



Institut für hausärztliche Fortbildung
im Deutschen Hausärzteverband (IHF) e.V.

Sozialmedizin im Praxisalltag Ärger vermeiden (?) mit dem MDK

Dr. med. Jürgen Herbers

Allgemeinmedizin, Sozialmedizin, Palliativmedizin, Naturheilverfahren, Ernährungsmedizin,
Sportmedizin

Pleidelsheim

Gran Canaria, 17.02-21.02.2020 (Ort der Fortbildung)

Gliederung

Verfahren in der Sozialmedizin

Krankenversicherung (SGB V)

AU

Kur/Reha

Haushaltshilfe

Schwerbehinderung (SGB IX)

GdB

Unfallversicherung (SGB VII)

Rentenversicherung (SGB VII)

Rente

Pflegeversicherung (SGB XI)

Neuer
Pflegebegriff



Verfahren in der Sozialmedizin

- Antrag
 - Patient (= Versicherter)
- Evtl. Anhörung
- Bescheid
- Widerspruch
 - Arzt: Einspruch gegen ärztliches Gutachten
- Widerspruchsbescheid
- Klage vor Sozialgericht
 - Arzt: sachverständiger Zeuge



Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

Auf diesen Seiten sind die Richtlinien veröffentlicht, die der Gemeinsame Bundesausschuss laut gesetzlichem Auftrag „über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten“ beschließt (§ 92 SGB V).

Neben den Richtlinien sind auf der folgenden Seite strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen ([Disease-Management-Programme – DMP](#)) zu finden, die das Bundesministerium für Gesundheit auf der Grundlage von Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses als Rechtsverordnung erlassen hat (§ 137f SGB V) und die noch nicht in eine Richtlinie überführt wurden.

Auswahl nach Unterausschuss

Alle

1 2 3 >

Richtlinien ▲

[Angestellte-Ärzte \(Richtlinie nicht mehr in Kraft\)](#)

[Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien](#)

[Arzneimittel-Richtlinie](#)

[Bedarfsplanungs-Richtlinie](#)

[Bedarfsplanungs-Richtlinie Zahnärzte](#)

[Behandlungsrichtlinie](#)



Krankenversicherung

→ SGB V



Arbeitsunfähigkeits-(AU)-Richtlinie

AU liegt vor, wenn

- Zuletzt vor AU ausgeübte Tätigkeit
 - Nicht mehr oder
 - Nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung
 - ausgeübt werden kann
- Aus der Ausübung der Tätigkeit für die Gesundheit abträgliche Folgen erwachsen



AU bei Arbeitslosen

(Alg-I Bezieher) - AU, wenn

- Leichte Tätigkeiten
- Nicht über den Zeitraum, für den der Pat. sich zur Vermittlung zur Verfügung gestellt hat
- Durchgeführt werden können
- Zuletzt ausgeübte Tätigkeit ohne Bedeutung



AU bei Grundsicherung für Arbeitssuchende (Hartz-IV)

AU, wenn

- Nicht mindestens drei Stunden täglich gearbeitet werden kann
oder
- Nicht an einer Eingliederungsmaßnahme teilgenommen werden kann



Arbeitsplatz verloren während der AU

An- u. Ungelernte dann AU, wenn

- Letzte oder ähnliche Tätigkeit
- Nicht mehr oder
- Nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung ausgeübt werden kann



Keine AU

- Betreuung eines erkrankten Kindes
- Während Inanspruchnahme von Heilmitteln



Keine AU

- Für Behandlung oder Diagnostik, wenn diese Maßnahmen selbst nicht zu einer AU führen
- Für Sterilisation (Ausnahme: krankheitsbedingt)
- Kosmetische Op. ohne Komplikationen
- Bei Beschäftigungsverbot nach
 - Infektionsschutzgesetz
 - Mutterschutzgesetz



Infektionsschutzgesetz

→ § 42 Tätigkeits- und Beschäftigungsverbote

→ (1) Personen, die

- 1. an Typhus abdominalis, Paratyphus, Cholera, Shigellenruhr, Salmonellose, einer anderen infektiösen Gastroenteritis oder Virushepatitis A oder E erkrankt oder dessen verdächtig sind,
- 2. an infizierten Wunden oder an Hautkrankheiten erkrankt sind, bei denen die Möglichkeit besteht, dass deren Krankheitserreger über Lebensmittel übertragen werden können,
- 3. die Krankheitserreger Shigellen, Salmonellen, enterohämorrhagische Escherichia coli oder Choleravibrionen ausscheiden,

→ dürfen nicht tätig sein oder beschäftigt werden

- a) beim Herstellen, Behandeln oder Inverkehrbringen der in Absatz 2 genannten Lebensmittel, wenn sie dabei mit diesen in Berührung kommen, oder
- b) in Küchen von Gaststätten und sonstigen Einrichtungen mit oder zur Gemeinschaftsverpflegung.



Mutterschutzgesetz geändert 23.04.17

§ 4 Verbot der Mehrarbeit; Ruhezeit

§ 5 Verbot der Nachtarbeit

§ 6 Verbot der Sonn- und Feiertagsarbeit

§ 9 Gestaltung der Arbeitsbedingungen;
unverantwortbare Gefährdung

§ 11 unzulässige Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen

§ 10 Beurteilung der Arbeitsbedingungen

- Gefährdungen, denen Schwangere ausgesetzt ist
- Ermittlung, welche Maßnahmen zur Abwendung möglich sind
- Nach Mitteilung der Schwangerschaft unmittelbarer Beginn evtl. Schutzmaßnahmen



Mutterschutzgesetz

Rangfolge der Schutzmaßnahmen

→ Nach §13 hat der Arbeitgeber folgende Rangfolge zu beachten

- Umgestaltung der Arbeitsbedingungen
- Arbeitsplatzwechsel
- Betriebliches Beschäftigungsverbot



§ 16 Ärztliches Beschäftigungsverbot

(1) Der Arbeitgeber darf eine schwangere Frau nicht beschäftigen, soweit nach ärztlichem Zeugnis ihre Gesundheit oder die ihres Kindes bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist.



