



# **Werkzeugkasten**

## Niederlassung

Modul 8



# Freude mit Formularen

**Katrin Flohr & Patrick Trotz**

Tag der Allgemeinmedizin

05. April 2025



Hausärztinnen- und  
Hausärzteverband





unabhängig,  
evidenzbasiert,  
leitliniengerecht



Kooperation u.a. mit  
DEGAM, MEZIS,  
Hausärztinnen- und  
Hausärzteverband



seit 2021 Hosting für  
den Werkzeugkasten  
Niederlassung



**3-Monats-Probeabo**  
für alle  
Teilnehmenden  
(Präsentation und  
Materialsammlung)

<https://bestellung.deximed.de/kampagne/werkzeugkasten-8>





# Freude mit Formularen

## Ziele

- Sicherheit im Umgang mit Vordrucken gewinnen
- Wissen, wo es steht!
- Freude mit Formularen 🙄
- Kein Stress am Schreibtisch



|                                |                  |                  |
|--------------------------------|------------------|------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |                  |
| AOK Baden-Württemberg          |                  | 61125            |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |                  |
| Mustermann Max                 |                  | geb. am 12.01.65 |
| Testweg 1                      |                  |                  |
| 12345 Berlin                   |                  | 12/18            |
| Kassen-Nr.                     | Versicherten-Nr. | Status           |
| 8018121                        | 12345678901      | 1000 1           |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum            |
| 612345678                      | 619999900        | 23.11.15         |

☒ Erstbescheinigung ☐ Folgebescheinigung

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit ☐ dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit 23.11.15

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich 23.11.15

festgestellt am 23.11.15

Diagnose \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen  
durch die Krankenkasse für erforderlich gehalten  
(z. B. Badekur, Heilverfahren, MDK)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

für Zwecke der Krankenkasse

## Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

Ausfertigung zur Vorlage  
bei der Krankenkasse

Bei verspäteter Vorlage  
droht Krankengeldverlust!



Praxis  
Dr. med. V.-A. Müller  
FA für Allgemeinmedizin  
Hausweg 15  
79539 Lörrach  
Tel.: 07621/4711  
Fax: 07621/4712  
BSNR: 612345678

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Freigabe 12.10.2017

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |         |
|                                |                  | geb. am |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status  |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum   |

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit ☐ dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit         

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit         

festgestellt am         

Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse

## Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

☐ Erstbescheinigung

☐ Folgebescheinigung

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

|                 |                 |                 |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| ICD-10 - Code   | ICD-10 - Code   | ICD-10 - Code   |
| <u>        </u> | <u>        </u> | <u>        </u> |
| ICD-10 - Code   | ICD-10 - Code   | ICD-10 - Code   |
| <u>        </u> | <u>        </u> | <u>        </u> |
| <u>        </u> |                 |                 |

☐ sonstiger Unfall,  
Unfallfolgen ☐ Versorgungs-  
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

☐ Leistungen zur  
medizinischen Rehabilitation ☐ stufenweise  
Wiedereingliederung

☐ Sonstige                                         

Im Krankengeldfall

☐ ab 7. AU-Woche oder  
sonstiger Krankengeldfall

☐ Endbescheinigung



# Wo steht es genau? – Rechtliche Grundlage



Die rechtlichen Grundlagen sind  
im SGB V geregelt



# Wo steht es genau? – verbindliche Richtlinien



## Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland.







**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

# **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**

**(Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie)**

in der Fassung vom 14. November 2013  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 27.01.2014 B4)  
in Kraft getreten am 28. Januar 2014

zuletzt geändert am 4. August 2022  
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 23.08.2022 B3)  
in Kraft getreten am 4. August 2022

# Wo steht es genau? – Praktische Ausfertigung

## Bundesmantelvertrag – Ärzte

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)  
und Spitzenverband der GKV setzten  
Richtlinien des GBA um





# Wo ist es festgelegt?

- Vordruckvereinbarung der KBV
- Mustersammlung
- Erläuterung zur Vordruckvereinbarung auf der Homepage der KBV

[https://www.kbv.de/media/sp/02\\_Erlaeuterungen.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf)

The screenshot shows the homepage of the Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). The header includes the KBV logo and navigation links for PRAXIS, PATIENTEN, and PRESSE. The main navigation bar has links for AKTUELL, DIE KBV, MEDIATHEK, SERVICE, and T. The left sidebar lists various services, with 'FORMULARE' highlighted. The main content area is titled 'FORMULARE' and contains information about 'Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung'. It explains that these forms are used for certifying work incapacity, referring patients to colleagues, and ordering medical supplies. It also mentions that the forms are filled out by the doctor and that the KBV provides a digital version. A table at the bottom lists the sources of the forms: 'Woher die Formulare kommen', 'Blankoformularbedruckung', and 'Die Formulkommission'.

**KBV KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG**

PRAXIS info PATIENTEN info PRESSE info Suchbeg

AKTUELL DIE KBV MEDIATHEK SERVICE T

>Startseite >Service >Service für die Praxis >Formulare

**SERVICE FÜR DIE PRAXIS** ▼

ABRECHNUNG  
VERORDNUNGEN  
**FORMULARE**  
Digitale Vordrucke  
AMBULANTE LEISTUNGEN  
PRAXISFÜHRUNG  
PRAXIS-IT  
QUALITÄT  
QEP  
FORTBILDUNG  
KOOPERATIONEN

WEGE IN DIE NIEDERLASSUNG  
RECHTSQUELLEN  
GESUNDHEITSDATEN  
FÜR ANBIETER VON GESUNDHEITS-IT (ITA)  
SERVICE FÜR PATIENTEN

**FORMULARE**

**Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung**

Arbeitsunfähigkeit bescheinigen, Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel verordnen, Patienten an einen Kollegen überwiesen: Für all das müssen Sie als Arzt Formulare verwenden. Die „Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung“ schreibt vor, wie genau diese Vordrucke auszusehen haben.

Wie die Formulare auszufüllen sind und was in die einzelnen Feldern einzutragen ist, wird in der Vordruck-Erläuterung festgelegt und ausführlich beschrieben.

Die Formulare, die Psychotherapeuten verwenden müssen, sind in der „Psychotherapie-Vereinbarung“ aufgeführt (► Anlage 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte).

**i** Neben der konventionellen Bedruckung und der Blankoformularbedruckung gibt es bei einigen Vordrucken auch die Möglichkeit der digitalen Nutzung:

► Digitale Vordrucke

Woher die Formulare kommen +

Blankoformularbedruckung +

Die Formulkommission +



# Blanko-Formulardruck

- Spezialpapier (Rosa) von der KBV mit Wasserzeichen
- Paul-Albrecht Verlag/Kohlhammer Verlag
- Rezeptformulare extra
- Drucker braucht mehrere Schächte (A6, A5, A4)
- (Nadeldrucker für BTM behalten) – Einführung eBTM ab Q3/2024 geplant

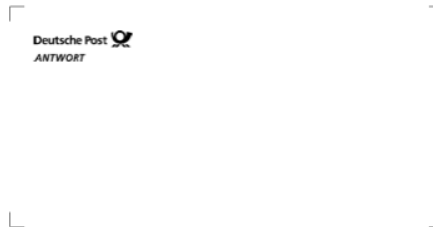
# Vergütung



Für alle Formulare nach der Mustervereinbarung über den EBM

- 01600 Ärztlicher Bericht (6,56) EUR
- 01601 Ärztlicher Brief (12,89) EUR
- 01611 Verordnung von medizinischer Rehabilitation (Muster 61) 37,59 EUR
- 01621 Krankheitsbericht (Muster 11, 53, 56) 5,25 EUR
- 01622 Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder Gutachten (Muster 20 a-d, 52) 9,91 EUR
- 01624 Verordnung med. Vorsorge für Mütter / Väter (Muster 64) 25,06 EUR

# Muster 86



Aktenzeichen Mitteilungsmanagement (MiMa)

Krankenkasse

Name der Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Leistungsbereich

Ansprechpartner Krankenkasse

Vorname, Name

Telefon

Fax

E-Mail

Sehr geehrte Damen und Herren,

anliegend übermitteln wir Ihnen die für den Versicherten von der Krankenkasse angeforderten Befunde in Kopie.

## Daten des Versicherten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ Ort

KV-Nummer

Aktenzeichen Krankenkasse

## Daten des Arztes/Leistungserbringers

Name, Vorname / Firma

Straße

PLZ Ort

Arzt-Nummer (LANR)

IK des Leistungserbringers

Anforderungsdatum



# Muster 11

11



## Bericht für den Medizinischen Dienst

*Der behandelnde Arzt wird gebeten, den nachstehenden Berichtsvordruck auszufüllen und Röntgen-, Labor- und andere Spezialbefunde sowie Krankenhausberichte und dergleichen dem Medizinischen Dienst zur Verfügung zu stellen. Dieser Vordruck ist dann nicht auszufüllen, wenn spätestens am Tage der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst die Arbeitsunfähigkeit beendet ist.*

Datum der letzten Untersuchung

Diagnose \_\_\_\_\_

Befunde \_\_\_\_\_

Mitbehandlung ☐ nein ☐ ja, im Fachbereich \_\_\_\_\_

Es droht ☐ eine Verschlimmerung des Leidens oder ☐ Behinderung

Besondere Hinweise \_\_\_\_\_

Patientin / Patient kann den Medizinischen Dienst nicht aufsuchen, weil \_\_\_\_\_

Eine Begutachtung ist voraussichtlich nach   Tagen / Wochen möglich. (Nichtzutreffendes streichen)

Arbeitsfähig ab

Voraussichtlich arbeitsfähig ab

Folgendes ist mit der Bitte um Rückgabe beigelegt:

☐ Röntgenbefund ☐ Ultraschallbefund ☐ EKG-befund

☐ Laborbefund ☐ Arzt- oder Krankenhausbericht

Sonstiges \_\_\_\_\_

Für den Bericht des Arztes ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

Freigabe 31.10.2014

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 11 (1.2015)

# Falsche Anfragen erkennen



- Korrekte Musterbezeichnung (Nummer) angegeben? oder eigenes Formular der KK?
- Erhebung von Sozialdaten ohne rechtliche Grundlage? Schweigepflichtsentbindung liegt vor bzw. ist erlaubt?
- Beantwortung zum Vorteil oder zum Nachteil für Patient\*in?
- Wie kann abgerechnet werden?



