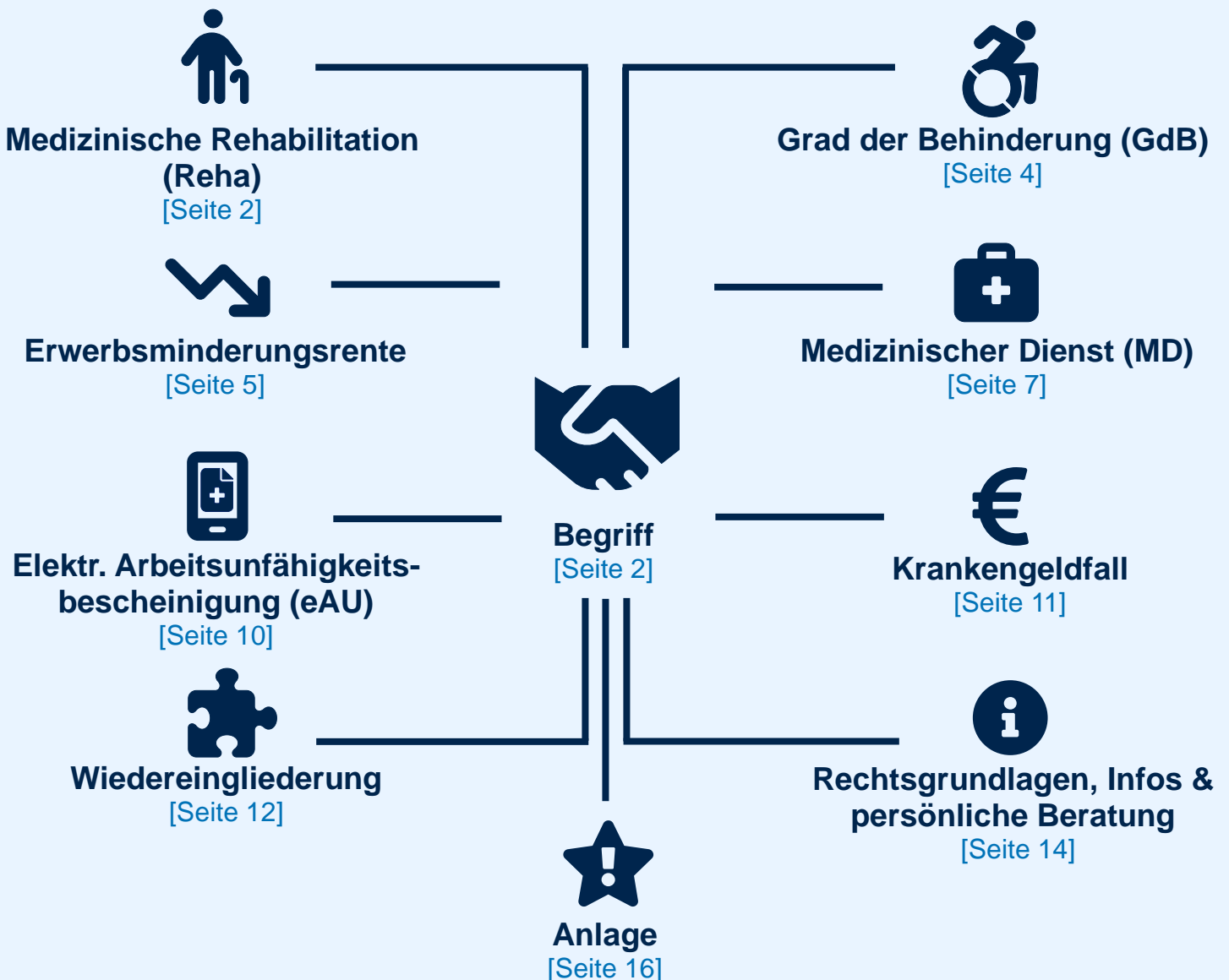


Sozialmedizin

Allgemeine Orientierung für den Praxisalltag

Wo steht was?



Begriff

Die **Sozialmedizin** ist ein Teilgebiet der Medizin mit besonderem Bezug zu sozialen und gesellschaftlichen Fragestellungen.

Nach Begriffsdefinition der BLÄK umfasst die Sozialmedizin – in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz – „die Bewertung von Art und Umfang gesundheitlicher Störungen und deren Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit im beruflichen und sozialen Umfeld unter Einbeziehung der Klassifikationen von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, deren Einordnung in die Rahmenbedingungen der sozialen Sicherungssysteme und die Beratung der Sozialleistungsträger in Fragen der medizinischen Versorgung.“¹

Ziel der Sozialmedizin ist es, medizinische und soziale Maßnahmen so zu verbinden, dass Menschen trotz gesundheitlicher Einschränkungen möglichst selbstbestimmt leben und arbeiten können.

Medizinische Rehabilitation (Reha)

Gesetzlich geregelte Maßnahmen

Die **Grundlagen** für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ergeben sich aus den gesetzlichen Regelungen des SGB V und SGB IX. Dabei sind insbesondere die Grundsätze „**Rehabilitation vor Rente**“, „**Rehabilitation vor Pflege**“ und „**ambulant vor stationär**“ zu beachten.

