

FRAGEN UND ANTWORTEN ZUM THEMA „ÄRZTLICHE BEGUTACHTUNG“

Mit dieser Zusammenfassung der häufigsten Fragen und der zugehörigen Antworten erhalten Sie Hinweise zur Ärztlichen Begutachtung und zur Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst.

Diese Übersicht wird entsprechend dem Kenntnisstand laufend aktualisiert.

Fragen und Antworten zum Ärztlichen Gutachten

1. Warum besteht das Gutachten aus zwei Teilen?
2. Warum erhalte ich nur Teil B des Gutachtens und nicht auch Teil A?
3. Werden in Teil B des Gutachtens alle Erkrankungen des Kunden aufgeführt?
4. Was geschieht mit Teil A des Gutachtens?
5. Warum wurde meine (Ziel-) Frage nicht beantwortet?
6. Warum kann ich die von Vertragsärzten erstellten Gutachten nicht über VerBIS einsehen und erhalte stattdessen einen Ausdruck in Papierform?
7. Warum hat der Ärztliche Dienst nach Aktenlage begutachtet und die Kundin oder den Kunden nicht selbst untersucht?
8. In welchen Fällen führt der Ärztliche Dienst eigene Untersuchungen durch?
9. Ist ein Gutachten, das auf einer eigenen Untersuchung basiert, aussagekräftiger als ein Gutachten nach Aktenlage?
10. Warum wurde kein psychiatrisches/nervenärztliches Zusatzgutachten erstellt, obwohl ich im Auftrag darum gebeten habe?
11. Warum wurde die Kundin oder der Kunde von einem Arzt untersucht, der nicht die Fachrichtung ihrer oder seiner Erkrankung hat (z. B. psychiatrische Krankheitsbilder von Fachärztinnen/Fachärzten für Allgemeinmedizin oder Orthopädie)?
12. Warum wurden nicht von allen Ärztinnen und Ärzten, die die Kundin oder der Kunde aufgeführt hat, Befundberichte angefordert?
13. Wieso kann die Kundin oder der Kunde immer wieder AU-Bescheinigungen vorlegen, obwohl der Ärztliche Dienst ein positives Leistungsbild erstellt hat? Welche Möglichkeiten habe ich bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit der Kundin oder des Kunden?
14. Wie gehe ich mit Beschwerden oder Widersprüchen des Kunden gegen sein Gutachten um?
15. Warum erscheint meine direkte Telefonnummer auf den Einladungsschreiben des Ärztlichen Dienstes?
16. Warum schließt der Ärztliche Dienst den Fall ab, wenn der Kunde nicht erscheint? Warum werden nicht mehrere Ausweichtermine vergeben?

Fragen und Antworten zu Aufträgen / Kontingenten / Auftragsobergrenzen

17. Wie beauftrage ich den Ärztlichen Dienst?
18. Ist die Anzahl der Aufträge an den Ärztlichen Dienst begrenzt?
19. Nach welchen Kriterien erfolgt die Kontingentierung der Aufträge im Rechtskreis SGB III?
20. Nach welchen Kriterien werden Auftragsobergrenzen im Rechtskreis SGB II festgelegt?

Fragen und Antworten zum Ärztlichen Gutachten

1. Warum besteht das Gutachten aus zwei Teilen?

Das hat datenschutzrechtliche Gründe:

Teil A des Gutachtens, die „*Medizinische Dokumentation und Erörterung*“, beinhaltet den medizinischen Teil des Gutachtens (mit medizinischen Daten wie z.B. die soziale und medizinische Vorgeschichte, Untersuchungsbefunde, Diagnose/n, d.h. Benennung/en der Erkrankung/en, zusammenfassende Diskussion des medizinischen Sachverhalts) und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Teil B, die „*Sozialmedizinische Stellungnahme für den Auftraggeber*“ enthält die vermittlungs- und beratungsrelevanten Gesundheitsstörungen (Diagnosen sind an dieser Stelle nicht erlaubt, nur die aus diesen resultierenden Funktionseinschränkungen), das positive und negative Leistungsbild, die sozialmedizinische Beurteilung und die Beantwortung der Zielfragen.

