



DIE RAUCHENDEN KÖPFE

Hinter den „Rauchenden Köpfen“ stecken vier Praxiserfahrene, die sich unermüdlich dafür einsetzen, die Bürokratie im Praxisalltag zu minimieren: Dr. Sabine Frohnes, Dr. Christoph Claus, Timo Schumacher und Moritz Eckert. Aus ihrer Feder stammen etwa die bekannten EBM- und GOÄ-Spicker. Tipps zu Abrechnung und Regresschutz publizieren sie in jeder Ausgabe von „Der Hausarzt“.



Dr. Sabine Frohnes
Hausärztin
in Kassel



Timo Schumacher
Hausarzt
in Schwanewede

ANTWORTEN AUF **HÄUFIGE AU-FRAGEN**

Sie haben viele Fragen rund um die Krankschreibung gestellt. „So long and thanks for all the questions“, sagen die „Rauchenden Köpfe“ und werden daher zwei weitere Beiträge ihrer AU-Trilogie anhängen. **Teil 4** reicht von den Diagnosen zur AU bei Koloskopie bis zur sechs Wochen Frist bei Wiedereingliederung.

Selten sind so viele Nachfragen eingegangen wie zur Arbeitsunfähigkeit (AU). Das zeigt, den gelben Schein stellt man nicht „nur mal eben schnell“ aus, sondern die Feinheiten der Bürokratie sind herausfordernd (Spoiler: Teil 5 wird folgen). Daher sei darauf hingewiesen, dass die „Rauchenden Köpfe“ kein Jura studiert haben, die Angaben alle gründlich recherchiert werden, aber dennoch ohne Gewähr erfolgen.

AU für Arzttermin?

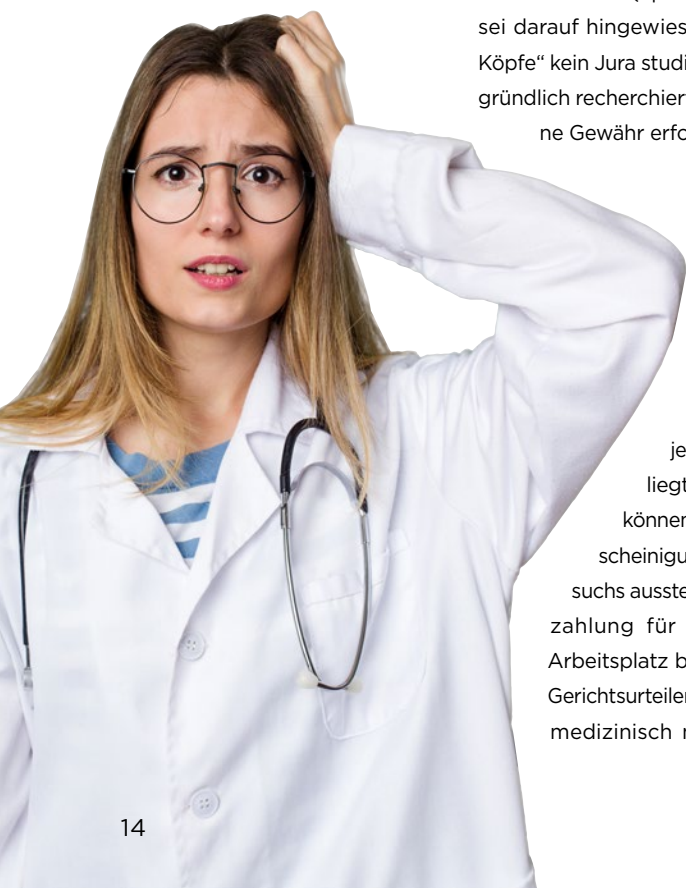
Manchmal wünschen Patientinnen und Patienten eine Krankschreibung, da sie wegen des Arzttermins der Arbeit ferngeblieben sind, ohne dass jedoch Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Dies ist nicht zulässig. Sie können aber eine Anwesenheitsbescheinigung für die Zeit des Praxisbesuchs ausstellen. Ein Anspruch auf Lohnzahlung für diese Abwesenheit vom Arbeitsplatz besteht nach verschiedenen Gerichtsurteilen nur dann, wenn der Besuch medizinisch notwendig war und keine

Möglichkeit bestand, die Arztpraxis außerhalb der Arbeitszeiten aufzusuchen. Die freie Arztwahl bleibt hier bestehen, der Arbeitgeber darf keinen Arztwechsel verlangen, wenn die gewählte Praxis z.B. keine Abendtermine anbietet. (Quelle: www.hausarzt.link/rDa1N)

AU ohne „Vor-Ort“-Kontakt?