Aufgabe der niedergelassenen Ärztin bzw. des niedergelassenen Arztes

Individuelle Prüfung der Rehabilitationsindikation

Die Ärztin bzw. der Arzt muss im Einzelfall prüfen, ob Leistungen der medizinischen Rehabilitation angezeigt sind. Dabei sind folgende Aspekte zu berücksichtigen.

- Schwere der Erkrankung
- Bedeutende Begleit- und Folgeerkrankungen
- Psychosoziale Belastungen
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe
- Relevante Kontextfaktoren

Zielsetzung der Rehabilitation

Eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation soll insbesondere erwogen werden, um

- die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen.

¹ <https://www.blaek.de/weiterbildung/qualifikationen-nach-der-weiterbildungsordnung/sozialmedizin>

- Behinderungen² einschließlich Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu mindern oder deren Verschlimmerung zu vermeiden.

Ziel der beruflichen Rehabilitation ist, dass Versicherte mit Erkrankungen wieder an ihren **Arbeitsplatz zurückkehren** oder in einen **anderen Beruf** einsteigen können. Leistungen der Rentenversicherung zur Rehabilitation können dabei von der medizinischen Rehabilitation über Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bis hin zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben reichen.

Verordnung von Rehabilitationseinrichtungen

Voraussetzung für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist das Vorliegen einer medizinischen Indikation. Im Sinne eines vorläufigen rehabilitationsmedizinischen Assessments müssen dabei folgende Aspekte abgeklärt werden.

- Rehabilitationsbedürftigkeit
- Rehabilitationsfähigkeit
- Positive Rehabilitationsprognose

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können nur **verordnet** werden, wenn das im Rahmen der Krankenbehandlung angestrebte Rehabilitationsziel voraussichtlich **nicht** durch folgende Maßnahmen erreicht werden kann.

- Eine oder mehrere Leistungen der kurativen Versorgung
- Leistungen der medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V

Die medizinische Rehabilitation muss in diesen Fällen jedoch eine hinreichende Aussicht auf Erfolg bieten.

Der **Rehabilitationsantrag bei der Deutschen Rentenversicherung** (G0100) auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte erfolgt durch die Versicherten. Dabei sind folgende Angaben erforderlich.

- Sozialversicherungsnummer (Sozialversicherungsnachweis)
- Antragstellung durch eine dritte Person: Vollmacht oder Betreuungsurkunde
- Name und Anschrift des behandelnden Arztes
- Bankverbindung (IBAN)
- Befundbericht: Ob der jeweilige Rentenversicherungsträger einen Befundbericht oder ein ärztliches Gutachten benötigt, sollte vorab beim Rentenversicherungsträger erfragt werden.
- Name und Anschrift der Krankenkasse
- Name und Anschrift des Arbeitsgebers (bei beruflicher Rehabilitation)

² Im Sinne des § 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch

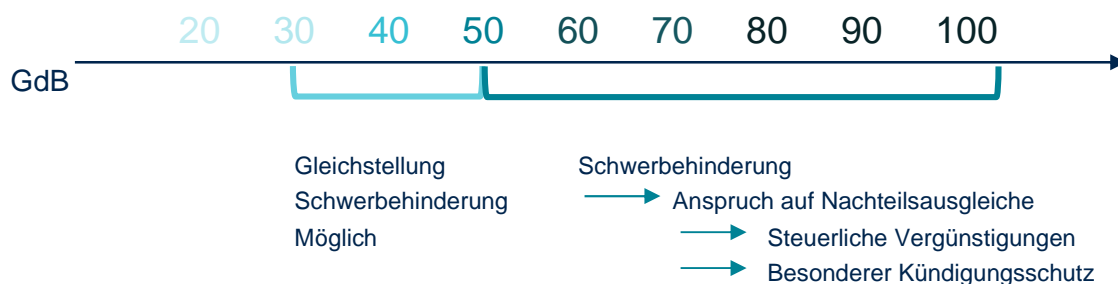
Hinweise zur Vertragsärztlichen Versorgung während einer Reha

- Grundsätzlich ist keine Ausstellung einer eAU erforderlich (Bescheinigung erfolgt durch die Reha-Einrichtung).
- Ausnahme: Für ein interkurrentes Krankheitsbild, das nicht im Zusammenhang mit der Reha-Maßnahme besteht, kann ein e-Rezept ausgestellt werden.
- Zusätzliche Vertragsarztbehandlungen können bei einer akuten interkurrenten Krankheit, die nicht im Zusammenhang mit der Reha-Maßnahme steht, durchgeführt werden.

Grad der Behinderung (GdB)

Der **Grad der Behinderung** beschreibt, wie stark gesundheitliche Beeinträchtigungen – unabhängig von der Ursache – die **Teilhabe** am gesellschaftlichen Leben einschränken. Er ist das Maß für die körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Auswirkungen einer Funktionsbeeinträchtigung aufgrund eines Gesundheitsschadens.

Die Einstufung erfolgt in Zehnerschritten von 20 bis 100 – ab einem **GdB** von **50** gilt man als **schwerbehindert**. Menschen mit einem **GdB ab 50** haben Anspruch auf verschiedene **Nachteilsausgleiche**, wie zum Beispiel **steuerliche Vergünstigungen** oder **besonderen Kündigungsschutz**. Menschen mit einem **GdB ab 30** können unter bestimmten Voraussetzungen schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden, um ähnliche Nachteilsausgleiche zu erhalten.



Der Antrag auf Feststellung eines Grades der Behinderung (GdB) erfolgt über das **Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)** durch die **Versicherte** bzw. den **Versicherten**.

Aufgabe der niedergelassenen Ärztin bzw. des niedergelassenen Arztes

Eine Vertragsärztin bzw. ein -arzt kann beim GdB-Antrag folgende Aufgaben übernehmen.

- **Ausfüllen von ärztlichen Fragebögen:** Das Versorgungsamt fordert oft einen ärztlichen Fragebogen (Fragebogen zur gesundheitlichen Situation), der von der behandelnden Ärztin bzw. vom behandelnden Arzt ausgefüllt werden muss.
- **Erstellung von Arztbriefen und Befundberichten:** Die Ärztin bzw. der Arzt kann detaillierte medizinische Berichte über die Diagnose, den Schweregrad, die Behandlung und die Einschränkungen der Patientin bzw. des Patienten erstellen.
- **Beistellung von medizinischen Unterlagen:** Dazu gehören Befunde, Laborwerte, Röntgenbilder, OP-Berichte und andere relevante medizinische Dokumentation.
- **Stellungnahmen zu Funktionsbeeinträchtigungen:** Die Ärztin bzw. der Arzt kann Einschätzungen zur Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen und zur Arbeitsfähigkeit geben.
- **Koordination mit anderen Fachärztinnen und -ärzten:** Bei mehreren Erkrankungen können Stellungnahmen verschiedener Fachärztinnen und -ärzten erforderlich sein.

Hinweis

Die eigentliche Feststellung des GdB erfolgt durch das Versorgungsamt auf Basis der eingereichten medizinischen Unterlagen. Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt liefert die medizinische Grundlage, trifft aber nicht die Entscheidung über den GdB.



Die **Rehabilitation** muss **vor dem Rentenantrag** durchgeführt werden.

Hauptziele einer Rehabilitation

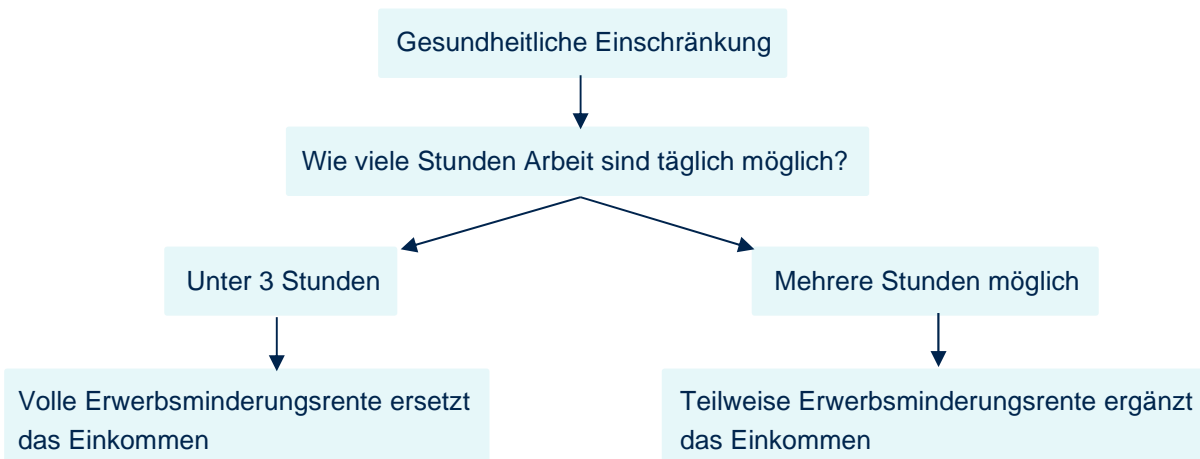
Während einer Reha wird geprüft, inwieweit die Teilnahme am Arbeitsleben möglich ist.

Eine Reha verfolgt drei Hauptziele.

- Verbesserung der Erwerbsfähigkeit durch eine medizinische Rehabilitation
- Unterstützung einer beruflichen Rehabilitation (berufliche Orientierung)
- Beurteilung einer vollen oder teilweisen Erwerbsminderung

Erwerbsminderungsrente

Wenn aus gesundheitlichen Gründen keine Arbeitsfähigkeit mehr möglich ist, soll eine **Rente wegen voller Erwerbsminderung** das Einkommen ersetzen. Können jedoch täglich noch einige Stunden gearbeitet werden, ergänzt die **Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung** das Einkommen.



