

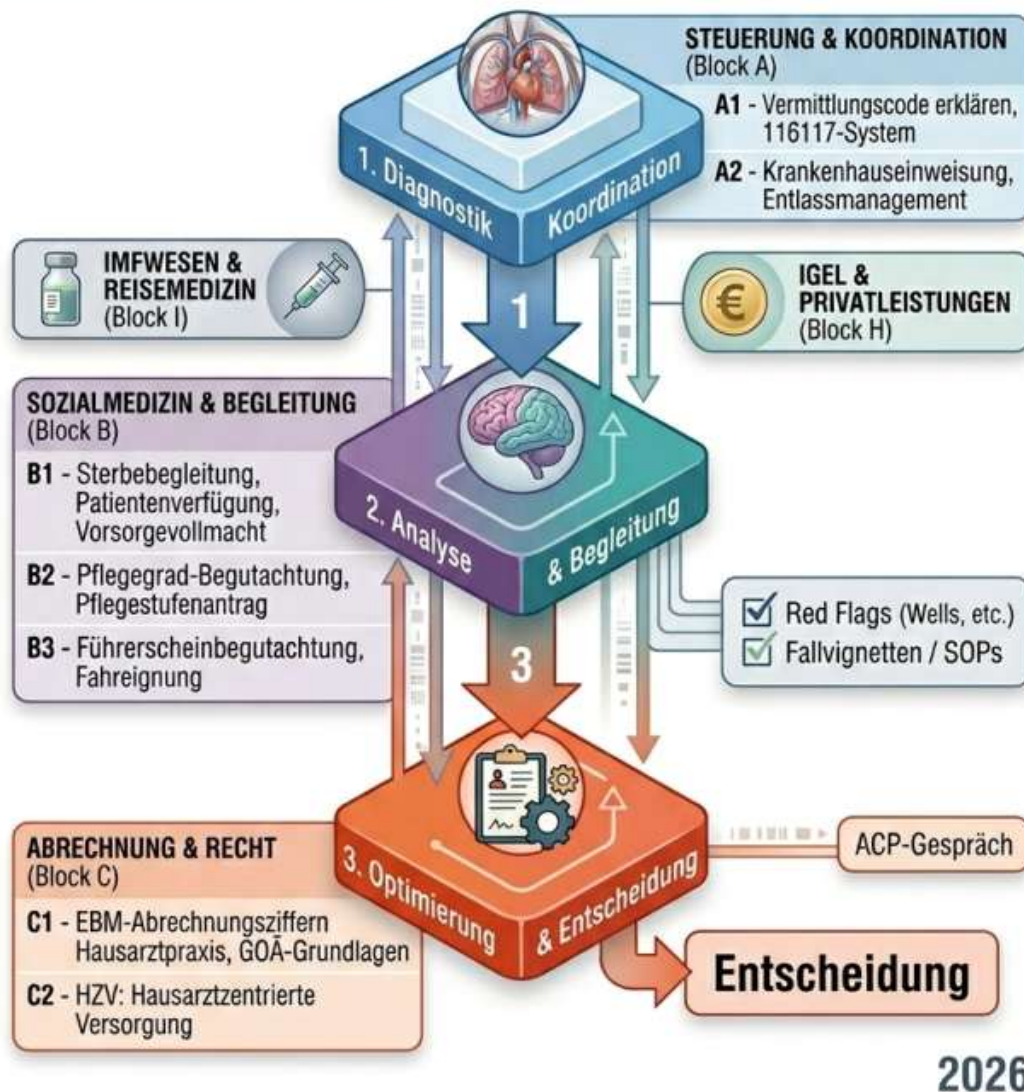
# ClinicalOS – Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin

## Band 9

### Hausarzt-spezifische Querschnittsthemen

#### Das Querschnitts-System: Steuerung, Sozialmedizin, Abrechnung & Prävention

#### Modulares Steuerungssystem für die Hausarztpraxis



Sozialmedizin · Versorgungssteuerung · Abrechnung · Organisation · Prävention  
Impfwesen · Digitalisierung · Igel & Privatleistungen · Psychosomatik

Probeleseexemplar

## Urheberrecht Impressum

Dr. med. Götz Huber

Das klinische Betriebssystem der Hausarztmedizin

Band 9 : Hausarzt-spezifische Querschnittsthemen

© 2026 Dr. med. Götz Huber. Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Autors unzulässig und strafbar.

Hinweis: Die in diesem Buch enthaltenen Informationen wurden sorgfältig recherchiert und geprüft. Da sich KI-Werkzeuge und regulatorische Rahmenbedingungen schnell ändern, können einzelne Angaben zum Zeitpunkt der Lektüre bereits überholt sein. Aktuelle Ergänzungen finden Sie unter <https://clinicalos.de/>.

Die Nennung von Produkten und Herstellern erfolgt ohne Gewähr und stellt keine Kauf- oder Anwendungsempfehlung dar.

Stand: Juli 2026

## Hinweis zu Inhalt, Nutzung und Verantwortlichkeit

Die ClinicalOS-Manualserie entstand mit dem Ziel, praktisch tätigen Hausärztinnen und Hausärzten, Fortbildungsassistenten Allgemeinmedizin, medizinischen Fachangestellten und Medizinstudierenden, ein strukturiertes, praxisnahes Lern- und Referenzwerk bereitzustellen. Die Inhalte wurden auf Basis aktueller medizinischer Fachliteratur, leitlinienbasierter Quellen und hausärztlicher Praxiserfahrung erarbeitet.

Bei der Erstellung wurden digitale Werkzeuge einschließlich KI-gestützter Textgenerierung eingesetzt. Sämtliche Inhalte wurden anschließend durch den Autor auf fachliche Korrektheit, inhaltliche Konsistenz und mögliche Fehler geprüft. Trotz sorgfältiger Überarbeitung kann die vollständige Fehlerfreiheit nicht garantiert werden — weder hinsichtlich inhaltlicher Ungenauigkeiten noch hinsichtlich zwischenzeitlich aktualisierter Leitlinien oder Dosierungsempfehlungen.

**Die Inhalte dieses Manuals ersetzen keine individuelle medizinische Beurteilung und sind nicht als verbindliche Behandlungsempfehlung zu verstehen.** Jede Anwendung der hier dargestellten Informationen liegt in der alleinigen Verantwortung der Leserin oder des Lesers. Diagnostische und therapeutische Entscheidungen müssen stets am individuellen Patienten, unter Berücksichtigung der vollständigen klinischen Situation und auf Basis der jeweils gültigen Leitlinien getroffen werden.

Für Ärztinnen und Ärzte gilt uneingeschränkt die **ärztliche Letztverantwortung**: Jede Übernahme von Inhalten aus diesem Manual — ob als Textbaustein, SOP oder Therapieempfehlung — setzt die eigenverantwortliche fachliche Prüfung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt voraus. KI-gestützte oder digital erstellte Inhalte können und dürfen das ärztliche Urteil nicht ersetzen.

Der Autor übernimmt keine Haftung für Schäden, die aus der direkten oder indirekten Nutzung der in diesem Manual enthaltenen Informationen entstehen.

Dosierungsangaben gelten für Erwachsene ohne relevante Niereninsuffizienz. Bei älteren Patienten, Polypharmazie und in der Schwangerschaft sind individuelle Anpassungen erforderlich. Aktuelle Leitlinien (DEGAM, ESC, DGK, ADA, AWMF) sind vorrangig zu beachten.

## Inhalte

Abschnitt	Inhalte
Einleitung	Konzept und Abgrenzung zur Manualserie, Kapitelübersicht und Themenzuordnung, Stil und Struktur, Nutzung im Praxisalltag, Zielgruppen und Differenzierung, Evidenzbasis und Aktualitätsprinzip
J1 - Impfwesen und Reisemedizin in der Hausarztpraxis	Impfpasscheck, Standard- und Indikationsimpfungen, Nachholimpfungen, Reiseanamnese, Reiseimpfungen, Malaria und Mückenschutz, Rückkehrer-Red-Flags, Reisedermatosen, Kühlkette und Recall-Pflicht, PVS-Bausteine, Falltraining
J2 - Lebensstilberatung in der Hausarztpraxis	5-A-Modell, Motivational Interviewing (OARS), SMART-Ziele, Risikovisualisierung und Teach-back, Recall-Logik, MFA-Modul, typische Praxisfehler
K1 - Sozialmedizin und Koordination in der HA Praxis	ICD-zu-ICF-Logik, Arbeitsunfähigkeit und Wiedereingliederung, Reha und LTA, Pflegegrad-Begutachtung, GdB und Merkzeichen, Entlassmanagement und AMTS, Hilfsmittel und HKP, Sozialanamnese und Netzwerkkoordination, Palliativkoordination und SAPV, PVS-Bausteinbibliothek, Falltraining (25 Fälle)
K2 - Arbeitsunfähigkeit in der Hausarztpraxis	AU-Formel, Tätigkeitsanamnese, statusabhängige Maßstäbe, Rückdatierung, eAU und Telefon-/Video-AU, Wiedereingliederung und BEM, MFA-Praxisprozess, PVS-Dokumentationsbibliothek, Master-Do-not-Liste
K3 - Hausarztvermittlungsfall und Dringlichkeitscode	112 vs. 116117, Dringlichkeitscode, Terminservicestelle (TSS), Psychotherapie als Sonderfall, MFA-Modul, Textbausteine für Überweisung, Fallvignetten
K4 - Fahreignung, Fahrtüchtigkeit und ärztliche Sicherheitsaufklärung in der Hausarztpraxis	Fahrergruppen 1 und 2, SOP akute Fahrtüchtigkeit, Sicherheitsaufklärung, Schweigepflicht im Extremfall, MFA- und PVS-Modul, Schnelltabellen (Medikamente, Diabetes, Synkope, Epilepsie, Demenz)
K5 - Vorausplanung: Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht und Sterbebegleitung	Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Stufensystem Palliativversorgung, Hospizversorgung, assistierter Suizid, Advance Care Planning (ACP), Checklisten und Textbausteine
K6 - Abrechnungsziffern in der Hausarztpraxis	EBM vs. GOÄ, Kernpauschalen, Chroniker-Versorgungspauschale 2026, psychosomatische Grundversorgung, IGeL-Gespräch, ICD-Kodierung, MFA-FIT, Regressprophylaxe

## Inhaltsangabe

<b>J1 - Impfwesen und Reisemedizin in der Hausarztpraxis</b> .....	9
<b>J2 - Lebensstilberatung in der Hausarztpraxis</b> .....	28
<b>K1 - Sozialmedizin und Koordination in der HA Praxis</b> .....	46
<b>K2 - Arbeitsunfähigkeit in der Hausarztpraxis</b> .....	78
<b>K3 - Hausarztvermittlungsfall und Dringlichkeitscode</b> .....	99
<b>K4 - Fahreignung, Fahrtüchtigkeit und ärztliche Sicherungsaufklärung in der Hausarztpraxis</b> .....	116
<b>K5 - Vorausplanung : Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht und Sterbebegleitung</b> .....	134
<b>K6 - Abrechnungsziffern in der Hausarztpraxis</b> .....	151

## Einleitung: Was ist das Manual 9 – und warum gibt es es?

Die Hausarztmedizin ist kein Fachgebiet, das sich in Organsystemen oder Krankheitsentitäten erschöpft. Hausärztinnen und Hausärzte sind Generalisten, die täglich Entscheidungen treffen, die weit über rein klinische Fragen hinausgehen: Wer bekommt einen Pflegegrad? Wie steuert man einen Patienten mit psychiatrischer Krise sicher in die Versorgung? Was ist in der Abrechnungslogik des EBM tatsächlich relevant – und was kostet Praxisgeld, wenn man es nicht kennt? Wie erklärt man einer 72-jährigen Patientin, dass der Dringlichkeitscode auf ihrer Überweisung den Zugang zum Facharzt beschleunigt? Welche Vorsorgeuntersuchungen sind evidenzbasiert – und welche sind IGEL ohne Mehrwert?

Manual 9 antwortet auf genau diese Fragen. Es ist das Manual der hausärztlichen Querschnittsthemen: derjenigen Bereiche, die in den klinischen Manualen der Reihe (Manual 2–4) nicht ausreichend Platz finden, aber im Praxisalltag täglich relevant sind. Es ist kein Lehrbuch der Allgemeinmedizin, sondern eine operationalisierte Praxisarchitektur für die Themen, die zwischen Klinik, Organisation, Kommunikation, Dokumentation und Recht liegen.

### Merke ✓

Manual 9 ist das Manual der Querschnittsthemen. Es beantwortet nicht „Was ist die Diagnose?“ oder „Welche Therapie ist leitliniengerecht?“, sondern: „Wie steuere ich Patienten richtig? Wie dokumentiere ich rechtssicher? Wie organisiert sich eine moderne Hausarztpraxis – und was rechne ich dafür ab?“

## Konzept und Abgrenzung zur Manualserie

Die ClinicalOS-Reihe ist konsequent nach Versorgungsebenen gegliedert. Manual 9 ist dabei bewusst anders als die klinisch-diagnostischen und therapeutischen Bände strukturiert. Es folgt nicht der Logik eines Organsystems, sondern der Logik der Praxisrealität.

Manual	Inhaltsschwerpunkt	Verhältnis zu Manual 9
Manual 1	Entscheidungsarchitektur und klinisches Reasoning	Grundlage für alle hausärztlichen Entscheidungen – Manual 9 überträgt diese Logik auf Prozess- und Organisationsthemen.
Manual 2	Rational diagnostizieren – Testentscheidungen und Diagnostic Stewardship	Klinische Diagnostik; Manual 9 ergänzt dies um die Versorgungssteuerung.
Manual 3	Kommunikation und Gesprächsführung	Manual 9 integriert Kommunikationsbausteine themenspezifisch (z.B. ACP-Gespräch, Vermittlungscode erklären).
Manual 4	Patientenmanagement, Therapiealgorithmen, Dosierungen	Klinische Therapie. Vertiefende klinische Spezialthemen (HWI, Osteoporose, Reizdarm) sind als Annex zu Manual 4 geplant.
Manual 7	Praxisorganisation, Teamprozesse, SOPs	Überschneidung bei Organisationsthemen; Manual 9 ergänzt die strategisch-sozialmedizinische Ebene.
Manual 9	Hausarzt-spezifische Querschnittsthemen (dieses Manual)	Versorgungssteuerung, Sozialmedizin, Abrechnung, Prävention, Digitalisierung, IGEL, Impfwesen.

Klinische Vertiefungsthemen wie Management Harnwegsinfektionen, Osteoporose-Diagnostik/Therapie, abdominelle Beschwerden und Reizdarm werden nicht in Manual 9 aufgenommen, sondern als wachsendes Bonusmaterial (Annex) zu Manual 4 geführt. Dies ermöglicht, Manual 9 schlank und konsequent auf seine Kernfunktion – die praxisorganisatorischen und sozialmedizinischen Querschnittsthemen – zu fokussieren. Sollte das Volumen von Manual 9 in Zukunft deutlich wachsen, ist ein eigenständiger Band 11 für erweiterte Querschnittsthemen geplant.

## Kapitelübersicht und Themenzuordnung

Manual 9 ist in thematische Blöcke gegliedert. Die aktuell enthaltenen Kapitel sind mit Kapitelcode gekennzeichnet. Geplante Kapitel werden im Verlauf ergänzt.

Block	Thema
A – Versorgungssteuerung & Koordination	Hausarztvermittlungsfall, 116117, Dringlichkeitscode, TSS
A – Versorgungssteuerung & Koordination	Krankenhauseinweisung, Entlassmanagement, Reha-Einleitung
B – Sozialmedizin & Begleitung	Sterbebegleitung, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Palliativversorgung, assistierter Suizid
B – Sozialmedizin & Begleitung	Pflegegrad-Begutachtung, Pflegestufenantrag, Koordination
B – Sozialmedizin & Begleitung	Führerscheinbegutachtung, Fahreignung bei Erkrankungen
B – Sozialmedizin & Begleitung	Arbeits- und Umweltmedizin: BK-Anzeige, AU-Bescheinigung, Exposition
C – Abrechnung & Recht	EBM-Abrechnungsziffern Hausarztpraxis, GOÄ-Grundlagen, Checklisten
C – Abrechnung & Recht	HZV: Hausarztzentrierte Versorgung, Vertragslogik, Abgrenzung EBM
H – IGEL & Privatleistungen	IGEL: Sinnvolles vs. Verzichtbares, GOÄ, GLP-1-Analoga, IGeL-Informationspflichten

## Stil, Struktur und Nutzungshinweise

Manual 9 folgt dem einheitlichen ClinicalOS-Kapitelstandard. Alle Kapitel sind nach derselben modularen Logik aufgebaut, die sich durch die gesamte Manualserie zieht.

Baustein	Funktion	Erkennungszeichen
Merke ✓	Verdichtete Kernaussage oder Sicherheitsprinzip	Grüne Box mit blauem Header
Praxis-Pearl ★	Konkrete kleine Regel mit großem Praxisnutzen	Blaue Box
Red Flag ⚠	Gefährliche Fehler, kritische Eskalationssituationen	Rote Box
Praxisfehler !	Häufige, vermeidbare Fehler im Praxisalltag	Orange Box
SOP	Nummerierte, direkt umsetzbare Ablaufbeschreibung	Blau-hellblau Box
MFA-Modul	Konkreter Teamblock für Praxisorganisation und Delegation	Blau-hellblau Box
Fallvignette	Typischer hausärztlicher Fall mit Lösungsweg	Lila Box
Schnellvergleich / Tabelle	Orientierung über Begriffe, Wege, Optionen auf einen Blick	Blau-graue Tabelle

### Nutzung im Praxisalltag

- Jedes Kapitel ist eigenständig nutzbar – kein lineares Lesen erforderlich.
- SOPs und Checklisten sind so gestaltet, dass sie direkt in der Konsultation oder am Telefon nutzbar sind.
- MFA-Module sind eigenständige Funktionsblöcke – sie können aus dem Kapitel herausgelöst und als Teamunterlage genutzt werden.
- Patienteninfo-Bausteine am Kapitelende sind direkt als Flyer oder Wartezimmer-Text verwendbar.
- Textbausteine für Überweisung und Arztbrief sind in alle gängigen PVS-Systeme einfügbar.
- KI-Prompt-Bausteine (in ausgewählten Kapiteln) können im Praxis-Wiki oder KI-Assistenten hinterlegt werden.

## Zielgruppen und Differenzierung

Zielgruppe	Besonders relevante Bausteine	Typische Einstiegspunkte in Manual 9
Hausärzt:innen	Alle Kapitel; besonders Entscheidungslogiken, SOPs, Red Flags und Praxis-Pearls	Abrechnung (C1), Versorgungssteuerung (A1), Sterbebegleitung (B1)
Weiterbildungsassistent:innen	Schnellvergleiche, Lernziele, Fallvignetten, Systematiken	A1 (116117-System), B1 (ACP-Grundlagen), C1 (EBM-Logik)
MFA / Praxisteam	MFA-Module, Checklisten, Telefonscreenings, Recall-Logiken, Patienteninfo-Flyer	A1 MFA-Checkliste, B1 MFA-Aufgaben, C1 Kodierungs-SOPs

## Evidenzbasis und Aktualitätsprinzip

Manual 9 orientiert sich in seiner Evidenzhierarchie am Standard der gesamten ClinicalOS-Reihe. Für sozialmedizinische und organisatorische Themen sind Leitlinien und Richtlinien oft weniger verfügbar als in der klinischen Medizin – hier tritt das Erfahrungs- und Konsensuswissen qualifizierter Primärversorgungsexperten ergänzend hinzu, wird aber stets als solches kenntlich gemacht.

Evidenztyp	Verwendung in Manual 9	Kennzeichnung im Text
Gesetze, Verordnungen, Richtlinien (SGB, BGB, EBM, GOÄ, G-BA)	Verbindliche Grundlage; höchste Priorität	Als verbindlicher Rahmen formuliert
Leitlinien (DEGAM, AWMF, KBV, BÄK, G-BA)	Medizinisch-fachliche Basis	Mit Leitlinienangabe und Empfehlungsgrad
KV-/KBV-Infomaterialien, offizielle Quellen	Abrechnungslogik, Versorgungsstrukturen	Mit Quellenangabe
Praxisempfehlungen / Expertenkonsens	Wo Leitlinien fehlen oder praxisfern sind	Als Praxisempfehlung gekennzeichnet
Erfahrungswissen / Versorgungsberichte	Illustration von Versorgungsrealität und Praxisproblemen	Explizit als Erfahrungs- oder Kontextmaterial markiert

Manual 9 ist ein lebendiges Dokument. Alle Kapitel werden bei relevanten Gesetzesänderungen, Leitlinienaktualisierungen oder strukturellen Änderungen im Versorgungssystem überarbeitet. Der Versionsstand ist in der Fußzeile jedes Kapitels angegeben.

# J1 - Impfwesen und Reisemedizin in der Hausarztpraxis

Impfpasscheck · Nachholimpfungen · Beruf & Bescheinigungen  
Alter & Immunsuppression · Reiseimpfungen · Malaria  
Rückkehrer · Reisedermatosen · Abrechnung & Organisation

Stand: Juni 2026 | STIKO/RKI · G-BA · DTG · WHO · CDC

**⚠️ Arbeitsfassung & Sicherheitshinweis:** Dieses Kapitel ist als hausärztliches Praxismanual konzipiert. Es ersetzt keine tagesaktuelle Prüfung von STIKO/RKI, G-BA Schutzimpfungs-Richtlinie, DTG-Reise- und Malariaempfehlungen, Fachinformationen, Einreisevorschriften, IfSG-Meldepflichten, KV-/GOÄ-Regeln oder arbeitsmedizinischen Vorgaben.

Updatepflichtige Bereiche: COVID-19 · RSV · Pneumokokken · Zoster · Dengue · Chikungunya · Mpox · Gelbfieber-/Transitregeln · Polio-IHR-Länder · Hadsch-/Umrah-Regeln · Malariaregionen · Erstattung/Satzungsleistungen

## 1. Warum dieses Kapitel?

Impfwesen und Reisemedizin sind in der Hausarztpraxis keine Randthemen. Sie verbinden Prävention, Chronikerversorgung, Akuttriage, Bescheinigungen, Patientenkommunikation, Abrechnung, Impfstoffmanagement und Teamprozesse. Das Kapitel hat drei Ziele:

1. Sichere klinische Entscheidungen: Impfstatus erkennen, Risiken gewichten, Red Flags nicht übersehen.
2. Praxistaugliche Prozesse: MFA-Vorbereitung, PVS-Bausteine, Recall, Dokumentation, Kühlkette.
3. Verständliche Patientenkommunikation: Nutzen, Grenzen, Kosten, Verhalten und Sicherheitsnetz klar erklären.

**► Merksatz:** ClinicalOS-Leitsatz: Eine richtige Impfempfehlung ist erst dann praxistauglich, wenn Indikation, Kontraindikationen, Kosten, Charge, Dokumentation und Recall geklärt sind.

## 2. Das Impf- und Reise-ClinicalOS

### 2.1 Impfmedizin: vom Impfpass zum Plan

4. Anlass klären: GU, Chronikertermin, Beruf, Reise, Schwangerschaft, Immunsuppression, Bescheinigung.
5. Nachweis prüfen: Impfpass, PVS, Labor, Fremdbefund.
6. Risiko bewerten: Alter, Erkrankungen, Medikamente, Exposition.
7. Kontraindikationen prüfen: besonders Lebendimpfstoffe, Schwangerschaft, Immunsuppression, schwere Allergie.
8. Erstattung klären: GKV, Indikation, Satzung, privat, Arbeitgeber.
9. Impfen oder planen: heute, Folgedosis, Titer, Facharzt.
10. Dokumentieren: Impfstoff, Charge, Injektionsort, Aufklärung, Einwilligung.

Probeleseexemplar

11. Recall setzen: keine Serienimpfung ohne Folgetermin.
12. Patientin/Patient informieren: verständlich und schriftlich.

## 2.2 Reisemedizin: von der Ländertabelle zum individuellen Risiko

Die Reiseberatung beginnt nicht mit dem Land, sondern mit der konkreten Reise:

Frage	Bedeutung
Wer reist?	Alter, Schwangerschaft, Immunsuppression, chronische Erkrankungen, Medikamente
Wohin genau?	Land, Region, Stadt/Land, Transit, Höhe, Küste, Dschungel
Wie wird gereist?	Hotel, Backpacking, VFR, beruflich, NGO, Pilgerreise, Kreuzfahrt
Was passiert vor Ort?	Tiere, Süßwasser, Sexualkontakte, medizinische Tätigkeit, Trekking
Wann und wie lange?	Abreise, Dauer, Saison/Regenzeit, Last-Minute, Langzeitaufenthalt

## 2.3 Rückkehrermedizin: Reiseanamnese als diagnostisches Instrument

Bei unklarer Erkrankung nach Reise sind drei Fragen Pflicht:

- Wo waren Sie genau?
- Wann waren Sie dort und wann kamen Sie zurück?
- Was haben Sie dort gemacht?

**● RED FLAG: Fieber nach Aufenthalt in einem Malariagebiet ist Malaria bis zum Beweis des Gegenteils.**

## 3. Impfpasscheck in der Hausarztpraxis

### 3.1 60-Sekunden-Impfpasscheck

13. Impfpass vorhanden und lesbar?
14. Geburtsjahr?
15. Anlass: GU, Beruf, Reise, Schwangerschaft, Immunsuppression?
16. Td/Tdap aktuell?
17. Polio vollständig?
18. MMR dokumentiert?
19. Varizellen relevant?
20. Influenza/COVID saisonal bzw. nach Risiko?
21. Pneumokokken/Zoster/RSV nach Alter/Risiko?
22. Hepatitis B, FSME, HPV nach Indikation?
23. Folgedosen/Recall nötig?

## 3.2 Standard- und Indikationsimpfungen Erwachsene – Praxislogik


Bereich	Hausärztliche Frage	Typische Aktion
Td/Tdap	Auffrischung fällig? Pertussis-Komponente im Erwachsenenalter?	Auffrischung/Einmal-Tdap prüfen
Polio	Grundimmunisierung? Reise-/IHR-/Berufsrisiko?	Dokumentierte Dosen zählen, ggf. auffrischen
MMR	Nach 1970 geboren? Dosen dokumentiert? Bescheinigung?	Nachholen/Serologie nur gezielt
Varizellen	Beruf, Kinderwunsch, Immunsuppression?	IgG oder Impfung je nach Kontext
Influenza	Alter/Risiko/Saison?	Jährliche Impfung anbieten
COVID-19	Aktuelle Empfehlung/Risiko?	Dynamisch prüfen
Pneumokokken	Alter/Risiko/Vorimpfungen?	Aktuelles Schema prüfen
Zoster	Alter/Risiko/Immunsuppression?	2-Dosen-Serie, Recall
RSV	Alter/Risiko/Pflege/G-BA?	Aktuelle Empfehlung/Erstattung prüfen
Hepatitis B	Beruf, Reise, Sexual-/Blutkontakt, CKD?	Serie, Anti-HBs bei Exposition
FSME	Wohnort/Freizeit/Reise/Beruf?	Grundimmunisierung/Auffrischung

## 3.3 Fehlender Impfpass

Ein fehlender Impfpass ist kein Grund zur Untätigkeit, aber er verhindert belastbare Bescheinigungen.

### Vorgehen:

- Alte Unterlagen anfordern
- Ausländische Dokumente prüfen
- Neue Impfpassstruktur anlegen
- Serologie gezielt einsetzen
- Nachholplan erstellen, Recall setzen

 **PVS:** Kein belastbarer Impfpass vorhanden. Frühere Impfungen anamnestisch, aber nicht dokumentiert. Patient/in über Bedeutung dokumentierter Impfungen informiert. Nachholimpfplan/Serologie: [...].

## 4. Nachholimpfungen, Serien und Abstände

► **Merksatz:** Grundregel: Jede dokumentierte Impfung zählt. Bei den meisten Impfstoffen wird eine unterbrochene Serie nicht neu begonnen – Dosen zählen, Mindestabstände prüfen, fehlende Dosen ergänzen.

### 4.1 Mindestabstände versus Maximalabstände

- Mindestabstände müssen eingehalten werden, damit Dosen gültig zählen.
- Zu lange Abstände bedeuten meist nicht Neustart.
- Zu früh verabreichte Dosen können ungültig sein.
- Jede Serienimpfung braucht einen Recall.

### 4.2 Totimpfstoffe und Lebendimpfstoffe

Impfstofftyp	Praxisregel	Cave
Totimpfstoffe	Meist gleichzeitig kombinierbar	Reaktogenität, Dokumentation, spezielle Fachinfo beachten
Lebendimpfstoffe	Gleichzeitig oder mit geeignetem Abstand	Schwangerschaft und schwere Immunsuppression ausschließen
Tot + Lebend	Häufig am selben Tag möglich	Fachinfo/Sonderfall prüfen
Gelbfieber	Offizieller Sonderfall	Autorisierte Stelle, KI, Einreisevorschrift

📄 **PVS:** Impfserie unterbrochen. Dokumentierte Dosen geprüft. Kein Neustart erforderlich, sofern keine impfstoffspezifische Ausnahme. Fehlende Dosis verabreicht/geplant. Recall gesetzt.

## 5. Beruf, Gesundheitswesen und Bescheinigungen


### 5.1 Drei Ebenen trennen

Ebene	Frage	Zuständigkeit
Medizinische Empfehlung	Welche Impfung ist sinnvoll?	Hausarzt/STIKO/Facharzt
Rechtlicher Nachweis	Was verlangt Einrichtung/Gesetz/Formular?	Einrichtung/Gesundheitsamt/Arbeitgeber
Arbeitsmedizinische Eignung	Welche Exposition besteht am Arbeitsplatz?	Betriebsarzt/Arbeitsmedizin

► **Merksatz:** Bescheinigungs-Regel: Bescheinigt werden dokumentierte Impfungen, belastbare Laborbefunde oder medizinische Kontraindikationen – nicht Erinnerungen.

### 5.2 Häufige Gesundheitswesen-Themen

Thema	Hausärztliche Aufgabe
Masern/MMR	Geburtsjahr, dokumentierte Dosen, Serologie/Impflücke, Lebend-KI
Varizellen	Anamnese, IgG, Impfung, Schwangerschaft/Immunsuppression
Hepatitis B	Dosen, Anti-HBs, Blutkontakt, Non-Responder-Pfad prüfen
Tdap	Auffrischung und Pertussis-Komponente
Influenza/COVID	Saisonal und einrichtungsbezogen prüfen
Tuberkulose	Meist Screening-/Betriebsarzt-Thema, keine Standardimpfung

 **Musterbescheinigung:** Diese Bescheinigung beruht auf vorgelegten Impfdokumenten und/oder Laborbefunden. Eine arbeitsmedizinische Gefährdungsbeurteilung ist nicht Gegenstand dieser Bescheinigung.

### 5.3 Migrantinnen und Migranten mit unklarem Impfstatus

Häufig fehlen Nachweise komplett. Vorgehen: Sprachbarrieren berücksichtigen, verfügbare Dokumente (auch fremdsprachige) prüfen, im Zweifelsfall Nachholplan erstellen statt Serologie-Batterie. WHO/UNHCR-Dokumentationsstandards beachten.

## 6. Alter, chronische Erkrankungen und Immunsuppression

► **Merksatz:** Chronische Erkrankung ist selten eine Impfkontraindikation – häufig ist sie ein Grund, Impfungen aktiver zu prüfen.

### 6.1 Risikogruppen-Überblick

Risikogruppe	Besonders prüfen
Alter ab 60 / 75 J.	Influenza, Pneumokokken, Zoster, COVID-19, RSV, Td/Tdap
Diabetes	Influenza, Pneumokokken, COVID-19, RSV, Hep B nach Risiko
COPD/Asthma	Influenza, Pneumokokken, COVID-19, RSV, Pertussis
KHK/Herzinsuffizienz	Atemwegsimpfungen, Reisebelastbarkeit
CKD/Dialyse	Hep B/Anti-HBs, Pneumokokken, Influenza, COVID-19
Lebererkrankung	Hep A/B, Influenza, Pneumokokken
Asplenie	Pneumokokken, Meningokokken ACWY/B, Hib, Fieberplan
Biologika/JAK/Rituximab	Lebendimpfstoffe vor Therapie, Totimpfstoffe timinggerecht
Onkologie/Transplantation	Fachzentrum, keine Lebendimpfung ohne Freigabe
HIV	CD4/Viruslast, Hep A/B, HPV, Pneumokokken, Spezialcheck

### 6.2 Immunsuppression – wichtigste Fragen

24. Welche Erkrankung und Therapie?
25. Wann beginnt/endet die Therapie?
26. Ist eine Lebendimpfung nötig oder geplant?
27. Welche Totimpfstoffe fehlen?
28. Ist die Impfantwort reduziert?
29. Braucht es Facharzt-/Tropenmedizin-Abstimmung?

📄 **PVS:** Immunsuppression durch [...] berücksichtigt. Totimpfstoffe nach Risiko geprüft. Lebendimpfstoffe wegen möglicher Kontraindikation nicht ohne Fachabstimmung. Impf-/Recallplan erstellt.

🚩 **RED FLAG:** Lebendimpfstoffe (MMR, Varizellen, Gelbfieber) bei schwerer Immunsuppression **KONTRAINDIZIERT**. Vor Therapiebeginn: Lebendimpfstoffe mindestens 4 Wochen vorher abschließen!

## 7. Reisemedizinische Grundstruktur

### 7.1 90-Sekunden-Reiseanamnese

- Destinationen, Regionen, Transit
- Abreise, Rückkehr, Dauer
- Reiseart: Hotel, Backpacking, VFR, beruflich, NGO, Pilgerreise, Kreuzfahrt, Trekking
- Unterkunft, Stadt/Land/Dschungel/Küste/Höhe
- Tiere, Süßwasser, Sexualkontakte, medizinische Tätigkeit
- Vorerkrankungen, Medikamente, Schwangerschaft, Stillzeit, Immunsuppression
- Impfpass und frühere Reiseimpfungen
- Kosten- und Erstattungsfrage

### 7.2 Reiseart als Risikotreiber

Reiseart	Risiko	Konsequenz
Hotel/Pauschalreise	Geringer, aber nicht null	Standardimpfungen, Hep A je nach Ziel, Mückenschutz
Backpacking	Flexible Route, Tiere, einfache Hygiene	Breitere Impfberatung, Tollwut/Typhus/Malaria prüfen
VFR (Visiting Friends)	Längere Aufenthalte, lokaler Kontakt	Malaria/Hep A/Typhus/Tollwut nicht unterschätzen
Beruf/NGO	Exposition, ländliche Versorgung	Arbeitgeber, Hep B, Tollwut, Malaria, Notfallplan
Pilgerreise	Menschenmassen, Pflichtimpfungen	Meningokokken, Influenza/COVID, Hitze
Kreuzfahrt	Ältere Reisende, Ausbrüche	Influenza/COVID/RSV/Pneumokokken
Trekking/Höhe	Höhe, Verletzungen, Abgeschiedenheit	Höhenberatung, Versicherung, Notfallplan

### 7.3 Last-Minute-Reisen

► **Merksatz:** Last-Minute heißt priorisieren, nicht aufgeben: Pflichtimpfungen → Malaria → Standardimpfungen → Hepatitis A → Reiseapotheke → Rückkehrwarnung.

Idealer Zeitpunkt für Reiseberatung: 4–6 Wochen vor Abreise. Auch bei Last-Minute immer mindestens Kurzberatung mit Priorisierung anbieten.

## 8. Reiseimpfungen im Detail

### 8.1 Übersicht Reiseimpfungen

Impfung	Typischer Anlass	Cave
Hepatitis A	Hygiene-/Fernreise, VFR, Lebererkrankung	2. Dosis für Langzeitschutz
Hepatitis B	Langzeit, Sexual-/Blutkontakt, Medizin, Dialyse	Anti-HBs bei Beruf/Risiko
Typhus	Südasien, VFR, einfache Hygiene	Begrenzter Schutz, Hygiene zentral
Tollwut	Tiere, Kinder, Backpacking, abgelegen	Nach Biss trotzdem PEP nötig!
Gelbfieber	Afrika/Südamerika/Pflicht/Transit	Lebendimpfung, nur autorisierte Stelle
Meningokokken ACWY	Hadsch/Umrah, Meningitisgürtel	Nachweisdauer aktuell prüfen
Polio	IHR-/Ausbruchsländer, Langzeit, Migration	Tagesaktuelle Länderlisten
FSME/TBE	Zeckenexposition Europa/Asien	Schnell- und Auffrischschemata
Japanische Enzephalitis	Ländliches Asien, Langzeit, Regenzeit	Selten, aber schwer
Cholera	Humanitäre Einsätze/Ausbrüche	Nicht Standard gegen Reisedurchfall
Dengue	Endemie/Ausbruch, bestimmte Gruppen	Aktueller STIKO-/DTG-/Fachinfo-Check
Chikungunya	Ausbruch/Risikoreise	Dynamisches Feld – aktuell prüfen
Mpox	Exposition/Risikogruppe	Reise allein meist nicht ausreichend

### 8.2 Gelbfieber als Sonderfall

Gelbfieber ist Reiseimpfung, Lebendimpfung und teils Pflichtnachweis (International Health Regulations). Die Hausarztpraxis erkennt Indikation/Kontraindikationen und verweist an eine autorisierte Gelbfieberimpfstelle.

- Kontraindikationen: schwere Immunsuppression, Allergie auf Hühnereiprotein (schwer), Thymuserkrankung, Schwangerschaft (Nutzen-Risiko-Abwägung)
- Einreisepflicht: aktuelle Länderliste immer neu prüfen (Auswärtiges Amt / WHO)
- Gültigkeit: Lebenslang (seit 2016)

**● RED FLAG: Gelbfieber-Impfung ohne autorisierte Gelbfieberimpfstelle = ungültig für Einreise!**

### 8.3 Tollwut als Kommunikationsproblem

Präexpositionelle Impfung ersetzt nicht die Abklärung nach Biss oder Kratzer – sie erleichtert die postexpositionelle Versorgung, macht sie aber nicht überflüssig.

**● RED FLAG: Tierbiss im Ausland → sofort PEP-Pfad prüfen – auch bei vorhandener Präexpositionsprophylaxe!**

## 9. Malaria, Mückenschutz und Reiseapotheke

### 9.1 Drei Säulen der Malariaprävention

Säule	Bedeutung
Expositionsprophylaxe (A)	Mückenstiche vermeiden: Mückennetz, Kleidung, DEET-Repellenzien
Chemoprophylaxe (B/C)	Medikamentöse Vorbeugung bei relevantem Risiko
Stand-by-Notfallselbstbehandlung (D)	Notfallmedikation nur in ausgewählten Situationen

### 9.2 Malaria-Check vor Verschreibung

- Genaue Region, Saison, Höhe, Stadt/Land
- Dauer, Unterkunft, Outdoor nachts, VFR
- Schwangerschaft, Kinder, Immunsuppression, Asplenie
- Nieren-/Leberfunktion
- Psychiatrische Vorgeschichte, Epilepsie, QT/Interaktionen
- Zugang zu medizinischer Versorgung vor Ort
- Adhärenz und Kosten

### 9.3 Substanzvergleich

Substanz	Vorteil	Cave
Atovaquon/Proguanil	Kurze Nachlaufzeit, oft gut verträglich	Nierenfunktion, Kosten, Schwangerschaft/Fachinfo
Doxycyclin	Wirksam, kostengünstig	Photosensibilität, Ösophagitis, Schwangerschaft/Kinder
Mefloquin	Wöchentliche Einnahme	Neuropsychiatrische Nebenwirkungen, früh testen
Artemether/Lumefantrin	Eher Therapie/SBET	Einnahmehinweise, Interaktionen

► **Merksatz:** Regionen-Check: WHO/DTG-Empfehlungen immer aktuell prüfen – Malaria-Risikogebiete und Resistenzmuster ändern sich!

● **RED FLAG:** Fieber während oder nach Aufenthalt in einem Malariagebiet → sofort ärztlich abklären – auch bei eingenommener Prophylaxe!

### 9.4 Mückenschutz (Expositionsprophylaxe)

- DEET-haltige Repellenzien (mind. 20–50 %): effektivster Schutz
- Alternativen: Icaridin, IR3535 (geringer wirksam)
- Langärmelige Kleidung, Mückennetz (imprägniert)
- Klimaanlage/Ventilatoren, Sprays im Raum
- Besonders abends/nachts: Anopheles-Mücke sticht bevorzugt nachts

### 9.5 Reiseapotheke – Basis

Dauermedikation plus Reserve und Medikamentenplan, Impfpass, Schmerz-/Fiebermittel, ORS (Oral Rehydration Solution), Mittel gegen unkomplizierten Durchfall (Loperamid), Antihistaminikum, Wundversorgung, Sonnenschutz (LSF 50+), Insektenschutz (DEET), Kondome, Fieberthermometer. Je nach Reise zusätzlich: Höhenmedikamente (Acetazolamid), Standby-Malariamittel, Antibiotikum für Reisedurchfall (nach Arztrücksprache), Thromboseprophylaxe für Langstreckenflüge.

## 10. Rückkehrerinnen und Rückkehrer: Red Flags

### 10.1 Rückkehrer-Triage

Symptom	Sofort denken an	Aktion
Fieber	Malaria, Dengue, Typhus, Leptospirose, COVID/Influenza	Malaria ausschließen, ggf. Klinik
Diarrhö	Bakterielle Diarrhö, Giardia, Amöben, C. difficile	Red Flags prüfen, Stuhldiagnostik
Ikterus	Hepatitis A/E/B/C, Malaria, Leptospirose	Labor, ggf. Klinik
Eosinophilie	Strongyloides, Schistosoma, Helminthen	Tropen-/Migrationsanamnese
Haut	Larva migrans, Leishmaniasis, Ekthym, Myiasis, STI	Muster erkennen, überweisen bei Red Flags
Tierbiss	Tollwut, Wundinfektion, Tetanus	PEP sofort prüfen

### 10.2 Fieber nach Tropenreise

Sofort prüfen: Vitalparameter, AZ, Bewusstsein, Ikterus, Thrombozytopenie/Blutungszeichen, Reisegebiet und Malariaexposition. Wenn Malariadiagnostik nicht zeitnah möglich: Klinik.

**● RED FLAG: Fieber >38°C nach Aufenthalt in Malariagebiet = Notfall bis zum Beweis des Gegenteils. Dickausstrich/RDT sofort. Klinik wenn ambulant nicht sofort möglich!**

### 10.3 Eosinophilie nach Tropenreise

Eosinophilie bei Rückkehrerinnen/Rückkehrer und Migrantinnen/Migranten nicht reflexartig als Allergie deuten. Vor Steroiden/Immunsuppression Strongyloides-Risiko prüfen.

**● RED FLAG: Eosinophilie + Tropenanamnese + geplante Steroid-/Immunsuppressionstherapie: Strongyloides stercoralis ZUERST ausschließen – Hyperinfektionssyndrom kann letal sein!**

## 11. Reisedermatosen

### 11.1 Musterdiagnostik

Hautmuster	Verdacht	Nächster Schritt
Gewundener juckender Gang nach Strand	Larva migrans cutanea	Klinische Diagnose, Therapie/Derma bei Sonderfall
Kraterförmiges Ulkus Wochen nach Reise	Kutane Leishmaniasis	Biopsie/PCR/Spezies, Tropen-/Dermatologie
Ausgestanztes Ulkus mit Kruste	Ekthym	Bakterielle Therapie, Kultur/Red Flags
Starke Schmerzen, Ödem > Erythem	Nekrotisierende Infektion	Sofort Klinik
Salzwasserwunde + Lebererkrankung	Vibrio/Aeromonas	Sofort Klinik/Chirurgie
Ringförmig, schuppig, Terbinafinversagen	T. indotineae	Kultur, Spezies, Resistenztestung
Furunkelartig mit zentraler Öffnung/Bewegung	Myiasis	Derma/Chirurgie, sichere Extraktion
Genitalulkus/Exanthem/Fieber	STI/HIV	STI-Panel, HIV-Frühdagnostik

### 11.2 Red Flags Haut nach Reise

- Starke Schmerzen außer Verhältnis
- Rasche Progression
- Nekrose oder retiforme Purpura
- Fieber/Systemzeichen
- Salzwasserwunde bei Lebererkrankung/Immunsuppression
- Ulkus in Gesicht/Hand/Genital oder Schleimhautnähe
- Verdacht auf Leishmaniasis Neue Welt
- Therapierefraktäre Tinea nach Indien/Asien
- Fieber + Pharyngitis + Exanthem nach sexuellem Risikokontakt

**● RED FLAG: Starke Schmerzen + Ödem + Progression = nekrotisierende Faszitis bis zum Beweis des Gegenteils → sofort Klinik/Chirurgie!**

## 12. Abrechnung, Organisation und Impfstoffmanagement

### 12.1 Leistungsarten im Überblick

Leistungsart	Beispiele	Praxisrisiko
Standardimpfung GKV	Td/Tdap, MMR, Influenza (G-BA-Richtlinie)	Aktuelle G-BA-Lage prüfen
Indikationsimpfung	Hep B Risikogruppe, Pneumokokken Risiko	Indikation dokumentieren
Berufliche Impfung	Gesundheitswesen, Labor, Auslandseinsatz	Arbeitgeber/Betriebsarzt abgrenzen
Private Reiseimpfung	Hep A, Typhus, Tollwut, JE	Kostenaufklärung vorab dokumentieren
Beratung/Bescheinigung	Reiseberatung, Atteste, Medikamentenbescheinigung	GOÄ-/Privatleistungshinweis

### 12.2 Kühlkette und Chargen-Dokumentation

- Impfstoffkühlschrank mit lückenlosem Temperaturprotokoll (2–8 °C)
- Keine Verwendung bei unklarer Kühlkettenunterbrechung
- Betroffene Impfstoffe separieren, Hersteller/Apotheke kontaktieren
- Dokumentation: Charge, Hersteller, Verfallsdatum, Injektionsort, Aufklärung, Einwilligung, Recall

**RED FLAG: Kühlkette unklar → Impfstoff nicht verwenden. Chargenprotokoll ist Pflicht und Haftungsschutz!**

### 12.3 Recall-Pflicht

Keine Serienimpfung ohne Folgetermin. Recall besonders für: Hepatitis A+B, HPV, FSME, Shingrix, Tollwut, Japanische Enzephalitis, Gesundheitswesen-Titer, Malaria-/Reise-Folgekontakte.

## 13. PVS-Bausteine und MFA-Workflows

### 13.1 Kern-PVS-Bausteine

**PVS: IMPFSTATUS:** Impfstatus geprüft. Impfpass/PVS/Labor berücksichtigt. Fehlende oder unklare Impfungen: [...]. Impfplan erstellt. Kontraindikationen, Aufklärung, Kosten und Recall dokumentiert.

**PVS: REISEBERATUNG:** Reisemedizinische Beratung für [...]. Route, Dauer, Reiseart, Unterkunft, Aktivitäten, Vorerkrankungen, Medikamente, Schwangerschaft/Immunsuppression und Impfpass geprüft. Impfungen, Malaria, Mückenschutz, Reiseapotheke, Verhalten und Rückkehrwarnzeichen besprochen.

