

Kurzinformation für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Ihre Patientin / Ihr Patient beabsichtigt, einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Leistungen zur medizinischen Rehabilitation / Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) zu stellen. Deshalb erbitten wir von Ihnen einen ärztlichen Befundbericht. Wir wollen Sie damit als behandelnde Ärztin / behandelnden Arzt in den Entscheidungsprozess und Gestaltungsprozess einbeziehen. **Ihre Einschätzung ist eine wesentliche Entscheidungsgrundlage.** Die Leistungen zur Teilhabe können nur dann nachhaltig wirksam sein, wenn sie in ein langfristiges Konzept eingebunden sind, wenn sie zum richtigen Zeitpunkt erfolgen und wenn sie unterstützt werden durch die nachfolgende Therapie. Die Rehabilitationseinrichtung erhält eine Kopie Ihres Befundberichtes, so dass Ihre Anregungen in den Rehabilitationsprozess eingehen. Sie erhalten direkt von der Rehabilitationseinrichtung den Entlassungsbericht, sofern Ihre Patientin / Ihr Patient einverstanden ist.

Befundbericht Ihr Befundbericht ist eine wichtige Grundlage für die Entscheidung über den Antrag auf Leistungen zur Teilhabe und wird von einem Arzt bewertet. Es ist wichtig, dass **Sie** dem Rentenversicherungsträger alle Informationen geben und den Befundbericht in allen Punkten **vollständig** und gut lesbar ausfüllen. Wir prüfen die Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit für die Feststellung, ob und welche Leistungen zur Teilhabe indiziert sind. Deshalb ist uns Ihre Darstellung der jetzigen Beschwerden und Funktionseinschränkungen im Beruf und anderer sozialer Belastungsfaktoren besonders wichtig. **Erläuterungen finden Sie auf Seite 2.**

Um prüfen zu können, ob und welche Leistungen zur Teilhabe erforderlich sind, benötigen wir unter anderen Angaben zu **Art und Ausmaß der rehabilitationsbedürftigen Erkrankungen**, zum **allgemeinen Gesundheitszustand** und zu den vorliegenden **Funktionseinschränkungen**.

Hörhilfen Bei der Beantragung einer Hörhilfe / eines Hörgerätes ist der gesamte Befundbericht nur durch den **Hals-Nasen-Ohren-Facharzt** zu erstellen.

Diagnosen-Codierung Wir bitten Sie, die Diagnosen nach der neuen **ICD-10-GM Version** zu verschlüsseln. Es ist wichtig, die Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für den Rehabilitationsantrag zu nennen.

Anregungen Ihre Hinweise und Anregungen zu inhaltlichen Schwerpunkten der Teilhabe sind uns wichtig. Wir werden sie berücksichtigen, soweit dies möglich ist.

Vorhandene Befunde und Berichte Bitte übersenden Sie uns auch aktuelle Krankenhausberichte oder Facharztberichte und Befunde - nicht älter als 1 Jahr -, damit schnell entschieden werden kann. Sofern Ihre Patientin / Ihr Patient an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnimmt, übersenden Sie uns bitte auch die DMP-Dokumentationsbögen. Wir senden Ihnen auf Wunsch die Unterlagen umgehend zurück.

Bemerkungen Hier können Sie weitere wichtige Informationen für den beratenden Arzt der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz und den weiterbehandelnden Arzt in der Rehabilitationseinrichtung hinzufügen.

Honorar Für den vollständigen ärztlichen Bericht zahlen wir als Honorar **28,44 EUR** inklusive Porto, Kopien und Schreibgebühren. Bitte verwenden Sie die hierfür vorgesehene Honorarabrechnung (Formular G0600). Weitere Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Antrag auf Teilhabe (zum Beispiel zusätzliche Gespräche oder Untersuchungen) können vom Rentenversicherungsträger nicht erstattet werden. Wenn Sie Ihren Befundbericht mit der Honorarabrechnung sowie dem ausgefüllten Rehabilitationsantrag und der dazugehörigen Anlage der Versicherten / des Versicherten **zusammen an die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz senden**, kann der Antrag Ihrer Patientin / Ihres Patienten zügig bearbeitet werden.

Die Honorierung des Befundberichtes ist nur möglich, wenn Ihre Patientin / Ihr Patient tatsächlich einen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe stellt. Insofern ist die Honorierung erst möglich, wenn auch der Antrag bei uns eingegangen ist.

