

Krankenkasse bzw. Kostenträger Fall 10, Psych 2		
Vorname, Name des Versicherten Pfennig, Alois geb. am 1962		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation\*

Ist ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. Unfall-, Rentenversicherung) zuständig, ist dieses Formular nicht auszufüllen.

\*Für Kinder/Jugendliche, Mütter/Mutter-Kind, Sucht, neurologische Rehabilitation Phase C,-D, psychosomatische und geriatrische Rehabilitation sind ggf. weitergehende spezifische Fragestellungen zu beantworten

Bitte Nein-/Ja-Antworten ankreuzen    Nein =     Ja =

### I. Sozialanamnese

#### A. Lebenssituation

allein lebend                       mit (Ehepartner/-in)                       betreutes Wohnen   
mit/bei Kindern                       Pflegeeinrichtung

#### B. Welche berufliche Tätigkeit übt der/die Versicherte derzeit aus?

(berufliche Tätigkeit, Schüler/-in, Student/-in, Hausfrau/Hausmann, Rentner/-in)

Maurer

Std./Woche \_\_\_\_\_                      nein ja                      und zwar  
Schichtdienst                        2 Schichten

arbeitslos  seit \_\_\_\_\_                      arbeitsunfähig  seit 8t

#### C. Ist der/die Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

nein ja                      Art der Einschränkung  
  \_\_\_\_\_

#### D. Wurde ein Auftrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe \_\_\_\_\_                      nein ja                      GdB                      Merkzeichen  
Schwerbehinderung anerkannt   \_\_\_\_\_

### II. Klinische Anamnese

#### Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

s. Beiblatt

### III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

1. Anpassungsstörung F43.2

2. Panikstörung F41.0

3. Mittelgradige depressive Episode F32

Schädlicher Gebrauch von Alkohol F10.1

Diagnose(n) Nummer(n) \_\_\_\_\_ ist/sind zurückzuführen auf \_\_\_\_\_

Arbeitsunfall, Schulunfall                       sonstiger Unfall                       Berufskrankheit                       Gesundheitsschaden nach dem BVG

Original für die Krankenkasse  
Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

**Verordnung von medizinischer Rehabilitation****IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)****A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)**

s. Beiblatt

**B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe**

	keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Kommunikation</b> (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b> (z. B. Wechsel Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b> (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Haushaltsführung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstiges</b>				

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index)

**C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt****Persönliches und familiäres Umfeld** (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahe stehenden Angehörigen)

Lebt alleine in der elterlichen Wohnung, derzeit kein Kontakt zu seiner Familie

**Berufliches/schulisches Umfeld** (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

Berufliche Situation gefährdet, da Firma bereits Kündigungsabsichten erkennen ließ

**Soziales Umfeld** (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)**Risikofaktoren**Nikotin Alkoholmissbrauch Übergewicht Bewegungsmangel Drogenmissbrauch/Medikamentenmissbrauch Sonstiges

**Verordnung von medizinischer Rehabilitation**

**V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation**

**A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung u. ä.)**

---

**B. Arzneimitteltherapie** (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

---

**C. Heilmittel**

	In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl	Aussichtreich			In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl	Aussichtreich	
	nein	ja		nein	ja		nein	ja		nein	ja
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wärme-/Kältetherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Standardisierte Heilmittelkombinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktionsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung

**D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

Welche? Seit wann? \_\_\_\_\_

	Verordnet		Aussichtreich
	nein	ja	nein
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**E. Andere Maßnahmen**

	Durchgeführt		Aussichtreich			Durchgeführt		Aussichtreich	
	nein	ja	nein	ja		nein	ja	nein	ja
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ernährungsberatung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationssport/ Funktionstraining	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenschulung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medizinische Vorsorgeleistungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F. Sonstiges**

Bislang 15 Sitzungen Psychotherapie

	Durchgeführt		Aussichtreich
	nein	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VI. Rehabilitationsfähigkeit**

	nein	ja		nein	ja
Der Patient verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Der Patient ist motivierbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

**VII. Rehabilitationsziele**

**A. Ziele aus der Sicht des Arztes im Hinblick auf**

a) Schädigungen

Verminderung der Angst und der Panikattacken, Besserung der vegetativen Symptomatik und des Antriebes

---

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder Teilhabe

Teilnahme am familiären und sozialen Leben, Verbesserung der Konfliktfähigkeit

---

c) negative Kontextfaktoren / Risikofaktoren

Entwicklung einer neuen Lebensperspektive

---

**B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen**

Die Ehe zu retten und mit der Familie wieder zusammenzuleben

---

Vorname, Name des Versicherten  
Pfennig, Alois

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

61 Teil D

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

### VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

	nein	ja		nein	ja
Schädigungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kontextfaktoren	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aktivitäten und Teilhabe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### IX. Sonstige Angaben