Was tun bei „leichten“ Erkrankungen, die eigentlich keinen Arzt-Patienten-Kontakt erfordern, außer für die Krankschreibung? Bis Ende März war die telefonische AU bei Infekten der oberen Atemwege erlaubt. In manchen Fällen kann nun die Videosprechstunde helfen, denn die Feststellung der AU per Video ist nicht auf bestimmte Erkrankungen beschränkt – und sie ist dauerhaft erlaubt. Wie sind die Regeln?

Die AU per Video ist bei einer Erstbescheinigung auf sieben Tage befristet, bei Versicherten, die bisher in dieser Praxis nicht behandelt wurden, auf drei Kalendertage. Eine Folgebescheinigung ist ausschließlich dann per Video erlaubt, wenn vorher eine AU wegen der gleichen Erkrankung durch persönlichen Kontakt erfolgte. Das heißt, folgende Fälle sind beispielsweise möglich:



- Erstbescheinigung AU bei unbekannter Patientin für drei Tage, Folgebescheinigung durch persönlichen Kontakt, danach weitere Verlängerung der AU per Video möglich
- Erstbescheinigung in der Sprechstunde, Verlängerung per Video (i.d.R. für bis zu 2 Wochen, in begründeten Fällen bis zu 1 Monat, wie beim persönlichen Kontakt)

Die Bescheinigung per Video darf nur erfolgen, wenn Ärztin oder Arzt davon überzeugt ist, dass keine persönliche Untersuchung nötig ist.

Merke: Versicherte sind laut AU-Richtlinie darauf hinzuweisen, dass die Untersuchungsbedingungen per Video beschränkt sind.

Praxistipp: Die Video-AU eignet sich unserer Meinung nach besonders für bekannte wiederkehrende Erkrankungen wie Migräne-Anfälle oder Dysmenorrhoe, bei denen die Patientin uns per Video gut sagen kann, ob alles „wie immer“ ist. Außerdem kann es eine Möglichkeit bei lang dauernden AU-Zeiten sein, beispielsweise monatlich abwechselnd Termine in der Sprechstunde und per Video zu vereinbaren. Und um Fragen vorzubeugen: Inhaltlich geht das genauso per Telefon, sogar schneller. Der Mehrwert eines Videotelefonats ist hier nicht zu erkennen. Nur nach Richtlinie erlaubt ist es eben nicht.

Wiedereingliederung erst nach sechs Wochen?

In der AU-Richtlinie steht nicht, dass eine Wiedereingliederung erst nach den sechs Wochen Lohnfortzahlung beantragt werden oder beginnen darf. Ein Kollege berichtete, er habe auch bei kürzerer AU-Zeit bereits Wiedereingliederungsmaßnahmen genehmigt bekommen. Faktisch wird es jedoch so sein, dass eine Wiedereingliederung meist nach längerer AU-Zeit beantragt wird. **Merke:** Laut AU-Richtlinie sind Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, ab der Dauer von sechs Wochen AU bei jeder Folge-Feststellung zu prüfen, ob eine Wiedereingliederung infrage kommt. Übrigens „soll“ eine Wiedereingliederung einen Zeitraum von sechs Monaten normalerweise nicht überschreiten. In Einzelfällen ist dies jedoch möglich - ob es sinnvoll ist, sei dahingestellt.

Laut AU-Richtlinie dürfen Sie mit Einverständnis der Versicherten für die Planung einer Wiedereingliederung eine Beschreibung des Arbeits-

platzes oder der Tätigkeiten der Erkrankten von Arbeitgeber oder Betriebsarzt (ggf. über die Krankenkasse) anfordern. In den Praxen der „Rauchenden Köpfe“ war dies bisher nicht erforderlich, da die Versicherten ihre Tätigkeit selbst beschreiben konnten.

Beim Vorschlag des Wiedereingliederungsplanes kann sowohl die tägliche als auch die wöchentliche Arbeitszeit oder die Art der Tätigkeit eingeschränkt werden.