Sollte ohne neue Befunderhebung kein Befundbericht möglich sein, bitten wir Sie das Formular nicht auszufüllen. In diesem Fall wird die Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz selbst medizinisch ermitteln.

Formulare im Internet Befundbericht und die Honorarabrechnung stehen jetzt auch als **ausfüllbare Formulare** im Internet zur Verfügung. ([www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de / Services / Formulare & Anträge / Ärzte / Rehaverfahren](http://www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de/Services/Formulare%20u%20Antraege/Aerzte/Rehaverfahren))

Adresse **Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz, Eichendorffstraße 4 - 6, 67346 Speyer**

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen
Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Erläuterungen zu Voraussetzungen, Aufgaben, Zielen und Behandlungsformen der Leistungen zur Teilhabe

Die **Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherung** wenden sich an Personen mit krankheitsbedingter erheblicher Gefährdung oder bereits bestehender Minderung der **Erwerbsfähigkeit**. Die stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation geht von einem **ganzheitlichen Ansatz** aus, der die psychischen, physischen und sozialen Aspekte der Rehabilitation umfasst. Das **Behandlungskonzept** ist auf eine **aktive Mitwirkung der Patientin / des Patienten** ausgerichtet.

Ziel aller Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung ist, krankheitsbedingte oder behinderungsbedingte Minderungen der **Erwerbsfähigkeit** zu überwinden und so ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern beziehungsweise eine Wiedereingliederung in das Erwerbsleben zu ermöglichen.

Medizinische Voraussetzungen

Die Entscheidung, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung indiziert sind, erfordert insbesondere die sozialmedizinische Prüfung der **Rehabilitationsbedürftigkeit** und der **Rehabilitationsfähigkeit**.

Rehabilitationsbedürftigkeit

Abgeleitet aus dem WHO-Konzept (Krankheitsfolgenmodell) gehen in die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit folgende Aspekte ein:

- **Ausmaß der Schädigung** in Funktion und Struktur (somatischer, kognitiver und psychosozialer Bereich),
- **Ausmaß der funktionellen Einschränkungen** einer Person in ihren Fähigkeiten (Behinderung in Beruf und Alltag),
- **Ausmaß der sozialen Beeinträchtigung** aus Krankheitsfolgen (beruflicher Abstieg, Arbeitsplatzverlust, Frühberentung, soziale Isolierung, Verlust sozialer Unterstützung).

Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähigkeit umfasst die Möglichkeit der Patientin / des Patienten, im Rahmen ihrer / seiner körperlichen und psychischen Verfassung, das Angebot der Gesamtheit der therapeutischen Leistungen wahrnehmen zu können, sowie ihre / seine Bereitschaft hierzu.

Für die Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit und der Rehabilitationsfähigkeit sind Informationen zu folgenden Bereichen erforderlich:

- Symptome und Beschwerden, Verlauf, Chronifizierung, Arbeitsunfähigkeitszeiten,
- objektive Funktion, Risikofaktoren,
- Motivation, Mobilität, Einsichtsfähigkeit, Krankheitsverarbeitung,
- berufliche Belastung und Alltagsbewältigung,
- drohender Arbeitsplatzverlust, soziale Unterstützung, Rentenanspruch / Rentenbezug wegen verminderter Erwerbsfähigkeit.

Stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation

Stationäre und ambulante Rehabilitation sind inhaltlich und konzeptionell gleichwertig. Die ambulante Rehabilitation kann durch die Nähe zum Wohnort flexibler auf die Bedürfnisse der Patientin / des Patienten eingehen. Es können zum Beispiel die Angehörigen, Sie als behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt und der Arbeitsplatz stärker in das Reha-Konzept einbezogen oder Selbsthilfeaktivitäten vor Ort genutzt werden.

Rehabilitations-Nachsorge sichert den langfristigen Erfolg der Rehabilitation

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden nur dann eine **langfristige Wirkung** haben, wenn die Patientin / der Patient die Kompensationsstrategien und Verhaltensweisen, die sie in der Rehabilitation erlernt haben, **im Alltag auch weiterführen** und fortentwickeln. Dies sollte auch **Berücksichtigung in Ihrem weiteren Therapiekonzept** für Ihre Patientin / Ihren Patienten finden. Neben den bekannten Nachsorgeangeboten wie Rehabilitationssport, Funktionstraining und Suchtnachsorge werden von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz auch berufsbegleitende Konzepte als medizinische Reha-Nachsorgeleistungen (MERENA) umgesetzt. Die Anregung dazu erfolgt von der behandelnden Ärztin beziehungsweise vom behandelnden Arzt der Einrichtung.

