

BEANTRAGUNG EINER STATIONÄREN REHABILITATIONS- MAßNAHME FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE BEI DER RENTENVERSICHERUNG

Informationen für Ärztinnen und Ärzte:

Angefügt finden Sie das Formular „S0051“ zur Beantragung einer stationären Reha bei der Rentenversicherung mit Ausfüllhinweisen. Dieser Befundbericht ist ein zentrales Element für die Beantragung einer stationären Reha bei der Rentenversicherung.

Bitte beachten: Die Texteintragungen sind beispielhaft. Alle Felder im Formular müssen nach der individuellen Befundlage ausgefüllt werden.

Weitere Hinweise für Ärztinnen und Ärzte zum Antragsverfahren sowie alle relevanten Vor- drucke und zahlreiche Informationen rund um die Prävention und die medizinische Rehabili- tation finden Sie auf der Seite www.rehainfo-aerzte.de (Deutsche Rentenversicherung).



Informationen für pflegende Angehörige:

Zur Beantragung einer stationären Reha für berufstätige Personen bei der Rentenversiche- rung nutzen Sie bitte das Formular „G0100“. Sie können dieses bei der Rentenversicherung anfordern oder online ausfüllen.

Sie finden das Formular unter www.deutsche-rentenversicherung.de (Rubrik „Reha“, „Medi- zinische Rehabilitation“).



MSAT / MSNR

MUSTER

**Bitte beachten: Die Texteingabungen sind beispielhaft. Alle Felder im
Formular müssen nach der individuellen Befundlage ausgefüllt werden!**

Einträge in Blau = Patient mit psychosomatischer Indikation ,

Einträge in Grün = Patient mit somatischer Indikation

Einträge in Schwarz = Beide Indikationsgruppen

S0051

Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung

zum Antrag auf

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift
in schwarz oder blau

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (bitte zusätzlich das Formular S0052 - Zusatzbogen onkologische
Rehabilitation ausfüllen)

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

Erwerbsminderungsrente

Informationsseite für niedergelassene Ärzte: <https://www.rehainfo-aerzte.de>

Name, Vorname der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird		Geburtsdatum	
Patientin / Patient (Name, Vorname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl	Wohnort		

1 Behandlung

Die Patientin / Der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit dem _____ .

Letzter Kontakt am _____

Kontakte bestehen wöchentlich 14-tägig monatlich seltener

Der Antrag erfolgte auf meine Anregung? nein ja



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die Diagnoseschlüssel nach ICD-10 anzugeben.

2 Antragsbegründende Diagnosen nach Relevanz	ICD-10				
1. Rezidivierende depressive Episoden, gegenwärtig mittelgradige Episode	F	3	3	1	0
2. Somatoforme autonome Funktionsstörung unterer Gastrointestinaltrakt	F	4	5	3	2
3. Primäre Gonarthrose einseitig re/li, Grad: 3 / 4	M	1	7	1	0
4.					

<p>3 Antragsrelevante Anamnese, einschließlich Krankenhausaufenthalte und Berichte von anderen Fachärzten (bitte in Kopie beifügen)</p> <p style="color: blue;">Seit 5 Jahren wiederholte Phasen gedrückter Stimmung mit reduziertem Antrieb, Lustlosigkeit, Reizbarkeit, Schlafstörungen sowie stressabhängig Bauchschmerzen und Durchfälle.</p> <p style="color: green;">Seit 1 Jahr Belastungsschmerz beim Treppensteigen, schmerzhaft Einschränkung der Beweglichkeit, ausgeprägte morgendliche Gelenksteife.</p>
<p>4 Daraus resultierende Funktionseinschränkungen in Beruf und im Alltag, was ist krankheitsbedingt nicht mehr möglich?</p> <p>Wiederholte Krankschreibungen</p> <p>Leistungsinsuffizienz, Angewiesensein auf Hilfe von Familienangehörigen</p> <p>Sozialer Rückzug, keine Zeit und Kraft mehr für Ausdauersport und Vereinstätigkeit</p>