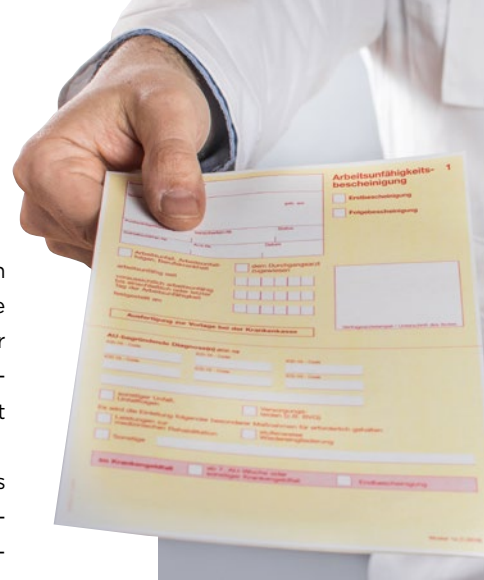
Wann ist eine Wiedereingliederung anzupassen?

Während der Wiedereingliederungsphase müssen sich Ärztinnen und Ärzte regelmäßig davon überzeugen, ob diese planmäßig verläuft und sich der Gesundheitszustand der Versicherten nicht verschlechtert. Sofern sich hierbei ergibt, dass eine schnellere Steigerung der Tätigkeit möglich oder eine langsamere Steigerung nötig ist, wird der Plan angepasst und von den Versicherten neu zur Genehmigung eingereicht. Nicht vergessen: Für den neuen Plan auf Muster 20 ist erneut die EBM-Ziffer 01622 (9,54 Euro) fällig!

Bei Verschlechterung muss ggf. die Wiedereingliederung abgebrochen werden. Über diesen Abbruch müssen Betrieb, Krankenkasse, Versicherte und Arzt/Ärztin jeweils informiert werden. Es gibt nach unserer Kenntnis keine Vorgaben darüber, wie dies zu geschehen hat. Sollte sich zeigen, dass die Arbeit dauerhaft nicht wieder aufgenommen werden kann, müssen Ärztinnen und Ärzte die Krankenkasse unverzüglich schriftlich informieren. Auch hierfür ist der Weg nicht vorgeschrieben, pragmatisch könnte man hierfür das Freitextfeld der E-AU nutzen.

Übrigens: Ob Privatversicherte eine stufenweise Wiedereingliederung durchführen können, muss jeweils mit der Versicherung geklärt werden. Hier kommt beispielsweise die Krankentagegeldversicherung infrage. Alternativ kann eventuell mit dem Arbeitgeber besprochen werden, ob eine kurzzeitige Reduktion der Arbeitszeit bei reduziertem Gehalt möglich ist. In jedem Fall muss hier nach unserer Kenntnis eine individuelle Lösung gesucht werden.

Kann ein Patient während der Wiedereingliederung wegen einer anderen Erkrankung nicht arbeiten (zum Beispiel ein grippaler Infekt), ist eine



Künftig wird die elektronische AU den „gelben Schein“ ersetzen.

➔ AU-Serie

Die ersten drei Teile der AU-Serie sind in „Der Hausarzt“ 20/22, 1 und 2/23 erschienen. www.hausarzt.digital/praxis/rauchendekoepfe

ICD für Koloskopie und defektes Hilfsmittel

- T88.9G Nebenwirkung einer medizinischen Behandlung
- I97.9G Kreislaufkomplikation nach medizinischer Maßnahme, nnb
- I95.2G Hypotonie durch Arzneimittel
- R40.0G Benommenheit
- R15G Stuhlinkontinenz
- R19.4G Veränderung der Stuhlgewohnheiten
- K91.9G Störung des Verdauungssystems nach medizinischen Maßnahmen
- Z92.8G sonstige medizinische Behandlung in der Eigenanamnese
- evtl. Zusatzcode: Y57.9! Komplikation durch Arzneimittel oder Drogen

Für das **fehlende Hilfsmittel** bietet sich ein ICD an, der die Einschränkung bezeichnet, wie

- Z89.9G Extremitätenverlust, nnb (oder spezifischer ein anderer Code aus Z89.-)
- H52.1G Myopie
- H91.9G Schwerhörigkeit

extra AU nicht erforderlich. Denn der Patient ist ja bereits arbeitsunfähig. Selbstverständlich muss der Patient seinen Arbeitgeber informieren, wie lange er die Wiedereingliederung unterbrechen wird. Falls gewünscht, kann eine AU mit zusätzlicher Diagnose z.B. J06.9G und dem Freitext-Hinweis „interkurrente Erkrankung“ ausgestellt werden.