**PVS: MALARIA:** Malariarisiko anhand Region, Jahreszeit, Dauer, Unterkunft, Reiseart und Person geprüft. Expositionsschutz besprochen. Entscheidung zu Chemoprophylaxe/SBET: [...]. Fieberwarnung dokumentiert.

**PVS: RÜCKKEHRER:** Erkrankung nach Reise. Reiseanamnese mit Land/Region/Rückkehrdatum/Expositionen erhoben. Red Flags geprüft. Diagnostik/Überweisung: [...].

**PVS: REISEDERMATOSE:** Hautbefund nach Reise. Expositionen: Strand/Barfuß/Insekten/Tiere/Wasser/Sexualkontakt [...]. DD Reisedermatosen berücksichtigt. Red Flags geprüft. Vorgehen: [...].

### 13.2 MFA-Telefontriage: krank nach Reise

Sofortige ärztliche Vorstellung/Notfall bei:

- Fieber nach Aufenthalt in Malariagebiet
- Schüttelfrost, schlechter AZ, Bewusstseinsstörung, Ikterus
- Blut im Stuhl mit Fieber
- Tierbiss im Ausland
- Stark schmerzhafte, schnell progrediente Hautinfektion
- Salzwasserwunde bei Lebererkrankung
- Schwangerschaft/Immunsuppression plus Fieber nach Reise

## 14. Falltraining – Kernfälle

Fall	Lernziel	Typischer Failure-Mode
Fehlender Impfpass	Nachholplan statt Erinnerung	Erinnerung bescheinigen
MMR im Gesundheitswesen	Nachweislogik – Dosen zählen	Formular blind unterschreiben
Hep B Medizinstudent:in	Serie fortsetzen, Anti-HBs prüfen	Neu beginnen oder Titer vergessen
Seniorin 76 J. mit COPD	Alters-/Risikoimpfcheck vollständig	Nur Influenza anbieten
Biologikum geplant	Lebendimpfstoffe VOR Therapie	Erst nach Therapiebeginn prüfen
Ghana-VFR-Reisende	VFR als Hochrisikogruppe erkennen	"Kennt das Land" beruhigt
Schwanger + Malariagebiet	Reiseverschiebung/Spezialberatung	Standardrezept verschreiben
Fieber nach Nigeria	Malaria-Notfall sofort	Grippaler Infekt
Larva migrans nach Strand	Musterdiagnose stellen	Kortison allein geben
Ulkus nach Marokko	Leishmaniasis-Differenzialdiagnose	Wiederholte Antibiotika

## 15. Patientinnen- und Patientenmaterial – Kernaussagen

### Impfpasscheck

Bitte bringen Sie Ihren Impfpass mit. Dokumentierte Impfungen zählen weiter. Wenn kein Nachweis vorliegt, können wir keine sichere Bescheinigung ausstellen.

### Impfserie unterbrochen

Verpasst heißt meist: fortsetzen, nicht neu starten. Wichtig ist der Folgetermin.

### Reiseberatung

Wir beraten nicht nur das Land, sondern Ihre konkrete Route, Unterkunft, Aktivitäten, Vorerkrankungen und Medikamente. Idealer Zeitpunkt: 4–6 Wochen vor Reise.

### Malaria

Fieber nach Reise in ein Malariagebiet muss sofort ärztlich abgeklärt werden. Malaria kann trotz Prophylaxe auftreten.

### Krank nach Reise

Sagen Sie immer aktiv, wo Sie waren, wann Sie zurückkamen, ob Sie Mückenstiche hatten, ob Sie Tiere berührt haben, ob Sie im Süßwasser waren und welche Medikamente Sie genommen haben.

## 16. Online-Ressourcen (D/A/CH und International)

Alle Links verweisen auf offizielle Institutionen. Empfehlung: Bei jedem Patientenkontakt zum Thema Impfen/Reise die aktuellen Empfehlungen direkt prüfen – insbesondere bei COVID-19, Dengue, Mpox, Gelbfieber-Einreiseregeln und Malariaregionen.

### Impfempfehlungen Deutschland/Österreich/Schweiz

STIKO – Ständige Impfkommission (RKI): Aktuelle Impfempfehlungen & Impfkalender

RKI – Impfen & Impfstoffe: Fachinformationen, Epidemiologisches Bulletin

Österreich – Nationaler Impfplan (Sozialministerium)

Schweiz – BAG: Impfempfehlungen & Impfplan

### Reisemedizin und Tropenmedizin

DTG – Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin: Reise- und Malariaempfehlungen

Auswärtiges Amt – Reise- und Sicherheitshinweise (Länderinformationen, Impfpflicht)

WHO – Travel Health (internationale Reiseempfehlungen, Ausbruchswarnungen)

CDC – Yellow Book: Health Information for International Travel

ECDC – Infektionskrankheiten Europa: Ausbruchs- und Risikoüberwachung

### Praxistools und Abrechnung

KBV – Impfen in der Hausarztpraxis: Abrechnungsinfos, Formulare

Digitaler Impfnachweis – Bundesgesundheitsministerium

Impfen-info.de – Patienteninformatio (BZgA)

### Impfwesen

**Infektionsschutz.de** : <https://www.infektionsschutz.de/>

### Reisemedizin / Impfungen

#### Reiseapotheke

<https://tropeninstitut.de/reisetipps/tipps-zur-reisevorbereitung/reiseapotheke>

#### Checkliste Reiseapotheke:

[https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Oeffentlichkeitsarbeit/Reiseapotheke/Checkliste\\_Reiseapotheke.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Oeffentlichkeitsarbeit/Reiseapotheke/Checkliste_Reiseapotheke.pdf)


**Aktuelle und offizielle Informationsquellen zur Impfberatung, Prophylaxe (z. B. Malaria), Reiseapotheke, länderspezifischen Risiken und rechtlichen Vorgaben** (z. B. Gelbfieberimpfung).



#### 🌐 1. STIKO – Ständige Impfkommission

- **Was?** Offizielle Impfempfehlungen für Deutschland, inkl. Empfehlungen für Reisende.
- **Warum wichtig?** Rechtlich relevante Grundlage für Impfungen in Deutschland.
- **Link:**
  - 👉 <https://www.rki.de/stiko>
  - 👉 Aktuelle Empfehlungen:  
[https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Empfehlungen\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Empfehlungen_node.html)



#### 🌐 2. Fit-for-Travel – Länderspezifische Impf- und Malariahinweise

- **Was?** Plattform des Centrums für Reisemedizin (CRM), mit länderspezifischen Informationen zu Impfungen, Malaria, Mückenschutz, u. v. m.
- **Besonderheit:** Sehr benutzerfreundlich für die schnelle Praxisrecherche.
- **Link:**
  - 👉 <https://www.fit-for-travel.de>


 3. Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit (DTG)

1. **Was?** Fachgesellschaft mit Leitlinien, Fortbildungsangeboten (z. B. Zertifikat „Reisemedizin“) und aktuellen Empfehlungen zur Malariaphylaxe etc.
  2. **Link:**
    -  <https://www.dtg.org>
    -  Empfehlungen zur Malariaphylaxe: <https://www.dtg.org/empfehlungen/malariaphylaxe>
- 


 4. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

- **Was?** Informationen zur Reiseapotheke, Gesundheitsvorsorge auf Reisen, Kinderreisemedizin.
  - **Link:**
    -  <https://www.infektionsschutz.de>
    -  Reiseapotheke: <https://www.infektionsschutz.de/themen/reiseapotheke/>
- 


 5. Auswärtiges Amt – Reise- und Sicherheitshinweise

- **Was?** Offizielle Reise- und Sicherheitshinweise der Bundesregierung mit Informationen zu Impfpflichten (z. B. Gelbfieber), COVID-19, Einreisebestimmungen.
  - **Link:**
    -  <https://www.auswaertiges-amt.de/de/ReiseUndSicherheit>
- 


 6. Tropeninstitut.de (Tropeninstitut München, Hamburg, Berlin etc.)

- **Was?** Sehr praxisnahe, strukturierte Informationen zu Impfungen, Reiseberatung und Krankheitsprävention nach Ländern.
  - **Link:**
    -  <https://www.tropeninstitut.de>
- 

 7. WHO International Travel & Health

- **Was?** Weltweite Empfehlungen zu Impfungen und Gesundheitsrisiken, z. B. zu Gelbfiebertverbreitung.
  - **Link:**
    -  <https://www.who.int/ith/en/>
- 

 8. CDC Travelers' Health (USA)

- **Was?** Länderspezifische Informationen, Empfehlungen zu Impfungen, Insektenschutz, Trinkwasser etc.
- **Link:**
  -  <https://wwwnc.cdc.gov/travel>

## 17. Quellen- und Update-Logik

### 17.1 Quellenhierarchie

- STIKO/RKI – aktuelle Impfpfehlungen und Epidemiologisches Bulletin
- G-BA – Schutzimpfungs-Richtlinie (Erstattungsfragen)
- STIKO/DTG – Reiseimpfpfehlungen
- DTG – Malariaempfehlungen (aktuell)
- Auswärtiges Amt, WHO, CDC, ECDC – aktuelle Länder- und Ausbruchslage
- Fachinformationen der Impfstoffe und Malariamedikamente
- Arbeitsmedizinische Vorgaben bei beruflichen Impfungen
- Leitlinien zu Reisedermatosen, Leishmaniasis, Larva migrans und bakteriellen Hautinfektionen
- KV-/GOÄ-/regionale Abrechnungsvorgaben

### 17.2 Updatepflichtige Bereiche

- COVID-19 – RSV – Dengue – Mpox: häufige Empfehlungsänderungen
- Pneumokokken-Schema (PCV13/PCV20/PPSV23): aktuelles STIKO-Schema prüfen
- Gelbfieber-Einreiseregeln: Länderlisten ändern sich
- Polio-IHR-Länder: aktuelle WHO-Ausbruchsliste
- Malariaregionen und Resistenzprofile: jährlich neu
- Erstattungs-/Satzungsleistungen: KV-Region und Kasse prüfen

## Anhang A – Praxiskarten (Compact)

### Praxiskarte Impfpasscheck

Impfpass vorhanden? | Anlass? | Td/Tdap? | Polio? | MMR? | Varizellen?  
Influenza/COVID? | Pneumokokken/Zoster/RSV? | Hep B/FSME/HPV?  
Kontraindikationen? | Kosten geklärt? | Recall gesetzt?

### Praxiskarte Reisemedizin

Destination + Route + Abreise + Dauer + Reiseart + Unterkunft  
Aktivitäten + Tiere + Wasser + Sexualkontakte  
Erkrankungen + Medikamente + Schwangerschaft/Immunsuppression  
Impfpass + Kosten + Malaria-Risiko + Rückkehrwarnung besprochen?

### Praxiskarte Rückkehrer

Land/Region + Rückkehrdatum + Leitsymptom  
Red Flags: Fieber (Malariagebiet?) | Schüttelfrost | Bewusstsein | Ikterus  
Blut im Stuhl | Hautschmerz/Progression | Tierbiss | Salzwasserwunde  
Immunsuppression + Schwangerschaft + Asplenie + Eosinophilie + Steroidbedarf

## Anhang B – Formulare (Struktur)

### Reiseberatungsformular

Name, Geburtsdatum, Abreise/Rückkehr, Zielländer, Transit, Route, Reiseart, Unterkunft, Aktivitäten, Tierkontakt, Süßwasser, Sexualkontakte, medizinische Tätigkeit, Impfpass, Schwangerschaft, Erkrankungen, Immunsuppression, Allergien, Medikamente, Diabetes, CKD/Leber, Psychiatrie/Epilepsie, Antikoagulation, Asplenie, Kostenhinweis.

### Impfpasscheckbogen

Impfung	Dokumentiert	Fällig/unklar	Maßnahme	Recall
Td/Tdap				
Polio				
MMR				
Varizellen				
Influenza				
COVID-19				
Pneumokokken				
Zoster (Shingrix)				
RSV				
Hepatitis A				
Hepatitis B				
FSME				
HPV				
Reiseimpfungen				

### Rückkehrer-Triagebogen

Land/Region / Rückkehrdatum / Leitsymptom. Red Flags: Fieber, Malariagebiet, Schüttelfrost, Bewusstsein, Atemnot, Ikterus, Blut im Stuhl, Hautschmerz/Progression, Tierbiss, Salzwasserwunde, Immunsuppression, Schwangerschaft, Asplenie, Eosinophilie + Steroidbedarf.

### Schlussregel

Impfwesen und Reisemedizin werden in der Hausarztpraxis dann sicher, wenn sie nicht als Einzelereignisse behandelt werden, sondern als wiederholbare Prozesse:

Anlass erkennen → Risiko bewerten → Kontraindikationen prüfen → Kosten klären  
 → Dokumentieren → Impfen oder überweisen → Recall setzen → Sicherheitsnetz erklären

# J2 - Lebensstilberatung in der Hausarztpraxis

## *Prävention zwischen Ideal, Zeitdruck und realistischer Umsetzung*

### Lernziele

Nach Bearbeitung dieses Kapitels können Sie:

- Lebensstilberatung als wiederholbaren, delegierbaren Praxisprozess statt als Einzelaktion verstehen und organisieren.
- die häufigsten Gründe für das Scheitern von Lebensstilberatung im hausärztlichen Alltag benennen und gezielt umgehen.
- das 5-A-Modell, Motivational-Interviewing-Kurzformen, SMART-Ziele und Risikovisualisierung (SCORE2/arriba) im Zeitbudget eines Routinekontakts anwenden.
- mindestens vier Beratungsformate – 30-Sekunden-Impuls, 3-Minuten-Mikroberatung, 10-Minuten-Risikoberatung, separater Präventionstermin – situationsgerecht einsetzen.
- typische Problemfälle (Ambivalenz, Scham, Medikamentenwunsch statt Lebensstiländerung, Sprachbarriere, Bevormundungsgefühl) hausärztlich-realistisch statt moralisch bearbeiten.
- Beratung durch MFA-Vorbereitung, Recall-Logik, Patientenmaterial und PVS-Textbausteine so strukturieren, dass sie auch bei Zeitdruck dokumentierbar und wiederholbar bleibt.

### Einstiegsszene

#### **SZENE**

Freitagnachmittag, 16:40 Uhr, der letzte Patient vor dem Wochenende. Herr K., 58, kommt wegen eines Rezepts für sein Blutdruckmittel. Beim Blick auf die letzten Laborwerte fällt der Hausärztin auf: LDL 168 mg/dl, HbA1c 6,2 %, BMI 31, Raucher seit 35 Jahren. Ein Lehrbuch-Fall für „Lebensstilberatung jetzt“. Die Ärztin holt Luft – und merkt im selben Moment, dass noch vier Patienten warten, das Rezept eigentlich der einzige Anlass des Termins war und Herr K. zuletzt auf jeden Vorschlag zur „Ernährungsumstellung“ mit einem höflichen, aber bestimmten „Ich weiß, Frau Doktor, ich weiß“ reagiert hat.

Sie könnte jetzt fünf Minuten investieren, die nicht eingeplant sind – und die erfahrungsgemäß wenig bewirken, wenn sie als Vortrag enden. Oder sie könnte das Rezept ausstellen und das Thema auf „nächstes Mal“ verschieben, wie es in den letzten drei Konsultationen schon geschehen ist.

Dieses Kapitel handelt von der dritten Option: einem kurzen, gezielten Impuls, der ins Zeitbudget passt, eine Anschlussstelle für das nächste Mal schafft – und nicht das schlechte Gewissen der Ärztin beruhigen soll, sondern bei Herrn K. tatsächlich etwas in Bewegung bringt.

## Grundprinzip

Lebensstilberatung ist keine Wissensvermittlung. Die meisten Patient:innen wissen, dass Rauchen schadet, Übergewicht ungesund ist und Bewegung hilft. Das Problem liegt fast nie im fehlenden Wissen, sondern in Ambivalenz, Gewohnheit, sozialer und psychischer Belastung sowie fehlender Struktur für die Umsetzung. Eine Beratung, die zusätzliches Wissen liefert, wo bereits Ambivalenz besteht, erzeugt Widerstand statt Veränderung.

Daraus folgt ein Wechsel der hausärztlichen Aufgabe: nicht überzeugen, sondern Veränderungsbereitschaft explorieren, kleine nächste Schritte vereinbaren und diese über die Zeit – die zentrale hausärztliche Ressource – immer wieder aufgreifen. Eine einzelne, perfekte Beratung ist seltener wirksam als ein kurzer, wiederholter Impuls über mehrere Kontakte.

### MERKE

Lebensstilberatung ist kein einmaliges Beratungsgespräch, sondern ein über die Zeit wiederholter, dokumentierter Praxisprozess. Die hausärztliche Stärke liegt nicht in der Beratungsdauer, sondern in der Kontinuität der Betreuung.

### PRAXIS-PEARL

Die Frage „Was wäre für Sie ein erster kleiner Schritt?“ ersetzt in den meisten Situationen jede längere Erklärung – und ist in 20 Sekunden gestellt.

## 1. Warum Lebensstilberatung hausärztlich wichtig ist

Prävention und Lebensstilberatung gelten zu Recht als Kernaufgabe der Hausarztmedizin: Bei kardiovaskulärem Risiko, Hypertonie, Dyslipidämie, Diabetes/metabolischem Syndrom, Adipositas, Rauchen, Schlafstörungen, Stress, Bewegungsmangel, funktionellen Beschwerden, chronischen Schmerzen und psychischer Belastung steht eine Lebensstilintervention leitliniengerecht an erster oder zumindest gleichrangiger Stelle vor oder neben der Pharmakotherapie [1,3].

Der entscheidende Unterschied liegt zwischen einmaligem Rat („Sie sollten abnehmen“) und begleitetem Veränderungsprozess (Zielvereinbarung, Verlaufskontakt, Anpassung). Reiner Rat ohne Struktur verändert nachweislich selten Verhalten; strukturierte Kurzinterventionen mit Zielvereinbarung und Follow-up zeigen dagegen replizierbare, wenn auch moderate Effekte – etwa für Motivational Interviewing auf BMI, Cholesterin, systolischen Blutdruck und Alkoholkonsum [2].

Indikation	Stellenwert der Lebensstilintervention
Kardiovaskuläres Risiko / Hypertonie / Dyslipidämie	Leitliniengerechte Basismaßnahme vor bzw. neben Pharmakotherapie [1,3]
Diabetes / metabolisches Syndrom	Ernährung und Bewegung als erste Therapiesäule, auch bei bestehender Medikation
Rauchen	5-A-Modell + Pharmakotherapie erhöht Abstinenzraten gegenüber reiner Beratung deutlich [4,9]
Schlafstörungen	Schlafhygiene und kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente als Therapie erster Wahl vor Hypnotika [5]
Stress, funktionelle Beschwerden, chronische Schmerzen	Entspannungsverfahren und Aktivierung oft wirksamer als rein somatische Diagnostik-Eskalation

Lebensstilberatung ist damit kein „weiches“ Zusatzthema neben der „eigentlichen“ Medizin, sondern in vielen Konsultationen die eigentliche Intervention – nur eben eine, die anders strukturiert werden muss als eine Verordnung.

## 2. Warum Lebensstilberatung im Alltag oft scheitert

Die Diskrepanz zwischen Anspruch und Praxis hat keine einzelne Ursache, sondern entsteht aus dem Zusammenwirken mehrerer, gut beschriebener Faktoren:

Faktor	Konkrete Ausprägung in der Praxis
Zeitmangel	7–10 Minuten Konsultationszeit lassen kaum Raum für ein strukturiertes Beratungsgespräch zusätzlich zum eigentlichen Anlass.
Fehlende Struktur	Ohne Gesprächsgerüst entsteht ein unspezifischer Appell („mehr bewegen, weniger essen“) statt eines konkreten nächsten Schritts.
Ärztin/Arzt spricht, Patient:in bleibt passiv	Reine Wissensvermittlung erzeugt Zuhören, aber keine Selbstverpflichtung.
Moralischer Ton	„Sie müssten doch eigentlich...“ erzeugt Abwehr statt Kooperation, besonders bei vorbestehender Scham.
Unrealistische Ziele	„Ab morgen jeden Tag 30 Minuten Sport“ wird selten umgesetzt und endet in Misserfolgserleben.
Fehlender Follow-up	Ohne Wiedervorstellung verläuft jede Zielvereinbarung im Sand.
Keine MFA-Einbindung	Die Beratung bleibt vollständig an die ärztliche Gesprächszeit gekoppelt, obwohl Vorbereitung und Recall delegierbar wären.
Kein schriftlicher Plan	Mündliche Vereinbarungen werden von beiden Seiten unterschiedlich erinnert oder schlicht vergessen.
Soziale Belastung	Schichtarbeit, Pflegeverantwortung, finanzielle Engpässe begrenzen den Handlungsspielraum unabhängig von der Motivation.
Psychische Komorbidität	Depression, Angststörung oder chronischer Stress reduzieren Veränderungskapazität erheblich.
Geringe Gesundheitskompetenz	Abstrakte Risikoangaben („Ihr Cholesterin ist zu hoch“) bleiben ohne konkrete Handlungsbedeutung.
Fehlende Dokumentation	Ohne Eintrag im PVS ist die nächste Konsultation wieder ein Neuanfang statt einer Anschlussstelle.
Fehlende Abrechnungsperspektive	Zeitintensive Beratung ohne klare Vergütungslogik wird in der Praxisorganisation systematisch verdrängt.
Frustration bei Ärzt:innen	Wiederholtes Erleben von „Non-Response“ führt zu Resignation und Vermeidung des Themas.

### PRAXISFEHLER VERMEIDEN

- Lebensstilberatung als spontanes „Nebenbei-Thema“ am Ende einer ohnehin überzogenen Konsultation einschieben.
- Bei erkennbarer Ambivalenz dennoch mit Erklärungen und Appellen fortfahren, statt die Ambivalenz selbst anzusprechen.
- Auf Misserfolg mit Themenvermeidung statt mit Dosisanpassung (kürzer, konkreter, später wieder aufgreifen) reagieren.

### RED FLAG - SOFORT HANDELN

Wann ein moralischer/appellativer Beratungsstil das Gegenteil bewirkt:

- Patient:in reagiert auf Ansprache des Themas bereits mit Abwehr, Themenwechsel oder Reizbarkeit – weiteres Insistieren verstärkt meist nur den Widerstand.
- Wiederholte erfolglose Diätversuche, Schamthematik oder ein Essstörungs-Hintergrund: hier kann appellative Gewichtsberatung iatrogen schädlich sein und sollte zurückgestellt bzw. fachspezifisch begleitet werden.
- Hinweise auf depressive Erschöpfung oder Suizidalität: Lebensstilthema zurückstellen, psychische Versorgung priorisieren.

## 3. Realistische Lösungsstrategie

Der entscheidende Denkfehler ist die Vorstellung, Lebensstilberatung müsse in einer einzigen, möglichst vollständigen Konsultation abgeschlossen werden. Genau dieser Anspruch erzeugt den Zeitdruck, der die Beratung dann ausfallen lässt. Realistischer – und nachweislich wirksamer – ist ein Stufenmodell, das die Beratung über mehrere, kurze Kontakte verteilt und gezielt delegiert.

Format	Dauer	Einsatzkontext	Inhalt
30-Sekunden-Impuls	~30 Sek.	Akutkontakt (z. B. Infekt, Rezept)	Ein Satz, der das Thema offenhält: „Mir fällt auf, dass X. Wollen wir das beim nächsten Termin gezielt angehen?“
3-Minuten-Mikroberatung	2–3 Min.	Routinekontakt mit etwas Zeitpuffer	5-A-Kurzform, eine Frage zur Änderungsbereitschaft, ein SMART-Ziel
10-Minuten-Risikoberatung	8–12 Min.	Check-up/Gesundheitsuntersuchung	SCORE2/arriba-Visualisierung, ausführlichere Zielvereinbarung, schriftlicher Plan
Separater Präventions-/Chroniker-Termin	15–20 Min.	Geplanter Zusatztermin, DMP-Kontakt	Vertiefte Beratung, Barrierenanalyse, Einbindung von Kursangeboten/DiGA
MFA-vorbereitete Beratung	variabel	Vor dem Arztkontakt	MFA erhebt Anamnese-Eckdaten, gibt Material aus, bereitet Risikoscore vor
Recall/Verlaufskontakt	5–10 Min.	Telefonisch oder Folgetermin	Teach-back-Frage, Zielanpassung, Wertschätzung kleiner Fortschritte

Schriftliches Patientenmaterial (Mini-Plan, QR-Code zu Patienteninformationen oder Apps) und digitale Unterstützung – Bewegungs- und Ernährungs-Apps, DiGA bei entsprechender Indikation, strukturierte Präventionskurse nach § 20 SGB V – ergänzen jedes dieser Formate, ersetzen aber nicht das persönliche Gespräch.

**MERKE**

Lebensstilberatung muss nicht vollständig in einer Konsultation erledigt werden. Sie muss als wiederholbarer Praxisprozess organisiert werden – mit klar definierten, kurzen Formaten statt einem einzigen, zu groß angelegten Gespräch.

**PRAXIS-PEARL**

Ein SMART-Ziel in 90 Sekunden ist wirksamer als eine perfekte Erklärung in 10 Minuten, die niemand umsetzt.

## 4. Strukturierte Beratungsmethoden

Die folgenden Methoden sind keine zusätzliche Theorie, sondern Werkzeuge, die jedes der oben genannten Formate ausfüllen. Sie lassen sich einzeln oder kombiniert einsetzen.

### 5-A-Modell: Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange

Schritt	Inhalt	Beispielformulierung
Ask	Thema aktiv ansprechen, Status erfassen	„Rauchen Sie aktuell noch? Wie viele Zigaretten am Tag?“
Advise	Kurzer, klarer, personalisierter Rat	„Mit Ihrem Risikoprofil wäre ein Rauchstopp die wirksamste Einzelmaßnahme, die Sie ergreifen können.“
Assess	Änderungsbereitschaft einschätzen	„Auf einer Skala von 0 bis 10 – wie wichtig ist Ihnen das aktuell?“
Assist	Konkrete Unterstützung anbieten	„Es gibt wirksame Medikamente und eine Beratungshotline – soll ich Ihnen das aufschreiben?“
Arrange	Follow-up vereinbaren	„Lassen Sie uns in vier Wochen kurz telefonisch nachschauen, wie es läuft.“

### Motivational Interviewing in Kurzform (OARS)

Für die hausärztliche 3-Minuten-Version reichen vier Grundtechniken, die Ambivalenz explorieren statt sie zu überreden [2]:

- Offene Fragen: „Was würde sich für Sie verändern, wenn Sie weniger Alkohol trinken?“ statt „Trinken Sie zu viel?“
- Affirmation: „Dass Sie trotz allem weiter zum Check-up kommen, zeigt mir, dass Ihnen das Thema nicht egal ist.“
- Reflektierendes Zuhören: „Sie sagen, Sport ist Ihnen wichtig, aber abends fehlt die Energie – verstehe ich das richtig?“
- Zusammenfassen: kurze Bilanz am Ende, die Ambivalenz benennt statt sie zu glätten.

## SMART-Ziele statt allgemeinem Rat

Unspezifischer Rat (vermeiden)	SMART-Ziel (anstreben)
„Bewegen Sie sich mehr.“	„Ich gehe an drei Tagen pro Woche 15 Minuten nach dem Abendessen spazieren – Start: Montag.“
„Essen Sie gesünder.“	„Ich ersetze das Frühstücksgebäck an Wochentagen durch Haferflocken mit Obst.“
„Sie sollten abnehmen.“	„Ich wiege mich einmal wöchentlich und trage es in die App ein, Zielkorridor –0,5 kg/Monat.“

## Risikovisualisierung, Teach-back, schriftlicher Mini-Plan

Abstrakte Laborwerte werden durch visuelle Risikotools greifbar: SCORE2 zeigt das 10-Jahres-Risiko für ein kardiovaskuläres Ereignis in Prozent, arriba ergänzt eine Ampel-Darstellung und das Konzept des „Risikoalters“ – beides eignet sich, um in unter zwei Minuten ein konkretes Bild statt einer abstrakten Zahl zu vermitteln.

Teach-back sichert, dass die Botschaft tatsächlich angekommen ist: „Können Sie mir in eigenen Worten sagen, was wir gerade besprochen haben?“ – statt der wirkungslosen Kontrollfrage „Haben Sie das verstanden?“, die fast immer mit „Ja“ beantwortet wird.

Ein schriftlicher Mini-Plan (siehe Patienten-Handout weiter unten) hält das vereinbarte Ziel fest und macht es beim nächsten Kontakt überprüfbar. Die Abschlussfrage „Was war leicht, was war schwer?“ eröffnet jeden Folgekontakt konstruktiver als eine pauschale Erfolgskontrolle, weil sie Scheitern ausdrücklich als Information statt als Versagen rahmt.

### PRAXIS-PEARL

„Was war leicht, was war schwer?“ liefert in zwei Sätzen mehr Information für die nächste Zielanpassung als zehn Minuten allgemeine Nachfrage.

## 5. Typische Fälle und Problemfälle

Die folgenden zehn Fallvignetten decken die in der Praxis häufigsten Konstellationen ab. Sie sind bewusst nicht als Idealfälle geschrieben, sondern als realistische Situationen mit typischem Fehlweg und einer alternativen, im Zeitbudget umsetzbaren Strategie.

### **FALLVIGNETTE Fall 1 – Check-up-Patient mit erhöhtem SCORE2-Risiko, wenig Krankheitseinsicht**

**Ausgangssituation:** Herr B., 54, beim Check-up: Nichtraucher, aber LDL 175 mg/dl, RR 148/92 mmHg, SCORE2-Risiko 9 % – „aber ich fühle mich doch topfit“.

**Typischer Fehlweg:** Lange Erklärung der Pathophysiologie der Atherosklerose, die beim Patienten als abstrakte Bedrohung ankommt, aber keine Handlung auslöst.

**Bessere Strategie:** SCORE2-Wert visuell zeigen (Ampel/arriba), Risikoalter statt nur Prozentzahl nennen, ein SMART-Ziel statt einer Gesamtumstellung vereinbaren.

**Formulierungsbeispiel:** „Ihr Herz-Kreislauf-System hat aktuell ein Risiko wie das eines durchschnittlich 9 Jahre älteren Mannes. Schon eine Maßnahme – z. B. Salz reduzieren – senkt das messbar. Was wäre für Sie machbar?“

**PVS-Baustein:** „SCORE2 9 %, Risikoalter +9 J. besprochen, SMART-Ziel Kochsalzreduktion vereinbart, Kontrolle RR in 4 Wochen.“

**MFA-Aufgabe:** RR-Selbstmessprotokoll aushändigen, Termin in 4 Wochen für Recall vormerken.

**Follow-up:** Bei Wiedervorstellung RR-Protokoll besprechen, Teach-back-Frage, ggf. nächstes SMART-Ziel (Bewegung) ergänzen.

### **FALLVIGNETTE Fall 2 – Raucher mit COPD-Risiko, „will eigentlich nicht aufhören“**

**Ausgangssituation:** Herr T., 61, 40 py, leichter Husten, Spirometrie grenzwertig. Auf die Frage nach Aufhören: „Hab's schon zu oft versucht, bringt nichts.“

**Typischer Fehlweg:** Appell an Vernunft oder Angsterzeugung („Sie bekommen COPD!“) trotz erkennbar fehlender aktueller Bereitschaft.

**Bessere Strategie:** 5-A-Modell anwenden, Ambivalenz statt Abwehr explorieren (MI), Tür für späteren Zeitpunkt offenhalten statt Thema ad acta zu legen.

**Formulierungsbeispiel:** „Auf einer Skala von 0 bis 10, wie wichtig ist Ihnen das Thema gerade? [...] Was hat bei den früheren Versuchen am meisten geholfen, was am wenigsten?“

**PVS-Baustein:** „Raucherstatus 40 py, Ask/Advise/Assess durchgeführt, aktuell geringe Änderungsbereitschaft (Skala 3/10), Thema in 3 Mon. erneut ansprechen.“

**MFA-Aufgabe:** Infomaterial zu Rauchstoppberatung/Telefonhotline mitgeben, Recall-Vermerk für nächsten Kontakt setzen.

**Follow-up:** Beim nächsten Kontakt unaufdringlich erneut ansprechen: „Stand letztes Mal bei 3 von 10 – wo stehen Sie heute?“

### **FALLVIGNETTE Fall 3 – Patientin mit Adipositas, Scham und wiederholten Diäterfahrungen**

**Ausgangssituation:** Frau S., 47, BMI 34, berichtet auf Nachfrage resigniert von „zehn Diäten, die alle nicht funktioniert haben“.

**Typischer Fehlweg:** Erneuter allgemeiner Ernährungsrat oder Verweis auf Kalorienbilanz, der die bereits erlebte Beschämung wiederholt.

**Bessere Strategie:** Thema entkoppeln von Gewicht als Zahl, Fokus auf ein einzelnes, schambesetzungsfreies Verhaltensziel; aktiv nach Diätfrust und ggf. Essstörungs-Hinweisen fragen, bevor weiter beraten wird.

**Formulierungsbeispiel:** „Ich möchte nicht über eine Zahl auf der Waage sprechen, sondern: Gibt es eine Sache, die Ihnen selbst in den letzten Wochen leichter oder schwerer gefallen ist?“

**PVS-Baustein:** „Adipositas Grad I, multiple frustrane Diätversuche anamnestisch, Fokus auf Verhaltensziel statt Gewichtsziel vereinbart.“

**MFA-Aufgabe:** Bei Bedarf Information zu wohnortnaher Ernährungsberatung/Selbsthilfegruppe bereitstellen, keine Gewichtskontrolle ohne expliziten Wunsch der Patientin ansetzen.

**Follow-up:** Nächster Kontakt: Rückfrage zum vereinbarten Verhaltensziel, nicht primär zum Gewicht.

### **FALLVIGNETTE Fall 4 – Diabetiker mit hohem HbA1c, möchte Medikamente statt Ernährungsgespräch**

**Ausgangssituation:** Herr A., 58, HbA1c 8,9 %, sagt direkt: „Geben Sie mir einfach eine stärkere Tablette, für Diät hab ich keine Zeit.“

**Typischer Fehlweg:** Entweder den Ernährungswunsch komplett übergehen und nur die Medikation eskalieren, oder gegen den expliziten Wunsch des Patienten auf ein Ernährungsgespräch bestehen.

**Bessere Strategie:** Beides verbinden statt gegeneinander auszuspielen: Medikamentenanpassung vornehmen und in derselben Konsultation ein einziges, sehr konkretes Ernährungs-SMART-Ziel anbieten – als Ergänzung, nicht als Bedingung.

**Formulierungsbeispiel:** „Wir passen die Medikation jetzt an. Zusätzlich, ganz ohne große Diät: Wie wäre es, das Frühstücksgebäck durch etwas Eiweißreicheres zu ersetzen? Das würde den Wert zusätzlich senken.“

**PVS-Baustein:** „HbA1c 8,9 %, Medikation eskaliert, ein Ernährungs-SMART-Ziel (Frühstück) vereinbart, HbA1c-Kontrolle in 3 Monaten.“

**MFA-Aufgabe:** Blutzuckertagebuch/App-Empfehlung aushändigen, Termin für HbA1c-Kontrolle in 3 Monaten vereinbaren.

**Follow-up:** HbA1c-Kontrolle mit Teach-back zum Ernährungsziel verbinden, ggf. zweites Ziel ergänzen.

### **FALLVIGNETTE Fall 5 – Hypertoniepatient lehnt Medikamente ab, will „erst mal natürlich“ versuchen**

**Ausgangssituation:** Frau M., 52, RR wiederholt 158/96 mmHg, möchte explizit keine Tabletten: „Ich will das erst mal natürlich in den Griff bekommen.“

**Typischer Fehlweg:** Den Wunsch ignorieren und die Verordnung trotzdem durchsetzen, oder umgekehrt kommentarlos zustimmen, ohne Zeitlimit und Kontrollparameter festzulegen.

**Bessere Strategie:** Wunsch respektieren, aber als befristeten, überprüfbaren Versuch rahmen: konkrete Lebensstilmaßnahmen, fester RR-Zielwert, festes Datum für Re-Evaluation.

**Formulierungsbeispiel:** „Einverstanden, wir versuchen es 8 Wochen mit Kochsalzreduktion, Bewegung und Selbstmessung. Wenn der Wert dann nicht unter X liegt, sprechen wir nochmal über Medikamente – ist das ein fairer Deal?“

**PVS-Baustein:** „RR 158/96 mmHg, Patientenwunsch nach Lebensstilversuch vor Pharmakotherapie, befristet auf 8 Wochen, RR-Zielwert und Kontrolltermin vereinbart.“

**MFA-Aufgabe:** RR-Selbstmessgerät-Anleitung und Protokollbogen aushändigen, Kontrolltermin in 8 Wochen eintragen.

**Follow-up:** Bei Zielerreichung Lebensstilkurs fortsetzen und Intervall verlängern; bei Nicht-Erreichung erneutes, undramatisches Angebot der Pharmakotherapie auf Basis der gemeinsam vereinbarten Regel.

### **FALLVIGNETTE Fall 6 – Gestresste berufstätige Patientin mit Schlafstörung, „keine Zeit für Bewegung“**

**Ausgangssituation:** Frau L., 39, Vollzeit + zwei Kinder, Einschlafstörung seit Monaten, auf Bewegungsempfehlung: „Wann denn? Ich hab keine Minute übrig.“

**Typischer Fehlweg:** Standard-Empfehlung „30 Minuten Sport, 3x/Woche“ trotz erkennbarer Zeitnot – wird mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht umgesetzt und erzeugt zusätzliches Schuldgefühl.

**Bessere Strategie:** Schlafhygiene vor Bewegungsprogramm priorisieren, Maßnahmen in bereits vorhandene Routinen einbetten statt zusätzliche Zeit zu fordern.

**Formulierungsbeispiel:** „Lassen Sie uns zuerst beim Schlaf ansetzen, das kostet keine zusätzliche Zeit: feste Aufstehzeit, Bildschirm 30 Minuten vor dem Zubettgehen aus. Bewegung können wir später ergänzen, wenn der Schlaf stabiler ist.“

**PVS-Baustein:** „Insomnie bei beruflicher/familiärer Belastung, Schlafhygiene-Maßnahmen besprochen (Aufstehzeit, Bildschirmzeit), Bewegungsthema vertagt, Kontrolle in 4 Wochen.“

**MFA-Aufgabe:** Schlafhygiene-Patientenhandout aushändigen, ggf. Schlaftagebuch mitgeben.

**Follow-up:** Nach 4 Wochen Schlafqualität erfragen, erst danach Bewegungsthema in kleinster machbarer Dosis (z. B. 10 Minuten) ansprechen.

### **FALLVIGNETTE Fall 7 – Älterer Patient mit Sturzrisiko und Schlafmittelgebrauch**

**Ausgangssituation:** Herr W., 78, nimmt seit Jahren ein Benzodiazepin zum Einschlafen, war zuletzt gestürzt, lebt allein.

**Typischer Fehlweg:** Schlafmittel unkommentiert weiter verordnen, weil ein Absetzversuch als aufwendig und konfliktreich erscheint; Sturzrisiko nicht mit der Medikation in Verbindung bringen.

**Bessere Strategie:** Sturzrisiko und Schlafmittel explizit verknüpfen, Schlafhygiene als Brücke vor/parallel zum schrittweisen Deprescribing einsetzen, kleine, langsame Dosisreduktion statt abruptem Absetzen.

**Formulierungsbeispiel:** „Das Schlafmittel erhöht Ihr Sturzrisiko mit. Lassen Sie uns die Dosis in kleinen Schritten reduzieren und parallel den Schlaf über feste Routinen stabilisieren – ganz langsam, nicht von heute auf morgen.“

**PVS-Baustein:** „Sturzereignis anamnestisch, Benzodiazepin-Langzeiteinnahme, Zusammenhang besprochen, schrittweises Deprescribing eingeleitet, Schlafhygiene ergänzt.“

**MFA-Aufgabe:** Sturzrisiko-Checkliste (Stolperfallen, Hausnotruf, Sehhilfe-Kontrolle) mitgeben, Reduktionsplan terminlich nachhalten.

**Follow-up:** Engmaschige Kontrolle der Reduktionsschritte, Sturzereignisse aktiv erfragen, bei Bedarf Tempo der Reduktion anpassen.

### **FALLVIGNETTE Fall 8 – Rückenschmerzpatient erwartet Schonung, braucht Aktivierung**

**Ausgangssituation:** Herr D., 44, akuter unspezifischer Rückenschmerz, fragt nach Krankschreibung und Bettruhe „bis es besser ist“.

**Typischer Fehlweg:** Schonungserwartung unkommentiert erfüllen (Krankschreibung + Bettruhe-Empfehlung), obwohl dies die Chronifizierung begünstigt.

**Bessere Strategie:** Aktiv über den Nutzen von Bewegung statt Schonung aufklären, konkrete, niedrighschwellige Aktivität statt Sportprogramm empfehlen, Krankschreibung falls nötig zeitlich kurz halten.

**Formulierungsbeispiel:** „Die gute Nachricht: Bettruhe verzögert die Heilung eher. Bewegen Sie sich so normal wie möglich – auch wenn es zwischendurch zwick, das ist nicht gefährlich.“

**PVS-Baustein:** „Unspezifischer Rückenschmerz, Aktivierung statt Schonung empfohlen, Red-Flag-Symptome ausgeschlossen, AU kurz befristet.“

**MFA-Aufgabe:** Patienteninfo „Aktiv bei Rückenschmerz“ aushändigen, Kontrolltermin bei Verschlechterung oder Persistenz vereinbaren.

**Follow-up:** Bei Persistenz über zwei Wochen erneute Bewertung, ggf. Physiotherapie statt weiterer Schonung.

### **FALLVIGNETTE Fall 9 – Sprachbarriere/niedrige Gesundheitskompetenz**

**Ausgangssituation:** Frau O., 61, begrenzte Deutschkenntnisse, begleitet von Tochter als Dolmetscherin, Diabetes neu diagnostiziert.

**Typischer Fehlweg:** Komplexe schriftliche Ernährungsempfehlungen aushändigen oder ausschließlich über die Tochter kommunizieren, ohne zu prüfen, ob die Patientin selbst die Kernbotschaft verstanden hat.

**Bessere Strategie:** Wenige, sehr konkrete, bildhafte Botschaften statt vollständiger Aufklärung; Teach-back direkt mit der Patientin, nicht nur über die Dolmetscherin; bei Bedarf Dolmetscherdienst/mehrsprachiges Material nutzen.

**Formulierungsbeispiel:** „Eine Sache für diese Woche: weniger Zucker im Tee. Können Sie mir zeigen, wie viel Zucker Sie normalerweise nehmen und wie viel jetzt?“

**PVS-Baustein:** „Kommunikation mit Sprachmittlung (Angehörige/Dolmetscherdienst), ein einfaches Ernährungsziel vereinbart, Teach-back mit Patientin durchgeführt.“

**MFA-Aufgabe:** Mehrsprachiges oder bildbasiertes Patientenmaterial bereitstellen, ggf. Dolmetscherdienst für Folgetermin organisieren.

**Follow-up:** Beim nächsten Kontakt erneut mit der Patientin selbst (nicht nur über Dritte) Teach-back durchführen.

### **FALLVIGNETTE Fall 10 – Sehr skeptischer Patient, erlebt Prävention als Bevormundung**

**Ausgangssituation:** Herr R., 49, reagiert auf jede präventive Bemerkung gereizt: „Ich bin alt genug, um selbst zu entscheiden, wie ich lebe.“

**Typischer Fehlweg:** Auf die Abwehr mit verstärktem Appell oder mit beleidigtem Rückzug reagieren – beides beendet die Beziehung für das Thema langfristig.

**Bessere Strategie:** Autonomie explizit anerkennen, Information anbieten statt aufdrängen, Entscheidung sichtbar beim Patienten lassen.

**Formulierungsbeispiel:** „Sie haben völlig recht, das ist Ihre Entscheidung. Ich nenne Ihnen kurz die Zahlen, und Sie entscheiden, was Sie damit machen – einverstanden?“

**PVS-Baustein:** „Patient lehnt Lebensstilberatung ab, Autonomie respektiert, Risikoinformation kurz angeboten, Thema auf Patientenwunsch zurückgestellt.“

**MFA-Aufgabe:** Kein aktives Nachfassen ohne erneuten Anlass; Material nur bei explizitem Wunsch aushändigen.

**Follow-up:** Thema nur bei neuem medizinischem Anlass (z. B. auffälliger Laborwert) erneut und wieder ohne Druck ansprechen.

## 6. Typische Praxisfehler

Über die fallspezifischen Fehlwege hinaus lassen sich praxisübergreifende Muster benennen, die in den allermeisten gescheiterten Beratungsgesprächen wiederkehren:

- „Sie müssen abnehmen“ ohne konkreten Plan oder nächsten Schritt aussprechen.
- „Mehr bewegen“ empfehlen, ohne Dosis, Häufigkeit oder Einstiegspunkt zu nennen.
- Rauchstoppberatung moralisch statt unterstützend formulieren.
- Keine Frage nach der Änderungsbereitschaft stellen, bevor beraten wird.
- Zu viele Ziele in einer Konsultation gleichzeitig vereinbaren.
- Kein Follow-up vereinbaren – die Beratung verläuft folgenlos im Sand.
- Keine Barrierenanalyse durchführen (Zeit, Geld, soziales Umfeld, psychische Belastung).
- Auf Risikovisualisierung verzichten und nur abstrakte Laborwerte nennen.
- Die Beratung nicht dokumentieren – damit ist der nächste Kontakt wieder ein Neuanfang.
- MFA, Kursangebote oder digitale Tools nicht einbinden, obwohl delegierbar.
- Medikamente und Lebensstilmaßnahmen gegeneinander ausspielen, statt sie zu kombinieren.
- Lebensstilberatung als unverbindliche „kostenlose Zusatzleistung“ behandeln statt als festen Praxisprozess mit Termin, Dokumentation und Recall.

### PRAXISFEHLER VERMEIDEN

- Den gleichen allgemeinen Rat bei jedem Kontakt wiederholen, ohne ihn auf den vorherigen Stand der Patientin/des Patienten zu beziehen.
- Eine Beratung beginnen, ohne vorher zu wissen, wie lange dafür realistisch Zeit ist – das führt zu abgebrochenen, unvollständigen Gesprächen.

## 7. Was ist optimal – was ist realistisch?

Ein ehrlicher Vergleich zwischen dem leitlinienkonformen Ideal und dem hausärztlich Machbaren hilft, den eigenen Anspruch zu kalibrieren – und nimmt damit auch den Druck, jede Beratung „vollständig“ durchführen zu müssen.

Ebene	Optimal	Realistisch in der Hausarztpraxis
Gesprächsdauer	Ausführliche Beratung	Mikrointervention + Folgetermin
Motivation	Hohe Änderungsbereitschaft	Ambivalenz akzeptieren
Umsetzung	Kompletter Plan	Ein kleines SMART-Ziel
Verlauf	Engmaschiges Coaching	Recall oder Quartalskontakt
Team	Interprofessionell	MFA + Patientenmaterial + Kursliste
Wirkung	Große Lebensstiländerung	Kleine, kumulative Schritte

### MERKE

Der Maßstab für eine gelungene Lebensstilberatung ist nicht die Vollständigkeit des Gesprächs, sondern ob am Ende ein kleiner, konkreter, dokumentierter nächster Schritt steht.