Die **Regelaltersgrenze** für eine reguläre Rente darf **noch nicht** erreicht sein.

Teilweise Erwerbsminderungsrente

Die Rente wegen **teilweiser Erwerbsminderung** unterstützt Personen, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nur noch **teilweise** arbeiten können, indem sie das Einkommen aus Teilzeitarbeit ergänzt.

Voraussetzungen

- Bisheriger qualifizierter Beruf kann **nicht mehr** oder nur noch weniger als **sechs Stunden täglich** ausgeführt werden.
- Einsetzbarkeit in einem **anderen Beruf** für noch mindestens **sechs Stunden** täglich (in diesem Fall wird geprüft, ob eine andere Tätigkeit zumutbar ist)
- Die Tätigkeit muss dem **Leistungsvermögen und den Fähigkeiten** entsprechen und im Hinblick auf die jeweilige Ausbildung (bisheriger beruflichen Werdegang / soziale Stellung) zumutbar sein.
- Auf dem Arbeitsmarkt muss eine **ausreichende Anzahl** solcher Arbeitsplätze bereitstehen. Es ist jedoch **nicht erforderlich**, dass diese Arbeitsplätze auch frei und damit gegenwärtig tatsächlich verfügbar sind.



Grundsätzlich gilt: Ein Beruf, für den eine Antragsstellerin bzw. ein Antragsteller durch berufliche Rehabilitation **mit Erfolg ausgebildet oder umgeschult** wurde, ist immer zumutbar.

Volle Erwerbsminderungsrente

Eine Rente wegen voller Erwerbsminderung kann bezogen werden, wenn eine Person wegen Krankheit oder Behinderung dauerhaft **weniger** als **drei Stunden** täglich arbeiten kann. Maßgeblich ist dabei nicht der zuletzt ausgeübte Beruf, sondern **jede Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt**. Eine Prüfung erfolgt anhand ärztlicher Unterlagen. Bei Bedarf werden von den behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten zusätzlich Gutachten eingeholt.

Voll erwerbsgemindert sind grundsätzlich folgende Gruppen.

- Personen, die in einer **anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen** arbeiten oder
- Personen, die in einer **anderen beschützenden Einrichtung** beschäftigt sind und
- Personen, die **wegen Art und Schwere** der Behinderung **nicht auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt** tätig werden können



Die **Antragstellung** erfolgt durch **die Versicherte bzw. den Versicherten** bei der Deutschen Rentenversicherung (Unterstützung Reha-Einrichtung ggf. behandelnde Ärztin bzw. behandelnder Arzt).

Medizinischer Dienst (MD)

Fordern Krankenkassen oder der Medizinische Dienst (MD) für eine **gutachtliche Stellungnahme** oder **Prüfung nach § 275 Absatz 1 bis 3** versichertenbezogene Daten bei Leistungserbringern an, sind diese verpflichtet, die erforderlichen Daten unmittelbar an die Krankenkasse bzw. den MD zu übermitteln. Rechtmäßig erhobene und gespeicherte Sozialdaten dürfen nur für die in § 275 SGB V genannten Zwecke verarbeitet oder genutzt werden.

Eine Nutzung zu anderen Zwecken ist nur zulässig, wenn dies durch Vorschriften des Sozialgesetzbuchs angeordnet oder erlaubt ist. Die **Sozialdaten** müssen nach **fünf Jahren** gelöscht werden.



Für Auskünfte der Vertragsärztin bzw. des -arztes an den MD ist **Vordruck 11** vorgesehen.

Abrechnung nach EBM

- Der **Arztbericht** ist nach der Vordruckvereinbarung / Blankoformularbedruckung gemäß **GOP 01621 EBM** berechnungsfähig. Außerdem ist die Krankenkasse bzw. der MD verpflichtet, einen Freiumschlag zur Verfügung zu stellen. Falls **kein Freiumschlag** beigelegt wurde, können die **Portokosten nach EBM** abgerechnet werden.
- **Kopierkosten** für den MD können **nicht** abgerechnet werden.

Anfragen von gesetzlichen Krankenkassen

Der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossene **Bundesmantelvertrag (BMV)**, einschließlich der **Vordruckvereinbarungen**, regelt ergänzend zu den gesetzlichen Grundlagen die Modalitäten zur **Auskunftserlaubnis** und **Auskunftsverpflichtung** gegenüber den Krankenkassen und anderen.

Vereinbarte Vordrucke

Für Auskünfte, Bescheinigungen, Zeugnisse, Berichte und Gutachten der Vertragsärztin bzw. des -arztes an die Krankenkassen müssen bestimmte **vereinbarte Vordrucke (Vordruckvereinbarung)** verwendet werden.

