

Modul 8

Freude mit Formularen und Attesten

Autorin und Autor: Jana Husemann und Ruben Bernau

Vortrag von Leonard Mathias und Annika Alka

22.01.2025

Für das KW Berlin



Hausärztinnen- und
Hausärzteverband



AG Werkzeugkasten



Wer wir sind

- die AG Werkzeugkasten ist an das Forum Weiterbildung des Hausärztinnen- und Hausärzteverbandes angegliedert, wir sind alle Mitglieder im Verband
- wir bieten bundesweit Seminare rund um das Thema „Niederlassung“ an
- Peer-to-peer teaching: Wir sind alle maximal 5 Jahren niedergelassen
- mittlerweile 17 Module im Repertoire

AG Werkzeugkasten



- bundesweite Seminare im Modulcharakter
- Fortbildung zur Niederlassungsbegleitung

Termine & Kontakt:

www.hausarzt-werkzeugkasten.de



Deximed: Zugang zur Präsentation

<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



Blanko-Formulardruck

- Spezialpapier von der KBV mit Wasserzeichen
- Paul-Albrecht Verlag/Kohlhammer Verlag
- Rezeptformulare extra
- Drucker braucht mehrere Schächte (A6, A5, A4)
- Nadeldrucker für BTM behalten



.... wer hat das eigentlich festgelegt und wo steht es genau?



Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

G-BA bestimmt durch Richtlinien welche Leistungen gesetzl. Versicherte in Anspruch nehmen können.

Rechtsgrundlage SGB V

Bundesmantelvertrag Ärzte



KBV und GKV-Spitzenverband

**Anlage 2
Vordruckvereinbarung
enthält die Mustersammlung**



PRAXIS *info*

PATIENTEN *info*

PRESSE *info*

Suchbegriff oder Webcode eingeben



LEICHTE SPRACHE

GEBÄRDENSPRACHE

AKTUELL

DIE KBV

MEDIATHEK

SERVICE

THEMEN A-Z

»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**).



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

» Digitale Vordrucke

LINK-TIPP

» Bürokratieabbau

Woher die Formulare kommen



Blankoformularbedruckung



Die Formularkommission





Muster 1: Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und ihrer voraussichtlichen Dauer erfordert im Hinblick auf ihre Bedeutung eine besondere Sorgfalt. Arbeitsunfähigkeit darf deshalb nur aufgrund einer ärztlichen Untersuchung bescheinigt werden. Arbeitsunfähigkeit besteht auch während einer stufenweisen Wiedereingliederung und ist während dieser Zeit mit Muster 1 zu bescheinigen.

Der Arzt soll den für ihn bestimmten Durchschlag der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1d) mindestens 12 Monate aufbewahren.

Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie) ist zu beachten.

Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

① Erst-/ Folgebescheinigung

Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung muss erkennen lassen, ob es sich um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt. Das Kästchen „Erstbescheinigung“ ist von dem Vertragsarzt/der Vertragsärztin anzukreuzen, der die Arbeitsunfähigkeit erstmalig festgestellt hat, ansonsten ist das Kästchen „Folgebescheinigung“ (auch bei Mit-/Weiterbehandlung) anzukreuzen. Tritt eine neue Erkrankung auf und hat zwischenzeitlich, wenn auch nur kurzfristig, Arbeitsfähigkeit bestanden, ist „Erstbescheinigung“ anzukreuzen; dies gilt auch dann, wenn eine neue Arbeitsunfähigkeit am Tag nach dem Ende der vorherigen Arbeitsunfähigkeit beginnt.

② Arbeitsunfall, -folgen, Berufskrankheit/ dem Durchgangsarzt zugewiesen

Bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit ist „Arbeitsunfall/-folgen, Berufskrankheit“ anzukreuzen.

Vergütung



EBM

01600	Ärztlicher Bericht	6,56 € (0 €)
01601	Ärztlicher Brief	12,89 € (0 €)
01611	Verordnung von medizinischer Rehabilitation (Muster 61)	39,04 €
01620	Kurze Bescheinigung (Muster 50)	3,72 €
01621	Krankheitsbericht (Muster 11, 53, 56)	5,45 €
01622	Ausführlicher schriftlicher Kurplan oder Gutachten (Muster 20 a-d, 51, 52, 65)	10,29 €
01623	Kurvorschlag (Muster 25)	6,57 €
01624	Verordnung med. Vorsorge für Mütter/Väter (Muster 64)	26,03 €

Vergütung

EBM



Krankenkasse bzw. Kostenträger			Konsiliarbericht 22	
Name, Vorname des Versicherten			vor Aufnahme einer Psychotherapie durch Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	
geb. am			Auf Veranlassung von:	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Arztnummer	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	Name des Therapeuten Betriebsstättennummer	

**„Leistung ist in der
Versichertenpauschale enthalten“
= 0 € (statt 4 €)**

☐ Aufgrund somatischer/psychischer Indikationen für eine psychotherapeutische Maßnahme	
☐ Ärztliche Mitbehandlung ist erforderlich Art der Maßnahme: _____	
Ausstellungsdatum _____	
Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

Für diese Bescheinigung ist die Nr. 01612 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Dieses Formular wurde mittels Laserdrucker in der Arztpraxis erzeugt. KBV-PRF NR. Muster 22d/E (10.2014)



.... und jetzt geht's an Eingemachte!

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung



Muster 1

- Seit 01.10.2021 „neu“ als eAU

Krankenkasse bzw. Kostenträger AOK Rheinland/Hamburg			03
Name, Vorname des Versicherten Königsstein			geb. am 22.06.1935
Musterstr. 1 10623 Berlin			
Krankentageverrechnung 104212059	Versicherer-Nr. X234567890	Status 1 00 00 00	
Berufskennzeichen Nr. 031234567	Aus-Nr. 838382202	Datum 03.02.2020	

☐ Arbeitsunfall, Arbeitsunfall- folgen, Berufskrankheit	☐ dem Durchgangsort zugewiesen
arbeitsunfähig seit voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit festgestellt am	 28.02.2020 03.02.2020

Ausfertigung für Versicherte	
------------------------------	--

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)					
ICD-10 - Code E10.20	G	ICD-10 - Code N08.3	G	ICD-10 - Code S42.3	G L
ICD-10 - Code S82.28	G R	ICD-10 - Code Q01.9	V	ICD-10 - Code S22.32	Z

