

## MUSTER 20 – STUFENWEISE WIEDEREINGLIEDERUNG IN DAS ERWERBSLEBEN (WIEDEREINGLIEDERUNGSPLAN)

### HINWEISTEXTE FÜR DIE ERSTELLUNG EINER ELEKTRONISCHEN AUSFÜLLHILFE

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Krankenkasse bzw. Kostenträger </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Name, Vorname des Versicherten <span style="float: right;">geb. am</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <div style="width: 45%;">Kostenträgerkennung</div> <div style="width: 45%;">Versicherten-Nr.</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <div style="width: 30%;">Betriebsstätten-Nr.</div> <div style="width: 30%;">Arzt-Nr.</div> <div style="width: 40%;">Datum</div> </div>	<div style="text-align: right; color: red; font-weight: bold;">20</div> <div style="color: red; font-weight: bold;">Stufenweise Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Wiedereingliederungsplan)</div> <div style="margin-top: 10px;"> zuletzt ausgeübte Tätigkeit  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">1</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div>Stunden täglich</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">1</div> </div>																																				
<p>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</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">2</th> <th style="width: 15%;">vom</th> <th style="width: 15%;">2</th> <th style="width: 15%;">bis</th> <th style="width: 35%;">2</th> <th style="width: 10%;">2</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th>Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)</th> <th>Stunden täglich</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>TTMMJJ</td> <td></td> <td>TTMMJJ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>TTMMJJ</td> <td></td> <td>TTMMJJ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>TTMMJJ</td> <td></td> <td>TTMMJJ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>TTMMJJ</td> <td></td> <td>TTMMJJ</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 20px;"></div>		2	vom	2	bis	2	2					Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich		TTMMJJ		TTMMJJ				TTMMJJ		TTMMJJ				TTMMJJ		TTMMJJ				TTMMJJ		TTMMJJ		
2	vom	2	bis	2	2																																
				Art der Tätigkeit (ggf. Einschränkungen)	Stunden täglich																																
	TTMMJJ		TTMMJJ																																		
	TTMMJJ		TTMMJJ																																		
	TTMMJJ		TTMMJJ																																		
	TTMMJJ		TTMMJJ																																		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> Für die Erstellung des ärztlichen Wiedereingliederungsplanes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <b>3 Erklärung des Versicherten</b>  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. </div> <div style="text-align: right;"> Datum  TTMMJJ </div> </div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>																																					
<div> <b>4 Erklärung des Arbeitgebers</b>  Mit dem vorgesehenen Wiedereingliederungsplan bin ich einverstanden </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> ja </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> nur unter folgenden Voraussetzungen <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-left: 10px; margin-top: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-left: 10px; margin-top: 5px;"></div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> nein </div> <div style="margin-top: 10px;"> Für die geleisteten Stunden wird ein (Teil-)Arbeitsentgelt gezahlt </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> ja </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> nein </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div> Datum  TTMMJJ </div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px;"></div> </div>																																					
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin-bottom: 10px;"> Ausfertigung für den Arbeitgeber </div> <div style="text-align: right; font-size: small;"> Muster 20a (1.2019) </div>																																					

## ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

### 1. ZULETZT AUSGEÜBTE TÄTIGKEIT, STUNDEN TÄGLICH

Hier erfolgt nach Auskunft des Versicherten die Angabe der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie der Anzahl der täglichen Arbeitsstunden vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

### 2. VOM BIS, ART DER TÄTIGKEIT (GGF. EINSCHRÄNKUNGEN), STUNDEN TÄGLICH

In diesen Feldern werden Empfehlungen zum Zeitraum, zur Tätigkeit, möglichen Belastungseinschränkungen (bspw. nur sitzend) und täglichen Arbeitszeit während der stufenweisen Wiedereingliederung in die berufliche Tätigkeit, angegeben. Der letzte Tag der stufenweisen Wiedereingliederung entspricht in der Regel dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit. Die Wiedereingliederung sollte in der Regel einen Zeitraum von sechs Monaten nicht überschreiten.

### 3. ERKLÄRUNG DES VERSICHERTEN

Der Versicherte bestätigt sein Einverständnis.

### 4. ERKLÄRUNG DES ARBEITGEBERS

Der Arbeitgeber bestätigt sein Einverständnis und ergänzt die entsprechenden Angaben.

## MEHR INFORMATIONEN

Themenseite Arbeitsunfähigkeit: <http://www.kbv.de/629405>

Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung (PDF, 550 KB):  
[www.kbv.de/media/sp/02\\_Erlaeuterungen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf)