits im einführenden Kapitel beschrieben, erreichte Deutschland 2023 mit 15,1 jährlichen Arbeitsunfähigkeitstagen pro beschäftigte Person einen neuen Höchstwert. Laut Fehlzeiten-Report der AOK von 2024 ^{xxi} waren für die Krankschreibungen abgesehen von Muskel- und Skelett-Erkrankungen nach wie vor Erkrankungen der Atemwege führend. Neben einer erhöhten Virenverbreitung durch Corona und einer größeren Empfänglichkeit für Infektionen könnte aber auch die Einführung der elektronischen Krankmeldung eAU zur vollständigeren Erfassung des Krankenstandes beigetragen haben, so der Bericht. In den letzten zehn Jahren hat zudem die Anzahl an AU-Tagen wegen psychischer Erkrankungen um knapp 47 Prozent zugenommen (Stand: August 2024). Dies ist vor allem von Bedeutung, weil psychische Erkrankungen mit besonders langen Ausfallzeiten einhergehen. So dauerte ein Erkrankungsfall, der von einer Atemwegserkrankung verursacht wurde, im Jahr 2023 im Durchschnitt 6,1 Tage. Mitarbeitende mit psychischen Erkrankungen fehlen dem Bericht zufolge im Durchschnitt hingegen 28,1 Tage pro Erkrankungsfall.

Diagnose und Geschlecht

Die Auswertung der führenden AU-Diagnosen in den Daten unserer Untersuchungsstelle zeigt, dass am häufigsten solche aus dem Spektrum der psychischen und psychosomatischen Störungen zur Begutachtung beauftragt werden.

Bei über einem Drittel der Fälle (38,6 Prozent) war die AU-begründende Diagnose eine psychische Erkrankung. Depressive Störungen (ICD-10-Code F32 und F33.1) nehmen den Hauptanteil ein, gefolgt von Anpassungsstörungen (ICD-10-Code F43) und der Neurasthenie (geistige und körperliche Erschöpfung, ICD F48). Auch Angststörungen (ICD-10-Code F41) und psychische Störungen, bei denen wiederholt körperliche Symptome auftreten (ICD-10-Code F45, somatoformen Störungen), zählen zu den psychischen Hauptdiagnosen bei Begutachtung. Insgesamt traten psychiatrische Erkrankungen als Grund für eine AU häufiger bei Frauen (44,1 Prozent) als bei Männern (32,2 Prozent) auf. Auch verschiedenste Schlafstörungen (ICD-10-Code G47) gehören zu den nennenswerten AU-Diagnosen, die als AU-führend angegeben wurden. Bei den organischen Diagnosen sind in der Gruppe der Muskel- und Skeletterkrankungen vorrangig die verschiedenen Arten an Rückenschmerzen (ICD-10-Code M54) zu benennen. Der Anteil bei Männern war mit 18,4 Prozent geringfügig höher als der bei Frauen (15,3 Prozent). Gefolgt werden sie von den Bandscheibenschäden (ICD-10-Code M51).

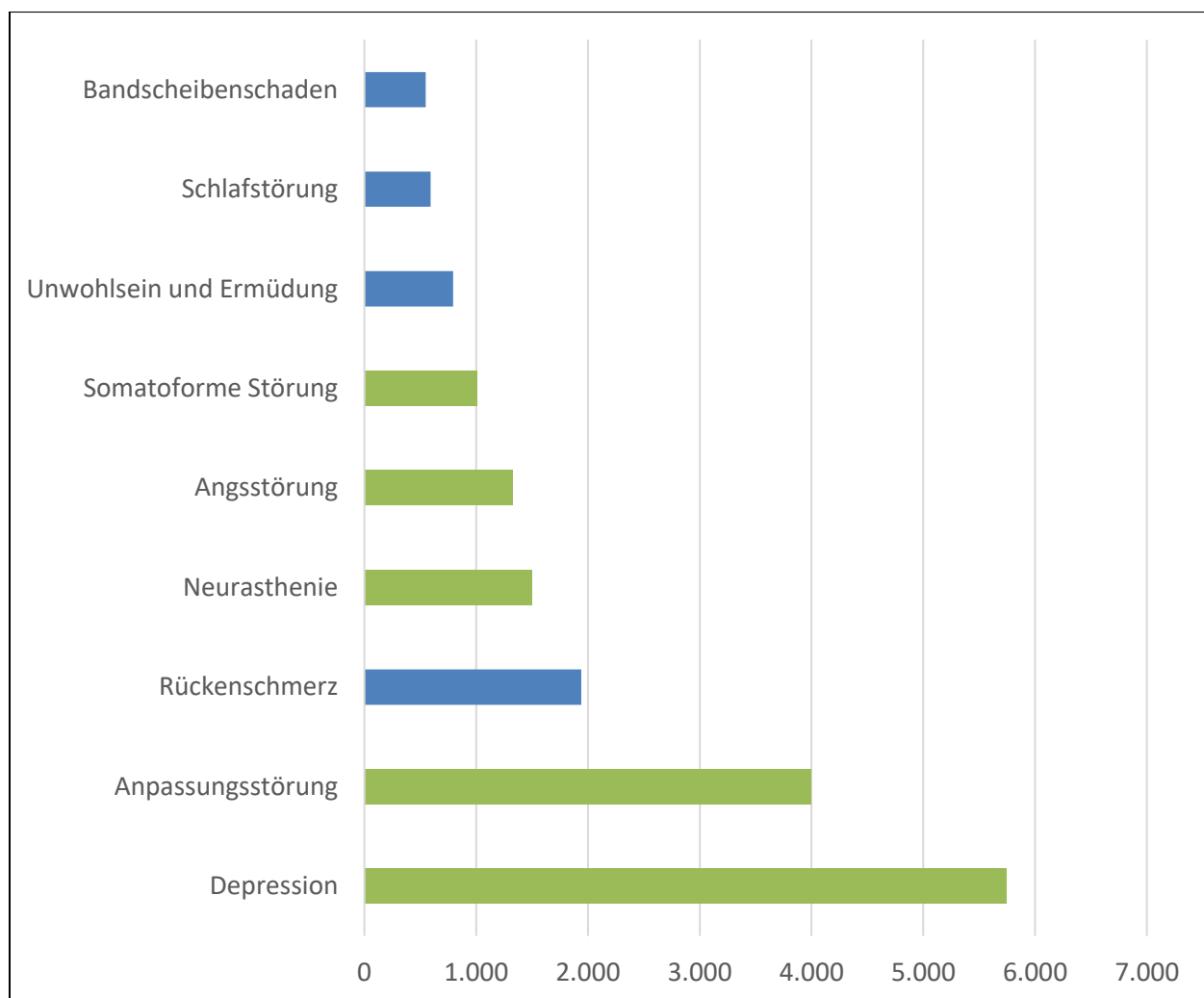


Abbildung 20: Häufigste Diagnosegruppen, Quelle: eigene Daten (Stand: 10.06.2025)