Die den Ärztlichen Dienst beauftragende Fachkraft erhält deshalb ausschließlich Teil B des Gutachtens. Teil A verbleibt im Ärztlichen Dienst.

2. Warum erhalte ich nur Teil B des Gutachtens und nicht auch Teil A?

Bei Gesundheitsdaten handelt es sich um besonders sensible und schutzbedürftige Daten. Nach der Rechtsauffassung des Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit und des Datenschutzbeauftragten der Bundesagentur für Arbeit sind für die Integrationsfachkräfte nur die Auswirkungen bestimmter Erkrankungen auf die Leistungsfähigkeit eines Kunden relevant. Die Erkrankung selbst bzw. die Diagnose dürfen ebenso wenig mitgeteilt werden, wie die behandelnden Ärzte oder Kliniken – sie unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Deswegen darf Teil A der Gutachten, der ausschließlich medizinische Daten enthält, nicht an die Auftraggeber übermittelt werden. Stattdessen erhalten die Auftraggeber eine „*Sozialmedizinische Stellungnahme*“ (Teil B), in der alle beratungs- und vermittlungsrelevanten Funktionseinschränkungen, das positive und negative Leistungsbild und eine sozialmedizinische Beurteilung enthalten sind.

3. Werden in Teil B des Gutachtens alle Erkrankungen des Kunden aufgeführt?

Nein.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfen in Teil B keine Diagnosen aufgeführt werden. Stattdessen werden die Funktions- und Leistungseinschränkungen, die aus den Erkrankungen der Kunden resultieren, beschrieben. Für die Integration der Kunden ist deren Leistungsfähigkeit (sowohl im positiven Sinne („Was kann die Kundin oder der Kunde leisten?“) als auch im negativen Sinne („Welche Leistungseinschränkungen liegen vor?“) entscheidend, nicht die zugrunde liegende Erkrankung.

4. Was geschieht mit Teil A des Gutachtens?

Teil A des Gutachtens, die „*Medizinische Dokumentation und Erörterung*“, beinhaltet den medizinischen Teil des Gutachtens und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Er wird im Ärztlichen Dienst archiviert.

Nicht selten wird Teil A von anderen Sozialleistungsträgern (in der Mehrzahl der Fälle von den Rentenversicherungsträgern) zur Erfüllung derer gesetzlichen Aufgaben angefordert. Die Übermittlung der medizinischen Daten an den Ärztlichen bzw. Medizinischen Dienst der anfordernden Stelle erfolgt unter Beachtung des § 69 SGB X. Wenn der Kunde Widerspruch gegen die Übermittlung eingelegt hat (§ 76 Abs. 2 SGB X) ist die Übermittlung seiner Daten ausgeschlossen. Die Kundin oder der Kunde kann jedoch im ÄD Einsicht in ihr oder sein Gutachten nehmen und dieses auch als Fotokopie erhalten. Dies ist jedoch erst nach Eröffnung des Gutachtens angezeigt.

5. Warum wurde meine (Ziel-) Frage nicht beantwortet?

Die Ärztinnen und Ärzte sind bemüht, die im Begutachtungsauftrag gestellten Fragen zu beantworten. Allerdings lässt sich nicht jede Frage pauschal mit „ja“ oder „nein“ beantworten. Diese Einschränkung bezieht sich vor allem auf Fragen, für die vertiefte berufskundliche Kenntnisse oder präzise Kenntnisse über die Anforderungen und Belastungen eines Arbeitsplatzes erforderlich sind. Beispielsweise lassen sich Fragen wie „Besteht Eignung für eine Tätigkeit als Verkäuferin?“ oder „Kann Herr XY Lagerarbeiten verrichten?“ nicht pauschal mit „ja“ oder „nein“ beantworten. Die tätigkeitsspezifischen Anforderungen und Belastungen einer Verkäuferin oder eines Lagerarbeiters können sehr unterschiedlich sein. Wenn die Ärztin oder der Arzt in solchen Fällen keine präzise Beschreibung des vorgesehenen Arbeitsplatzes erhält, bleibt ihr oder ihm nur die Möglichkeit, auf das Leistungsbild zu verweisen.