AU-Bescheinigung

- Persönliche Untersuchung
(auch bei Folge-AU)
- Nur ganz ausnahmsweise rückwirkend und auch dann
in der Regel nur 3 (Kalender-)Tage
- Symptomdiagnosen („R-Diagnosen“) nur in den
ersten 7 Tagen



AU > 6 Wochen

- Nächster Sprechstundentermin spätestens am Tag nach bescheinigtem AU-Ende
- Seit 11.5.19 (TSVG) Monatsfrist für Nahtlosigkeit
 - Aber: noch nicht in der AU-Richtlinie verankert
- Kreuz bei „ab 7. Woche AU“ machen
- Bei AU-Ende Kreuz bei „Endbescheinigung“
- Bei jeder AU > 6 Wo ist regelmäßig festzustellen, ob stufenweise Wiedereingliederung in Betracht kommt



- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
- Sozialmedizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst der GKV u. PV
 - Organisatorisch selbstständig
 - Fachlich unabhängig
 - Dienstaufsicht durch Sozialministerium



MDK

§ 275 Abs. 5 SGB V

- Die Ärzte des Medizinischen Dienstes sind bei der Wahrnehmung ihrer medizinischen Aufgaben nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen
- MDK ist nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung einzugreifen



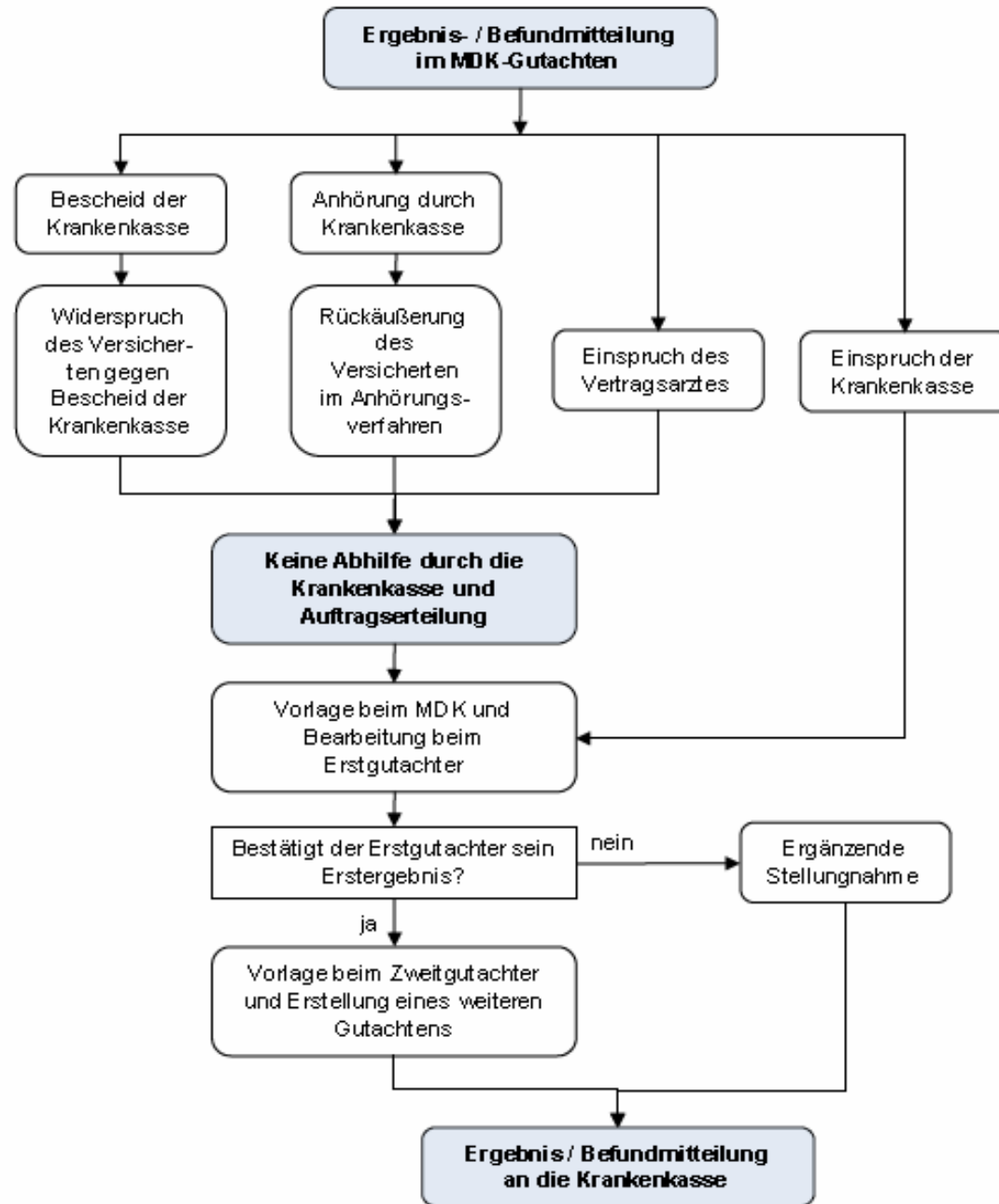
MDK

Beratungsablauf

- Auftrag durch die Kasse
- Beurteilung aufgrund
 - Aktenlage
 - Persönlicher Untersuchung
- Abgabe einer Empfehlung
- Entscheidungskompetenz bei der Kasse



„Falsches“ MDK-Gutachten



Grundlagen der Begutachtung

Begutachtungsanleitung

Arbeitsunfähigkeit (AU)

Stand 12.Dezember 2011

Neues Muster Krankenbeförderung

schon veraltet

Verordnung einer Krankenbeförderung 4

Zuzahlungspflicht Krankenkasse bzw. Kostenträger

Zuzahlungsfrei Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

☐ Unfall, Unfallfolge

☐ Arbeitsunfall, Berufskrankheit

☐ Versorgungsleiden (z.B. BVG)