Die Häufigkeitsverteilung der AU-führenden Diagnosen 2024 im MD Berlin-Brandenburg weicht von der allgemeinen Verteilung der attestierten Arbeitsunfähigkeitsfälle in Deutschland ab. Die großen Gesundheitsreports deutscher Krankenkassen wie DAK, AOK und BKK zeigen seit Jahren übereinstimmend, dass Atemwegs- und Muskel-Skelett-Erkrankungen die meisten AU-Fälle verursachen. Psychische Erkrankungen nehmen weiter zu, sind dagegen aber für die längsten Ausfallzeiten pro Fall und damit für einen Großteil der gesamten AU-Tage verantwortlich. Diese Diskrepanz lässt sich dadurch erklären, dass der MD verstärkt bei komplexeren oder länger dauernden Fällen, vorrangig in der Entgeltfortzahlung nach sechs Wochen AU, beauftragt wird. Da spielen psychische Erkrankungen (F-Diagnosen nach ICD 10) oft eine Rolle. Atemwegserkrankungen (ICD-10-Code J06) sind häufig kürzer und werden dem MD kaum zur Begutachtung vorgelegt, da die Krankenkassen gemäß der BGA AU vor dem 21. Tag der AU den MD in der Regel nicht mit einer Stellungnahme beauftragen. Die nachfolgende Abbildung zeigt, wie die psychischen F-Diagnosen (fett gedruckt) im Vergleich zu den Muskel- und Skeletterkrankungen in allen Altersklassen dominant sind.

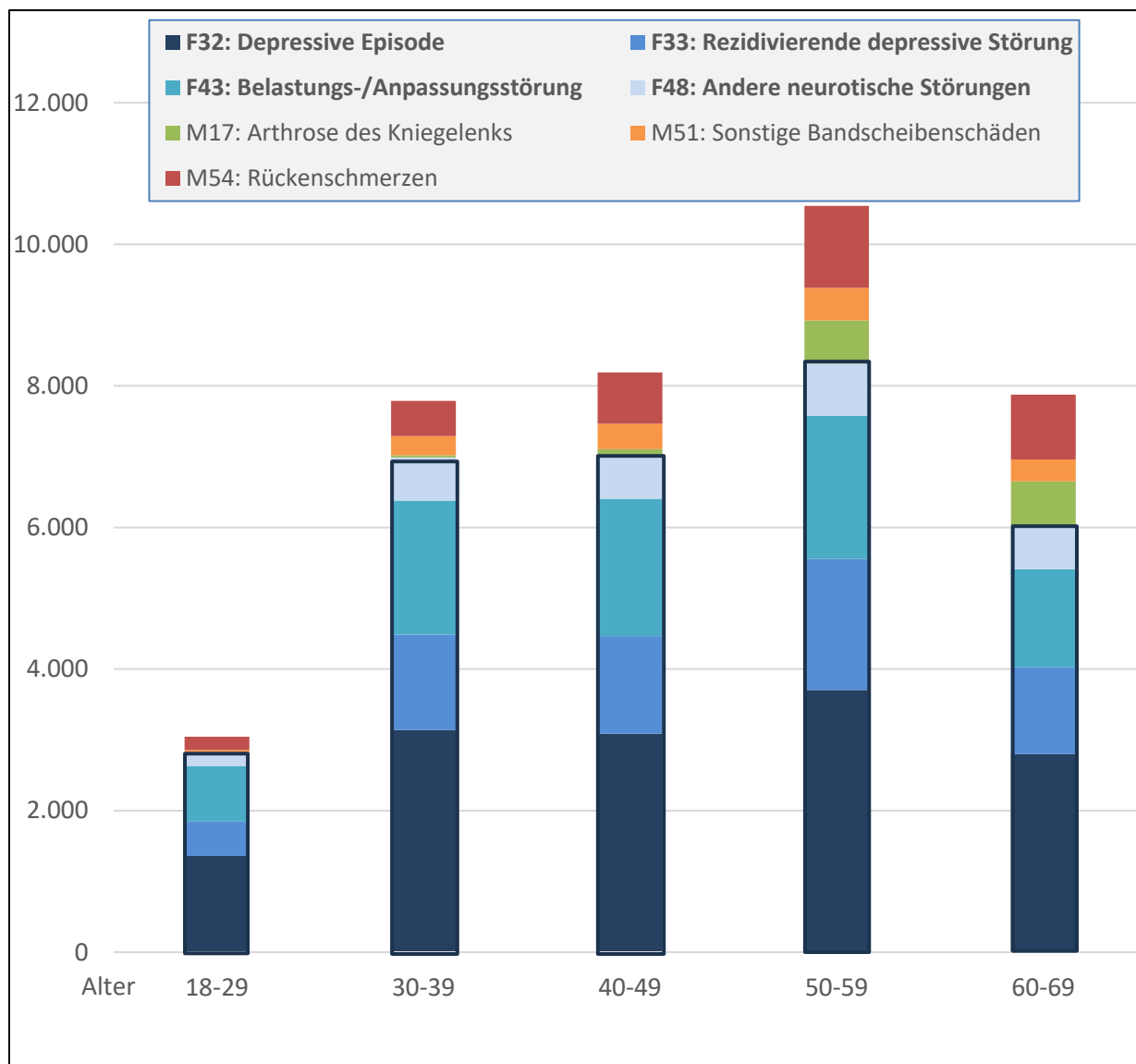


Abbildung 21: AU-führende Diagnosen bei Begutachtung nach Alter (alle erledigten Produkte 2024),
Quelle: eigene Daten (Stand: 10.07.2025)

Diagnose und Ergebnis

In der nachfolgenden Abbildung erkennt man bei den vier ausgewählten Hauptdiagnosen, dass bei den meisten Versicherten ein hoher Prozentsatz als weiterhin arbeitsunfähig begutachtet wird, die AU also gerechtfertigt ist. Hier werden in der Regel Behandlungskonzepte, die Vorstellung in einer fachärztlichen Praxis oder eine Wiedervorstellung beim MD im weiteren Verlauf empfohlen.