**DIE KRANKENKASSE  
FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG**



BKK Scheufelen Schöllkopfstr. 65 73230 Kirchheim unter Teck

Sie erreichen uns am besten:  
Montag bis Freitag: 08 - 17 Uhr

**P**

05 307D C7A0 04 6000 0F18  
DV 06.21 0,80 Deutsche Post



AN  
PATIENT  
D  
O

**Ihr Antrag auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme**

Sehr geehrte

wir haben Ihren Antrag auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme am 17.06.2021 erhalten.

Um die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die beantragte Maßnahme prüfen zu können, benötigen wir von Ihnen noch folgende Unterlagen:

- Aktuelle vorliegende Befunde und Berichte
- Aktuelle Krankenhausentlassberichte

Reichen Sie uns die Unterlagen bitte bis spätestens zum 07.07.2021 ein.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns an. Wir sind Ihnen gerne behilflich.

Mit freundlichen Grüßen



Um die medizinischen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die beantragte Maßnahme prüfen zu können, benötigen wir von Ihnen noch folgende Unterlagen:

- Aktuelle vorliegende Befunde und Berichte
- Aktuelle Krankenhausentlassberichte

Reichen Sie uns die Unterlagen bitte bis spätestens zum 07.07.2021 ein.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Z. Hd. Dr. Hünze

**DAK**  
Gesundheit



DAK-Gesundheit Postzentrum, 22788 Hamburg

Postanschrift Gesetzliche Krankenversicherung  
DAK-Gesundheit Postzentrum  
22788 Hamburg  
Telefon: 0395 7612070  
Telefax: 0395 761207-7120  
24 Stunden an 365 Tagen  
E-Mail: service715000@dak.de  
Internet www.dak.de  
persönlicher Kontakt Treptower Str. 9  
17033 Neubrandenburg  
Mo - Mi 08:00 - 18:00 Uhr  
Do 08:00 - 17:00 Uhr  
Fr 08:00 - 13:00 Uhr

unser Zeichen L 775 744 480-453110-95100-Krn  
Datum 12.05.2020

### Ihr Widerspruch gegen die Ablehnung einer stationären Rehabilitation/ Anforderung weiterer Unterlagen

Sehr geehrte Frau [REDACTED]

wir haben die Unterlagen zur Erstellung eines ausführlichen Widerspruchsgutachtens zum Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gesandt. Der MDK schreibt uns heute, dass für eine fachgerechte Begutachtung weitere Unterlagen erforderlich sind.

Bitte reichen Sie uns folgende fehlende Unterlagen ein:

- Entlassungsbericht Rehabilitation von 2018
- Krankenhaus-Epikrise 1/2020
- aktueller Barthel-Index
- Berichte über Facharztbehandlungen der letzten 12 Monate, vor allem Neurologie, Psychiatrie, Kardiologie

Bitte senden Sie uns die angeforderten Unterlagen kurzfristig per Post zu oder faxen Sie uns an 040/33470-123456.

Vielen Dank im Voraus.

Freundliche Grüße

[REDACTED]  
Ihre DAK-Gesundheit  
Team Leistungsbearbeitung



Bitte reichen Sie uns folgende fehlende Unterlagen ein:

- Entlassungsbericht Rehabilitation von 2018
- Krankenhaus-Epikrise 1/2020
- aktueller Barthel-Index
- Berichte über Facharztbehandlungen der letzten 12 Monate, vor allem Neurologie, Psychiatrie, Kardiologie



**BfDI**

Der Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit



Seite 2 von 2

DAK im praktizierten Verwaltungshandeln nicht vorgesehen und wird auch nicht geduldet. Ferner wurde veranlasst, dass alle Mitarbeitenden der Fachzentren in den Punkten

- Anforderung medizinischer Unterlagen,
- Nutzung des MiMa-Verfahrens,
- zu beachtende datenschutzrechtliche Restriktionen

kurzfristig erneut zu unterwiesen wurden.

Da es sich hier um einen Einzelfall handelt und mir keine weiteren Beschwerden zu dieser Thematik vorliegen, sehe ich derzeit keinen weiteren Handlungsbedarf. Die erneute Sensibilisierung erscheint mir ein geeignetes Mittel um zukünftig den datenschutzrechtlichen Anforderungen Rechnung zu tragen.

Ergänzend weise ich darauf hin, dass Sie mangels eigener Betroffenheit, keine Beschwerdebefugnis im Sinne des Art. 77 Abs. 1 DSGVO haben. Ich danke Ihnen jedoch für Ihren datenschutzrechtlichen Hinweis und bei der Mitwirkung zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Cerutti



Beglaubigt





**BfDI**

Der Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

Seite 2 von 2

DAK im praktizierten Verwaltungshandeln nicht vorgesehen und wird auch nicht geduldet.  
Ferner wurde veranlasst, dass alle Mitarbeitenden der Fachzentren in den Punkten





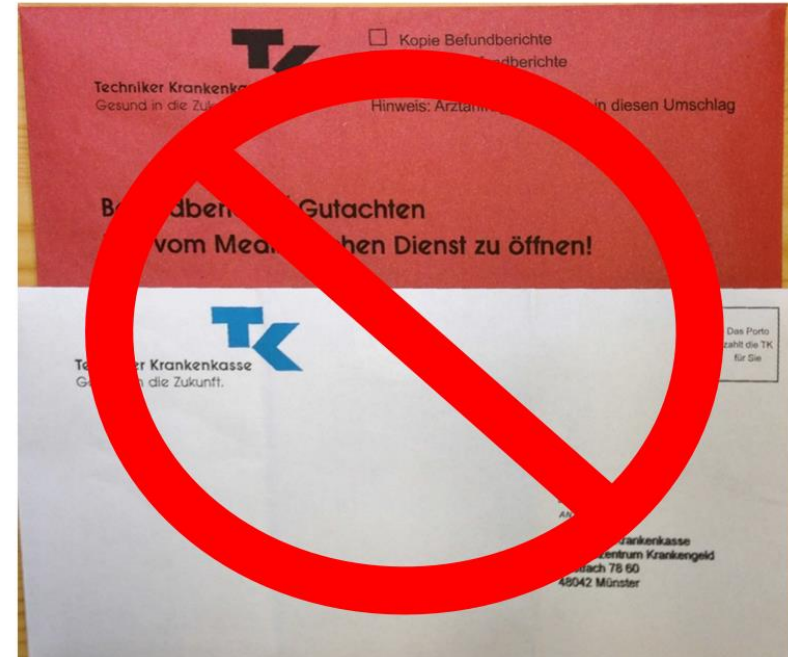
Da es sich hier um einen Einzelfall handelt und mir keine weiteren Beschwerden zu dieser Thematik vorliegen, sehe ich derzeit keinen weiteren Handlungsbedarf. Die erneute Sensibilisierung erscheint mir ein geeignetes Mittel um zukünftig den datenschutzrechtlichen Anforderungen Rechnung zu tragen.



Ergänzend weise ich darauf hin, dass Sie mangels eigener Betroffenheit, keine Beschwerdebefugnis im Sinne des Art. 77 Abs. 1 DSGVO haben. Ich danke Ihnen jedoch für Ihren datenschutzrechtlichen Hinweis und bei der Mitwirkung zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen.



## Umschlagsverfahren ist out: Sozialgeheimnis!



- Befundberichte nur **direkt** an den MDK
- Muster 86 und Freiumschlag Format C5 wird nicht vergütet



# Umgang mit falschen Anfragen

- **Erkennen**
  - Eigenes Formular der Krankenkasse außerhalb der Vordruckvereinbarung
  - Erheben von Sozialdaten durch die Krankenkasse ohne rechtliche Grundlage
- **Reagieren**
  - Aufkleber
  - Musterfax

# Anfrager

## Reaktion

### Hausarztpraxis Eva Greipel

Rupertstraße 32  
Telefon 0861-2212  
www.hausarzt-haslach.de

### Fachärztin für Allgemeinmedizin

- 83278 Traunstein
- Fax 0861-7568
- praxis@hausarzt-haslach.de



Eva Greipel, Rupertstraße 32, 83278 Traunstein

An

Nach Rechtsauffassung des Bundesbeauftragten für Datenschutz sind Krankenkassen nicht berechtigt, Detailberichte zu Kranken- und Behandlungsdaten für sich selbst anzufordern. Dies gilt auch, wenn der betroffene Patient zugestimmt hat, weil dadurch eindeutige gesetzliche Regelungen unterlaufen würden.

Auskunftsberechtigt ist nach dem Gesetz nur der MDK. Aus diesem Grund darf ich Ihnen die erbetene Auskunft nicht erteilen. Bitte suchen Sie ggf. den Weg über den MDK.

Sehr geehrte/r Krankenkassenmitarbeiter/in,

mit anhängendem Schreiben fordern Sie detaillierte Behandlungsdaten / Befundberichte / Krankenhausentlassungsberichte über meine/n Patientin/en an.

Nach Rechtsauffassung des Bundesbeauftragten für Datenschutz sind Krankenkassen nicht berechtigt, Detailberichte zu Kranken- und Behandlungsdaten für sich selbst anzufordern. Dies gilt auch, wenn der betroffene Patient zugestimmt hat, weil dadurch eindeutige gesetzliche Regelungen unterlaufen würden.

Auskunftsberechtigt ist nach dem Gesetz nur der MDK. Aus diesem Grund darf ich Ihnen die erbetene Auskunft nicht erteilen. Bitte suchen Sie ggf. den Weg über den MDK.

Mit freundlichen Grüßen,

Sehr geehrte/er Krankenkassenangestellte/er,



vielen Dank für die Anfrage vom 14.01.2019 bzgl. unseres o. g. Patienten, für dessen Behandlung mir dank wachsender Bürokratie und derlei Anfragen nun noch weniger weitgehend unbezahlte Arbeitszeit zur Verfügung steht.