Ein sehr kranker Patient

☐ ernstlicher Unfall, Unfallfolgen	☐ Versorgungskäden (z.B. BVD)
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
--------------------	--	--

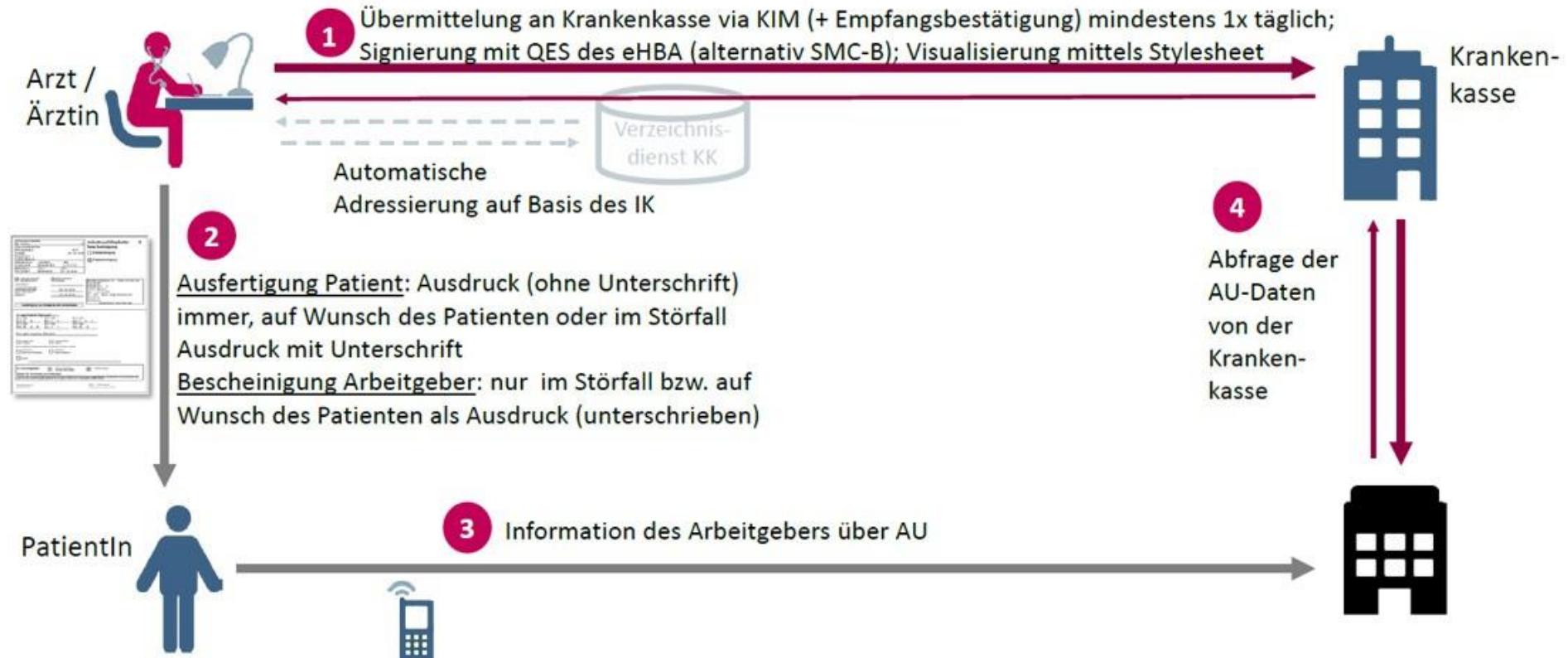
Hinweis für Versicherte zum Kranken- und Verletzengeld

Achten Sie bei krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit auf eine rechtzeitige ärztliche Feststellung, da sonst ein Krankengeldverlust droht. Hierfür ist es erforderlich, dass Sie sich spätestens am dem Werktag, der auf den ersten Tag der arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit bestätigen lassen. Legen Sie immer Ihre **aktuelle gültige** Versichertenkarte vor, um Probleme bei der Zahlung von Kranken- oder Verletzengeld zu vermeiden. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Dokumentationsversion: 1.0.2
Dokumentationsjahr: 2019

PDF-NR.: 824-Postnummer
0847 0-6465-4733-685-68588/2020

... seit 01.10.21 „neu“ als eAU





- Krankenkassen stellen AU-Daten dem Arbeitgeber seit 01.01.23 zur Verfügung (für viele Arbeitgeber noch Neuland ...)
- Abruf für Arbeitgeber über **sv.net Portal** (oder Steuerberater)

Erklärfilm: Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)



→ Einfach verständliches Erklärvideo für Arbeitgeber

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 (BAZ AT 27.01.2014 B4)
in Kraft getreten am 28. Januar 2014

<https://www.g-ba.de/richtlinien/2/>



<https://www.g-ba.de/richtlinien/2/>



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.



Erläuterung zu Fall 1

Paragraph 5, Absatz 3

„Die Arbeitsunfähigkeit soll für eine vor der ersten ärztlichen Inanspruchnahme liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigt werden.

Eine Rückdatierung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf einen vor dem Behandlungsbeginn liegenden Tag ist ebenso wie eine rückwirkende Bescheinigung über das Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit nur ausnahmsweise und nur nach gewissenhafter Prüfung und in der Regel nur bis zu drei Tagen zulässig.

Fall 2



Ein Patient kommt am Montag zu Ihnen und bittet Sie nach einem Skiunfall und folgender OP in Bayern 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.

Ergänzung zu Fall 2



Paragraph 4 a

„ Soweit es für die Versorgung der oder des Versicherten unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erforderlich ist, kann das Krankenhaus (...) eine Arbeitsunfähigkeit für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung entsprechend dieser Richtlinie feststellen.“

„Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt hat in geeigneter Weise im Rahmen des Entlassmanagements rechtzeitig die weiterbehandelnde Vertragsärztin oder den weiterbehandelnden Vertragsarzt über die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit zu informieren.„



Fall 3

Eine Patientin bittet Sie um eine AU für

- a) ein Vorstellungsgespräch
- b) eine Vorsorge-Koloskopie

am heutigen Tag.