## 8. SOPs und Praxiswerkzeuge

Die folgenden Standardabläufe machen Lebensstilberatung wiederholbar und unabhängig von der Tagesform – sie sollen nicht jedes Mal neu erfunden werden müssen.

### **SOP 1: Lebensstilberatung im 3-Minuten-Format**

1. Thema in einem Satz ansprechen (Ask).
2. Änderungsbereitschaft mit Skalenfrage 0–10 erfassen (Assess).
3. Ein einziges SMART-Ziel gemeinsam formulieren (Assist).
4. Ziel mündlich zusammenfassen oder kurz ins PVS diktieren.
5. Recall-Termin oder -Vermerk setzen (Arrange).

### **SOP 2: Lebensstilberatung im Check-up/GU**

1. Vor dem Termin: MFA bereitet Basisdaten vor (RR, BMI, Laborwerte, Raucherstatus, Bewegungsanamnese).
2. SCORE2/arriba-Ergebnis visuell zeigen, Risikoalter nennen.
3. 5-A-Modell vollständig durchlaufen.
4. Mindestens ein SMART-Ziel vereinbaren und schriftlichen Mini-Plan aushändigen.
5. Recall-Termin je nach Thema in 4–12 Wochen vereinbaren und dokumentieren.

### **SOP 3: Rauchstoppperatung nach 5-A**

1. Ask: Raucherstatus und Konsummenge aktiv erfragen.
2. Advise: Kurzer, personalisierter Rat zum Aufhören.
3. Assess: Änderungsbereitschaft mit Skalenfrage einschätzen.
4. Assist: Medikamentöse Unterstützung und Beratungsangebote (z. B. Rauchfrei-Telefon) konkret anbieten.
5. Arrange: Follow-up-Termin oder Telefonkontakt in 2–4 Wochen vereinbaren.

### **SOP 4: MFA-Präventionsvorbereitung**

1. Vor dem Arztkontakt Basisdaten erheben: Raucherstatus, Bewegungs- und Schlafanamnese, Gewicht/BMI.
2. Relevante Risiko-Fragebögen bzw. Score-Eingaben vorbereiten.
3. Passendes Patientenmaterial (Handout, Mini-Plan) bereitlegen.
4. Recall-Liste pflegen und fällige Patient:innen aktiv zur Wiedervorstellung einladen.

**PVS-BAUSTEIN: Lebensstilberatung kurz**

5-A-Kurzberatung durchgeführt. Thema: [\_\_\_\_\_]. Änderungsbereitschaft (0–10): [\_\_]. SMART-Ziel: [\_\_\_\_\_]. Recall: [Datum/Intervall].

**PVS-BAUSTEIN: Risikoberatung ausführlich**

SCORE2-Risiko: [\_\_]% , Risikoalter: +[\_\_] Jahre. Visualisierung mit Patient:in besprochen. 5-A-Modell vollständig durchlaufen. Vereinbartes SMART-Ziel: [\_\_\_\_\_]. Schriftlicher Mini-Plan ausgehändigt. Teach-back erfolgreich. Recall: [Datum/Intervall].

**PATIENTENHANDOUT: Mein nächster kleiner Schritt**

Mein Ziel für die nächsten Wochen: \_\_\_\_\_

Wann fange ich an: \_\_\_\_\_

Was könnte mir dabei helfen: \_\_\_\_\_

Was könnte schwer werden, und wie gehe ich damit um: \_\_\_\_\_

Wann besprechen wir das nächste Mal, wie es gelaufen ist: \_\_\_\_\_

**Recall-Logik für Prävention und Verlauf**

Thema	Empfohlenes Recall-Intervall
Rauchstoppperatung	2–4 Wochen nach Erstgespräch, danach individuell
Hypertonie/Lebensstilversuch vor Pharmakotherapie	4–8 Wochen
Diabetes/Ernährungsziel	3 Monate (an HbA1c-Kontrolle gekoppelt)
Gewicht/Ernährungsverhalten	individuell, nicht primär gewichtsgestartet
Schlafhygiene	4 Wochen
Allgemeine Präventionsberatung im Check-up	an nächsten Check-up-Turnus gekoppelt, ggf. Zwischenkontakt nach 3 Monaten

**PRAXIS-PEARL**

Eine gepflegte Recall-Liste ist die wichtigste „Lebensstilintervention“, die nie im Sprechzimmer stattfindet – sie verhindert, dass eine gute Beratung folgenlos bleibt.

## 9. MFA-Modul

Lebensstilberatung lässt sich substanziell entlasten, wenn Praxisteams definierte, delegierbare Aufgaben übernehmen. Die ärztliche Zeit konzentriert sich dann auf die eigentliche Gesprächsführung und Zielvereinbarung.

Aufgabe	Verantwortlich
Basisanamnese (Rauchen, Bewegung, Schlaf, Ernährung) vor dem Termin erheben	MFA
RR-, Gewichts- und BMI-Messung, Score-Eingabe vorbereiten	MFA
Patientenmaterial/Mini-Plan bereitlegen und nach dem Gespräch aushändigen	MFA
Recall-Liste pflegen, fällige Patient:innen einladen	MFA
Risikobewertung, Zielvereinbarung, medizinische Entscheidung	Ärztin/Arzt
Medikamentöse Therapieentscheidung (z. B. Pharmakotherapie Rauchstopp)	Ärztin/Arzt

### MFA-TRIAGE - SOFORT ARZTKONTAKT

- Patient:in äußert während der Vorbereitung akute Suizidgedanken, schwere depressive Symptomatik oder Hinweise auf akute Gefährdung.
- Neu aufgetretene Warnzeichen (z. B. Brustschmerz, akute neurologische Symptome) im Rahmen der Präventionsvorbereitung.
- Patient:in berichtet von Sturzereignis mit Verletzung oder akuter Verschlechterung des Allgemeinzustands.

## 10. Kritische Perspektive für skeptische Hausärzt:innen

Die berechnigte Frage vieler erfahrener Hausärzt:innen lautet: Warum sollte ich Lebensstilberatung ernst nehmen, wenn ich kaum Zeit habe und viele Patient:innen ohnehin nichts ändern? Eine ehrliche Antwort verzichtet auf Appelle und argumentiert stattdessen praktisch:

- Nicht jede Beratung muss lang sein – ein 30-Sekunden-Impuls oder eine 3-Minuten-Mikroberatung sind im Zeitbudget jeder Konsultation unterzubringen.
- Kurze, wiederholte Interventionen können die Änderungsbereitschaft auch dann erhöhen, wenn keine sofortige Verhaltensänderung folgt – Wirkung zeigt sich oft erst über mehrere Kontakte.
- Wiederholung über Jahre ist eine genuin hausärztliche Stärke, die kein anderes Fachgebiet in dieser Kontinuität bieten kann.
- Lebensstilberatung schützt vor Übermedikalisierung, indem sie Pharmakotherapie-Eskalationen verzögert oder vermeidet, wo dies medizinisch vertretbar ist.
- Sie verbessert die Adhärenz gegenüber bestehender Medikation, weil Patient:innen ihre Erkrankung als beeinflussbar statt rein medikamentengesteuert erleben.
- Sie stärkt die Arzt-Patient-Beziehung, wenn sie wertschätzend statt moralisierend geführt wird – das zählt sich auch bei anderen Themen aus.
- Sie lässt sich delegieren und systematisieren: MFA-Vorbereitung, Recall-Listen und Patientenmaterial verteilen die Last auf das ganze Team.
- Sie ist ohnehin Teil der hausärztlichen Vergütungs- und Versorgungslogik – DMP, Check-up/GU und Präventionsleistungen erwarten diese Inhalte bereits; eine strukturierte Umsetzung macht sie dokumentierbar und abrechenbar statt einer impliziten Zusatzleistung.

### **MERKE**

Der Maßstab ist nicht, ob jede Patientin und jeder Patient ihr Verhalten ändert, sondern ob die Praxis einen wiederholbaren, dokumentierten Prozess hat, der Veränderung dort ermöglicht, wo sie möglich ist – ohne die knappe Zeit zu überfordern.

## 11. Online-Ressourcen und Referenzstellen

Die folgenden Links führen zu Leitlinien, Praxistools und Patienteninformationen, geordnet nach Land und Themenschwerpunkt.

### Leitlinien und Fachgesellschaften

- [DEGAM: S3-Leitlinie „Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention“ \(AWMF-Reg.-Nr. 053-024\)](https://www.degam.de/leitlinie-s3-053-024) (https://www.degam.de/leitlinie-s3-053-024)
- [AWMF-Leitlinienregister: S3-Leitlinie Tabakentwöhnung \(Reg.-Nr. 076-006\) und weitere Lebensstil-Leitlinien](https://register.awmf.org) (https://register.awmf.org)
- [DGSM: S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen](https://www.dgsm.de) (https://www.dgsm.de)
- [Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin \(ÖGAM\)](https://www.oegam.at) (https://www.oegam.at)
- [Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin / Hausärzte Schweiz \(mfe\)](https://www.hausaerzteschweiz.ch) (https://www.hausaerzteschweiz.ch)

### Tools und Risikorechner

- [arriba – hausärztliche Beratungsstrategie zur kardiovaskulären Prävention \(Risikorechner, Patientenmaterial\)](https://arriba-hausarzt.de) (https://arriba-hausarzt.de)
- [gesundheitsinformation.de \(IQWiG\): evidenzbasierte Patienteninformationen zu Lebensstilthemen](https://www.gesundheitsinformation.de) (https://www.gesundheitsinformation.de)
- [Österreichisches Gesundheitsportal: Risiko- und Präventionsinformationen](https://www.gesundheit.gv.at) (https://www.gesundheit.gv.at)

### Rauchstopp und Präventionsangebote

- [Rauchfrei-Telefon der BZgA \(Deutschland\)](https://www.rauchfrei-info.de) (https://www.rauchfrei-info.de)
- [Rauchfrei Telefon Österreich](https://www.rauchfrei.at) (https://www.rauchfrei.at)
- [AT Schweiz – Arbeitsgemeinschaft Tabakprävention](https://www.at-schweiz.ch) (https://www.at-schweiz.ch)

Links wurden zum Stand 18. Juni 2026 geprüft. Bei Aufruf zu einem späteren Zeitpunkt können sich Inhalte oder URLs geändert haben.

## 12. Literatur und Quellen

Die Quellenangaben folgen der Vancouver-Zitierweise. Im Fließtext wird mit [N] auf die jeweilige Quelle verwiesen, in der Reihenfolge des ersten Auftretens.

### LITERATUR UND QUELLEN

1. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular Risk Collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J.* 2021;42(25):2439-2454.
2. Rubak S, Sandbæk A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2005;55(513):305-312.
3. Ludt S, et al. DEGAM-S3-Leitlinie „Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention“. AWMF-Register-Nr. 053-024. Düsseldorf: DEGAM; 2017.
4. AWMF. S3-Leitlinie „Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“. AWMF-Register-Nr. 076-006. 2021.
5. Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM). S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen, Kapitel „Insomnie bei Erwachsenen“. *Somnologie.* 2017;21(Suppl 1):2-44.
6. Klötzer C, Schmidt CO, Ittermann T, et al. Validierung der kardiovaskulären Risikoprädiktion des arriba-Instruments. *Dtsch Arztebl Int.* 2022;119(27-28):476-482.
7. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update – Five Major Steps to Intervention (the "5 A's").* Rockville, MD: AHRQ; 2009.
8. Sadowski EM, et al. Evaluation komplexer Interventionen: Implementierung von arriba-Herz, einer Beratungsstrategie für die Herz-Kreislauf-Prävention. *Z Allg Med.* 2005;81:429-434.
9. Stead LF, Koilpillai P, Fanshawe TR, Lancaster T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(3):CD008286.

*Vancouver-Zitierregeln: Nummern im Text [N] – Reihenfolge des ersten Auftretens.*

# K1 - Sozialmedizin und Koordination in der HA Praxis

*AU · Reha · Pflegegrad · GdB · Entlassmanagement · Soziale Diagnose ·  
Palliativkoordination*

## 1. Leitidee: Sozialmedizin als hausärztliche Koordinationsmedizin

Sozialmedizin beginnt in der Hausarztpraxis nicht beim Gesetz, sondern bei Patient:innen, deren Erkrankung in den Alltag hineinwirkt:

- die Verkäuferin mit Gonarthrose kann nicht mehr stehen
- der Busfahrer mit Depression kann nicht sicher fahren
- der alleinlebende ältere Patient nimmt nach Klinikentlassung seine Medikamente falsch ein
- die Tochter pflegt ihre demente Mutter bis zur Erschöpfung
- der multimorbide Patient wird aus dem Krankenhaus entlassen, aber Hilfsmittel, Pflegedienst und Medikationsplan fehlen
- die Patientin mit chronischer Erkrankung verliert Arbeitsplatz, Einkommen, soziale Stabilität und Zugang zur Versorgung

Die Hausarztpraxis ist häufig der Ort, an dem diese Zusammenhänge zuerst sichtbar werden. Dieses Kapitel ist kein sozialrechtlicher Kommentar, sondern ein Arbeitsmanual für die Praxis.

### 1.1 Was die Hausarztpraxis nicht leisten muss

Die Hausarztpraxis muss nicht:

- Pflegegrade festlegen
- GdB-Werte bestimmen
- Erwerbsminderungsrenten entscheiden
- Arbeitgeberprozesse führen
- Sozialgerichte ersetzen
- Sozialberatung vollständig übernehmen
- alle Leistungsträgerregeln auswendig kennen

### 1.2 Was die Hausarztpraxis leisten soll

Die Hausarztpraxis soll:

- Funktionsverluste konkret beschreiben
- Teilhabe-einschränkungen sichtbar machen
- AU, Reha, Pflegegrad, GdB, Hilfsmittel, HKP und Palliativbedarf früh erkennen
- Zuständigkeiten klären und Patient:innen und Angehörige lotsen
- Versorgungsbrüche verhindern und Datenschutz sichern
- Teamprozesse so organisieren, dass sozialmedizinische Probleme nicht verloren gehen

## 1.3 Kernformel

### Kernformel

*Hausärztliche Sozialmedizin übersetzt medizinische Diagnosen in Funktionsbeeinträchtigungen, Teilhabe-einschränkungen, Versorgungsbedarf und koordinierte nächste Schritte.*

## 2. ClinicalOS-Grundlogik: Von ICD zu ICF

### 2.1 ICD beantwortet: Was ist die Diagnose?

ICD ist wichtig für Diagnose-erschließung, AU, Abrechnung, Befundberichte und medizinische Kommunikation. ICD allein erklärt aber nicht, warum jemand arbeitsunfähig ist, Reha benötigt, Pflege braucht, Hilfsmittel braucht, einen GdB beantragt oder nach Klinikentlassung gefährdet ist.

### 2.2 ICF beantwortet: Was kann die Person im Lebenskontext?

ICF-Denken fragt nach: Körperfunktionen, Aktivitäten, Teilhabe, Umweltfaktoren und persönlichen Faktoren.

### 2.3 ClinicalOS-Formel

#### ClinicalOS-Formel

*Diagnose + Funktionsverlust + Aktivitätsbeeinträchtigung + Teilhabefolge + Prognose + Hilfebedarf = brauchbare sozialmedizinische Dokumentation.*

### 2.4 Anwendungsbeispiel

Ebene	Beispiel
Diagnose	Coxarthrose rechts
Funktionsverlust	Eingeschränkte Gehstrecke, Schmerzen beim Treppensteigen
Aktivität	Einkaufen, Haushalt, Weg zur Arbeit kaum möglich
Teilhabe	Arbeitsplatz gefährdet, soziale Aktivitäten reduziert
Prognose	Konservativ ausgeschöpft, OP geplant
Hilfebedarf	AU, Hilfsmittel, Reha nach OP, ggf. Pflegeunterstützung

### 3. Sozialmedizinische 5-Fragen-Logik

Bei jedem sozialmedizinischen Anliegen systematisch prüfen:

1. Welche Diagnose?
2. Welche Funktion ist eingeschränkt?
3. Welche Aktivität oder Teilhabe ist betroffen?
4. Welche Maßnahme oder welcher Leistungsträger ist relevant?
5. Was muss dokumentiert und nachverfolgt werden?

#### PVS-Baustein

##### **PVS-Baustein: Sozialmedizinische Einschätzung**

*"Sozialmedizinische Einschätzung: Diagnose [...], Funktionsbeeinträchtigung [...], Aktivität/Teilhabe [...], Maßnahme/Zuständigkeit [...], Wiedervorlage [...]."*

### 4. Arbeitsunfähigkeit und stufenweise Wiedereingliederung

#### 4.1 Grundsatz

AU ist keine Wunschbescheinigung. Sie ist eine ärztliche Feststellung, dass Krankheit die konkret relevante Tätigkeit unmöglich macht oder deren Ausübung den Gesundheitszustand verschlechtern würde.

##### **AU-Formel**

*Diagnose + Tätigkeit + Anforderungsprofil + Funktionsausfall + Prognose = begründbare AU.*

#### 4.2 Tätigkeitsanamnese

Immer fragen:

- Was genau arbeiten Sie? Wie viele Stunden pro Tag?
- Heben/Tragen? Stehen/Gehen/Sitzen?
- Fahren/Maschinen/Sicherheitsrisiko?
- Publikumsverkehr? Konzentration/Verantwortung?
- Schicht/Nachtarbeit? Homeoffice möglich? Teilaufgaben möglich?
- Arbeitsunfall?

### 4.3 AU >6 Wochen — Sozialmedizinische Red Flag

Eine AU über 6 Wochen ist eine sozialmedizinische Red Flag. Dann prüfen:

Prüfpunkt	Aktion
Diagnose gesichert?	Ggf. Facharzt/Diagnostik
Therapie aktiv?	Optimieren, Eskalieren
Reha indiziert?	Antrag vorbereiten
Stufenweise Wiedereingliederung?	Belastungsplan erstellen
BEM?	Hinweis an Patient:in geben
Arbeitsplatz gefährdet?	LTA/DRV prüfen
Psychosoziale Faktoren?	Ansprechen und dokumentieren

### 4.4 Stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell)

Die stufenweise Wiedereingliederung ist eine medizinisch gesteuerte Belastungserprobung. Patient:innen bleiben in dieser Phase in der Regel arbeitsunfähig.

Geeignet bei: längerer AU, Teilbelastbarkeit, stabilem Verlauf, Rückkehrperspektive, Patienteneinverständnis, Arbeitgeberzustimmung und ärztlicher Kontrolle.

### 4.5 BEM-Abgrenzung

BEM ist ein Arbeitgeberprozess. Die Hausarztpraxis führt das BEM nicht, kann aber Belastungsgrenzen beschreiben, Wiedereingliederung unterstützen und Reha/LTA prüfen. Diagnosen werden Arbeitgebern nur mit ausdrücklicher Einwilligung mitgeteilt.

### 4.6 PVS-Baustein AU

#### PVS-Baustein: AU

*"AU geprüft. Tätigkeit/Status [...]. Diagnose [...]. Funktionsbeeinträchtigung [...]. AU medizinisch begründet bis [...]. Therapie/Kontrolle [...]. Bei Verlauf >6 Wochen: Reha/Wiedereingliederung/BEM geprüft [...]."*

## 5. Rehabilitation, AHB/AR, geriatrische Reha und LTA

### 5.1 Grundsatz

Reha ist kein Kurwunsch, sondern Funktionsmedizin.

#### Reha-Formel

*Diagnose + Funktionsverlust + bisherige Therapie + Reha-Fähigkeit + Reha-Prognose + konkretes Reha-Ziel = guter Reha-Befundbericht.*

### 5.2 Die vier Kernbegriffe

Begriff	Hausärztliche Frage
Reha-Bedarf	Gibt es relevante Funktions-/Teilhabeeinschränkung?
Reha-Fähigkeit	Kann Patient:in aktiv teilnehmen?
Reha-Prognose	Ist realistische Besserung erreichbar?
Reha-Ziel	Was soll konkret besser werden?

### 5.3 Wann an Reha denken?

- AU >6 Wochen oder wiederholte AU
- Drohender Arbeitsplatzverlust
- Klinikentlassung mit Funktionsverlust
- Sturzserie, Frailty, neue Pflegebedürftigkeit
- COPD/Herzinsuffizienz mit Belastungsabfall
- Depression/Angst mit Arbeitsbezug
- Chronischer Schmerz, neurologische Defizite, Sucht, Tumorerkrankung

### 5.4 Reha vor Rente / Reha vor Pflege

Reha vor Rente: Bei Erwerbstätigen steht der Erhalt oder die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Vordergrund.

Reha vor Pflege: Bei neuem Funktionsverlust, Sturz, Frailty oder Klinikentlassung muss geprüft werden, ob Reha Pflegebedürftigkeit vermeiden oder reduzieren kann.

### 5.5 LTA — Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

LTA wird relevant, wenn die bisherige Tätigkeit längerfristig nicht mehr passt. Die Praxis beschreibt medizinische Einschränkungen und Restleistungsfähigkeit, entscheidet aber keine Umschulung oder Leistung.

### 5.6 PVS-Baustein Reha

#### PVS-Baustein: Reha

*"Reha-Bedarf geprüft. Diagnose [...], Funktionsverlust [...], bisherige Therapie [...], Teilhabeeinschränkung [...]. Reha-Fähigkeit [...], Prognose [...], Ziel [...]. Antrag/Befundbericht [...]."*

## 6. Pflegegrad, Pflegegrad-Erhöhung und MD-/Medicproof-Begutachtung

### 6.1 Grundsatz

Hausärzt:innen entscheiden keinen Pflegegrad. Sie beschreiben Hilfebedarf so konkret, dass er in der Begutachtung sichtbar wird.

#### Pflegegrad-Formel

*Diagnose + Selbstständigkeitsverlust + konkrete Alltagshilfe + Häufigkeit + Risiko + häusliche Situation = brauchbarer Pflegegrad-Befundbericht.*

### 6.2 Begutachtungslogik — Module

Modul	Hausärztliche Beobachtungen
Mobilität	Gehstrecke, Transfer, Treppen, Hilfsmittel, Sturzserie
Kognition/Kommunikation	Orientierung, Verstehen, Entscheiden, Merkzeichen
Verhalten/Psyche	Unruhe, Aggression, Angst, Gefahrensicht, Schlaf
Selbstversorgung	Waschen, Ankleiden, Essen, Toilettengang, Medikamente
Therapiebedingte Anforderungen	Verbandwechsel, Insulin, Inhalation, Kompression
Alltag/soziale Kontakte	Haushalt, Termine, Kontakte, Tagesstruktur

### 6.3 Formulierungsbeispiel

Schlechte Formulierung	Gute Formulierung
"Patient braucht Hilfe."	"Patient benötigt täglich Hilfe beim Duschen, Ankleiden und Medikamentenmanagement; nachts Unterstützung beim Toilettengang."
"Demenz fortgeschritten."	"Bei Demenz: Medikamente täglich unsicher, Herd abends vergessen, Alleinlassen nicht möglich wegen Gefahrensichtverlust."

### 6.4 Pflegegrad-Erhöhung

#### Kernfrage bei Höherstufung

*Was ist seit dem letzten Gutachten neu oder deutlich schlechter? Neue Diagnose/Ereignis, neuer Hilfebedarf, Häufigkeit, Nachtbedarf, Angehörigenbelastung, Reha-Potenzial.*

### 6.5 PVS-Baustein Pflegegrad

#### PVS-Baustein: Pflegegrad

*"Pflegegradfrage geprüft. Aktueller PG [...]. Anlass [...]. Hilfebedarf bei Mobilität [...], Selbstversorgung [...], Kognition [...], Medikamentenmanagement [...], Alltag [...]. Reha-Potenzial [...]. MD/Medicproof/Befundbericht [...]."*

## 7. GdB, Schwerbehindertenausweis, Merkzeichen und Gleichstellung

### 7.1 Grundsatz

Der GdB wird nicht durch die Hausarztpraxis festgelegt. Die Praxis beschreibt Diagnosen, Funktionsauswirkungen, Teilhabe-einschränkungen und Verlauf.

#### GdB-Formel

*Diagnose + Schweregrad + Verlauf + Funktionsauswirkung + Teilhabe-einschränkung + Therapie-/Kompensationsbedarf = brauchbarer GdB-Befundbericht.*

### 7.2 Wichtig für Patient:innen

- GdB ist kein Prozentwert — Einzelwerte werden nicht addiert
- Entscheidend ist die Gesamtbeeinträchtigung
- GdB ist nicht Pflegegrad, nicht AU und nicht automatisch Erwerbsminderung
- Merkzeichen werden gesondert geprüft

### 7.3 Merkzeichen — hausärztlich relevante Funktionen

Merkzeichen	Funktionsbeschreibung
G (erheblich gehbehindert)	Gehstrecke, Treppen, Hilfsmittel, Stürze
aG (außergewöhnlich gehbehindert)	Nur wenige Meter, auf Rollstuhl/Prothese angewiesen
H (hilfflos)	Dauernder Bedarf an Wartung, Pflege, Unterstützung
B (Begleitung)	Begleitbedarf im Straßenverkehr, öffentliche Verkehrsmittel
Bl (blind)	Sehvermögen, Orientierungsfähigkeit
RF (Rundfunkgebühr)	Audiokommunikation, Sprachverständnis

### 7.4 Gleichstellung

Bei GdB 30/40 und gefährdetem Arbeitsplatz kann Gleichstellung relevant sein. Hausärztlich werden nur medizinische Einschränkungen und Arbeitsplatzbezug beschrieben.

### 7.5 PVS-Baustein GdB

#### PVS-Baustein: GdB

*"GdB-Anliegen geprüft. Anlass [...]. Relevante Diagnosen [...]. Funktions-/Teilhabe-einschränkungen [...]. Merkzeichen-/Arbeitsplatzbezug [...]. Befundbericht/Fachbefunde [...]."*

## 8. Entlassmanagement und AMTS

### 8.1 Grundsatz

Klinikentlassung ist ein Hochrisikomoment. Die Praxis macht aus dem Klinikbrief einen ambulanten Handlungsplan.

#### Entlassmanagement-Formel

*Entlassbrief + Medikationsabgleich + offene Befunde + Nachsorge + häusliche Versorgung + Patient:innenverständnis = sichere ambulante Weiterbehandlung.*

### 8.2 Entlassbrief-Check (10 Punkte)

6. Aufnahmegrund und Hauptdiagnose
7. Nebendiagnosen und Komplikationen
8. Prozeduren und Eingriffe
9. Neue Medikamente / abgesetzte Medikamente
10. AMTS: Hochrisikomedikamente prüfen
11. Offene Befunde mit Kontrolle
12. Nachsorgetermine und Überweisungen
13. Reha/AHB veranlasst?
14. Pflege/Hilfsmittel/HKP organisiert?
15. Patient:in/Angehörige informiert, Verständnis gesichert?

### 8.3 AMTS-Hochrisikomedikamente nach Entlassung

- Antikoagulanzen (Marcumar, Apixaban, Rivaroxaban)
- Thrombozytenhemmer / Kombinationen
- Insulin und Sulfonylharnstoffe
- SGLT2-Hemmer, Diuretika, ACE-Hemmer/Sartane
- Opioide, Benzodiazepine/Z-Substanzen
- Antibiotika, Steroide, NSAR
- Psychopharmaka, Amiodaron

### 8.4 PVS-Baustein Entlassung

#### PVS-Baustein: Entlassmanagement

*"Entlassmanagement durchgeführt. Entlassbrief [...]. Neue Diagnosen/Prozeduren [...]. Medikationsabgleich [...]. Offene Befunde/Nachsorge [...]. Pflege/Hilfsmittel/HKP/Reha [...]. Patient:in/Angehörige informiert [...]."*

## 9. Hilfsmittel, Heilmittel, HKP und Haushaltshilfe

### 9.1 Hilfsmittel

#### Hilfsmittel-Formel

*Hilfsmittel = Funktionsdefizit + Alltagsziel + geeignete Versorgung. Hilfsmittel werden nicht für Diagnosen verordnet, sondern zur Kompensation eines Funktionsdefizits.*

Beispiele: Rollator, Pflegebett, Toilettenstuhl, Duschstuhl, Inkontinenzmaterial, Antidekubitusversorgung, Hausnotruf, Orthesen.

### 9.2 Heilmittel

Heilmittel benötigen ein Therapieziel: Welche Funktion ist gestört? Welches Ziel? Welcher Verlauf? Reha oder Hilfsmittel zusätzlich?

### 9.3 HKP — Häusliche Krankenpflege

HKP betrifft medizinisch notwendige Behandlungspflege oder Sicherungspflege im häuslichen Umfeld:

- Wundversorgung, Medikamentengabe, Insulin
- Kompression, Katheter/Stoma
- Palliative Versorgung

### 9.4 Haushaltshilfe

Die Praxis attestiert medizinische Einschränkungen, Zeitraum und betroffene Haushaltstätigkeiten. Die Leistung entscheidet die Kasse.

### 9.5 PVS-Bausteine

#### PVS-Baustein: Hilfsmittel

*"Hilfsmittelbedarf geprüft. Funktionsdefizit [...]. Ziel [...]. Hilfsmittel [...]. Kontext: Pflegegrad/Reha/HKP/Sturzrisiko [...]."*

#### PVS-Baustein: HKP

*"HKP-Bedarf geprüft. Maßnahme [...], medizinische Notwendigkeit [...], Patient:in kann Durchführung nicht selbst wegen [...]. Ziel [...], Zeitraum/Frequenz [...]."*

## 10. Vulnerable Patient:innen, soziale Diagnose und Netzwerkkoordination

### 10.1 Grundsatz

Vulnerabilität zeigt sich oft nicht als Diagnose, sondern als Muster: häufige Kontakte, verpasste Termine, Medikamentenchaos, wiederholte Krisen, Angehörigener schöpfung, fehlende Anschlussversorgung.

#### Koordinationsformel

*Medizinische Komplexität + soziale Belastung + fehlende Ressourcen + Systembrüche = hausärztlicher Koordinationsbedarf.*

### 10.2 Minimal-Sozialanamnese (12 Fragen)

16. Wohnen Sie allein?
17. Wer hilft Ihnen?
18. Kommen Sie mit Medikamenten und Terminen zurecht?
19. Können Sie einkaufen, kochen, waschen, duschen und sich anziehen?
20. Gab es Stürze?
21. Gibt es finanzielle oder berufliche Sorgen?
22. Gibt es Gewalt, Druck oder Angst zu Hause?
23. Verstehen Sie Briefe und Anträge?
24. Können Sie Praxis/Fachärzte erreichen?
25. Was klappt im Alltag wegen Krankheit nicht mehr?
26. Wer ist überlastet?
27. Was gibt Ihnen Kraft?

### 10.3 Netzwerkkarte

Problem	Netzwerkpartner
Pflegebedarf	Pflegekasse, MD/Medicproof, Pflegestützpunkt
Entlassung ungeklärt	Kliniksozialdienst
Psychische Krise	Krisendienst, Sozialpsychiatrischer Dienst
Sucht	Suchtberatung, Entgiftung, Entwöhnungsreha
Schulden	Schuldnerberatung
Wohnproblem	Wohnraumberatung, Sozialamt
Isolation	Stadtteilzentrum, Seniorentreff, Social Prescribing
Palliativ	SAPV, Hospizdienst, Pflegedienst
Arbeitsplatz	BEM, Betriebsarzt, DRV/LTA

## 10.4 PVS-Baustein Sozialanamnese

### PVS-Baustein: Sozialanamnese

*"Sozialanamnese erhoben: Wohnen [...], Unterstützung [...], Medikamente/Termine [...], Selbstversorgung [...], Stürze [...], Arbeit/Finanzen [...], Sicherheit/Gewalt [...], Gesundheitskompetenz/Sprachbarriere [...], Angehörigenbelastung [...], Ressourcen [...]. Handlungsbedarf [...]."*

## 11. Palliativkoordination, SAPV, Hospiz und Vorausplanung

### 11.1 Grundsatz

Palliativkoordination beginnt vor der Krise. Sie umfasst nicht nur Schmerztherapie, sondern Therapieziel, Symptomkontrolle, Patientenwille, Angehörige, Pflege, Hilfsmittel, SAPV, Hospiz und Notfallplan.

### Palliativ-Formel

*Krankheitsstadium + Symptomlast + Prognose + Patientenwille + häusliche Ressourcen + Notfallrisiko = palliatives Versorgungskonzept.*

### 11.2 SAPV prüfen bei

- Komplexer Symptomlast, schwer kontrollierbarem Schmerz oder Dyspnoe/Angstkrise
- Instabiler palliativer Entlassung oder wiederholten Notfällen
- Wunsch, zu Hause zu sterben, aber Versorgung fragil
- Angehörigenkollaps, hoher Koordinationslast
- Sterbephase mit Unsicherheit

### 11.3 Advance Care Planning (ACP)

Leitfragen:

- Was weiß Patient:in über die Erkrankung?
- Was ist das wichtigste Ziel? Was soll nicht passieren?
- Krankenhaus/Intensivmedizin/Reanimation?
- Wer darf entscheiden?
- Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht vorhanden?
- Notfallplan erstellt?

### 11.4 PVS-Baustein Palliativ

### PVS-Baustein: Palliativ

*"Palliative Versorgungssituation geprüft. Symptomlast [...], Therapieziel [...], Patientenwille [...], SAPV/Hospiz/Pflege/Hilfsmittel [...], Notfallplan [...], Angehörige [...]."*

## 12. MFA-Workflows und Praxisorganisation

### 12.1 Grundsatz

Sozialmedizin wird erst praxistauglich, wenn sie in PVS, MFA-Workflow, Recall und Netzwerklogik übersetzt wird.

### 12.2 Sozialmedizinischer Teamprozess (10 Schritte)

1. Anlass erkennen
2. MFA-Vorerfassung
3. Unterlagen und Fristen prüfen
4. Ärztliche Funktionsbewertung
5. PVS-Baustein dokumentieren
6. Maßnahme/Formular auslösen
7. Datenschutz/Einwilligung sichern
8. Netzwerkpartner einbinden
9. Recall einrichten
10. Eskalation bei Red Flags

### 12.3 MFA-Red-Flag-Liste — sofort ärztlich melden

- Suizidgedanken, akute Verwirrtheit
- Entlassung ohne Medikamente
- Pflege heute nicht gesichert
- Palliative Krise, Angehörige kollabieren
- Patient allein hilflos, Gewaltverdacht
- Neue Antikoagulation/Insulin unklar
- Sturzserie, starker Gewichtsverlust
- Lebenswichtige Therapie wird nicht verstanden
- Frist läuft heute/morgen ab

### 12.4 Datenschutz

Ohne Einwilligung keine Diagnosen, keine Details, keine vertraulichen Inhalte an Angehörige, Arbeitgeber oder Dritte. Bei Arbeitgeberkontakt reichen häufig Belastungsgrenzen; Diagnosen nur mit ausdrücklicher Einwilligung.

### 12.5 Recall-System — Auslöser

Anlass	Recall-Zeitpunkt
AU	Vor Ende und ab 4/6 Wochen
Reha-Antrag	Bei Einreichen und nach Bescheid
Pflegegrad	MD-Termin, Bescheid, Widerspruchsfrist
GdB	Fristen, Widerspruch
Entlassbefunde	Offene Befunde mit Frist
HKP	Ende der Genehmigung
Palliativ	Wöchentlich bei instabiler Situation

Probeleseexemplar

## 13. PVS-Bausteinbibliothek

Alle Bausteine sind als Vorlage zu verstehen; individuelle Anpassung an Praxissoftware (PVS) erforderlich.

### 13.1 AU

#### AU

"AU geprüft: Tätigkeit [...], Diagnose [...], Funktionsausfall [...], Dauer [...], Plan [...]."

### 13.2 Reha

#### Reha

"Reha geprüft: Bedarf [...], Fähigkeit [...], Prognose [...], Ziel [...], Antrag/Bericht [...]."

### 13.3 Pflegegrad

#### Pflegegrad

"Pflegegrad geprüft: Hilfebedarf [...], Selbstständigkeit [...], Angehörige [...], Reha-Potenzial [...]."

### 13.4 GdB

#### GdB

"GdB-Anliegen: Diagnosen [...], Funktions-/Teilhabeeinschränkungen [...], Befundbericht [...]."

### 13.5 Entlassung

#### Entlassung

"Entlassbrief geprüft, Medikation abgeglichen, offene Befunde/Nachsorge [...]."

### 13.6 Hilfsmittel

#### Hilfsmittel

"Hilfsmittelbedarf: Funktionsdefizit [...], Ziel [...], Hilfsmittel [...]."

### 13.7 HKP

#### HKP

"HKP: Maßnahme [...], medizinische Notwendigkeit [...], Patient kann nicht selbst wegen [...]."

### 13.8 Palliativ

#### Palliativ

"Palliativ: Therapieziel [...], Symptome [...], SAPV/Hospiz/Pflege [...], Notfallplan [...]."

### 13.9 Datenschutz/Schweigepflicht

#### Datenschutz

"Einwilligung/Schweigepflicht: Kontakt zu [...], Zweck [...], Umfang [...]."

## 13.10 Sozialanamnese

### Sozialanamnese

"Sozialanamnese: Wohnen [...], Unterstützung [...], Finanzen/Arbeit [...], Ressourcen [...], Red Flags [...]."

---

## 14. Praxiskarten und Patient:innenhandouts

### 14.1 Praxiskarten — für Sprechzimmer und MFA-Arbeitsplatz

1. Sozialmedizinische 5-Fragen-Logik
2. AU in 90 Sekunden
3. Stufenweise Wiedereingliederung
4. Reha in 90 Sekunden
5. Reha vor Pflege
6. Pflegegrad in 90 Sekunden
7. Pflegegrad-Befundbericht — gute Formulierungen
8. GdB in 90 Sekunden
9. Merkzeichen Mobilität
10. Entlassmanagement-Checkliste
11. AMTS nach Entlassung
12. Hilfsmittel — Funktionsziel zuerst
13. Heilmittel
14. HKP — medizinische Notwendigkeit
15. Sozialanamnese 12 Fragen
16. Netzwerk aktivieren
17. Palliativkoordination
18. SAPV prüfen
19. MFA-Red-Flag-Liste
20. Sozialmedizinischer Teamprozess

### 14.2 Patient:innenhandouts

1. Warum fragt die Praxis nach Arbeit und Alltag?
2. Arbeitsunfähigkeit — was Sie wissen sollten
3. Stufenweise Wiedereingliederung
4. Reha — Ihr Weg zur Rehabilitation
5. Pflegegrad beantragen
6. Angehörigencheckliste Pflegebegutachtung
7. GdB und Schwerbehindertenausweis
8. Nach der Klinikentlassung
9. Hilfsmittel und häusliche Krankenpflege
10. Unterstützung organisieren
11. Palliative Unterstützung zu Hause
12. Angehörige in palliativer Situation

## 15. Falltraining — 25 Fälle zur hausärztlichen Sozialmedizin

Jeder Fall folgt derselben ClinicalOS-Struktur: Anlass → Verdeckte Frage → Funktion/Teilhabe → Hausärztliche Aktion → MFA-Trigger → PVS-Text → Patient:innenbotschaft → Failure-Mode → Red Flag.

### Fallübersicht

Fall	Thema / Kernkompetenz
1	Lange AU bei LWS-Syndrom — AU >6 Wochen, Reha, Wiedereingliederung
2	Depression bei Busfahrer — tätigkeitsbez. AU, Sicherheit, Therapieplan
3	Jobcenter-AU-Wunsch — AU-Abgrenzung, soziale Belastung
4	Wiedereingliederung nach Bandscheibenvorfall — Hamburger Modell, BEM
5	Reha nach COPD-Exazerbation — Reha-Ziel, DMP, Entlassmanagement
6	Geriatrische Reha nach Sturz — Reha vor Pflege
7	Pflegegrad bei Demenz — Hilfebedarf konkretisieren
8	Pflegegrad-Erhöhung nach Schlaganfall — Verschlechterung beschreiben
9	GdB bei Multimorbidität — Teilhabefolgen statt Diagnosesammlung
10	Merkzeichen bei Mobilitätsverlust — Gehstrecke, Hilfsmittel, Teilhabe
11	Entlassung mit neuer Antikoagulation — AMTS, Hochrisikomedikation
12	Entlassung mit Wunde — HKP, Wundversorgung
13	Insulinplan nicht verstanden — Gesundheitskompetenz, HKP, Sprachmittlung
14	Hilfsmittel nach Sturzserie — Funktionsziel, Pflege/Reha
15	Angehörigenüberlastung — Pflegekoordination, Entlastung
16	Soziale Isolation und Schmerz — Social Prescribing
17	Hypertonie und Schulden — soziale Diagnose
18	Gewaltverdacht — Schutz, Gespräch, Dokumentation
19	Palliative Entlassung ohne Netzwerk — SAPV, Hospiz, Notfallplan
20	Sterbephase zu Hause — Angehörige, Symptomplan, Krisenvermeidung
21	Patient lehnt Hilfe ab — Einwilligungsfähigkeit, Risiko
22	Arbeitsplatzverlust und LTA — Reha vor Rente, Teilhabe am Arbeitsleben
23	GdB-Widerspruch mit Frist — Befundergänzung, Fristen
24	Entlassung nach Delir — vulnerable Entlassung, Pflege, AMTS
25	Wiederholte Notaufnahme — Case Management

## Fall 1 – Lange AU bei LWS-Syndrom

### Anlass

49-jähriger Lagerarbeiter, seit 7 Wochen AU wegen LWS-Schmerzen. Bittet um Folgebescheinigung.

### Verdeckte sozialmedizinische Frage

Ist dies noch eine reine Akut-AU oder bereits ein sozialmedizinischer Verlauf mit Reha-/BEM-/Wiedereingliederungsbedarf?

### Funktion/Teilhabe

- Heben >5 kg nicht möglich
- Langes Stehen und Bücken schmerzhaft
- Angst vor Rückfall, körperlich schwere Arbeit

### Hausärztliche Aktion

- Tätigkeit konkret erfassen, Red Flags prüfen
- Therapieplan aktivieren: Analgesie, Physio, Aktivierung
- Reha-Bedarf prüfen, stufenweise Wiedereingliederung diskutieren
- BEM-Hinweis, Wiedervorlage

### MFA-Trigger

AU >6 Wochen im PVS markieren.

### PVS-Text

"AU-Verlauf >6 Wochen bei LWS-Syndrom. Tätigkeit Lagerarbeiter mit Heben/Tragen/Bücken. Funktionsdefizit: [...]. Reha-/Wiedereingliederungs-/BEM-Bedarf geprüft. Plan: [...]."

### Patient:innenbotschaft

"Wir schreiben nicht einfach weiter krank, sondern brauchen jetzt einen Plan, wie Sie wieder belastbarer werden oder welche Reha nötig ist."

### Failure-Mode

AU mechanisch verlängern ohne Reha-/Wiedereingliederungsplan.

### Red Flag

Chronifizierung und Arbeitsplatzverlust.

---

## Fall 2 – Depression bei Busfahrer

### Anlass

51-jähriger Busfahrer, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörung, depressive Symptomatik.

### Verdeckte sozialmedizinische Frage

Sicherheitsrelevante Tätigkeit: Kann Patient aktuell verantwortlich fahren?

### Funktion/Teilhabe

- Verminderte Reaktionsfähigkeit
- Konzentrationsminderung und Schlafdefizit
- Verantwortung für Fahrgäste

### Hausärztliche Aktion

- Suizidalität prüfen
- AU tätigkeitsbezogen begründen
- Therapieplan: Psychotherapie/Psychiatrie/Medikation je nach Schwere
- Wiedervorlage, später Wiedereingliederung/BEM

### MFA-Trigger

Probeleseexemplar

Psychische AU + sicherheitsrelevante Tätigkeit.

#### **PVS-Text**

"Depressive Symptomatik mit Schlafstörung und Konzentrationsminderung. Tätigkeit Busfahrer sicherheitsrelevant; aktuell keine sichere Ausübung möglich. Suizidalität [...]. AU bis [...], Therapie/Wiedervorlage [...]."

#### **Patient:innenbotschaft**

"Bei Ihrer Tätigkeit geht es auch um Sicherheit — die Frage ist nicht nur, ob Sie irgendwie arbeiten könnten, sondern ob Sie sicher fahren können."

#### **Failure-Mode**

Nur ICD dokumentieren und Tätigkeit ignorieren.

#### **Red Flag**

Suizidalität oder Fahrtätigkeit trotz schwerer Symptomatik.

---

### **Fall 3 – Jobcenter-AU-Wunsch**

#### **Anlass**

Patient bittet um AU für Jobcentertermin, berichtet Stress, aber keine akute Erkrankung.

#### **Verdeckte sozialmedizinische Frage**

Liegt krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vor oder vor allem soziale Belastung?

#### **Hausärztliche Aktion**

- Psychische Symptome prüfen
- Keine Gefälligkeits-AU ausstellen
- Soziale Beratung/Jobcenterkommunikation erklären
- Wiedervorlage bei Beschwerden

#### **PVS-Text**

"AU-Wunsch im Kontext Jobcenter. Medizinische Prüfung: [...]. Aktuell keine ausreichende krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit. Sozialberatung besprochen."

#### **Patient:innenbotschaft**

"Ich verstehe den Druck. Eine AU darf ich aber nur ausstellen, wenn Sie krankheitsbedingt nicht teilnehmen können."

#### **Failure-Mode**

Gefälligkeits-AU wegen sozialem Druck.

#### **Red Flag**

Verdeckte Depression, Angst oder Suizidalität übersehen.

---

### **Fall 4 – Wiedereingliederung nach Bandscheibenvorfall**

#### **Anlass**

Patient nach 10 Wochen AU möchte zurück, traut sich aber nicht.

#### **Kernfrage**

Stufenweise Wiedereingliederung statt voller Rückkehr oder weiterer AU?

#### **Hausärztliche Aktion**

- Stufenplan erstellen, Belastungsgrenzen formulieren
- Patient bleibt AU während Wiedereingliederung
- BEM erklären, Kontrolle planen

#### **PVS-Text**

"Stufenweise Wiedereingliederung geplant. Teilbelastbarkeit gegeben. Stufenplan: [...]. Einschränkungen: [...]. Patient über fortbestehende AU informiert."

#### **Patient:innenbotschaft**

"Das ist keine normale Teilzeit, sondern eine medizinisch gesteuerte Belastungs-erprobung."

#### **Failure-Mode**

Wiedereingliederung mit voller Arbeitsfähigkeit verwechseln.

#### **Red Flag**

Arbeitsplatzkonflikt oder Überforderung nicht geklärt.

---

## **Fall 5 – Reha nach COPD-Exazerbation**

### **Anlass**

67 Jahre, COPD, zwei Klinikaufenthalte, Gehstrecke 80 m, Dyspnoe beim Duschen.

### **Kernfrage**

Pneumologische Reha, DMP, Pflege/HKP/Hilfsmittel?