- ☐ Bei Ihrer **Anfrage** handelt es sich um ein **nicht vereinbartes Formular**, eine Abrechnung per EBM ist nicht vorgesehen und/oder wurde von Ihnen nicht vertragsgemäß im Anschreiben ermöglicht. Sollten Sie an einer Beantwortung interessiert sein, erbitte ich eine Zusage der Kostenübernahme von
  - ☐ 30 Euro (GOÄ Ziffer 80 1,7155fach),
  - ☐ 15 Euro (GOÄ Ziffer 75 1,98fach),
  - ☐ 5 Euro (GOÄ Ziffer 70 2,145fach), zahlbar auf unser u.g. Konto.
- ☐ Die Angabe der Abrechnungsziffer fehlt.
- ☐ Das Formular entspricht nicht der Vordruckvereinbarung
- ☐ Die Angabe der Rechtsgrundlage fehlt.
- ☐ Die Schweigepflichtentbindung des Patienten liegt nicht vor.
- ☐ Die **getätigte Verordnung** (Rezept, häusliche Krankenpflege, Heil- oder Hilfsmittelverordnung) ist formal **rechtsgültig**, die medizinische Begründung ergibt sich aus der Diagnose. Weitere Begründungstexte sind in der Vordruckvereinbarung nicht vorgesehen. Verordnungen erfolgen generell gem. §12 SGB V.
- ☐ Ihre **Anfrage** wird als **überflüssig** im Sinne des Bürokratieabbaus zurückgewiesen, da sich die gewünschten Antworten aus den Ihnen bekannten Tatsachen ergeben. Für die mangelhafte Wiedergabe medizinischer Diagnosen im ICD bzw. die Unkenntnis desselben sind wir nicht verantwortlich. Bei Zweifeln der Krankenkasse kann jederzeit eine Überprüfung durch den MDK veranlasst werden

Mit freundlichen Grüßen.

Dr. med. Führ

# Anfragen außerhalb der Musterverordnung



## Reaktion - Aufkleber

|                                                                                                   |                                                                                                                                           |                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| vereinbarung sind nach<br>er 75 liquidierbar.<br>Kostenübernahme.                                 | Vordruckvereinbarung sind nach<br>GOÄ-Ziffer 75 liquidierbar.<br>Erbitten Kostenübernahme.                                                | Vordruckvereinb<br>GOÄ-Ziffer 75 lic<br>Erbitten Kostenü                                 |
| iet<br>haftspraxis Bernau                                                                         | Gezeichnet<br>Gemeinschaftspraxis Bernau                                                                                                  | Gezeichnet<br>Gemeinschaftspr                                                            |
| VG!<br>der GKV außerhalb der<br>vereinbarung sind nach<br>er 75 liquidierbar.<br>Kostenübernahme. | !ACHTUNG!<br>Anfragen der GKV außerhalb der<br>Vordruckvereinbarung sind nach<br>GOÄ-Ziffer 75 liquidierbar.<br>Erbitten Kostenübernahme. | !ACHTUNG!<br>Anfragen der GK<br>Vordruckvereinb<br>GOÄ-Ziffer 75 lic<br>Erbitten Kostenü |
| iet<br>haftspraxis Bernau                                                                         | Gezeichnet<br>Gemeinschaftspraxis Bernau                                                                                                  | Gezeichnet<br>Gemeinschaftspr                                                            |
| VG!<br>der GKV außerhalb der<br>vereinbarung sind nach<br>er 75 liquidierbar.<br>Kostenübernahme. | !ACHTUNG!<br>Anfragen der GKV außerhalb der<br>Vordruckvereinbarung sind nach<br>GOÄ-Ziffer 75 liquidierbar.<br>Erbitten Kostenübernahme. | !ACHTUNG!<br>Anfragen der GK<br>Vordruckvereinb<br>GOÄ-Ziffer 75 lic<br>Erbitten Kostenü |
| iet<br>haftspraxis Bernau                                                                         | Gezeichnet<br>Gemeinschaftspraxis Bernau                                                                                                  | Gezeichnet<br>Gemeinschaftspr                                                            |
| VG!<br>der GKV außerhalb der<br>vereinbarung sind nach<br>er 75 liquidierbar.<br>Kostenübernahme. | !ACHTUNG!<br>Anfragen der GKV außerhalb der<br>Vordruckvereinbarung sind nach<br>GOÄ-Ziffer 75 liquidierbar.<br>Erbitten Kostenübernahme. | !ACHTUNG!<br>Anfragen der GK<br>Vordruckvereinb<br>GOÄ-Ziffer 75 lic<br>Erbitten Kostenü |



# Anfragen außerhalb der Vordruckvereinbarung



**BARMER**

BARMER • 42267 Wuppertal

Telefon 0800 333004 423-070 \*)  
Telefax 0800 333 00 90 \*)  
service@barmer.de

Benjamin Winter  
Paßtrift 19  
18465 Tribsees

Bitte stets angeben:  
Unsere Zeichen [REDACTED] (12011)

Datum 22.06.2021

Verordnung Hilfsmittelversorgung für [REDACTED]

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben für Ihre/n o.g. Patientin/Patienten ein motorbetriebenes Krankenfahrzeug verordnet.

Zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufgaben bitten wir Sie unter Hinweis auf § 100 Abs. 1 SGB X in Verbindung mit § 73 Abs. 2 Nr. 9 und § 33 SGB V um kurzfristige Beantwortung der nachfolgenden Fragen.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre  
BARMER

Anlagen

*Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig.*



# Anfragen außerhalb der Musterverordnung



**BARMER**



**Absender:**  
Benjamin Winter  
Paßtrift 19  
18465 Tribsees

BARMER  
42267 Wuppertal

Ihr Schreiben vom  
Versichertennummer

22.06.2021  
[REDACTED] (12011)

**Hauptdiagnose** (für die Verordnung der Versorgung):

*Dyspnoe mit Mobilitätseinschränkung bei z.n. Pulmonektomie links 1955*

**Nebendiagnosen:**

*Lumbal-Syndrom (chronisch)  
degenerative Wirbelsäulenveränderungen*

|                                | Ohne<br>Einschränkung                 | Langsam<br>mehr als<br>50 Meter             | Langsam unter<br>50 Meter                                                 | Mit<br>Unterstützung<br>unter 15 Meter                                | Unmöglich<br>oder wenige<br>Schritte                               |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Untere Extremitäten            | <input type="checkbox"/> 0            | <input checked="" type="checkbox"/> 1       | <input type="checkbox"/> 2                                                | <input type="checkbox"/> 3                                            | <input type="checkbox"/> 4                                         |
| Koordination und Gleichgewicht | ohne<br>Einschränkung                 | Geringe<br>Ataxie,<br>geringer<br>Schwindel | Erhebliche<br>Ataxie,<br>erheblicher<br>Schwindel                         | Erhebliche<br>Ataxie, starker<br>Schwindel,<br>nicht<br>kompensierbar | Koordinations-<br>verlust,<br>vegetative<br>Schwindelsyn-<br>drome |
|                                | <input checked="" type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1                  | <input type="checkbox"/> 2                                                | <input type="checkbox"/> 3                                            | <input type="checkbox"/> 4                                         |
| Cardiopulmonales System        | Ohne<br>Einschränkung                 | Eine Etage<br>steigen oder<br>NYHA II       | Zu ebener Erde<br>langsam Gehen<br>mehr als<br>50 Meter oder<br>NYHA I-II | Langsames<br>Gehen bis<br>50 Meter oder<br>NYHA III                   | Unmöglich<br>oder bis<br>15 Meter<br>oder<br>NYHA (III)-IV         |
|                                | <input type="checkbox"/> 0            | <input type="checkbox"/> 1                  | <input type="checkbox"/> 2                                                | <input checked="" type="checkbox"/> 3                                 | <input type="checkbox"/> 4                                         |
| Obere Extremitäten             | Ohne<br>Einschränkung                 | Eingeschränkt,<br>schmerzfrei<br>beweglich  | Eingeschränkt,<br>mit starken<br>Schmerzen<br>beweglich                   | Aktiv, gegen<br>die Schwerkraft<br>beweglich                          | Verlust der<br>Grobmotorik                                         |
|                                | <input type="checkbox"/> 0            | <input type="checkbox"/> 1                  | <input checked="" type="checkbox"/> 2                                     | <input type="checkbox"/> 3                                            | <input type="checkbox"/> 4                                         |

# Anfragen außerhalb der Musterverordnung



**BARMER**

Seite 3 zum Schreiben vom 22.06.2021 an Benjamin Winter

Für welche Zwecke soll das elektrisch betriebene Krankenfahrzeug genutzt werden?

Pat. zunehmend in ihrer Selbstsicherheit eingeschr. Aus Rollator noch max 50m. Das elektr. Krankenfahrzeug soll für regelm. Besorgungen im Stadtgebiet (einschl. Arztbesuche, Apothekengänge, Physiotherapie, Einkaufen etc.) genutzt werden und um Ausflüge in der näheren Umgebung durchführen zu können.

Warum reicht ein handbetriebener Selbstfahrer oder eine Gehhilfe nicht aus?

aufgrund der pulmonalen Limitierung ist ein Vorwärtsschreiten mit eigener Muskelkraft nicht mögl. bzw. nur für Strecken bis max. 50m.

Ist der/ die Versicherte auch in absehbarer Zeit in der Lage, das motorbetriebene Krankenfahrzeug ohne Fremd- als auch Eigengefährdung zu führen?

☒ Ja ☐ Nein (Begründung zwingend erforderlich)

Patientin zu allen Dingen orientiert. Kein Hinweis auf demenzielle Prozesse, das Reaktionsvermögen ist alsbald ausreichend.

Hausarztpraxis Winter

Benjamin Winter

FA für Innere Medizin

Paßstr. 19, 18465 Tribsees

Tel: 038320 - 448 / Fax: 038320 - 66367

BSNR: 782028100

28.06.2021; B. Winter

(Datum, Stempel, Unterschrift des Verordners)



BAHN-BKK Pflegekasse • Engelstraße 55 • 48123 Münster

Gemeinschaftspraxis  
Ruben Bernau  
Dr. med. Gerald Thesing  
FÄ für Allgemeinmedizin  
Querstraße 1A  
27729 Hambergen

INGEGANGEN AM 23 JULI 2015  
**SCANNED**  
Zusammen mit Gesundheit  
BAHN-BKK  
Regionalgeschäftsstelle Nord-West  
Leistungen  
Engelstraße 55  
48123 Münster  
Ihr Ansprechpartner

Telefon  
0251  
Telefax  
0251  
E-Mail  
@bahn-bkk.de  
Internet  
www.bahn-bkk.de  
Ihre Kundennummer  
21. Juli 2015

**Wir benötigen Ihren ärztlichen Rat.  
Es geht um die häusliche Krankenpflege**

von E M KVNR: 6

Sehr geehrte Damen und Herren,

für Frau E M verordnen Sie seit einiger Zeit Wundversorgung durch einen professionellen Pflegedienst. ( im Sacral-Bereich & re. Fuß- Knöchel )

Die Gesundheit unserer Versicherten ist uns wichtig, **daher gewähren wir gerne die Unterstützung, die nötig ist.** Als gesetzliche Krankenkasse haben wir aber auch darauf zu achten, die Leistungen **ausreichend und wirtschaftlich** zur Verfügung zu stellen.

