

# VON HAUSARZT ZU HAUSARZT



**Dr. Gerd W. Zimmermann**  
 Facharzt für  
 Allgemeinmedizin  
 Kapellenstraße 9,  
 D-65719 Hofheim

## AU-Bescheinigung

— Ein Arzt darf eine Arbeitsunfähigkeit für eine vor der ersten Inanspruchnahme liegende Zeit grundsätzlich nicht bescheinigen. Ausnahmen von diesem Rückwirkungsverbot sind aber in seltenen Fällen möglich.

Für die Zeit vor der ersten Inanspruchnahme kann der Arzt lediglich aufgrund einer besonderen Schwere der Krankheit oder des Krankheitsverlaufs Rückschlüsse auf eine Arbeitsunfähigkeit des Patienten ziehen. Der Arzt selbst muss das Krankheitsbild und die Umstände gründlich prüfen und sich Gewissheit darüber verschaffen, dass der Patient zum von ihm angegebenen Zeitpunkt definitiv arbeitsunfähig erkrankt war.

Beim Ausstellen einer rückwirkenden AU-Bescheinigung sollte eine entsprechende Begründung in der Patientenakte dokumentiert werden. In der Regel darf ein Patient höchstens für zwei Tage rückwirkend krankgeschrieben werden. Eine längere Rückdatierung ist nur in wenigen Ausnahmefällen und unter Abwägung aller Umstände gerechtfertigt.

### MMW Kommentar

*Es ist wichtig, dass eine AU-Bescheinigung diesen formellen Mindestanforderungen Rechnung trägt. Das bedeutet, dass der Arzt das Attest selbst ausgestellt und unterschrieben haben muss. Dabei sollte das Datum angegeben werden, an dem die Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde. Die ärztliche Diagnose darf gegenüber der Kasse nur nach ICD verschlüsselt angegeben werden. Gegenüber dem Arbeitgeber besteht keinerlei Auskunft- bzw. sogar eine Verweigerungsverpflichtung.*

## 2011 steht weniger Geld für Arzneimittelverordnungen zur Verfügung

— Kassen und KBV haben sich für das Jahr 2011 auf neue Höchstgrenzen bei der Verordnung von Arzneimitteln geeinigt. Dabei wurden zunächst die für das Jahr 2010 festgelegten Anpassungsfaktoren überprüft und aktualisiert. Wegen der gesetzlichen Anhebung des Herstellerrabatts von 6 auf 16% für alle Nichtfestbetragsarzneimittel kam es zu einer Reduzierung der Steigerungsrate 2010 von +4,8% Prozent auf +2,5%.

Die sich daraus ergebende Differenz muss nun bei der Festlegung der regionalen Ausgabenvolumina sowie bei der Vereinbarung der regionalen Richtgrößenvolumina für das Jahr 2011 berücksichtigt werden. Die Bewertung der Anpassungsfaktoren für das Jahr 2011 sieht – abhängig von eventuell nachweisbaren regionalen Besonderheiten – ein mögliches Steigerungsvolumen von 0,2% vor – das sind gerade einmal rund 60 Mio. Euro.

### MMW Kommentar

*Das Ergebnis der Verhandlungen ist für die Vertragsärztinnen und -ärzte nicht unproblematisch. Konkret geht man bei der Berechnung davon aus, dass Mehrausgaben durch Innovationen oder z.B. stationär-ambulante Verlagerungseffekte durch gesetzlich verordnete Preisreduktionen kompensiert werden können. Bisherige Erfahrungen zeigen aber, dass gerade bei solchen Preisdiktaten Ausweichmanöver möglich sind, die letztendlich dazu führen, dass die so aufgemachte Rechnung nicht stimmt. Da die auf diesen Berechnungsgrundlagen festgelegten Arzneimittelobergrenzen Grundlage für die Berechnung der Arzneimittelrichtgrößen sind, droht die Gefahr, dass die Vertragsärztinnen und -ärzte im kommenden Jahr die Zeche zahlen.*



Basieren die Arzneimittelbudgets auf einer Milchmädchenrechnung?

Tabelle 1	
Anpassungsfaktor	Festlegung
Zahl und Altersstruktur der Versicherten	Regional
Preisentwicklung	-3,6%
Gesetzliche Leistungspflicht	0,0%
Richtlinien Bundesausschuss	0,0%
Innovationen und Verlagerungen	+3,4%
Zielvereinbarungen	Regional
Wirtschaftlichkeitsreserven, Zielvereinbarungen	Regional

Das neue Arzneimittelbudget für 2011 geht davon aus, dass Innovationen und Verlagerungen durch Preisnachlässe kompensiert werden.