6. Warum kann ich die von Vertragsärzten erstellten Gutachten nicht über VerBIS einsehen und erhalte stattdessen einen Ausdruck in Papierform?

Viele Vertragsärztinnen und Vertragsärzte untersuchen nicht in den Räumen des Ärztlichen Dienstes und haben somit keinen Zugriff auf das IT-Fachverfahren des Ärztlichen Dienstes bzw. nutzen dieses nicht. Sie schreiben die Gutachten auf privaten Computern und liefern sie den Ärztlichen Diensten in Form von Papierausdrucken.

Aktuell werden verschiedene technische Möglichkeiten pilotiert, die Vertragsarztgutachten datenschutzkonform in das IT-Fachverfahren des Ärztlichen Dienstes einzulesen, um sie anschließend nach VerBIS übertragen zu können (Dokumentenscanner, elektronische Übermittlung der Gutachten u. ä.).

Mittelfristiges Ziel des Ärztlichen Dienstes ist es, alle Gutachten über VerBIS verfügbar zu machen und den Versand von Papierausdrucken einzustellen.

7. Warum hat der Ärztliche Dienst nach Aktenlage begutachtet und die Kundin oder den Kunden nicht selbst untersucht?

Die begutachtende Ärztin oder der begutachtende Arzt wird sich in der Regel immer dann für eine Begutachtung nach Aktenlage entscheiden, wenn sie oder er aktuelle und aussagekräftige Befundberichte von den behandelnden Ärzten und/oder Psychotherapeuten und/oder Kliniken bzw. Rehabilitationseinrichtungen der Kundinnen und Kunden beziehen kann und die darin enthaltenen

medizinischen Informationen ausreichen, um die Leistungsfähigkeit beurteilen und die Zielfragen der Auftraggeber beantworten zu können.

Diese Vorgehensweise setzt natürlich voraus, dass sich die Kundinnen und Kunden wegen ihrer Erkrankung(en) auch in ärztlicher bzw. psychotherapeutischer Behandlung befinden und bereit sind, ihre Ärzte, Psychotherapeuten und Kliniken von der ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.

8. In welchen Fällen führt der Ärztliche Dienst eigene Untersuchungen durch?

Die begutachtende Ärztin oder der begutachtende Arzt lädt die Kundinnen und Kunden in der Regel immer dann zur Untersuchung ein, wenn keine aktuellen und aussagekräftigen Befundberichte von behandelnden Ärzten und/oder Psychotherapeuten und/oder Kliniken beigezogen werden können oder wenn die beigezogenen medizinischen Unterlagen nicht ausreichend bzw. widersprüchlich sind, um die Leistungsfähigkeit beurteilen und die Zielfragen beantworten zu können.

9. Ist ein Gutachten, das auf einer eigenen Untersuchung basiert, aussagekräftiger als ein Gutachten nach Aktenlage?

Nicht grundsätzlich. Ein Gutachten ist u. a. dann aussagekräftig, wenn die Beurteilung der Leistungsfähigkeit auf medizinischen Befunden und den daraus resultierenden Diagnosen basiert. Dabei ist es zunächst unerheblich, ob die Befunde von der begutachtenden Ärztin oder dem begutachtenden Arzt selbst erhoben wurden oder von den behandelnden Ärzten und/oder Kliniken der Kundinnen und Kunden.