### **Hausärztliche Aktion**

- Inhalationstechnik prüfen, pneumologische Reha beantragen
- DMP/Impfstatus checken, ggf. Pflegegrad/HKP
- Notfallplan Exazerbation erstellen

### **PVS-Text**

"COPD mit wiederholten Exazerbationen und relevanter Funktionsminderung. Reha-Ziel: Belastbarkeit, Atemtechnik, Exazerbationsmanagement. DMP/Pflegebedarf geprüft."

### **Failure-Mode**

Nur neues Spray verordnen.

### **Red Flag**

Dyspnoe bei Körperpflege und fehlende häusliche Unterstützung.

---

## **Fall 6 – Geriatrische Reha nach Sturz**

### **Anlass**

84-jährige Patientin nach Sturz und Fraktur, jetzt unsicher, Tochter beantragt Pflegegrad.

### **Kernfrage**

Nur Pflegegrad oder Reha vor Pflege?

### **Hausärztliche Aktion**

- Geriatrische Reha prüfen (Reha vor Pflege!)
- Pflegegrad parallel beantragen
- Hilfsmittel und Sturzprophylaxe, Angehörigenbelastung ansprechen

### **PVS-Text**

"Nach Sturz deutlicher Funktionsverlust. Reha vor Pflege geprüft. Ziel: Transfer, Gehstrecke, Rückkehr in Wohnung. Pflegegrad/Hilfsmittel parallel."

### **Patient:innenbotschaft**

"Pflege ist wichtig, aber wir sollten prüfen, ob Training helfen kann, wieder selbstständiger zu werden."

### **Failure-Mode**

Pflegegrad anstoßen, Reha-Potenzial übersehen.

### **Red Flag**

Drohende dauerhafte Pflegeheimaufnahme.

---

## **Fall 7 – Pflegegrad bei Demenz**

### **Anlass**

Tochter berichtet, Mutter vergisst Herd, Medikamente, Körperpflege.

### **Kernfrage**

Selbstständigkeit und Gefahrensicht statt nur Demenzdiagnose beschreiben.

### **Hausärztliche Aktion**

- Pflegegrad-Erstantrag, Angehörigengespräch mit Einwilligung
- Medikamentenmanagement sichern, ggf. Betreuung/Hausbesuch

### **PVS-Text**

"Demenzbedingter Hilfebedarf: Medikamente unsicher, Gefahrensicht reduziert, Tagesstruktur und Selbstversorgung eingeschränkt. Pflegegradprüfung empfohlen."

### **Failure-Mode**

Nur MMST dokumentieren.

### **Red Flag**

Alleinleben + Herd + Medikamente.

---

## **Fall 8 – Pflegegrad-Erhöhung nach Schlaganfall**

### **Anlass**

Patient mit PG 2 hatte Schlaganfall, nun Hilfe bei Transfer und Ankleiden.

### **Kernfrage**

Was ist neu seit letztem Gutachten?

### **Hausärztliche Aktion**

- Neue Defizite konkret beschreiben, Höherstufung empfehlen
- Reha/Heilmittel/Hilfsmittel, Angehörigenbelastung ansprechen

### **PVS-Text**

"Seit Schlaganfall neu: Hemiparese [...], Hilfe bei Transfer, Ankleiden, Toilettengang und Medikamentengabe. Pflegegradüberprüfung empfohlen. Reha-Potenzial geprüft."

### **Failure-Mode**

"Z. n. Apoplex" ohne Alltagsfolgen dokumentieren.

### **Red Flag**

Hilfe nachts und Sturzgefahr.

---

## **Fall 9 – GdB bei Multimorbidität**

### **Anlass**

62 Jahre, KHK, Diabetes, Polyneuropathie, Gonarthrose, Depression; fragt nach GdB.

### **Kernfrage**

Probeleseexemplar

Gesamtwirkung statt Diagnosen addieren.

#### **Hausärztliche Aktion**

- Gehstrecke, Schmerzen, Belastbarkeit, soziale/berufliche Teilhabe erfassen
- Fachberichte sammeln, GdB erklären

#### **PVS-Text**

"Multimorbidität mit kumulativer Teilhabe-einschränkung: Mobilität [...], Belastbarkeit [...], neuropathische Schmerzen [...], psychische Teilhabe [...]. GdB-Befundbericht besprochen."

#### **Patient:innenbotschaft**

"Der GdB wird nicht zusammengerechnet. Wichtig ist, wie Ihre Krankheiten zusammen Ihr Leben einschränken."

#### **Failure-Mode**

Diagnoseliste ohne Funktion einreichen.

#### **Red Flag**

Merkzeichen- oder Pflegegradbedarf zusätzlich übersehen.

---

## **Fall 10 – Merkzeichen bei Mobilitätsverlust**

### **Anlass**

74 Jahre, Rollator, Gehstrecke 80 m, fragt nach Merkzeichen G.

### **Kernfrage**

Mobilität konkret erfassen.

### **Hausärztliche Aktion**

- Gehstrecke messen, Treppen, Hilfsmittel dokumentieren
- Stürze, öffentliche Verkehrsmittel, Schmerzen/Dyspnoe erfragen

### **PVS-Text**

"Mobilitätsrelevante Einschränkungen: Gehstrecke ca. [...], Rollator [...], Treppen [...], Stürze [...], öffentlicher Verkehr [...]."

### **Failure-Mode**

"Schlecht zu Fuß" schreiben.

### **Red Flag**

Sturzserie oder häusliche Unsicherheit.

---

## Fall 11 – Entlassung mit neuer Antikoagulation

### Anlass

Patient nach Vorhofflimmern, Klinik startet Apixaban; ASS steht noch im PVS.

### Kernfrage

Doppeltherapie und AMTS.

### Hausärztliche Aktion

- Indikation Apixaban klären, ASS-Indikation prüfen
- Nierenfunktion, Blutungsrisiko, Plan aktualisieren

### PVS-Text

"AMTS-Abgleich nach Entlassung: Apixaban neu wegen [...]. ASS-Indikation geprüft [...]. Nierenfunktion [...]. Patient über Einnahme/Blutungszeichen informiert."

### Failure-Mode

Alte Dauermedikation automatisch verlängern.

### Red Flag

Blutung oder Thrombose.

---

## Fall 12 – Entlassung mit Wunde

### Anlass

Diabetischer Fuß, Entlassung mit Verbandschema, kein Pflegedienst.

### Kernfrage

HKP/Wundversorgung statt "Kontrolle irgendwann".

### Hausärztliche Aktion

- Wunde dokumentieren, HKP Verbandwechsel verordnen
- Diabetologie/Chirurgie, Infektzeichen/Gefäßstatus, Wiedervorlage

### PVS-Text

"Entlassung mit diabetischer Fußwunde. Wunde [...]. HKP Wundversorgung verordnet. Kontrolle [...]. Red Flags Infekt/Ischämie besprochen."

### Failure-Mode

Verbandmaterial rezeptieren ohne Versorgungskette.

### Red Flag

Infekt, Ischämie, Sepsis.

---

## Fall 13 – Insulinplan nicht verstanden

### Anlass

Patient nach Klinik mit neuem Insulinplan, Sprachbarriere, Sohn übersetzt unzuverlässig.

### Kernfrage

Gesundheitskompetenz und Behandlungssicherheit.

### Hausärztliche Aktion

- Teach-back, einfacher Plan, Diabetesberatung
- HKP prüfen, Sprachmittlung, Angehörige mit Einwilligung

### PVS-Text

"Insulinplan nach Entlassung unzureichend verstanden. Teach-back durchgeführt [...]. Sprachbarriere [...]. Diabetesberatung/HKP/Angehörige [...]."

### Failure-Mode

Deutschen Plan ausdrucken und annehmen, dass er verstanden wurde.

### Red Flag

Hypoglykämie.

---

## Fall 14 – Hilfsmittel nach Sturzserie

### Anlass

87 Jahre, drei Stürze, Tochter möchte Rollator.

### Kernfrage

Rollator plus Sturzursachen, Wohnung, Reha, Pflege.

### Hausärztliche Aktion

- Sturzabklärung, Rollator mit Ziel verordnen
- Wohnraumberatung, Physio/Reha, Pflegegrad prüfen

### PVS-Text

"Hilfsmittelbedarf Rollator bei Sturzserie und Gangunsicherheit. Ziel: sichere Mobilität. Sturzabklärung, Reha/Pflegegrad/Wohnumfeld geprüft."

### Failure-Mode

Rollator ohne Sturzdiagnostik.

### Red Flag

Synkope, Delir, neue neurologische Defizite.

---

## Fall 15 – Angehörigenüberlastung

### Anlass

Ehefrau pflegt Parkinsonpatienten, nächtlich 4× Hilfe, sagt: "Ich kann nicht mehr."

### Kernfrage

Pflegeperson als Risikofaktor erkennen.

### Hausärztliche Aktion

- Angehörigengespräch, Pflegegrad/Höherstufung
- Pflegestützpunkt, Tagespflege/Kurzzeitpflege, Hilfsmittel

### PVS-Text

"Angehörigenüberlastung erheblich. Entlastungsoptionen, Pflegegradüberprüfung, Pflegestützpunkt besprochen."

### Failure-Mode

Nur Parkinsonmedikation anpassen.

### Red Flag

Pflege bricht weg.

---

## Fall 16 – Soziale Isolation und chronischer Schmerz

### Anlass

63 Jahre, chronischer Schmerz, keine sozialen Kontakte, Bewegungsangst.

### Kernfrage

Social Prescribing als Teil des Behandlungsplans.

### Hausärztliche Aktion

- Schmerztherapie, Aktivierungsplan
- Reha-Sport/Funktionstraining, Selbsthilfegruppe, Stadtteilangebot, Wiedervorlage

### PVS-Text

"Soziale Isolation und Aktivitätsvermeidung bei chronischem Schmerz. Social Prescribing: [...]. Ziel: Aktivierung/Teilhabe. Wiedervorlage [...]."

### Failure-Mode

Nur Analgetika eskalieren.

### Red Flag

Depression/Suizidalität.

---

## Fall 17 – Hypertonie und Schulden

### Anlass

58 Jahre, Blutdruckkrisen, Schlaflosigkeit, Medikamente unregelmäßig; auf Nachfrage: Schulden.

### Kernfrage

Soziale Diagnose als Adhärenzbarriere.

### Hausärztliche Aktion

- Akute medizinische Behandlung, Medikationsvereinfachung
- Schuldnerberatung empfehlen, Wiedervorlage

### PVS-Text

"Finanzielle Belastung/Schulden als gesundheitsrelevanter Faktor mit Einfluss auf Schlaf/Adhärenz erhoben. Schuldnerberatung empfohlen."

### Failure-Mode

Nur weiteres Antihypertensivum verordnen.

### Red Flag

Existenzkrise/Suizidalität.

---

## Fall 18 – Gewaltverdacht

### Anlass

Patientin mit Hämatomen, Schlafstörung, Partner antwortet für sie.

### Kernfrage

Sicheres Einzelgespräch und Schutz.

### Hausärztliche Aktion

- Einzelgespräch ermöglichen, behutsam fragen
- Akute Gefahr prüfen, Hilfsstellen benennen
- Sorgfältige Dokumentation, Datenschutz und Sicherheit

### PVS-Text

"Hinweise auf mögliche Gewalt/Abhängigkeit. Einzelgespräch angeboten/geführt. Patientin berichtet [...]. Akute Gefährdung [...]. Hilfsangebote/Sicherheitsplan [...]."

### Failure-Mode

Partner als Übersetzer/Antwortgeber belassen.

### Red Flag

Akute Gewalt, Kinder im Haushalt.

---

## Fall 19 – Palliative Entlassung ohne Netzwerk

### Anlass

Tumorpatient wird Freitag entlassen, Schmerzen, keine SAPV, kein Pflegebett.

### Kernfrage

Versorgungsbruch verhindern.

### Hausärztliche Aktion

- Entlassbrief/Medikation prüfen, SAPV einleiten
- Hospizdienst kontaktieren, Pflegegrad/Hilfsmittel veranlassen
- Notfallmedikation, Angehörigengespräch

### PVS-Text

"Palliative Entlassung mit hohem Versorgungsrisiko. SAPV/Pflege/Hilfsmittel/Notfallplan veranlasst. Angehörige informiert."

### Failure-Mode

Kontrolle in zwei Wochen vereinbaren.

### Red Flag

Schmerzen, Atemnot, Angehörigenkollaps.

---

## Fall 20 – Sterbephase zu Hause

### Anlass

Bettlägeriger Patient, kaum Flüssigkeit, rasselnde Atmung, Angehörige ängstlich.

### Kernfrage

Sterbephase erkennen und Krisenintervention vermeiden.

### Hausärztliche Aktion

- Sterbephase erklären, Symptommedikation sichern
- SAPV/Pflegedienst koordinieren, keine belastenden Maßnahmen
- Angehörige begleiten

### PVS-Text

"Sterbephase wahrscheinlich. Angehörige aufgeklärt. Symptomorientierter Plan, Bedarfsmedikation und Pflegedienst/SAPV koordiniert."

### Failure-Mode

Ungewollte Klinikeinweisung wegen fehlender Aufklärung.

### Red Flag

Unerträgliche Symptome ohne Medikation.

---

## Fall 21 – Patient lehnt Hilfe ab

### Anlass

Alleinlebender Patient mit Stürzen lehnt Pflegedienst ab.

### Kernfrage

Autonomie vs. Selbstgefährdung.

### Hausärztliche Aktion

- Einwilligungsfähigkeit orientierend prüfen, Risiken erklären
- Niedrigschwellige Alternativen, Hausbesuch, Wiedervorlage
- Angehörige nur mit Einwilligung

### PVS-Text

"Patient lehnt Unterstützung trotz Sturzrisiko ab. Risiken erläutert, Verständnis geprüft. Alternativen [...], Wiedervorlage [...]."

### Failure-Mode

Ablehnung entweder ignorieren oder paternalistisch übergehen.

### Red Flag

Demenz/Delir/akute Selbstgefährdung.

---

## Fall 22 – Arbeitsplatzverlust und LTA

### Anlass

Pflegekraft mit chronischem Rückenleiden, GdB 30, Arbeitsplatz gefährdet.

### Kernfrage

LTA/Gleichstellung/BEM statt endlose AU.

### Hausärztliche Aktion

- Tätigkeit und dauerhafte Einschränkungen beschreiben
- BEM/Betriebsarzt, DRV/Agentur/LTA, Reha, GdB/Gleichstellung erklären

### PVS-Text

"Tätigkeit Pflege mit Heben/Transfer nicht mehr dauerhaft möglich. LTA/BEM/Betriebsarzt/Gleichstellung beraten."

### Failure-Mode

Immer neue AU ohne Teilhabestrategie.

### Red Flag

Kündigung/Erwerbsminderung.

---

## Fall 23 – GdB-Widerspruch mit Frist

### Anlass

Patient bringt GdB-Bescheid, Widerspruchsfrist in 5 Tagen.

### Kernfrage

Frist und medizinische Ergänzung.

### Hausärztliche Aktion

- Bescheid scannen, Frist markieren
- Fehlende Diagnosen/Funktionen identifizieren
- Sozialverband/Beratung empfehlen, Ergänzung formulieren

### PVS-Text

"GdB-Bescheid/Widerspruchsfrist besprochen. Medizinisch ergänzbare Punkte: [...]. Patient auf Frist und Beratungsstellen hingewiesen."

### Failure-Mode

Schreiben in Routineablage.

### Red Flag

Fristversäumnis.

---

## Fall 24 – Entlassung nach Delir

### Anlass

86 Jahre, Entlassung nach Pneumonie und Delir, jetzt neue Verwirrtheit, viele Medikamente.

### Kernfrage

Vulnerable Entlassung: Delir, AMTS, Pflege, Sturz.

### Hausärztliche Aktion

- Delir vs. Demenz/Infekt/Medikation klären
- Medikationsabgleich, Pflege/Angehörige einbinden
- Sturzprävention, Laborkontrolle, Wiedervorlage

### PVS-Text

"Vulnerable Entlassung nach Delir. Kognition, Medikation, Infektzeichen, Pflege und Sturzrisiko geprüft. AMTS-Abgleich [...]."

### Failure-Mode

Delir als "Alter" abtun.

### Red Flag

Erneutes Delir, Exsikkose, UAW.

---

## Fall 25 – Wiederholte Notaufnahme

### Anlass

79 Jahre, Herzinsuffizienz/COPD/Diabetes, 5 Notaufnahmen in 3 Monaten.

### Kernfrage

Case Management statt Einzelproblem.

### Hausärztliche Aktion

- Hauptmuster identifizieren, Medikationsplan aktualisieren
- DMP/Recall, Pflegedienst, Notfallplan erstellen
- Angehörige, Facharztkoordination, soziale Diagnose

### PVS-Text

"Wiederholte Notaufnahmen als Versorgungsbruch. Fallkoordination initiiert: Hauptprobleme [...], Maßnahmen [...], Netzwerk [...], Recall [...]."

### Failure-Mode

Jede Notaufnahme separat behandeln.

### Red Flag

Kein tragfähiger ambulanter Plan.

## Supervisionsfragen für die Teambesprechung

28. Welche Fälle in unserer Praxis entsprechen diesen Mustern?
29. Wo fehlt uns ein Recall?
30. Welche PVS-Bausteine brauchen wir sofort?
31. Welche Netzwerkpartner fehlen im Verzeichnis?
32. Welche Fälle werden zu stark ärztlich und zu wenig als Teamprozess bearbeitet?
33. Wo schreiben wir Diagnosen, aber keine Funktion?
34. Wo übersehen wir Angehörigenbelastung?
35. Welche Red Flags sollen MFA sofort melden?

## Typische Fehlentscheidungen — Prüftabelle

Fehlentscheidung	Korrektur
AU >6 Wochen einfach verlängern	Reha/Wiedereingliederung/BEM prüfen
Pflegegradbericht mit Diagnosen	Hilfebedarf konkret beschreiben
GdB-Antrag mit Diagnoseliste	Teilhabefolgen beschreiben
Klinikmedikation ungeprüft übernehmen	AMTS-Abgleich durchführen
Angehörige ohne Einwilligung informieren	Schweigepflicht klären
Hilfsmittel ohne Ziel	Funktionsziel dokumentieren
HKP als Haushaltshilfe	Medizinische Notwendigkeit prüfen
SAPV zu spät	Früh bei Komplexität prüfen
Patient lehnt Hilfe ab — keine Dokumentation	Risiko und Einwilligungsfähigkeit dokumentieren

## 16. Red Flags, Do-not-Liste und Qualitätsindikatoren

### 16.1 Zentrale Red Flags

Red Flag	Gefahr	Aktion
AU >6 Wochen ohne Plan	Chronifizierung, Arbeitsplatzverlust	Reha/BEM/Wiedereingliederung
Entlassung ohne Medikationsplan	UAW, Doppelmedikation	AMTS-Abgleich sofort
Alleinlebend + Demenz	Selbstgefährdung	Pflege/Angehörige/Betreuung
Angehörige kollabieren	Pflege bricht weg	Pflegestützpunkt/Entlastung
GdB/Pflegegrad nur mit Diagnosen	Unterbewertung	Funktion beschreiben
Palliative Entlassung ohne Netzwerk	Kriseneinweisung	SAPV/Hospiz/Pflege
Neue Antikoagulation/Insulin unklar	Schwere UAW	Sofort prüfen
Patient versteht Therapie nicht	Behandlungsfehler	Teach-back/HKP/Angehörige
Gewaltverdacht	Akute Gefährdung	Schutzwege/Dokumentation
Offene Befunde ohne Recall	Therapieverzug	Wiedervorlage einrichten

### 16.2 Do-not-Liste

1. Keine Formulare ohne Anlassklärung
2. Keine AU-Verlängerung ohne Verlaufsprüfung
3. Keine Diagnosen an Arbeitgeber ohne Einwilligung
4. Kein Pflegegradversprechen
5. Kein GdB-Wertversprechen
6. Keine Entlassmedikation ohne AMTS-Abgleich
7. Keine Reha ohne Reha-Ziel
8. Keine Hilfsmittel ohne Funktionsziel
9. Keine HKP ohne medizinische Notwendigkeit
10. Keine Angehörigengespräche ohne Schweigepflichtklärung
11. Keine palliative Krise ohne Notfallplan
12. Keine sozialen Probleme als "nicht medizinisch" abtun
13. Keine Briefe nur scannen, ohne Kurzbewertung
14. Keine Fristen ohne Recall
15. Keine unklare Zuständigkeit: Wer macht was bis wann?

### 16.3 Qualitätsindikatoren

- AU >6 Wochen mit dokumentierter Reha-/BEM-Prüfung
- Klinikentlassungen mit Medikationsabgleich
- Pflegegradberichte mit Funktionsbeschreibung
- GdB-Berichte mit Teilhabebeschreibung

- Palliativpatient:innen mit Notfallplan
- Sozialanamnese bei vulnerablen Patient:innen
- Recall für offene Befunde
- Dokumentierte Schweigepflichtentbindung
- Aktuelles Netzwerkverzeichnis
- MFA-Red-Flag-Schulung durchgeführt

## 17. Schluss: Das hausärztliche Koordinationsversprechen

Sozialmedizinische Hausarztmedizin bedeutet:

- Krankheit wird nicht nur diagnostiziert, sondern in ihrem Lebenskontext verstanden.
- AU wird nicht nur bescheinigt, sondern mit Rückkehr- und Reha-Strategie verbunden.
- Pflegebedarf wird nicht nur beklagt, sondern konkret beschrieben und koordiniert.
- GdB wird nicht als Diagnosensammlung behandelt, sondern als Teilhabefrage.
- Entlassungen werden nicht passiv übernommen, sondern aktiv gesichert.
- Hilfsmittel und HKP werden nicht als Formularwunsch, sondern als Funktionslösung verstanden.
- Soziale Belastung wird nicht abgewertet, sondern als behandlungsrelevanter Faktor erkannt.
- Palliative Krisen werden nicht abgewartet, sondern vorausgeplant.
- MFA, PVS, Recall und Netzwerk werden zu tragenden Elementen hausärztlicher Qualität.

### Finaler Merksatz

*Sozialmedizin in der Hausarztpraxis heißt: Aus Diagnose wird Funktion, aus Funktion wird Teilhabe, aus Teilhabe wird Koordination — und aus Koordination wird sichere Versorgung.*

## 18. Online-Ressourcen und Referenzstellen

Die folgenden Ressourcen sind für D/A/CH kuratiert und direkt über die Links erreichbar. Lokale Netzwerkadressen (KV-Region, Pflegestützpunkt, Hospizdienst, Sozialdienst) bitte praxisspezifisch ergänzen.

### Kategorie 1 — Leitlinien, Richtlinien, Behörden und Forschung

- G-BA: Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie — Verbindliche Regeln zur AU-Feststellung und eAU für Vertragsärzt:innen
- KBV: Arbeitsunfähigkeit — Praxisinformationen — AU-Formulare, eAU-Verfahren, Praxistipps der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
- G-BA: SAPV-Richtlinie — Spezialisierte ambulante Palliativversorgung — Indikationen und Voraussetzungen
- DRV: Sozialmedizinische Begutachtung für Ärzt:innen — Formulare, Leitlinien und Begutachtungsstandards der Deutschen Rentenversicherung
- DRV: Fortbildung Sozialmedizin — CME-zertifizierte Fortbildungen zu Reha und sozialmedizinischer Begutachtung
- BAR — Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation — Grundlagen und Leitlinien zu Rehabilitation und Teilhabe
- BMG: Pflegeversicherung Leistungen — Offizielle Informationen zu Pflegegraden 1–5 und Leistungsübersicht

→ Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) — Rechtsgrundlage für GdB-Feststellung und Merkzeichen (Bundesrecht)

## Kategorie 2 — Überweisungsstellen, Netzwerke und spezialisierte Dienste

→ Pflegestützpunkte Deutschland — Beratungsstellen für Pflegebedürftige und Angehörige — Karte und Kontakte

→ DHPV — Deutscher Hospiz- und PalliativVerband — Verzeichnis ambulanter Hospizdienste und SAPV-Teams in Deutschland

→ DGP — Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin — Leitlinien, Fortbildungen und Versorgungsstandards in der Palliativmedizin

→ VdK Deutschland — Sozialrechtsberatung — Beratung und Unterstützung bei GdB, Pflegegrad, Rente und Widersprüchen

## Kategorie 3 — Patientenorganisationen, Selbsthilfe und Vernetzung

→ SoVD — Sozialverband Deutschland — Sozialrechtsberatung, GdB- und Pflegegrad-Unterstützung, Widerspruchshilfe

→ NAKOS — Nationale Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen — Verzeichnis von Selbsthilfegruppen in Deutschland nach Thema und Region

→ Deutsche Alzheimer Gesellschaft — Beratung für Demenzerkrankte und pflegende Angehörige

→ Caritas Österreich: Pflege und Betreuung — Pflegeberatung, Pflegegrad-Äquivalente und Netzwerke in Österreich (A)

→ SPITEX Schweiz — Ambulante Pflege, sozialmedizinische Koordination und Netzwerke in der Schweiz (CH)

---

## 19. Literatur und Quellenhinweise (Vancouver)

Alle Leistungsrecht-, Formular- und Abrechnungsangaben in diesem Kapitel unterliegen gesetzlichen Änderungen. Vor klinischer Anwendung aktuelle Fassungen prüfen.

### Leitlinien und Richtlinien

1. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie. Zuletzt geändert 2023. Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/2/>
2. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV-RL). Verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/richtlinien/77/>
3. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Versorgungsmedizinische Grundsätze (Anlage zur VersMedV). Berlin: BMAS; aktuell gültige Fassung.
4. Deutsche Rentenversicherung (DRV). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung. 8. Aufl. Berlin: DRV Bund; 2023.
5. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). ICF-Praxisleitfaden. Frankfurt: BAR; 2020.

### Grundlagenwerke

1. Weltgesundheitsorganisation (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Genf: WHO; 2001. Deutsche Fassung: DIMDI 2005.
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Informationen zur elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU). Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/praxis/verordnungen/arbeitsunfaehigkeit>
3. Medizinischer Dienst Bund (MD). Begutachtungs-Richtlinie Pflegebedürftigkeit. Essen: MD Bund; 2017 (aktuell gültige Fassung).

## Weiterführende Empfehlungen

1. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung. AWMF-Register-Nr. 128-001OL. 2020.
2. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Leitlinien und Empfehlungen für die Hausarztpraxis. Verfügbar unter: <https://www.degam.de/leitlinien>

### Hinweis

*Lokale KV-Regelungen, Formularversionen und Vergütungsordnungen (EBM, HZV, GOÄ) variieren regional und ändern sich regelmäßig. Alle Angaben in diesem Manual dienen der klinisch-konzeptuellen Orientierung und ersetzen keine rechtliche oder kassenärztliche Beratung. Stand: Juni 2026.*

# K2 - Arbeitsunfähigkeit in der Hausarztpraxis

## *Medizinische Leistungsbeurteilung, Jobcenter- und Gerichtskonstellationen, Wegefähigkeit und rechtssichere Dokumentation*

### 1. Einleitung: Warum dieses Kapitel notwendig ist

Kaum ein hausärztlicher Routinevorgang ist so alltäglich und gleichzeitig so konfliktanfällig wie das Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (AU). Anders als bei den meisten medizinischen Entscheidungen trifft die Hausärztin oder der Hausarzt hier eine Beurteilung mit unmittelbarer rechtlicher und finanzieller Tragweite für Dritte – Arbeitgeber, Krankenkasse, Jobcenter, mitunter Gerichte. Das führt regelmäßig zu Erwartungsdruck, Interessenkonflikten und Formulierungsfragen, die im Studium kaum vermittelt werden.

Dieses Kapitel ordnet die AU-Beurteilung als das ein, was sie medizinisch ist: eine begründungspflichtige ärztliche Einschätzung der Diskrepanz zwischen Gesundheitszustand und Anforderungsprofil einer konkreten Tätigkeit – keine Gefälligkeit, kein Verwaltungsakt und kein Mittel zur Lösung außermedizinischer Konflikte.

Drei Entwicklungen erhöhen den Beratungsdruck in der Hausarztpraxis aktuell zusätzlich:

- Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) hat Abläufe und Datenflüsse verändert; viele Patientinnen und Patienten kennen die neue Aufgabenteilung zwischen Praxis, Krankenkasse und Arbeitgeber nicht.
- Bürgergeld-Bezug und Jobcenter-Konstellationen erzeugen einen eigenen, vom Arbeitsverhältnis abweichenden rechtlichen Rahmen, der in der Praxis häufig mit dem „normalen“ AU-Verfahren verwechselt wird.
- Anfragen nach Attesten für Gerichtstermine, Vorstellungsgespräche oder sonstige Anlässe außerhalb der eigentlichen Arbeitsfähigkeit nehmen zu und verlangen eine klare begriffliche Abgrenzung, die viele Praxen bislang nicht einheitlich handhaben.

#### **MERKE**

Eine AU-Bescheinigung ist eine medizinische Aussage über die Fähigkeit, eine konkrete Tätigkeit auszuüben – nicht über Anwesenheit, Verhandlungsfähigkeit oder Wegefähigkeit zu einem bestimmten Termin. Diese begriffliche Trennschärfe ist der rote Faden dieses Kapitels.

### 2. Grunddefinition: Was Arbeitsunfähigkeit medizinisch bedeutet

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine versicherte Person aufgrund einer Krankheit ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr ausüben kann oder sie nur unter Gefahr einer Verschlimmerung des Gesundheitszustands fortsetzen könnte. Entscheidend ist nicht die Diagnose als solche, sondern der konkrete Funktionsausfall im Verhältnis zu den Anforderungen der Tätigkeit.

## Die AU-Formel

Eine begründbare AU-Entscheidung lässt sich auf fünf Bausteine zurückführen, die in der Dokumentation gedanklich durchlaufen werden sollten:

Baustein	Leitfrage
1. Erkrankung	Liegt eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinn vor (regelwidriger Körper- oder Geisteszustand mit Behandlungsbedarf oder Arbeitsunfähigkeit)?
2. Tätigkeit/Maßstab	Welche konkrete Tätigkeit ist Bezugspunkt – die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bei Beschäftigten oder der abstrakte Maßstab des allgemeinen Arbeitsmarktes bei Arbeitslosen?
3. Anforderungsprofil	Welche körperlichen, kognitiven oder psychischen Anforderungen stellt diese Tätigkeit konkret?
4. Funktionsausfall	Welche Funktion ist durch die Erkrankung so eingeschränkt, dass die Anforderungen nicht erfüllt werden können?
5. Prognose	Wie lange ist mit dieser Einschränkung zu rechnen – wird der AU-Zeitraum dadurch plausibel begrenzt?

### MERKE

AU-Formel: Erkrankung + Tätigkeit/Maßstab + Anforderungsprofil + Funktionsausfall + Prognose = begründbare Arbeitsunfähigkeit. Fehlt einer der fünf Bausteine in der gedanklichen Herleitung, ist die AU-Entscheidung angreifbar.

Eine Teil-Arbeitsunfähigkeit im Sinne von „halb arbeitsfähig“ existiert im deutschen Sozialrecht nicht. Arbeitsunfähigkeit ist eine binäre Beurteilung: entweder die zuletzt ausgeübte Tätigkeit kann in vollem Umfang ausgeübt werden, oder nicht. Eine schrittweise Rückkehr bei fortbestehender AU ist ausschließlich über die stufenweise Wiedereingliederung (Abschnitt 10) möglich, nicht über eine „Teil-AU“.

### PRAXISFEHLER VERMEIDEN

- Eine AU „zur Sicherheit“ oder „auf Wunsch“ ohne erkennbaren Funktionsausfall ausstellen.
- Die AU-Dauer pauschal nach Wunsch der Patientin oder des Patienten statt nach Prognose festlegen.
- Eine „Teil-AU“ oder „AU für halbe Tage“ bescheinigen – diese Kategorie existiert nicht.

## 3. Tätigkeit statt Diagnose: derselbe Befund, unterschiedliche AU-Entscheidung

Da der Maßstab die konkrete Tätigkeit ist, kann derselbe Befund bei zwei Patientinnen oder Patienten zu völlig unterschiedlichen AU-Entscheidungen führen. Diese Tätigkeitsanamnese ist daher ebenso obligat wie die klinische Untersuchung.

## Tätigkeitsanamnese-Minimum

- Konkrete Berufsbezeichnung und tatsächlich ausgeübte Haupttätigkeiten (nicht nur der Berufstitel).
- Überwiegend körperliche, kognitive, psychische oder kommunikative Anforderungen?
- Schichtdienst, Fahrtätigkeit, Hygienevorschriften, Kundenkontakt, Verantwortung für Dritte?
- Home-Office-Option oder ausschließlich Präsenzpflcht?

Befund	Tätigkeit A	AU-Einschätzung A	Tätigkeit B	AU-Einschätzung B
Akute Lumbalgie	Bauarbeiter, schweres Heben	AU wahrscheinlich, mittlere Dauer	Bürotätigkeit ohne Hebebelastung	AU eher kurz oder verzichtbar, ggf. Anpassung statt AU
Laryngitis mit Stimmverlust	Lehrkraft, Call-Center	AU erforderlich – Stimme ist Arbeitsmittel	Lagerarbeit ohne Sprechpflicht	AU meist nicht erforderlich
Gastroenteritis	Koch, Lebensmittelverarbeitung	AU bis Symptombefreiheit – Hygienevorschriften (§ 42 IfSG)	Bürotätigkeit im Homeoffice-fähigen Umfeld	Kurze AU, ggf. Symptomkontrolle ausreichend
Depressive Episode, mittelgradig	Hohe Kundenverantwortung, Zeitdruck	AU erforderlich – Funktionsausfall im Vordergrund	Reduzierte Belastung, flexible Strukturierung möglich	Einzelfallprüfung, ggf. kürzere AU mit engmaschiger Kontrolle

### PRAXIS-PEARL

Ein kurzer Dokumentationssatz wie „Tätigkeit: Bauarbeiter, schweres Heben/Tragen; Funktionsausfall: schmerzbedingte Einschränkung der Wirbelsäulenbelastbarkeit; AU 5 Tage, Reevaluation“ macht die AU-Entscheidung im Streitfall in einem Satz nachvollziehbar.

### SOP 1: AU-Basisentscheidung

1. Tätigkeitsanamnese erheben: konkrete Haupttätigkeiten, nicht nur Berufsbezeichnung.
2. Klinischen Befund erheben und Funktionsausfall benennen.
3. Anforderungsprofil der Tätigkeit gegen Funktionsausfall abgleichen.
4. Prognose einschätzen und AU-Dauer daran ausrichten, nicht an Wunschkdauer.
5. Bei Beschäftigten: zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maßstab; bei Arbeitslosen: abstrakter Maßstab des allgemeinen Arbeitsmarkts (Abschnitt 4).
6. Red Flags für Chronifizierung oder psychosoziale Komplexität screenen.
7. Eindeutige Diagnosecodierung gemäß ICD-10-GM, ohne Diagnoseweitergabe an den Arbeitgeber (Abschnitt 9).
8. AU-Dauer und Wiedervorstellungstermin dokumentieren.
9. Bei Unsicherheit: kürzere AU mit zeitnaher Reevaluation statt langer AU „auf Verdacht“.
10. Dokumentationssatz mit Tätigkeit, Funktionsausfall und Prognose in der Akte hinterlegen.

## 4. Beschäftigte, Arbeitslose und Bürgergeld-Bezug: unterschiedliche Maßstäbe

### Beschäftigte

Bei Beschäftigten ist der Maßstab die zuletzt vor Eintritt der Erkrankung tatsächlich ausgeübte Tätigkeit beim aktuellen Arbeitgeber – nicht eine abstrakt mögliche andere Tätigkeit. Eine andere, leichtere Tätigkeit beim selben Arbeitgeber ist nur relevant, wenn der Arbeitgeber eine Umsetzung tatsächlich anbietet und die Patientin oder der Patient diese auch ausüben kann.

### Arbeitslose und Leistungsbeziehende (SGB III)

Bei Personen, die Arbeitslosengeld nach SGB III beziehen, gilt ein anderer, abstrakter Maßstab: maßgeblich ist nicht die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, sondern die Fähigkeit, Tätigkeiten auszuüben, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zumutbar und mit der Restleistungsfähigkeit vereinbar sind. Arbeitsunfähigkeit im Leistungsbezug bedeutet damit faktisch: Die Person kann derzeit keine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben.

### Bürgergeld-Bezug (SGB II) und Jobcenter-Grundlogik

Im Bürgergeld-Bezug (SGB II) bestehen eigenständige Mitwirkungs- und Meldepflichten, die durch eine AU nicht automatisch entfallen. Leistungsberechtigte sind verpflichtet, eine eingetretene Arbeitsunfähigkeit und ihre voraussichtliche Dauer dem Jobcenter unverzüglich mitzuteilen und die AU-Bescheinigung einzureichen. Die AU befreit von der konkreten Pflicht, die durch sie verhinderte Handlung vorzunehmen – sie befreit nicht generell von allen sonstigen Mitwirkungspflichten.

Status	Maßstab für AU	Praktische Konsequenz
Beschäftigt	Zuletzt ausgeübte Tätigkeit beim aktuellen Arbeitgeber	Tätigkeitsanamnese am Arbeitsplatzprofil ausrichten
Arbeitslosengeld (SGB III)	Abstrakter Maßstab: zumutbare Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts	Restleistungsfähigkeit, nicht frühere Tätigkeit, ist entscheidend
Bürgergeld (SGB II)	Wie SGB III, zusätzlich eigene Mitwirkungs- und Meldepflichten	AU befreit nur von der konkret verhinderten Pflicht, nicht generell

#### MERKE

Eine AU-Bescheinigung im Bürgergeld-Bezug ist kein Freibrief für sämtliche Mitwirkungspflichten. Sie bescheinigt die Unfähigkeit zu einer konkreten Handlung wegen Krankheit – mehr nicht.

## 5. AU ist keine Terminbefreiung: Begriffe sauber trennen

Der häufigste Quell von Missverständnissen zwischen Hausarztpraxis, Jobcenter und Gericht ist die Vermischung fünf unterschiedlicher Begriffe, die jeweils eine andere Frage beantworten. Diese Trennschärfe zu wahren schützt Patientinnen und Patienten ebenso wie die ausstellende Praxis.

Begriff	Beantwortet die Frage	Beispiel
Arbeitsunfähigkeit (AU)	Kann die Person ihre Tätigkeit ausüben?	Bandscheibenvorfall verhindert Bürotätigkeit über mehrere Tage
Wegeunfähigkeit	Kann die Person sich überhaupt fortbewegen/zu einem Ort begeben?	Akuter Schwindel, Immobilität nach Sturz
Terminunfähigkeit	Kann die Person einen konkreten Termin wahrnehmen?	Akute Migräneattacke am Tag der Anhörung
Verhandlungsunfähigkeit	Ist die Person fähig, an einer Gerichtsverhandlung teilzunehmen und prozessfähig zu handeln?	Akute Dekompensation, kognitive Einschränkung – meist fachärztlich/psychiatrisch zu beurteilen
Anwesenheitsbescheinigung	War die Person zu einem Zeitpunkt in der Praxis?	Reine Tatsachenbestätigung, kein medizinisches Urteil

### MERKE

„AU ist keine Terminbefreiung.“ Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung beantwortet ausschließlich die Frage der Tätigkeitsfähigkeit. Ob jemand zu einem Jobcenter-Termin, einer Gerichtsverhandlung oder einem Vorstellungsgespräch erscheinen kann, ist eine eigenständige Frage, die – wenn überhaupt – mit einem eigenen, klar benannten Attest zu beantworten ist.

## Gerichtstermine: zurückhaltend und präzise formulieren

Verhandlungsunfähigkeit ist eine anspruchsvolle Beurteilung, die häufig die hausärztliche Kompetenz überschreitet, insbesondere wenn psychiatrische Symptomatik im Vordergrund steht. Die Hausarztpraxis sollte sich in der Regel auf eine Beschreibung des aktuellen Gesundheitszustands beschränken und die rechtliche Wertung („verhandlungsunfähig“) dem Gericht beziehungsweise einem fachärztlichen Gutachten überlassen.

Formulierung	Einschätzung
„Patient/in ist aufgrund [Befund] aktuell nicht in der Lage, das Haus zu verlassen.“	Geeignet – beschreibt Befund, keine rechtliche Wertung
„Patient/in ist verhandlungsunfähig.“	Risikant – rechtliche Wertung ohne ausreichende fachliche Grundlage, vermeiden
„Patient/in war am [Datum] in der Praxis.“	Geeignet als reine Anwesenheitsbescheinigung, kein Urteil über Termin- oder Verhandlungsfähigkeit

### PRAXISFEHLER VERMEIDEN

- Pauschale Formulierung „verhandlungsunfähig“ ohne fachärztliche Abklärung verwenden.
- Eine AU automatisch als Entschuldigung für jeden verpassten Termin werten.
- Atteste für Gerichtstermine ohne Rücksprache mit der Patientin oder dem Patienten über den tatsächlichen Anlass ausstellen.

Formulierung	Einschätzung
<p><b>AKTUALISIERUNGSHINWEIS Neuregelung Bürgergeld ab 1. Juli 2026</b></p> <p>Jobcenter können ab dem 1. Juli 2026 bei wiederholten Meldeversäumnissen, die mit Arbeitsunfähigkeit begründet werden, eine ärztliche oder psychologische Untersuchungsanordnung verlangen, wenn konkrete Zweifel an der tatsächlichen Arbeitsunfähigkeit bestehen (zum Beispiel ungewöhnlich häufige kurze AU-Zeiten oder auffällig häufige Bescheinigungen). Ein einzelnes Fernbleiben allein reicht hierfür nicht aus; das Jobcenter muss konkrete Zweifel begründen. Eine ordnungsgemäß ausgestellte AU-Bescheinigung hat weiterhin hohen Beweiswert. Für die Praxis bedeutet das: nachvollziehbare, tätigkeitsbezogene Dokumentation gewinnt zusätzlich an Bedeutung.</p>	

## 6. Problemfallkonstellationen: typische Gesprächssituationen

Die folgenden acht Vignetten bilden wiederkehrende Konfliktsituationen ab. Jede Vignette folgt demselben Aufbau: Kurzfall, fachliche Prüfung, Entscheidung und ein kurzer Gesprächsbaustein für die Praxis.

### FALLVIGNETTE Verpasster Jobcenter-Termin wegen „Erkältung“

**Kurzfall:** Ein Patient erscheint einen Tag nach einem verpassten Jobcenter-Termin und bittet rückwirkend um eine AU „für gestern“. Der Termin war seit zwei Wochen bekannt.

**Prüfung:** Liegt aktuell eine relevante Erkrankung mit Funktionsausfall vor? Wie plausibel ist eine Rückdatierung über einen Tag angesichts der Beschwerdeschilderung?

**Entscheidung:** Eine AU wird ausschließlich für den Tag der ärztlichen Feststellung ausgestellt, sofern dieser Tag medizinisch begründbar ist. Eine Rückdatierung auf den Termintag erfolgt nur, wenn die Kriterien aus Abschnitt 8 erfüllt sind – nicht automatisch, weil ein Termin verpasst wurde.

**Gesprächsbaustein:** „Ich kann Ihnen eine AU für den heutigen Tag ausstellen, wenn der Befund das stützt. Für den verpassten Termin ist das Jobcenter die richtige Stelle – dort können Sie den Sachverhalt schildern.“

### FALLVIGNETTE Rückdatierung nach Streit mit dem Arbeitgeber

**Kurzfall:** Eine Patientin bittet um eine AU, die drei Tage zurückdatiert wird, weil sie nach einem Konflikt mit dem Vorgesetzten der Arbeit fernblieb.

**Prüfung:** Eine Rückdatierung über mehr als drei Kalendertage hinaus ist nach der AU-Richtlinie grundsätzlich nicht vorgesehen. Zusätzlich fehlt ein objektivierbarer Funktionsausfall für die zurückliegenden Tage.

**Entscheidung:** Keine Rückdatierung über den zulässigen Rahmen hinaus. Aktuelle Symptomatik wird ab dem Tag der Vorstellung bescheinigt; der Konflikt mit dem Arbeitgeber wird als arbeitsrechtliches, nicht medizinisches Thema benannt.

**Gesprächsbaustein:** „Ich verstehe, dass die Situation belastend war. Eine AU kann ich nur für eine tatsächlich bestehende Erkrankung und nur in engen Grenzen rückwirkend ausstellen. Den Konflikt mit Ihrem Arbeitgeber kann ich damit nicht lösen.“

### **FALLVIGNETTE Attest „für die Gerichtsverhandlung“ bei Prüfungsangst**

Kurzfall: Ein Patient mit starker Anspannung vor einem Gerichtstermin bittet um ein Attest, das ihn als „verhandlungsunfähig“ ausweist.

Prüfung: Liegt eine krankheitswertige Störung vor, oder handelt es sich um situative Anspannung ohne Krankheitswert? Verhandlungsunfähigkeit ist eine juristisch-medizinische Spezialfrage, die in der Regel nicht hausärztlich beurteilt wird.

Entscheidung: Beschreibung des aktuellen Gesundheitszustands ohne die Wertung „verhandlungsunfähig“. Bei Hinweisen auf eine ernsthafte psychische Symptomatik: Empfehlung zur fachärztlichen/psychiatrischen Abklärung, ggf. mit Fristsetzung gegenüber dem Gericht durch den Patienten selbst.

*Gesprächsbaustein: „Eine Verhandlungsunfähigkeit kann ich als Hausarzt nicht rechtssicher attestieren. Ich kann Ihnen den aktuellen Befund bescheinigen; die rechtliche Einschätzung muss das Gericht oder ein Facharzt vornehmen.“*

### **FALLVIGNETTE Panikattacke vor einem Vorstellungsgespräch**

Kurzfall: Eine arbeitslose Patientin meldet sich kurzfristig mit Herzrasen und Schwitzen vor einem Vorstellungsgespräch und möchte eine Bescheinigung, dass sie „heute nicht in der Lage“ ist hinzugehen.

Prüfung: Abgrenzung AU (Tätigkeitsfähigkeit) von Terminunfähigkeit für ein einzelnes Ereignis. Eine einzelne Angstreaktion vor einem Termin begründet in der Regel keine AU im sozialversicherungsrechtlichen Sinn.

Entscheidung: Klärung des eigentlichen Anliegens; ggf.

Terminunfähigkeitsbescheinigung mit Beschreibung des Befundtags, keine AU ohne fortbestehenden Funktionsausfall. Bei wiederholten Panikattacken: weiterführende Diagnostik anbieten.

*Gesprächsbaustein: „Eine AU würde bedeuten, dass Sie generell arbeitsunfähig sind – das trifft hier nicht zu. Für den heutigen Termin kann ich Ihnen bestätigen, was ich aktuell bei Ihnen feststelle.“*

### **FALLVIGNETTE Auffällig häufige Kurz-AU bei Bürgergeld-Bezug**

Kurzfall: Ein Bürgergeld-Empfänger stellt sich wiederholt kurz vor anstehenden Jobcenter-Terminen mit wechselnden, jeweils kurz dauernden Beschwerden vor.

Prüfung: Liegt jeweils ein nachvollziehbarer Funktionsausfall vor? Besteht ein Muster, das eine sorgfältigere, einzelfallbezogene Dokumentation erfordert?