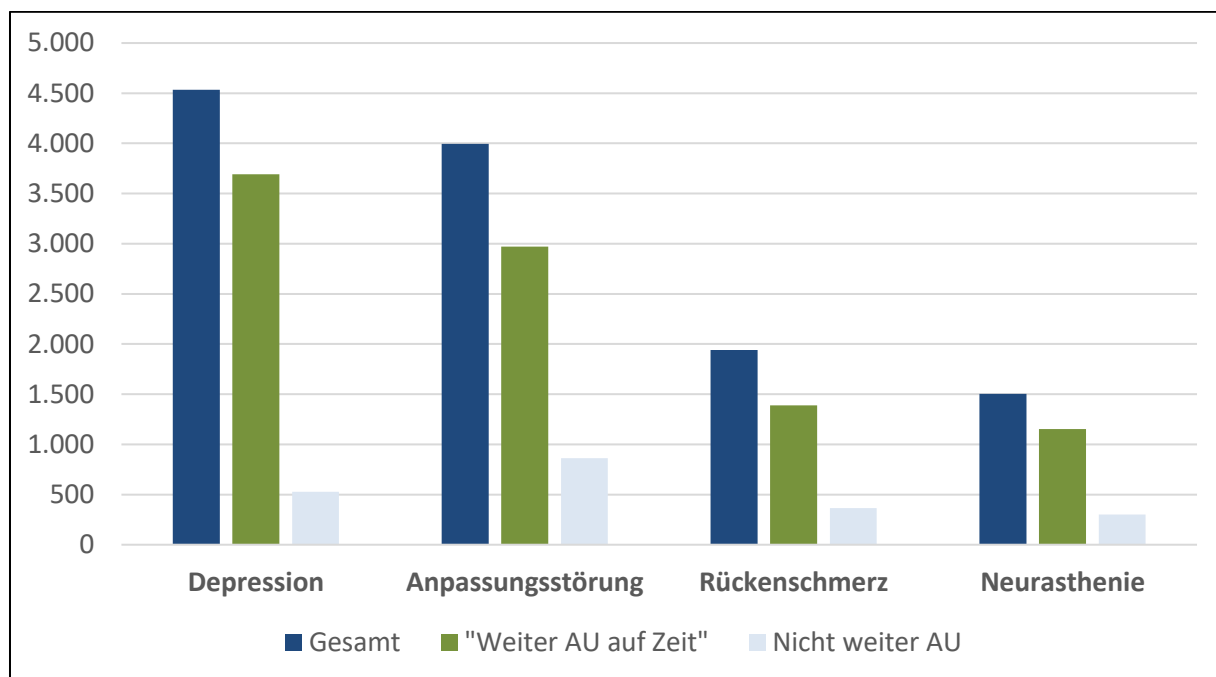


Abbildung 22: Häufigste Diagnosegruppen und Begutachtungsergebnis, MD BB

Quelle: eigene Daten (Stand: 10.06.2025)

Der Anteil an Fällen mit dem Ergebnis „Aus medizinischer Sicht nicht weiter AU“ (also „arbeitsfähig“) liegt 2024 bei den Anpassungsstörungen mit 21,5 Prozent am höchsten. Das bedeutet: Bei mehr als jeder fünften versicherten Person mit dieser ICD-Diagnose wird im Rahmen der Begutachtung die Empfehlung zur Beendigung der AU ausgesprochen. Was können Gründe dafür sein?

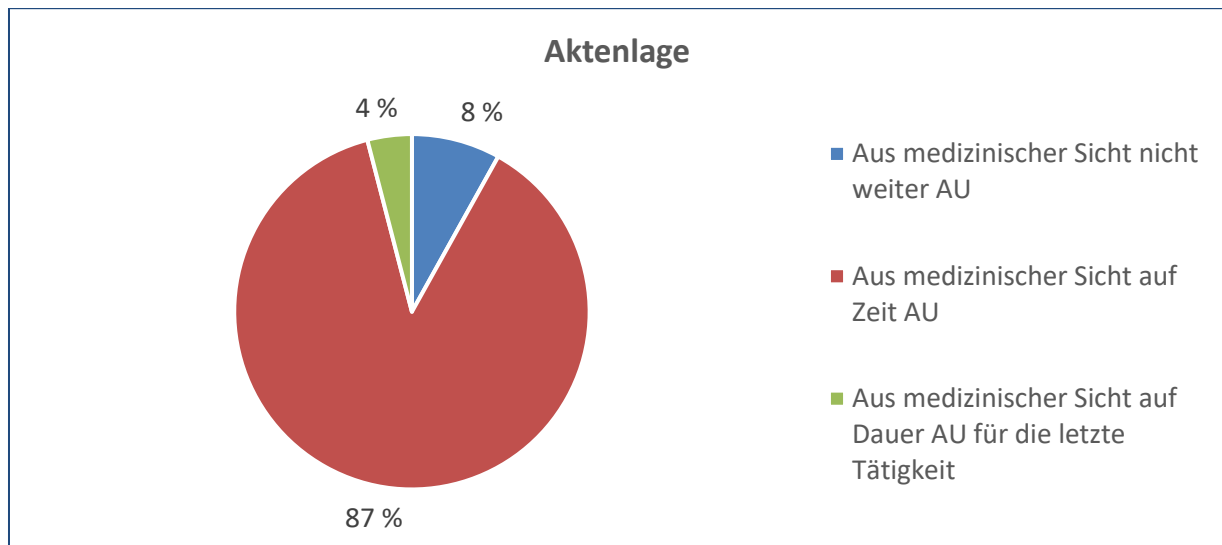
Die Dauer der AU ist auch bei dieser Diagnose abhängig von der individuellen Ausprägung der Symptomatik und des Schweregrades. Sie steht allerdings häufiger in Zusammenhang mit einer Arbeitsplatzproblematik oder anderen negativen Kontextfaktoren. Daher beauftragen die Krankenkassen diese Fallkonstellationen öfter in Verbindung mit den Fragen: Ist die Diagnose gesichert? Welchen Ausprägungsgrad hat die psychische Symptomatik? Welche Beeinträchtigungen liegen vor und wie ist das geplante Behandlungskonzept?

Wird im Rahmen der Begutachtung festgestellt, dass es sich eher um eine akute Belastungsreaktion (F43.0) handelt – eine Störung, die sich meist nach wenigen Tagen bessert und keine langanhaltende Symptomatik zeigt – kann empfohlen werden, die AU zu beenden oder einen aktuellen Befund vom behandelnden Arzt bzw. der Ärztin einzuholen. Diese Entscheidung erfolgt insbesondere dann, wenn die Diagnose bereits über Wochen geführt wird, aber die Symptome nach Einschätzung der Begutachtenden nicht mehr fortbestehen. Ziel ist es, eine passgenaue und zeitnahe Rückkehr in den Arbeitsalltag zu unterstützen und gleichzeitig die medizinische Versorgung individuell abzustimmen.

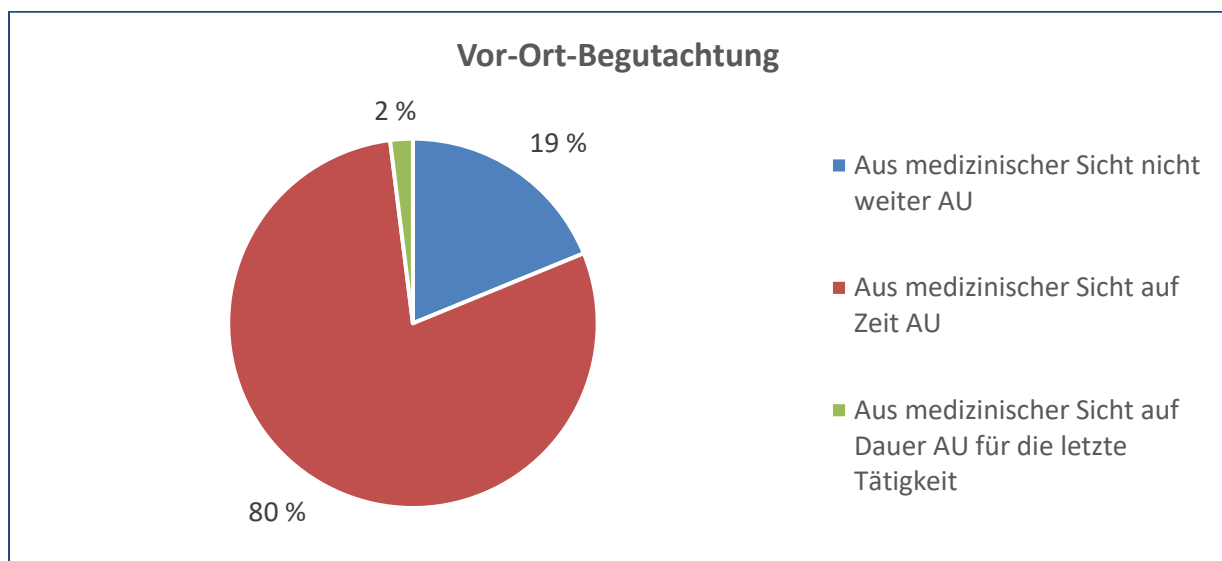
Ähnlich verhält es sich bei den sogenannten R-Diagnosen, die deshalb zur Beurteilung vorgelegt werden, weil sie lediglich Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde umfassen, die anderenorts nicht klassifiziert sind und keiner Diagnoseklasse nach ICD-10 zugeordnet werden können (zum Beispiel Husten, Fieber, Kopfschmerz, Bauchschmerzen, Erbrechen und Übelkeit). In diesen Fällen ist es Aufgabe der Gutachterin und des Gutachters, die Krankenkasse zu beraten, ob die AU gerechtfertigt ist und die betroffene Person die notwendige Unterstützung erhält.

7.4 Ergebnis nach Erledigungsart

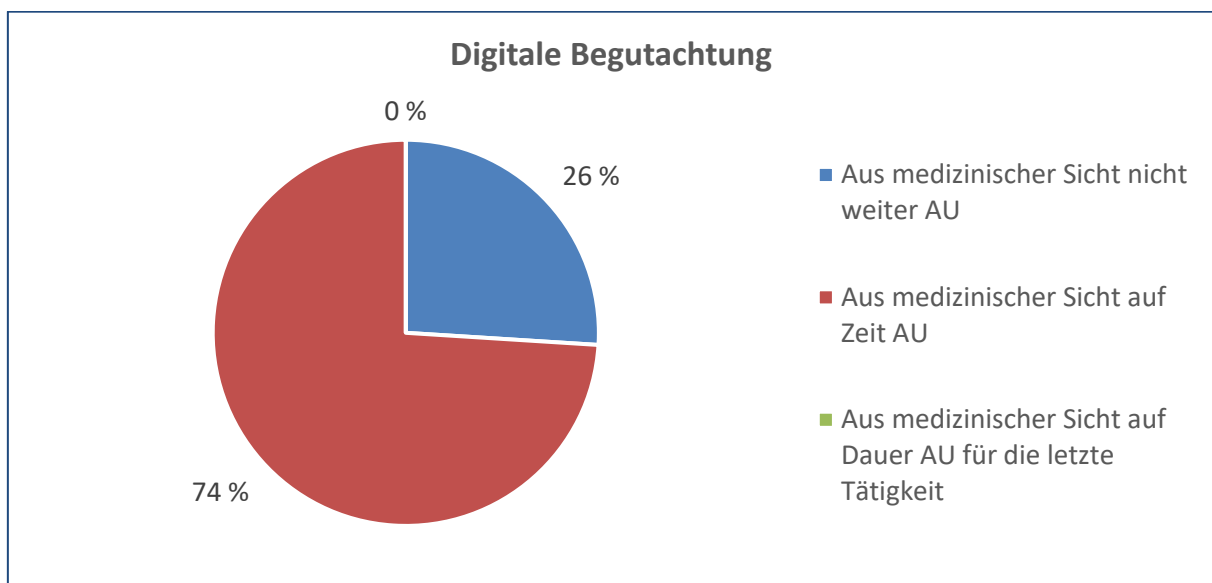
Natürlich schauen wir auch, wie sich die Verteilung der Ergebnisse über die drei Erledigungsarten gestaltet. Anhand der Daten aus 2024 erkennen wir dabei leichte Unterschiede:



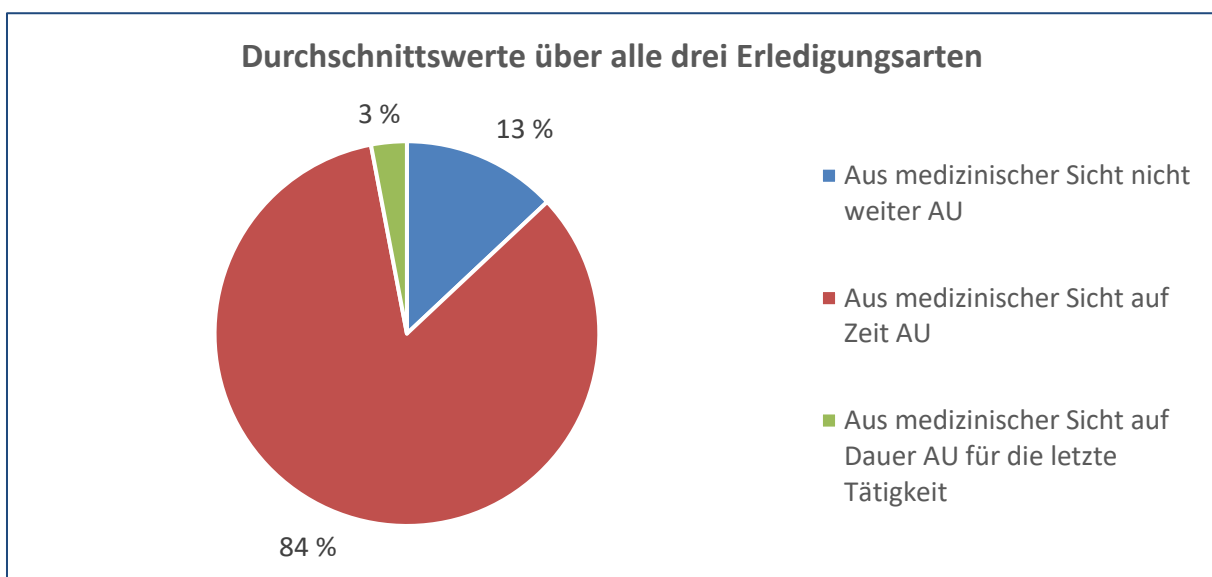
*Abbildung 23: Ergebnisse bei Begutachtung nach Aktenlage in 2024,
Quelle: eigene Daten (23.08.2025)*



*Abbildung 24: Ergebnisse bei Vor-Ort-Begutachtung in 2024,
Quelle: eigene Daten (23.08.2025)*



*Abbildung 25: Ergebnisse bei digitaler Begutachtung (Telefon und Video) in 2024,
Quelle: eigene Daten (23.08.2025)*



*Abbildung 26: Durchschnittswerte Ergebnisse über alle Begutachtung in 2024,
Quelle: eigene Daten (Stand: 23.08.2025)*

In allen Erledigungsarten ist der Prozentsatz mit dem Ergebnis „weiter AU auf Zeit“ am größten. Es zeigt sich zudem, dass der Anteil der Versicherten, die als „nicht mehr AU“ begutachtet werden, im persönlichen Kontakt höher ist. Das erklärt sich unter anderem dadurch, dass Versicherte bei persönlicher Begutachtung offener über Beschwerden und Einschränkungen sprechen. Im direkten Gespräch sind detailliertere Informationen zur Krankengeschichte und zu den aktuellen Beschwerden des Versicherten besser erfragbar, was wiederum zu einer präziseren Einschätzung führen kann. Persönliche Begutachtungen ermöglichen es zudem, psychosoziale Faktoren besser zu erfassen, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben können. Begutachtende können die versicherte Person direkt beobachten und nonverbale Hinweise wie Körperhaltung, Mimik und Bewegungen wahrnehmen, die in schriftlichen Unterlagen nicht erfasst werden können. Dass dieses Ergebnis kein

alleiniger Grund sein kann, ausschließlich mit Versichertenkontakt zu begutachten, wurde bereits unter 5.2 zur Wahl der Erledigungsart beziehungsweise des Produktes erörtert.

7.5 Sozialmedizinische Empfehlungen

Neben der Beurteilung der AU-Dauer beinhaltet unsere Arbeit grundlegend auch sozialmedizinische Empfehlungen. Sie dienen dazu, die Krankenkassen über die medizinisch begründete AU hinaus zu beraten – insbesondere bei komplexeren Fällen, längerer AU-Dauer oder psychosozialen Belastungen. Die Empfehlungen sollen helfen, die Reintegration in den Arbeitsprozess zu fördern und Langzeit-AU zu vermeiden.

Empfehlungen können unter anderem sein:

- **stufenweise Wiedereingliederung**, wenn eine vollständige Rückkehr in den Beruf nicht sofort möglich ist
- **medizinische Rehabilitation** bei chronischen oder therapieresistenten Erkrankungen
- **Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)**, etwa bei Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder bei drohender Berufsunfähigkeit
- **psychosoziale Unterstützung bei auffälligem AU-Verhalten**, z. B. häufigen Arztwechseln, langer AU-Dauer oder sozialen Probleme

Die stufenweise Wiedereingliederung, das sogenannte Hamburger Modell, ermöglicht es arbeitsunfähigen Versicherten, unter ärztlicher Aufsicht schrittweise in ihren Beruf zurückzukehren. Der Beginn ist meist mit 2–4 Stunden täglich, später wird die Arbeitszeit sukzessive gesteigert. Dieses Vorgehen bietet Betroffenen Sicherheit bei der Rückkehr in den Beruf und verhindert nachhaltig Überforderung und zu hohen Druck. Beides könnte den Behandlungserfolg und die Erwerbsfähigkeit wieder gefährden. Das Hamburger Modell läuft in der Regel über sechs Wochen bis sechs Monate ab und folgt einem individuellen Wiedereingliederungsplan, erstellt von Arbeitgeber, Ärztin/Arzt, Krankenkasse und mitunter einem Reha-Träger. Die Versicherten gelten in dieser Zeit weiterhin als arbeitsunfähig und erhalten Krankengeld oder andere Entgeltersatzleistungen.

Die sozialmedizinischen Empfehlungen durch den MD berücksichtigen:

- Die medizinischen Befunde und deren Auswirkungen auf die konkrete berufliche Tätigkeit.
- Die Kontextfaktoren wie Alter, Beruf, psychosoziale Situation, Verlauf der Erkrankung
- Die gesetzlichen Grundlagen nach SGB V und die Richtlinien des G-BA.

Ziel der Empfehlungen ist es, die Krankenkassen unter Berücksichtigung der Interessen sowohl der Versicherten als auch der Solidargemeinschaft bei der Entscheidung zur Zahlung des Krankengeldes zu unterstützen. Sie ermöglichen zudem ein frühzeitiges Einleiten von Maßnahmen, die eine dauerhafte Erwerbsminderung verhindern oder eine Teilhabe am Arbeitsleben sichern.