Die Möglichkeiten der Befunderhebung in den Ärztlichen Diensten der Agenturen für Arbeit sind sehr eingeschränkt. In Arztpraxen oder im Krankenhaus gibt es hingegen zahlreiche Untersuchungsmöglichkeiten (z. B. Röntgen, Ultraschall, Computer- und Kernspintomografie, Labor), die eine exakte Diagnostik ermöglichen. Die Umsetzung der beigezogenen Fremdbefunde und Fremddiagnosen in ein sozialmedizinisches Leistungsbild ist dann originäre Arbeit der sozialmedizinisch erfahrenen Ärztinnen und Ärzte in den Ärztlichen Diensten der Agenturen.

10. Warum wurde kein psychiatrisches/nervenärztliches Zusatzgutachten erstellt, obwohl ich im Auftrag darum gebeten habe?

Die Auswahl und der Umfang der medizinischen Sachaufklärung obliegt ausschließlich den Ärztinnen und Ärzten des Ärztlichen Dienstes und richtet sich nach fachlichen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten. Darüber hinaus soll eine unnötige Bearbeitungsdauer eines Gutachtens verhindert werden. Wenn die Beurteilung der Leistungsfähigkeit und die Beantwortung der Zielfragen auch auf anderem Wege möglich ist (z. B. durch aktuelle und aussagekräftige Befundberichte der behandelnden Ärzte/Kliniken oder durch Untersuchung des Kunden durch eine hauptamtliche Ärztin oder einen hauptamtlichen Arzt bzw. durch eine kompetente Vertragsärztin oder einen kompetenten Vertragsarzt), wird in der Regel der wirtschaftlichere und zeitsparende Weg gewählt werden und kein zusätzliches psychiatrisches/nervenärztliches Fachgutachten eingeleitet. Das Gleiche gilt für Zusatzgutachten aus anderen medizinischen Fachgebieten.

11. Warum wurde die Kundin oder der Kunde von einem Arzt untersucht, der nicht die Fachrichtung ihrer oder seiner Erkrankung hat (z. B. psychiatrische Krankheitsbilder von Fachärztinnen/Fachärzten für Allgemeinmedizin oder Orthopädie)?

Alle Agenturärztinnen und Agenturärzte sind – ggf. neben ihrem eigenen Facharztstatus – besonders im Bereich der Sozialmedizin erfahren und somit in der Lage, auch bei Erkrankungen, die nicht in das eigene Fachgebiet fallen, ein Leistungsbild zu erstellen und die Zielfragen der Integrationsfachkräfte kompetent zu beantworten. Unterstützend greifen diese Ärztinnen und Ärzte oft auf Befund- und Behandlungsberichte zurück, die sie von den behandelnden (niedergelassenen) Ärztinnen/Ärzten oder Kliniken angefordert haben. Regelmäßige Fortbildungen und Qualitätszirkel sowohl unserer hauptamtlichen als auch unserer Vertragsärztinnen und -ärzte sorgen dafür, dass die gutachterliche Qualität immer auf dem aktuellen Stand bleibt.

12. Warum wurden nicht von allen Ärztinnen und Ärzten, die die Kundin oder der Kunde aufgeführt hat, Befundberichte angefordert?

Der Ärztliche Dienst fordert Befundberichte bevorzugt von denjenigen Ärztinnen und Ärzten an, die die Haupterkrankungen (aufgrund derer die Leistungsfähigkeit der Kundin oder des Kunden eingeschränkt ist) behandeln – zum Beispiel von der Hausärztin oder dem Hausarzt und/oder einer Fachärztin oder einem Facharzt. In vielen Fällen genügt es, die Hausärztin oder den Hausarzt der Kundin oder des Kunden anzuschreiben, weil dieser oder diesem häufig auch die wichtigen Befund- und Behandlungsberichte der Fachärztinnen und Fachärzte oder die Klinikberichte vorliegen. Auch wenn Krankenhaus- oder Reha-Entlassungsberichte angefordert werden, ist es nicht immer notwendig, zusätzlich noch die niedergelassenen Fachärzte anzuschreiben. Unabhängig davon ist zu berücksichtigen, dass die Anforderung von Befundberichten einen Kostenfaktor darstellt und damit nur im notwendigen Umfang erfolgt.