☐ Hinfahrt ☐ Rückfahrt

1. Grund der Beförderung

Genehmigungsfreie Fahrten

a) ☐ voll-/teilstationäre Krankenhausbehandlung ☐ vor-/nachstationäre Behandlung

b) ☐ anderer Grund, z.B. Fahrten zu stationären Hospizen:

Genehmigungspflichtige Fahrten zu ambulanten Behandlungen (vor Fahrtantritt der Krankenkasse vorzulegen)

c) ☐ medikamentöse Behandlung ☐ Dialyse, onkol. Chemo- oder Strahlentherapie ☐ vergleichbarer Ausnahmefall (Begründung erforderlich)

d) ☐ dauerhafte Mobilitätsbeeinträchtigung ☐ Merkzeichen „aG“, „Bl“, „H“, Pflegegrad 3 mit dauerhafter Mobilitätsbeeinträchtigung, Pflegegrad 4 oder 5 ☐ vergleichbare Mobilitätsbeeinträchtigung und Behandlungsdauer mindestens 6 Monate (Begründung erforderlich)

☐ anderer Grund, der Fahrt mit KTW erfordert (z.B. fachgerechtes Lagern, Tragen, Heben, Begründung unter 3. angeben)

2. Behandlungstag/Behandlungsfrequenz und nächsterreichbare, geeignete Behandlungsstätte

vom/am TTMMJJ / x pro Woche, bis voraussichtlich TTMMJJ

Behandlungsstätte (Name, Ort)

3. Art der Beförderung

☐ Taxi/Mietwagen: ☐ Rollstuhl ☐ Tragestuhl ☐ liegend

☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist wegen

☐ RTW ☐ NAW/NEF ☐ andere

Sonstiges (z.B. Datum Aufnahme Krankenhaus, Wartezeit, Gemeinschaftsfahrt, Ortsangabe, wenn Beförderung nicht von/zur Wohnung stattfindet)

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 4 (4.2019)

Nicht genehmigungspflichtig
(aber nur Krankenfahrten,
Krankentransporte müssen
weiterhin genehmigt werden.



Reha

Für die Fahrten zu **ambulanten oder stationären
Rehabilitationsmaßnahmen** ist ebenfalls
keine Verordnung auszustellen, sondern der
Versicherte zur Klärung der An- und Abreise **direkt an
seine Krankenkasse zu verweisen**



Heilmittelrezept ab Q4/20

Zuzahlungs-frei	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Heilmittelverordnung 13																
Zuzahlungs-pflicht	Name, Vorname des Versicherten																			
Unfall-folgen	geb. am																			
BVG	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status																	
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum																	
Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10 - Code																				
<table border="0"> <tr> <td>Diagnose-gruppe</td> <td>☐</td> <td>Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog</td> <td>☐ a</td> <td>☐ b</td> <td>☐ c</td> <td>patientenindividuelle Leitsymptomatik</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td colspan="8">Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)</td> </tr> </table>					Diagnose-gruppe	☐	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	☐ a	☐ b	☐ c	patientenindividuelle Leitsymptomatik	☐	Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)							
Diagnose-gruppe	☐	Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog	☐ a	☐ b	☐ c	patientenindividuelle Leitsymptomatik	☐													
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)																				
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges																				
Heilmittel				Behandlungseinheiten																
Ergänzendes Heilmittel																				
☐	Therapiebericht	Hausbesuch	☐ ja ☐ nein	Therapie-frequenz																
☐	Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen																			
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise																				
<table border="1"> <tr> <td colspan="4">IK des Leistungserbringers</td> <td>Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td></td> </tr> </table>					IK des Leistungserbringers				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes											
IK des Leistungserbringers				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes																

Muster 13 (10.2020)



Reha-Maßnahme

Zuständigkeit

- Im erwerbsfähigen Alter und keine komplette EU-Rente:
 - Rentenversicherung
- Rentner (außer Tumorkrankheit)
 - Krankenkasse
- Kinder
 - Wahlrecht der Eltern



Formen von **Vorsorgemaßnahmen**

→ Ambulant

→ Bad Füssing

→ Abano-Therme

→ Stationär

→ „Kur“ für Pflegende

→ Kinder

→ Mutterkur

→ Vaterkur

→ Mutter-Kind-Kur

→ Vater-Kind-Kur

→ Familienkur

→ Oma-Kur?



Probleme mit Mutter-(Kind)-Kuren

→ Mütterliche Indikation entscheidet

- Wenn Kind im Vordergrund steht:
Kinderkur mit Mütterbegleitung

→ Antragsfehler

- Mutter „zu krank“ machen
- Keine medizinische Diagnose
- Familienrollen-spezifische Problematik fehlt



Probleme mit Mutter-(Kind)-Kuren

→ Was die Kasse gerne macht:

→ „Für Kur ist die Rentenversicherung zuständig“

→ Lösung: Klarstellung, dass die Erwerbsfähigkeit nicht gemindert oder gefährdet ist

→ Was die Kasse nicht mehr darf

→ Verweis auf „ambulant vor stationär“



Mutter-(Kind-)Kur als Vorsorge

EBM 01624 - 210 Punkte (ca. 22€)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten	(geb. am)	
Krankengruppe	Versicherten-Nr.	Stichtag
Betreibsstelle für	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V

64 Teil A

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren (Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen (beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, glückliche Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie | ☐ fehlende Anerkennung der Mutter-/Väterrolle | ☐ Tod des Partners/naher Angehöriger | ☐ beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung |
| ☐ mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung | ☐ Partner-/ Eheprobleme/Trennung vom Partner | ☐ Teenager-schwangerschaft | ☐ Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule |
| ☐ Erziehungsschwierigkeiten | ☐ Pflege von Familienangehörigen | ☐ sprachliche Verständigungsschwierigkeiten | ☐ besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten |
| ☐ Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme) | ☐ finanzielle Sorgen | ☐ soziale Isolation | ☐ drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit |
| ☐ mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters | ☐ ständiger Zeitdruck | ☐ allein erziehend | ☐ nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie |
| ☐ erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten | | | |

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

64 Teil B

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfungsangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Pflege)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☐ Mutter-Kind-Leistung ☐ Vater-Kind-Leistung

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind Inzidenz-Bei-Behandlungs-notwendigkeit	Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung	Psychosoziale Gründe/Betreuung notwendig
1.		☐	☐	☐
2.		☐	☐	☐
3.		☐	☐	☐

* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenernährung, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

☐ ja, folgende

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

☐ ja, Erläuterung

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

D. Rückruf erbitten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

TTMMJJ

Verordnungsstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Formular für das Kind – Muster 65

EBM 01622

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Ärztliches Attest Kind zur Verordnung einer medizinischen Vorsorge / Rehabilitation für Mütter oder Väter gemäß §§ 24, 41 SGB V		65
Name, Vorname des Versicherten			geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
Betriebsärztin-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			

I. Kurze Angaben zur Anamnese

II. Vorliegende Gesundheitsprobleme

A. Gesundheitsstörungen (Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung des Kindes durch z. B. Atemwegsinfekte über das alterstypische Maß hinaus, Übergewicht, psychische Auffälligkeiten)

B. Erkrankungen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

C. Weitere relevante Informationen (z. B. Behinderungen, Entwicklungsverzögerungen)

III. Bisherige Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

IV. Empfohlene Interventionen während der Maßnahme

V. Hinweise für die Zuweisung

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergienarmut, besondere Kostformen, spezialisierte Therapie- und Betreuungsangebote, konfessionelle Ausrichtung)

☐ ja, folgende

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung
ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum

T T M J J

Vertragsarztsiegel / Unterschrift des Arztes

(Muster 65a (10/2018))



Rehabilitation

Rehabilitation für Erwerbstätige

→ Ambulant

→ Stationär



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

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

Seite * Ursache **

1.			
2.			
3.			

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.			
5.			
6.			

* Seitenlokalisation
R = rechts
L = links
B = beidseits

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

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. ITSG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

☐ Beratung der/des Versicherten

Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

☐ Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum

T	T	M	M	J
---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐ Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

☐ Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

☐ Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Reha-Antrag Muster 61

Teil A muss nur ausgefüllt werden, wenn der Kostenträger unklar ist



ICD - ICF

ICD

→ Klassifikation der Krankheiten

Gesundheitsproblem / ICD-10

- M54.4 exacerbiertes, chronisches LWS Syndrom bei Discusprolaps L4/L5 re.
- M16.1 mittelgradige Coxarthrose re.
- M17.1 Gonarthrose
- I 83.9 Stammvaricosis 2. Grades bds.
- I 10.9 arterielle Hypertonie



Körperfunktionen und -strukturen

- Schmerzen bei Discusprolaps L4/L5 re. mit sensiblen Wurzelreizsyndrom und mehrsegmentalen Osteochondrosen
- belastungsabhängige Schmerzen im re. Hüftgelenk bei Coxarthrose mit Ausstrahlung in den re. Oberschenkel und im re. Knie bei beginnender Gonarthrose
- eingeschränkte Beweglichkeit der LWS
- eingeschränkte Beweglichkeit im Hüft- und Kniegelenk nach Neutral-Null-Methode

Aktivitäten

- auf 300 m eingeschränkte Gehstrecke
- Gehen, Treppensteigen und Bücken nur verlangsamt oder mit Hilfsmitteln möglich
- Beeinträchtigung beim Ein- und Aussteigen von öffentlichen Verkehrsmitteln
- Auskleiden verlangsamt, Ankleiden nur mit Fremdhilfe möglich
- Beeinträchtigung beim Putzen, Kochen, Abwaschen, Bügeln, Unterstützung erforderlich

Teilhabe (Partizipation)

- Beeinträchtigung der Selbstversorgung (teilweise kompensiert)
- erschwertes Aufrechterhalten von persönlichen Beziehungen
- mobilitätsbedingte Einschränkung der Beteiligung am gesellschaftlichen Leben



Kontextfaktoren

Umweltbezogene Faktoren

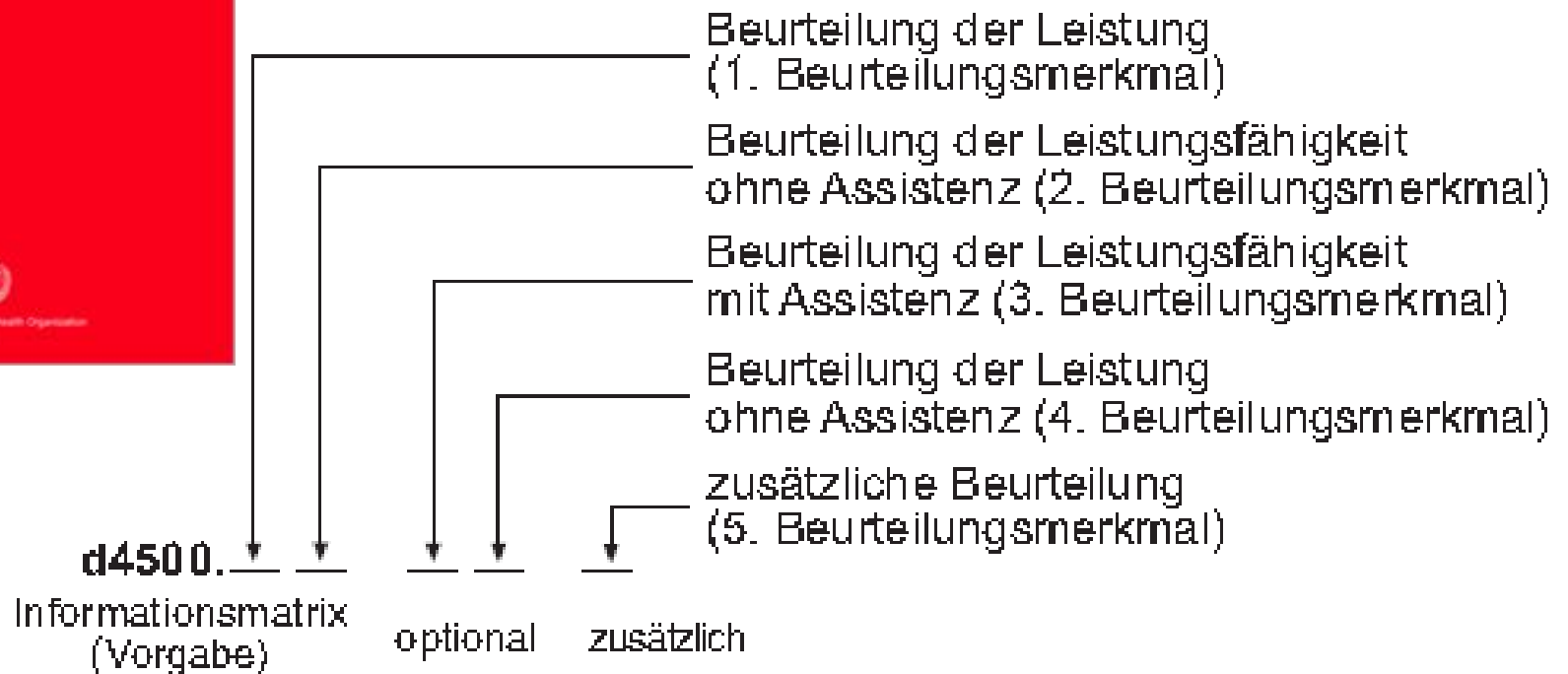
- Hochparterrewohnung (14 Stufen) -
- Tochter im selben Haus +
- Einkaufsmöglichkeiten vor Ort +
- Hausarzt vor Ort +
- Fachärzte 40 km entfernt -
- wirtschaftlich abgesichert +