Entscheidung: Jede Konsultation wird unabhängig und nach denselben Kriterien (AU-Formel, Abschnitt 2) beurteilt – weder automatisch bescheinigt noch automatisch verweigert. Eine besonders sorgfältige, tätigkeitsbezogene Dokumentation ist hier zusätzlich wichtig, da das Jobcenter ab Juli 2026 bei begründeten Zweifeln eine Untersuchungsanordnung veranlassen kann (Abschnitt 5).

*Gesprächsbaustein: „Ich beurteile jeden Termin für sich nach dem aktuellen Befund. Wenn wiederholt Beschwerden auftreten, kann es sinnvoll sein, das einmal gründlicher abzuklären.“*

### **FALLVIGNETTE Telefonische Anfrage einer unbekanntenen Person mit Bauchschmerzen**

**Kurzfall:** Eine der Praxis nicht bekannte Person ruft an und bittet um eine AU wegen Bauchschmerzen, ohne in die Praxis zu kommen.

**Prüfung:** Die Telefon-AU ist nach G-BA-Vorgabe an enge Kriterien gebunden (Abschnitt 9): bekannte Patientin/Patient, leichte Erkrankung, in der Regel Atemwegsinfekt. Unklare Bauchschmerzen bei unbekannter Person erfüllen diese Kriterien nicht.

**Entscheidung:** Persönliche Vorstellung erforderlich; bei Hinweisen auf akutes Abdomen ggf. Verweis auf Notfallversorgung.

**Gesprächsbaustein:** „Bei Bauchschmerzen muss ich Sie persönlich untersuchen, um das sicher einschätzen zu können. Bitte kommen Sie in die Praxis oder, bei starken Schmerzen, in die Notaufnahme.“

### **FALLVIGNETTE Lange AU bei Long-COVID ohne Wiedereingliederungsplan**

**Kurzfall:** Eine Patientin ist seit zehn Wochen wegen anhaltender Fatigue-Symptomatik krankgeschrieben, ein Wiedereingliederungsplan wurde bislang nicht angesprochen.

**Prüfung:** Ab sechs Wochen sollte ein struktureller Review erfolgen (Reha-Bedarf, BEM-Pflicht des Arbeitgebers, Option der stufenweisen Wiedereingliederung).

**Entscheidung:** Gespräch über stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell) und Hinweis auf den BEM-Anspruch initiieren; bei anhaltender Symptomatik Reha-Antrag prüfen.

**Gesprächsbaustein:** „Bei einer so langen Krankschreibung lohnt es sich, über eine stufenweise Rückkehr an den Arbeitsplatz zu sprechen. Das nimmt Druck heraus und schützt Sie gleichzeitig vor Überforderung.“

### **FALLVIGNETTE AU als Fluchtmöglichkeit aus einem Arbeitsplatzkonflikt**

**Kurzfall:** Ein Patient mit depressiver Symptomatik äußert offen, die AU vor allem zu nutzen, um einem ungelösten Konflikt mit einer Führungskraft auszuweichen.

**Prüfung:** Liegt unabhängig vom Konflikt ein medizinisch relevanter Funktionsausfall vor? Wird die AU als alleinige Konfliktlösung instrumentalisiert?

**Entscheidung:** AU-Entscheidung ausschließlich am Funktionsausfall ausrichten, den Konflikt klar als zusätzliches, eigenständiges Thema benennen und auf BEM beziehungsweise Mediation am Arbeitsplatz verweisen statt auf Dauer-AU.

**Gesprächsbaustein:** „Die AU kann eine akute Belastung abfangen, löst aber den Konflikt mit Ihrer Führungskraft nicht. Lassen Sie uns parallel über das Eingliederungsmanagement Ihres Betriebs sprechen.“

## 7. Subjektive Beschwerden und psychische Erkrankungen

Bei rein subjektiv geschilderten Beschwerden ohne objektivierbaren Befund – etwa Erschöpfung, diffuse Schmerzen oder psychische Symptomatik – lässt sich die AU-Formel nicht über einen laborchemischen oder bildgebenden Nachweis stützen. Das bedeutet nicht, dass solche Beschwerden weniger ernst zu nehmen sind; es verschiebt jedoch den Schwerpunkt der Beurteilung auf eine sorgfältige klinische Funktionsanamnese.

### Strukturierte Funktionsanamnese statt Diagnoseetikett

Bei psychischen Erkrankungen ist nicht die Diagnose (z. B. „depressive Episode“) der entscheidende Maßstab, sondern die konkrete Funktionseinschränkung: Konzentrationsfähigkeit, Antrieb, Belastbarkeit unter Zeitdruck, Fähigkeit zur sozialen Interaktion, Schlafqualität und deren Auswirkung auf die Tätigkeit.

- Welche konkreten Anforderungen der Tätigkeit (Abschnitt 3) sind betroffen – Konzentration, Kundenkontakt, Verantwortung, Zeitdruck?
- Seit wann bestehen die Einschränkungen, und wie haben sie sich entwickelt?
- Bestehen Hinweise auf eine Belastungssituation am Arbeitsplatz, die unabhängig von der AU-Entscheidung adressiert werden sollte (Abschnitt 6)?
- Ist eine fachärztliche/psychotherapeutische Mitbehandlung bereits eingeleitet oder indiziert?

#### RED FLAG - SOFORT HANDELN

Bei psychischer Symptomatik ist eine aktive Suizidalitätsabklärung Teil jeder AU-relevanten Konsultation – unabhängig davon, ob die Patientin oder der Patient dies selbst ansprechen würde.

- Akute Suizidgedanken mit konkretem Plan oder Zugriff auf Mittel.
- Plötzlicher Rückzug, Hoffnungslosigkeit, Abschiedsäußerungen.
- Selbst- oder Fremdgefährdung – sofortige fachpsychiatrische Anbindung, ggf. Notfallversorgung.

#### MERKE

Bei subjektiven Beschwerden ist die ärztliche Aufgabe nicht, die Beschwerden zu „beweisen“, sondern den Funktionsausfall plausibel und nachvollziehbar zu dokumentieren – einschließlich dessen, was die Patientin oder der Patient selbst berichtet.

#### PRAXIS-PEARL

Ein hilfreicher Dokumentationssatz: „Patient/in berichtet glaubhaft über [Symptom]; im Querschnitt zeigt sich [Befund]; Funktionsausfall bezogen auf [Anforderung der Tätigkeit] plausibel; AU [Dauer], Reevaluation [Datum].“

## 8. Rückdatierung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Nach der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses kann eine AU in eng begrenztem Rahmen rückwirkend bescheinigt werden, wenn die rückwirkende Feststellung medizinisch plausibel und glaubhaft begründet ist. Eine Rückdatierung ist kein Automatismus auf Wunsch, sondern eine eigenständige ärztliche Einzelfallentscheidung.

Kriterium	Bewertung
Zeitlicher Rahmen	In der Regel maximal bis zu drei Kalendertage vor dem Tag der Feststellung
Plausibilität	Geschilderter Symptombeginn und -verlauf müssen zur rückwirkend bescheinigten Erkrankung passen
Glaubhaftigkeit	Keine konkreten Anhaltspunkte für eine Gefälligkeitsbescheinigung oder nachträgliche Konstruktion
Dokumentation	Begründung der Rückdatierung explizit in der Akte festhalten, nicht nur die rückwirkende AU selbst

### PRAXISFEHLER VERMEIDEN

- Rückdatierung ausschließlich auf Wunsch ohne eigene Plausibilitätsprüfung.
- Rückdatierung über mehrere Wochen oder ohne jede Begründung in der Akte.
- Rückdatierung, um einen bereits verstrichenen Termin nachträglich zu „heilen“, ohne dass eine Erkrankung am Termintag selbst plausibel ist.

### MERKE

Glaubhaftigkeit und klinische Plausibilität sind die zwei Säulen jeder Rückdatierung. Fehlt eine davon, ist die rückwirkende AU nicht zu bescheinigen – auch nicht „aus Kulanz“.

## 9. Telefon- und Video-AU, eAU und weitere Sonderfälle

### Telefonische Krankschreibung

Die telefonische AU-Feststellung ist seit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 7. Dezember 2023 dauerhaft wieder möglich, allerdings nur unter engen Voraussetzungen: Die Patientin oder der Patient muss der Praxis bereits bekannt sein, es darf sich nicht um eine schwere Symptomatik handeln, und in der Praxis wird die telefonische AU regelhaft auf leichte Erkrankungen der oberen Atemwege beschränkt. Die maximale Dauer einer telefonisch festgestellten Erst-AU ist begrenzt; eine Folgebescheinigung erfordert in der Regel die persönliche oder Video-Vorstellung.

### Video-Sprechstunde

Eine AU-Feststellung per Videosprechstunde folgt denselben Grundprinzipien wie die telefonische AU, ermöglicht zusätzlich eine visuelle Einschätzung des Allgemeinzustands. Eine körperliche Untersuchung ersetzt sie nicht; bei unklarem oder komplexem Befund ist die persönliche Vorstellung weiterhin erforderlich.

### MFA-TRIAGE - SOFORT ARZTKONTAKT

- Anfrage nach AU für unbekannte oder der Praxis lange nicht vorgestellte Person.
- Geschilderte Symptomatik passt nicht zum „leichte Erkrankung“-Kriterium (z. B. Brustschmerz, starke Bauchschmerzen, neurologische Symptome).
- Wiederholte telefonische AU-Anfragen derselben Person innerhalb kurzer Zeit.
- Anfrage nach Rückdatierung in Kombination mit telefonischem Kontakt.

## Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Seit der gesetzlichen Einführung über das Terminservice- und Versorgungsgesetz übermittelt die Praxis die AU-Daten elektronisch direkt an die Krankenkasse. Der Arbeitgeber erhält über die Krankenkasse ausschließlich die für ihn relevanten Eckdaten – Beginn und voraussichtliches Ende der AU sowie ob es sich um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt – ausdrücklich ohne Diagnose. Die Patientin oder der Patient erhält weiterhin einen Ausdruck für die eigenen Unterlagen.

### MERKE

Die Diagnose verbleibt bei eAU ausschließlich bei Praxis und Krankenkasse. Der Arbeitgeber erhält sie nie automatisch – ein häufiges Missverständnis, das in Patientengesprächen aktiv aufgeklärt werden sollte.

## Technische Voraussetzungen und Komfortsignatur

Die eAU-Übermittlung erfordert einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA), einen KIM-Dienst und einen TI-Konnektor mit ausreichender Ausbaustufe. Die Komfortsignatur erlaubt es, nach einmaliger PIN-Eingabe mehrere eAU-Signaturen innerhalb eines definierten Zeitraums vorzunehmen, was den Praxisalltag erheblich erleichtert.

## 10. Lange Arbeitsunfähigkeit: Wiedereingliederung, BEM und Reha

Zeitfenster	Einordnung	Praktische Konsequenz
Bis 2 Wochen	Kurze AU	Routinekontrolle, meist keine weiteren Schritte erforderlich
2–6 Wochen	Mittlere AU	Verlaufskontrolle, beginnende Chronifizierungsrisiken screenen
6 Wochen – 6 Monate	Lange AU	BEM-Anspruch entsteht, Wiedereingliederung aktiv ansprechen, Reha-Bedarf prüfen
Über 6 Monate	Sehr lange AU	„Reha vor Rente“ prüfen, enge Abstimmung mit Rentenversicherung/Krankenkasse

## Stufenweise Wiedereingliederung (Hamburger Modell)

Die stufenweise Wiedereingliederung ermöglicht eine schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz, während die Arbeitsunfähigkeit formal weiterhin besteht. Patientin oder Patient, Hausarztpraxis, Arbeitgeber und gegebenenfalls Kranken- oder Rentenversicherung erstellen gemeinsam einen Stufenplan mit ansteigender Arbeitszeit und Belastung.

### SOP 2: Stufenweise Wiedereingliederung einleiten

1. Eignung prüfen: stabiler, aber noch nicht voll belastbarer Gesundheitszustand.
2. Mit Patientin/Patient die grundsätzliche Bereitschaft und den Arbeitsplatzbezug klären.
3. Stufenplan mit ansteigender täglicher Arbeitszeit über mehrere Wochen erstellen.
4. Plan mit Arbeitgeber und Krankenkasse beziehungsweise Rentenversicherung abstimmen.
5. Regelmäßige Verlaufskontrollen während der Wiedereingliederungsphase einplanen.
6. Abbruchkriterien vorab festlegen und dokumentieren.

## Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Nach § 167 Abs. 2 SGB IX muss der Arbeitgeber ein betriebliches Eingliederungsmanagement anbieten, wenn eine beschäftigte Person innerhalb von zwölf Monaten länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig war. Anders als die Wiedereingliederung ist BEM kein medizinisches, sondern ein organisatorisches Verfahren: Ziel ist es, strukturelle Ursachen am Arbeitsplatz zu identifizieren und künftige Ausfallzeiten zu vermeiden.

### MERKE

Wiedereingliederung und BEM sind keine Synonyme: Die Wiedereingliederung ist eine medizinisch begleitete Rückkehrmaßnahme während laufender AU; BEM ist ein arbeitsrechtliches Verfahren zur Ursachenklärung, unabhängig vom aktuellen Krankheitsstatus.

### PRAXISFEHLER VERMEIDEN

- Gesundheitsdaten ohne ausdrückliche, dokumentierte Einwilligung an Arbeitgeber im Rahmen eines BEM-Verfahrens weitergeben.
- BEM und stufenweise Wiedereingliederung in der Patientenkommunikation gleichsetzen.
- Reha-Bedarf bei absehbar chronischem Verlauf erst nach mehreren Monaten erstmals ansprechen.

## Rehabilitation

Bei absehbar chronischem oder rezidivierendem Verlauf gilt der Grundsatz „Reha vor Rente“: Vor einer Erwerbsminderungsrente ist zu prüfen, ob eine medizinische oder berufliche Rehabilitationsmaßnahme die Erwerbsfähigkeit wiederherstellen oder erhalten kann. Der Antrag erfolgt über die Rentenversicherung oder, je nach Fallkonstellation, über die Krankenkasse.

## 11. MFA-Praxisprozess und Aufgabenverteilung

Ein klar abgegrenzter Praxisprozess verhindert sowohl überlastete Ärztinnen und Ärzte durch unnötige Rückfragen als auch riskante Alleinentscheidungen des Praxisteam in medizinisch bewertenden Fragen.

Aufgabe	Zuständigkeit
Terminkoordination für AU-Folgestermine	MFA
eAU-Übermittlung an Krankenkasse nach ärztlicher Freigabe	MFA
Einfache organisatorische Auskünfte (z. B. Abholzeiten, eAU-Ablauf erklären)	MFA
Entscheidung über AU-Dauer, Rückdatierung, Tätigkeitsbeurteilung	Ärztliche Leitung – nicht delegierbar
Bewertung von Jobcenter- oder Gerichtsanfragen	Ärztliche Leitung – nicht delegierbar
Herausgabe von Gesundheitsdaten an Dritte	Ärztliche Leitung, ausschließlich mit dokumentierter Einwilligung

### MERKE

Die MFA organisiert den AU-Prozess – sie trifft keine medizinische Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit und keine Entscheidung über Rückdatierungen oder strittige Fälle. Bei jeder inhaltlichen Unsicherheit erfolgt die Weitergabe an die ärztliche Leitung.

### SOP 3: AU-Anfrage am Empfang

1. Anliegen erfassen: Erst-AU, Folge-AU, Rückdatierung, Sonderbescheinigung (Termin-/Wegeunfähigkeit, Gericht)?
2. Bei Folge-AU ohne neue Beschwerden: regulären Termin nach Praxisablauf vergeben.
3. Bei Rückdatierungswunsch oder Sonderbescheinigung: Termin explizit als Rücksprachefall kennzeichnen.
4. Bei telefonischer AU-Anfrage: Kriterien aus Abschnitt 9 prüfen, im Zweifel an Arzt weiterleiten.
5. eAU-Übermittlung erst nach ärztlicher Freigabe der Bescheinigung auslösen.
6. Patientin/Patienten über eAU-Ablauf informieren: Arbeitgeber erhält nur Eckdaten, keine Diagnose.

## 12. Kommunikation: Gesprächsbausteine für die Praxis

Die folgenden Bausteine ergänzen die vignettenspezifischen Formulierungen aus Abschnitt 6 um allgemeine, immer wieder einsetzbare Antworten.

### **KOMMUNIKATION** Allgemeine Erklärung der AU-Logik

„Eine Krankschreibung richtet sich danach, ob Sie Ihre konkrete Tätigkeit ausüben können – nicht allein nach der Diagnose. Deshalb frage ich Sie gezielt nach den Anforderungen Ihrer Arbeit.“

### **KOMMUNIKATION** Abgrenzung AU von Terminbefreiung

„Die AU bescheinigt Arbeitsunfähigkeit, nicht automatisch, dass Sie zu einem bestimmten Termin nicht erscheinen können. Für einen einzelnen Termin ist gegebenenfalls eine andere, gesonderte Bescheinigung der richtige Weg.“

### **KOMMUNIKATION** Umgang mit Drängen auf längere AU-Dauer

„Ich orientiere die Dauer der Krankschreibung am voraussichtlichen Heilungsverlauf, nicht an einem Wunschzeitraum. Wenn es länger dauert als erwartet, sehen wir uns vorher noch einmal.“

### **KOMMUNIKATION** Reaktion auf Druck durch Dritte (Arbeitgeber, Jobcenter)

„Ich bespreche die AU-Entscheidung ausschließlich mit Ihnen als Patientin oder Patient. Anfragen von Arbeitgebern oder Behörden zu medizinischen Inhalten beantworte ich nur mit Ihrer ausdrücklichen, am besten schriftlichen Einwilligung.“

### **KOMMUNIKATION** Einleitung des Wiedereingliederungsgesprächs

„Bei einer so langen Ausfallzeit lohnt es sich, gemeinsam einen Plan für die Rückkehr an Ihren Arbeitsplatz zu machen – Schritt für Schritt, mit ärztlicher Begleitung.“

## 13. PVS-Dokumentationsbibliothek

Die folgenden Textbausteine lassen sich als Vorlagen im Praxisverwaltungssystem (PVS) hinterlegen und situationsspezifisch anpassen.

### **PVS-BAUSTEIN: Basis-AU mit Tätigkeitsbezug**

Tätigkeit: [Bezeichnung, Hauptanforderungen]. Befund: [klinischer Befund].  
Funktionsausfall: [konkrete Einschränkung bezogen auf Anforderungsprofil]. AU vom [Datum] bis [Datum]. Reevaluation: [Datum].

### **PVS-BAUSTEIN: Rückdatierte AU**

Vorstellung am [Datum]. Patient/in berichtet glaubhaft über Symptombeginn am [Datum, max. 3 Kalendertage zuvor]. Verlauf klinisch plausibel zum geschilderten Beginn.  
Rückdatierung auf [Datum] aus diesem Grund vertretbar. AU vom [Datum] bis [Datum].

**PVS-BAUSTEIN: Verweigerung einer rückwirkenden AU**

Vorstellung am [Datum] mit Bitte um Rückdatierung auf [Datum]. Geschilderter Beginn und aktueller Befund nicht ausreichend plausibel zur Begründung einer Rückdatierung über den zulässigen Rahmen hinaus. AU ab [Datum des Feststellungstags] ausgestellt. Patient/in über Sachlage aufgeklärt.

**PVS-BAUSTEIN: Telefonische AU**

Telefonkontakt am [Datum], Patient/in der Praxis seit [Zeitraum] bekannt. Schilderung vereinbar mit leichter Erkrankung der oberen Atemwege, keine Red-Flag-Symptomatik erfragt. Telefonische AU vom [Datum] bis [Datum], persönliche Vorstellung bei Verlängerung erforderlich.

**PVS-BAUSTEIN: Ablehnung Verhandlungsunfähigkeit**

Patient/in bittet um Bescheinigung der Verhandlungsunfähigkeit für Termin am [Datum]. Aufklärung, dass diese rechtliche Wertung hausärztlich nicht erfolgen kann. Stattdessen Beschreibung des aktuellen Gesundheitszustands: [Befund]. Empfehlung zur fachärztlichen Abklärung ausgesprochen.

**PVS-BAUSTEIN: Einleitung Wiedereingliederung**

AU besteht seit [Dauer]. Gespräch über stufenweise Wiedereingliederung nach Hamburger Modell geführt. Patient/in [stimmt zu/möchte Bedenkzeit]. Stufenplan in Abstimmung mit Arbeitgeber/Krankenkasse vorgesehen. Hinweis auf BEM-Anspruch des Arbeitgebers gegeben.

**PVS-BAUSTEIN: Einwilligungsvermerk Datenweitergabe**

Patient/in willigt am [Datum] ausdrücklich und schriftlich ein, dass folgende Informationen an [Empfänger] weitergegeben werden: [Umfang]. Einwilligung in der Akte hinterlegt, Widerruf jederzeit möglich.

## 14. Tabellen und Praxiskarten im Überblick

Zur schnellen Orientierung im Praxisalltag werden die zentralen Entscheidungshilfen dieses Kapitels hier als kompakte Karten zusammengefasst.

### Karte 1 – AU-Formel

Erkrankung + Tätigkeit/Maßstab + Anforderungsprofil + Funktionsausfall + Prognose = begründbare AU.

### Karte 2 – Maßstab nach Status

Beschäftigt: zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Arbeitslos/Bürgergeld: abstrakter Maßstab des allgemeinen Arbeitsmarkts.

### Karte 3 – Begriffstrennung

AU ≠ Wegeunfähigkeit ≠ Terminunfähigkeit ≠ Verhandlungsunfähigkeit ≠ Anwesenheitsbescheinigung – jeweils eigene Frage, eigene Bescheinigung.

### Karte 4 – Rückdatierung

Maximal rund drei Kalendertage, nur bei klinischer Plausibilität und Glaubhaftigkeit, immer mit Begründung in der Akte.

### Karte 5 – Telefon-/Video-AU

Nur bei bekannten Patientinnen/Patienten, leichte Erkrankung (typisch: obere Atemwege), keine Red Flags, begrenzte Dauer.

### Karte 6 – eAU-Datenfluss

Praxis → Krankenkasse: vollständige Daten inkl. Diagnose. Krankenkasse → Arbeitgeber: nur Eckdaten (Beginn/Ende, Erst-/Folgebescheinigung), keine Diagnose.

### Karte 7 – Zeitachse lange AU

Bis 2 Wochen: Routine. 2–6 Wochen: Verlaufskontrolle. 6 Wochen–6 Monate: BEM/Wiedereingliederung aktiv ansprechen. Über 6 Monate: Reha vor Rente prüfen.

### Karte 8 – Jobcenter-Update Juli 2026

Ab 1.7.2026: Untersuchungsanordnung bei begründeten Zweifeln möglich (z. B. häufige Kurz-AU), nicht bei einzelner Fehltermin. Sorgfältige, tätigkeitsbezogene Dokumentation gewinnt an Bedeutung.

## 15. Patientenhandout

### **PATIENTENHANDOUT: Was bedeutet meine Krankschreibung?**

Ihre Krankschreibung (Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) bestätigt, dass Sie wegen einer Erkrankung Ihre Arbeit vorübergehend nicht ausüben können.

Die Diagnose erhält ausschließlich Ihre Krankenkasse. Ihr Arbeitgeber erhält nur Beginn und voraussichtliches Ende sowie ob es sich um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt.

Eine Krankschreibung ist keine allgemeine Entschuldigung für verpasste Termine bei Behörden oder Gerichten. Sprechen Sie uns an, wenn Sie hierfür eine gesonderte Bescheinigung benötigen.

Eine rückwirkende Krankschreibung ist nur in engen Grenzen und nur bei nachvollziehbarem Krankheitsbeginn möglich.

Bei längerer Krankschreibung sprechen wir aktiv mit Ihnen über eine stufenweise Rückkehr an Ihren Arbeitsplatz.

### **PATIENTENHANDOUT: Stufenweise Wiedereingliederung – kurz erklärt**

Sie kehren schrittweise an Ihren Arbeitsplatz zurück, während Sie formal noch krankgeschrieben sind.

Die Arbeitszeit wird in Stufen gesteigert, abgestimmt zwischen Ihnen, uns und Ihrem Arbeitgeber.

Ziel ist eine nachhaltige Rückkehr ohne erneuten Ausfall – nicht eine möglichst schnelle volle Rückkehr.

Sie können die Wiedereingliederung jederzeit in Rücksprache mit uns anpassen oder abbrechen, wenn die Belastung zu hoch ist.

## 16. Master-Do-not-Liste

### PRAXISFEHLER VERMEIDEN

- AU ohne erkennbaren Funktionsausfall „auf Wunsch“ oder „zur Sicherheit“ ausstellen.
- AU-Dauer nach Wunschtermin statt nach medizinischer Prognose festlegen.
- Eine „Teil-AU“ oder „AU für halbe Tage“ bescheinigen.
- Tätigkeitsanamnese auslassen und allein nach Diagnose entscheiden.
- Bei Arbeitslosen/Bürgergeld-Bezug den Maßstab der zuletzt ausgeübten Tätigkeit statt des abstrakten Maßstabs anwenden.
- AU als generelle Terminbefreiung für Jobcenter-, Gerichts- oder sonstige Termine verstehen oder kommunizieren.
- Verhandlungsunfähigkeit ohne fachärztliche Grundlage pauschal attestieren.
- Rückdatierung ohne klinische Plausibilität und ohne Begründung in der Akte vornehmen.
- Rückdatierung über den zulässigen zeitlichen Rahmen hinaus aus Kulanz gewähren.
- Telefonische AU bei unbekanntem Patientinnen/Patienten oder bei schwerer/unklarer Symptomatik ausstellen.
- Diagnosen über die eAU oder auf anderem Weg an den Arbeitgeber weitergeben.
- Lange AU ohne aktives Ansprechen von Wiedereingliederung, BEM oder Reha-Bedarf laufen lassen.
- Wiedereingliederung und BEM in der Kommunikation gleichsetzen.
- Gesundheitsdaten an Arbeitgeber, Jobcenter oder Gericht ohne dokumentierte Einwilligung herausgeben.
- Bei psychischer Symptomatik die aktive Suizidalitätsabklärung unterlassen.
- MFA eigenständig über AU-Dauer, Rückdatierung oder strittige Fälle entscheiden lassen.
- Auffällig häufige Kurz-AU ohne sorgfältige Einzelfalldokumentation „durchwinken“ oder pauschal verweigern.

## 17. Master-Qualitätsindikatoren

Indikator	Zielwert/Standard
Dokumentierte Tätigkeitsanamnese bei AU-Erstausstellung	Bei nahezu allen AU-Erstausstellungen vorhanden
Dokumentierte Begründung bei Rückdatierung	Bei jeder Rückdatierung lückenlos vorhanden
Strukturierter Review bei AU-Dauer über sechs Wochen	Bei allen Fällen mit langer AU durchgeführt
Aktives Ansprechen von Wiedereingliederung/BEM ab sechs Wochen AU	Bei allen Fällen mit langer AU dokumentiert
Telefonische AU nur bei erfüllten Kriterien (Abschnitt 9)	Keine Ausnahmen ohne Dokumentation der Prüfung
Dokumentierte Einwilligung vor Datenweitergabe an Dritte	Vollständig bei jeder Weitergabe
Klare begriffliche Trennung AU/Wege-/Termin-/Verhandlungsunfähigkeit in Patientengesprächen	Regelmäßige Teambesprechung dieser Abgrenzung

## 18. Quellen und Aktualisierungshinweis

Dieses Kapitel beruht auf den hausintern bereitgestellten Recherche-Etappen zur Arbeitsunfähigkeit (Etappen 3 bis 6 sowie Kompendium K1) sowie auf einer ergänzenden aktuellen Recherche zum Stand Juni 2026.

### AKTUALISIERUNGSHINWEIS

Über den Wissensstand der zugrunde liegenden Etappen-Recherche hinaus wurde eine Rechtsänderung identifiziert und in Abschnitt 5 eingearbeitet: Ab dem 1. Juli 2026 können Jobcenter bei wiederholten, mit Arbeitsunfähigkeit begründeten Meldeversäumnissen unter bestimmten Voraussetzungen eine ärztliche oder psychologische Untersuchungsanordnung verlangen. Diese Regelung sollte bei der nächsten inhaltlichen Überarbeitung dieses Kapitels auf etwaige weitere Konkretisierungen geprüft werden.

Empfohlenes Aktualisierungsintervall: jährlich, sowie anlassbezogen bei Änderungen der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie, des eAU-Verfahrens oder der Mitwirkungspflichten im Bürgergeld-Bezug.

## 19. Online-Ressourcen und Referenzstellen

Die folgenden Links führen zu den maßgeblichen Originalquellen und Praxisinformationen, geordnet nach Land und Themenschwerpunkt.

### Leitlinien und Verordnungsgrundlagen (Deutschland)

- [G-BA: Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie \(Übersicht\)](https://www.g-ba.de/richtlinien/2/) (https://www.g-ba.de/richtlinien/2/)
- [G-BA: Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie, Fassung vom 7.12.2023 \(Volltext PDF\)](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3374/AU-RL_2023-12-07_iK-2024-02-21.pdf) (https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3374/AU-RL\_2023-12-07\_iK-2024-02-21.pdf)
- [KBV: Arbeitsunfähigkeit und eAU in der Praxis](https://www.kbv.de/praxis/verordnungen/arbeitsunfaehigkeit) (https://www.kbv.de/praxis/verordnungen/arbeitsunfaehigkeit)
- [KBV: Praxisinformation eAU \(PDF\)](https://www.kbv.de/documents/infothek/publikationen/praxisinfo/praxisinfo-eau.pdf) (https://www.kbv.de/documents/infothek/publikationen/praxisinfo/praxisinfo-eau.pdf)

### Patienten- und Praxisinformationen (Deutschland)

- [Bundesärztekammer: eAU und Telematikinfrastruktur](https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/digitale-anwendungen/telematikinfrastruktur/eau) (https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/digitalisierung/digitale-anwendungen/telematikinfrastruktur/eau)
- [gesund.bund.de: Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung](https://gesund.bund.de/elektronische-arbeitsunfaehigkeitsbescheinigung-eau) (https://gesund.bund.de/elektronische-arbeitsunfaehigkeitsbescheinigung-eau)

### Österreich, Schweiz und Liechtenstein

- [ÖGK: Krankenstand und Arbeitsunfähigkeit](https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.867490) (https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.867490)
- [ÖGK: Meldung und Bescheinigung im Krankenstand](https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.907379) (https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.907379)
- [SAMW/FMH: Rechtlicher Leitfaden für die Arztpraxis \(Abschnitt Arbeitsunfähigkeitszeugnis\)](https://www.leitfaden.samw.fmh.ch) (https://www.leitfaden.samw.fmh.ch)
- [Suva: Absenzenmanagement – Informationen für Betriebe](https://www.suva.ch) (https://www.suva.ch)

Links wurden zum Stand 18. Juni 2026 geprüft. Bei Aufruf zu einem späteren Zeitpunkt können sich Inhalte oder URLs geändert haben.

## 20. Literatur und Quellen

Die Quellenangaben folgen der Vancouver-Zitierweise. Im Fließtext wird mit [N] auf die jeweilige Quelle verwiesen, in der Reihenfolge des ersten Auftretens.

### LITERATUR UND QUELLEN

1. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 SGB V (Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie). Fassung vom 7. Dezember 2023, in Kraft seit 21. Februar 2024. Verfügbar unter: [g-ba.de/richtlinien/2/](https://www.g-ba.de/richtlinien/2/).
2. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Arbeitsunfähigkeit und elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) in der Praxis. Berlin: KBV; 2024. Verfügbar unter: [kbv.de/praxis/verordnungen/arbeitsunfaehigkeit](https://www.kbv.de/praxis/verordnungen/arbeitsunfaehigkeit).
3. Bundesärztekammer. Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung und Telematikinfrastruktur. Berlin: BÄK; 2024.
4. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 7 – Richtlinienkompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Arbeitsunfähigkeit.
5. Sozialgesetzbuch Zweites Buch (SGB II), §§ 56, 60 ff. – Mitwirkungs- und Meldepflichten im Bürgergeld-Bezug.
6. Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), § 167 Abs. 2 – Betriebliches Eingliederungsmanagement.
7. Entgeltfortzahlungsgesetz (EFZG), §§ 3–5 – Anzeige- und Nachweispflichten bei Arbeitsunfähigkeit.
8. Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). Bundesgesetzblatt 2019 Teil I Nr. 18 – gesetzliche Grundlage der eAU-Einführung.
9. Österreichische Gesundheitskasse. Krankenstand und Arbeitsunfähigkeit – Informationen für Versicherte. Wien: ÖGK; 2025. Verfügbar unter: [gesundheitskasse.at](https://www.gesundheitskasse.at).
10. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH. Rechtlicher Leitfaden für die Arztpraxis, Abschnitt Arbeitsunfähigkeitszeugnis. Bern: SAMW/FMH; 2023. Verfügbar unter: [leitfaden.samw.fmh.ch](https://www.leitfaden.samw.fmh.ch).
11. Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva). Absenzenmanagement – Grundlagen für Betriebe. Luzern: Suva; 2024.
12. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Neuregelung zu Mitwirkungspflichten und Untersuchungsanordnungen im Bürgergeld-Bezug ab 1. Juli 2026. Berlin: BMAS; 2026. [Aktueller Rechtsstand, über die Etappen-Recherche hinausgehend.]

*Vancouver-Zitierregeln: Nummern im Text [N] – Reihenfolge des ersten Auftretens.*

# K3 - Hausarztvermittlungsfall und Dringlichkeitscode

*116117 · TSS · Versorgungssteuerung · Psychotherapiepfad · MFA-Checkliste*

---

Dieses Kapitel systematisiert das 116117-System als Steuerungsinstrument für den hausärztlichen Alltag. Es beantwortet: Wann 112, wann 116117, wann direkter Facharztkontakt? Wie funktioniert der 12-stellige Dringlichkeitscode, welche Fachgruppen brauchen ihn, und wie erklärt man Patientinnen und Patienten die Logik und die Grenzen des Systems? Das MFA-Modul mit 12-Punkte-Checkliste ist als eigenständige Teamunterlage konzipiert. Fünf Patientenflyer-Module (druckfertig) runden das Kapitel ab.

*Kapitel B1*

# Sterbebegleitung und Vorausplanung

*Patientenverfügung · Vorsorgevollmacht · Palliativversorgung · Hospiz ·  
Assistierter Suizid*

---

Dieses Kapitel behandelt die vier zentralen Instrumente selbstbestimmter Entscheidungen am Lebensende: Patientenverfügung (§ 1901a BGB), Vorsorgevollmacht, Palliativversorgung und Hospiz sowie die rechtliche Einordnung des assistierten Suizids nach BVerfG 2020. Es enthält konkrete ACP-Gesprächsanleitungen, Formular-SOPs, Fallvignetten und direkt nutzbare Dokumentationsbausteine für Praxis und Arztbrief.

*Kapitel C1*

# EBM-Abrechnungsziffern und GOÄ-Grundlagen

*Hausarztpraxis · EBM-Schlüsselziffern · GOÄ · Abrechnungslogik · MFA-Kodierung*

---

Dieses Kapitel gibt einen strukturierten Überblick über die abrechnungsrelevanten EBM-Schlüsselziffern der Hausarztpraxis und die Grundlogik der GOÄ für Privatleistungen. Es enthält Schnelltabellen für die häufigsten Ziffern, Checklisten für typische Abrechnungskonstellationen, Red Flags für häufige Abrechnungsfehler und ein MFA-Modul für die Kodierungsunterstützung im Praxisalltag.

---

*ClinicalOS Manual 9 | Version 1.0 | Juni 2026 | wird fortlaufend erweitert*

Probeleseexemplar

# Hausarztvermittlungsfall und Dringlichkeitscode

Patient:innen schneller in die passende Versorgung steuern

116117 · Dringlichkeitscode · TSS · Akutsprechstunde · Psychotherapie · Team

Zielgruppe: Hausärzt:innen · Weiterbildungsassistenz · MFA | Version 1.0 | Juni 2026

## 1. Überblick: Versorgungssteuerung statt bloßer Terminbeschaffung

Hausärztliche Steuerung bei dringlichen Beschwerden bedeutet nicht nur, irgendwo schneller einen Termin zu bekommen, sondern den passenden Weg zwischen 112, 116117, Hausarztvermittlungsfall, Akutsprechstunde, Klinikambulanz und regulärer Facharztversorgung zu wählen. Der Dringlichkeitscode ist dabei das zentrale Instrument für zeitkritische, aber nicht lebensbedrohliche Fälle, in denen die reguläre Terminwartezeit medizinisch zu lang wäre. [1,2,3]

### Merke ✓

Nicht jede Dringlichkeit ist ein Notfall. Die hausärztliche Kernaufgabe ist, lebensbedrohliche Situationen von dringlichen, aber ambulant steuerbaren Fällen zu trennen und dann den richtigen Versorgungspfad auszulösen. [1,3]

## 2. Lernziele

Lernziel	Konkret bedeutet das
112 von 116117 unterscheiden	Lebensbedrohliche Notfälle sicher von dringlichen, aber nicht vital bedrohlichen Situationen abgrenzen. [3]
Hausarztvermittlungsfall gezielt nutzen	Dringlichkeitscode nur bei zeitkritischer fachärztlicher oder psychotherapeutischer Abklärung einsetzen – nicht als Komfortinstrument. [2,3]
Alternativpfade kennen	Akutsprechstunden, direkte Facharztkontakte, Online-Terminwege und reguläre Versorgung sinnvoll kombinieren. [3]
Psychotherapie strukturiert steuern	Erstgespräch, Akutbehandlung, Weitervermittlung und Krisenpfad unterscheiden. [4,5]
Teamfähig umsetzen	MFA-Information, Dokumentation, Patientenanleitung und Rückmeldewege standardisieren. [1,2]

## 3. Schnellvergleich: Versorgungswege auf einen Blick

Struktur	Wann passend?	Zugang	Zeitlogik	Wichtigste Grenze
112	Lebensbedrohlicher oder potenziell vital bedrohlicher Notfall	Telefon 112	Minuten	Nicht für Terminprobleme. [3]

Struktur	Wann passend?	Zugang	Zeitlogik	Wichtigste Grenze
116117 Bereitschaftsdienst	Akute Beschwerden außerhalb der Sprechzeiten ohne Lebensgefahr	116117	Stunden	Kein Ersatz für Rettungsdienst. [3]
116117 TSS ohne Code	Hausarzt, Augenarzt, Frauenarzt, Kinder-/Jugendarzt, psychotherapeutisches Erstgespräch	116117 / App / Website	Tage bis Wochen	Nur definierte Fachgruppen. [2,3]
Hausarztvermittlungsfall mit Code	Zeitkritische fachärztliche Abklärung oder definierte psychotherapeutische Weitersteuerung	Überweisung + Code + TSS	Bis ~4 Wochen	Kein Anspruch auf Wunschpraxis. [2,3]
Direkte Akutsprechstunde	Zeitkritisch, aber direkter regionaler Zugang bekannt	Telefon / Portal / Praxiskontakt	Tage	Strukturell uneinheitlich. [3]
Online-Portale (Doctolib etc.)	Nicht dringliche Fälle oder ergänzende Suche	App / Website direkt	Variabel	Keine verlässliche Dringlichkeitssteuerung. [3,6]

## 4. Typische Entscheidungssituationen und empfohlener Weg

Typische hausärztliche Situation	Klinische Einordnung	Empfohlener Weg	Kommentar
Starke Brustschmerzen, Kaltschweißigkeit, Kollapsnähe	Potenziell lebensbedrohlich	112	ACS-Verdacht; kein TSS-Fall. [3]
FAST-positive Symptomatik, plötzliche Lähmung, Aphasie	Potenziell lebensbedrohlich	112	Schlaganfall-Sofortmaßnahme. [3]
Akute fieberhafte Verschlechterung am Abend, kreislaufstabil	Dringlich, nicht vital bedrohlich	116117 Bereitschaftsdienst	Typischer BD-Fall außerhalb der Sprechzeit. [3]
Progrediente neurologische Defizite ohne Schlaganfallalarm	Zeitkritisch, fachärztlich	Hausarztvermittlungsfall mit Code	Beschleunigte Abklärung, Prognose-relevant. [2,3]
Neu aufgetretene relevante Rhythmusstörung, aktuell stabil	Zeitkritisch, fachärztlich	Hausarztvermittlungsfall oder direkte Kardiologie-Akutstruktur	Je nach regionalem Zugang. [2,3]
Rasch progredienter Hautbefund, DD Malignom	Zeitkritisch, fachärztlich	Hausarztvermittlungsfall oder dermatologische Akutsprechstunde	Direktkontakt oft parallel sinnvoll. [2,3]
Akute Augenbeschwerden mit Sehverschlechterung	Dringlich bis notfallnah	Augenarzt direkt / TSS ohne Code / ggf. Notaufnahme	Schweregrad entscheidet. [2,3]

Typische hausärztliche Situation	Klinische Einordnung	Empfohlener Weg	Kommentar
Orthopäd. Akutschmerz ohne Notfallzeichen, starke Funktionseinschr.	Dringlich, nicht notfallpflichtig	Akutsprechstunde / Hausarztvermittlungsfall	Regionale Akutslots prüfen. [2,3]
Psychische Krise ohne aktuelle Suizidalität	Dringlich, psychotherapeutisch	Psychotherapeutische Sprechstunde / Akutbehandlung 116117	Sprechstunde ohne Code; Akutbehandlung mit Nachweis. [4,5]
Suizidale Krise mit akuter Gefährdung	Psychiatrischer Notfall	112 / psychiatrische Notaufnahme	Kein regulärer Terminvermittlungsfall. [3,4]
Wunsch nach schnellerem Wunsch-Facharzttermin ohne Dringlichkeit	Organisatorisch, nicht medizinisch dringlich	Direktsuche, Online-Portale, regulärer Weg	Code NICHT als Komfortinstrument. [2,3]

## 5. 112 oder 116117? – Entscheidungslogik

Frage	Antwort
Besteht Lebensgefahr?	→ 112. [3]
Akute Verschlechterung, keine Lebensgefahr, außerhalb Sprechzeit?	→ 116117 Bereitschaftsdienst. [3]
Beschleunigter Facharzt- oder Psychotherapietermin nötig?	→ TSS 116117 prüfen, ggf. mit Dringlichkeitscode. [2,3]
Gibt es bekannte regionale Akutsprechstunden?	→ Direktkontakt parallel oder statt TSS. [3]

### Praxis-Pearl ★

Die meisten Fehlsteuerungen entstehen nicht durch fehlende Medizin, sondern durch falsch gewählte Versorgungswege. Ein klarer Satz an Anmeldung und Telefon spart mehr Zeit als spätere Reparatur: „Notfall, Bereitschaftsdienst oder Terminservice – das sind drei verschiedene Dinge.“ [1]

## 6. Der Hausarztvermittlungsfall: Systematik und Dringlichkeitscode

### 6.1 Was ist ein Hausarztvermittlungsfall?

Ein Hausarztvermittlungsfall liegt vor, wenn nach hausärztlicher Erstbeurteilung eine fachärztliche oder psychotherapeutische Abklärung zeitnah – aber nicht notfallmäßig – erforderlich ist und der übliche Terminweg medizinisch zu langsam wäre. Praktisch wird dies über eine Überweisung mit 12-stelligem Dringlichkeitscode abgebildet, den die Praxis ausstellt und den Patient:innen telefonisch oder online über 116117 nutzen. [2,3,7]

#### Merke ✓

Der Dringlichkeitscode ist kein Gefälligkeitsinstrument, sondern Ausdruck einer ärztlich bestätigten Dringlichkeit. Er zieht den Facharzt-Warteweg auf maximal ~4 Wochen herunter. Zögerliche Vergabe schadet Patienten; Gefälligkeitscodes untergraben das System. [2,7]

### 6.2 Der Dringlichkeitscode auf einen Blick

Merkmal	Inhalt
Form	12-stellige alphanumerische Zeichenfolge (Business-Identifizier). [7,8]
Ausgabe	Arzt/Ärztin bei bestätigter medizinischer Dringlichkeit. [2,7]
Technische Erzeugung	Direkt aus der Praxissoftware; Ausdruck oder Aufkleber auf der Überweisung. [7,9]
Nutzung durch Patient:in	Telefonisch 116117, eTerminservice, 116117-App oder 116117-termine.de. [2,3]
Verknüpfte Informationen	Fachrichtung, Dringlichkeit, Wohnregion, Frist (~4 Wochen). [2,7]
Anspruch	Termin bei einer teilnehmenden Praxis innerhalb ~4 Wochen; kein Anspruch auf Wunschpraxis. [2,7]
Fallback	Wenn kein Termin gefunden: Anspruch auf ambulante Krankenhausbehandlung. [2,7]

### 6.3 Mit Code oder ohne Code – Übersicht Fachgruppen

Bereich	Ohne Dringlichkeitscode	Mit Dringlichkeitscode
Hausarzt	Ja – Terminangebot in 5 Werktagen. [2,3]	Nicht erforderlich.
Kinder- und Jugendmedizin	Ja – Terminangebot in 5 Werktagen. [2,3]	Nicht erforderlich.
Augenheilkunde	Ja. [2,3]	Meist nicht erforderlich.
Gynäkologie	Ja. [2,3]	Meist nicht erforderlich.

Bereich	Ohne Dringlichkeitscode	Mit Dringlichkeitscode
Psychotherapeutisches Erstgespräch	Ja – Terminangebot in 4 Wochen. [2,4,5]	Nicht erforderlich.
Neurologie, Kardiologie, Dermatologie, Orthopädie, Rheumatologie u.v.m.	Nein. [2,7]	Ja – erforderlich. Frist: ~4 Wochen. [2,7]
Psychotherapeutische Akutbehandlung / Probatorik	Nicht regelhaft. [4,5]	Ja, mit PTV-Formular und Code. Frist Vermittlung: 1 Woche, Therapiebeginn: 3 Wochen. [4,5]

## 6.4 Typische hausärztliche Indikationen für den Code

Fachbereich	Typische Indikation	Warum zeitkritisch?
Neurologie	Progrediente Paresen, Gangstörung, fokaler Anfall ohne akuten Schlaganfallverdacht	Prognose- und Sicherheitsrelevanz; strukturelle Abklärung zeitkritisch.
Kardiologie	Neu aufgetretene relevante Rhythmusstörung, Synkopenabklärung, belastungsabhängige Angina bei Stabilität	Vermeidung unnötiger Eskalation und Erfassung von Risiko.
Dermatologie	Rasch wachsender oder klinisch suspekter Hautbefund	Frühdagnostik therapeutisch relevant; Verzögerung beeinflusst Prognose.
Orthopädie / Unfallchirurgie / Rheumatologie	Deutliche Funktionseinschränkung, akute Mon-/Oligoarthritiden, V.a. entzündliche Systemerkrankung	Verkürzung des Leidenswegs; Diagnostik beeinflusst Therapieentscheidung.
Psychotherapie	Zeitnahe Weitersteuerung bei erheblicher Belastung ohne akute Notfalllage	Engpass strukturiert überbrücken; Krisenrisiko verringern.