7.6 Qualität und Akzeptanz der Begutachtung anhand ausgewählter Kriterien

Qualitätssicherung der Produkte

Als unabhängige Prüfinstanz legt der MD Berlin-Brandenburg großen Wert auf die Einhaltung und Umsetzung der definierten Ansprüche an Objektivität und Gewissenhaftigkeit unter Einhaltung bundesweit vorgegebener Maßgaben. Die inhaltliche Qualitätssicherung der sozialmedizinischen Produkte erfolgt anhand von Stichproben anonymisiert intern und auf Bundesebene innerhalb der MD-Gemeinschaft nach einem einheitlichen Prozess. Die nachfolgenden internen Ergebnisse spiegeln mit einer Quote von über 98 Prozent an korrekt geprüften Produkten unser hohes Niveau wider:

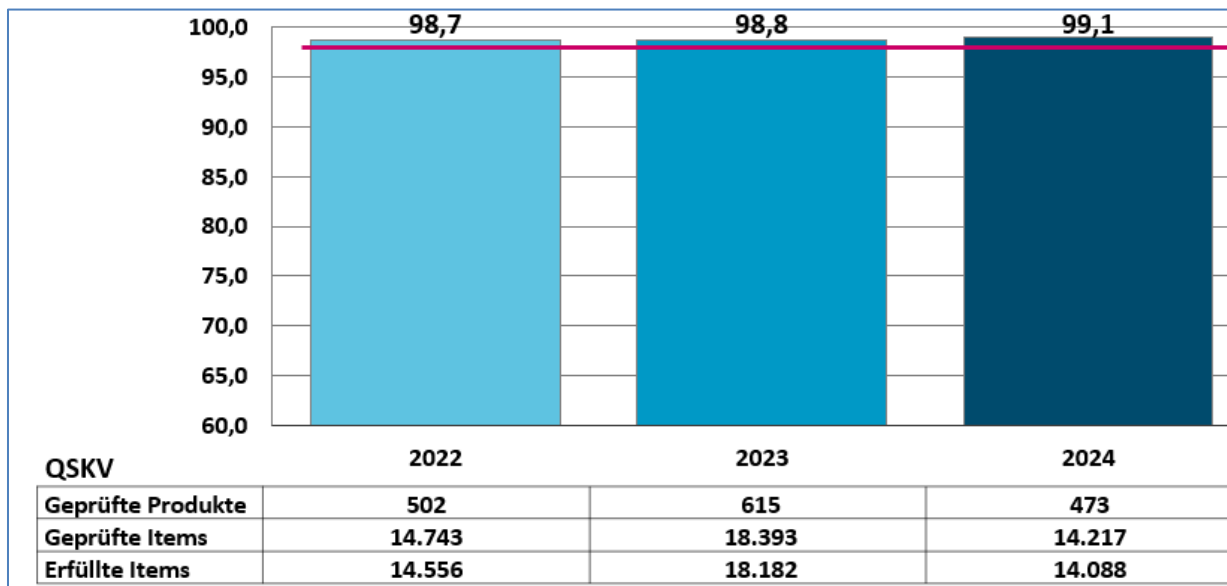


Abbildung 27: Quote der erfüllten Items (Bewertung 1+2) in Prozent (Ziellinie: 98 Prozent) bei QSKV AU, Quelle: eigene Daten (Stand: 30.07.2025)

Beschwerden

Im Jahr 2024 gingen lediglich 46 Beschwerden von begutachteten Personen im Bereich AU ein, von denen wiederum nur ein Bruchteil in Teilen und keine vollständig berechtigt war. Die meisten Beschwerden bezogen sich auf die Untersuchungsstelle und drückten ein unerfülltes Anspruchsdenken in Bezug auf die Art der Begutachtung und deren Ergebnis aus. Jede Beschwerde wird dennoch durch das interne Beschwerdemanagement individuell geprüft und nach Rückäußerung des oder der betreffenden Begutachtenden in Zusammenarbeit mit der Fachebene bearbeitet und beantwortet.

Jahr	Gesamtzahl an Beschwerden	unberechtigt (in %)	in Teilen berechtigt (in %)	berechtigt (in %)
2022	65	95,4	4,6	0
2023	39	87,2	12,8	0
2024	46	95,7	4,3	0
1. Halbjahr 2025	27	96,3	0	3,7

Abbildung 28: Anteil Beschwerden im Verlauf, Quelle: eigene Daten (Stand: 30.07.2025)

Widersprüche und Reklamationen

Wir sehen insgesamt eine wachsende Akzeptanz für unsere Begutachtungsergebnisse. Das wird auch aus der sinkenden Zahl an Begutachtungen zu Widersprüchen ersichtlich. Im Verhältnis zur Gesamtzahl der AU-Begutachtungen für das Jahr 2024 bewegen sie sich im sehr niedrigen Bereich, wie Abbildung 30 zeigt. Noch geringer ist schließlich die Zahl an Fällen, die mit unserer Mitwirkung vor dem Sozialgericht verhandelt werden, weil Versicherte auch mit dem Ergebnis der Widerspruchsbegutachtung nicht einverstanden sind und den Entscheid der Krankenkasse klagen. 2024 betraf das nur 14 Fälle – weitaus weniger als noch in den Vorjahren:

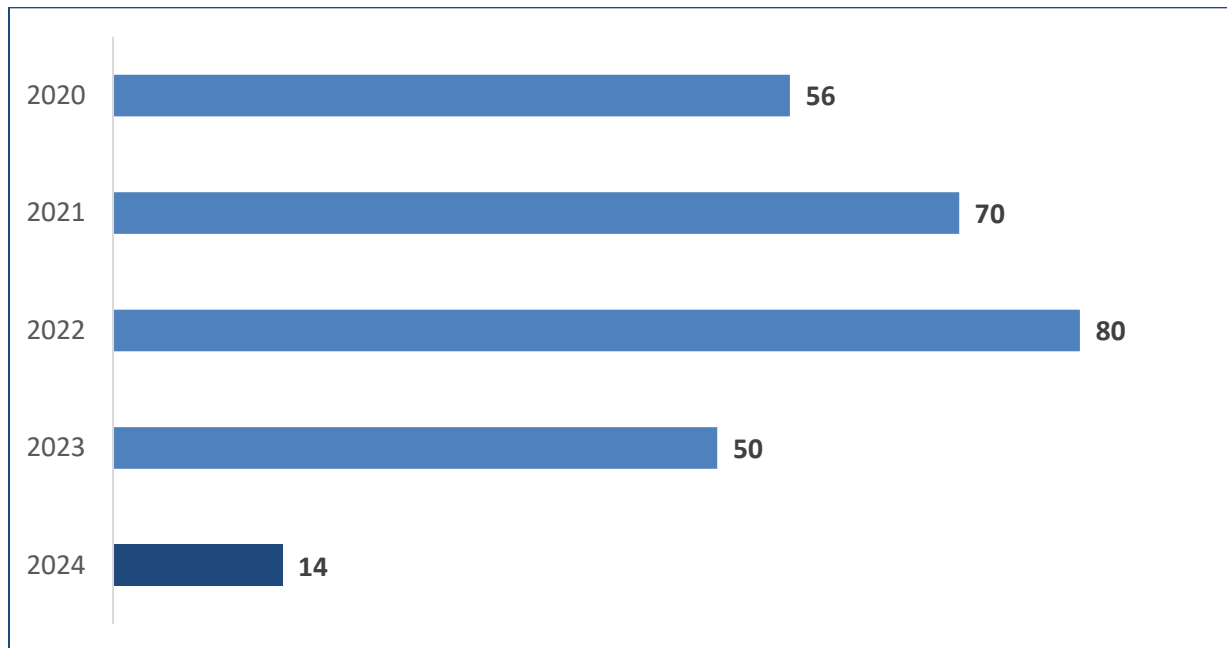


Abbildung 29: Entwicklung Sozialgerichtsverfahren,
Quelle: eigene Daten (Stand: 10.07.2025)

Auch die Reklamationen, also Beanstandungen des Ergebnisses und/oder der Prozessqualität eines MD-Produktes durch die auftraggebende Krankenkasse, belaufen sich im Verhältnis zur Anzahl aller fallabschließenden Produkte seit Jahren auf kaum nennenswertem niedrigem Niveau. Auch das zeugt von einer hohen Arbeitsqualität bei der AU-Begutachtung durch den MD Berlin-Brandenburg.