**13. Wieso kann die Kundin oder der Kunde immer wieder AU-Bescheinigungen vorlegen, obwohl der Ärztliche Dienst ein positives Leistungsbild erstellt hat?
Welche Möglichkeiten habe ich bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit der Kundin oder des Kunden?**

Die Attestierung von Arbeitsunfähigkeit ist (bei Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen) den niedergelassenen Kassenärzten und den Kliniken vorbehalten. Der Ärztliche Dienst der Agentur für Arbeit entscheidet nicht über die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit der Kunden, sondern nur über deren Leistungsfähigkeit (auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt). Der Ärztliche Dienst ist nicht befugt, die Arbeitsunfähigkeit eines Kunden zu prüfen oder zu beenden. Dies kann alleine die AU-attestierende Ärztin bzw. der AU-attestierende Arzt oder über die zuständige Krankenkasse geschehen, die bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) einschaltet.

Wie die Fachkräfte der Jobcenter bei Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit ihrer Kunden vorgehen können, ist den fachlichen Hinweisen zu § 56 SGB II zu entnehmen („Verfahren zur Klärung von Zweifeln an der Arbeitsunfähigkeit von erwerbsfähigen leistungsberechtigten Personen nach § 56 SGB II“).

14. Wie gehe ich mit Beschwerden oder Widersprüchen des Kunden gegen sein Gutachten um?

Ein Widerspruch kann gemäß § 84 SGG nur gegen einen Verwaltungsakt im Sinne des § 31 SGB X erhoben werden. Ein agenturärztliches Gutachten ist jedoch kein Verwaltungsakt und kann daher nicht mit einem Widerspruch angefochten werden.

Die Kundin oder der Kunde kann Einwände gegen das Ergebnis ihres oder seines Gutachtens bei der Integrationsfachkraft geltend machen, die begründet und möglichst belegt sein sollten. Die Integrationsfachkraft sollte den Sachverhalt dem ÄD zuleiten und - sofern erneut eine schriftliche Aussage gewünscht wird - hierzu einen neuen Auftrag auslösen. Die alleinige Unzufriedenheit der Kundin oder des Kunden mit ihrer oder seiner Leistungsbeurteilung sollte aber in der Regel kein Grund sein, den Ärztlichen Dienst mit einer Nachbegutachtung zu beauftragen. Legt der Kunde aber Atteste oder Stellungnahmen seiner behandelnden Ärztinnen und Ärzte vor, die seine Beschwerde stützen oder neue Gesichtspunkte enthalten, sollte der Ärztliche Dienst erneut eingeschaltet werden.

15. Warum erscheint meine direkte Telefonnummer auf den Einladungsschreiben des Ärztlichen Dienstes?

Das liegt an der Personalisierung der Fachkraft, die den Ärztlichen Dienst beauftragt. Wenn der Auftraggeber sich mit seiner direkten Durchwahl personalisiert hat, wird diese in VerBIS automatisch in die Einladung des Ärztlichen Dienstes eingespeist. Wenn das nicht gewünscht wird, muss der Auftraggeber eine Servicenummer in der Personalisierung angeben. Die Mitarbeiter des Ärztlichen Dienstes haben hierauf keinen Einfluss.

16. Warum schließt der Ärztliche Dienst den Fall ab, wenn der Kunde nicht erscheint? Warum werden nicht mehrere Ausweichtermine vergeben?