## 6.5 TSS oder direkter Facharztkontakt?

Situation	TSS eher sinnvoll	Direktweg eher sinnvoll
Keine bekannte Fachpraxis im Netzwerk	Ja – TSS systematisch nutzen.	Weniger praktikabel.
Bekannte Fachpraxis mit Akutlogik	Optional – ergänzend.	Ja – direkter Kontakt oft schneller.
Wunsch nach Wunschpraxis	Nur begrenzt – TSS garantiert keine Wunschpraxis.	Direktkontakt oder Selbstsuche passender.
Hohe Dringlichkeit, unklare regionale Lage	Ja – TSS als Auffangnetz.	Parallelversuch sinnvoll.
Psychotherapeutisches Erstgespräch	Ja, ohne Code.	Direktsuche ergänzend möglich.

## 7. Psychotherapie als Sonderfall

Psychotherapie folgt einer eigenen Systematik: Der 116117-Weg verkürzt primär den Zugang zur Sprechstunde und zur Akutbehandlung – nicht zur langfristigen Richtlinien-therapie, die strukturell unterversorgt bleibt. [4,5]

Versorgungsschritt	Zugang	Typische Stärke	Typische Grenze
Psychotherapeutische Sprechstunde (Erstgespräch)	116117 auch ohne Überweisung, Frist 4 Wochen	Niedrigschwelliger Erstzugang, diagnostische Einordnung.	Noch kein gesicherter Therapieplatz. [4,5]
Akutbehandlung	PTV-Formular + Code, Vermittlung in 1 Woche, Beginn in 3 Wochen	Frühe Intervention bei akuter psychischer Belastung.	Regional und organisatorisch uneinheitlich. [4,5]
Richtlinienpsychotherapie (Einzel/Gruppe)	Nach probatorischen Sitzungen und Genehmigung	Langfristige, gesetzlich abgesicherte Behandlung.	Wartezeit häufig 3–6+ Monate; strukturelle Unterversorgung. [5,6]
Krisenversorgung	112 / psychiatrische Notaufnahme / Krisendienste	Sicherheit bei akuter Gefährdung.	Kein Ersatz für Therapie; überbrückend. [3,4]

### Überbrückung bis zum Therapieplatz

Situation	Übergangsangebot	Hausärztliche Aufgabe
Wartezeit auf Erstgespräch	116117, Eigensuche, Portalnutzung	Zugangswege erklären und Schwelle senken. [4,5]
Wartezeit nach Erstgespräch	Sozialpsychiatrischer Dienst, psychosoziale Beratungsstelle, Selbsthilfe, DiGA	Zwischenversorgung aktiv benennen. [4,5]
Akute Verschlechterung	Krisendienste, Krisentelefone, psychiatrische Ambulanz	Sicherheitsnetz und Wenn-dann-Plan festlegen. [3,4]

#### Praxis-Pearl ★

Bei Psychotherapie nie nur vermitteln, sondern immer auch überbrücken. Der Unterschied zwischen „Termin organisiert“ und „Patient versorgt“ ist oft mehrere Monate groß. Dazu gehören immer auch klare Wenn-dann-Absprachen für den Fall der Verschlechterung. [4,5]

## 8. SOPs

### SOP: Hausarztvermittlungsfall / Dringlichkeitscode

Schritt	Was ist zu tun?	Dokumentationspunkt
1	Notfall ausschließen: Red Flags für 112 prüfen (ACS, Schlaganfall, Sepsiszeichen, schwere Dyspnoe, suizidale Akutgefährdung).	Red Flags geprüft – negativ.

Probeleseexemplar

2	Fachrichtung und medizinische Dringlichkeit festlegen; Zeitrahmen für Abklärung definieren.	Dringlichkeitsgrund dokumentiert.
3	Überweisung ausstellen mit klarer Fragestellung, Verdachtsdiagnose und relevanten Vorbefunden.	Überweisung erstellt.
4	Dringlichkeitscode in der Praxissoftware generieren; lesbaren Aufdruck oder Aufkleber auf Überweisung sicherstellen.	Code auf Überweisung vorhanden.
5	Patient:in anleiten: 116117 telefonisch, 116117-App oder 116117-termine.de; Code bereithalten; kein Anspruch auf Wunschpraxis.	Patienteninfo erfolgt.
6	Grenzen des Systems erklären: Termin bei nächster verfügbarer Praxis, längere Wege möglich, Wunschzeit nicht garantiert.	Erwartungsmanagement dokumentiert.
7	Rückmeldung vereinbaren: Patient soll sich melden, wenn kein Termin zustande kommt oder sich Zustand verschlechtert.	Rückmeldefrist vereinbart.

## 9. MFA-Modul

Die MFA ist in diesem Prozess keine reine Organisationskraft, sondern die erste Steuerungsinanz für den richtigen Versorgungsweg, vollständige Unterlagen und realistische Patienteninformation. [1,2]

MFA-Modul		
Prüfungsthema	Konkret durch die MFA zu prüfen / zu veranlassen	Warum das wichtig ist
Akut oder Notfall?	Kurz klären: Brustschmerz, schwere Luftnot, Schlaganfallzeichen, Bewusstlosigkeit, suizidale Akutgefährdung? → Bei Ja sofort Arztkontakt bzw. 112-Logik auslösen.	116117 ist nicht für lebensbedrohliche Notfälle. [3]
Richtiger Versorgungsweg?	Unterscheiden: Bereitschaftsdienst, regulärer Termin, TSS-Fall oder akute Wiedervorstellung in der Praxis?	Fehlsteuerung beginnt oft am ersten Kontakt. [1,2]
GKV oder PKV?	Versicherungsstatus prüfen – der 116117-Terminservice ist primär für gesetzlich Versicherte.	Zugang und Anspruch hängen am Versicherungsstatus. [2,3]
Fachrichtung geklärt?	Prüfen, welche Fachgruppe vermittelt werden soll; Codepflicht bei dieser Fachgruppe?	Nur dann kann die richtige Terminlogik gewählt werden. [2,7]
Codepflicht ja oder nein?	Prüfen: Augenarzt, Frauenarzt, Haus-/Kinder-/Jugendarzt und psychotherapeutische Sprechstunde – kein Code nötig. Sonstige Fachärzte: Code erforderlich. Ärztlich klären.	Bestimmte Fachgruppen sind ohne Code buchbar. [2,3]
Überweisung vollständig?	Fragestellung plausibel? Fachgruppe korrekt? Lesbar? Verdachtsdiagnose vorhanden?	Unklare Unterlagen verzögern die Vermittlung. [2,7]
Vermittlungscode lesbar?	12-stelligen Code auf Vollständigkeit und Lesbarkeit prüfen; ggf. neu drucken.	Technische Voraussetzung für TSS-Vermittlung. [7,8]
Patient:in informiert?	Kurz erklären: 116117 telefonisch, App oder 116117-termine.de nutzen; kein Anspruch auf Wunschpraxis.	Erwartungsmanagement reduziert Rückfragen und Enttäuschung. [2,3]

Merkblatt mitgegeben?	Flyer oder Kurzinfo zu „112 vs. 116117“ und „So nutzen Sie Ihren Code“ aushändigen.	Schriftliche Info entlastet Team und verbessert Umsetzung. [1,2]
Psychotherapie-Sonderweg beachtet?	Bei psychotherapeutischem Anliegen unterscheiden: Erstgespräch ohne Code; Akutbehandlung mit PTV-Formular und Code.	Psychotherapie folgt eigener Systematik; MFA-Kennntnis verhindert Fehlsteuerung. [4,5]
Dokumentation erfolgt?	Akteneintrag: Code vergeben, TSS erläutert, Patienteninfo erfolgt, Rückmeldefrist vereinbart.	Nachvollziehbarkeit und Teamkontinuität. [1,2]
Rückmeldeweg benannt?	Patient:in darauf hinweisen, sich erneut zu melden, wenn kein Termin zustande kommt oder Verschlechterung eintritt.	Versorgungslücken werden sonst zu spät sichtbar. [1,2]

## 10. Patientenperspektive und hausärztliche Strategien

### 10.1 Typische Stolpersteine

Stolperstein	Was Patient:innen häufig erleben	Hausärztliche Gegenstrategie
Unklare Zuständigkeit	„Soll ich 112, 116117 oder die Praxis anrufen?“	Einfache Wenn-dann-Erklärung mitgeben; Flyer aushändigen. [1,3]
Wunschpraxis nicht verfügbar	Frustration über unbekannte oder entferntere Praxis.	Früh erklären, dass TSS die nächste verfügbare Struktur vermittelt. [2,3]
Trotz Code kein Soforttermin	Gefühl von Systemversagen; Erwartungen enttäuscht.	Erwartungsmanagement plus aktive Alternativpfade anbieten. [2,6]
Psychotherapie-Stau	Erstgespräch gelingt, Therapieplatz aber weiter weg.	Übergangsangebote aktiv benennen; Sicherheitsplan festlegen. [4,5]
Digitale Hürden	App, Website oder Hotline werden nicht verstanden.	MFA unterstützt bei Erstnutzung; Flyer erklärt Schritte. [1,2]

### 10.2 Strategien zur Vermeidung von Versorgungslücken

Strategie	Umsetzung in der Praxis
Erwartungsmanagement	Im Gespräch erklären: Was kann der Code leisten (Fristen, kein Wunscharzt) – und was nicht. [2,3]
Dokumentation und Recall	Code-Vergabe festhalten; Rückmeldung einfordern; bei Nichterfolg erneute Strategie (Akutsprechstunde, Klinikambulanz). [1,2]
Doppelstrategie	TSS plus direkter Versuch über Online-Portale oder bekannte Praxen; besonders bei Psychotherapie und engen Fachgebieten sinnvoll. [3,6]
Krisensicherheit	Klare Wenn-dann-Absprachen bei psychischen und somatischen Hochrisikosituationen. [3,4]

**Praxis-Pearl ★**

Ein kurzer Infoblock „So kommen Sie schneller zum Termin“ als Standardbaustein im Arztgespräch und als Einseiter an der Anmeldung spart in der Summe mehr Zeit als einzelne wiederkehrende Erklärgespräche. [1,2]

## 11. Textbausteine für Überweisung und Akte

Zweck	Formulierungsvorschlag
Allgemeine Dringlichkeit	„Zeitkritische fachärztliche Abklärung erbeten; Dringlichkeitscode vergeben.“
Neurologie	„Progrediente neurologische Symptomatik; zeitnahe neurologische Diagnostik (DD ...) erforderlich.“
Kardiologie	„Neu aufgetretene relevante Rhythmusstörung; zeitnahe kardiologische Abklärung (Langzeit-EKG, Echokardiographie) erforderlich.“
Dermatologie	„Rasch progredienter Hautbefund; DD maligne Läsion; zeitnahe dermatologische Vorstellung erforderlich.“
Psychotherapie	„Erhebliche psychische Belastung; zeitnahe psychotherapeutische Weitersteuerung sinnvoll; aktuell keine akute Notfallsituation.“
Akteneintrag	„Dringlichkeitscode vergeben am [Datum]; Patient:in über 116117 / App / Portal informiert; Rückmeldung bei Nichterfolg vereinbart bis [Datum].“

## 12. Red Flags und Praxisfehler

Red Flag ⚠ / Praxisfehler !		
Fehler	Warum problematisch?	Korrekte Alternative
TSS statt 112 bei vital bedrohlicher Symptomatik	Verzögert lebensrettende Notfallversorgung.	112 rufen; parallel ggf. Erstmaßnahmen in der Praxis. [3]
Dringlichkeitscode als Komfortinstrument	Systemwidrige Nutzung schwächt Priorisierung und schadet wirklich Dringlichen.	Code nur bei ärztlich bestätigter medizinischer Dringlichkeit. [2,7]
Keine Erklärung zu den Grenzen des Systems	Frustration und Vertrauensverlust; Patienten melden sich unnötig mehrfach.	Erwartungsmanagement als Standardbaustein im Arztgespräch. [2,3]
Keine Rückmeldung vereinbart	Versorgungslücke bleibt unbemerkt; Verschlechterung wird zu spät erkannt.	Rückmeldefrist aktiv vereinbaren und in der Akte dokumentieren. [1,2]

Psychotherapie-Vermittlung ohne Krisenplan	Bei Verschlechterung während der Wartezeit fehlt der Sicherheitspfad.	Immer Wenn-dann-Absprachen und Krisenressourcen besprechen. [4,5]
MFA kennt Ausnahmen ohne Code nicht	Führt zu unnötigen Rückfragen, Fehlsteuerung und Zeitverlust.	MFA schulen: Augenarzt, Frauenarzt, Haus-/Kinder-/Jugendarzt, psychoth. Sprechstunde = kein Code nötig. [2,3]

## 13. Fallvignetten

### Fallvignette

#### Fallvignette A: Zeitkritische Kardiologie

Herr K., 58 Jahre, stellt sich mit seit zwei Wochen progredierender Belastungsangina vor. Aktuell kreislaufstabil, kein Ruheschmerz. EKG: Linksschenkelblock bekannt. ACS klinisch ausgeschlossen. Korrekte Vorgehensweise: (1) Notfall ausschließen – ACS klinisch unwahrscheinlich, aktuell keine 112-Indikation. (2) Zeitkritische kardiologische Abklärung (Belastungstest, Echokardiographie) innerhalb von 2–4 Wochen medizinisch sinnvoll. (3) Überweisung Kardiologie mit klarer Fragestellung, Dringlichkeitscode generiert. (4) Herr K. über 116117-Weg und fehlende Wunschpraxis-Garantie aufgeklärt. (5) Rückmeldung bei Nichterfolg bis in 2 Wochen vereinbart. (6) Parallel: bekannte kardiologische Praxis direkt kontaktieren. [2,3]

### Fallvignette

#### Fallvignette B: Psychische Krise mit Wartezeit-Problem

Frau M., 34 Jahre, Patientin mit rezidivierender depressiver Störung, aktuell deutliche Verschlechterung, keine aktuelle Suizidalität. Wünscht Psychotherapie. Korrekte Vorgehensweise: (1) Suizidalität und akute Gefährdung ausschließen – Notfallindikation verneint. (2) Psychotherapeutische Sprechstunde über 116117 ohne Code empfohlen; Frau M. angeleitet für 116117-App. (3) PTV-Formular ausgestellt für Akutbehandlung (Code generiert) als schnellerer Zugang falls Sprechstunde nicht ausreicht. (4) Überbrückung besprochen: Krisentelefon, sozialpsychiatrischer Dienst, nächster HA-Termin in 2 Wochen. (5) Wenn-dann-Vereinbarung: „Wenn Suizidgedanken auftreten, sofort 112 oder psychiatrische Notaufnahme.“ (6) Dokumentation in Akte. [4,5]

## Anhang: Patientenmodule und Flyer-Texte

Die folgenden fünf Module sind direkt druckfertig für Wartezimmer, Anmeldung und Rückseiten von Überweisungsformularen. Sie können als separate Einseiter laminiert oder digital auf der Praxiswebseite bereitgestellt werden.

### Modul 1 – Wartezimmerflyer: 112 oder 116117?

#### Wann rufe ich 112?

Rufen Sie die 112, wenn Lebensgefahr besteht oder ein akuter schwerer Notfall vorliegt.

- Starke Brustschmerzen oder Herzinfarktverdacht
- Plötzliche Lähmung, Sprachstörung, Schlaganfallverdacht
- Schwere Atemnot oder Bewusstlosigkeit
- Schwere Verletzung oder starke Blutung

#### Wann rufe ich 116117?

Rufen Sie die 116117, wenn Sie dringend ärztliche Hilfe brauchen, aber keine Lebensgefahr besteht.

- Ärztlicher Bereitschaftsdienst außerhalb der Sprechzeiten
- Akute Beschwerden, die nicht bis zum nächsten Werktag warten können
- Terminvermittlung für gesetzlich Versicherte über die Terminservicestelle

#### Merke ✓

112 = lebensbedrohlicher Notfall. | 116117 = dringende Hilfe ohne Lebensgefahr oder schneller Arzttermin. | Termine auch per App oder auf 116117-termine.de buchbar.

### Modul 2 – Patienteninfo: So nutzen Sie Ihren Vermittlungscode

#### Was ist ein Vermittlungscode?

Der Vermittlungscode ist ein 12-stelliger Code auf Ihrer Überweisung. Er zeigt an, dass Ihre Hausarztpraxis einen zeitnahen Facharzt- oder Psychotherapietermin für medizinisch sinnvoll hält.

#### Schritt für Schritt:

- Schritt 1: Überweisung mit dem Code bereithalten.
- Schritt 2: Die 116117 anrufen oder 116117-termine.de / App nutzen.
- Schritt 3: Den Vermittlungscode durchgeben oder eingeben.
- Schritt 4: Terminvorschläge bei Praxen mit freien Kapazitäten erhalten.

#### Bitte beachten Sie:

- Der Termin ist nicht unbedingt in Ihrer Wunschpraxis.
- Ein etwas weiterer Weg kann nötig sein.
- Der Code gilt für zeitnahe Versorgung – nicht für lebensbedrohliche Notfälle (→ immer 112).
- Bei deutlicher Verschlechterung bitte erneut in der Praxis melden.

### Modul 3 – Patienteninfo: Welche Termine gehen auch ohne Code?

Diese Termine können über die Terminservicestelle ohne Vermittlungscode gebucht werden:

- Hausarzttermine (Frist: 5 Werktage)
- Kinder- und Jugendarzttermine (Frist: 5 Werktage)
- Augenarzttermine
- Frauenarzttermine
- Psychotherapeutische Erstgespräche (Frist: 4 Wochen)

Für viele andere Facharzttermine (z.B. Neurologie, Kardiologie, Dermatologie, Orthopädie) ist ein Vermittlungscode von Ihrer Hausarztpraxis erforderlich.

## Modul 4 – Anmeldungstext / Rückseite Flyer

### So helfen wir Ihnen in der Praxis

Wenn wir feststellen, dass Sie zeitnah eine Fachärztin, einen Facharzt oder psychotherapeutische Hilfe brauchen, können wir Ihnen einen Vermittlungscode auf die Überweisung drucken.

Mit diesem Code können Sie selbst über die 116117, die App oder 116117-termeine.de einen schnellen Termin suchen.

### Bitte beachten Sie:

- Die Vermittlung erfolgt nach Verfügbarkeit.
- Ein Termin in der Wunschpraxis kann nicht garantiert werden.
- Wenn Ihr Zustand sich deutlich verschlechtert, melden Sie sich erneut bei uns – oder rufen Sie im Notfall die 112.

## Modul 5 – Patienteninfo Psychotherapie

### Psychotherapeutische Hilfe: Was geht über 116117?

Eine psychotherapeutische Sprechstunde (Erstgespräch) kann über 116117 auch ohne Überweisung vermittelt werden (Frist: 4 Wochen).

Für eine psychotherapeutische Akutbehandlung kann ein Formular und ein Vermittlungscode nötig sein.

### Wichtig:

- Die 116117 hilft oft schneller zum Erstgespräch als zum langfristigen Therapieplatz.
- Auf einen regulären Therapieplatz muss man häufig mehrere Monate warten – das ist ein strukturelles Problem.
- Bei akuter seelischer Krise mit Suizidgedanken oder schwerer Gefährdung ist die Notfallversorgung der richtige Weg (112 / psychiatrische Notaufnahme).

### Überbrückung bis zum Therapieplatz:

- Krisendienste und Krisentelefone (z.B. Telefonseelsorge: 0800 111 0 111)
- Sozialpsychiatrische Dienste und psychosoziale Beratungsstellen
- Psychiatrische oder psychosomatische Ambulanzen
- Selbsthilfeangebote und DiGA (Apps auf Rezept)

## Online-Ressourcen und Referenzstellen – Kapitel A1 (klickbar)

Die folgenden Portale bieten aktuelle Informationen zum Hausarztvermittlungsfall, Dringlichkeitscode und 116117-Terminservice im deutschsprachigen Raum. Alle Links sind direkt klickbar.

### LEITLINIEN, BEHÖRDEN UND OFFIZIELLE PORTALE

[KBV – Terminvermittlung für Praxen \(D\)](#) – Praxisinformationen zu Hausarztvermittlungsfall, Dringlichkeitscode und TSS-Abrechnungssuffixen.

[KV BaWü – Hausarztvermittlungsfall TSVG \(D\)](#) – TSVG-Konstellationen, GOP-Surcharge-Logik B/C/D und Fristen auf einen Blick.

[116117.de – Offizielles Patientenportal \(D\)](#) – Einstiegsseite des ärztlichen Bereitschaftsdienstes inkl. Symptonnavigator und Terminbuchung.

[Online-EBM-Katalog KBV \(D\)](#) – Interaktiver EBM-Katalog mit Suchfunktion und Quartalsvergleich für alle GOP-Ziffern.

### TERMINSERVICE-PORTALE UND PRAXIS-TOOLS

[kv.digital – 116117 für Praxen \(D\)](#) – Praxisseitige Einrichtung des Terminservices; Vermittlungscode-Erstellung aus Praxissoftware.

[kv.digital – 116117 für Patienten \(D\)](#) – Online-Terminbuchung und Patientennavigator für Versicherte.

[KVN – Terminservicestelle Praxisinfo \(D\)](#) – KV Niedersachsen: Detaillierte Praxisinformationen zum 116117-Terminservice.

### PATIENTENINFORMATION UND VERBRAUCHERSCHUTZ

[Verbraucherzentrale – 116117 verständlich erklärt \(D\)](#) – Patientengerechte Erklärung des 116117-Systems und der Wartefristen.

[gesund.bund.de – Bundesgesundheitsportal \(D\)](#) – Offizielle Gesundheitsinformationen des BMG für Patienten – barrierefrei und evidenzbasiert.

## Literatur & Quellen

### Literatur & Quellen (Vancouver)

*Vancouver-Zitierregeln: Nummern im Text [N] – Reihenfolge des ersten Auftretens. Stand: Juni 2026.*

- [1] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Informationen zur Terminservicestelle und zum Hausarztvermittlungsfall. Berlin: KBV; 2025. URL: kbv.de
- [2] Verbraucherzentrale Bundesverband. Termin beim Facharzt nach 4 Wochen – so vermittelt die 116117. Stand 2025. URL: verbraucherzentrale.de
- [3] Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN). Informationen zum ärztlichen Bereitschaftsdienst 116117. URL: kvn.de/116117Terminservice.html
- [4] 116117 Terminservice und Bereitschaftsdienst. Psychotherapeutische Versorgung. URL: 116117.de/de/psychotherapie.php
- [5] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV). Psychotherapiesuche und Weitersteuerung. URL: kbv.de/psychotherapie
- [6] Meppo GmbH. Arzttermine in Deutschland 2025 – Übersicht Online-Portale. URL: meppo.de/ratgeber/arzttermine-deutschland-2025
- [7] KBV. 116117 Terminservice: Vermittlungscode einfach in der Praxissoftware erstellen. Praxisnachrichten 09.10.2025. URL: kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2025/10-09
- [8] KBV / Simplifier.net. Implementierungsleitfaden Terminschnittstelle für Dritte – Vermittlungscode. Version 2.1.0. URL: simplifier.net
- [9] Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB). FAQ eTerminservice. Infoblatt. URL: kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Praxisfuehrung/eTerminservice/KVB-Infoblatt-FAQ-eTerminservice.pdf
- [10] KBV. Evaluationsbericht 116117 Terminservicestellen 2024. URL: kbv.de/documents/infothek/zahlen-und-fakten/evaluationsberichte-tss/bericht-116117-terminservicestellen-2024.pdf

[11] Apotheken Umschau. Patientenservice Terminvermittlung – viel zu selten genutzt. 2024. URL: [apotheken-umschau.de](https://www.apotheken-umschau.de)

# K4 - Fahreignung, Fahrtüchtigkeit und ärztliche Sicherungsaufklärung in der Hausarztpraxis

Zielgruppe	Gültig ab	Kategorie
Hauärz:innen · Weiterbildungsassistent:innen · MFA	2026 (DGK-Leitlinie 2023)	Manual 9 – Sozialmedizin & Koordination

Fahreignung und Fahrtüchtigkeit gehören zu den unangenehmen, aber unvermeidbaren Sicherheitsthemen der Hausarztpraxis. Patient:innen kommen mit Synkopen, Hypoglykämien, Demenzverdacht, epileptischen Anfällen, Schwindel, sedierender Medikation, Schlafapnoe oder kardialen Ereignissen – und viele sind selbst mit dem Auto in die Praxis gekommen.

Die hauärztliche Kernaufgabe ist nicht, einen Führerschein zu entziehen. Das ist Aufgabe der Fahrerlaubnisbehörde. Die Kernaufgabe lautet: Risiko erkennen, verständlich aufklären, klare Fahrhinweise geben, dokumentieren und fachärztlich oder verkehrsmedizinisch weitersteuern.

## MERKE – Hauärztliche Grundregel

Ein ärztlicher Fahrhinweis ist kein behördlicher Führerscheinenzug.

Er ist eine medizinische Sicherungsaufklärung. Er schützt Patient:innen, Dritte und die Praxis

nur dann, wenn er konkret, mündlich verständlich und dokumentiert ist.

## 1. Die drei Praxisfragen

Frage	Bedeutung in der Hausarztpraxis	Konsequenz
Ist der Patient heute fahrtüchtig?	Akute Situation: Sedierung, Schwindel, Synkope, Hypoglykämie, Benommenheit, neurol. Defizit	Keine Selbstfahrt, Heimweg organisieren, dokumentieren
Bestehen Zweifel an der längerfristigen Fahreignung?	Chronisches/rezidivierendes Risiko: Demenz, Epilepsie, Synkopen, Schlafapnoe, kardiale Erkrankung	FeV/BAST prüfen, Fahrpause empfehlen, Fachabklärung veranlassen
Privatfahrer oder Berufskraftfahrer?	Gruppe 2 = höhere Sicherheitsanforderungen, größeres Fremdgefährdungspotenzial	Strenger bewerten, früher Verkehrsmedizin/Facharzt einbeziehen

## 2. Begriffe und Abgrenzung

Begriff	Kernbedeutung	Typische Beispiele	Hauärztliche Handlung
Fahrtüchtigkeit	Aktuelle, situative Fähigkeit, jetzt sicher ein Fahrzeug zu führen	Nach Sedierung/Narkose, Alkohol, Schwindel, Hypoglykämie	Sofortiger Fahrhinweis, Heimweg regeln
Fahreignung	Längerfristige körperliche, geistige und psychische Fähigkeit	Epilepsie, Demenz, rezidivierende Synkope, Schlafapnoe, schwere kardiale Erkrankung	FeV/BAST/DGK prüfen, Fachabklärung
Ärztlicher Fahrhinweis	Medizinische Sicherungsaufklärung (keine Behördenmaßnahme)	Empfehlung: kein Fahren bis zur Klärung	Mündlich aufklären, dokumentieren
Behördlicher Fahrerlaubnisentzug	Verwaltungsrechtliche Entscheidung der Fahrerlaubnisbehörde	Entzug / Beschränkung / Auflagen durch Behörde	Nicht Aufgabe der Praxis

### PRAXIS-PEARL

Nicht sagen: Fahren Sie lieber vorsichtig.

Besser: Aus medizinischen Gründen dürfen Sie aktuell kein Fahrzeug führen.

Das gilt ab sofort bis [Bedingung/Zeitpunkt]. Ich dokumentiere die Aufklärung.

## 3. Rechts- und Quellenrahmen

Dieses Kapitel ersetzt keine juristische Einzelfallberatung. Es bietet eine hauärztliche Arbeitslogik auf Basis der relevanten Primärquellen.

Quelle	Bedeutung für das Kapitel	Praxisrelevanz
FeV § 11	Körperliche/geistige Anforderungen; Verweis auf Anlage 4 und 5	Grundnorm für Fahreignungszweifel
FeV § 46	Fahrerlaubnisbehörde entscheidet über Entzug/Beschränkung/Auflagen	Hausarzt entzieht nicht den Führerschein
FeV Anlage 4	Eignung und bedingte Eignung bei häufigen Erkrankungen	Basis für Krankheitsgruppen
BAST-Begutachtungsleitlinien	Zentrale Beurteilungsleitlinie zur Kraftfahreignung (aktuelle Fassung prüfen)	Nachschlagewerk Einzelfallbeurteilung
DGK/DGVM Pocket-Leitlinie 2023	Kardiovaskuläre Fahreignung: ACS, KHK, Synkope, Arrhythmien, Herzinsuffizienz	Kardio-Anhang; Tabellen A7
BGB §§ 630c / 630f	Informationspflicht und Dokumentation im Behandlungsverhältnis	Sicherungsaufklärung muss in Akte
StGB § 203	Ärztliche Schweigepflicht	Keine Routinemeldung an Behörden
StGB § 34	Rechtfertigender Notstand	Extremfallprüfung bei akuter Fremdgefährdung
StGB § 316	Fahruntüchtigkeit durch Alkohol oder berauschende Mittel	Gilt auch bei Medikamenten, Fahrrad, E-Scooter

### **MERKE – Schweigepflicht ist die Regel**

Die Regel: Patient:in informieren, nicht Behörde informieren.

Eine Meldung gegen den Willen des Patienten ist kein Routineinstrument, sondern allenfalls ein eng begründbarer Extremfall bei akuter, erheblicher, nicht anders abwendbarer Gefahr.

## 4. Schnellvergleich: typische hausärztliche Trigger

Trigger in der Praxis	Hauptproblem	Sofortfrage	Primärer Praxisweg
Sedierung / Narkose / Eingriff	Restwirkung, Reaktionsminderung	Sind Sie selbst gefahren?	Keine Selbstfahrt, Abholung
Benzodiazepin / Z-Substanz / Opioid / sedierende Antihistaminika	Müdigkeit, Reaktionsverzögerung	Fühlen Sie sich wach genug?	Fahrhinweis bei Start/Dosisänderung
Hypoglykämie / Insulin / Sulfonylharnstoff	Bewusstseins- und Kontrollverlust	Hatten Sie Unterzuckerungen?	Schulung, Messstrategie, ggf. Fahrpause
Synkope / Präsynkope	Rezidiv am Steuer	Gab es Warnzeichen? Wiederholungen?	Keine Fahrt bis Klärung (unklare Ursache)
Epileptischer Anfall	Rezidivrisiko	War es sicher ein Anfall? Wann zuletzt?	Neurologie, kein Fahren bis Klärung
Demenz / kognitive Störung	Orientierung, Reaktion, Urteil	Gab es Unfälle, Verirren, Fremdhinweise?	Angehörigengespräch, Diagnostik
Schlafapnoe / Tagesschläfrigkeit	Sekundenschlaf	Sind Sie am Steuer eingnickt?	Schlafmedizin, Fahrhinweis
ACS / KHK / Herzinsuffizienz / Arrhythmie	Plötzlicher Kontrollverlust	Synkope, Angina, Luftnot, LVEF?	DGK/BASt, Kardiologie
Akuter Schwindel / neurologisches Defizit	Kontrollverlust / Notfall	Neu? Fokal? Gangunsicherheit?	Notfall-/Fachabklärung, keine Selbstfahrt
Psychische Desorganisation / akute Suizidalität	Eigen-/Fremdgefährdung	Sind Sie sicher im Straßenverkehr?	Krisenpfad, ggf. psychiatrische Notaufnahme

## 5. Fahrergruppen: Gruppe 1 und Gruppe 2

Gruppe	Typische Klassen / Nutzung	Hauärztliche Bedeutung
Gruppe 1	Privatfahrer: PKW, Motorrad, übliche private Nutzung	Risikoabschätzung weniger streng als Gruppe 2; Sicherungsaufklärung bleibt Pflicht
Gruppe 2	LKW, Bus, Fahrgastbeförderung, Taxi, Mietwagen, Krankenwagen	Höheres Fremdgefährdungspotenzial; längere Fahrzeiten; niedrigere Toleranz für Kontrollverlust

### PRAXIS-PEARL – Berufsfahrer aktiv erfragen

Die Frage Fahren Sie beruflich? gehört in jede Fahreignungsanamnese.

Wer täglich Menschen oder schwere Fahrzeuge transportiert, ist ein Sicherheitsfall mit Gruppe-2-Logik.

## 6. SOP 1 – Akute Fahrtüchtigkeit in der Praxis

Ziel: Verhindern, dass ein aktuell fahruntüchtiger Patient die Praxis selbst fahrend verlässt.

Schritt	Was tun?	Dokumentationspunkt
1	Trigger erkennen: Sedierung, Schwindel, Synkope, Hypoglykämie, Benommenheit, Intoxikation, akute neurologische Symptome	Trigger dokumentiert
2	Direkt fragen: Sind Sie heute selbst gefahren?	Anreiseart
3	Risiko konkret benennen: Reaktionsverlangsamung, Bewusstseinsstörung, Kontrollverlust	Medizinischer Grund
4	Klare Fahrpause aussprechen: Zeitraum oder Bedingung nennen	Kein Fahren bis [Zeitpunkt/Bedingung]
5	Heimweg organisieren: Angehörige, Taxi, ÖPNV, ggf. Krankentransport	Heimweg dokumentiert
6	Verständnis prüfen	Patient:in verstanden / verweigert
7	Bei Weigerung: erneut warnen, ggf. ärztliche Leitung, Ärztekammer/Rechtsberatung	Eskalation dokumentiert

### Dokumentationsbaustein: akute Fahruntüchtigkeit

Patient:in wurde heute aufgrund von [Befund / Medikation / Zustand] darüber aufgeklärt, dass aktuell keine sichere Fahrtüchtigkeit besteht. Ausdrücklich empfohlen: ab sofort bis [Zeitpunkt/Bedingung] kein Kraftfahrzeug, Motorrad, Fahrrad oder E-Scooter führen. Medizinische Gründe und Risiken erläutert. Patient:in hat die Information verstanden. Heimweg: [Angehörige / Taxi / ÖPNV / Krankentransport].

## 7. SOP 2 – Zweifel an längerfristiger Fahreignung

Ziel: Eine mögliche dauerhafte oder rezidivierende Fahrgefährdung strukturiert klären.

Schritt	Was tun?	Dokumentationspunkt
1	Krankheits-/Ereignisgruppe identifizieren	z. B. Synkope, Epilepsie, Demenz, OSA, Diabetes
2	Gruppe 1 vs. Gruppe 2 klären	Privat / beruflich
3	FeV / BASt / DGK prüfen	Quellenbasis
4	Einzelfallfaktoren bewerten: Rezidivrisiko, Einsicht, Adhärenz, Kompensation, Komorbidität	Risikoabschätzung
5	Fahrpause oder Einschränkung empfehlen	Zeitraum / Bedingung
6	Fachabklärung veranlassen	Überweisung / Terminpfad
7	Recall / Rückmeldung vereinbaren	Frist
8	Aufklärung dokumentieren	Sicherungsaufklärung

## Dokumentationsbaustein: Fahreignungszweifel

*Aufgrund von [Diagnose / Ereignis / Befund] bestehen Zweifel an der Fahreignung. Patient:in wurde über mögliche Gefährdung im Straßenverkehr informiert. Empfohlen: bis zur fachärztlichen/verkehrsmedizinischen Klärung kein Kraftfahrzeug führen. Abklärung bei [Fachrichtung] veranlasst. Patient:in über Vorgehen, Risiken und Rückmeldung informiert.*

## 8. Sicherungsaufklärung: Gesprächslogik

Eine wirksame Sicherungsaufklärung ist mehr als ein Satz in der Tür. Sie muss für Patient:innen verständlich und situationsbezogen sein.

### 8.1 Gesprächsstruktur

1. Anlass nennen: Sie hatten eine unklare Bewusstlosigkeit.
2. Mechanismus erklären: Wenn das am Steuer wieder passiert, können Sie die Kontrolle verlieren.
3. Konsequenz aussprechen: Bis zur Abklärung dürfen Sie nicht fahren.
4. Zeitrahmen/Bedingung nennen: Bis Kardiologie/Neurologie die Ursache geklärt hat.
5. Alternativen organisieren: Wer kann Sie abholen?
6. Dokumentieren: Inhalt, Empfehlung, Reaktion.
7. Follow-up planen: Wir sehen uns nach Befund / spätestens in ...

#### MERKE – Präziser Fahrhinweis

Ein Fahrhinweis ohne Zeitraum oder Bedingung ist schwach.

Ein guter Fahrhinweis nennt: warum · ab wann · bis wann bzw. bis zu welcher Klärung · für welche Fahrzeuge · und was als nächstes geschieht.

### 8.2 Weitere Dokumentationsbausteine

#### Medikamentenbezügliche Sicherungsaufklärung

*Bei heutiger Verordnung von [Medikament] wurde auf mögliche Einschränkung der Fahrtüchtigkeit hingewiesen.*

*Kein Fahren bei Benommenheit, Schläfrigkeit oder unsicherem Gefühl.*

*Kein gleichzeitiger Alkoholkonsum. Rückmeldung erwünscht bei Beschwerden.*

#### Patient:in lehnt Fahrpause ab

*Patient:in wurde ausdrücklich auf das medizinische Risiko und die strafrechtliche Eigenverantwortung hingewiesen.*

*Empfehlung zur Fahrpause wurde abgelehnt. Ablehnung und Aufklärungsinhalt dokumentiert.*

*Keine Unterschrift erzwingbar; Aufklärung bleibt rechtlich wirksam.*

#### Angehörigengespräch mit Einwilligung

*Mit Einwilligung von Patient:in wurde heute [Name/Beziehung] über fahrelevante Einschränkungen informiert.*

*Empfehlung zur Unterstützung bei Heimwegplanung / Fahrersatz besprochen.*

## 9. Schweigepflicht und Extremfall

### 9.1 Grundregel

Der Patient wird informiert. Behörden oder Polizei werden nicht routinemäßig informiert. Die ärztliche Schweigepflicht nach StGB § 203 bleibt die Regel.

### 9.2 Extremfallprüfung

Eine Offenbarung gegen den Willen des Patienten kommt nur als enger Ausnahmefall in Betracht, wenn kumulativ eine akute, erhebliche, konkrete und nicht anders abwendbare Gefahr für Dritte besteht.

Prüffrage	Bedeutung
Ist die Gefahr konkret und gegenwärtig?	Nicht nur abstrakte Sorge
Ist erheblicher Schaden zu erwarten?	Leib/Leben anderer oder schwerer Unfall
Ist der Patient uneinsichtig und fährt unmittelbar?	Trotz klarer Aufklärung
Gibt es mildere Mittel?	Abholung, Angehörige mit Einwilligung, Taxi, Klinik
Ist die Offenbarung verhältnismäßig?	Nur minimal notwendige Information

#### PRAXISFEHLER – Zwei gefährliche Extreme

Fehler 1: Vorschnelle Behördenmeldung trotz Schweigepflicht → Schweigepflichtverletzung möglich.

Fehler 2: Völlige Untätigkeit, wenn ein uneinsichtiger Hochrisikopatient unmittelbar losfahren will.

→ Internen Eskalationspfad kennen: ärztliche Leitung, Ärztekammer-Hotline, rechtliche Beratung.

### Dokumentationsbaustein: Extremfall-Eskalation (intern)

*Patient:in mit [Diagnose/Risiko] hat Fahrpause trotz ausführlicher Aufklärung abgelehnt. Akute erhebliche Fremdgefährdung nicht ausschließbar. Interne Rücksprache mit [ärztliche Leitung / Ärztekammer] erfolgt.  
Weiteres Vorgehen: [dokumentieren].*

## 9. MFA- und PVS-Modul

Die MFA stellt keine Fahreignung fest. Sie erkennt Risikokonstellationen, sichert den Ablauf und entlastet den Arzt.

### MFA-AUFGABEN – Standardprozess Fahreignung

1. Triggerfrage stellen: Sind Sie heute selbst gefahren? – bei Schwindel, Synkope, Sedierung, Hypoglykämie, Benommenheit
2. Formular bereithalten: Standardblatt Medizinischer Fahrhinweis / Fahrpause
3. PVS-Flag setzen: Fahrhinweis erfolgt / Fahreignung offen – Recall
4. Heimweg organisieren: Angehörige, Taxi, ÖPNV, Wartebereich, ggf. Krankentransport
5. Recall: Facharzttermin, Befundrücklauf, Kontrolltermin eintragen
6. Patienteninfo mitgeben: Kurzflyer Wann darf ich nicht fahren? (Anhang B)
7. Medikationscheck vorbereiten: Sedativa, Opioide, BZD, Antihistaminika, Antipsychotika

### 10.1 MFA-Aufgabenmatrix

Prozessschritt	MFA-Aufgabe	Hilfsmittel	Ziel
Anmeldung	Triggerfrage bei Risikokonstellationen	Anamnese-Kurzcheck	Risikopatient:innen früh erkennen
Wartezimmer	Formular bereithalten und ggf. ausgeben	Standardblatt Fahrhinweis	Prozesssicherheit
Vor Arztkontakt	Risikohinweise markieren: Synkope? Sedierung? Insulin?	Arztkontaktvorbereitung	Ärztliche Priorisierung
Nach Anordnung	Heimweg organisieren, Taxi/Angehörige	PVS, Telefon	Patient:in kommt sicher heim
Recall	Facharzttermin, Befundrücklauf eintragen	PVS-Flags	Langzeitverlauf sichern
Dokumentation	PVS-Flag setzen: Fahrhinweis / Fahreignung offen	PVS	Revisionsicherheit

### MFA-Telefonregel

Bei Patient:innen mit akuter Benommenheit, Synkope, starker Hypoglykämie, Schwindel oder nach Sedierung:

Immer fragen: Sind Sie allein unterwegs und fahren selbst?

→ Dann sofort ärztlich rükkoppeln.

## 11. Red Flags und Praxisfehler

Red Flag / Fehler	Warum problematisch?	Korrekte Alternative
Patient nach Synkope will selbst heimfahren	Rezidiv-/Unfallrisiko	Keine Selbstfahrt, Abholung organisieren
Vorsichtig fahren statt klarer Fahrpause	Juristisch/medizinisch unpräzise, nicht dokumentierbar	Klare Formulierung + Dokumentation
Berufskraftfahrer nicht erkannt	Falscher Risikomaßstab, Gruppe-2-Logik nicht angewandt	Berufliches Fahren aktiv erfragen
Sedierende Medikation ohne Warnhinweis	Vermeidbare Fahruntüchtigkeit, Haftungsrisiko	Bei Erstverordnung/Dosisänderung dokumentieren
Demenzverdacht nicht angesprochen	Schleichende Fremdgefährdung	Gespräch, Diagnostik, Angehörige mit Einwilligung
Behördenmeldung als Routine	Schweigepflichtverletzung möglich	Patient:in informieren; Ausnahme eng prüfen
Keine Dokumentation bei Verweigerung	Aufklärung später schwer belegbar	Verweigerung dokumentieren; Unterschrift nicht zwingend
Kein Heimwegplan	Patient:in fährt trotz Warnung	Taxi / Angehörige / ÖPNV organisieren

## 12. Fallvignetten

### Fall A: Synkope in der Praxis

**Situation:** Herr K., 68 J., berichtet über plötzliche Bewusstlosigkeit gestern ohne klares Prodrom. Er ist selbst mit dem Auto gekommen.

**Vorgehen:** Akut gefährliche Ursachen prüfen, EKG/Vitalparameter, keine Selbstfahrt, Kardiologie/Neurologie je nach Befund, Fahrpause bis Klärung dokumentieren.

**Lernpunkt:** Nicht beweisen, dass sicher ein Unfall passiert. Es reicht ein nachvollziehbares Risiko eines erneuten Kontrollverlusts.

### Fall B: Benzodiazepin bei Insomnie

**Situation:** Frau M., 79 J., erhält wegen akuter Belastungssituation kurzzeitig ein sedierendes Schlafmittel. Sie fährt morgens regelmäßig Auto.

**Vorgehen:** Aufklären über Sedierung, Reaktionszeit, Sturz- und Fahrgefährdung. Kein Fahren bei Benommenheit, kein Alkohol, kleinste Dosis, kurze Dauer, Alternativen prüfen.

**Lernpunkt:** Der Fahrhinweis gehört zur Verordnung – nicht erst zum Unfall.

### Fall C: Demenzverdacht

**Situation:** Herr S., 81 J., MMST auffällig, Ehefrau berichtet über Verirren und zwei Beinahe-Unfälle. Patient bagatellisiert.

**Vorgehen:** Fahreignung ansprechen, Diagnostik abschließen, Einwilligung für Angehörigengespräch, Fahrpause empfehlen, ggf. Verkehrsmedizin/Fahrprobe, Alternativen zur Mobilität planen.

**Lernpunkt:** Mobilität ist wichtig – aber fehlende Einsicht ist selbst ein Risikofaktor.

### Fall D: ACS nach Entlassung

**Situation:** Herr B., 58 J., nach NSTEMI und PCI, LVEF 45 %, komplikationslos entlassen, fragt: Darf ich morgen wieder fahren?

**Vorgehen:** DGK-Pocket-Leitlinie 2023 / Entlassbrief prüfen, Gruppe 1/2 klären. Bei Privatfahrer nach komplikationslosem Verlauf oft frühere Rückkehr möglich; bei Gruppe 2 deutlich strengere Fristen. Dokumentieren.