**Hierfür benötigen wir Ihre Unterstützung und Ihre medizinische Einschätzung:** Bitte senden Sie uns daher – auch im Interesse von Frau E M – den beigefügten Fragebogen ausgefüllt zurück.

**Wichtiger Hinweis:**

Die Beantwortung des Fragebogens können Sie nach der EBM-Ziffer 01621 abrechnen.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage

7660241941048

Hans-Jörg Gittler  
Der Vorsitzende des Vorstandes  
Henke Knoche  
Vorstand

SEB Frankfurt am Main  
BIC: FSSDE33XXX  
IBAN: DE51500101111000321001

Alle Informationen rund um die Pflegeversicherung, zu den Leistungen für Pflegebedürftige und Pflegepersonen, sowie weitere wertvolle Hilfen und Services finden Sie unter [www.bahn-bkk.de/pflege](http://www.bahn-bkk.de/pflege)

DEUTSCHER  
HAUSÄRZTEVERBAND



BAHN-BKK

Regionalgeschäftsstelle Nord-West  
Engelstraße 55  
48123 Münster

### Wundversorgung in der häuslichen Krankenpflege

Patient: E M  
geboren am: 09.01.19  
Wohnsitz: Am Fu rm 1, 29 Voller

#### Krankheitsbild

1. Welches Krankheitsbild liegt der verordneten Wundversorgung zu Grunde?  
(Bitte genaue medizinische Diagnose angeben)

- ☐ Ulcus cruris      ☐ Verbrennung  
☐ Dekubitus      ☐ Wundheilungsstörung (postoperativ)  
☐ diabt. Fuß      ☐ Sonstige \_\_\_\_\_

2. Wundursache und beeinflussende Faktoren

- ☐ Diabetes mellitus      ☐ AVK      ☐ Immobilität  
☐ Infektion (system.)      ☐ Immunsuppression      ☐ Sonstige: \_\_\_\_\_

3. Welchen Umfang (Größe) hat die Wunde?

- ☐ 0,5 – 2 cm      ☐ 2 – 4 cm      ☐ 4 – 6 cm      ☐ über 6 cm

4.

| Wunde | Lokalisationsnummer | Wundtiefe* | Tiefe(cm) | Fläche | Zustand ** | Infektion |
|-------|---------------------|------------|-----------|--------|------------|-----------|
| 1     |                     |            |           |        |            |           |
| 2     |                     |            |           |        |            |           |
| 3     |                     |            |           |        |            |           |

(siehe Körperdiagramm auf Seite 2)

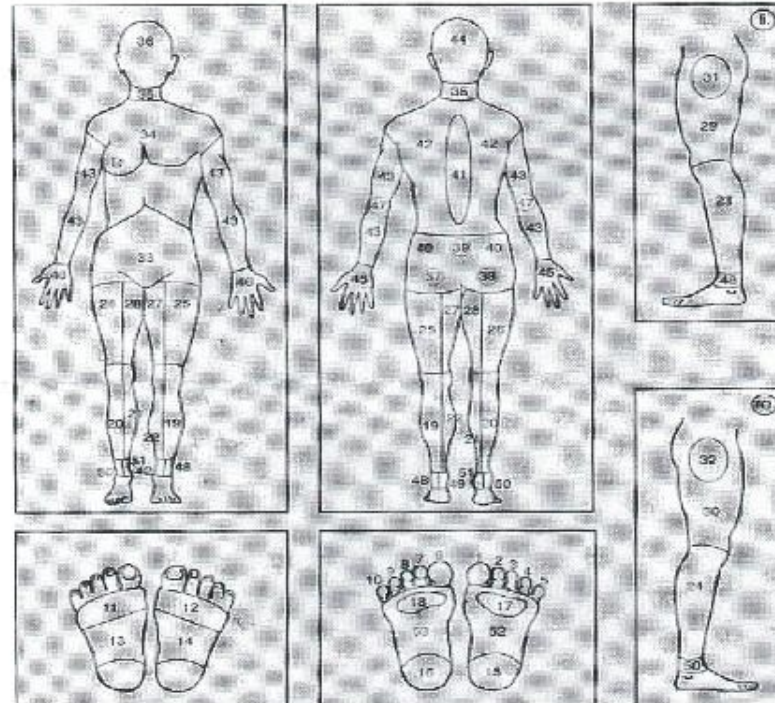
- 1\* = Epidermis, Dermis  
2 = Subkutis  
3 = Faszie, Muskeln  
4 = Sehnen, Knochen

- 1\*\* = Nekrose  
2 = Fibrin  
3 = Granulation  
4 = Epithel

Wundinfektion  
☐ ja      ☐ nein  
Abstrich am



## 5. Körperdiagramm (Bitte markieren Sie die betroffene Körperregion)



## 6. Wundbehandlung

| Wunde | Debridement | Spülung | Verband | Zusätzliche Maßnahmen |
|-------|-------------|---------|---------|-----------------------|
| 1     |             |         |         |                       |
| 2     |             |         |         |                       |
| 3     |             |         |         |                       |

### Debridement

- 1 mechanisch
- 2 autolytisch
- 3 enzymatisch
- 4 Sonstige:

### Spülung

- 1 NaCl
- 2 Aqua
- 3 Ringer
- 4 Sonstige:

### Verband

- 1 Hydrogel
- 2 Hydrokolloid
- 3 Kompressen
- 4 Sonstige:

### Zusätzliche Maßnahmen

- 1 Kompression
- 2 Druckentlastung
- 3 Mobilisation
- 4 Sonstige





### Prognose

7. Seit wann wird die Wunde behandelt? \_\_\_\_\_
8. In welchem Zeitraum wird die Wunde voraussichtlich verheilt sein?  
\_\_\_\_\_
9. Wie ist die Heilungstendenz der Wunde?  
\_\_\_\_\_
10. Bitte schildern Sie die verordnete Wundversorgung (Therapie) und Häufigkeit.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Welche Begründung besteht für den \_\_\_\_\_ mal täglichen Verbandwechsel?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allgemeines

12. Wann wurde die Wunde das letzte Mal von Ihnen begutachtet? am \_\_\_\_\_
13. Werden Sie regelmäßig über den Zustand der Wunde informiert?  
☐ ja ☐ nein
14. In welchen Zeitabständen wird die Wunde von Ihnen kontrolliert?  
\_\_\_\_\_
15. Wann erfolgte die letzte hautärztliche Untersuchung?  
☐ der Patient wurde nicht hautärztlich untersucht  
☐ am \_\_\_\_\_ ist der Patient von \_\_\_\_\_  
hautärztlich untersucht worden (bitte den Befund beifügen).  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel, Unterschrift des Arztes)

# Umgang mit falschen Anfragen



- Auf Vordruckanfrage und Weiterleitungsbogen bestehen
  - Muster 52 und 86
- Aufkleber
- Musterbrief / -fax an SoFa
- Muster 11 (MDK)
- Telefonat mit MDK
- „Schredderanfragen“
- Meldung an Datenschutzbeauftragten des Landes/Bundes





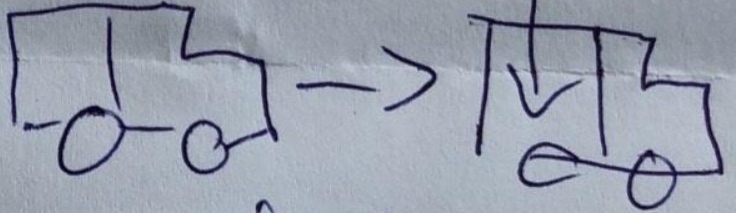
<https://hwwl.fobima.de/index.php?fb=1938>





Freundliche Grüße  
Ihre mhplus

SIE  
HIER

→ Auffahrunfall 

KH-Brief gegen Schweigepflichts-  
Entbindung oder Weiterleitungsbogen  
MDK.

Details zu Verursacher mir nicht  
zugänglich → Patientin befrage

Bitte senden Sie Ihre Post an  
diese Anschrift:

Hier erreichen Sie uns persönlich  
und/oder telefonisch:

Direktion:  
Frankstraße 8

Bankverbindung:

BSNR 618312700  
Dr. Christian & Roland Rechtenwald  
Dr. Wolfgang Hofmann  
Fachärzte für Allgemeinmedizin  
Hofstr. 39 97944 Boxberg  
07930 / 92900



|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| geb. am                        |                  |        |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum  |

## Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

52

### 1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

|               |               |               |               |               |               |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| ICD-10 - Code | ICD-10 - Code | ICD-10 - Code | ICD-10 - Code | ICD-10 - Code | ICD-10 - Code |
|               |               |               |               |               |               |
| ICD-10 - Code | ICD-10 - Code | ICD-10 - Code | ICD-10 - Code | ICD-10 - Code | ICD-10 - Code |
|               |               |               |               |               |               |

G:\D  
52\N

### 2. Welche Tätigkeiten übte der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?

(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)

2.1 ☐ erwerbstätig als

2.2 ☐ Der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für   Stunden pro Woche der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt.

Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? ☐ ja ☐ nein

### 3. Ist der Zeitpunkt des Wiedereintritts der Arbeitsfähigkeit absehbar?

☐ nein ☐ ja, Arbeitsfähigkeit besteht voraussichtlich ab

### 4. Welche diagnostischen/therapeutischen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ (ggf. wann und welche)

operativ (ggf. wann und welche)

5. Weitere behandelnde Ärzte (Name und Anschrift des Arztes und Fachrichtung)  
(Diese Angabe ist nur erforderlich, sofern nicht aus den Befundberichten ersichtlich.)

6. Welche weiteren Maßnahmen sind angezeigt?

☐

keine

☐

Medizinische Rehabilitation

☐

Innerbetrieblicher Arbeitsplatzwechsel (z.B. zur Vermeidung von Schichtarbeit)  
(Gilt nicht für Arbeitslose.)