Übersicht Gebührenordnungsnummern des EBM der vereinbarten Vordrucke

GOP nach EBM	Vordrucke	Beschreibung
01610	55	Bescheinigung zur Belastungsgrenze
01611	61	Verordnung med. Rehabilitation
01612	22	Konsiliarbericht vor Psychotherapie
01620	50	Bescheinigung / Zeugnis auf Verlangen der Krankenkasse
01621	11, 53, 56	Krankheitsbericht auf Verlangen der Krankenkasse
01622	20 a-d, 51, 52, 65	Kurplan, Gutachten, Stellungnahme
01623	25	Kurvorschlag

Formlose Anfragen bzw. nicht vereinbarte Vordrucke der Krankenkassen

Für formlose Anfragen auf **nicht vereinbarten Vordrucken (Vordruckvereinbarung)** besteht keine Verpflichtung zur Beantwortung, solange die Krankenkasse nicht angibt, auf welcher gesetzlichen Grundlage die Datenübermittlung zulässig ist. Sie können unbeantwortet an die Krankenkasse zurückgesendet oder nach vorheriger **Einholung einer Kostenübernahmeerklärung** der Krankenkasse privat in Rechnung gestellt werden.

Gutachterliche Fragestellungen ohne vereinbarten Vordruck der Krankenkasse

Gutachten und Bescheinigungen mit gutachtlichen Fragestellungen, für die keine Vordrucke vereinbart wurden, sind nach den Leistungspositionen des EBM zu vergüten.



Einverständnis der Auskunftserteilung der Patientin bzw. des Patienten ist **erforderlich!**

Anfragen im Zusammenhang mit Berufskrankheiten

Anfragen von Krankenkassen zur Ermittlung ihres Ersatzanspruchs gegenüber einem **Unfallversicherungsträger** bei rückwirkender **Anerkennung einer Berufskrankheit** gelten grundsätzlich **nicht als vereinbarte Vordrucke**.

Auskunftspflichten aus Sonderverträgen

Die Auskunftspflichten für Vertragsärztinnen und -ärzte, die sich aus verschiedenen Sonderverträgen – beispielsweise im Rahmen von DMP, hausarztzentrierter Versorgung oder integrierter Versorgung – ergeben, sind in den jeweiligen Verträgen geregelt.



Die Vertragsärztin bzw. der -arzt ist **grundsätzlich** berechtigt und **verpflichtet**, den Krankenkassen für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben Auskünfte zu erteilen (§ 36 Absatz 1 BMV-Ä, § 6 Absatz 3 Ersatzkassenvertrag).

Elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

Die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) dient als Nachweis einer Erkrankung sowie der daraus resultierenden Arbeitsunfähigkeit des Erkrankten für seine Tätigkeit. Sie ermöglicht der Krankenkasse den lückenlosen Nachweis der Zeiträume für die Krankengeldzahlung nach dem Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG).

Erst- und Folgebescheinigung

Aus der eAU muss eindeutig hervorgehen, ob es sich um eine Erst- oder Folgebescheinigung handelt.

Erstbescheinigung

Die Erstbescheinigung wird von der Ärztin bzw. von dem Arzt ausgestellt, die bzw. der die Arbeitsunfähigkeit **erstmalig festgestellt** hat. Andernfalls – auch bei Mit- oder Weiterbehandlung – ist das Kästchen „Folgebescheinigung“ anzukreuzen.

Bei **erstmaliger Erstellung** der eAU (Erstbescheinigung) gilt Folgendes.

- Unter „**Arbeitsunfähig seit ...**“ ist stets das Datum einzutragen, ab dem bei der bzw. bei dem Versicherten erstmals die Arbeitsunfähigkeit besteht.
- Zusätzlich muss das Feld „Festgestellt am ...“ ausgefüllt werden – auch dann, wenn das Datum der Feststellung mit dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit übereinstimmt.
- Die Arbeitsunfähigkeit soll gemäß der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie (AU-RL) in der Regel **nicht für mehr als zwei Wochen** bescheinigt werden.

Hinweise

- Ist dies aufgrund der Erkrankung oder eines besonderen Krankheitsverlauf **sachgerecht**, kann die Arbeitsunfähigkeit auch für **bis zu einem Monat** bescheinigt werden.
- Tritt eine Neuerkrankung auf, ist „Erstbescheinigung“ anzukreuzen – auch dann, wenn zeitlich wieder Arbeitsfähigkeit bestanden hat.
- Besteht die **Arbeitsunfähigkeit an arbeitsfreien Tagen** (z. B. an Samstagen, Sonntagen, Feiertagen, Urlaubstagen oder aufgrund einer flexiblen Arbeitszeitregelung) fort, ist sie auch für diese Tage zu bescheinigen.

Folgebescheinigung

Für den **weiteren Bezug** von Krankengeld müssen Versicherte **nach Ablauf der erstmalig bescheinigten** eAU rechtzeitig eine ärztliche Folgebescheinigung der Arbeitsunfähigkeit einholen. Diese muss **spätestens am nächsten Werktag** nach **Ende der bisherigen Bescheinigung**

ausgestellt und an die Krankenkasse übermittelt werden. Andernfalls kann der Anspruch auf Krankengeld gefährdet sein.

Ausnahme: Fällt das Ende der eAU auf einen Samstag, Sonn- oder Feiertag, reicht eine Folgebescheinigung am nächsten Werktag.