Personbezogene Faktoren

- allein lebend -
- biologisch vorgealtert -
- Übergewicht -



ICF



Kurze Entfernung Gehen

d4500.231 : mäßige Einschränkung in der Geh-Leistung auf kurze Entfernungen, ohne Hilfsmittel erheblich eingeschränkte Leistungsfähigkeit, mit Hilfsmittel nur leicht ausgeprägt



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

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

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

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

1. Spinalkanalstenose LWK 3 – LWK 5

2. Dysthymie

3.

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.

5.

6.

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

Ursache *

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

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall

2 = Berufskrankheit

3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter
(z. B. Unfallfolgen)

4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst

5 = Meldepflichtige Erkrankung
(z. B. IISG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

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

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja, welche?

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ba (4.2020)

Neues Formular ab 1.4.20

Die alten Formulare sind dann nicht mehr gültig!

Schädigung

- Ständig rezidivierende Lumboischialgie bds. mit eingeschränkter Gehstrecke und Ruheschmerz bei Spinalkanalstenose LWK 3-5
- Dysthymie, in den letzten 6 Monaten verschlimmert mit Ausgeprägter Schlafstörung, Antriebsschwäche u. soz. Isolation



G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	☐	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	☐	☐	☐	☐
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	☐	☐	☐	☐
Mobilität	☐			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	☐	☐	☐	☐
Stehen / Gehen	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐
Selbstversorgung	☐			
Essen / Trinken	☐	☐	☐	☐
An- / Auskleiden	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐
Baden / Duschen	☐	☐	☐	☐
Toilettenbenutzung	☐	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	☐	☐	☐	☐
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	☐	☐	☐	☐

H. Lebensumstände/Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☐ Bewegungsmangel Fehlhaltung	☐ Übergewicht	☐ Untergewicht	☐ Medikamente	☐ Nikotin
☐ Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)				

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ☐ ja ☐ nein

Lebensumstände/Kontextfaktoren

- Kinder wohnen weit weg; Wohnung auf 3 Etagen verteilt; kein Aufzug im Haus; kümmert sich als einzige Tochter um ihren Vater
- Schulsituation wird als „Mobbing“ empfunden; kein Verständnis des Arbeitgebers für hohe berufliche Belastung
- wenig soziale Kontakte; Umzug in neuen Wohnort, hier keine Bekannten; Hilfe des Pflegepersonals wird nicht angenommen



Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

--

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

☐ ja	☐ eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)	
-----------------------------	---	--

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

☐ ambulant	☐ ambulant-mobil	☐ stationär
☐ Mütter-Leistung	☐ Väter-Leistung	☐ als Mutter-Kind-Leistung ☐ als Vater-Kind-Leistung

B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

--

C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

☐ pflegende/r Angehörige/r	☐ andere	
---	---------------------------------	--

VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

☐ neuer Indikation	☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation
---	--

☐ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel	☐ PKW erforderlich	☒ Begleitperson erforderlich
---	---	--

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)
☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ziele

- Steigerung der Gehstrecke und Beweglichkeit, Schmerzminderung, Antriebsteigerung, Schlafnormalisierung, Minderung Grübelzwang
- Einkauf selbstständig möglich, Haushalt wieder selbst erledigen, Unternehmung mit Gemeinde, Mehr Kontakt mit Enkeln
- Akzeptanz der Hilfe durch Sozialdienst. Integration in betreutes Wohnen. Besserer Familienkontakt



Haushaltshilfe – I

§38

Anspruch laut Gesetz bei

- Krankenhausbehandlung
- Stationäre Vorsorgemaßnahme
- Reha-Maßnahme

Voraussetzung

- Kind im Haushalt noch nicht 12 Jahre



Haushaltshilfe - II

Zusätzlich auch Anspruch (ohne Kind)

- Bei schwerer Krankheit
- Wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere im Anschluss an
 - Krankenhausaufenthalt
 - Ambulante Operation
 - Ambulante Krankenhausbehandlung
- Dauer: max. 4 Wo
- Bei Kind bis 12 oder behindert: max. 26 Wo

Kein Anspruch: Pflegegrad 2-5



Haushaltshilfe – III

§38

Leistungen

- Haushaltshilfe wird gestellt
- Erstattung von Kosten für selbstbeschaffte Hilfe
 - nicht: Verwandt/Verschwägert bis 2. Grad
 - Ausnahme: Erstattung Verdienstaufschlag