**Lernpunkt:** Bei kardialen Erkrankungen ist die Fahrergruppe entscheidend für die Beurteilung.

Probeleseexemplar

## ANHANG A – Schnelltabellen für häufige hauärztliche Situationen

### A1 Medikamente mit möglicher Fahrtüchlichkeitsrelevanz

Situation	Trigger	Fahrhinweis	Maßnahme	Doku
Benzodiazepine / Z-Substanzen	Erstverordnung, Dosissteigerung, ältere Patient:innen	Kein Fahren bei Sedierung, Neueinstellung, Mischkonsum	Alternativen, kurze Dauer, Alkohol vermeiden	Fahrhinweis erfolgt
Opioide	Start, Dosiserhöhung, Retardumstellung	Kein Fahren bis stabile Verträglichkeit; nie bei Benommenheit	Schmerzplan, Interaktionen prüfen	Dosis + Warnung
Sedierende Antihistaminika	Allergie, Schlaf, OTC	Kein Fahren bei Müdigkeit	Nicht-sedierende Option prüfen	OTC-Risiko dokumentieren
Antipsychotika / sedierende Antidepressiva	Start / Dosisänderung	Individuell, v. a. Initialphase	Psychiatrie / Medikationsplan	Sicherungsaufklärung
Antiepileptika	Einstellung, Umstellung	Individuell; Rücksprache Neurologie	Neurologische Fahreignungsbeurteilung	Neurol. Vorgabe dokumentieren
Polypharmazie + Alkohol	Multimorbidität, ältere Patient:innen	Kein Fahren bei Mischkonsum	Medikationsanalyse	Interaktionshinweis

### A2 Diabetes / Hypoglykämie

Situation	Fahrelevantes Problem	Hauärztlicher Weg
Metformin / SGLT2 / GLP-1 ohne Hypoglykämierisiko	Meist keine direkte Einschränkung	Folgekomplikationen prüfen
Insulin / Sulfonylharnstoff	Hypoglykämierisiko	Hypoanamnese, Schulung, Messstrategie
Schwere Hypoglykämie im Wachzustand	Fremdhilfe, Kontrollverlust	Fahrpause bis Ursache geklärt und Therapie angepasst
Gestörte Hypowahrnehmung	Hohe Rezidivgefahr	Kein Fahren bis Wahrnehmung/Strategie stabil
Berufskraftfahrer	Niedrigere Risikotoleranz	Diabetologie / Verkehrsmedizin früh einbeziehen

### A3 Synkope

Situation	Gruppe-1-Logik	Gruppe-2-Logik	Praxisweg
Erste Synkope, niedriges Rezidivrisiko	Oft keine dauerhafte Einschränkung	Strengere Einzelfallprüfung	Ursache klären
Unklare Synkope	Fahrpause bis Abklärung	Meist strenger	Kardiologie / Neurologie
Wiederholte unklare Synkopen	Längere Fahrpause möglich	Häufig keine Fahreignung bis Klärung	Fachabklärung

Probeleseexemplar

Synkope bei struktureller Herzerkrankung	Hochrisiko	Hochrisiko	Dringliche Kardiologie
--	------------	------------	------------------------

## A4 Epilepsie / epileptischer Anfall

Situation	Hauärztliche Regel	Weiteres Vorgehen
Erster Anfall	Kein Fahren bis neurologisch eingeordnet	Neurologie
Bekannte Epilepsie mit Rezidiv	Fahrpause nach neurologischer Vorgabe	Therapieadhärenz prüfen
Provozierter Anfall	Nicht automatisch harmlos	Ursache behandeln, Neurologie
Berufskraftfahrer	Sehr strenge Bewertung	Verkehrsmedizin / Neurologie

## A5 Demenz / kognitive Störung

Situation	Risiko	Praxisweg
Leichte kognitive Störung	Uneinheitlich, variabel	Verlauf beobachten, Angehörigenhinweise, ggf. Fahrprobe
Demenz mit Alltagsfehlern	Orientierung / Urteil / Reaktion	Fahreignung aktiv ansprechen, Diagnostik
Unfälle / Verirren / Fremdhinweise	Konkrete Gefährdung	Fahrpause, Diagnostik, Angehörige mit Einwilligung
Fehlende Einsicht	Zusätzlicher Risikofaktor	Dokumentieren, Verkehrsmedizin erwägen

## A6 Schlafapnoe / Tagesschläfrigkeit

Situation	Risiko	Praxisweg
Tagesschläfrigkeit, Sekundenschlaf	Kontrollverlust	Kein Fahren bei relevanter Schläfrigkeit
Verdacht auf OSA	Monotoniefahrten gefährlich	Schlafmedizin veranlassen
Behandelte OSA mit Besserung	Risiko sinkt	Adhärenz und Kontrollen sichern
Berufskraftfahrer	Besonders relevant	Strenge Kontrolle, Schlafmedizin

## A7 KHK / ACS / PCI / Bypass / Herzinsuffizienz (DGK 2023)

Hinweis: Fristen nach DGK Pocket-Leitlinie 2023 (Klein/Eckardt/Perings); Abweichungen durch Arzt gut begründbar und dokumentierbar. Gruppe-2-Fahrzeuge immer strenger beurteilen.

Situation	Privatfahrer (Gruppe 1)	Berufskraftfahrer (Gruppe 2)	Praxisweg
ACS komplikationslos, LVEF > 35 %	Nach DGK häufig nach Entlassung / kurzer Frist möglich	Frühestens nach kardiolog. Kontrolle, Wochenfrist	Entlassbrief / DGK prüfen
ACS mit LVEF ≤ 35 % oder decomp. HI	Fahrpause + kardiologische Untersuchung	Meist keine Fahreignung, strenge Prüfung	Kardiologie
Stabile Angina	Oft keine Einschränkung	Keine Fahreignung bei niedriger Belastungsstufe	Belastbarkeit klären
PCI mit gutem Ergebnis	Häufig keine Einschränkung	Frist + Fachkontrolle	Kardiologie
Bypass	Nach Rekonvaleszenz	Längere Frist, Sternumstabilität beachten	Entlassbrief / Reha
Relevante Arrhythmie / Synkope	Hochrelevant	Sehr hochrelevant	Dringliche Kardiologie
ICD-Implantation	Gruppe-1-Fahrpause nach Leitlinie	Gruppe 2: meist längere Fahrpause	DGK-Leitlinie / Kardiologie

## **ANHANG B – Patient:inneninformation: Wann darf ich nicht selbst fahren?**

Bitte fahren Sie kein Auto, Motorrad, Fahrrad oder E-Scooter, wenn Sie:

6. benommen, schläfrig, verwirrt oder stark schwindelig sind,
7. eine Unterzuckerung hatten oder eine drohende Unterzuckerung bemerken,
8. Alkohol, Drogen oder sedierende Medikamente eingenommen haben,
9. nach einem Eingriff oder einer Narkose/Sedierung nach Hause müssen,
10. eine Bewusstlosigkeit, einen Krampfanfall oder neue neurologische Ausfälle hatten,
11. von Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt ausdrücklich eine Fahrpause empfohlen bekommen haben.

Wenn wir Ihnen aus medizinischen Gründen vom Fahren abraten, dient das Ihrer Sicherheit und der Sicherheit anderer. Bitte organisieren Sie eine Abholung oder nutzen Sie Taxi/ÖPNV.

## ANHANG C – Formulartext: Medizinischer Fahrhinweis / Sicherungsaufklärung

Feld	Inhalt / Ankreuzen
Patient:in	_____
Datum	_____
Empfehlung: kein Führen von	Auto Motorrad Fahrrad E-Scooter Berufsfahrzeug / Personenbeförderung
Grund (kurz)	_____
Empfohlene Dauer	heute / 24 Stunden bis Abklingen der Benommenheit bis fachärztliche Abklärung bis ärztliche Rücksprache anderes: ____
Aufklärung	Medizinische Gründe und Risiken wurden mündlich erläutert.
Unterschrift Patient:in (optional)	_____
Unterschrift Praxis	_____
Hinweis	Eine verweigerte Unterschrift hebt die ärztliche Aufklärung nicht auf; die Aufklärung wird in der Patientenakte dokumentiert.

## Online-Ressourcen und Referenzstellen – Kapitel A2 (klickbar)

Die folgenden Portale bieten aktuelle Informationen zu Fahreignung, Fahrtüchtigkeit und ärztlicher Sicherungsaufklärung im deutschsprachigen Raum (D/A/CH). Alle Links sind direkt klickbar.

### LEITLINIEN, BEHÖRDEN UND BEGUTACHTUNGSGRUNDLAGEN

[BASt – Begutachtungsleitlinien Kraftfahreignung \(D\)](#) – Offizielle Bundesanstalt für Straßenwesen: Leitlinien zur Kraftfahreignung, regelmäßig aktualisiert.

[DGK – Fahreignung bei Herzerkrankungen \(D\)](#) – Deutsche Gesellschaft für Kardiologie: Fahreignung nach kardialen Ereignissen (ACS, Synkope, ICD).

[DGNR – Positionspapier Hirngefäßerkrankungen und Fahreignung \(D\)](#) – Fahreignung nach Schlaganfall, TIA und zerebralen Blutungen – Positionspapier als PDF.

[BMIMI – Leitlinien Amtsärzte Führerschein \(A\)](#) – Österreich: Amtsärztliche Leitlinien für die Beurteilung der Fahrtauglichkeit (PDF).

### BEHÖRDEN UND VERFAHREN D/A/CH

[oesterreich.gv.at – Ärztliches Gutachten Führerschein \(A\)](#) – Österreich: Verfahren und Arztpflichten bei der medizinischen Führerscheinuntersuchung.

[oesterreich.gv.at – Führerschein und Behinderung \(A\)](#) – Österreich: Ärztliche Untersuchung bei eingeschränkter Fahrtauglichkeit durch Behinderung.

[Bundesärztekammer \(D\)](#) – Stellungnahmen zu Schweigepflicht, Offenbarungsrecht und ärztlicher Meldepflicht bei Fahreignungszweifeln.

### FACHRESSOURCEN UND SELBSTHILFE

[Springer Medizin – Fahreignungsbegutachtung \(D\)](#) – Fachüberblick zur ärztlichen Begutachtung der Fahreignung (für Ärztinnen und Ärzte).

[AWMF-Leitlinienregister \(D\)](#) – Suche nach AWMF-Leitlinien zu Einzelerkrankungen mit Fahreignungsrelevanz (Epilepsie, Demenz, Diabetes u. a.).

## Evidenzbasis und Quellenhinweise

Quelle	Relevanz
Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV), §§ 11, 46, Anlagen 4-6	Gesetzliche Grundnorm für Fahreignungsanforderungen und Behördenzuständigkeit
BASt-Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung (aktuelle Fassung)	Zentrale fachliche Beurteilungsleitlinie; regelmäßig auf Aktualität prüfen
DGK/DGVM Pocket-Leitlinie: Fahreignung bei kardiovaskulären Erkrankungen, Version 2023 (Klein/Eckardt/Perings)	Verbindliche Grundlage für kardiovaskuläre Fahreignungsfragen (Anhang A7)
BGB §§ 630c, 630f	Informationspflicht und Dokumentation im Behandlungsverhältnis
StGB §§ 203, 34, 316	Schweigepflicht, rechtfertigender Notstand, Fahruntüchtigkeit
Bundesärztekammer / Landesärztekammern	Regionale und berufliche Konkretisierungen; KV-Hinweise prüfen
Fachgesellschaften (DGN, DDG, DGSM, DGP) je nach Erkrankungsgruppe	Für krankheitsspezifische Fahreignungsbeurteilung (Epilepsie, Diabetes, OSA, Demenz)

Hinweis: Rechtliche Aussagen sind als hausärztliche Orientierung formuliert, nicht als juristische Einzelfallberatung. Abweichungen von Leitlinienfristen sind durch Arzt/Ärztin im gut begründeten Einzelfall möglich und zu dokumentieren (vgl. DGK Pocket-Leitlinie 2023, Präambel). Lokale Ärztekammer-/KV-Hinweise zur Fahreignungsmeldung regelmäßig prüfen.

# K5 - Vorausplanung : Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht und Sterbebegleitung

*Patientenverfügung · Vorsorgevollmacht · Palliativversorgung · Hospiz · Assistierter Suizid*

Zielgruppe: Hausarzt • Weiterbildungsassistenten • MFA

Stand: 2026 – Rechtslage BVerfG 2020, aktuell keine einfachgesetzliche Neuregelung

## Überblick: Vier Instrumente – eine Versorgungsaufgabe

Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Palliativversorgung und die rechtliche Einordnung des assistierten Suizids bilden zusammen den Rahmen selbstbestimmter Entscheidungen am Lebensende. Sie sind keine Alternativinstrumente, sondern ergänzen sich: Die Patientenverfügung legt fest, was medizinisch geschehen soll. Die Vorsorgevollmacht benennt, wer es durchsetzt. Die Palliativversorgung stellt sicher, dass das Leiden gelindert wird. Der assistierte Suizid bleibt ein eigenständiges Thema mit strengen eigenen Voraussetzungen. [1,2,3]

### Merke ✓

Diese vier Instrumente schließen sich nicht aus, sondern bauen aufeinander auf.  
 Eine Patientenverfügung ohne Vorsorgevollmacht bleibt oft wirkungslos, weil niemand den Willen durchsetzt.  
 Palliativversorgung und Hospiz sind für die meisten Patienten die entscheidende Antwort auf die Frage nach einem würdevollen Sterben.  
 Assistierter Suizid setzt zwingend aktuelle Freiverantwortlichkeit voraus – eine frühere Unterschrift reicht nicht. [1,2,3,4]

## Schnellvergleich: Die vier Instrumente

Instrument	Rechtsgrundlage	Was es regelt	Was es nicht kann
Patientenverfügung	§ 1901a BGB	Einwilligung/Ablehnung konkreter med. Maßnahmen für Zeiten der Entscheidungsunfähigkeit	Aktive Tötung anordnen; assistierten Suizid ermöglichen; pauschal "alles ablehnen"
Vorsorgevollmacht	Zivilrecht / § 1904 BGB	Bevollmächtigte Person zur Durchsetzung des Patientenwillens ermächtigen	Eigene Wertungen der Bevollmächtigten ersetzen Patientenwillen nicht; keine strafbaren Handlungen
Palliativversorgung / Hospiz	§§ 27 ff. SGB V, § 132d SGB V	Symptomlinderung, Lebensqualität, ganzheitliche Begleitung, Stufensystem	Keine Lebensverlängerung um jeden Preis; kein Eingriff in Patientenautonomie
Assistierter Suizid	BVerfG 2 BvR 2347/15 (2020); kein Spezialgesetz	Strafloser Beistand zur eigenverantwortlichen Selbsttötung	Stellvertretend durch Angehörige bei fehlender Einwilligungsfähigkeit; Tötung auf Verlangen

# 1. Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist die schriftliche Vorausfestlegung einer volljährigen, einwilligungsfähigen Person darüber, welchen medizinischen Maßnahmen sie für den Fall zustimmt oder welche sie ablehnt, wenn sie selbst nicht mehr entscheiden kann. Sie ist für Ärzte, Bevollmächtigte, Betreuer und Gerichte verbindlich, sofern sie auf die konkrete Situation zutrifft. [1]

## Was eine Patientenverfügung regeln kann

Eine gut ausgearbeitete Verfügung kann für klar definierte Situationen folgende Maßnahmen verbindlich festlegen: [1]

Maßnahme	Kann abgelehnt werden	Kann gewünscht werden	Bedingung
Herz-Lungen-Wiederbelebung	Ja	Ja	Situation muss beschrieben sein
Künstliche Beatmung (Intubation/NIV)	Ja	Ja	Situation konkret benennen
Dialyse	Ja	Ja	Nierenfunktionsverlust beschreiben
Künstliche Ernährung (PEG, Infusion)	Ja	Ja	Empfehlung: Demenz-Endstadium spezifizieren
Antibiotika bei Pneumonie	Ja (nur Linderung)	Ja	Behandlungsziel festlegen
Krankenhauseinweisung	Ja (nur symptomatisch)	Ja	Ort der Versorgung benennen
Schmerzlinderung (auch bewusstseinsdämpfend)	Nein (immer geboten)	Ausdrücklich befürworten	Zustimmung zur indirekten Sterbehilfe
Aktive Tötung / assistierter Suizid	–	NICHT möglich	Rechtswidrig / gesondertes Instrument

## Formale Anforderungen

Anforderung	Pflicht?	Hinweis
Schriftform + eigenhändige Unterschrift	Ja	Alternativ: notariell beglaubigtes Handzeichen
Notarielle Beurkundung	Nein	Erhöht Überzeugungskraft, ist aber nicht erforderlich
Einwilligungsfähigkeit zum Zeitpunkt der Erstellung	Ja	Ärztliche Bestätigung empfohlen
Regelmäßige Aktualisierung	Nein (empfohlen)	Alle 1–3 Jahre mit Datum und Unterschrift erneuern
Kombination mit Vorsorgevollmacht	Nein (dringend empfohlen)	Ohne Vollmacht muss ggf. Betreuer bestellt werden

## Konkretheit: Der entscheidende Qualitätsmaßstab

Der häufigste Fehler ist mangelnde Konkretisierung. Das Dokument muss zwei Ebenen verbinden: (1) klar definierte Situation und (2) konkrete Maßnahmenentscheidung. Unzureichende Formulierungen wie „kein

würdeloses Dahinvegetieren" oder „keine sinnlosen Maßnahmen" sind auslegungsbedürftig und scheitern im Akutfall. [1]

### Fallvignette

NICHT ausreichend: „Bei Demenz keine lebenserhaltenden Maßnahmen."

AUSREICHEND: „Wenn ich infolge eines weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses auch mit ausdauernder Hilfestellung keine Nahrung und Flüssigkeit mehr auf natürlichem Weg zu mir nehmen kann und mehrere der folgenden Maßnahmen medizinisch in Betracht kämen: PEG-Sonde, Infusionen zur reinen Lebensverlängerung, Krankenhauseinweisung bei febrilen Infekten – dann lehne ich diese Maßnahmen ab und wünsche ausschließlich lindernde Pflege, Mundpflege und Schmerzbehandlung."

## Patientenverfügung bei Demenz: Was geht, was nicht

Ziel	Mit Patientenverfügung möglich?	Warum / Warum nicht
Ablehnung von PEG-Sonde bei schwerem Demenz-Endstadium	JA – wenn konkret beschrieben	Situation (fehlende natürliche Nahrungsaufnahme) + Maßnahme (keine Sonde) müssen explizit stehen
Ablehnung von Krankenhauseinweisung zur Lebensverlängerung	JA – wenn konkret beschrieben	Ort der Versorgung und Ziel (nur Linderung) festlegen
Ablehnung von Antibiotika bei terminaler Pneumonie	JA – wenn konkret beschrieben	Situation und Therapieziel definieren
Assistierten Suizid „im Voraus genehmigen"	NEIN	Suizidassistenz erfordert aktuelle Freiverantwortlichkeit; frühere Unterschrift reicht nicht
Angehörige ermächtigen, assistierten Suizid zu veranlassen	NEIN	Weder durch Patientenverfügung noch durch Vorsorgevollmacht möglich

### SOP: Hausärztliches ACP-Gespräch (Advance Care Planning)

- EINSTIEG:** Ziele, Befürchtungen und Grenzvorstellungen klären (nicht mit Formular beginnen).  
Einstiegsfragen: „Was wäre für Sie ein Zustand, in dem Lebensverlängerung nicht mehr Ihr Ziel wäre?" / „Wer soll für Sie sprechen, wenn Sie es nicht mehr können?"
- MEDIZINISCHE ÜBERSETZUNG:** Typische Eskalationen je nach Erkrankung besprechen:  
Reanimation, Beatmung, Dialyse, PEG, Antibiotika, Klinikeinweisung, Ort der Versorgung.
- WIDERSPRÜCHE AUFDECKEN:** Wer maximale Lebensverlängerung wünscht, kann nicht pauschal Beatmung und Reanimation ablehnen.
- WERTVORSTELLUNGEN ERGÄNZEN:** Schriftlich: Was bedeutet Lebensqualität? Welche Abhängigkeiten sind noch akzeptabel?
- VORSORGEVOLLMACHT KOPPELN:** Immer gemeinsam beraten.
- DOKUMENTATION:** Beratungsgespräch + Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit in Akte festhalten.
- AUFBEWAHRUNG:** Kopie in Praxisakte, Original zu Hause zugänglich, Hinweis im Portemonnaie, Information an Angehörige + Pflegeeinrichtung.

### ! Praxisfehler

Standardformular ohne individuelles Gespräch – Verfügung passt nicht zur klinischen Realität.  
Nur Diagnose genannt ("bei Alzheimer"), keine funktionellen Situationen beschrieben.  
Keine Vorsorgevollmacht parallel initiiert – niemand setzt den Willen durch.

Verfügung in der Schublade, im Notfall nicht auffindbar.  
Nie aktualisiert: Patient vor 15 Jahren auf Papier, seither keine Überprüfung.

### MFA-Aufgabe

Patienten >70 J., mit Multimorbidität, Tumorerkrankung oder Demenz im PVS flaggen: „ACP-Gespräch noch ausstehend?“

Vor geplanten größeren Operationen oder Pflegeheimzug aktiv ansprechen.

Aufbewahrungshinweis: Karte fürs Portemonnaie / Notfallausweis zusammen mit Arztbrief aushändigen.

Berliner Patienten: Berliner Notfallverfügung als Ergänzung anbieten und Ausfüllhilfe bereithalten.

## 2. Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung

Die Vorsorgevollmacht ermächtigt eine Vertrauensperson, in genau definierten Bereichen für den Vollmachtgeber zu handeln, wenn dieser selbst nicht mehr entscheiden kann. Im Bereich Gesundheits-sorge gilt sie als verlängerter Arm der Patientenverfügung – sie bestimmt, wer den Patientenwillen durchsetzt. [2,1]

Bereich	Inhalt der Vollmacht (BMJ-Formular)	Besonderheit
Gesundheits-sorge	Einwilligung, Ablehnung, Widerruf von Untersuchungen und Behandlungen – auch lebenserhaltende Maßnahmen	§ 1904 BGB: Betreuungsgericht muss genehmigen bei Lebensgefahr/schwerem Schaden, wenn kein Einvernehmen
Durchsetzung Patientenverfügung	Bevollmächtigte Person ist ausdrücklich befugt, den Willen aus der Verfügung zu vertreten	Nur wirksam, wenn Vollmacht explizit auf Patientenverfügung verweist
Schweigepflicht	Einsicht in Krankenunterlagen, Entbindung der Behandler gegenüber der Vertrauensperson	Ohne Entbindung: Ärzte dürfen nichts mitteilen
Aufenthalt/Wohnung	Entscheidung über Wohnort, Heimunterbringung	§ 1906 BGB: Richterliche Genehmigung bei freiheitsentziehenden Maßnahmen
Vermögens-sorge, Behörden, Post	Optional – je nach Bedarf	Umfang sorgfältig beschränken, wenn nur Gesundheits-sorge gewünscht

Instrument	Betreuungsverfügung	Vorsorgevollmacht
Was es ist	Wunschliste an das Betreuungsgericht (wer soll Betreuer werden)	Eigene Bevollmächtigung ohne Gericht
Rechtliche Wirkung	Gericht ist nicht zwingend gebunden	Bevollmächtigte handelt sofort, ohne Gerichtsbeschluss
Wann sinnvoll	Wenn keine geeignete Vertrauensperson vorhanden	Standard – immer bevorzugen wenn möglich
Kombination	Ergänzend zur Vorsorgevollmacht	Mit Patientenverfügung kombinieren

### Merke ✓

Patientenverfügung + Vorsorgevollmacht immer gemeinsam erarbeiten – sie sind zwei Seiten derselben Medaille.

Die Vollmacht regelt WER entscheidet, die Verfügung regelt WAS entschieden wird.

Ohne Vollmacht: Wenn kein Betreuer bestellt ist, entscheidet im Notfall niemand rechtssicher.

Bevollmächtigte kann Suizidassistentz weder anordnen noch stellvertretend durchführen. [1,2]

### Praxis-Pearl

Zwei Bevollmächtigte nur mit klarer Regelung: Einzel- oder Gesamtvertretung? Wer vertritt wen im Verhinderungsfall?

Bevollmächtigte Person sollte mindestens einmal am ACP-Gespräch teilnehmen.

Registeraus-zug beim zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer prüfen:

[www.vorsorgeregister.de](http://www.vorsorgeregister.de)

Original der Vollmacht immer im Klartext auffindbar – nicht nur im Safe.

### 3. Palliativversorgung: Stufensystem und Hausarztrolle

Palliativversorgung richtet sich an Menschen mit fortgeschrittener, nicht heilbarer und lebensbegrenzender Erkrankung. Ziel ist nicht Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern konsequente Symptomkontrolle, Erhalt von Lebensqualität und Begleitung der Angehörigen. Sie beginnt nicht erst in den letzten Tagen, sondern oft Monate oder Jahre vor dem Tod. [3,5]

#### Das Stufensystem ambulanter Palliativversorgung

Stufe	Bezeichnung	Indikation	Arztrolle	Finanzierung
1	Palliative Grundversorgung	Fortgeschrittene Erkrankung, stabile Situation	Hausarzt regelt alles	EBM-Regelleistung
2	AAPV – Allgemeine Ambulante Palliativversorgung	Erhöhter Bedarf, Situation noch nicht SAPV-pflichtig	Hausarzt + koordinierende Fachkraft	Kassenleistung
3	SAPV – Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung	Komplexe Symptomlast, häusliche Stabilisierung nicht anders möglich	Verordnung durch Arzt, multiprofessionelles Team übernimmt	Rechtsanspruch seit 2007, § 132d SGB V

#### Praxis-Pearl

SAPV muss ärztlich verordnet werden (nicht überwiesen). Formular: Muster 63.  
 SAPV-Indikation: Komplexe Symptomlast ODER Versorgungsinstabilität ODER besondere patientenbezogene Krisensituation.  
 Frühzeitig verordnen: SAPV-Teams können Krisen verhindern, die später stationäre Einweisung nötig machen würden.  
 Bei SAPV bleibt der Hausarzt involviert – er wird entlastet, nicht verdrängt. [3]

#### Häufige Symptome und Grundprinzipien der Behandlung

Symptom	Grundprinzip	Typische Erstmaßnahme	Wichtige Besonderheit
Schmerz	WHO-Stufenschema; titrieren	Schwache Opioide, dann stark	Regelmäßige Gabe, nicht nur bei Bedarf
Atemnot	Opioid-Titration wirksam	Morphin p.o./s.c.	Sauerstoff oft weniger wirksam als Morphin
Angst/Unruhe	Ursache klären; Anxiolytikum	Lorazepam/Midazolam	Delir ausschließen
Übelkeit	Antiemetikum nach Ursache	Metoclopramid, Haloperidol	Opioid-induzierte Obstipation mitbehandeln
Terminale Unruhe	Palliative Sedierung erwägen	Midazolam s.c.	Familie informieren und begleiten

#### Merke ✓

Indirekte Sterbehilfe: Symptomlindernde Medikamente mit möglicherweise lebensverkürzendem Nebeneffekt sind zulässig und medizinisch-ethisch geboten, wenn andere Möglichkeiten versagen. [1]  
 Mundpflege, Hilfe bei natürlicher Flüssigkeitsaufnahme und leidlindernde Pflege gehören zum Kernbestand würdevoller Sterbebegleitung.

Palliativversorgung und kurative Therapie schließen sich nicht aus – Übergangsphase aktiv gestalten.

### SOP: SAPV-Verordnung und Erstgespräch

1. SAPV-Indikation prüfen: komplexe Symptomlast, Versorgungsinstabilität, spezifischer Krisenplan nötig.
2. Muster 63 ausfüllen: Diagnose, Prognose, Begründung der SAPV-Notwendigkeit, gewünschter Leistungsumfang.
3. SAPV-Team informieren: Telefonat vorab, Übergabe wichtiger Informationen (Vorsorgedokumente, Notfallplan, Angehörige).
4. Hausarztrolle klären: Wer ist primärer Ansprechpartner in welchen Situationen?
5. Notfallplan gemeinsam erstellen: Krisenszenarien, Rufnummern, Eskalationsstufen.
6. Patient und Angehörige informieren: Was ändert sich? Was bleibt gleich?

## Hausarztrolle in der Palliativversorgung

Der Hausarzt ist in Deutschland die zentrale koordinierende Instanz der Palliativversorgung – von der frühen Integrationsphase bis zum letzten Tag. Die Rolle umfasst: [3]

8. Symptomkontrolle und Basisedikation (inkl. Notfallmedikamente im Haus)
9. Verordnung und Koordination von AAPV/SAPV, Pflegedienst, Hospizdienst
10. Vorausschauende Behandlungsplanung (ACP): Patientenverfügung, Notfallplan, Behandlungsziele
11. Krisenprävention: Szenarien vorausdenken, Eskalationsregeln festlegen
12. Angehörigenbegleitung: regelmäßige Auskunft, Entlastung, Trauervorbereitung
13. Hausbesuche bei eingeschränkter Mobilität
14. Vernetzung: Pflegestützpunkt, Hospiz, Sozialdienst, Ethikkomitee

### MFA-Aufgabe

Palliativ-Recall im PVS: Patienten mit SAPV oder ambulantem Hospizdienst als Spezialgruppe markieren.  
Notfallmedikamente im Haus: Checkliste für Nachweis und Haltbarkeit (Morphin, Midazolam, Antiemetikum).  
Angehörige: Telefonnummern von SAPV-Team, Hospizdienst und Notarzt sichtbar hinterlegt?  
Berliner Notfallverfügung: Ausgefüllt, unterschrieben, sichtbar zugänglich?

## 4. Hospizversorgung: Formen, Finanzierung, Einweisung

Hospizversorgung ist ganzheitliche Begleitung in der letzten Lebensphase. Sie ergänzt die medizinische Palliativversorgung durch psychosoziale, spirituelle und pflegerische Unterstützung und schließt immer auch die Angehörigen ein. [3]

Form	Beschreibung	Indikation	Kosten Patient	Bundesweit (2025)
Ambulanter Hospizdienst	Ehrenamtliche Begleitung zu Hause, im Heim, oder stationär	Jede lebensbegrenzende Erkrankung, kein Sterbephase nötig	Kostenlos	Ca. 1.500 Dienste
Stationäres Hospiz	Wohnliche Einrichtung, 8–16 Betten, ganzheitliche Pflege + Begleitung	Verbleib zu Hause nicht mehr möglich; kein Klinikbedarf mehr	Kein Eigenanteil (95% GKV + Pflege)	Ca. 270 Einrichtungen
Kinder-/Jugendhospiz	Stationäre Begleitung für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene	Lebenslimitierende Erkrankung im Kindes-/Jugendalter	Kein Eigenanteil	21 Einrichtungen
Palliativstation	Akutbehandlung komplexer Symptome im Krankenhaus	Symptomlast nicht ambulant beherrschbar	DRG-Abrechnung (GKV)	Ca. 330 Stationen

### Einweisung ins stationäre Hospiz: Voraussetzungen

Für die Aufnahme in ein stationäres Hospiz ist eine ärztliche Bescheinigung erforderlich. [3] Der Hausarzt hat eine Schlüsselrolle:

Voraussetzung	Inhalt
Diagnose	Fortgeschrittene lebensbegrenzende Erkrankung dokumentiert
Prognose	Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder wenige Monate begrenzt
Häusliche Versorgung	Nicht mehr möglich oder nicht mehr zumutbar
Klinikbedarf	Nicht erforderlich oder nicht mehr zielführend
Krankenkasse	Antrag auf Kostenübernahme durch Hausarzt / Hospizdienst einleiten

#### Praxis-Pearl

Frühzeitig einweisen: Hospizdienste haben Wartelisten. Zeitfenster von 2–4 Wochen einplanen. Ambulanter Hospizdienst braucht KEINE Einweisung – einfach anrufen oder Patienten informieren. In Berlin: Zentrale Anlaufstelle Hospiz koordiniert stationäre Aufnahmen. Hospiz ist kein Ort des Sterbens, sondern des Lebens mit begrenzter Zeit – diese Sprache im Gespräch verwenden. [3]

## Versorgungsstruktur Berlin (als Beispielregion)

Ressource	Zahl/Details
Ambulante Hospizdienste	32 Dienste inkl. Zweigstellen
Stationäre Hospize Erwachsene	17 Einrichtungen, 255 Plätze
Stationäre Kinderhospize	2 Einrichtungen, 21 Plätze
Palliativstationen	10 Stationen, 82 Betten
Zugelassene SAPV-Ärzte	106
SAPV-Pflegedienste	47
Koordination	Zentrale Anlaufstelle Hospiz, Home Care Berlin, Pflegestützpunkte, Hilfelotse Berlin

## 5. Assistierter Suizid: Recht, Grenzen, Hausarztrolle

Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 26. Februar 2020 ist das Recht auf selbstbestimmtes Sterben – einschließlich der Suche nach Hilfe bei Dritten – verfassungsrechtlich geschützt. Eine umfassende gesetzliche Regelung fehlt jedoch bis heute. [4,5]

### Rechtlicher Rahmen in Deutschland (Stand 2026)

Aspekt	Rechtslage
Verfassungsrecht	BVerfG 2020: Recht auf selbstbestimmtes Sterben als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts
§ 217 StGB a.F.	Strafbewehrtes Verbot der geschäftsmäßigen Suizidförderung: 2020 für nichtig erklärt
Einfaches Gesetz	Kein Spezialgesetz. Beide Gesetzentwürfe im Bundestag 2023 abgelehnt
Strafbarkeit	Assistierter Suizid (Mittel bereitstellen, Patient nimmt selbst) = straflos, sofern eigenverantwortlich
Tötung auf Verlangen	§ 216 StGB: Weiterhin strafbar. Entscheidend: Wer hat Tatherrschaft?
Arztvorbehalt	Niemand ist zur Suizidhilfe verpflichtet – weder Ärzte noch Organisationen

### Die entscheidende Frage: Reicht eine Unterschrift vor der Demenz?

Die wichtigste und häufigste Frage in der Hausarztpraxis: Kann ich jetzt unterschreiben, dass mir bei späterer Demenz assistierter Suizid ermöglicht wird? Die Antwort ist eindeutig: NEIN. [4,5,1]

#### Red Flag

Ein früher unterschriebenes Dokument ersetzt NICHT die im Zeitpunkt der Durchführung erforderliche aktuelle Freiverantwortlichkeit.

Angehörige können daraus KEIN Recht ableiten, die Durchführung stellvertretend zu veranlassen.

Sterbehilfeorganisationen (DGHS, Verein Sterbehilfe) verlangen selbst eine aktuelle ärztliche Bestätigung der Freiverantwortlichkeit.

Bei fortgeschrittener Demenz wird Suizidassistenz von Organisationen regelmäßig abgelehnt. [4,5]

Was wurde früh unterschrieben	Was es bewirkt	Was es nicht bewirkt
Patientenverfügung: Ablehnung von PEG, Reanimation bei Demenz-Endstadium	Verbindliche Grundlage für Behandlungsabbruch / Unterlassen dieser Maßnahmen	Kein assistierter Suizid. Nur Behandlungsgrenzen.
Vorsorgevollmacht mit Gesundheits-sorge	Bevollmächtigte kann Patientenverfügung durchsetzen	Bevollmächtigte kann keinen assistierten Suizid "auslösen"
Schriftlicher Wunsch: "Ich will bei Demenz assistierten Suizid"	Dokumentiert einen früheren Wunsch	Kein Rechtsanspruch. Keine Pflicht zur Durchführung. Keine Ermächtigung von Angehörigen.

### Freiverantwortlichkeit: Das zentrale Prüfkriterium

Voraussetzung für jeden zulässigen assistierten Suizid ist die aktuelle Freiverantwortlichkeit. Sie muss im Moment der Entscheidung vorliegen. [4,5]

Kriterium	Inhalt	Gefährdende Faktoren
Einsichtsfähigkeit	Person versteht Art, Konsequenz und Alternativen	Demenz, Delir, Psychose, Intoxikation
Urteilsfähigkeit	Informationen können abgewogen werden	Schwere Depression, kognitive Einschränkung
Dauerhaftigkeit	Entschluss ist stabil, nicht impulsiv	Akute Krise, kurzfristige Exazerbation
Druckfreiheit	Keine externen Zwänge	Überlastung Angehöriger, finanzielle Not, Heimdruck
Kenntnisse der Alternativen	Palliativmedizin, Hospiz, psychiatrische Therapie bekannt	Ungenügende ärztliche Aufklärung

## Abgrenzung zu anderen Sterbehilfeformen

Begriff	Beschreibung	Rechtslage DE
Aktive Sterbehilfe	Tötende Handlung durch Dritte (Injektion)	Strafbar, § 216 StGB
Passiv (Behandlungsabbruch)	Unterlassen/Beenden lebenserhaltender Therapie nach Patientenwillen	Zulässig bei wirksamer PV/Einwilligung
Indirekte Sterbehilfe	Symptomlinderung mit möglichem lebensverkürzendem Nebeneffekt (z. B. Opioide)	Zulässig bei Indikation und Einwilligung
Assistierter Suizid	Mittel bereitstellen; Patient nimmt selbst ein (Tatherrschaft beim Patienten)	Straflos; keine gesetzl. Regelung; strenge Anforderungen

## Praktisches Vorgehen bei geäußertem Sterbewunsch

### SOP: Erstgespräch bei geäußertem Todes- oder Suizidwunsch

- NICHT BAGATELLISIEREN, NICHT VORSCHNELL AKZEPTIEREN.**  
Offene Exploration: „Was genau meinen Sie? Geht es um Angst vor Schmerzen? Vor Abhängigkeit? Oder um einen konkreten Wunsch, Ihr Leben zu beenden?“
- KLINISCHE PRÜFUNG:** Depression? Delir? Kognitive Einschränkung? Schmerz? Atemnot? Angst? Soziale Notlage? Angehörigenüberlastung?
- VERSORGUNGSPRÜFUNG:** Sind Symptomkontrolle, SAPV, Hospiz, Pflege, Sozialrecht ausgeschöpft?
- ALTERNATIVEN AKTIV ANBIETEN:** Palliativmedizin, Hospizdienst, Psychotherapie, Krisenintervention, Selbsthilfe.
- FREIVERANTWORTLICHKEIT EINSCHÄTZEN:** Ist der Entschluss dauerhaft, informiert, druckfrei und rational nachvollziehbar?
- DOKUMENTIEREN:** Gesprächsinhalte, Motive, Einschätzung der Freiverantwortlichkeit, Alternativen, vereinbarte Folgeschritte.
- BEI PERSISTENZ:** Interdisziplinär einbeziehen – Psychiatrie, Palliativmedizin, Ethikberatung, SAPV.

### Merke ✓

Hausärztliche Aufgabe bei Sterbewunsch: Prüfen, nicht entscheiden. Alternativen eröffnen, nicht verurteilen. Dokumentieren, nicht improvisieren.  
Niemand ist verpflichtet, Suizidhilfe zu leisten – das gilt auch für Ärzte. [4]

Bei fortgeschrittener Demenz: Behandlungsgrenzen durch Patientenverfügung möglich. Assistierter Suizid: nicht möglich.

 **Red Flag**

Assistierten Suizid durch Angehörige oder informell verabreden – das ist keine ärztliche Aufgabe und rechtlich problematisch.

Sterbewunsch ohne Exploration übernehmen – Suizidprävention hat Vorrang.

Sterbewunsch bei noch unbehandelter Depression, Schmerz oder Palliativdefizit als "autonomen Willen" bewerten.

## 6. Hausärztliche Gesprächsführung: ACP und Krisenplanung

Das Gespräch über Sterben, Verfügungen und Vorausplanung ist für viele Hausärzte herausfordernd. Dabei ist Advance Care Planning (ACP) eine Kernkompetenz der Hausarztmedizin – und die meisten Patienten wünschen sich, dass ihr Hausarzt das Thema anspricht. [1,3]

### Wann proaktiv ansprechen? Schlüsselmomente für ACP

Anlass	Begründung
Alter >75 Jahre mit Multimorbidität	Erhöhte Wahrscheinlichkeit von Entscheidungsunfähigkeit
Neudiagnose lebensbegrenzende Erkrankung	Zeitfenster für informierte Vorausplanung
Pflegeheimzugang	Gesetzlich verankerte Versorgungsplanung (§ 132g SGB V)
Krankenhausaufenthalt mit schwerem Verlauf	Realitätsbewusstsein vorhanden, Planung motiviert
Wiederholte Einweisungen ohne klare Zielsetzung	Hinweis auf fehlende Vorausplanung
Diagnose Demenz im Frühstadium	Noch einwilligungsfähig – jetzt handeln

#### Kommunikationsbaustein

Einstieg: „Es gibt etwas, das ich gerne mit Ihnen besprechen möchte – und zwar bevor Sie es wirklich brauchen. Haben Sie schon einmal darüber nachgedacht, was passieren soll, wenn Sie selbst nicht mehr entscheiden können?“

Bei Demenzfrühd Diagnose: „Da Sie jetzt noch vollständig entscheiden können, wäre jetzt der richtige Zeitpunkt, Ihren Willen zu Papier zu bringen. Ich begleite Sie dabei gerne.“

Bei Wunsch nach assistiertem Suizid: „Ich höre, dass Sie so nicht weiterleben möchten. Können Sie mir erzählen, was Sie sich dabei vorstellen? Und was genau belastet Sie am meisten – Schmerzen, Abhängigkeit, etwas anderes?“

### Berliner Notfallverfügung als Ergänzungsinstrument

Für Patienten mit hohem Risiko akuter Krisen – insbesondere im Pflegeheim, bei SAPV oder bei komplexen Palliativsituationen – empfiehlt sich zusätzlich zur Patientenverfügung eine knappe, schnell lesbare Notfallverfügung. In Berlin ist dafür die Berliner Notfallverfügung etabliert. [3]

Merkmal	Patientenverfügung	Berliner Notfallverfügung
Umfang	Mehrere Seiten, ausführlich	1 Seite, schnell lesbar
Zweck	Umfassende Vorausplanung	Präklinische Schnellkommunikation
Zielgruppe	Alle	Pflegeheim, SAPV, Notfall
Entstehung	Patient (mit Arztbegleitung)	Arzt, Patient, Angehörige gemeinsam
Auffindbarkeit	Zu Hause, Arztakte	Am Patientenbett / Wohnungseingang

#### SOP: Dokumentationsstandard für ACP-Gespräche

Probeleseexemplar

1. Datum des Gesprächs und Anlass.
2. Teilnehmer: nur Patient / mit Angehörigen / mit Bevollmächtigten.
3. Besprochene Szenarien: welche Maßnahmen in welchen Situationen.
4. Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit.
5. Ergebnis: Verfügung bereits vorhanden / wird erstellt / Patient lehnt ab.
6. Aufbewahrungsort der Originaldokumente.
7. Nächster geplanter Schritt.

## Anhang – Checklisten und Textbausteine

### A1 – Checkliste für Hausärzte: ACP vollständig?

Punkt	Erledigt?
Patientenverfügung vorhanden und konkret (nicht nur allgemeine Formeln)?	<input type="checkbox"/>
Vorsorgevollmacht vorhanden und Person erreichbar?	<input type="checkbox"/>
Bevollmächtigte in mind. ein Gespräch einbezogen?	<input type="checkbox"/>
Alle relevanten Maßnahmen einzeln besprochen (Reanimation, Beatmung, PEG, Antibiotika, Klinikeinweisung)?	<input type="checkbox"/>
Wertvorstellungen schriftlich ergänzt?	<input type="checkbox"/>
Kopie der Dokumente in der Praxisakte?	<input type="checkbox"/>
Patient weiß, wo Original aufbewahrt ist und hat Hinweiskarte dabei?	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst / Heim über Dokumente informiert?	<input type="checkbox"/>
Notfallplan (ggf. Berliner Notfallverfügung) für akute Situationen?	<input type="checkbox"/>
ACP-Gespräch in der Karteikarte dokumentiert?	<input type="checkbox"/>

### A2 – Checkliste für Patienten

15. Schriftlich festlegen, für welche Situationen die Verfügung gelten soll (nicht nur Diagnosen, sondern Funktionszustände).
16. Zu jeder wichtigen Maßnahme klar „Ja“, „Nein“ oder „Nur zur Beschwerdelinderung“ angeben.
17. Eine Vertrauensperson als Bevollmächtigte benennen und ihr das Dokument zeigen.
18. Eigene Wertvorstellungen in Sätzen ergänzen.
19. Dokument unterschreiben, datieren, alle 2–3 Jahre erneuern.
20. Angehörige, Hausarztpraxis und ggf. Pflegeheim über Existenz und Aufbewahrungsort informieren.
21. Hinweiskarte im Portemonnaie mitführen.

### A3 – Textbaustein: Karteieintrag nach ACP-Gespräch

#### Fallvignette

ACP-Gespräch am [Datum]. Anlass: [z. B. Erstdiagnose Demenz]. Teilnehmer: Patient + [ggf. Tochter/Bevollmächtigte].

Einwilligungsfähigkeit: zum Zeitpunkt des Gesprächs vollständig vorhanden.

Besprochene Szenarien: Reanimation, Beatmung, PEG-Sonde, Antibiotika bei terminaler Pneumonie, Klinikeinweisung.

Ergebnis: Patient lehnt Reanimation und Beatmung ab. PEG: nur wenn Schlucken noch möglich; bei Demenz-Endstadium ohne natürliche Nahrungsaufnahme: Nein. Antibiotika: nur symptomorientiert. Klinikeinweisung: nur bei beherrschbarer Symptomlast, nicht zur reinen Lebensverlängerung.

Patientenverfügung: liegt vor [ODER: wird von Patient erstellt / Kopie in Akte].

Vorsorgevollmacht: liegt vor, Bevollmächtigte: [Name], erreichbar unter [Telefon].

Nächster Schritt: Erneutes Gespräch in 3 Monaten zur Aktualisierung.

### A4 – Was ist erlaubt? Schnellübersicht für den Notfall

Situation	Erlaubt	Nicht erlaubt
Patient lehnt Reanimation per PV ab	Keine CPR, auch wenn Angehörige es fordern	Durchführung gegen PV-Inhalt
Patient erhält Morphin-Titration bei Atemnot	Ja, auch wenn Lebenszeit verkürzt werden könnte	–
Angehörige fordern Maximaltherapie gegen PV	Nicht zu folgen; PV geht vor	PV ignorieren auf Angehörigenwunsch
Patient mit Demenz lehnte früh assistierten Suizid ab	–	Assistierten Suizid durchführen (PV kann das nicht anordnen)
Behandlungsabbruch bei PV + Vorsorgevollmacht	Ja, nach Abstimmung mit Bevollmächtigten	Abbruch ohne Rücksprache mit Bevollmächtigten, wenn vorhanden

## Online-Ressourcen und Referenzstellen – Kapitel I2 (klickbar)

Die folgenden Portale bieten aktuelle Informationen zu Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Palliativversorgung und Advance Care Planning im deutschsprachigen Raum (D/A/CH/FL/LU). Alle Links sind direkt klickbar.

### LEITLINIEN, BEHÖRDEN UND RECHTSGRUNDLAGEN

[BMJV – Patientenverfügung: Recht und Formulare \(D\)](#) – Bundesjustizministerium: Rechtliche Grundlagen, Erläuterungen und kostenlose Musterverfügungen zum Download.

[BMJV – Vorsorgevollmacht Musterformular \(D\)](#) – Kostenloses Musterformular für Vorsorgevollmacht und Betreuungsverfügung (aktualisiert 2025).

[Bundesgesundheitsministerium – Patientenverfügung \(D\)](#) – BMG-Informationssseite zu Patientenverfügung: Inhalte, Gültigkeit, Widerruf.

[DGP – Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin \(D\)](#) – Leitlinien, SAPV-Informationen, Patientenverfügungsvorlagen und Fachressourcen für Hausärzte.

[KBV – Palliativversorgung für Praxen \(D\)](#) – AAPV, SAPV, Abrechnung palliativmedizinischer Leistungen und MFA-Aufgaben.

### ACP, HOSPIZ UND REFERENZSTELLEN

[ACP-Deutschland – Advance Care Planning \(D\)](#) – Bundesweites Netzwerk für Behandlung im Voraus planen (BVP): Ausbildung, Konzepte, regionale Angebote.

[DGP – SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung \(D\)](#) – Erklärung der SAPV, Indikationen und regionale SAPV-Team-Finder.

[Hospiz Österreich – Dachverband \(A\)](#) – Österreichischer Dachverband: Beratungsstellen, Sterbe- und Trauerbegleitung, Advance Care Planning in Österreich.

[palliative.ch – Schweizerische Gesellschaft \(CH\)](#) – Fachgesellschaft Palliative Care Schweiz: Leitlinien, regionale Angebote und Weiterbildung.

### PATIENTENORGANISATIONEN UND SELBSTHILFE

[Verbraucherzentrale – Patientenverfügung online erstellen \(D\)](#) – Kostenlose, geführte Online-Erstellung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht (BMJV-Vorlage).

[palliativstiftung.com – Vorsorgenmappe \(D\)](#) – Praxisorientierte Vorsorgenmappe mit Patientenverfügung, Vollmacht und Notfallplan als PDF.

[Begleitung am Lebensende \(D\)](#) – Informationen zu Sterbebegleitung, Patientenverfügung und hausärztlicher Gesprächsführung für Betroffene und Angehörige.