Jahr	Gesamtzahl fallabschließende Produkte	davon Widersprüche	davon echte bestätigte Widersprüche	Reklamationen
2022	55.099	1.145	5	58
2023	54.320	827	5	68
2024	55.203	877	5	66
1. Halbjahr 2025	30.261	438	4	25

Abbildung 30: Anteil Widerspruchsbegutachtungen und Reklamationen im Verlauf,
Quelle: eigene Daten (Stand: 30.07.2025)

8 Unterstützung für Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte

Unser Auftrag endet nicht mit der Begutachtung. Wir verstehen uns auch als wichtige beratende Instanz. Mit der sozialmedizinischen Fallsteuerung unterstützen wir zum Beispiel die Krankenkassen unserer Region bei der Auswahl von Aufträgen, sodass diese uns begutachtungsreife Fallkonstellationen vorlegen und ihre Ressourcen besser steuern können.

Ein wichtiges Beratungsangebot, das von Vertreterinnen und Vertretern der regionalen Krankenkassen aktiv genutzt wird, ist der Austausch im jährlichen Fachgremium Arbeitsunfähigkeit. Dort stellen wir den Auftraggebern unsere Leistungen vor und tauschen uns zu Entwicklungen im AU-Bereich aus. Gleichzeitig werden dort verbindliche Vereinbarungen im Rahmen der Zusammenarbeit getroffen. Denn unser gemeinsames Ziel ist es, auch weiterhin effizient und wirtschaftlich zusammenzuarbeiten.

Unsere Leistungen für die Krankenkassen umfassen auch Schulungen. Denn die Medizin entwickelt sich weiter, neue Rechtsvorschriften und Gerichtsurteile schaffen Fakten und neue Versorgungsformen drängen auf den Gesundheitsmarkt. Vor diesem Hintergrund bleibt es anspruchsvoll, die Gesundheitsversorgung qualitativ hochwertig und wirtschaftlich zu gestalten.

Mit unserem Fortbildungsangebot wollen wir die Auftraggeber stärken für diese Herausforderung. Der Fortbildungskatalog ^{xxii} des MD Berlin-Brandenburg für Mitarbeitende der GKV und SPV beinhaltet verschiedene Angebote zur Unterstützung bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeit. Darunter sind Veranstaltungen zu den gesetzlichen wie auch zu den medizinischen Grundlagen für die sozialmedizinische Einzelfallberatung bei verschiedenen Krankheitsbildern. Zudem gibt es anhand von Fallvorstellungen einen interaktiven Workshop zur Erwerbsfähigkeit.

Genauso begreifen wir uns auch als Ansprechpartner für die AU-attestierenden Leistungserbringer und als Dienstleister für die Versicherten. Im 2025 pilotierten Veranstaltungsformat „Medizin von A bis Z“ stellen unsere Expertinnen und Experten den Versicherten, Angehörigen und Interessenvertretungen die gesetzlichen Regelungen für die Feststellung von AU vor, zeigen praxisnah die Abläufe unserer Untersuchungsstellen und beantworten Fragen in Zusammenhang mit der Begutachtung.

9 Fazit und Ausblick

Die Arbeit des Medizinischen Dienstes (MD) im Bereich der Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit stellt durch eine zielgenaue Beratung der Krankenkassen sicher, dass versicherte Personen im Krankheitsfall die notwendige Unterstützung und die richtigen Leistungen erhalten. Die Zusammenarbeit zwischen dem MD und den Krankenkassen ist in diesem Kontext besonders wichtig, um eine effiziente und gerechte Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Der MD unterstützt die Krankenkassen bei der Entscheidungsfindung und trägt zur Transparenz und Nachvollziehbarkeit bewilligter Leistungen bei.

Durch Prüfung der medizinischen Notwendigkeit und Dauer einer Arbeitsunfähigkeit werden die Krankenkassen unterstützt, AU-Konstellationen wirksam und sinnvoll zu steuern, um Krankengeld nur in medizinisch gerechtfertigten Fällen zu gewähren. Die Beratungen zielen vor allem darauf ab, Langzeit-AU entgegenzuwirken (volkswirtschaftliche Bedeutung) und Missbrauch zu verhindern (Solidargedanke). Durch die unabhängige und objektive Begutachtung und Beratung wird dazu beigetragen, dass die Versicherten gerecht behandelt und geeignete Maßnahmen zur Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit ergriffen werden können. Den Versicherten wird somit auch Rechtssicherheit bei Leistungsansprüchen und Schutz vor ungerechtfertigter Ablehnung von Krankengeld gegeben. Das stärkt ihr Vertrauen in das Gesundheitssystem.

In Betrachtung der vorliegenden Ergebnisse ist es zielführend, weiter in die Analyse zu gehen. Denn die Begutachtungsdaten verdeutlichen, von wie vielen verschiedenen Faktoren Arbeitsunfähigkeit ist: Alter der versicherten Person, konkrete Tätigkeit am Arbeitsplatz, führende Diagnose, Schweregrad der Erkrankung. Zugleich sehen wir Unterschiede in der Art der Begutachtung (Aktenlage, persönlicher oder digitaler Kontakt), deren Analyse auch im Hinblick auf weitere Kriterien wie den Zeitpunkt der Begutachtung im Krankheitsverlauf zukünftig noch vertieft und mit den Krankenkassen hinsichtlich der Beauftragung analysiert werden sollte. Denn die Begutachtung von Arbeitsunfähigen bringt dann den maximalen Nutzen, wenn der Begutachtungsschwerpunkt auf Fällen liegt, die durch geeignete Maßnahmen günstig beeinflusst werden können. Dazu braucht es einen klaren gesetzlichen Rahmen, eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten und eine verlässliche Datenlage, zu der wir mit dem vorliegenden Bericht einen Beitrag leisten wollen.