Erläuterung zu Fall 3

Paragraph 3, Absatz 2, Ausnahmetatbestände

*„Arbeitsunfähigkeit liegt insbesondere nicht vor
für Zeiten, in denen ärztliche Behandlungen zu diagnostischen oder therapeutischen
Zwecken (z. B. im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen) stattfinden; dies gilt nicht,
wenn die ärztliche Behandlung selbst zu einer Arbeitsunfähigkeit führt“*

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			Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung ☐ 1 Erstbescheinigung ☐ 1 Folgebescheinigung	1
Name, Vorname des Versicherten geb. am				
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum		
☐ 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 für Versicherte			Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	

AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)

ICD-10 - Code 6 _____	ICD-10 - Code 6 _____	ICD-10 - Code 6 _____
ICD-10 - Code 6 _____	ICD-10 - Code 6 _____	ICD-10 - Code 6 _____
6 _____		

☐ **7** sonstiger Unfall,
Unfallfolgen

☐ **9** Leistungen zur
medizinischen Rehabilitation

☐ **9** Sonstige

☐ **8** Versorgungsleiden
(z.B. BVG)

☐ **9** stufenweise
Wiedereingliederung

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Im Krankengeldfall

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.

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

☐ **11** Endbescheinigung

Dokumentenversion: 1.0.1
Dokumententyp: e010

PRF.NR.

Arbeitsunfall „klein“

KBV Erläuterungen AU Formular



D-Arzt-Vorstellung nicht erforderlich:

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

AU bei An



Durchgangsarztbericht - UV-Träger -		Lfd. 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 Pflegekasse 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 Geschlecht
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 anheften)		

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		14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich?
☐ arbeitsfähig. ☐ arbeitsunfähig ab:	☐ voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab: ☐ voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig	☐ nein ☐ ja, zugezogen wird:
15 Nachschau ist erforderlich, sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte , am Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben.		
16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses		
Datum	Unterschrift des Durchgangsarztes	Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes



☐ voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig	
15 Nachschau ist erforderlich, sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte , am _____; bei Verschlimmerung sofort. 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



Fall 5

MFA fragt Sie im Auftrag eines Patienten. Er habe

a) akuten Durchfall

b) Schnupfen & Halsweh

und könne unmöglich in die Praxis kommen -
benötigt AU für heute!

Telefon-AU / Video-AU

„Rauchende Köpfe“ Dr. Sabine Frohnes



	Telefon-AU	Video-AU	AU mit persönlichem APK
Gültigkeit	Seit 07.12.23, unbefristet	seit 7.10.20, unbefristet	unbefristet
Dauer der Erst-AU	max. 5 Kalendertage, nur bekannte Pat. Bei Absonderungspflicht bis zu 7 Tage	max. 7 Kalendertage bei Erst-AU (unbekannte Pat: max. 3 Tage)	max. 1 Monat
Verlängerung	nur mit persönlichem Kontakt	nur mit persönlichem APK	max. 1 Monat, auch per Video oder telefonisch
Diagnose	Nur leichte Symptome	soweit möglich	egal



Fall 6

Patient bittet Sie nach einer zahnärztlichen Behandlung eine AU auszustellen. Der Zahnarzt habe sich geweigert eine AU auszustellen.

Fall 7



Ein Patient, der **Bürgergeld** empfängt, bittet Sie um eine AU für den Beratungstermin bei der Agentur für Arbeit.

- a) Er habe Kopfschmerzen ...
- b) ... er habe sich das Bein gebrochen.



Ergänzung zu Fall 7

Paragraph 2, Absatz 3a

Erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem SGB II (Grundsicherung für Arbeitsuchende – „Hartz IV“) beantragt haben oder beziehen, sind arbeitsunfähig, wenn sie krankheitsbedingt, nicht in der Lage sind, mindestens drei Stunden täglich zu arbeiten oder an einer Eingliederungsmaßnahme teilzunehmen.

Fall 8



Eine 35-jährige, gesunde Patientin möchte für ihre am Folgetag durchzuführende In-vitro-Fertilisation (IVF) eine AU. Sie hat bislang keine Kinder. Es handelt sich um ein Wunschkind.

Erläuterung zu Fall 8

Paragraph 2, Absatz 9



„Für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit bei Durchführung medizinischer Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft gilt diese Richtlinie entsprechend. "



Fall 9

Ein Patient hat sich wegen eines grippalen Infektes bei seinem Arbeitgeber krankgemeldet. Nun dauert die Genesung aber länger als drei Tage. Wie sind die gesetzlichen Grundlagen?



Erläuterung zu Fall 9

Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen
und im Krankheitsfall (Entgeltfortzahlungsgesetz)
§ 5 Anzeige- und Nachweispflichten

- *(1) Der Arbeitnehmer ist verpflichtet, dem Arbeitgeber die Arbeitsunfähigkeit und deren voraussichtliche Dauer unverzüglich mitzuteilen. Dauert die Arbeitsunfähigkeit länger als drei Kalendertage, hat der Arbeitnehmer eine ärztliche Bescheinigung über das Bestehen der Arbeitsunfähigkeit sowie deren voraussichtliche Dauer spätestens an dem darauffolgenden Arbeitstag vorzulegen.*

Fall 10



Ein Patient hat einen Termin

- a) zur Knochenmarksspende
- b) zum Piercing

Benötigt eine AU für den jeweiligen Eingriff.

Erläuterung zu Fall 10

Paragraph 2, Absatz 8, Organspende



- *„Diese Richtlinie gilt entsprechend für die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit versicherter sowie nicht gesetzlich krankenversicherter Personen aufgrund einer im Rahmen des Transplantationsgesetzes erfolgenden Spende von Organen oder Geweben oder einer im Rahmen des Transfusionsgesetzes erfolgenden Spende von Blutstammzellen.“*

Fall 11



Ein Privatpatient braucht eine AU. Welches Formular verwenden Sie?



Erläuterungen zu Fall 11

Siehe KBV „Häufige Fragen zur eAU“

„Bei Nicht-GKV-Versicherten (z. B. bei Versicherten der sogenannten sonstigen Kostenträger) zeigt Ihr PVS Ihnen an, dass die digitale Übermittlung der AU-Daten an die Krankenkasse nicht möglich ist. Für diese Patienten kommt bis auf Weiteres das Ersatzverfahren zum Einsatz, d. h. Sie drucken die Ausdrücke für Krankenkasse, Arbeitgeber und Versicherte aus und geben diese dem Patienten oder der Patientin mit. Auch Auslandsversicherten müssen die Ausdrücke mitgegeben werden, da hier keine digitale Übermittlung der Daten möglich ist.“

Fall 12



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 zum Beispiel im Büro einzusetzen. Wie lange schreiben Sie ihn krank?