5 Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivitäten / Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	Keine Angabe möglich
Lernen und Wissensanwendung (zum Beispiel Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (zum Beispiel tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (zum Beispiel Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (zum Beispiel Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl beziehungsweise Rollstuhl, Treppensteigen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

noch Ziffer 5

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	Keine Angabe möglich
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (zum Beispiel Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (zum Beispiel Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (zum Beispiel wirtschaftliche Eigenständigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung (zum Beispiel sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Bisherige und aktuelle Therapie (inklusive Hilfsmittel)

Bereits Vorstellung beim Psychater erfolgt und auch schon Beginn einer ambulanten Psychotherapie, die aber nicht ausreicht, zumal pflegebedingt dafür keine ausreichenden Zeiten gegeben sind. Physikalische Therapie erfolgt, zudem Bewegungstherapie, die aber nicht ausreicht, zumal pflegebedingt dafür keine ausreichenden Zeiten gegeben sind und sie zudem eine zu geringe Therapiedichte aufweist. Verordnung von Bandage / Orthese.

7 Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychopathologischer Befund)

Körpergröße: _____
 cm Körpergewicht: _____
 _____ kg

8 Wichtige antragsrelevante medizinisch-technische Befunde (bitte in Kopie beifügen)

Wegen Bauchbeschwerden und Durchfällen bereits endoskopischen Untersuchungen (Gastroskopie und Koloskopie) erfolgt ohne richtungsweisende Befunde.

MRT der Brustwirbelsäule zeigt thorakalen Bandscheibenvorfall in Höhe T11-12 mit Einengung des Rückenmarks.

Wichtig bei Antrag für pflegende Angehörige: der Summenwert Häusliche Pflegeskala, siehe auch Punkt 9



Versicherungsnummer der Person, aus deren
Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9 Beschreibung der Lebensumstände (Kontextfaktoren)

(zum Beispiel allein / mit Familien lebend, in Alteneinrichtung / Pflegeeinrichtung lebend, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung / Unterstützungsbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

Patient pflegt Mutter bereits seit 6 Jahren, was neben Beruf und Haushalt eine erhebliche Stressbelastung darstellt.

Die Folgen sind inzwischen eine soziale Isolierung, zu wenig Zeit für Ausgleich durch Bewegung und Vereinstätigkeit, sodass keine adäquate Selbstfürsorge mehr gegeben ist.

Wichtig bei Anträgen pflegender Angehöriger ist der Passus:

"Der/die Versicherte ist durch die langwierige und schwierige Pflege eines/einer nahen Angehörigen körperlich und psychisch stark belastet. In der Häuslichen Pflegeskala HPS-k erzielt er/sie einen Summenwert von ... Punkten, was einer mittleren/schweren Belastung entspricht.

Hierbei möglichst immer den Bogen der Häuslichen Pflegeskala HPS-k beifügen.

Downloadmöglichkeiten finden sie zum Beispiel hier:

[www.psychiatrie.uk-](http://www.psychiatrie.uk-erlangen.de/fileadmin/einrichtungen/psychiatrie/dateien/MPMS/BSFC_german_o.pdf)

erlangen.de/fileadmin/einrichtungen/psychiatrie/dateien/MPMS/BSFC_german_o.pdf

[www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/vertraege/hausarzt/hps-](http://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/vertraege/hausarzt/hps-abfrage_haeusliche_Pflegesituation.pdf)

[abfrage_haeusliche_Pflegesituation.pdf](http://www.kvno.de/fileadmin/shared/pdf/online/vertraege/hausarzt/hps-abfrage_haeusliche_Pflegesituation.pdf)



10 Risikofaktoren oder Gefährdung durch

- | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bewegungsmangel | <input checked="" type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Untergewicht | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Drogen | <input type="checkbox"/> Medikamente | <input checked="" type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

11 Sonstige Angaben

Die Patientin / der Patient ist derzeit durch mich arbeitsunfähig geschrieben.

nein

ja, seit _____ wegen _____

Befundänderung in den letzten 12 Monaten

nein

ja Besserung seit _____ Verschlechterung seit _____

Verständigung ist in deutscher Sprache möglich

nein Wenn nein, in welcher Sprache? _____

ja



