

# Amtsärztliche/fachärztliche Stellungnahme im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII/BVG

## Daten der nachfragenden Person

Name	_____
Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Geschäftszeichen LWV:	_____

## Anschrift des ärztlichen Gutachters / der ärztlichen Gutachterin

Institution	_____	
Anschrift	_____	
Name des Arztes	_____	
Fachrichtung	_____	
Telefon	_____	Telefax: _____
E-Mail	_____	

Tag der Untersuchung _____	Ort der Untersuchung _____
----------------------------	----------------------------

Während der Begutachtung waren folgende Personen anwesend:
--

**1. Anamnese und Befunde; bisheriger Behandlungs- und Rehabilitationsverlauf**

Welche ärztlichen und ärztlich verordneten Behandlungsmaßnahmen (u.a. Krankengymnastik, Logopädie, Psychotherapie) sind bereits erfolgt (soweit sie für die aktuelle Situation von Bedeutung sind).

--

**2. Diagnosen und Beschreibung der bestehenden Behinderung/-en, die den Hilfebedarf begründen:**

Diagnosen nach ICD-10-GM Version 2004. Feststellung und Beschreibung von Art und Ausmaß der Behinderung/-en im Sinne von § 2 Abs. 1 SGB IX, sowie Beschreibungen von Struktur- und Funktionsschädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren (entsprechend ICF).

<b>2.1 Diagnosen (ICD-10-GM Version 2004):</b>	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)					Seiten lokali.	Diagn. Sicherh.
1.							
2.							
3.							
4.							

**2.2 Schädigungen der:**

Körperfunktionen (b)

1.	b					
2.	b					
3.	b					
4.	b					
5.	b					

Körperstrukturen (s)

1.	s					
2.	s					
3.	s					
4.	s					
5.	s					

**2.3 Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe:**

trifft nicht zu	kann/keine Beeinträchtigung	kann mit Schwierigkeiten (z. B. verlangsamt)	kann nicht	Lebensbereich (d)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lernen und Wissensanwendung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kommunikation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mobilität
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selbstversorgung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alltägliche Lebensführung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soz. Beziehungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeit/Beschäftigung/Bildung/Erziehung

**Aktuelle Test/Assessment-Ergebnisse (Barthel-Index, FIM, RAP, HAWI-E/-K, Benton, MMS etc.) soweit vorhanden beifügen.**

--

**2.4 Positiv und/oder negativ wirkende rehabilitationsrelevante Kontextfaktoren:**

**Persönliches und familiäres Umfeld:**

--

**Weiteres soziales Umfeld / professionelle Hilfen**

**Berufliches / schulisches Umfeld**

**3. Art der Behinderung (s. Anlage "Hinweise und Erläuterungen zum Ausfüllen" und § 1 - 3 der Verordnung nach § 60 SGB XII – Eingliederungshilfe-Verordnung)**

Sofern im Einzelfall verschiedene Behinderungen bestehen, muss die Behinderung als vorrangig angegeben werden, durch die der Hilfebedarf überwiegend begründet ist.

**Vorrangige Behinderung:**

- körperliche Behinderung
- geistige Behinderung
- seelische Behinderung
- Suchterkrankung

**Zusätzliche begleitende Behinderung:**

- körperliche Behinderung
- geistige Behinderung
- seelische Behinderung
- Suchterkrankung

**Ggf. Erläuterungen:**

**3.1 Die Behinderung/-en ist/sind von wesentlichem Umfang im Sinne von § 53 Abs. 1 Satz 1 SGB XII i. V. m. § 2 Abs. 1 SGB IX und §§ 1 - 3 der Verordnung nach § 60 SGB XII**

Ja

Nein

Begründung (sofern aus Punkt 2 nicht ersichtlich):

**3.2 Die Behinderung dauert voraussichtlich länger als sechs Monate?**

Ja

Nein

**3.3 Nach ärztlicher Erfahrung ist mit Wahrscheinlichkeit der Eintritt einer wesentlichen und anhaltenden Behinderung zu erwarten.**

Ja

Nein

**3.4 Sind aufgrund der Behinderung/-en Hilfsmittel erforderlich?**

Ja

Nein

Wenn ja, welche? (bitte Art und Umfang angeben):

**4. Geht die Krankheit / Behinderung auf einen Unfall zurück (auch Unfall der Mutter während der Schwangerschaft) oder ist sie die Folge einer Geburtsschädigung durch Arzt- oder Hebammenfehler, einer Wehr- bzw. Zivildienstbeschädigung, eines Impfschadens oder einer Gewalttat? (Zur Prüfung der vorrangigen Leistungsverpflichtung)**

Nein

Ja

(nähere Erläuterung):

- evtl. Anlagen -

**5. Welche ärztlichen und ärztlich verordnungsfähigen Behandlungsmaßnahmen sind notwendig?**

--

**6. Welche Rehabilitationsziele sollen aufgrund der vorliegenden Behinderung/-en nach ärztlicher Einschätzung verfolgt werden?**

*Anmerkung:* Sollen Leistungen stationär oder teilstationär und nicht ambulant durchgeführt werden, ist dies entsprechend zu begründen (§ 13 Abs. 1 SGB XII)

--

**7. Rehabilitationsprognose**

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der:

Schädigungen	Ja	Nein
Aktivitäten und Teilhabe	Ja	Nein
Kontextfaktoren	Ja	Nein

Erläuterungen zur Rehabilitationsprognose:

--

**8. Pflegebedürftigkeit**

**8.1** Wurde ein Antrag zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gestellt?

Ja, am \_\_\_\_\_

Nein \_\_\_\_\_

**8.2** Eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach § 14 Abs. 1 SGB XI, § 61 Abs. 1 Satz 1 SGB XII bzw. § 26 c Abs. 1 Satz 1 BVG ist erfolgt

Ja, am \_\_\_\_\_

Nein \_\_\_\_\_

durch den MDK/das Gesundheitsamt \_\_\_\_\_

Dabei wurde festgestellt:

- keine Pflegebedürftigkeit
- Pflegebedürftigkeit - Stufe
- nicht bekannt

**9. Die Angaben zu den Punkten 9.1 bis 9.3 sind nur von Krankenhäusern zu beantworten, sofern die beantragte Eingliederungshilfe nahtlos im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt erfolgen soll:**

**9.1** Wurde der Patient entsprechend dem Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V über Rehabilitationsmaßnahmen der Krankenkasse beraten?

Ja \_\_\_\_\_

Nein \_\_\_\_\_

**9.2** Welche Rehabilitationsmaßnahmen gemäß SGB V wurden eingeleitet?

\_\_\_\_\_

**9.3** Wie hat die Krankenkasse entschieden?

\_\_\_\_\_

**Zum Zeitpunkt der Begutachtung lagen folgende Unterlagen vor (mit Angabe des Erhebungsdatums):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes  
Facharzttitel und/oder Funktionsbezeichnung