Erläuterungen zu Fall 12

Paragraph 5, Absatz 4

„Die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit soll nicht für einen mehr als zwei Wochen im Voraus liegenden Zeitraum bescheinigt werden. Ist es auf Grund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlaufs sachgerecht, kann die Arbeitsunfähigkeit bis zur voraussichtlichen Dauer von einem Monat bescheinigt werden.“



Fall 13

Ein Patient fordert eine Gesundheitschreibung von Ihnen. Sein Chef würde darauf bestehen.



Fall 14

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?



Erläuterungen zu Fall 14

Paragraph 5, Absatz 3 und 5

3 „Die Voraussetzung für das Fortbestehen einer lückenlosen Arbeitsunfähigkeit für die Beurteilung eines Anspruchs auf Krankengeld ist, dass die ärztliche Feststellung der weiteren Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit spätestens am nächsten Werktag nach dem zuletzt bescheinigten Ende der Arbeitsunfähigkeit erfolgt; Samstage gelten insoweit nicht als Werktage.“

5 „Besteht an arbeitsfreien Tagen Arbeitsunfähigkeit, z. B. an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, Urlaubstagen oder an arbeitsfreien Tagen auf Grund einer flexiblen Arbeitszeitregelung (sogenannte Brückentage), ist sie auch für diese Tage zu bescheinigen.“

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.

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

Muster 1c (1.2018)

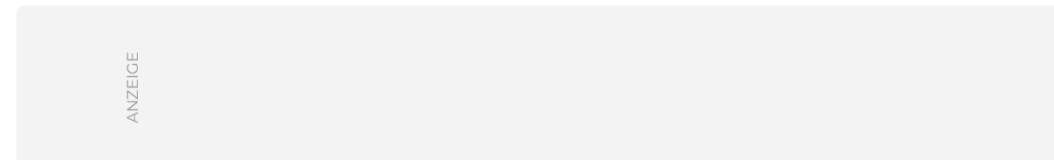
Bundessozialgericht sieht Arbeitnehmer bei Krankmeldung in der Pflicht

Donnerstag, 25. Oktober 2018

**Wenn eine Krankschreibung verspätet eingereicht wird, muss trotzdem Krankengeld gezahlt werden. Das hat das Bundessozialgericht entschieden. Denn seit 2021 müssen die Arztpraxen die Arbeitsunfähigkeit bei der Krankenkasse melden.
Urteil von 01/2024**



„Rauchende Köpfe“



[Home](#) / [Praxis](#) / [Rauchende Köpfe](#) / Antworten auf häufige AU-Fragen

„Rauchende Köpfe“

Antworten auf häufige AU-Fragen

Von Dr. Sabine Frohnes und Timo Schumacher 8 Min. 18. April 2023 HA 07/23



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.

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?

G:\D
52\N

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

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 = 9,35€

Muster 52 (1.2016)

Ausfüllvorschlag der "Rauchenden Köpfe" für Muster 52 (um in Zukunft weniger solche Anfragen zu bekommen)



Erschienen in "Der Hausarzt" 03.05.2023

- **Welche Diagnose bedingt AU?** "Die Diagnose(n) kann/können dem entsprechenden Formular Muster 1 entnommen werden."
- **Welche Tätigkeit?** "Bekannt".
- **Zeitpunkt absehbar?** "gutachtliche Fragestellung – MD?".
- **Welche Therapie?** "leitliniengerecht"
- **Mitbehandler?** "Sind möglicherweise mir unbekannte Gebietsfachärztinnen und -ärzte. Im deutschen Gesundheitswesen ist eine primärärztliche Versorgung nicht gewünscht, auch wird der Berichtspflicht oft nicht genügt, so dass unsere Aktenlage systembedingt lückenhaft ist."
- **Weitere Maßnahmen?** Unter "Sonstiges" eintragen: "Unterlassung weiterer Kassenanfragen".
- **Gibt es bei Überwindung AU andere Probleme?** "Nein"
- **Droht Erwerbsminderung?** "gutachtliche Fragestellung – MD?".
- **Sonstiges:** "per EDV erstellt und versandt, ohne Unterschrift gültig." und "Anfrage(grund): überflüssig – nicht zeitgerecht – nachvollziehbar."



Falsche Anfragen erkennen

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



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.

Quelle: kbv.de



**DIE KRANKENKASSE
FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG**

**BKK
SCHEUFELN**

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.

→ KK dürfen keine Befunde selbst erheben

→ Kommunikation nur über MD!

Muster 86



Weiterleitungsbogen für angeforderte Befunde an den MDK

Hinweis an den Arzt: Bitte verwenden Sie den Weiterleitungsbogen als erste Seite im Briefumschlag für Ihre Antwort!

86

Herr Ruben Bernau, Querstr. 1 a, 27729 Hambergen
Deutsche Post
Auftrag
MDK Westfalen-Lippe
Mitteilungsmanagement
48112 Münster

Aktenzeichen Mitteilungsmanagement (MMA)
 00000xvf8s7ic6tgz

Krankenkasse
 Name der Krankenkasse
Techniker Krankenkasse
 Straße

PLZ Ort
 2 0 9 0 8 Hamburg

Leistungsbereich
 AU / KG

Ansprechpartner Krankenkasse
 Vorname, Name
Christian L
 Telefon
 040 - 46
 Fax
 040 - 46
 E-Mail
 krankengeld@tk.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Daten des Versicherten

Name, Vorname
 D. W.
 Geburtsdatum

Straße
 Am Bramberg 25

PLZ Ort
 2 7 7 2 9 Hambergen

KV-Nummer
 M1

Aktenzeichen Krankenkasse
 00000000000000000000

Daten des Arztes/Leistungserbringers

Name, Vorname / Firma
 Ruben Bernau

Straße
 Querstr. 1 a

PLZ Ort
 2 7 7 2 9 Hambergen

Arzt-Nummer (JANR)

Muster 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 Arzt 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)



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 - 16:00 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

Anfrage

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,



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 Verwaltungsstandeln 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.