- Auf Grundlage der eAU ergibt sich für Arbeitnehmerinnen und -nehmer gemäß den gesetzlichen Voraussetzungen ein Anspruch auf Entgeltfortzahlung von bis zu sechs Wochen (§ 3 EFZG).
- Kann bereits bei Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eingeschätzt werden, dass die Arbeitsunfähigkeit mit Ablauf des bescheinigten Zeitraums enden wird oder tatsächlich geendet hat, ist die eAU als „Endbescheinigung“ zu kennzeichnen.

Hinweis

Detaillierte Informationen zur Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung finden Sie auf unserer Homepage unter Praxisführung / Service / Merk- und Informationsblätter.
→ www.kvb.de/mitglieder/praxisfuehrung/service/merkblaetter



Krankengeldfall

Ein Krankengeldfall liegt vor, wenn eine gesetzlich versicherte Person aufgrund einer ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit über den Zeitraum der Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber hinaus arbeitsunfähig bleibt. In dieser Zeit zahlt die Krankenkasse Krankengeld als Ausgleich für das entfallende Einkommen.

Hinweise zum Ausfüllen der eAU

Das Kästchen „**ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall**“ ist unter folgenden Bedingungen anzukreuzen.

- Die durchgängige Dauer der eAU beträgt **mehr als 6 Wochen**
ODER
- Die Vertragsärztin bzw. der Vertragsarzt hat Kenntnis über das **Vorliegen eines sonstigen Krankengeldfalles** (z. B. wegen anrechenbaren Vorerkrankungen oder AU während der ersten vier Wochen des Arbeitsverhältnisses). Diese Angabe dient als Hinweis für die Krankenkasse, dass die aktuelle eAU im Rahmen eines möglichen Krankengeldfalls ausgestellt wurde.

Die Ärztin bzw. der Arzt **beurteilt** durch die Angabe **nicht**, ob tatsächlich ein Anspruch auf Krankengeld besteht.

Kann die Vertragsärztin bzw. der -arzt bereits bei Feststellung der Arbeitsunfähigkeit einschätzen, dass diese an dem im Feld „voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich bzw. letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit“ angegebenen Datum endet, ist das Kästchen „**Endbescheinigung**“ anzukreuzen.



Auf Basis der eAU ergibt sich der Anspruch der Arbeitnehmerin bzw. des Arbeitnehmers auf Zahlung des Krankengeldes durch die Krankenkassen (§44 SGB V).

Wiedereingliederung

Stufenweise Wiedereingliederung (§74 SGB V)

Im Rahmen der stufenweisen Wiedereingliederung sollen Arbeitnehmerinnen bzw. Arbeitnehmer schonend, aber kontinuierlich an die Belastung des Arbeitsplatzes herangeführt werden.

Aufgabe der niedergelassenen Ärztin bzw. des niedergelassenen Arztes

- **Ärztliche Feststellung**
 - Ob arbeitsunfähige Versicherte die bisherige Tätigkeit teilweise verrichten können
 - Ob eine stufenweise Wiederaufnahme der Tätigkeit die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben voraussichtlich fördern kann
- **Bescheinigungspflicht**
 - Art und Umfang der möglichen Tätigkeit
 - Grundlage für die stufenweise Wiedereingliederung
- **Einholung von Stellungnahmen**
 - Betriebsarzt
 - Krankenkasse bzw. Medizinischer Dienst (§275 SGB V)
- **Zeitliche Vorgabe**
 - Spätestens ab Dauer der Arbeitsunfähigkeit von sechs Wochen



Richtlinie des BGA über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 7 SGB V: Verfahren zur regelmäßigen **Feststellung einer stufenweisen Wiedereingliederung.**

Während der **gesamten Dauer der stufenweisen Wiedereingliederung** besteht weiterhin Arbeitsunfähigkeit. Daher muss zwingend eine eAU ausgestellt werden. Bei einer über Wochen oder Monate andauernden Arbeitsunfähigkeit kann eine **schrittweise Rückkehr an den Arbeitsplatz** – trotz weiterhin notwendiger Behandlungen – sowohl aus **betrieblichen** als auch aus **therapeutischen Gründen** sinnvoll sein.

Voraussetzungen

- Einverständnis der bzw. des Versicherten
- Vorherige **Abklärung mit der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber**, ob eine stufenweise Wiedereingliederung in Betracht kommt, bevor die Ärztin bzw. der Arzt das Muster 20(a-d) ausstellt
- Erstellung eines Wiedereingliederungsplans durch die Ärztin bzw. den Arzt bei gegebener Voraussetzung, einschließlich ggf. festgelegter Belastungseinschränkungen (z. B. „Tätigkeit nur im Sitzen“, „Darf nicht heben“)
- Die Wiedereingliederung sollte in der Regel einen **Zeitraum von sechs Monaten nicht** überschreiten.
- Die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer legt das **Muster 20a** seiner Arbeitgeberin bzw. seinem Arbeitgeber vor und leitet anschließend das **Muster 20b** an die Krankenkasse weiter.

Eine Wiedereingliederung kann in folgenden Fällen **nicht** durchgeführt werden.