Zusätzliche Satzungsleistungen sind erlaubt



Haushaltshilfe IV

Schwangerschaft / Wochenbett

§ 24h

- Die Versicherte erhält Haushaltshilfe, soweit ihr wegen Schwangerschaft oder Entbindung die Weiterführung des Haushalts nicht möglich ist



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

Verordnung häuslicher Krankenpflege

12

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

--	--	--	--

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

☐ Erstverordnung
 ☐ Folgeverordnung
 ☐ Unfall

von TTMMJJ bis TTMMJJ

Behandlungspflege

Medikamentengabe, Präparate

Häufigkeit		Dauer	
tgl.	wtl. mtl.	vom	bis

☐ Herrichten der Medikamentenbox
☐ Medikamentengabe
☐ Injektionen
 ☐ herrichten
 ☐ intramuskulär
 ☐ subkutan

Dauer nur anzugeben bei Abweichung von Dauer der gesamten Verordnung

Blutzuckermessung

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

Kompressionsbehandlung

☐ Kompressionsstrümpfe anziehen
☐ Kompressionsverbände anlegen
☐ Stützende und stabilisierende Verbände, Art

☐ rechts
 ☐ links
 ☐ beidseits
☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen
☐ Kompressionsverbände abnehmen

Wundversorgung, Präparate

Lokalisation	aktuelle Größe	aktueller Grad

☐ Dekubitusbehandlung
☐ andere Wundverbände

Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege

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

Anzahl

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

☐ Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V
☐ Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V
☐ Grundpflege
☐ hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit		Dauer	
tgl.	wtl. mtl.	vom	bis

Weitere Hinweise

Ausfertigung für die Krankenkasse

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Hauswirtschaftliche Versorgung (§37 SGB V)

Muster seit 10/17



Häusliche Krankenpflege

Krankenhausvermeidungspflege §37 (1)

- Behandlungspflege
- **Zusätzlich** Grundpflege/Hauswirtschaft

Unterstützungspflege §37 (1a)

- Grundpflege/Hauswirtschaft

Sicherstellungspflege §37 (2)

- Behandlungspflege
- Grundpflege/Hauswirtschaft
 - **NIE ohne** Behandlungspflege
- Satzungsleistung

Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung

☐	Unterstützungspflege nach § 37 (1a) SGB V
☐	Krankenhausvermeidungspflege nach § 37 (1) SGB V
☐	Grundpflege
☐	hauswirtschaftliche Versorgung

Häufigkeit			Dauer	
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

Krankenhausvermeidungspflege

ZUSÄTZLICH zu Behandlungspflege

Dauer

→ Max. 4 Wo

→ Verlängerung nur mit MDK-Genehmigung



Unterstützungspflege

OHNE Behandlungspflege bei

- Anschluss an Krankenhausaufenthalt
- Ambulante Operation
- Ambulante Krankenhausbehandlung
- Schwere Krankheit
- Akute Verschlechterung einer Erkrankung

NICHT bei Pflegegrad 2-5

Dauer wie Krankenhausvermeidungspflege



Sicherung der ärztlichen Behandlung

- NIE ohne Behandlungspflege
- Kasse KANN zahlen, wenn Satzung dies erlaubt
- Ausschluss bei Pflegegrad 2-5



Rehabilitation und Teilhabe Behinderter Menschen

SGB IX



Behinderung

§2 Absatz 1

- Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.



Rehabilitation u. Teilhabe GdB

- Der Grad der Behinderung (GdB) wird in Zehnergraden abgestuft
- Behinderung liegt ab GdB 10 vor
- Max. mögliche Behinderung GdB 100
- GdB-Grade werden nicht addiert, sondern in ihrer Gesamtauswirkung gesehen



Rehabilitation u. Teilhabe

Schwerbehinderung

§2 Abs. 2 - Schwerbehinderung

- Menschen sind schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung (GdB) von wenigstens 50 vorliegt

§2 Abs. 3 - Gleichstellung

- GdB zwischen 30 u. 50
- infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des §73 nicht erlangen oder nicht behalten können



Begutachtungsgrundlage



Wirbelsäulenschäden

Wirbelsäulenschäden

ohne Bewegungseinschränkung oder Instabilität	0
mit geringen funktionellen Auswirkungen (Verformung, rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität geringen Grades, seltene und kurz dauernd auftretende leichte Wirbelsäulensyndrome)	10
mit mittelgradigen funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität mittleren Grades, häufig rezidivierende und über Tage andauernde Wirbelsäulensyndrome)	20
mit schweren funktionellen Auswirkungen in einem Wirbelsäulenabschnitt (Verformung, häufig rezidivierende oder anhaltende Bewegungseinschränkung oder Instabilität schweren Grades, häufig rezidivierende und Wochen andauernde ausgeprägte Wirbelsäulensyndrome)	30
mit mittelgradigen bis schweren funktionellen Auswirkungen in zwei Wirbelsäulenabschnitten	30-40
mit besonders schweren Auswirkungen (z. B. Versteifung großer Teile der Wirbelsäule; anhaltende Ruhigstellung durch Rumpforthese, die drei Wirbelsäulenabschnitte umfasst [z. B. Milwaukee-Korsett]; schwere Skoliose [ab ca. 70° nach Cobb])	50-70
bei schwerster Belastungsinsuffizienz bis zur Geh- und Stehunfähigkeit	80-100

Neurodermitis

Atopisches Ekzem („Neurodermitis constitutionalis“, „endogenes Ekzem“)	
geringe, auf die Prädilektionsstellen begrenzte Ausdehnung bis zu zweimal im Jahr für wenige Wochen auftretend	0-10
bei länger dauerndem Bestehen	20-30
mit generalisierten Hauterscheinungen, insbesondere Gesichtsbefall	40
mit klinischer oder vergleichbar intensiver ambulanter Behandlungsnotwendigkeit mehrmals im Jahr	50