Sehr geehrte/er Krankenkassenangestellte/er,

vielen Dank für die Anfrage vom 14.01.2024 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 er 75 liquidierbar. Kostenübernahme.	Vordruckvereinbarung sind nach GOÄ-Ziffer 75 liquidierbar. Erbitten Kostenübernahme.	Vordruckvereinb GOÄ-Ziffer 75 lic Erbitten Kostenü
iet haftspraxis Bernau	Gezeichnet Gemeinschaftspraxis Bernau	Gezeichnet Gemeinschaftspr
VG! der GKV außerhalb der vereinbarung sind nach er 75 liquidierbar. Kostenübernahme.	!ACHTUNG! Anfragen der GKV außerhalb der Vordruckvereinbarung sind nach GOÄ-Ziffer 75 liquidierbar. Erbitten Kostenübernahme.	!ACHTUNG! Anfragen der GK Vordruckvereinb GOÄ-Ziffer 75 lic Erbitten Kostenü
iet haftspraxis Bernau	Gezeichnet Gemeinschaftspraxis Bernau	Gezeichnet Gemeinschaftspr
VG! der GKV außerhalb der vereinbarung sind nach er 75 liquidierbar. Kostenübernahme.	!ACHTUNG! Anfragen der GKV außerhalb der Vordruckvereinbarung sind nach GOÄ-Ziffer 75 liquidierbar. Erbitten Kostenübernahme.	!ACHTUNG! Anfragen der GK Vordruckvereinb GOÄ-Ziffer 75 lic Erbitten Kostenü
iet haftspraxis Bernau	Gezeichnet Gemeinschaftspraxis Bernau	Gezeichnet Gemeinschaftspr
VG! der GKV außerhalb der vereinbarung sind nach er 75 liquidierbar. Kostenübernahme.	!ACHTUNG! Anfragen der GKV außerhalb der Vordruckvereinbarung sind nach GOÄ-Ziffer 75 liquidierbar. Erbitten Kostenübernahme.	!ACHTUNG! Anfragen der GK Vordruckvereinb GOÄ-Ziffer 75 lic Erbitten Kostenü

mhplus Betriebskrankenkasse - 71632 Ludwigsburg

03 3073 9742 87 6000 26F7
DV 06.24 0,85 Deutsche Post



*K4031*03535*0000623*12*

Praxis
Dr. med. Forstner
Isarring 8
83661 Lenggries

Ihr Kontakt:
info@mhplus.de
Fon: 07141 9790-0

Unser Zeichen: [REDACTED]
(bitte immer angeben)
11.06.2024

Stufenweise Wiedereingliederung

Für: [REDACTED]
Guten Tag,

Herr [REDACTED] ist seit 23.03.2023 arbeitsunfähig.

Bei längerer Arbeitsunfähigkeit kann eine **schrittweise Rückkehr** an den Arbeitsplatz aus **betrieblich** als auch aus **therapeutischen** Gründen sinnvoll sein. Diese erfolgt begleitend zur Behandlung. Über den Weg der stufenweisen Wiedereingliederung werden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer individuell, das heißt je nach Krankheit und bisheriger Arbeitsunfähigkeitsdauer **schonend**, aber kontinuierlich bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit an die **Belastungen** ihres Arbeitsplatzes herangeführt.

Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erhalten damit die Möglichkeit, ihre Belastbarkeit entsprechend dem Stand der wiedererreichten körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsfähigkeit zu steigern.

Nach § 7 Abs. 2 der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinien (AURL) hat die **Feststellung** dieser Möglichkeit spätestens ab einer Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen im Zusammenhang mit **jeder Folgebescheinigung** zu erfolgen.

Bitte **prüfen** Sie **ob** der schrittweise **Wiedereinstieg** bei Herrn [REDACTED] **medizinisch sinnvoll** ist. Herzlichen Dank!

Haben Sie Fragen? Wir sind gerne für Sie da!

Freundliche Grüße
Ihre mhplus

Alina Rackerseder

Alina Rackerseder

Anlage

Rechtsform:
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Vertreten durch den Vorstand
Rechtsitz: Nürnberg



IK: 108 035 612

Postanschrift:
mhplus Betriebskrankenkasse
71632 Ludwigsburg

Ihr Kontakt zu uns:
Fon: 07141 9790-0
info@mhplus.de
www.mhplus.de

Bankverbindung:
Fon: 07141 9790-0
IBAN: DE19 6045 0050 0000 0772 08
BIC: SOLADES11BG



Antwort
mhplus
71632 Ludwigsburg

1160506522642

Stufenweise Wiedereingliederung

Angaben für: _____

☐ Eine Wiedereingliederung ist derzeit **medizinisch nicht sinnvoll**. Begründung:

☐ Eine Wiedereingliederung ist medizinisch sinnvoll.

☐ Diese wurde bereits eingeleitet.

☐ Diese wurde noch nicht eingeleitet.

Datum _____

X

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes _____

L 011 000535
P0002.0002



L 000073







Komische Anfragen - beantworten oder nicht?

AUSKUNFTSRECHTE UND -PFLICHTEN

DATENSCHUTZ UND DATENSICHERHEIT IM PRAXISALLTAG | 2024



Link: <https://www.kv-rlp.de/nachricht/auskunftsrechte-und-pflichten-online-broschuere-klaert-auf>



Komische Anfragen - beantworten oder nicht?

<https://www.blaek.de/arzt-und-recht/fragen-anworten>



Anfragen von gesetzlichen Krankenkassen

Wann Praxen berechtigt sind, die Auskunft zu verweigern



Umgang mit falschen Anfragen



Zusammenfassung

- 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

Krankenförderung



Muster 4

Zuzahlungs-pflicht	Krankenkasse bzw. Kostenträger	
	Name, Vorname des Versicherten	
Zuzahlungs-frei	geb. am	
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.
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** (Fahrer 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

☐ liegend

☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (7.2020)

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: Taxi

Verordnung einer Krankenförderung



Genehmigungsfreie Fahrten

- Voll- oder Teilstationäre Krankenhausbehandlung
- Vor- / Nachstationäre Behandlung
- Fahrten zu stationären Hospizen, zur Kurzzeitpflege (wenn Krankenkasse Kostenträger ist)
- Fahrten zu stationersetzenden ambulanten Operationen (§115b SGB V)

Verordnung einer Krankenförderung



Genehmigungsfreie Fahrten

- Voraussetzungen:
 - Schwerbehinderung mit Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“ **oder**
 - Pflegegrad 4 und 5 oder 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)
- Fahrten zu Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (neu seit 01/23)

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

Verordnung einer Krankenförderung



NICHT verordnungsfähig

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



Rehaantrag

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

Reh

Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)



Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

G0110

Name, Vorname

Geburtsdatum

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?