Internetangebot der Deutschen Rentenversicherung Rheinland-Pfalz

Unter der Homepage www.deutsche-rentenversicherung-rlp.de finden Sie ein speziell für Ärzte zusammengestelltes Informationspaket zum Thema Rehabilitation.

Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	
2	Name, Vorname	Geburtsdatum	SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose
3	Straße, Hausnummer		
	Postleitzahl	Wohnort	
4	arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ggf. seit _____ wegen _____		

5 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	Seiten- lokali.	Diagn. Sicherh.
1.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl

sonstige Behinderung: _____

7 Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

8 Risikofaktoren / Gefährdung durch

Alkohol Drogen Medikamente Nikotin

sonstige Behinderung: _____

9 Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

liegen nicht vor

Name, Vorname	Geburtsdatum
10	

11 Untersuchungsbefund Datum der letzten Befunderhebung: | | | | |

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

Atemwege Herz / Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche

von der Norm abweichende Befunde (einschließlich Klinisch-chemischer / Klinisch-diagnostischer Befunde):

Gewicht: |^{0/}| | | | kg Größe: |^{1/}| | | | cm RR: mm Hg Puls:

12 Therapien in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

12.1 Teilnahme an DMP? nein ja, welche? _____

Integrierte Versorgung? nein ja

13 Gesundheitsschäden sind entstanden durch Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit Wehrdienstbeschädigung Unfall

Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? ja nein, in welcher: _____

Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation? ja nein

Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit? ja nein

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? ja, ohne Begleitperson ja, nur mit Begleitperson nein

Besteht Schwangerschaft? ja

14 Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes der Rehabilitationseinrichtung

15 Antrag erfolgt auf meine Anregung ja nein

16 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen ja

Datum _____ Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung), Stempel _____

Durchschrift für den Rentenversicherungsträger an die Krankenkasse

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)		
2	Name, Vorname	Geburtsdatum	SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits	
3	Straße, Hausnummer			
3	Postleitzahl	Wohnort	DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose	
4	Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ nein ja ggf. seit wegen			
4	arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)		Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)	
			Seiten- lokal.	
			Diagn. Sicherh.	
1.				
2.				
3.				
4.				

Durchschrift für die Ärztin / den Arzt

Ärztlicher Befundbericht zum Rehabilitationsantrag der Rentenversicherung

1	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	
2	Name, Vorname	Geburtsdatum	
3	Straße, Hausnummer		SEITENLOKALISATION R = rechts L = links B = beidseits
3	Postleitzahl	Wohnort	
4	Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ nein ja ggf. seit wegen		DIAGNOSESICHERHEIT A = Ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagnose
4	arbeitsunfähig? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)		Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen)
1.		Seiten- lokali.	Diagn. Sicherh.
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen		
<input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung:			
7	Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)		
8	Risikofaktoren / Gefährdung durch		
<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung:			
9	Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren		
<input type="checkbox"/> liegen nicht vor			

Name, Vorname	Geburtsdatum
10	

11 Untersuchungsbefund Datum der letzten Befunderhebung:

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

- Atemwege Herz / Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche

von der Norm abweichende Befunde (einschließlich Klinisch-chemischer / Klinisch-diagnostischer Befunde):

Gewicht: ^{0/} kg Größe: ^{1/} cm RR: mm Hg Puls:

12 Therapien in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

12.1 Teilnahme an DMP? nein ja, welche? _____
 Integrierte Versorgung? nein ja

13 Gesundheitsschäden sind entstanden durch Arbeits- / Wegeunfall, Berufskrankheit Wehrdienstbeschädigung Unfall
 Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? ja nein, in welcher: _____
 Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation? ja nein
 Besteht Belastbarkeit für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben / Schulungsfähigkeit? ja nein
 Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? ja, ohne Begleitperson ja, nur mit Begleitperson nein
 Besteht Schwangerschaft? ja

14 Bemerkungen

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt des sozialmedizinischen Dienstes der Rehabilitationseinrichtung

15 Antrag erfolgt auf meine Anregung ja nein

16 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen ja

Datum _____

Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung), Stempel _____