

DGUV · Landesverband Nordwest · Postfach 3740 · 30037 Hannover

An die  
Damen und Herren  
Durchgangsarzte

Ihr Zeichen  
Ihre Nachricht vom  
Unser Zeichen 411/094 –LV2-  
(bitte stets angeben)  
Ansprechpartner/in Thomas Ideker  
Telefon 0511 987-2233

Datum 12.01.2016

**Rundschreiben Nr. D 01/2016**  
**DOK-Nr.: 418.19**

**Neue Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit und Wegfall des Auszahlungsscheines ab 01.01.2016**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie wir erst jetzt vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherungen erfahren haben, wurde die Bescheinigung zur Arbeitsunfähigkeit (Muster 1) neu gefasst (Anlage). Gleichzeitig wurde der bisherige Auszahlungsschein für das Krankengeld (Muster 17) eingestellt. Diese Änderungen gelten ab 01.01.2016 auch für Fälle, die in die Zuständigkeit gesetzlicher Unfallversicherungsträger fallen.

Sofern Arbeitsunfähigkeit infolge Arbeitsunfall oder Berufskrankheit besteht, ist ausschließlich die neue Bescheinigung nach Muster 1 (s. Anlage) zu verwenden. Dabei bitten wir Folgendes zu beachten:

- Das Feld „Arbeitsunfall, Arbeitsunfallfolgen, Berufskrankheit“ muss angekreuzt werden.
- Bei weiter bestehender Arbeitsunfähigkeit nach Wegfall der Lohnfortzahlung sind im Feld „Im Krankengeldfall“ ebenfalls Angaben zu machen, auch wenn in der gesetzlichen Unfallversicherung Verletztengeld geleistet wird.
- Die bisherige Gebührenregelung (Nr. 143 UV-GOÄ) gilt weiterhin.

Die neuen Bescheinigungen nach Muster 1 erhalten Sie von Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Wenn Sie nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, wenden Sie sich bitte wegen der neuen Bescheinigungen an uns.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

**Anlage**



**Battermann**  
Geschäftsstellenleiter

**Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung e.V. (DGUV)**

Spitzenverband der gewerblichen  
Berufsgenossenschaften und der  
Unfallversicherungsträger der öffent-  
lichen Hand

Landesverband Nordwest

Hildesheimer Str. 309

30519 Hannover

Telefon 0511 987-2277

Fax 0511 987-2266

E-Mail lv-nordwest@dguv.de

Internet www.dguv.de/landesverbaende

Servicezeiten:

Mo. - Do. 08:00 - 17:00 Uhr

Fr. 08:00 - 15:00 Uhr

SEB AG

Konto 1967 403 702

BLZ 370 10 111

IK 120391515

Freigabe 21.05.2015

# Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

- Erstbescheinigung
- Folgebescheinigung

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

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

arbeitsunfähig seit

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

festgestellt am

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung zur Vorlage bei der Krankenkasse**

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

ICD-10 - Code <input type="text"/>	ICD-10 - Code <input type="text"/>	ICD-10 - Code <input type="text"/>
ICD-10 - Code <input type="text"/>	ICD-10 - Code <input type="text"/>	ICD-10 - Code <input type="text"/>
<input type="text"/>		

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

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

- Leistungen zur  
medizinischen Rehabilitation
- stufenweise  
Wiedereingliederung

Sonstige

Im Krankengeldfall
 ab 7. AU-Woche oder  
sonstiger Krankengeldfall
  Endbescheinigung

**Freigabe 21.05.2015**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

# Arbeitsunfähigkeits- bescheinigung 1

**Erstbescheinigung**

**Folgebescheinigung**

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

festgestellt am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Ausfertigung zur Vorlage beim Arbeitgeber**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 1b (1.2016)

Freigabe 21.05.2015

# Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

Erstbescheinigung

Folgebescheinigung

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

Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit

dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

festgestellt am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung für Versicherte**

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

ICD-10 - Code

sonstiger Unfall,  
Unfallfolgen

Versorgungs-  
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur  
medizinischen Rehabilitation

stufenweise  
Wiedereingliederung

Sonstige

**Im Krankengeldfall**

ab 7. AU-Woche oder  
sonstiger Krankengeldfall

Endbescheinigung

### Hinweis für Versicherte zum Krankengeld

**Achten Sie bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit auf einen lückenlosen Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens an dem Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. Bei verspäteter Vorlage der Bescheinigung bei der Krankenkasse oder lückenhaftem Nachweis der Arbeitsunfähigkeit droht Krankengeldverlust. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.**

**Freigabe 21.05.2015**

# Arbeitsunfähigkeits- 1 bescheinigung

- Erstbescheinigung**  
 **Folgebescheinigung**

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

- Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-  
folgen, Berufskrankheit  dem Durchgangsarzt  
zugewiesen

arbeitsunfähig seit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

voraussichtlich arbeitsunfähig  
bis einschließlich oder letzter  
Tag der Arbeitsunfähigkeit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

festgestellt am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Ausfertigung zum Verbleib beim Arzt**

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

ICD-10 - Code

sonstiger Unfall,  
Unfallfolgen

Versorgungs-  
leiden (z.B. BVG)

Es wird die Einleitung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten

Leistungen zur  
medizinischen Rehabilitation

stufenweise  
Wiedereingliederung

Sonstige \_\_\_\_\_

**Im Krankengeldfall**

ab 7. AU-Woche oder  
sonstiger Krankengeldfall

Endbescheinigung