☐

Psychotherapeutische Behandlung

☐

Stufenweise Wiedereingliederung  
(Gilt nicht für Arbeitslose.)

☐

Leistung zur Teilhabe am  
Arbeitsleben

☐

Sonstige (z.B. Suchttherapie, Ernährungsberatung, Rückenschule)

7. Gibt es bei der Überwindung der Arbeitsunfähigkeit andere Probleme?

☐

nein

☐

ja, folgende

8. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung? ☐ ja ☐ nein

9. Sonstiges / Bemerkungen zum Gesundheitszustand

Für das Ausstellen dieses Berichts ist die  
Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

GOP: 01622 = 9,54 €

Muster 52 (1.2016)

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |         |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |         |
|                                |                  | geb. am |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status  |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum   |

## Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

52

**NEU**  
ab April 2025



### 1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

| ICD-10 - Code | ICD-10 - Code | ICD-10 - Code | ICD-10 - Code | ICD-10 - Code | ICD-10 - Code |
|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|               |               |               |               |               |               |

ggf. Angabe sich daraus ergebender Funktionseinschränkungen

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

### 2. Welche Tätigkeiten übte die/der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?

(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)

2.1 erwerbstätig als

|  |
|--|
|  |
|--|

regelmäßige  
Arbeitszeit

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Stunden  
pro Woche

2.2

☐

Die/der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für folgende Stundenanzahl der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

Stunden  
pro Woche

Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben?

☐

nein

☐

ja

### 3. Welche diagnostischen/therapeutischen/rehabilitativen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ  
(ggf. wann und welche)

|  |
|--|
|  |
|--|

operativ  
(ggf. wann und welche)

|  |
|--|
|  |
|--|

Heilmittel  
(ggf. seit wann und welche)

|  |
|--|
|  |
|--|

Stufenweise Wiedereingliederung  
(gilt nicht für Arbeitslose)

☐

geplant

☐

eingeleitet

Medizinische Rehabilitation

☐

geplant

☐

beantragt

Patientenschulung

☐

geplant

☐

eingeleitet

Sonstige (therapeutische) Maßnahmen (ggf. wann und welche)

z. B. Rückenschule, Ernährungsberatung, Suchttherapie, Psychotherapeutische Behandlung, Leistungen zur Teilhabe, Rehabilitationssport/Funktionstraining oder betriebliches Eingliederungsmanagement

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

☐

keine (Begründung  
erforderlich)

|  |
|--|
|  |
|  |

**4. Erfolgte eine Überweisung zur fachärztlichen Mitbehandlung?**

☐

nein

☐

ja, Fachrichtung

|  |
|--|
|  |
|--|

**5. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?**

☐

nein

☐

ja

Für das Ausstellen dieses Reports ist die  
Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

# Falsche Anfragen der Krankenkassen

## Rechtsgrundlage



### Muster 52: Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit



Muster 52 wird auf Anfrage der Krankenkasse vom Vertragsarzt ausgefüllt. Die Krankenkasse stellt dem Arzt grundsätzlich einen Freiumschlag zu Verfügung. Weitere relevante Befunde sind vom Arzt im verschlossenen Umschlag an die Krankenkasse beizufügen.

Die Anfrage bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit wird die Krankenkasse frühestens nach einer kumulativen Zeitdauer der Arbeitsunfähigkeit eines Erkrankungsfalls von 21 Tagen versenden. Eine

Anfrage der Krankenkasse, die den Arzt vor der kumulativen Zeitdauer von 21 Tagen erreicht, muss nicht beantwortet werden.

Der Arzt teilt der Krankenkasse auf Anforderung in der Regel innerhalb von drei Werktagen weitere Informationen auf dem vereinbarten Vordruck mit. In begründeten Ausnahmefällen sind auch weitergehende Anfragen der Krankenkasse möglich.



# Verordnung einer Krankenförderung

## Muster 4

|                    |                                                       |
|--------------------|-------------------------------------------------------|
| Zuzahlungs-pflicht | Krankenkasse bzw. Kostenträger                        |
| Zuzahlungs-frei    | Name, Vorname des Versicherten<br><br>geb. am         |
|                    | Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status |
|                    | Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum          |

## Verordnung einer Krankenförderung 4

|                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Unfall, Unfallfolge                         |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Berufskrankheit              |
| <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden (z.B. BVG)                |
| <input type="checkbox"/> Hinfahrt <input type="checkbox"/> Rückfahrt |

### 1. Grund der Beförderung

#### Genehmigungsfreie Fahrten

- a) ☐ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung ☐ vor-/nachstationäre Behandlung
- b) ☐ ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)
- c) ☐ anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen: \_\_\_\_\_

#### Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

- d) ☐ hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
- e) ☐ dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
- f) ☐ anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

### 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

 / ☐ x pro Woche, bis voraussichtlich 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

  
Behandlungsstätte (Name, Ort) \_\_\_\_\_

### 3. Art und Ausstattung der Beförderung

|                                                                                                                 |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen                                                                         | <input type="checkbox"/> Rollstuhl  |
| <input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen _____ | <input type="checkbox"/> Tragestuhl |
| <input type="checkbox"/> RTW                                                                                    | <input type="checkbox"/> liegend    |
| <input type="checkbox"/> NAW/NEF                                                                                |                                     |
| <input type="checkbox"/> andere _____                                                                           |                                     |

### 4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichttransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

# Verordnung einer Krankenförderung



## Voraussetzungen

- Fahrt ist im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse **zwingend medizinisch notwendig**
- Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots
- Patient auf Zuzahlung hinweisen
  - 10% der Kosten, min. 5€, max. 10€
- Begründung KTW
  - z.B. Notfall, fachgerechtes Lagern, Absaugbereitschaft, Sauerstoff
- Andere: KTW/Taxi

# Verordnung einer Krankenförderung



## Genehmigungsfreie Fahrten

- Voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung
- Vor- oder nachstationäre Behandlung
- Fahrten zu stationären Hospizen, zur Kurzzeitpflege (wenn Krankenkasse Kostenträger ist)
- Fahrten zu stationärsersetzenden ambulanten Operationen (§ 115b SGB V)
- Begründung KTW:
  - fachgerechtes Lagern, Absaugbereitschaft, Notfall, Sauerstoff

# Verordnung einer Krankenförderung



## Genehmigungsfreie Fahrten

- Voraussetzungen:
  - Schwerbehinderung mit Merkzeichen **aG**, **Bl**, **H** oder
  - Pflegegrad **4** oder **5** und 3 (bei dauerhafter Mobilitätseinschränkung, im Einzelfall ... Buchstabe G ... )
- Dann ohne Genehmigung:
  - Krankenfahrten zu ambulanten Behandlungen mit Taxi / Mietwagen (cave! **nicht** Krankentransport!)
  - zum Vertragsarzt, sofern Hausbesuch keine Option (z.B. apparative Diagnostik)

# Verordnung einer Krankenförderung



## Genehmigungspflichtige Fahrten

- Zu ambulanten Behandlungen bei
  - Hochfrequenter Behandlung (Dialyse, Chemotherapie, Bestrahlung)
  - „Vergleichbaren Ausnahmefällen“
  - „Vergleichbaren Mobilitätseinschränkungen und Behandlungsdauer von mindestens 6 Monaten“
  - Notwendigkeit eines Krankentransports (KTW)
- Genehmigung muss der Patient (oder Taxiunternehmer) **vor Fahrtantritt** bei der Krankenkasse einholen



|                                                       |                                               |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Zuzahlungs-pflicht                                    | Krankenkasse bzw. Kostenträger                |
| Zuzahlungs-frei                                       | Name, Vorname des Versicherten<br><br>geb. am |
| Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status |                                               |
| Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum          |                                               |

## Verordnung einer Krankenförderung 4

- ☐ Unfall, Unfallfolge
- ☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit
- ☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)
- ☐ Hinfahrt      ☐ Rückfahrt

### 1. Grund der Beförderung

#### Genehmigungsfreie Fahrten

- a) ☐ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung ☐ vor-/nachstationäre Behandlung
- b) ☐ ambulante Behandlung bei Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 **nur Taxi/Mietwagen** (Fahrt mit KTW ist unter f) zu verordnen)
- c) ☐ anderer Grund, z.B. Fahrten zu Hospizen:

#### Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (Vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

- d) ☐ hochfrequente Behandlung Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung unter 4. erforderlich)
- e) ☐ dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung vergleichbar mit b) und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung unter 4. erforderlich)
- f) ☐ anderer Grund für Fahrt mit KTW, z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben erforderlich (Begründung unter 3. und ggf. 4. erforderlich)

### 2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

 / ☐ x pro Woche, bis voraussichtlich 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Behandlungsstätte (Name, Ort)

### 3. Art und Ausstattung der Beförderung

- ☐ Taxi/Mietwagen ☐ Rollstuhl
- ☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen ☐ Tragestuhl
- ☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere ☐ legend

### 4. Begründung/Sonstiges (z. B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Gewicht bei Schwergewichtstransport, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)



# Verordnung einer Krankenförderung



## NICHT verordnungsfähig

- Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsleistungen (Patient an Kostenträger verweisen, meist ist das die KK oder Rentenversicherung)
- Fahrten von zu Hause ins Pflegeheim (außer bei Kurzzeitpflege zu Lasten der Krankenkassen)
- *ins Hospiz ist erlaubt!*



# Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

## Muster 1

|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| geb. am                        |                  |        |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum  |

**Arbeitsunfähigkeits- 1  
bescheinigung**

☐ 1 Erstbescheinigung

☐ 1 Folgebescheinigung

☐ 2 Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit

☐ 2 dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

3

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

4

festgestellt am

5

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse**

**AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)**

6 ICD-10 - Code

6 ICD-10 - Code

6 ICD-10 - Code

6 ICD-10 - Code

6 ICD-10 - Code

6 ICD-10 - Code

☐ 7 sonstiger Unfall,  
Unfallfolgen

☐ 8 Versorgungs-  
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

☐ 9 Leistungen zur  
medizinischen Rehabilitation

☐ 9 stufenweise  
Wiedereingliederung

☐ 9 Sonstige

**Im Krankengeldfall** ☐ 10 ab 7. AU-Woche oder  
sonstiger Krankengeldfall

☐ 11 Endbescheinigung

|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| geb. am                        |                  |        |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum  |

# Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung 1

☐ Erstbescheinigung

☐ Folgebescheinigung

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit

☐ dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig

bis einschließlich oder letzter

Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse**

## AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

ICD-10 - Code

☐ sonstiger Unfall,  
Unfallfolgen

☐ Versorgungsleiden  
(z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

☐ Leistungen zur  
medizinischen Rehabilitation

☐ stufenweise  
Wiedereingliederung

☐ Sonstige

**Im Krankengeldfall**

☐ ab 7. AU-Woche oder  
sonstiger Krankengeldfall

☐ Endbescheinigung

## Hinweis für Versicherte zum Krankengeld

Wird Ihnen in der Arztpraxis die Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit für die Krankenkasse ausgehändigt, leiten Sie diese bitte an Ihre Krankenkasse weiter. Dadurch können zeitliche Verzögerungen bei der Gewährung von Kranken- bzw. Verletztengehalt vermieden werden.