☐ gar nicht

☐ bis 6 Wochen

☐ bis 3 Monate

☐ bis 6 Monate

☐ mehr als 6 Monate

von - bis

wegen

Rehaantrag

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR



Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung

S0051

zum Antrag auf

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
- ☐ _____

Informationsseite für niedergelassene Ärzte: <https://www.rehainfo-aerzte.de>

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

1 Behandlung

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

Rehaantrag

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



Deutsche Rentenversicherung

Honorarabrechnung für die Deutsche Rentenversicherung

S0050

Die Vergütung ist nur möglich, wenn dieses und die im folgenden angekreuzten Formulare vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift versehen sind.

Die Erstellung des Befundberichts erfolgte im Zusammenhang mit einem Antrag auf:

- ☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- ☐ Leistungen zur onkologischen Rehabilitation
- ☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)
- ☐ Erwerbsminderungsrente
- ☐ _____

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Befundberichte im Zusammenhang mit einer Kinderrehabilitation und einer Anschlussrehabilitation (AHB) sind mit dem Formular G0600 abzurechnen.

- ☐ Vergütung für das Formular S0051 - Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung in Höhe von 35 EUR
- ☐ Vergütung für das Formular S0052 - Zusatzbogen onkologische Rehabilitation in Höhe von 5 EUR

In der Vergütung sind Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien enthalten.

Personalien der Patientin / des Patienten

Name, Vorname	Geburtsdatum

Personalien der Versicherten / des Versicherten (falls abweichend von der Patientin / dem Patienten)

Name, Vorname	Geburtsdatum

Rehaantrag

te Krankenv		
ng		
		geb. am 10.04.17
Kostenzuteilung	Versicherten-Nr.	Status
100004034		1000000
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
648087800	024265901	04.03.20

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

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 ICD-10-GM	Seite	* Ursache **
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

* Seitenlokalisierung
R = rechts
L = links
B = beidseits

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

1 = Arbeitsunfall einschli. Wegunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigung durch Einwirkung Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Kriegen, 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/Frühre-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)



Aktuelles

Muster 12 „HKP“

- gültig ab 01.07.2024
- Alte Versionen dürfen ab 3. Q nicht mehr verwendet werden
- Bereits ausgestellte Formulare behalten ihre Gültigkeit

Krankenkaese bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am: _____

Kostenübernahme: _____ Versicherten-Nr.: _____ Status: _____

Betriebsstätten-Nr.: _____ Arzt-Nr.: _____ Datum: _____

Verordnung häuslicher Krankenpflege 12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Codes): _____

Einschränkungen, die häusliche Krankenpflege erforderlich machen (vgl. auch Leistungsverzeichnis HKP-Richtlinie): _____

Nur bei ärztlicher Festlegung von Häufigkeit und Dauer

Erstverordnung ☐ Folgeverordnung ☐ Unfall ☐ SER ☐ vom TTMMJJ bis TTMMJJ

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate: _____

☐ Herrichten der Medikamentenbox

☐ Medikamentengabe

☐ Injektionen ☐ herrichten ☐ intramuskulär ☐ subkutan

Blutzuckermessung

☐ Erst- oder Neueinstellung (max. 4 Wochen und max. 3x täglich)

☐ bei intensiver Insulintherapie

Kompressionsbehandlung

☐ Kompressionsstrümpfe anziehen

☐ Kompressionsverbände anlegen

☐ stützende und stabilisierende Verbände, Art: _____

☐ rechts ☐ links ☐ beidseits

☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen

☐ Kompressionsverbände abnehmen

Wundversorgung

Wundart: _____

Lokalisation: _____ aktueller Größe (Länge/Breite/Tiefe) _____ aktueller Grad _____

Präparate, Verbandmaterialien: _____

☐ Wundversorgung akut

☐ Wundversorgung chronisch

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

Anleitung zur Behandlungspflege für Patient/Angehörige (z.B. Injektionen, Wundbehandlung): _____ Anzahl: _____

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

☐ Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V

☐ Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V

☐ Grundpflege

☐ hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit: _____ Dauer: _____

tgl. wtl. mtl. vom bis

Weitere Hinweise

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsgutachten / Unterstützung des Arztes

Muster 12a (7/2024)



Aktuelles

Muster 21 „Kindkrank“

- gültig ab 01.07.2024
- Differenzierung „Unfall“
- „SER“
- Hinweis zur Betreuung „Kind mit Behinderung“ ergänzt
- Angaben zum Anspruch auf Entgeltfortzahlung & Bezug von Kinderkrankengeld aufgrund einer früheren Erkrankung des Kindes entfallen

Ärztliche Bescheinigung 21 für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Krankengeldbewerbung
Versicherten-Nr.
Status
Betriebskassen-Nr.
Arzt-Nr.
Datum

Das genannte Kind bedarf/bedurfte der Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege wegen Krankheit
vom TTMMJJ
bis einschließlich TTMMJJ

☐ Kita- oder Schulunfall / -folgen
☐ sonstiger Unfall, Unfallfolgen
☐ SER

Verfügungsberechtigt / Unterschrift des Arztes

Antrag der/des Versicherten* für den Bezug von Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes
*Dieser Antrag ist bei der Krankenkasse der betreuten Person zu stellen.