In der Folge-AU kommt dann die neue Diagnose dazu, sofern sie noch relevant ist. Sollte der Patient während der Wiedereingliederung länger erkranken (etwa wegen eines gebrochenen Beins) muss sowieso alles neu besprochen werden - auch die Wiedereingliederung.

Wie Anfragen des Medizinischen Dienstes abrechnen?

Ein stetiges Ärgernis für manche ist, dass es für die Beantwortung von Anfragen des Medizinischen Dienstes (MD) kein Honorar gibt. Lediglich Muster 11 (Bericht für den MD) lässt sich nach 01621 EBM (5,06 Euro) abrechnen, Kopien von Fremdbefunden erfolgen allerdings ohne Bezahlung, ebenso das Beantworten detaillierter Fragen. Manchmal ist ein Telefonat mit dem MD sowieso schneller und zielführender, insgesamt ist aber festzustellen, dass die Zusammenarbeit hinsichtlich der Vergütung nicht gut geregelt ist.

Für wen eine E-AU?

Seit 1. Januar werden für Arbeitgeber keine Durchschläge mehr gedruckt, sondern Arbeitnehmer informieren diesen über ihre AU-Zeit. Dieser setzt sich dann mit der Krankenkasse in Verbindung, welche wiederum von uns elektronisch die AU übermittelt bekommen hat. **Tipp:** Weisen Sie Ihre Patientinnen und Patienten darauf hin, dass der Ausdruck, den sie erhalten, lediglich zu ihrer eigenen Information dient und nicht an den Arbeitgeber weiter zu reichen ist, da die Diagnose genannt wurde. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung bietet dazu eine Patienteninfo: www.hausarzt.link/3NknS
Zu beachten ist weiterhin, dass das Verfahren bisher nicht gilt für

- Privatversicherte,
- Arbeitssuchende,
- Schüler/in,
- Studierende
- Minijobber/in in Privathaushalten sowie
- für Berechtigte der Heilfürsorge-Verfahren,

etwa Bundeswehr, Polizei, Feuerwehr, Beamte im Justizvollzug (hier ist zu beachten, dass für die Heilfürsorge-Verfahren je nach Bundesland, Dienstherr etc. sehr unterschiedliche Vorgaben existieren).

AU in speziellen Fällen

Mehrere Leserinnen und Leser baten um Vorschläge für ICD für die AU bei Koloskopie und Defekt eines Hilfsmittels. Unsere Vorschläge dafür (ggf. in Kombination) finden Sie im Kasten.

Tipp: Neben Ihrer Praxissoftware finden Sie ICD-Kodes auch sehr gut über die Suche der Zi-Webseite: www.kodierhilfe.de. Manche Kodes lassen einen übrigens auch schmunzeln, etwa R46.7 (Wortschwall, der die Gründe für die Konsultation verschleiert)...

Übrigens: Die Bescheinigung einer AU mit einer „R-Diagnose“ (Symptombeschreibung) ist für bis zu einer Woche zulässig. Erst danach ist mindestens eine Verdachtsdiagnose zu verschlüsseln.

Wer schreibt AU bei Koloskopie?

Grundsätzlich können Gastroenterologen und Hausärzte beide die AU bei einer Koloskopie ausstellen, in der Regel wird es der untersuchende Kollege sein. Sollte dies nicht erfolgen, können Hausärztinnen und Hausärzte das übernehmen, wie auch nach operativen Eingriffen anderer Fachrichtungen oder zahnärztlichen Eingriffen. **Merke:** Dies ist aber erst möglich, wenn die AU auch eingetreten ist und Sie sich im persönlichen oder videofonischen Kontakt davon überzeugt haben. Eine Krankschreibung für den geplanten Eingriff nächste Woche ist nicht zulässig, da es sein kann, dass die Person die Untersuchung nicht wahrnimmt.

Für die Koloskopie-Vorbereitungszeit („Veränderung der Stuhlgewohnheiten“) ist gleichwohl die AU-Bescheinigung möglich, auch hier aber nicht „vorsorglich“ ein paar Tage vorher, sondern erst, wenn Symptome bestehen. ●

Ihre Fragen

Haben Sie Fragen zur Abrechnung oder Praxisführung? Mailen Sie der Redaktion:

info@medizinundmedien.eu