- seit 01.10.2021 möglich (man braucht eHBA, KIM, PTV3 oder besser PTV4+)
- seit 01.07.22 verpflichtend (Sendung AU durch Arzt an KK)
- Krankenkassen stellen AU-Daten dem Arbeitgeber ab 01.01.23 zur Verfügung



seit 07.12.2023 dauerhaft möglich



wichtige Regeln:

- nur für bekannte Patienten
- die persönliche- oder Videosprechstunde sind zu bevorzugen
- für alle Erkrankungen ohne schwere Symptomatik
- pro AU Fall für maximal 5d möglich
- kein Einlesen der eGK erforderlich

# Richtlinie Arbeitsunfähigkeit



## Richtlinie



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und**

**Bitte lest jetzt die  
Richtlinie Arbeitsunfähigkeit**

in der Fassung vom 14. November 2013  
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 27.01.2014 B4  
in Kraft getreten am 28. Januar 2014

zuletzt geändert am 20. Oktober 2016  
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 23.12.2016 B5  
in Kraft getreten am 24. Dezember 2016



# Fall 1



Ein Patient kommt am **Montag** in Ihre Praxis und möchte auf Grund einer Durchfallerkrankung eine **AU rückwirkend zum Donnerstag** letzter Woche. Ihm war es nicht möglich zu Ihnen in die Praxis zu kommen.

## Fall 2



Ein Patient kommt am **Montag** zu Ihnen und bittet Sie nach einem **Skiunfall und folgender OP** in **Österreich** um eine **rückwirkende AU**. Anhand des Original Entlassungsbriefs der Klinik erfahren Sie, dass der Patient am **letzten Freitag entlassen** wurde. Er war erst nach Sprechstundenende zu Hause und konnte nicht mehr zu Ihnen kommen.



|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| geb. am                        |                  |        |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum  |

**1** ☐ **Erstbescheinigung**

**1** ☐ **Folgebescheinigung**

**2** ☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

**2**

**3**

**4**

**5**

dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse**

---

**AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)**

**6** ICD-10 - Code

**6** ICD-10 - Code

**6** ICD-10 - Code

**6** ICD-10 - Code

**6** ICD-10 - Code

**6** ICD-10 - Code

**7** ☐ sonstiger Unfall,  
Unfallfolgen

**8** ☐ Versorgungs-  
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

**9** ☐ Leistungen zur  
medizinischen Rehabilitation

**9** ☐ stufenweise  
Wiedereingliederung

**9** ☐ Sonstige

**Im Krankengeldfall** **10** ☐ ab 7. AU-Woche oder  
sonstiger Krankengeldfall

**11** ☐ Endbescheinigung

## Fall 3



Eine Patientin bittet Sie um eine AU für

a) ein **Vorstellungsgespräch**

*oder*

b) **Vorsorge-Koloskopie**

am heutigen Tag

## Fall 4



Welche Kreuze auf AU bei ...

- a) **Wundversorgung** nach **Autounfall** (private Fahrt)
- b) **Schnittwunde** nach **Arbeitsunfall**
- c) **Wundkontrolle** nach D-ärztlicher Wundversorgung.



|                                |                  |        |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger |                  |        |
| Name, Vorname des Versicherten |                  |        |
| geb. am                        |                  |        |
| Kostenträgerkennung            | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr.            | Arzt-Nr.         | Datum  |

**1** ☐ **Erstbescheinigung**

**1** ☐ **Folgebescheinigung**

**2** ☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

**2** ☐ dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

**3**

**4**

**5**

**Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse**

**AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)**

**6** ICD-10 - Code

**6** ICD-10 - Code

**6** ICD-10 - Code

**6** ICD-10 - Code

**6** ICD-10 - Code

**6** ICD-10 - Code

**7** ☐ sonstiger Unfall,  
Unfallfolgen

**8** ☐ Versorgungs-  
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

**9** ☐ Leistungen zur  
medizinischen Rehabilitation

**9** ☐ stufenweise  
Wiedereingliederung

**9** ☐ Sonstige

**Im Krankengeldfall** **10** ☐ ab 7. AU-Woche oder  
sonstiger Krankengeldfall

**11** ☐ Endbescheinigung



# AU bei An



## Durchgangsarztbericht

- UV-Träger -

USt. Nr.

|                                                                                                                                                                           |  |                 |                              |                                                                                                   |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Unfallversicherungsträger                                                                                                                                                 |  | Eingetroffen am |                              | Uhrzeit                                                                                           |                     |
| Name, Vorname des Versicherten                                                                                                                                            |  | Geburtsdatum    |                              | Krankenkasse (bei Fam.-Vers. Name des Mitglieds; in diesem Falle keine Kopie an die Krankenkasse) |                     |
| Beschäftigt als                                                                                                                                                           |  | Seit            |                              | Bei Pflegeunfall Pflegeklasse des Pflegebedürftigen                                               |                     |
| Unfallbetrieb, ggf. mit Telefon-Nr. (Bezeichnung bzw. Name und Anschrift des Arbeitgebers, der Kindertageseinrichtung, der Schule oder Hochschule, des Pflegebedürftigen) |  |                 |                              |                                                                                                   |                     |
| Vollständige Anschrift des Versicherten                                                                                                                                   |  |                 | Telefon-Nr. des Versicherten |                                                                                                   | Staatsangehörigkeit |
| 1 Unfalltag                                                                                                                                                               |  | Uhrzeit         |                              | Beginn der Arbeitszeit                                                                            |                     |
|                                                                                                                                                                           |  |                 |                              | Ende der Arbeitszeit                                                                              |                     |
| 2 Angaben des Versicherten zum Unfallort, Unfallhergang und zur Tätigkeit, bei der der Unfall eingetreten ist                                                             |  |                 |                              |                                                                                                   |                     |
| Bei nicht ausreichendem Platz, hier ansetzen                                                                                                                              |  |                 |                              |                                                                                                   |                     |

11 Besteht konkreter Anlass, dass der Versicherte von einem Mitarbeiter des UV-Trägers beraten wird?

☐ nein ☐ ja, weil

12 Art der Heilbehandlung

☐ allgemeine Heilbehandlung  
☐ durch anderen Arzt  
☐ durch mich

☐ besondere Heilbehandlung

☐ ambulant ☐ stationär  
 Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungs-/  
 Schwerstverletzungsartenverzeichnis vor?

☐ nein ☐ ja, VAV nach Ziffer  
☐ nein ☐ ja, SAV nach Ziffer

☐ es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV  
 durchgeführt, weil

13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

☐ arbeitsfähig.  
☐ arbeitsunfähig ab:

☐ voraussichtlich wieder arbeitsfähig  
 ab:  
☐ voraussichtlich länger als 6 Monate  
 arbeitsunfähig

14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose  
 und/oder Mitbehandlung erforderlich?

☐ nein ☐ ja, zugezogen wird:

15 Nachschau ist erforderlich, **sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte**, am  
 Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben.

bei Verschlimmerung sofort.

16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses

Datum

Unterschrift des Durchgangsarztes

Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes

|                                                                                                                                                                                                   |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> voraussichtlich länger als 6 Monate<br>arbeitsunfähig                                                                                                                    |                                   |
| 15 Nachschau ist erforderlich, <b>sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte</b> , am : bei Verschlimmerung sofort.<br>Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben. |                                   |
| 16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses                                                                                                                                    |                                   |
| Datum                                                                                                                                                                                             | Unterschrift des Durchgangsarztes |
| Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes                                                                                                                                                            |                                   |

F 1000 0114 Durchgangsarztbericht



# Arbeitsunfall „klein“

## KBV Erläuterungen AU Formular

D-Arzt-Vorstellung **nicht** erforderlich wenn:

- AU maximal am Unfalltag
- ärztliche Behandlung voraussichtl. max. 1 Woche
- keine Heilmittel, keine Hilfsmittel
- bei isolierter Augen-/HNO-Verletzung (geht direkt zum –ologen)

## Fall 5



Ein Patient (Empfänger von Bürgergeld) bittet Sie um eine AU für den **Beratungstermin** bei der Agentur für Arbeit

- a) hat 40°C Fieber und Husten ...
- b) ... chronische LWS Beschwerden



## Fall 5

### Arbeitsunfähigkeit für Arbeitslose im SGB II-Bezug (sog. Bürgergeld-Empfänger)

Erwerbsfähige Bürgergeld-Empfänger sind arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt nicht in der Lage sind, **mindestens 3 Stunden** täglich zu arbeiten oder an einer **Eingliederungsmaßnahme** teilzunehmen.

# Fall 6



Ein Privatpatient braucht eine AU. Welches Formular verwenden Sie?

Das Formular ist für eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU) vorgesehen. Es enthält folgende Felder und Optionen:

- Name, Vorname, Anschrift:** Ein großer Kasten für die Patientendaten.
- geb. am:** Ein Feld für das Geburtsdatum.
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zur Vorlage bei:**
  - ☐ Arbeitgeber
  - ☐ \_\_\_\_\_
- Ober genannter Patient ist erkrankt:**
  - ☐ Erstbescheinigung
  - ☐ Folgebescheinigung
  - ☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit
  - ☐ Dem Durchgangsarzt zugewiesen
- und arbeitsunfähig seit:** Ein Feld für das Datum.
- voraussichtlich bis einschließlich:** Ein Feld für das Datum.
- Datum:** Ein Feld für das Datum.
- Stempel und Unterschrift:** Ein großer Kasten für den Arztstempel und die Unterschrift.