Name: Vorname:
Geburtsdatum: TTMMJJ
Versichertennummer:
Straße, Haus-Nr. PLZ Wohnort:
IBAN:
BIC: Kontoinhaber (falls abweichend von antragstellender Person):
Ich versichere, dass ich zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes der Arbeit ferngeblieben bin.
Ich bin Alleinerziehende(r) ☐ ja ☐ nein
Eine andere in meinem Haushalt lebende Person konnte die Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes nicht übernehmen.
Datum: TTMMJJ
Unterschrift der/des Versicherten

Muster 21 (7.2024)

Aktuelles

Muster 13 „Ergotherapie“

- Blankoverordnung für Ergotherapie ab 01.04. 2024
- „Blankoverordnung“ wird ins Feld „Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges“ gedruckt
- unterliegen nicht den vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Paragraph 106b SGB V

Heilmittelverordnung 13

Zustimmung: ☐ Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zustimmung: ☐ Name, Vorname des Versicherten geb. am: _____

Unterschied: ☐ Kostenanerkennung Versicherten-Nr. Status

SVS: ☐ Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code: _____

Diagnosegruppe: ☐ Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog ☐ a ☐ b ☐ c ☐ patientenindividuelle Leitsymptomatik ☐

Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Firsttext angeben): _____

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel: _____

☐ Therapiebericht Hausbesuch ☐ ja ☐ nein Therapiefrequenz: _____

☐ Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers: _____

Vertragsschlüssel / Unterschrift des Arztes: _____

Muster 13 (10.2020)



Aktuelles

Muster 13 „Physiotherapie“

- Blankoverordnung für Physiotherapie ab 01.11.2024
- Nur für Schultererkrankungen
- unterliegen nicht den vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach Paragraph 106b SGB V

Heilmittelverordnung 13

Zustimmung: ☐ Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zustimmung: ☐ Name, Vorname des Versicherten geb. am:

Unterschied: ☐

BVG: ☐ Kostenübernahme: ☐ Versicherten-Nr.: Status:

Betreiber-Nr.: Arzt-Nr.: Datum:

Behandlungsrelevante Diagnose(n)
ICD-10 - Code:

Diagnosegruppe **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog ☐ a ☐ b ☐ c ☐ potentiell individuelle Leitsymptomatik ☐

Leitsymptomatik (potentiell individuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben):

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges

Heilmittel	Behandlungseinheiten

Ergänzendes Heilmittel

Heilmittel	Behandlungseinheiten

☐ Therapiebericht ☐ Hausbesuch ☐ ja ☐ nein **Therapiefrequenz**

☐ Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsschlusszeitpunkt / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (10.2020)





- Keine Panik!
- Vieles ist selbsterklärend
- Im Zweifel steht's in den Erläuterungen zur Vordruckvereinbarung
- Weitere Infos:
z. B. Veranstaltungen zur Heilmittelverordnung mit den „Rauchenden Köpfen“



... können Sie mal eben unterschreiben?

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.“

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



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.

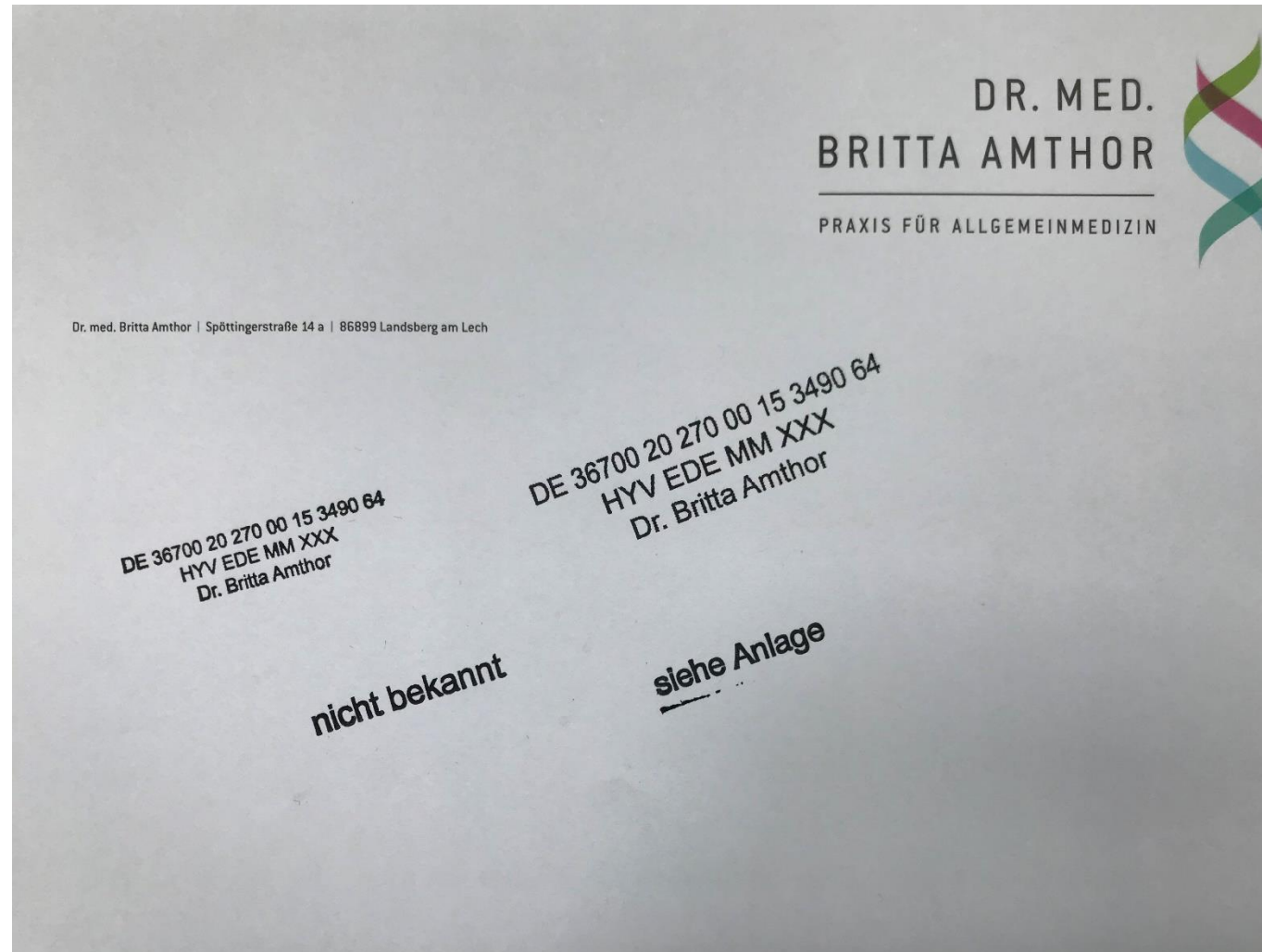
3d) Ergaben sich bei der ersten Untersuchung Anzeichen dafür, dass der (die) Verletzte unter Alkoholeinfluss oder anderer berauschender Mittel stand?