Psychose

Langdauernde (über ein halbes Jahr anhaltende) Psychose im floriden Stadium je nach Einbuße beruflicher und sozialer Anpassungsmöglichkeiten	50-100
Schizophrener Residualzustand (z. B. Konzentrationsstörung, Kontaktschwäche, Vitalitätseinbuße, affektive Nivellierung) mit geringen und einzelnen Restsymptomen	
ohne soziale Anpassungsschwierigkeiten	10-20
mit leichten sozialen Anpassungsschwierigkeiten	30-40
mit mittelgradigen sozialen Anpassungsschwierigkeiten	50-70
mit schweren sozialen Anpassungsschwierigkeiten	80-100
Affektive Psychose mit relativ kurz andauernden, aber häufig wiederkehrenden Phasen	
bei 1 bis 2 Phasen im Jahr von mehrwöchiger Dauer je nach Art und Ausprägung	30-50
bei häufigeren Phasen von mehrwöchiger Dauer	60-100
Nach dem Abklingen lang dauernder psychotischer Episoden ist eine Heilungsbewährung von zwei Jahren abzuwarten.	



Rehabilitation u. Teilhabe

Nachteilsausgleich (§126)

- Nachteile von Schwerbehinderten sollen ausgeglichen werden
- Ziel ist die Integration und Chancengleichheit



Rehabilitation u. Teilhabe

Nachteilsausgleich I

Steuerrechtlich

- Pauschbetrag
- Kraftfahrzeugkosten
- Haushaltshilfe
- Kfz-Steuer-Nachlass/Befreiung

Rentenversicherung

- Vorzeitige Rente ohne Abzüge
(nicht beim Versorgungswerk)



Rehabilitation u. Teilhabe

Nachteilsausgleich II

Unentgeltliche Beförderung im öffentlichen Personennahverkehr

Merkzeichen B

- Unentgeltliche Beförderung von Begleitpersonen im Nah- u. Fernverkehr

Merkzeichen BL

- Landesblindengeld



Rehabilitation u. Teilhabe

Nachteilsausgleich III

Merkzeichen G

- Erhebliche Beeinträchtigung der Bewegung im Straßenverkehr

Merkzeichen aG

- Gehen dauernd nur mit fremder Hilfe oder nur mit großen Anstrengungen außerhalb des Kraftfahrzeuges

Merkzeichen RF

- Teilnahme an öffentlichen Veranstaltungen nicht möglich



Rehabilitation u. Teilhabe

Nachteilsausgleich IV

Merkzeichen H

- Hilfslos
- Besondere steuerliche Entlastungen

Freiwillige Vergünstigungen

- ermäßigter Eintritt
- Verwendung spezieller Sitze in Verkehrsmitteln



Unfallversicherung

SGB VII



Spitzenverband der
landwirtschaftlichen
Sozialversicherung



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Vertrag Ärzte/Unfallversicherung, gültig seit 01.01.2011



Wer ist bg-lich versichert?

- Arbeitnehmer während der Arbeit
- Direkter Weg von/zur Arbeit
- Schüler, Studenten, Kindergartenkinder
- Nothelfer

- Nicht: Beamte



Heilbehandlung

Allgemeine

- Ärztliche Versorgung, die nach Art oder Schwere weder eines besonderen personellen, apparativ-technischen Aufwandes noch einer spezifischen unfallmedizinischen Qualifikation bedarf

Besondere

- Der Rest
- Immer: wenn Verletzter stationär war!



Unfallmeldung

Am selben Tag, spätestens am nächsten Werktag

- Es gibt keine Geld für die Meldung, wenn Bericht später als nach 1Wo eintrifft

Ausnahme

- Vorstellung beim D-Arzt
- Dann wird auch keine bezahlt



Vorstellungspflicht



Arbeitsunfähigkeit über Unfalltag hinaus
Behandlungsbedarf länger als 1 Woche
Wiedererkrankung
Verordnung Heil- oder Hilfsmittel
AU länger als im D-Arzt-Bericht