Dieses Vorgehen beruht auf den ÄD bindenden Vorgaben der Zentrale, wonach es ausschließlich der Integrationsfachkraft obliegt, zu entscheiden, ob ein wichtiger Grund für das Nichterscheinen vorliegt oder nicht und ggf. Sanktionen zu prüfen. Erst nach Prüfung des „wichtigen Grundes“ (für das Nichterscheinen) durch die Integrationsfachkraft soll diese über das weitere Vorgehen entscheiden.

Fragen und Antworten zu Aufträgen / Kontingenten / Auftragsobergrenzen

17. Wie beauftrage ich den Ärztlichen Dienst?

Alle relevanten Informationen zur Einschaltung des Ärztlichen Dienstes finden Sie im [„Praxisleitfaden zur Einschaltung des Ärztlichen Dienstes im Bereich des SGB II und SGB III“](#) (HEGA 06/14 – 09 – Praxisleitfaden zur Einschaltung der Fachdienste)

18. Ist die Anzahl der Aufträge an den Ärztlichen Dienst begrenzt?

Ja.

Sozialmedizinische Begutachtung ist personal- und kostenintensiv. Die in den Ärztlichen Diensten zur Verfügung stehenden Teams (ein Team besteht in der Regel aus hauptamtlicher Ärztin oder hauptamtlichem Arzt, Fachassistentin oder Fachassistent und Assistentin oder Assistent), die Anzahl der verfügbaren Vertragsärztinnen oder Vertragsärzte und die zugeteilten Haushaltsmittel begrenzen die Anzahl möglicher Beratungs- bzw. Begutachtungsaufträge.

19. Nach welchen Kriterien erfolgt die Kontingentierung der Aufträge im Rechtskreis SGB III?

Um die begrenzten Ressourcen der Ärztlichen Dienste möglichst effektiv zu steuern, wird für jedes Geschäftsjahr ein Service Level Agreement zwischen den Geschäftsbereichen (Markt- und Integration / Arbeitslosenversicherung) und BM (Beteiligungsmanagement Grundsicherung) der Zentrale – stellvertretend als Auftraggeber/Kunde für die jeweiligen Einheiten in den Dienststellen – und dem Ärztlichen Dienst als Auftragnehmer geschlossen. Darin wird eine definierte Anzahl an inhaltlichen Auftragsabschlüssen unter Berücksichtigung einer Gesamtobergrenze der Einschaltung des Ärztlichen Dienstes („Kontingente“) vereinbart, bei deren Überschreiten Maßnahmen ergriffen werden.

Für die Agenturen (Rechtskreis SGB III) werden die Kontingente auf Basis von objektiven arbeitsmarktlichen Kriterien berechnet.

20. Nach welchen Kriterien werden Auftragsobergrenzen im Rechtskreis SGB II festgelegt?

Die Dienstleistungen des Ärztlichen Dienstes für die Jobcenter sind im „Service Portfolio der BA für gemeinsame Einrichtungen“ definiert. Im Rechtskreis SGB II ist keine Kontingentierung der Dienstleistungen des Ärztlichen Dienstes vorgesehen. Auf Grundlage lokaler Verhandlungsergebnisse werden Auftragsobergrenzen für jede Dienststelle vereinbart, bei deren Überschreiten Maßnahmen ergriffen werden.

In den lokalen Verhandlungsrunden muss ein Kompromiss aus dem Bedarf der Jobcenter und der quantitativen Leistungsfähigkeit der Ärztlichen Dienste vor Ort – die sich aus der personellen Ausstattung der Ärztlichen Dienste, ggf. der Verfügbarkeit von Vertragsärzten und den zur Verfügung stehenden Haushaltsmitteln ergibt – gefunden werden. Die Ärztlichen Dienste der Agenturen, vertreten durch die Leitenden Ärztinnen und Ärzte der ÄD-Regionalverbünde und ÄD-Agenturverbünde, verhandeln mit den Geschäftsführungen und den Führungsunterstützungsteams SGB II der Agenturen, die wiederum die Interessen der gemeinsamen Einrichtungen wahrnehmen.