- Die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber ist mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan **nicht einverstanden**.
- Der Arbeitnehmerin bzw. dem Arbeitnehmer kann aufgrund der Belastungseinschränkungen kein **entsprechender Arbeitsplatz angeboten** werden.

Rechtsgrundlagen und weiterführende Informationen

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html



G-BA – Arbeitsunfähigkeits-Richtlinie

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



G-BA – stufenweise Wiedereingliederung

<https://www.g-ba.de/beschluesse/4032/>



Erläuterung Vordruckvereinbarung

https://www.kbv.de/documents/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag/anlage-02-vordruckvereinbarung/02_Erlaeuterungen.pdf



Die Vordruck-Vereinbarung für die vertragsärztliche Versorgung (Anlage 2 BMV-Ä) mit Erläuterung finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik „Infothek/Rechtsquellen/Bundesmantelvertrag“.

<https://www.kbv.de/infothek/rechtsquellen/bundesmantelvertrag>



Weitere Informationen zur Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung können Sie auch auf der KBV-Homepage nachlesen.

<https://www.kbv.de/praxis/verordnungen/arbeitsunfaehigkeit>



Deutsche Rentenversicherung / Erwerbsminderungsrente

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Rente/Allgemeine-Informationen/Rentenarten-und-Leistungen/Erwerbsminderungsrente/erwerbsminderungsrente_node.html



Alles zum Thema „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“

www.kvb.de/mitglieder/patientenversorgung/bereitschaftsdienst



Sie wünschen eine persönliche Beratung?

Vereinbaren Sie gerne einen Termin am Beratungscenter in Ihrer Region. Dabei haben Sie die Wahl: Gespräch vor Ort, am Telefon oder komfortabel per Video.

Sämtliche Kontaktdaten finden Sie unter:

→ www.kvb.de/mitglieder/beratung



ANLAGEN

- Verordnung von medizinischer Rehabilitation
- Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
- Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)
- Bericht für die Krankenkasse bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit

In der Regel ist für Verordnungen im Bereich Sozialmedizin ein Ausdruck erforderlich.

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten gült. am

Krankheitsbeginn Versicherten-Nr. Status

Berufskategorie-Nr. JAZ-Nr. Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation 61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

1 Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbstätigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichzeitiger Zuständigkeit (z. B. Kinderrehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

2 Versicherte/ wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *	
1. _____	_____	_____	<p>* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)</p> <p>1 = Arbeitsunfall einschli. Wegeunfall</p> <p>2 = Berufskrankheit</p> <p>3 = Schädigungserfolge durch Einwirkung Dritter (z. B. Unfallfolgen)</p> <p>4 = Folgen von Kriegen, Zivil- oder Wehrdienst</p> <p>5 = Malschuldige Erkrankung (z. B. HIV)</p>
2. _____	_____	_____	
3. _____	_____	_____	
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrische Diagnosen			
4. _____	_____	_____	
5. _____	_____	_____	
6. _____	_____	_____	

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

1 A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

2 B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)

3 C. Bei geriatrischer Rehabilitation

mindest zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität			Kognition		Schmerz	Herz-/Lungenfunktion	
TUG	_____ sek + Chair Rise _____ sek	MMST	_____ / 30	Schmerzskala	_____ / 10	Ergometrie	_____ Watt
Handkraft	_____ kg oder _____ kpa	GDS 15	_____ / 15			FEV1	_____ % + VK _____ %
DEMRI	_____ / 100 Tinetti _____ / 28	Uhrentest	_____ / 7			NYHA-Stadium	_____

4 D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfungsangebote) einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

5 E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche? _____

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil B 07/2020

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenübernahmeart Versicherungs-Nr.

Beitragskategorie-Nr. Art-Nr. Datum

Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)

20

zuletzt ausgeübte Tätigkeit

1 _____

Stunden
täglich 2 _____

Durch eine stufenweise Wiederaufnahme seiner Tätigkeit kann der o. g. Versicherte nach aktueller Betrachtung stufenweise wieder in das Erwerbsleben eingegliedert werden. Nach meiner ärztlichen Beurteilung empfehle ich mit Einverständnis des Versicherten und nach dessen Rücksprache mit dem Arbeitgeber folgenden Ablauf für die stufenweise Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit

3 vom	3 bis	3 Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	3 Stunden täglich
TTMMJJ	TTMMJJ	_____	_____
TTMMJJ	TTMMJJ	_____	_____
TTMMJJ	TTMMJJ	_____	_____
TTMMJJ	TTMMJJ	_____	_____

Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Vertragserlösbetrag / Unterschrift des Arztes

1 Erklärung des Versicherten
Mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden. Falls nachteilige gesundheitliche Folgen erwachsen, kann nach Absprache mit dem behandelnden Arzt eine Anpassung der Belastungseinschränkungen vorgenommen oder die Wiedereingliederung abgebrochen werden.