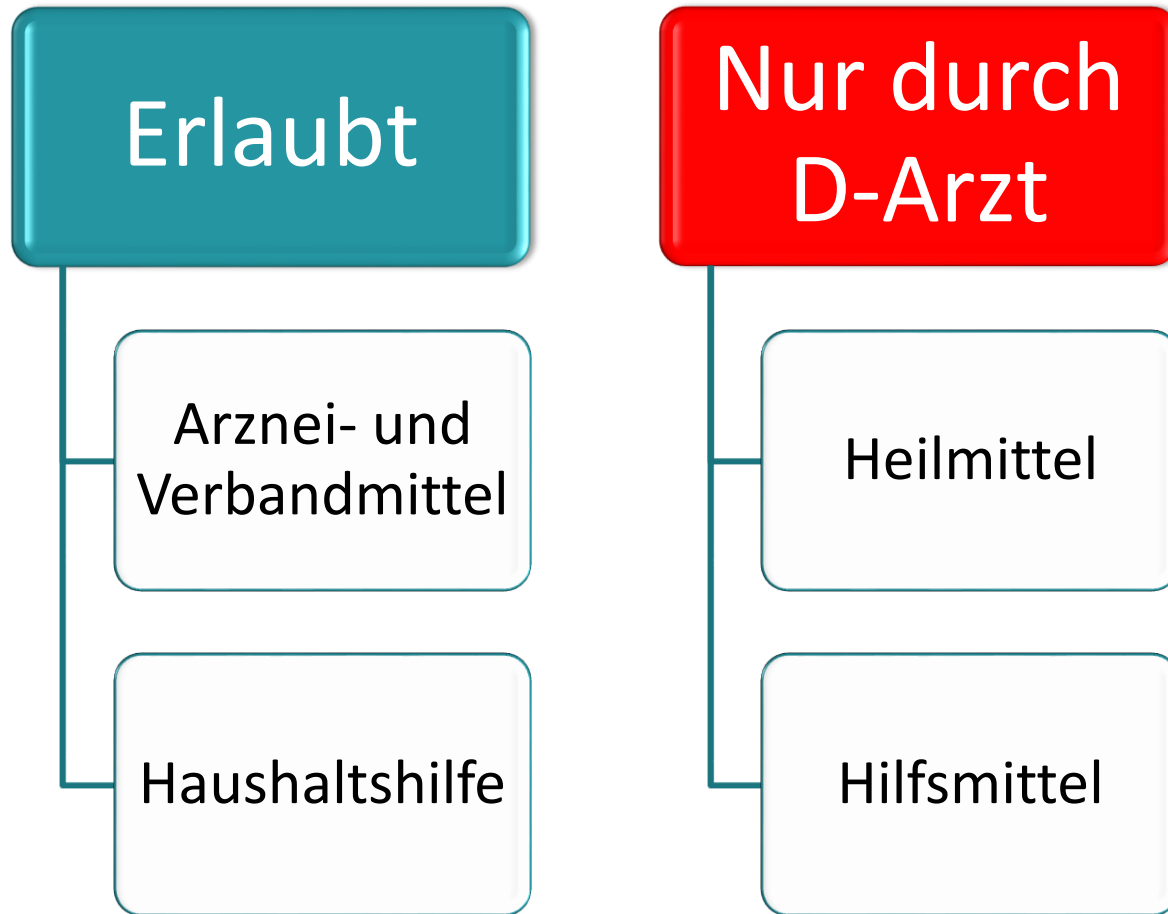


Vorstellungspflicht beim D-Arzt

12 Art der Heilbehandlung ☒ allgemeine Heilbehandlung ☒ durch anderen Arzt ☐ durch mich ☐ besondere Heilbehandlung ☐ ambulant ☐ stationär Liegt eine Verletzung nach dem Verletzungsarten-/ Schwerstverletzungsartenverfahren vor? ☒ nein ☐ ja, nach Ziffer			☐ es wird keine Heilbehandlung zu Lasten der UV durchgeführt, weil
13 Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ☒ arbeitsfähig ☐ arbeitsunfähig ab: ☐ voraussichtlich wieder arbeitsfähig ab: ☐ voraussichtlich länger als 6 Monate arbeitsunfähig		14 Ist die Zuziehung von Konsiliarärzten zur Klärung der Diagnose und/oder Mitbehandlung erforderlich? ☒ nein ☐ ja, zugezogen wird:	
15 Nachschau ist erforderlich, sofern dann noch AU oder Behandlungsbedürftigkeit vorliegen sollte, am 20.10.2016; bei Verschlimmerung sofort. Der Termin wurde dem Versicherten bekannt gegeben.			
16 Anschrift des weiter behandelnden Arztes oder Krankenhauses Dr. med. Jürgen Herbers Im Vogelsang 1 D-74385 Pleidelsheim			
Datum 14.10.2016	Unterschrift des Durchgangsarztes	Anschrift/Stempel des Durchgangsarztes 260810625, Dr. med. Ulrich Gronwald , Riedstr. 12 , 74321 Bietigheim-Bissingen (Tel.: 07142 79-55001)	



Verordnungen



Rentenversicherung

SGB VI



RentenVersicherung

Erwerbsminderung (§43)

Voll erwerbsgemindert

- Wg. Krankheit oder Behinderung
- außerstande, unter den üblichen Bedingungen auf allg. Arbeitsmarkt
 - mindestens 3 Std. tgl. zu arbeiten
- Auf nicht absehbare Zeit

Nicht erwerbsgemindert

- Mindestens 6 Std. erwerbstätig

Teilweise erwerbsgemindert

- Mehr als 3, weniger als 6 Stunden erwerbsfähig



RentenVersicherung

Berufsunfähigkeitsrente (§240)

(1) Rente wg. teilweiser Erwerbsunfähigkeit

→ Vor dem 2.1.61 geboren

→ Berufsunfähig

(2) Berufsunfähig:

→ Erwerbsfähigkeit weniger als 6 Std.

→ Im Vergleich zu gesunden Vers. mit ähnlichen
Ausbildung/Kenntnissen/Fähigkeiten



Antrag auf Reha

Wenn die Erwerbsfähigkeit „gefährdet“ ist

- In den nächsten 6 Monaten wahrscheinlich Eintritt von EU oder BU
- Fast durchgehende AU in den nächsten Monaten zu befürchten



Pflegeversicherung

SGB XI



PV

Voraussetzungen (§14)

Gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen

→ Selbständigkeit oder

→ Fähigkeiten

Deshalb der Hilfe durch andere bedürftig

Körperliche, kognitive oder psychische
Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte
Belastungen oder Anforderungen werden nicht
selbständig kompensiert oder bewältigt

Auf Dauer,

voraussichtlich für mindestens 6 Monate



Pflegestärkungsgesetz II

Neuer Pflegebegriff

- Somatische und psychische Hilfe wird gleich bewertet
- Hauswirtschaft als „3. Säule“
- 5 Pflegestufen
- Automatische Überleitung in die höhere (bzw. zweithöhere Stufe)
- Stationär: Zuzahlung in Stufe 2-5 identisch



Module und Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten					
	keine	geringe	erhebliche	schwere	schwerste	
Mobilität (10 Prozent)	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15	Summe der Punkte im Modul 1
	0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
kognitive und kommunikative Fähigkeiten	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33	Summe der Punkte im Modul 2
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65	Summe der Punkte im Modul 3
höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3 (15 Prozent)	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für das Modul 2 oder 3
Selbstversorgung (40 Prozent)	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54	Summe der Punkte im Modul 4
	0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen (20 Prozent)	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15	Summe der Punkte im Modul 5
	0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (15 Prozent)	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18	Summe der Punkte im Modul 6
	0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6



Einstufung in 5 Pflegegrade

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte)
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte)
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte)
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
(ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte)
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit
besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung
(ab 90 bis 100 Gesamtpunkte)



Leistungen ab 01.01.2017 (§§ 36ff)

Pflegegrad	Geldleistung	Sachleistung	Stationär
1	Beratung, Hilfsmittel, barrierefreier Umbau		125
2	316	689	770
3	545	1298	1262
4	728	1612	1775
5	901	1995	2005
Härtefall	901	1995	2005



Herzlichen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!