Artikel-Nr. 02176 Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Dieselstr. 2, 50659 Köln (Löwenich), Tel. (02234) 7011-0, Fax (02234) 7011470

## Fall 7



Ein Patient hat sich das **Bein gebrochen** und braucht nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine AU. Er ist **Bauarbeiter** und in seinem Betrieb gibt es keine Möglichkeit ihn z.B. im Büro einzusetzen. Wie lange schreiben Sie ihn krank?

## Fall 8



Ein Patient für eine **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung** von Ihnen. Sein C

**KKH**

KKH Kaufmännische Krankenkasse  
Krankengeldzentrum  
30125 Hannover

Angaben zu meiner Arbeitsunfähigkeit seit dem 12.07.2023

☐ Am  werde ich meine Tätigkeit wieder aufnehmen.  
Datum (TT.MM.JJJJ)

☐ Ich kann meine Tätigkeit zurzeit noch nicht wieder aufnehmen.

Meine Arbeitsunfähigkeit dauert bis zum   
Datum (TT.MM.JJJJ)

Die Wiederaufnahme meiner Arbeit ist für mich derzeit nicht möglich, weil die folgenden diagnostischen und therapeutischen **Maßnahmen laufen oder demnächst anstehen**:

Zusätzlich zu den obigen Angaben möchte ich Ihnen noch Folgendes mitteilen:

Datum (TT.MM.JJJJ)  Unterschrift



## Fall 9



Ein Patient war bis einschließlich Freitag arbeitsunfähig

- a) während der Lohnfortzahlung
- b) im Krankengeld

Er kommt Montag um eine Folgebescheinigung zu erhalten.

Was passiert bei Brückentagen?

# Lückenloser Nachweis im Krankengeldfall!



**Im Krankengeldfall**

☐

ab 7. AU-Woche oder  
sonstiger Krankengeldfall

☐

Endbescheinigung

## **Hinweis für Versicherte zum Krankengeld**

*Achten Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. Wenn Ihr Arzt oder Ihre Ärztin Ihnen die Bescheinigung für die Krankenkasse aushändigt, müssen Sie diese innerhalb von einer Woche an Ihre Krankenkasse weiterleiten. Bei verspäteter Vorlage der Bescheinigung bei der Krankenkasse oder lückenhaftem Nachweis der Arbeitsunfähigkeit droht Krankengeldverlust. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.*

Muster 1c (1.2018)

<https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Krankengeld?nid=98768>

## **Bundessozialgericht sieht Arbeitnehmer bei Krankmeldung in der Pflicht**

Donnerstag, 25. Oktober 2018



Zwei verschiedene Kostenträger:

- **DRV:** bei bestehendem Beschäftigungsverhältnis über Deutsche Rentenversicherung G0100 + G0110 + G0115 (von Pat.) u. S0051 (ärztl. Befund) + S0050 (Abrechnung)
- **GKV:** Ohne Beschäftigungsverhältnis/bei Rente über die Krankenkasse Muster 61

|                      |                                 |
|----------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer  | Kennzeichen<br>(soweit bekannt) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>            |



**Deutsche  
Rentenversicherung**



MSAT / MSNR

## Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

# G0110

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Name, Vorname        | Geburtsdatum         |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihren Beschwerden, Krankheiten und beruflichen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung und können zum Erfolg der Rehabilitation erheblich beitragen.

### 1 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

#### 1.1 Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?

|                                    |                                       |                                       |                                       |                                            |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gar nicht | <input type="checkbox"/> bis 6 Wochen | <input type="checkbox"/> bis 3 Monate | <input type="checkbox"/> bis 6 Monate | <input type="checkbox"/> mehr als 6 Monate |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|

von - bis

wegen

# Befundbericht

## DRV



**S0051**

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

- ☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

☐ Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (bitte zusätzlich das Formular S0052 - Zusatzbogen onkologische Rehabilitation ausfüllen)

☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

☐ Erwerbsminderungsrente

☐ \_\_\_\_\_

|                                                                                     |         |              |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|
| Name, Vorname <b>der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird</b> |         | Geburtsdatum |
| Patientin / Patient (Name, Vorname)                                                 |         | Geburtsdatum |
| Straße, Hausnummer                                                                  |         |              |
| Postleitzahl                                                                        | Wohnort |              |

Die Patientin / Der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit dem \_\_\_\_\_ .

Letzter Kontakt am \_\_\_\_\_

Kontakte bestehen ☐ wöchentlich ☐ 14-tägig ☐ monatlich ☐ seltener

Der Antrag erfolgte auf meine Anregung? ☐ nein ☐ ja

# Honorarabrechnung DRV

9

**S0050**

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift  
in schwarz oder blau

- |               |              |
|---------------|--------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
|               |              |

# Rehaantrag

GKV

Abrechnung:

01611 (36,2)

+

01613 (8,62) bei geriatr.  
Reha

|                                                   |                  |                     |
|---------------------------------------------------|------------------|---------------------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger                    |                  |                     |
| vate Krankenv                                     |                  |                     |
| Name, Vorname des Versicherten<br>Teambesprechung |                  |                     |
|                                                   |                  | geb. am<br>10.04.17 |
| Kostenbegründung                                  | Versicherten-Nr. | Status              |
| 100004034                                         |                  | 10000000            |
| Betriebsstätten-Nr.                               | Arzt-Nr.         | Datum               |
| 648087800                                         | 024265901        | 04.03.20            |

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

☐ Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit  
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV



### I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

| A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen              | Diagnoseschlüssel<br>ICD-10-GM | Seite | * Ursache ** |
|------------------------------------------------------|--------------------------------|-------|--------------|
| 1. _____                                             | _____                          | _____ | _____        |
| 2. _____                                             | _____                          | _____ | _____        |
| 3. _____                                             | _____                          | _____ | _____        |
| <b>B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen</b> |                                |       |              |
| 4. _____                                             | _____                          | _____ | _____        |
| 5. _____                                             | _____                          | _____ | _____        |
| 6. _____                                             | _____                          | _____ | _____        |

\* Seitenlokalisation  
R = rechts  
L = links  
B = beidseits

\*\* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegunfall  
2 = Berufskrankheit  
3 = Schädigungsfolge durch Einwirkung Dritter (z. B. Unfallgegnert)  
4 = Folgen von Krieger-, Zivil- oder Wehrdienst  
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. HIV)

### II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Prüfhe-Barthel)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja, welche? \_\_\_\_\_

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

\_\_\_\_\_





# Versicherungsanfragen & Atteste

## „Gewaltfreies Kodieren“

- Rechnung benötigt keine Diagnose nach GOÄ!
- Möglichst ungenau kodieren, geht Finanzamt / Versicherungen etc. nichts an:

Z04.8 Beobachtung & Untersuchung aus sonstigen Gründen

Z20.9 Kontakt mit Krankheit, übertragbar, n.n.bez.

Z00.0 Allgemeinuntersuchung ohne Beschwerden

Z00.8 Allgemeinuntersuchung, sonstige, ohne Beschwerden

Z76.9 Inanspruchnahme des Gesundheitswesens

Z73 Stress (Schwierigkeiten mit Bezug Lebensbewältigung)

Z02.3 Psychosomatische Erkrankung, Ausschluss bzw. Abklärung

R45.8 Stimmung betreffende, sonstige Symptome

R68.8 Allgemeinsymptome, sonstige, n.n.bez.

R69 Krankheitsursache, unbekannte, n.n.bez.

R45.7 Stress, n.n.bez.

# Versicherungsanfragen & Atteste

Stempel!



# Versicherungsanfragen & Atteste

## Stempel!



**SIEHE  
ANLAGE**



2) Wann ist der (die) Verletzte wegen des Unfalles erstmalig von Ihnen behandelt worden?

**SIEHE  
ANLAGE**

3) Welchen Befund haben Sie festgestellt?

3a) Genaue Schilderung des objektiven Befundes, falls ein solcher vorliegt

**SIEHE  
ANLAGE**

3b) Wissenschaftliche Diagnose der Unfallfolgen

**SIEHE  
ANLAGE**

3c) Haben Sie die (den) Verletzte(n) wegen dieser oder ähnlicher Gebrechen früher behandelt, ggf. wann?

*Nein.*

3d) Ergaben sich bei der ersten Untersuchung Anzeichen dafür, dass der (die) Verletzte unter Alkoholeinfluss oder anderer berauschender Mittel stand?

*Nein.*

4a) Bestehen oder bestanden außer den Unfallfolgen noch andere Leiden, Gesundheitsmängel oder



# Atteste

## Grundlegendes

- Behörden 1-facher Satz (nicht die Polizei ärgern...)
- Gerichte usw. JVEG (steht drauf)
- JArbSchG (Berechtigungsschein)
- evtl. Hinweistext als Fußnote unter Attest:

***„Das ärztliche Attest / Gutachten ist keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und kostenpflichtig nach GOÄ (mind. 1-facher Gebührensatz).***

***Die kostenfreie Erstellung eines Attestes / Gutachtens dieser Art würde gegen die Berufsordnung §12 verstoßen.“***





Betrifft:

Frau Miriam Führ, geb. am 10.09.1971  
wohnhaft in 22043 Hamburg, Jüthornstr. 32

**Betreff: Anforderung einer Schulunfähigkeitsbescheinigung**

Laut Aussage von Führ, Miriam bestehen Sie auf einem ärztlichen Attest, obwohl das Schulgesetz in § 58, 59, 63.68 - nur in begründeten Ausnahmefällen eine ärztliche Bescheinigung fordert.

Die Anforderung kann nur durch die Schulleiterin bzw. den Schulleiter ausgesprochen werden bzw. in besonderen begründeten Fällen. Ein ärztliches Attest ist kostenpflichtig.

Je nach Größe und Inhalt kostet die Bescheinigung 5,- bis 15,- Euro nach GOÄ von 1996.

Bitte teilen Sie mir auf diesem Schreiben mit, ob eine Entscheidung der Schulleiterin/des Schulleiters vorliegt, weshalb die Entschuldigung der Eltern/des volljährigen Schülers nicht ausreicht und wer die Kosten übernimmt.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Miriam Führ

Antwort des Lehrers/der Lehrerin (durch Ankreuzen)

- ☐ Es liegt eine Entscheidung der Schulleiterin bzw. des Schulleiters vor.
- ☐ Ein elterliches Attest ist nicht glaubhaft, weil
- ☐ Eine Entschuldigung des Volljährigen Schülers ist nicht glaubhaft, weil
- ☐ Die Kosten übernehmen die Eltern
- ☐ Die Kosten übernimmt die Schule/der Lehrer oder die Lehrerin

Oststeinbek, den .....