Nein.

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

Versicherungsanfragen & Atteste

Stempel





Versicherungsanfragen

Grundlegendes

- Vorschlag: mind. 80 €
- 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!



Anfrage Versicherung

Aktenzeichen: #

Patient: \${#ptn, #ptv, geb.* #ptd4; #str in #ort}

Sehr geehrte Damen und Herren,
vielen Dank für Ihre Anfrage eines ärztlichen Berichts für oben genannten Patienten.

Hiermit teile ich Ihnen mit, dass ich Ihre Anfrage erst nach Erhalt eines Verrechnungsschecks/schriftlicher Kostenzusage sowie Untersuchung des Patienten bearbeiten kann.

Beschreibung	Ziffer GOÄ	Faktor	Anmerkung	Euro
Ausführliche Anamneseerhebung	3	3,5		30,60
Ausführlicher Ganzkörperstatus	8	3,5		53,04
Schriftlicher Krankheitsbericht	75	2,3		17,43
Schriftlicher Krankheitsbericht umfangreich	75	3,5		26,52
Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung	34	2,3		40,22
Ausführliche Erörterung der Auswirkungen einer Krankheit auf die Lebensgestaltung	34	3,5		61,20
Schriftlicher ärztlicher Bericht mit gutachterlicher Einschätzung	a80	3,5	(§2 Abs. 2 GOÄ)	66,36
Schriftliche ärztlicher Bericht mit gutachterlicher Einschätzung mit erhöhtem Aufwand	a85	3,5	(§2 Abs. 2 GOÄ) Je begonnene Stunde	102,00
Schreibgebühr	95	x	3,50€ je Seite	
Kopie <u>sw</u> erste 50 Seiten	JVEG	x	0,50€ je Seite	
Kopie <u>sw</u> ab 51er Seite	JVEG	x	0,15€ je Seite	
Porto Deutsche Post			Großbrief	1,45



Anfrage Versicherung

Aktenzeichen: [REDACTED]

Patient: [REDACTED]

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihre Anfrage eines ärztlichen Berichts für oben genannten Patienten.

Hiermit teile ich Ihnen mit, dass ich Ihre Anfrage erst nach Kostenzusage bearbeiten kann.

Schriftliche ärztlicher Bericht mit gutachterlicher Einschätzung mit erhöhtem Aufwand
a85 3,5 (§2 Abs. 2 GOÄ)

1 Stunde		102,00
Schreibgebühr	3,50€ je Seite	7,00
Kopie sw erste 50 Seiten JVEG x 0,50€ je Seite		
	Ca.	20,00
	Porto Deutsche	
	Post Großbrief	1,60

Gesamt : ca. 130 Euro

Mit Antwort auf diese Anforderung sichern Sie den DSGVO-konformen Empfang von
Patientenunterlagen bei Zugang per Post bzw. per Fax (auf die im Originalansprechen
benannte Fax-

Nummer) in Ihrem Haus zu.

Sollten wir keine schriftliche Antwort von Ihrer Seite erhalten so erachten wir Ihre Anfrage als
hinfällig.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Linda Mandel

Versicherungsanfragen & Atteste

Basics der GOÄ



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



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.....

Schweigepflichtentbindung Vers. 1.0

Hiermit entbinde ich:

\$5016\$ \$1050\$, geb. am \$1077\$

(Name des Patienten/ der Patientin)

\$1051\$

(Anschrift des Patienten/ der Patientin)

\$1052\$

die Ärzte:

Arnim Schumacher & Timo Schumacher

(Name des Arztes/ der Ärztin)

Praxis Schumacher

(Name/ Adresse der Praxis)

Hospitalstr. 3, EG

28790 Schwanewede

von der ärztlichen Schweigepflicht ohne Einschränkungen gegenüber

_____.

Ich bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen, Untersuchungsergebnisse, Krankenhausentlassungsberichte, Krankengeschichten oder ähnliche Unterlagen der/den o.g. Person/en o. Einrichtung/en zur Verfügung gestellt werden.

Schwanewede, den \$4001\$

(Ort) (Datum)

(Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters bzw. Unterschrift des Betreuers)

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.



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 GDB

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

Verlust des Daumenendgliedes	0
Verlust des Daumenendgliedes und des halben Grundgliedes	10
Verlust eines Daumens	25
Verlust beider Daumen	40
Verlust eines Daumens mit Mittelhandknochen	30

Landesamt GDB/MDE

Nutzen für den Patienten



- Ausführliche Informationen unter 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 entwickeln
- Kritischer Umgang mit Versicherungen (natürlich nicht DRV)
- EDV nutzen



Der Werkzeugkasten Niederlassung geht online!

Ab 08.11.2024:
Alle Module in
einem Jahr!
40€/Modul

Einfach online buchen:

- www.hausarzt-werkzeugkasten.de



Mi 06.11.24 | 15:00 - 18:30

„Reise durch die Weiterbildung“ (Modul 14)

Sa 23.11.24 | 09:00 - 12:30

„Praxiskooperation“ (Modul 9)

Mi 04.12.24 | 15:00 - 18:30

„EBM und Abrechnung“ (Modul 11)

Mi 08.01.25 | 15:00 - 18:30

„Formulare & Co“ (Modul 8)

Mi 05.02.25 | 15:00 - 18:30

„IT in der Hausarztpraxis“ (Modul 16)

Mi 05.03.25 | 15:00 - 18:30

„Praxisorganisation“ (Modul 4)

Mi 02.04.25 | 15:00 - 18:30

„Vorschriften und Gesetze“ (Modul 5)

Mi 07.05.25 | 15:00 - 18:30

„Personalführung“ (Modul 3)

Mi 04.06.25 | 15:00 - 18:30

„Privatabrechnung“ (Modul 12)

Mi 02.07.25 | 15:00 - 18:30

„Praxisfinanzierung“ (Modul 2)

Mi 06.08.25 | 15:00 - 18:30

„Qualitätsmanagement“ (Modul 7)

Mi 03.09.25 | 15:00 - 18:30

„Sozialmedizinische Grundlagen“ (Modul 15)

Sa 20.09.25 | 09:00 - 12:30

„Praxisausstattung“ (Modul 13)

Mi 01.10.25 | 15:00 - 18:30

„Wissensmanagement“ (Modul 10)