## Literatur & Quellen

### Literatur & Quellen (Vancouver)

*Vancouver-Zitierregeln: Nummern im Text [N] – Reihenfolge des ersten Auftretens.*

[1] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Patientenverfügung: Leiden – Krankheit – Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin? Berlin: BMJV; Stand Juli 2015.

[2] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Formular Vorsorgevollmacht. Berlin: BMJV. Verfügbar unter: <https://www.bmj.de/vorsorgevollmacht>

[3] Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege Berlin; Zentrale Anlaufstelle Hospiz; weitere Berliner Quellen. Informationen zu Hospiz- und Palliativversorgung, Berliner Notfallverfügung, SAPV und ambulanten Diensten. Stand 2024–2025.

[4] Bundesverfassungsgericht. Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15 u.a. Karlsruhe: BVerfG; 2020. Verfügbar unter: [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226\\_2bvr234715.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html)

[5] Kobes S. Selbstbestimmung am Lebensende: Rechtliche Grenzen und ethische Fragen zum assistierten Suizid. Hamburg: Universität Hamburg (Fachbereich SozÖk); 2023. Verfügbar unter: <https://www.wiso.uni-hamburg.de/fachbereich-sozoek/professuren/nowrot/archiv/heft-43-kobes-selbstbestimmung-am-lebensende.pdf>

- [6] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV): Verordnung und Leistungsinhalte [Internet]. Berlin: KBV; 2024. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/sapv.php>
- [7] Humanes Sterben – Sterbehilfe – Hospizcare. Zusammenstellung mit Materialien zu Rechtslage, Praxis von Sterbehilfeorganisationen, Angehörigenbelastung und Freiverantwortlichkeit. Unveröffentlichtes Arbeitsdokument; 2026.
- [8] Bülte J. Anmerkung zum Urteil BVerfG 2 BvR 2347/15. Mannheim: Universität Mannheim, Lehrstuhl für Strafrecht; 2020. Verfügbar unter: <https://www.jura.uni-mannheim.de/buelte/rechtsprechung/strafrecht-bt/2020/bverfg-urt-v-26022020-2-bvr-2347-15/>
- [9] Bundesrechtsanwaltskammer. Nicht jedes aktive Tun ist Tötung auf Verlangen [Internet]. Berlin: BRAK; 12.08.2022. Verfügbar unter: <https://www.brak.de/newsroom/news/nicht-jedes-aktive-tun-ist-toetung-auf-verlangen/>
- [10] Ärztekammer Nordrhein. Suizidhilfe: Gesetzliche Regelung steht weiterhin aus. Rheinisches Ärzteblatt [Internet]. Düsseldorf: ÄK Nordrhein; März 2025. Verfügbar unter: <https://www.aekno.de/aerzte/rheinisches-aerzteblatt/ausgabe/artikel/2025/maerz-2025/suizidhilfe-gesetzliche-regelung-steht-weiterhin-aus>
- [11] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit nicht heilbarer Krebserkrankung [Internet]. Berlin: DGP / AWMF; 2020. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/128-001OL.html>
- [12] DEGAM. Leitlinie Hausärztliche Begleitung von Patienten am Lebensende. Frankfurt: DEGAM; 2019. Verfügbar unter: <https://www.degam.de/leitlinien.html>

# K6 - Abrechnungsziffern in der Hausarztpraxis

EBM • GOÄ • IGeL • Kodierung • Team

Zielgruppe: Hausarzt • Weiterbildungsassistenten • MFA

Aktualisierungsstand: Juli 2026 – inkl. neue Versorgungspauschale GOP 03100

## Überblick: Abrechnung als Versorgungslogik

Abrechnung in der Hausarztpraxis ist keine nachgelagerte Verwaltungsaufgabe, sondern integraler Bestandteil medizinischer Versorgungsrealität. Nur was richtig erbracht, präzise dokumentiert, korrekt kodiert und regelkonform zugeordnet wird, wird auch vergütet [1,2].

Das gilt im EBM anders als in der GOÄ – in beiden Systemen ist aber dieselbe Grundregel entscheidend: Nicht die gute Leistung allein sichert das Honorar, sondern die nachvollziehbar erbrachte und formal belastbar dokumentierte Leistung [1].

Dieses Kapitel verfolgt keinen rein ziffernorientierten Ansatz. Es verbindet medizinische Alltagssituationen mit den jeweils relevanten Abrechnungsregeln, typischen Fehlerquellen, MFA-Aufgaben, Dokumentationsanforderungen und Formulierungsbeispielen [2].

### Merke ✓

Abrechnung beginnt nicht am Quartalsende, sondern im Kontaktmoment.  
 Schon beim ersten Patientenkontakt entscheidet sich: GKV oder PKV? Kurativer, präventiver oder psychosomatischer Anlass? Pauschale, Zuschlag oder Einzelleistung?  
 EBM = Versorgungsordnung mit Pauschalen-Logik | GOÄ = Einzelleistungssystem mit Steigerungslogik [1,3]

## Systemvergleich: EBM vs. GOÄ auf einen Blick

Merkmale	EBM (GKV)	GOÄ (PKV / Privat)
Grundlage	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (KBV & GKV-SV)	Gebührenordnung für Ärzte (Bundesrecht)
Vergütungslogik	Pauschalen + Einzelleistungen	Einzelleistungen mit Steigerungsfaktor
Orientierungswert 2026	12,7404 Cent pro Punkt	Punktwert x Steigerungsfaktor (1x – 3,5x)
Begründungspflicht	Voraussetzungen, Ausschlüsse, Zeitvorgaben	Individuelle Begründung bei Überschreitung Schwelle
Rechnungsanforderung	KV-Abrechnung quartalsweise	§ 12 GOÄ: Leistungsbezeichnung, Datum, Faktor, Betrag
Typische Fehlerzone	Fehlende Kontaktkette, unspez. ICD	Pauschalbegründungen, fehlende Vereinbarung

## 1. Hausärztliche Kernpauschalen (EBM)

Die Versichertenpauschale ist das Fundament der GKV-Abrechnung. Sie wird je Behandlungsfall abgerechnet und setzt einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraus. Ohne dokumentierten Erstkontakt im Quartal ist keine Pauschale ansetzbar [1].

GOP	Bezeichnung	Altersgruppe	Voraussetzung	Besonderheit
03000	Versichertenpauschale	alle	Pers. Arzt-Patienten-Kontakt	Regelfall
03040	Versichertenpauschale	alle	Kontakt durch nicht-ärztl. Praxisassistenz	NäPa-Genehmigung nötig
03060 ff.	Nicht-ärztl. Praxisassistenz (NäPa)	alle	Genehmigung + NäPa-Nachweis	Delegation dokumentieren
01410	Hausbesuch	alle	Med. Notwendigkeit	Wegegeld 01412 ff. ergänzen
01434	Beratung Angehöriger	alle	Med. Anlass	Ohne Patientenbezug nicht abrechenbar

### Praxis-Pearl

Der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt muss in der Karteikarte erkennbar sein – nicht nur die Diagnose, sondern auch die Kontaktart.  
Mittelbare Kontakte (Telefon, eAU) können die Versichertenpauschale nicht auslösen – nur stützen.  
NäPa-Delegationsleistungen sind nur mit KV-Genehmigung abrechenbar. Genehmigungsbescheid in der Praxis aufbewahren.

### MFA-Aufgabe

Versicherungsstatus und Kassenzuordnung bei Anmeldung prüfen: GKV, PKV, Selbstzahler, HZV-Patient?  
Erstkontakt im Quartal in der Karteikarte sicherstellen.  
Hausbesuchsanfragen: Medizinische Notwendigkeit erfragen und dokumentieren lassen.  
NäPa-Genehmigungsstatus kennen und im PVS hinterlegen.

## 2. Chronikerabrechnung und neue Versorgungspauschale 2026

Die Chronikerlogik gehört zu den wirtschaftlich wichtigsten Hebeln hausärztlicher Versorgung – und ist zugleich eine klassische Fehlerzone. Lücken in der Kontaktkette, unspezifische ICD-Kodierung oder fehlende Suffixe führen zu echtem Honorarverlust [1,2].

### Die klassische 4-3-2-Logik (GOP 03220/03221)

Voraussetzung für die Chronikerziffer: Innerhalb der letzten vier Quartale einschließlich des aktuellen Quartals muss wegen derselben gesicherten, lebensverändernden chronischen Erkrankung eine kontinuierliche Behandlung stattgefunden haben. Dabei müssen in drei Quartalen Kontakte nachweisbar sein, in mindestens zwei davon persönliche [1].

GOP	Bezeichnung	Voraussetzung	Honorar (ca.)	Häufiger Fehler
03220	Chronikerpauschale I	4-3-2-Logik erfüllt, gesich. Dauerdiagnose (G)	Quartalsweise	Fehlende Kontakte in Vorquartalen
03221	Chronikerpauschale II	wie 03220 + mind. 20 Min. Arzt-Patient-Kontakt	Höher als 03220	Zeitdoku fehlt, zu kurzes Gespräch
03100	Versorgungspauschale NEU ab 1.7.2026	Nur 1 chron. Erkrankung, 1 Medikament, 18–75 J.	Halbjahrespauschale	Falsches Ansetzen bei Multimorbidität

### Neue Versorgungspauschale GOP 03100 – ab 1. Juli 2026

Ab 1. Juli 2026 tritt die neue hausärztliche Versorgungspauschale GOP 03100 in Kraft. Sie ersetzt bei eng definierten Fällen die bisherige Kombination aus Versichertenpauschale, Chronikerpauschale und Medikationsplan-Zuschlag [3,4].

Kriterium	Versorgungspauschale 03100	Klassische Chronikerlogik
Gültig ab	1. Juli 2026	Etabliertes Recht
Alter	18 – 75 Jahre	Alle
Erkrankungen	Genau EINE chronische Erkrankung	Beliebig viele chronische Erkrankungen
Erkrankungsbeispiele	Hypertonie ohne Krise, Schilddrüse, Fettstoffwechsel, Gicht	Breites chronisches Spektrum
Arzneimittel	Nur EIN verschreibungspflichtiges Medikament	Nicht begrenzt
Weitere chron. Erkrankungen	Dürfen NICHT vorliegen	Häufig vorhanden
Abrechnung	Halbjahrespauschale (2 Quartale)	Quartalsweise
Verdrängt	Versichertenpauschale + Chronikerpauschale + Medikationsplan-Zuschlag	Nichts

#### Red Flag

GOP 03100 darf NICHT angesetzt werden, wenn mehr als eine chronische Erkrankung vorliegt oder mehr als ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel verordnet wird.

Wer die neue Versorgungspauschale falsch ansetzt, riskiert Rückforderungen.

Alte Schulungsunterlagen zur Chronikerabrechnung sind ab Juli 2026 teilweise veraltet! [3,4]

## Suffixe H und B – unterschätzte Pflicht

Bei Hausarztwechsel oder Wechsel der Betriebsstättennummer (BSNR) können bestimmte Suffixe vergütungsentscheidend sein. Das einmalige Nicht-Setzen des korrekten Suffix kann zur Ablehnung der Chronikerziffer führen [1].

Suffix	Bedeutung	Wann setzen?	Konsequenz wenn vergessen
H	Hausarztwechsel	Bei Erstkontakt nach Arztwechsel	Chronikerkette gilt als unterbrochen
B	BSNR-Wechsel	Bei Wechsel der Betriebsstätte	Fehlende Vergütung möglich

### SOP: Chroniker-Check (Quartalskontakt)

1. Versicherungsstatus prüfen: GKV / PKV / HZV?
2. Dauerdiagnose vorhanden? ICD spezifisch (G-Kennzeichnung gesetzt)?
3. Kontaktkette letzte 4 Quartale prüfen: 3 Quartale Kontakt, 2 persönlich?
4. Prüfen: Kommt GOP 03100 infrage? (Nur 1 Erkrankung, 1 Medikament, 18–75 J., keine Komorbiditäten)
5. Wenn JA: Versorgungspauschale 03100 setzen (Halbjahrespauschale beachten).
6. Wenn NEIN: Klassische 03220/03221 weiterführen.
7. Suffix H/B nötig? (Arztwechsel, BSNR-Wechsel)
8. Verlaufsnotiz mit Krankheitsbezug dokumentieren.

### ! Praxisfehler

- Fehlende Zeitdokumentation bei 03221 – führt zu Ablehnung.
- Dauerdiagnose nicht mit "G" (gesichert) gekennzeichnet.
- "Herz" statt "I10 Essenzielle Hypertonie" – zu unspezifisch für Chronikerabrechnung.
- Suffix vergessen nach Praxiswechsel des Patienten.
- GOP 03100 trotz Komorbidität (z. B. Diabetes + Hypertonie) angesetzt.

### 3. Geriatrische Leistungen: Assessment als Eintrittskarte

Geriatrische Leistungen sind keine reinen "Alterziffern". Sie verlangen den strukturierten Nachweis eines besonderen Versorgungsbedarfs: Multimorbidität, funktionelle Einschränkung, dokumentiertes Assessment und plausible Diagnosen [1].

GOP	Bezeichnung	Altersgrenze	Pflichtvoraussetzungen
03360	Geriatrisches Basisassessment	i. d. R. >70 J.	Multimorbidität, Funktionseinschränkung, Assessment + Dokumentation
03362	Erweit. geriatrisches Assessment	wie 03360	Zusätzliche Instrumente, zeitaufwändiger
03111	Betreuung älterer Patienten mit Hilfsbedarf	Verschiedene Schwellen	Pflege-/Hilfsbedarf dokumentiert

#### Praxis-Pearl

Ausnahmediagnosen ermöglichen geriatrische Leistungen auch unter 70 Jahren: schwere Demenz, fortgeschrittenes Parkinson-Syndrom, andere klar definierte neurologische Erkrankungen. Assessment-Instrument muss ausdrücklich in der Karteikarte dokumentiert sein – nicht nur das Ergebnis, sondern welches Instrument verwendet wurde. Barthel-Index, Timed-up-and-go, MMST/DemTect, Sturzrisikoassessment sind typische Instrumente. KVen prüfen zunehmend die Plausibilität: ICD-Diagnosen müssen geriatrischen Versorgungsbedarf tatsächlich belegen [1].

#### SOP: Geriatrisches Assessment – Ablauf

1. Altersgrenze oder Ausnahmediagnose prüfen.
2. Geriatrische Diagnosen spezifisch und gesichert kodieren.
3. Assessment durchführen und Instrument + Ergebnis dokumentieren.
4. Befund in Alltagsproblematik übersetzen: Mobilität, Kognition, Sturz, Medikation.
5. Eingeleitete Maßnahmen dokumentieren.
6. GOP erst ansetzen, wenn Diagnosen, Assessment und Maßnahmen logisch zusammenpassen.

#### Red Flag

KEINE Abrechnung geriatrischer Leistungen allein wegen hohen Alters ohne dokumentierten Versorgungsbedarf.  
Fehlende G-Kennzeichnung bei geriatrischen Dauordiagnosen führt zu Prüfungen.  
Assessment-Ergebnis ohne Konsequenz dokumentiert = Plausibilitätsproblem.

#### MFA-Aufgabe

Geriatrischen Recall einrichten: Patienten >70 J. mit Multimorbidität im PVS markieren.  
Assessmentbögen (Barthel, TUG) vor Termin ausdrucken und vorbereiten.  
Hilfsmittelversorgung und Angehörigensituation im Anmeldesystem vermerken.

## 4. Psychosomatische Grundversorgung und Zeitleistungen

Psychosomatische Gesprächsleistungen sind eine typische Prüf- und Fehlerzone. Das Problem liegt nicht nur in der Leistungserbringung, sondern in der Unterschreitung oder Nichtdokumentation der Mindestzeiten und im fehlenden inhaltlichen Bezug [1].

GOP	Bezeichnung	Mindestzeit	Inhaltspflicht	Abrechenbarkeit
03230	Psychosomatisches Gespräch	≥10 Minuten	Psychosoz. Belastung, Konflikt, Krankheitsverarbeitung	1x pro Quartal, häufigst geprüft
35100	Differenzialdiagnostik psych. Störungen	≥50 Minuten	Fachbegrenzung beachten	Genehmigung oft nötig

### Zeitleistungen: Vier Pflichtfragen für die Karteidokumentation

Jede psychosomatische Gesprächsleistung muss vier Fragen beantworten – entweder im Karteieintrag oder in einem Textbaustein:

Frage	Was in die Kartei gehört
WARUM?	Warum war das Gespräch medizinisch erforderlich? (Anlass, Diagnose)
WAS?	Welcher Inhalt wurde bearbeitet? (psychosom. Problemkonstellation, Konflikt)
WIE LANGE?	Exakte Gesprächsdauer in Minuten dokumentieren
WAS FOLGT?	Weiterer Plan, Sicherheitsnetz, nächster Schritt

#### Fallvignette

NICHT ausreichend: "Über Probleme gesprochen, 10 Min."

KORREKT: "Vorstellung wegen anhaltender seelischer Belastung mit Schlafstörung und Grübelneigung. Im Gespräch Bearbeitung der aktuellen familiären Konfliktsituation und Krankheitsverarbeitung. Gesprächsdauer: 20 Minuten in ungestörter 1:1-Situation. Weiteres Vorgehen: Verlaufskontrolle in 4 Wochen, Schlafhygiene besprochen, Sicherheitsnetz vereinbart."

#### ! Praxisfehler

Gesprächsdauer nicht dokumentiert = Zeitleistung nicht abrechenbar.  
 Kein inhaltlicher Bezug zu psychosomatischer Problemkonstellation.  
 GOP 03230 ohne ICD-Diagnose mit psychosomatischem Bezug.  
 Gespräch "zwischen Tür und Angel" – nicht als ungestörte Einzelleistung dokumentierbar.

## 5. Prävention, Impfungen und extrabudgetäre Leistungen

Viele Präventionsleistungen werden extrabudgetär vergütet und sind wirtschaftlich bedeutsam. Verluste entstehen, weil fällige Leistungen im Alltag nicht erkannt oder nicht sauber vorbereitet werden [1].

GOP	Bezeichnung	Altersgruppe	Frequenz	Vergütungsrahmen
01732	Gesundheitsuntersuchung Check-up	ab 35 J.	alle 3 Jahre	Extrabudgetär
01734	Gesundheitsuntersuchung einmalig	18–34 J.	Einmalig	Extrabudgetär
01745	Hautkrebsscreening	ab 35 J.	alle 2 Jahre	Extrabudgetär, Zusatzqualifikation nötig
01740	Beratung Darmkrebsfrüherkennung	ab 50 J.	1x vor Test/Kolo	Extrabudgetär
01737	iFOBT-Test	ab 50 J.	jährl. bis 54, dann 2-jährl.	Extrabudgetär
01747	Aorten-Screening Ultraschall	Männer ab 65 J.	Einmalig im Leben	Extrabudgetär
Impfziffern	Schutzimpfungen nach STIKO	Je nach Indikation	STIKO-Plan	Extrabudgetär

### Die Aufhänger-Strategie: Prävention im laufenden Kontakt

Die stärkste Methode zur Sicherung extrabudgetärer Leistungen: Den aktuellen Behandlungsanlass als Türöffner nutzen, um fällige Präventionsleistungen mitzudenken und aktiv anzusprechen [1].

#### SOP: Impfpass-Check und Präventions-Recall (MFA-Ablauf)

1. MFA fragt beim Aufruf oder an der Anmeldung aktiv nach Impfpass oder digitalem Impfstatus.
2. Fällige STIKO-Impfungen und Präventionsintervalle prüfen.
3. Fälligkeit im PVS oder Karteikarte markieren / Flag setzen.
4. Arzt erhält gezielte Information vor Gesprächsbeginn: "Tetanus seit 2018, Pneumokokken fehlt".
5. Ärztliche Beratung erfolgt im Gespräch oder eigener Termin wenn nötig.
6. Durchführung, Aufklärung und Dokumentation abschließen.

#### Praxis-Pearl

Extrabudgetäre Leistungen zählen nicht aufs Budget – jede nicht erbrachte Vorsorge ist direkter Honorarverlust ohne Budgetrisiko.  
 Check-up-Fälligkeit im PVS automatisch generieren lassen (3-Jahres-Recall).  
 Impfberatung als eigenständige GOP 01743 abrechenbar – auch wenn keine Impfung erfolgt.  
 Aorten-Screening: Nur einmalig im Leben bei Männern  $\geq 65$  J. – aktiv proaktiv anbieten.

#### MFA-Aufgabe

Recall-System für Check-up, Hautkrebsscreening, Darmkrebsfrüherkennung im PVS einrichten.  
 Impfstatus bei jedem Patientenkontakt sichtbar machen (Flag oder Reiter im PVS).  
 Patienten 50+ proaktiv auf Darmkrebsberatung ansprechen, bevor sie nachfragen.

Einmalige Leistungen (Aorten-Screening, einmaliger Check-up 18–34) als "bereits erbracht" im PVS dokumentieren.

## 6. GOÄ in der Hausarztpraxis: Steigerung, Analogbewertung, Rechnung

GOÄ-Kompetenz bedeutet mehr als Ziffern auswendig lernen. Beratung, Untersuchung, Hausbesuch, Steigerung und Analogbewertung haben jeweils eigene formale und kommunikative Anforderungen [5,6].

GOÄ-Ziffer	Bezeichnung	Einsatzbereich Hausarzt	Steigerungsmöglichkeit
1	Beratung	Jeder Patientenkontakt	1x – 3,5x (Schwelle 2,3x)
3	Eingehende Beratung (≥10 Min.)	Komplexe Gespräche	1x – 3,5x
5	Symptombezogene Untersuchung	Standarduntersuchung	1x – 3,5x
7/8	Vollständige Untersuchung	Ganzkörperstatus	1x – 3,5x
50	Hausbesuch	Heimbesuch, Pflegeheim	+Wegegeld 56–60
34	Erörterung (>½ Stunde)	Ausführliches Gespräch	1x – 3,5x
849	Psychosom. Gesprächsleistung	Psychosomatik	Zeitdoku Pflicht

### Steigerungssätze: Was trägt vor Gericht?

Begründungen für erhöhte Steigerungssätze müssen immer individuell, medizinisch plausibel und nachvollziehbar sein. Pauschalformeln ohne Fallbezug sind nicht ausreichend [5].

Situation	Nicht ausreichend	Tragfähig
Multimorbidität	"Erhöhter Aufwand"	"Erhöhter Beratungsaufwand bei komplexer Multimorbidität mit differenzialdiagnostisch aufwendiger Einordnung (5 Erkrankungen, 9 Dauermedikamente)"
Sprachbarriere	"Kommunikationsschwierigkeiten"	"Zeitlich deutlich erhöhter Aufwand aufgrund ausgeprägter Sprachbarriere und notwendiger strukturierter Rückversicherung des Verständnisses"
Erschwerung	"Schwierige Untersuchung"	"Erschwerte Untersuchungssituation bei schwerer Adipositas (BMI 44) und eingeschränkter Mobilität"

### GOÄ-Rechnung nach § 12: Formale Mindestanforderungen

Eine GOÄ-Rechnung ist nur dann fällig, wenn sie alle Pflichtangaben nach § 12 GOÄ enthält. Fehlende Angaben können zur Ablehnung durch die private Krankenversicherung führen [5].

#### Merke ✓

Pflichtangaben § 12 GOÄ: Datum der Leistung, Leistungsbezeichnung, GOÄ-Ziffer, Steigerungsfaktor, Punktzahl, Betrag.  
 Bei Steigerung über Schwellenwert (i.d.R. 2,3x): Begründung muss auf Rechnung oder beiliegendem Blatt.  
 Analogbewertungen (§ 6 Abs. 2 GOÄ): Leistung muss inhaltlich mit der analog herangezogenen Ziffer vergleichbar sein.  
 Keine GOÄ-Rechnung ohne individuelle Begründung bei Höchstwert-Überschreitung; darüber hinaus: Honorarvereinbarung § 2 GOÄ nötig [5,6].

### ! Praxisfehler

Steigerung über 2,3x ohne individuelle schriftliche Begründung = Rechnung anfechtbar.  
Gleiche Standardformulierung für alle Patienten = keine individuelle Begründung.  
Analogziffer ohne Nennung der Grundziffer und Begründung der Gleichwertigkeit.  
GOÄ-Rechnung mit Pauschalbetrag statt aufgeschlüsselten Einzelleistungen.

## 7. IGeL rechtssicher anbieten und liquidieren

IGeL sind in der Praxis weniger ein Ziffernproblem als ein Kommunikations- und Rechtsproblem. Eine medizinisch sinnvolle Leistung kann wirtschaftlich und rechtlich scheitern, wenn sie ohne schriftliche Vereinbarung erbracht oder nur pauschal berechnet wird [5,7,8].

### Das 4-Schritt-IGeL-Gespräch

#### SOP: IGeL-Vereinbarung (Pflichtablauf)

1. ANLASS KLÄREN: Patientenwunsch oder ärztliche Empfehlung? Indikation benennen.
2. AUFKLÄREN: Medizinischen Nutzen, Grenzen und Alternativen erklären. Transparenz über Nutzenbelege.
3. KOSTEN BENENNEN: Preis konkret nennen, bevor die Leistung erbracht wird.
4. SCHRIFTLICH VEREINBAREN: Vereinbarung mit Leistungsbeschreibung und Preis VOR Durchführung unterschreiben lassen.
  - Erst danach: Leistung erbringen und dokumentieren.
  - Danach: GOÄ-konforme Rechnung nach § 12 erstellen.

#### ⚠ Red Flag

KEINE IGeL-Leistung ohne schriftliche Vereinbarung vor Leistungserbringung – das ist ein Rechtspflicht, keine Empfehlung.  
 Pauschalpreise sind unzulässig – die Rechnung muss GOÄ-konform aufgegliedert sein.  
 Eine mündliche Kostenangabe genügt nicht als Vereinbarung.  
 "Zwischen Tür und Angel" angebotene IGeL = hohes Haftungsrisiko bei späteren Streitigkeiten [5,7,8].

### Häufige IGeL in der Hausarztpraxis

IGeL-Leistung	Typische GOÄ-Basis	Häufige Konfliktsituation
Labor ohne GKV-Indikation	3530 ff. (analog)	Patient erwartet kostenlose Blutabnahme
Vorgezogene Vorsorge	01732 analog als GOÄ	Intervall noch nicht erreicht
Facharztbescheinigung / Attest	70, 75, 76	Patient kennt Kostenpflicht nicht
Reisemedizinische Beratung	1, 3, analog 34	Impfung GKV, Beratung privat
Sehtest ohne Kassenindikation	1204, 1225	Führerscheintauglich ohne Krankheitswert
GLP-1-Beratung (Gewichtsred.)	Analog 3/34	Off-Label = keine GKV-Leistung

#### Fallvignette

Patient (56 J.) fragt nach Blutbild "aus Neugier" ohne Krankheitswert.

Richtige Reaktion: "Ich kann das gerne für Sie durchführen. Da keine medizinische Indikation für Ihre Krankenkasse vorliegt, handelt es sich um eine Selbstzahlerleistung. Das würde ungefähr 45–60 Euro

kosten. Ich erkläre Ihnen kurz was wir messen. Möchten Sie das, dann unterzeichnen wir eine kurze Vereinbarung dazu."

Dokumentationsbaustein: "Patient wünscht Labordiagnostik außerhalb GKV-Katalog. Medizinischer Nutzen, Grenzen und Kosten erläutert. Hinweis auf Selbstzahlerleistung verstanden. Schriftliche Vereinbarung vor Durchführung abgeschlossen."

### MFA-Aufgabe

IGeL-Anfragen sofort als solche kennzeichnen: "Das ist eine Selbstzahlerleistung."  
Vor Durchführung: Vereinbarungsformular bereitstellen und unterschreiben lassen.  
IGeL-Vereinbarungen archivieren (mind. 3 Jahre).  
Preisliste für häufige IGeL an der Anmeldung aushängen.

## 8. ICD-Kodierung als Morbiditätsabbildung und Honorargrundlage

ICD-Kodierung ist kein Dokumentationsnebenfach, sondern zentrale wirtschaftliche und qualitätsrelevante Praxisfunktion. Unspezifische Diagnosen gefährden die Plausibilität einzelner GOP und die sachgerechte Morbiditätsabbildung [1].

Kodierqualität	Beispiel	Konsequenz
Schlecht: o.n.A.	I10 Hypertonie o.n.A.	Chronikerziffer prüfbar, kein spezifischer Morbiditätsnachweis
Besser: spezifisch	I10 Essenzielle Hypertonie, G gesetzt	Dauerdiagnose klar, Chronikerabrechnung sauber
Schlecht: Verdacht	K21.0 (V)	Nicht für Chronikerziffer verwendbar
Korrekt: gesichert	K21.0 (G)	Abrechenbare Dauerdiagnose
Vergessen: Komplikation	Nur I10, ohne E11 bei Diabetes	Multimorbidität unterrepräsentiert, Vergütungsrisiko

### Merke ✓

Diagnosekennzeichen: G = gesichert (für Dauerdiagnosen), V = Verdacht, A = Ausschluss, Z = Zustand nach.  
 Dauerdiagnosen müssen mit G gekennzeichnet und aktuell gehalten werden.  
 Spezifisch kodieren: ICD-4-Steller statt 3-Steller verwenden, wenn klinisch bekannt.  
 Alle relevanten Komorbiditäten kodieren – nur was kodiert ist, ist abrechenbar und prüfsicher.  
 KVen prüfen zunehmend die Plausibilität: Diagnosen müssen zur abgerechneten GOP passen [1].

### Kodierregeln für das Praxisteam

Regel	Konkret
Spezifität	Nicht "I10" wenn "I10.0 Primäre (essentielle) Hypertonie" bekannt ist
G-Kennzeichnung	Alle Dauerdiagnosen als G (gesichert) kennzeichnen, nicht offen lassen
Aktualität	Dauerdiagnosen jährlich prüfen: noch aktuell? Spezifischer geworden?
Vollständigkeit	Alle behandelten Erkrankungen im Quartal kodieren
Plausibilität	GOP und ICD müssen zusammenpassen (z.B. 03230 + F45.x oder Z63.x)
Komplikationen	Folgeerkrankungen vollständig abbilden (z.B. E11.5 + E11.40)

### ! Praxisfehler

Diagnosen als "V" (Verdacht) lassen, obwohl längst gesichert.  
 Nur Hauptdiagnose kodieren, Begleiterkrankungen ignorieren.  
 Gleiche unspezifische Diagnose seit Jahren ohne Aktualisierung.  
 Psychosomatische Leistung (03230) ohne korrespondierende psychosomatische ICD-Diagnose.

## 9. Palliativversorgung, Heimversorgung und besondere Settings

Palliativmedizinische Leistungen erfordern nicht nur die korrekte GOP, sondern eine umfassende Versorgungsstruktur mit Erreichbarkeit, Netzwerkbildung und Dokumentation des Patientenwillens [1,2].

GOP	Bezeichnung	Wichtige Besonderheit
03371	Palliativmedizinische Ersterhebung	Nur EINMAL im Krankheitsfall ansetzbar
03372	Palliativmedizinische Betreuung	Kontinuierliche Betreuung, Erreichbarkeit nötig
03373	Koordination SAPV-Team	Netzwerkarbeit dokumentieren
37300	Besuch im Pflegeheim	Besuchsprotokoll, Koordination dokumentieren
04355	Koordination amb. Versorgung Schwerkranker	Interprofessionelle Abstimmung

### Merke ✓

Palliativabrechnung ist kein Einzelziffern-thema – es ist ein Versorgungskapitel mit ethischer und struktureller Relevanz.  
 GOP 03371 (Ersterhebung): Nur einmal im Krankheitsfall – nicht wiederholbar, nicht pro Quartal. Erreichbarkeit muss sichergestellt und dokumentiert sein (24h-Erreichbarkeit oder Vertretung).  
 Dokumentation muss umfassen: Behandlungsziele, Patientenwille, Krisenplan, Angehörigensituation [1].

### SOP: Heimversorgung – Dokumentationsstandard

1. Besuchsanlass und Patientenzustand dokumentieren.
2. Durchgeführte Leistungen mit Zeitangabe (bei Zeitleistungen).
3. Interprofessionelle Abstimmungen dokumentieren: Mit wem, worüber, welche Konsequenz?
4. Telefonkontakte mit Pflege, Angehörigen, Apotheke dokumentieren.
5. Hilfsmittelversorgung, Rezepte, Weiterleitungen notieren.
6. Patientenwille (Vorsorgevollmacht, Behandlungsvereinbarung) in der Karteikarte verlinken.

### ! Praxisfehler

GOP 03371 mehrfach pro Krankheitsfall angesetzt – nur einmal möglich.  
 Heimbefuch ohne Besuchsprotokoll (Uhrzeiten, Anlass, Befund, Maßnahmen).  
 Koordinationsleistungen ohne Dokumentation der interprofessionellen Abstimmung.  
 Fehlendes Notfallmanagement: Wer übernimmt im Urlaubsfall? Patienten informiert?

## 10. MFA-Modul: Das Team als Honorarsicherungssystem

Die MFA ist nicht nur organisatorische Unterstützung, sondern eigenständiger Sicherungsfaktor für Vorsorge, Recall, Dokumentationsvorbereitung und Abrechnungslogik. Dieses Kapitel ist als Teamschulungsmodul konzipiert [1].

### MFA-FIT: Das Arbeitsprinzip

Buchstabe	Bedeutung	Alltagsfrage
M	Mitdenken	Was wird heute möglicherweise zusätzlich relevant?
F	Formularsicherheit	Liegt die richtige Vereinbarung oder das richtige Formular vor?
A	Abrechnungslogik	EBM, GOÄ oder IGeL – welches Regelwerk gilt?
F	Fristen/Frequenzen	Ist etwas heute oder im nächsten Quartal fällig?
I	IGeL-Vorbereitung	Wurde der Patient vorab aufgeklärt und schriftlich gebunden?
T	Technik nutzen	Ist im PVS ein Hinweis, Recall oder Flag sinnvoll?

#### SOP: MFA-Kurzcheckliste pro Patientenkontakt

1. WER ist der Patient? GKV / PKV / Selbstzahler / HZV – Kassenzuordnung prüfen.
2. WAS ist der heutige Anlass? Akut / Chroniker / Prävention / Wunschleistung?
3. WAS kann das Team vorab klären? Impfpass, Recall, Formulare, Assessmentbögen, IGeL-Vereinbarung.
4. WO droht Honorarverlust? Suffix vergessen? Zeitdoku fehlt? IGeL ohne Vereinbarung? Check-up fällig?
5. WAS an den Arzt übergeben? "Chroniker: Kontaktkette vollständig" / "IGeL-Vereinbarung fehlt" / "Impfung fällig".

### Recall-Logik: Was die MFA proaktiv managen kann

Aufgabe	Auslöser	Intervall	PVS-Maßnahme
Check-up (01732)	Alter ab 35 J.	alle 3 Jahre	Flag nach letztem Check-up
Hautkrebsscreening (01745)	Alter ab 35 J.	alle 2 Jahre	Recall im System
iFOBT (01737)	Alter ab 50 J.	jährlich / 2-jährlich	Quartals-Recall ab 50
Impfstatus	Jeder Kontakt	STIKO-Plan	Impfampel im PVS
Chronikercheck	Quartalsbeginn	pro Quartal	Kontaktkette prüfen
Geriatric-Assessment	Alter >70 + Morbidität	Nach Bedarf	Flag bei Risikopatienten

#### Praxis-Pearl

Jede nicht erkannte Präventionsleistung ist direkter Honorarverlust ohne Budgetrisiko (extrabudgetär). Die MFA kann Abrechnungsvoraussetzungen vorbereiten, aber nie die ärztliche Dokumentationspflicht ersetzen.  
 PVS-Flags für Suffixpflicht (Arztwechsel, BSNR-Wechsel) – automatisch beim Quartalsbeginn prüfen.  
 Teambriefing einmal pro Quartal: Was ändert sich? Neue Ziffern? Neue Recall-Fälligkeiten?

## 11. Fehlerkultur, Audit-Sicherheit und Regressprophylaxe

Ein gutes Abrechnungsmanual zeigt nicht nur, wie Leistungen richtig abgerechnet werden, sondern auch, wie Fehler entstehen, erkannt und präventiv vermieden werden [1].

### Häufige Fehlercluster in der Hausarztpraxis

Fehlertyp	Konkretes Problem	Präventionsmaßnahme
Chroniker	Lücken in der 4-3-2-Kontaktkette	Quartals-Recall, Vorquartale prüfen
Chroniker	Unspezifische ICD-Diagnose	Dauerdiagnosen-Check jährlich
Chroniker	Suffix H/B vergessen	PVS-Flag bei Arztwechsel
Geriatric	Abrechnung ohne Assessment	Assessment-Vorlage immer dabei
Geriatric	Fehlende G-Kennzeichnung	ICD-Review im PVS
Psychosomatik	Zeitleistung ohne Zeitdokumentation	Kartei-Textbaustein vorhalten
GOÄ	Steigerung ohne individuelle Begründung	Begründungs-Checkliste in PVS
IGeL	Keine schriftliche Vereinbarung vorab	Formular an der Anmeldung bereit
IGeL	GOÄ-Rechnung ohne Aufschlüsselung	Rechnungs-Template verwenden
Prävention	Fällige Leistungen nicht erkannt	Recall-System aktivieren

### Do-not-do-Liste: Die zehn häufigsten Honorarverluste

#### Red Flag

1. Keine GOP 03100 bei mehr als einer chronischen Erkrankung oder mehr als einem verschreibungspflichtigen Arzneimittel.
2. Keine klassische Chronikerabrechnung ohne belastbare Kontaktkette über die Vorquartale.
3. Keine geriatric Leistung allein wegen hohen Alters ohne geriatricen Versorgungsbedarf und Assessment.
4. Keine psychosomatische Zeitleistung ohne dokumentierte Mindestzeit und inhaltliche Substanz.
5. Keine GOÄ-Steigerung mit Standardfloskel ohne individuellen Fallbezug.
6. Keine IGeL-Leistung ohne schriftliche Vereinbarung vor Durchführung.
7. Keine GOÄ-Rechnung mit Pauschalbetrag ohne § 12-konforme Leistungsdarstellung.
8. Keine unspezifischen Dauerdiagnosen, wenn spezifischere Kodierung klinisch möglich ist.
9. Keine Abrechnung als reines Backoffice-Thema – die entscheidenden Weichen werden im Kontaktprozess gestellt.
10. Keine verpassten extrabudgetären Leistungen durch fehlendes Recall-System.

## Anhang – Schnelltabellen, SOPs und Textbausteine

### A1 – Wichtige EBM-Ziffern Hausarzt: Übersicht

GOP	Bezeichnung	Altersgruppe	Frequenz	Extrabudg.
03000	Versichertenpauschale	alle	1x/Quartal	Nein
03220	Chronikerpauschale I	alle	1x/Quartal	Nein
03221	Chronikerpauschale II	alle	1x/Quartal	Nein
03100	Versorgungspauschale NEU ab 1.7.2026	18–75 J.	Halbjährlich	Nein
03360	Geriatr. Basisassessment	i.d.R. >70 J.	Bei Bedarf	Nein
03230	Psychosom. Gespräch	alle	1x/Quartal	Nein
01732	Check-up ab 35	ab 35 J.	alle 3 Jahre	JA
01734	Check-up 18–34 einmalig	18–34 J.	einmalig	JA
01745	Hautkrebsscreening	ab 35 J.	alle 2 Jahre	JA
01737	iFOBT	ab 50 J.	jährlich/2-jährlich	JA
01747	Aorten-Screening	Männer ab 65 J.	einmalig	JA
01410	Hausbesuch	alle	nach Bedarf	Nein
04355	Palliativkoordination	alle	nach Bedarf	Nein

### A2 – Dokumentationsbaustein: Psychosomatisches Gespräch

#### Fallvignette

Vorstellung wegen [Beschreibe Anlass: z. B. anhaltende seelische Belastung, Schlafstörung, familiäre Konfliktsituation].

Im Gespräch Bearbeitung von [Inhalt: z. B. psychosozialer Belastung / Krankheitsverarbeitung / Konflikt].

Gesprächsdauer: \_\_\_\_\_ Minuten in ungestörter 1:1-Situation.

Psychosomatischer Bezug klinisch nachvollziehbar.

Weiteres Vorgehen: [Plan, Sicherheitsnetz, Wiedervorstellung].

### A3 – Dokumentationsbaustein: IGeL-Vereinbarung

#### Fallvignette

Patient wünscht [Leistung] außerhalb des GKV-Leistungskatalogs.

Medizinischer Nutzen, Grenzen, Alternativen und Kosten erläutert.

Hinweis auf Selbstzahlerleistung verstanden. Kein Druck zur Durchführung.

Kosten: ca. \_\_\_\_\_ Euro (GOÄ-Abrechnung).

Schriftliche Vereinbarung vor Durchführung abgeschlossen (Datum: \_\_\_\_\_).

### A4 – Dokumentationsbaustein: Chroniker-Verlaufseintrag

Probeleseexemplar

### Fallvignette

Kontrolle bei gesicherter [Diagnose] als Dauerdiagnose (ICD: \_\_\_\_\_ G).

Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt in der Praxis.

Verlauf: [aktueller Befund, Beschwerden, Messwerte].

Medikation: [unverändert / angepasst, Änderung dokumentieren].

Therapieadhärenz besprochen. Nächster Verlaufstermin: \_\_\_\_\_.

## Online-Ressourcen und Referenzstellen – Kapitel K2 (klickbar)

Die folgenden Portale bieten aktuelle Informationen zu EBM-Abrechnung, GOÄ, IGeL und privatärztlicher Liquidation im deutschsprachigen Raum (D/A/CH). Alle Links sind direkt klickbar.

### EBM, GOÄ UND OFFIZIELLE ABRECHNUNGSPORTALE

[KBV – EBM-Informationseite \(D\)](#) – Offizielle KBV-Seite: EBM-Änderungen, GOP-Erläuterungen, Quartalsübersichten und Praxisnachrichten.

[Online-EBM-Katalog \(D\)](#) – Interaktiver EBM-Katalog mit GOP-Suche, Bewertungsvergleich und Quartalshistorie.

[KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung \(D\)](#) – Hauptportal mit Praxisführung, Honorar, Qualität, Formulare und aktuellen KBV-Praxisnachrichten.

[Bundesärztekammer – GOÄ-Novellierung 2025/2026 \(D\)](#) – Aktueller Stand der GOÄ-Reform: Entwurf, Zeitplan, neue Gebührensystematik und FAQ.

### IGEL UND SELBSTZAHLERLEISTUNGEN

[IGeL-Monitor – Bewertung Selbstzahlerleistungen \(D\)](#) – Unabhängige Evidenzbewertung von IGeL durch den Medizinischen Dienst Bund – für Patienten und Ärzte.

[gesund.bund.de – IGeL erklärt \(D\)](#) – Bundesgesundheitsministerium: Erklärung, Rechte und Pflichten bei Selbstzahlerleistungen.

### ÖSTERREICH UND SCHWEIZ: ABRECHNUNGSSYSTEME

[ÖGK – Abrechnung ärztlicher Leistungen \(A\)](#) – Österreichische Gesundheitskasse: Elektronische Abrechnung, Honorarverteilung und Leistungsdokumentation.

[FMH – TARMED Tarif \(CH\)](#) – Schweizerischer Ärzteverband FMH: TARMED-Tarif für ambulante ärztliche Leistungen in der Schweiz.

[FMH – TARMED Online-Tarifbrowser \(CH\)](#) – Interaktiver Online-Browser für alle TARMED-Positionen inkl. Tarifpunkte und Beschreibungen.

## Literatur & Quellen

### Literatur & Quellen (Vancouver)

*Vancouver-Zitierregeln: Nummern im Text [N] – Reihenfolge des ersten Auftretens.*

[1] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) [Internet]. Berlin: KBV; 2026 [zitiert 2026 Jun 2]. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/praxis/abrechnung/ebm>

[2] Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein. Einigung bei Versorgungspauschale für Chroniker [Internet]. Düsseldorf: KVNO; 2026 [zitiert 2026 Jun 2]. Verfügbar unter: <https://www.kvno.de/aktuelles/aktuelles-detail/nachricht/einigung-bei-versorgungspauschale-fuer-chroniker>

[3] KVBW. Neue hausärztliche Versorgungspauschale zum 1. Juli 2026 [Internet]. Stuttgart: KVBW; 2026 [zitiert 2026 Jun 2]. Verfügbar unter: <https://www.kvbawue.de/kvbw/aktuelles/news-artikel/neue-versorgungspauschale-zum-1juli-2026>

[4] Kassenärztliche Bundesvereinigung. KBV und GKV-Spitzenverband einigen sich auf neue Versorgungspauschale für Chroniker [Internet]. Berlin: KBV; 2026 [zitiert 2026 Jun 2]. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/praxis/tools-und-services/praxisnachrichten/2026/03-12/kbv-und-gkv-spitzenverband-einigen-sich-auf-neue-versorgungspauschale-fuer-chroniker>

[5] Bundesärztekammer. Individuelle Gesundheitsleistungen – Rechnung nach GOÄ [Internet]. Berlin: BÄK; 2023 [zitiert 2026 Jun 2]. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/honorar/goae/goae-ratgeber/1-anwendungsbereich/individuelle-gesundheitsleistungen>

[6] Bundesärztekammer. Abrechnungsempfehlungen und Analogbewertungen [Internet]. Berlin: BÄK; 2023 [zitiert 2026 Jun 2]. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/honorar/goae/abrechnungsempfehlungen-und-analogbewertungen>

[7] Ärztekammer Nordrhein. IGeL-Leistungen und wirtschaftliche Aufklärungspflicht [Internet]. Düsseldorf: ÄK Nordrhein; 2025 [zitiert 2026 Jun 2]. Verfügbar unter: <https://www.aekno.de/aerzte/rheinisches-aerzteblatt/ausgabe/artikel/2025/dezember-2025/igel-leistungen-und-wirtschaftliche-aufklaerungspflicht>

[8] IWW Institut. IGeL rechtssicher erbringen und abrechnen [Internet]. Nordkirchen: IWW; 2024 [zitiert 2026 Jun 2]. Verfügbar unter: <https://www.iww.de/aaa/zusatzleistungen/recht-igel-rechtssicher-erbringen-und-abrechnen-f77198>

[9] AOK. IGeL-Monitor: Individuelle Gesundheitsleistungen [Internet]. Berlin: AOK; o. J. [zitiert 2026 Jun 2]. Verfügbar unter: <https://www.aok.de/pk/leistungen/medizinische-behandlung/individuelle-gesundheitsleistungen/>

[10] Huber G. EBM\_GOÄ\_Abrechnungsübersicht\_Hausarztpraxis. Unveröffentlichtes Arbeitsdokument; 2026.

[11] KV Bayern. Kodiertipps für Hausärzte [Internet]. München: KVB; 2024 [zitiert 2026 Jun 2]. Verfügbar unter: <https://www.kvb.de>

[12] arzt-dashboard.de. Neue Versorgungspauschale GOP 03100 ab Juli 2026 [Internet]. 2026 [zitiert 2026 Jun 2]. Verfügbar unter: <https://www.arzt-dashboard.de/blog/neue-versorgungspauschale-gop-03100-ab-juli-2026>