Datum
TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

1 Erklärung des Arbeitgebers
Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden

ja

nur unter folgenden Voraussetzungen _____

nein

Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt

ja

nein

Datum
TTMMJJ

Betrag und Unterschrift des Arbeitgebers

Ausfertigung für den Arbeitgeber

Master 20x (7.2016)

<p>Krankenkasse für Kundenträger</p> <p>Name, Vorname des Versicherten geb. am _____</p> <hr/> <p>Kundennummer Versicherungs-Nr. Status</p> <hr/> <p>Betriebsstätten-Nr. A-Z-Nr. Datum</p>	<h2 style="margin: 0;">Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung 1</h2> <p><input type="checkbox"/> Erstbescheinigung</p> <p><input type="checkbox"/> Folgebescheinigung</p>									
<p><input type="checkbox"/> Arbeitsunfall, Arbeitsunfall-tätigen, Berufskrankheit</p> <p>arbeitsunfähig seit _____ voraussichtlich arbeitsunfähig bis einschließlich oder letzter Tag der Arbeitsunfähigkeit festgesetzt am _____</p>	<p><input type="checkbox"/> dem Durchgangsarzt zugewiesen</p> <p>1 _____</p> <p>2 _____</p> <p>3 _____</p>									
Ausfertigung für Versicherte	Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes									
<p>AU-begründende Diagnose(n) (ICD-10)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> <td style="width: 33%;">ICD-10 - Code _____</td> </tr> <tr> <td>ICD-10 - Code _____</td> <td>ICD-10 - Code _____</td> <td>ICD-10 - Code _____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> sonstiger Unfall, Unfallfolgen</p> <p><input type="checkbox"/> Versorgungswunden (z.B. BFG)</p> <p>Es wird die Erzielung folgender besonderer Maßnahmen für erforderlich gehalten:</p> <p><input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige _____</p>		ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	_____	_____	_____
ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____								
ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____	ICD-10 - Code _____								
_____	_____	_____								
<p>Im Krankengeldfall <input type="checkbox"/> ab 7. AU-Woche oder sonstiger Krankengeldfall <input type="checkbox"/> Endbescheinigung</p> <p>Hinweis für Versicherte zum Krankengeld</p> <p><small>Achtung Sie bei fortbestehender Arbeitsunfähigkeit auf einen Einkommens Nachweis. Hierfür stellen Sie sich bitte spätestens am 7ten Werktag, der auf den letzten Tag der aktuellen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung folgt, bei Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin vor. Wenn der Arzt oder Ihre Ärztin Ihnen die Bescheinigung für die Krankenkasse ausstellt, müssen Sie diese innerhalb von einer Woche an Ihre Krankenkasse weiterleiten. Bei verspäteter Vorlage der Bescheinigung bei der Krankenkasse oder Einkommens Nachweis der Arbeitsunfähigkeit durch Krankengeldnachweis. Wenn Sie Informationen erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.</small></p>										
Dokumenten-Nr. 1.0.3 Dokument-Nr. 4101	PFZ 208									

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Krankengemeinschaft Versicherten-Nr. Status

Betriebsrat-Nr. AOK-Nr. Datum

Bericht für die Krankenkasse bei Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit

52

1. Wegen welcher Diagnose(n) (ICD-10) besteht die Arbeitsunfähigkeit?

ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code ICD-10 - Code

ggf. Angabe sich daraus ergebender Funktionseinschränkungen

2. Welche Tätigkeiten übte die/der Versicherte bis zum Beginn der Arbeitsunfähigkeit aus?
(Bei Empfängern von Arbeitslosengeld bitte 2.2 beantworten.)

2.1 erwerbstätig als _____

regelmäßige Arbeitszeit Stunden pro Woche

2.2 Die/der Versicherte ist Empfänger von Arbeitslosengeld und hat sich vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit für folgende Stundenanzahl der Arbeitsvermittlung zur Verfügung gestellt Stunden pro Woche

Kann der Empfänger von Arbeitslosengeld in diesem Umfang leichte Tätigkeiten ausüben? nein ja

3. Welche diagnostischen/therapeutischen/rehabilitativen Maßnahmen sind in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit auslösende(n) Diagnose(n) vorgesehen?

konservativ (ggf. wann und welche) _____

operativ (ggf. wann und welche) _____

Heilmittel (ggf. seit wann und welche) _____

Stufenweise Wiedereingliederung geplant eingeleitet
(gilt nicht für Arbeitslos.)

Medizinische Rehabilitation geplant beantragt

Patientenschulung geplant eingeleitet

Sonstige (therapeutische) Maßnahmen (ggf. wann und welche)
z.B. Rückenschule, Ernährungsempfehlung, Suchttherapie, Psychotherapeutische Behandlung, Leistungen zur Rehabilitation, Arbeitslosengeld/Funktionsberatung oder betriebliches Eingliederungsmanagement

keine Begründung erforderlich _____

4. Erfolgte eine Überweisung zur fachärztlichen Mitbehandlung?

nein ja, Fachrichtung _____

5. Besteht oder droht eine Erwerbsminderung?

nein ja

Ausstellungsdatum

T M J J

Vertragserfüllung / zeitliche Überschreitung

Muster 52 (4/2023)