Unterschrift.....

Schulstempel.....

# Versicherungsanfragen & Atteste



## Basics der GOÄ

| <b>70 (kurze Bescheinigung, z. B. AU)</b>                                                           |                 |          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|
| 1-fach                                                                                              | <b>2,3-fach</b> | 3,5-fach |
| 2,33€                                                                                               | <b>5,36€</b>    | 8,16€    |
| <b>75 (Attest, ausführlicher Bericht, z. B. „kleine Gesundheitsuntersuchung“)</b>                   |                 |          |
| 1-fach                                                                                              | <b>2,3-fach</b> | 3,5-fach |
| 7,58€                                                                                               | <b>17,43€</b>   | 26,53€   |
| <b>80 (gutachterliche Äußerung, Reiserücktrittversicherung, Tauglichkeiten, „wertender Aspekt“)</b> |                 |          |
| 1-fach                                                                                              | <b>2,3-fach</b> | 3,5-fach |
| 17,49€                                                                                              | <b>40,22€</b>   | 61,20€   |





# Versicherungsanfragen

## Grundlegendes

- Vorschlag: mind. 75 €
- keine Bindung an GOÄ, frei verhandelbar! – aber man darf sich natürlich an GOÄ anlehnen
- Kostenzusage vorher einholen
- CAVE: Schweigepflichtentbindung!
- Wer bestellt, der bezahlt!
- CAVE: Gilt nicht für Versorgungsamts - & Rentenversicherungsanfragen!



www.generali.de

Postanschrift:  
Generali Deutschland  
Lebensversicherung AG  
Kundenservice-Direktion Köln  
50414 Köln

Ihr Ansprechpartner:  
Frau Flick  
KFB 317  
T 0221 3395-7308  
service@generali.de

09.08.2022

Bitte stets angeben



Generali Deutschland Lebensversicherung AG, 50414 Köln

Hausarztpraxis  
Dr. med. Winter  
Paßtrift 19  
18465 Fribsees

Versicherung Nr. [REDACTED]  
Patient: Herr [REDACTED]

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir prüfen derzeit, ob Herr Lenz wegen seiner gesundheitlichen Einschränkungen Leistungsansprüche hat. Bitte schicken Sie uns deshalb ab dem **01.01.2021**

- einen Ausdruck/eine Kopie Ihrer Patientenakte mit den entsprechenden Behandlungsdaten, Diagnosen, Verordnungen, Überweisungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten sowie
- **alle** vorliegenden Berichte und Befunde in Kopie.

Die entstehenden Kosten strecken wir vor.

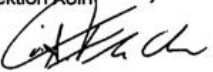
Die versicherte Person ist verpflichtet, ihre Gesundheitsverhältnisse offen zu legen. Sie hat uns ermächtigt, die erforderlichen Auskünfte einzuholen und Sie ausdrücklich von der Schweigepflicht entbunden.

Da wir möglichst schnell entscheiden wollen, sind wir für eine rasche Antwort dankbar. Schön wäre es, wenn uns diese bis zum **30.08.2022** vorliegt.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Generali  
Kundenservice-Direktion Köln

  
Frau Thelen

  
Frau Flick

Generali Deutschland  
Lebensversicherung AG  
Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Antonio Cangeri  
Vorstand:  
Stefan Lehmann  
(Vorsitzender),  
Helmut Gaul, Milan Novotný  
Ulrich Ostholt, Uli Rothaufe  
Sitz: München  
Amtsgericht München, HRB 257068



Generali Deutschland Lebensversicherung AG, 50414 Köln

Hausarztpraxis  
Dr. med. Winter  
Paßtrift 19  
18465 Fribsees



www.generali.de

Postanschrift:  
Generali Deutschland  
Lebensversicherung AG  
Kundenservice-Direktion Köln  
50414 Köln

Ihr Ansprechpartner:  
Frau Flick  
KFB 317  
T 0221 3395-7308  
service@generali.de

30.08.2022

Bitte stets angeben



Versicherung Nr. [REDACTED]

Patient: Herr [REDACTED]

Sehr geehrte Damen und Herren,  
vielen Dank für Ihr Schreiben vom 24.08.2022.

Am 09.08.2022 baten wir Sie um Kopien der Patientenakte sowie Kopien der vorliegenden Berichte und Befunde. Einen ärztlichen Bericht hatten wir von Ihnen nicht angefordert.

Sie wünschen für die Beantwortung unserer Anfrage ein Honorar in Höhe von 85,00 €.

Nach den geltenden Versicherungsbedingungen sind Attesthonorare von Ihrem Patienten bzw. unserem Kunden zu tragen. Wir treten lediglich in Vorlage, behalten diese Kosten jedoch von der Versicherungsleistung wieder ein. Daher ist unser Verhandlungsspielraum sehr begrenzt, insbesondere vor dem Hintergrund, dass wir eigentlich die Zustimmung des Patienten einholen müssten.

Wären Sie damit einverstanden, uns die Unterlagen für ein festes Honorar von 40,00 € zu schicken?

Diesen Betrag sichern wir Ihnen auf jeden Fall zu. Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, rufen Sie uns doch bitte kurzfristig an.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Generali  
Kundenservice-Direktion Köln

Frau Thelen

Frau Flick

Generali Deutschland  
Lebensversicherung AG  
Vorsitzender des Aufsichtsrats:  
Antonio Cangeri  
Vorstand:  
Stefan Lehmann  
(Vorsitzender),  
Helmut Gaul, Milan Novotný  
Ulrich Ostholt, Uli Rothaue  
Sitz: München  
Amtsgericht München, HRB 257068  
USt-ID-Nr. DE 811 233 677  
Versicherungsumsätze sind umsatzsteuerfrei



# Fall



Ein Patient kommt nach einem **Verkehrsunfall** zu Ihnen in die Praxis. Er sei nur leicht verletzt worden. Da er **laut Polizei** das **Opfer** sei, würden sie gern „*was schriftliches*“ vom Arzt haben.



\$Druckdatum#

### **Ärztliches Attest**

für \$Vorname# \$Nachname#, geb. am \$Gebdatum#  
Wohnhaft in \$plz# \$ort#, \$strasse#

\$Anrede# \$Nachname# befindet sich auf Grund eines Verkehrsunfalls/Rohheitsdeliktes  
in unserer ärztlichen Behandlung.

Ruben Bernau

# Reiserücktrittsversicherungen



Jede Reiserücktrittsversicherung ist kostenpflichtig auch wenn nicht in Anspruch genommen.

Das ärztliche Attest kostet nur bei Inanspruchnahme.

Achtung: Fang-Fragen, genaues Lesen erforderlich (Kreuze wechseln...)



## Grundlagen

- Antrag erfolgt durch Patienten beim Landratsamt/Versorgungsamt
- Ärzt:inn erhält Schweigepflichtsentbindung, Fragebogen, Rechnungsvordruck
- GdB wird nach Aktenlage von Sachbearbeitern festgelegt, ggf. auch mit einem Merkzeichen
- Arbeitet mit Stempel – „Siehe Anlage“ als Verweis auf Vorbefunde, die Mitgeschickt werden
- Mut zur Lücke: wenn ihr etwas nicht wisst oder etwas unzutreffend ist, bitte auch so vermerken





## Berechnung des GDB

- GdB ist Maß für die Schwere einer Behinderung
- Kann zw. 20 und 100 betragen, ggf. mit Merkzeichen
- Beispiel für Schädigungstabellen:

| Hypertonie (Bluthochdruck)                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|
| leichte Form<br>keine oder geringe Leistungsbeeinträchtigung<br>(höchstens leichte Augenhintergrundveränderungen)                                                                                                                                                                                 |  | 0–10   |
| mittelschwere Form<br>mit Organbeteiligung leichten bis mittleren Grades (Augenhintergrundveränderungen–Fundus hypertonicus I–II–und/oder Linkshypertrophie des Herzens und/oder Proteinurie), diastolischer Blutdruck mehrfach über 100 mmHg trotz Behandlung, je nach Leistungsbeeinträchtigung |  | 20–40  |
| schwere Form<br>mit Beteiligung mehrerer Organe (schwere Augenhintergrundveränderungen und Beeinträchtigung der Herzfunktion, der Nierenfunktion und/oder der Hirndurchblutung) je nach Art und Ausmaß der Leistungsbeeinträchtigung                                                              |  | 50–100 |
| maligne Form<br>diastolischer Blutdruck konstant über 130 mmHg; Fundus hypertonicus III–IV (Papillenödem, Venenstauung, Exsudate, Blutungen, schwerste arterielle Gefäßveränderungen); unter Einschluss der Organbeteiligung (Herz, Nieren, Gehirn)                                               |  | 100    |

| Wirbelsäulenschäden |                                                                                                                                                                                                                                                            |    |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|                     | ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität                                                                                                                                                                                                              | 0  |
|                     | mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome)                                           | 10 |
|                     | mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome) | 20 |



## Nutzen für den Patienten?

- Ausführliche Informationen unter [www.betanet.de](http://www.betanet.de)
- Anspruch auf zusätzliche Urlaubstage
- Besonderer Kündigungsschutz
- Ermäßigung oder Befreiung bei GEZ-Gebühren
- Unentgeltliches Reisen im ÖPNV/ermäßigte KFZ Steuer
- Reisen in der 1. Klasse der DB, kostenfreie Mitnahme einer Begleitperson, BahnCard zum ermäßigten Preis
- Ermäßigte Kurbeiträge
- Steuerliche Vergünstigungen
- Geldzuschüsse vom Bund, usw.



# Versicherungsanfragen & Atteste

## Fazit

- GOÄ lesen
- Gewaltfrei kodieren
- An die Schweigepflichtentbindung denken
- Standards/Vorlagen entwickeln
- Kritischer Umgang mit Versicherungen (natürlich nicht DRV)
- EDV nutzen



- keine Panik!
- vieles ist selbsterklärend
- im Zweifel steht's in den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung
- es geht noch weiter:  
z. B. Veranstaltungen zur Heilmittelverordnung mit den „Rauchenden Köpfen“

# Feedback



## Kurze Blitzlichtrunde

- Was nehme ich mit?
- Was war besonders gut?
- Mir hat ... gefehlt!