Endnoten/Quellen

ⁱ Hildebrandt, Susanne/Nguyen, Thuy Ha (2025): Krankheitsbedingte Fehlzeiten im europäischen Vergleich; [250127-download-studie-krankenstand-2024.pdf](#) (zuletzt 10.07.2025)

ⁱⁱ Ziebarth, Nicolas/Pichler, Stefan (2024): Einordnung des deutlichen Anstiegs der krankheitsbedingten Fehlzeiten seit 2022; [Publikation: Einordnung des deutlichen Anstiegs der krankheitsbedingten Fehlzeiten seit 2022 | ZEW](#) (zuletzt 10.07.2025)

ⁱⁱⁱ Mangiapane, Sandra (2025): Hat die telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu einem Anstieg der Krankschreibungen geführt? Ein Faktencheck auf der Basis von Abrechnungsdaten; [hat-die-telefonische-arbeitsunfaehigkeitsbescheinigung-zu-einem-anstieg-der-krankschreibungen-gefuehrt-ein-faktencheck-auf-der-basis-von-abrechnungsdaten.pdf](#) (zuletzt 31.10.2025)

^{iv} Statistisches Bundesamt (2025): Qualität der Arbeit – Krankenstand; [Krankenstand - Statistisches Bundesamt](#) (zuletzt 10.07.2025)

^v World Health Organization (2025): Absenteeism from work due to illness, days per employee per year; [European Health Information Gateway](#) (zuletzt 10.07.2025)

^{vi} AOK Nordost (2025): Berliner Krankenstand: Jeder dritte Fehltag geht auf Langzeit-Erkrankungen zurück; <https://www.aok.de/pp/nordost/pm/krankenstand-berlin-2024/> (zuletzt 01.08.2025)

^{vii} AOK Nordost (2025): Brandenburger Krankenstand: 40 Prozent der Fehltag gehen auf Langzeit-Erkrankungen zurück; <https://www.aok.de/pp/nordost/pm/krankenstand-brandenburg-2024/> (zuletzt 01.08.2025)

^{viii} Techniker Krankenkasse (2025): TK-Gesundheitsreport - Kurzübersicht Fehlzeiten Brandenburg; <https://www.tk.de/resource/blob/2194006/702a4831cd193cf3da947279f833f4ef/laenderreport-2025-brandenburg-data.pdf> (zuletzt 01.08.2025)

^{ix} ExpertInnenrat Gesundheit und Resilienz (2025): 13. Stellungnahme des ExpertInnenrats „Gesundheit und Resilienz“ - Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage in Deutschland im zeitlichen Verlauf und im europäischen Vergleich – mögliche Ursachen und Handlungsempfehlungen; [Stellungnahme Krankenstände](#) (zuletzt 10.07.2025)

^x BKK-Dachverband (2025): Arbeitsunfähigkeitsdaten 2024: Der Krankenstand stabilisiert sich auf Rekordniveau; [BKK Dachverband Pressemitteilung Jahresauswertung der AU-Zahlen 2024.pdf](#) (zuletzt 10.07.2025)

-
- ^{xi} Badura, Bernhard/Ducki, Antje et al. (2024): Fehlzeiten-Report 2023. Zeitenwende – Arbeit gesund gestalten; [Fehlzeiten-Report: Anhaltend hohe arbeitsbezogene Beschwerden und stetig steigende Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen | AOK Presse](#) (zuletzt 10.07.2025)
- ^{xii} GKV-Spitzenverband (2025): GKV-Kennzahlen; [GKV-Kennzahlen - GKV-Spitzenverband](#) (zuletzt 10.07.2025)
- ^{xiii} Gemeinsamer Bundesausschuss (2024): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V; [Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V](#) (zuletzt 10.07.2025)
- ^{xiv} Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg (2023): Erklärfilm zur AU-Begutachtung; [md-bb.org/fileadmin/MD-zentraler-Ordner/Videos/230620_AU_Erklaerfilm_UT.mp4](#) (zuletzt 10.07.2025)
- ^{xv} Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2021): Begutachtungsanleitung Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V - Arbeitsunfähigkeit (AU); [Medizinischer Dienst: Begutachtungsanleitung Arbeitsunfähigkeit \(AU\)](#) (zuletzt 10.07.2025)
- ^{xvi} Medizinischer Dienst Bund: Klassifikation sozialmedizinischer Leistungen nach Produktgruppen; [Medizinischer Dienst:](#) (zuletzt 01.09.2025)
- ^{xvii} Hebenstreit, Jörg/Holtmann, Everhard/Jaeck, Tobias/Pollak, Reinhard/Lutz, Lynn-Malou/Pollak, Reinhard/Reiser, Marion/Sand, Matthias/Zissel, Pierre (2024): Deutschland-Monitor 2023; [Deutschland-Monitor '23](#) (zuletzt 05.11.2025)
- ^{xviii} Demografieportal Bund-Länder (2024): Renteneintrittsalter; [Demografieportal - Fakten - Renteneintrittsalter](#) (zuletzt 10.07.2025)
- ^{xix} Grobe, Thomas/Braun, Anna/Starke, Paul (2024): BARMER Gesundheitsreport 2023; <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Gesundheitsreporte/2023/barmer-gesundheitsreport-2023-bf.pdf> (zuletzt am 10.07.2025)
- ^{xx} DAK (2025): DAK-Gesundheitsreport: Gen Z durch Generationenkonflikte im Job besonders belastet; [Gen Z durch Generationenkonflikte im Job besonders belastet](#) (zuletzt 16.07.2025)
- ^{xxi} AOK-Bundesverband: Fehlzeiten-Report 2024: Höchststände bei AU-Tagen und -Fällen; [Fehlzeiten-Report 2024: Höchststände bei AU-Tagen und -Fällen | G+G](#) (zuletzt 06.11.2025)

^{xxii} Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg (2025): Fortbildungen 2025; md-bb.org/fileadmin/MD-Berlin-Brandenburg/user_upload/MD_BB_Fortbildungskatalog_2025_bf_2.pdf (zuletzt 05.11.2025)

Impressum

AU-Versorgungsbericht 2025: Aufgaben und Ergebnisse in der
Begutachtung von Arbeitsunfähigkeit durch den
Medizinischen Dienst Berlin-Brandenburg

Herausgeber:

Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg
Schlaatzweg 1
14473 Potsdam

Telefon: 030 202023-1000
E-Mail: kommunikation@md-bb.org
Internet: www.md-bb.org

Autorinnen/Autoren:

Dr. Heike Marschand
Dr. Jana Glumm
Marius Estel

Review:

Dr. Birgit Heukrodt
Dr. Claudia Druschel
Annekatriin Kranepuhl
Dr. Ernst Seiffert
Dr. Axel Meeßen

Daten:

Bereich Berichtswesen/Sozialmedizinische Datenanalyse

Grafiken:

siehe Autorinnen/Autoren