#### A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung

(z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachlich Betreuungangebote)

#### B. Reisefähigkeit

Öffentliche Verkehrsmittel ausreichend  PKW erforderlich  Krankentransport erforderlich

#### C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

nein ja Begründung

#### D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?

nein ja

#### E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?

nein ja

### X. Zusammenfassende Wertung

#### A. Empfohlene Rehabilitation

ambulante Rehabilitation  stationäre Rehabilitation

#### B. Inhaltliche Schwerpunkte

[Verhaltenstherapie](#)

#### C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

#### D. Vorliegende Befundberichte

sind beigefügt  sind nicht beigefügt  weil [Psychotherapiebericht liegt vor](#)

#### E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

durch die Krankenkasse  durch den MDK

#### F. Besondere Hinweise

Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes

Datum

Original für die Krankenkasse  
Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

## **II. Klinische Anamnese:**

Patient ist seit ca. 7 Monaten an einer ausgeprägten ängstlich-depressiven Symptomatik erkrankt, die im Zusammenhang mit der Trennung von seiner Frau auftrat, die mit ihren beiden Kindern (2 Söhne, 8 und 6 Jahre alt) vor etwa 8 Monaten aus der gemeinsamen Wohnung ausgezogen war, nachdem er neuerlich an einem Wochenende erheblich getrunken hatte und unter Alkoholeinfluss ihr gegenüber verbal sehr ausfällig gewesen war. Diesem Anlass vorausgegangen waren jahrelange Streitigkeiten wegen seiner Neigung zu rezidivierendem Alkoholabusus im Zusammenhang mit seiner beruflichen Tätigkeit als Maurer in einer Baufirma. Seine Frau wohnt derzeit bei ihren Eltern. Er ist seit 8 Monaten krank geschrieben.

Er fühle sich derzeit wieder in Gefahr, Alkoholabusus zu betreiben, verneint jedoch akuten Gebrauch von Alkohol. Der Patient hatte auf Wunsch seiner Frau bereits Suchtberatung in Anspruch genommen, diese jedoch beendet, weil er das Gefühl hatte, abstinenz zu sein und sein Verhalten selbstständig kontrollieren zu können. Zur Lösung der ehelichen Konflikte drängte die Partnerin darauf, dass er eine Psychotherapie mache, weil er nicht beziehungsfähig und zu impulsiv sei. Der Patient hatte eine Psychotherapie begonnen, reicht jedoch nicht aus, die mit der Trennung der Frau verbundenen Ängste zu bewältigen. Die Ängste treten besonders im Kontext mit Streitgesprächen mit der Ehefrau und Gedanken an die Rückkehr an den Arbeitsplatz auf. Zudem fürchtet der Patient wieder mit dem Trinken zu beginnen, wenn er nicht aus dem einsamen häuslichen Milieu herauskommt, sich besser fühlt und eine neue Perspektive sieht.

## **IV. A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen:**

Vegetative Symptome: Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen, häufiger auch Panikattacken in Verbindung mit Herzrasen und starkem Schwindel. Er neige immer mehr zu herzbezogenen Ängsten, insbesondere fürchte er, dass er anlässlich einer Panikattacke einen Herzinfarkt erleiden könnte. Seine Ängstlichkeit habe sich sehr gesteigert.

Er leide unter Konzentrationsschwäche. Morgens komme er kaum aus dem Bett. Er fühlt sich überfordert und sehr hilfsbedürftig, manchmal denke er auch an „Schluss machen“, habe aber bisher das Gefühl, diese Impulse unter Kontrolle halten zu können – allein schon wegen seiner Kinder.

Handelt es sich bei dem Patienten um einen geriatrischen Patienten?  ja  nein

---

**Rehabilitationsindikation:**

***Rehabilitationsbedürftigkeit***

➤ nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigung der Aktivitäten?

ja  nein \_\_\_\_\_

➤ ist über die kurative Versorgung hinaus ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer rehabilitativer Ansatz erforderlich ?

ja  nein \_\_\_\_\_

***Rehabilitationsfähigkeit:***

➤ Somatische Verfassung ausreichend?

ja  nein \_\_\_\_\_

➤ Motivation/Motivierbarkeit vorhanden?

ja  nein \_\_\_\_\_

***Realistisches alltagsrelevantes Rehabilitationsziel***

➤ Rehaziel des antragstellenden Arztes realistisch?  ja  nein

---

➤ Rehaziel des Patienten / der Angehörigen realistisch?  ja  nein

---

***Rehabilitationsprognose in Hinsicht auf das Rehaziel***

➤ günstige Prognose im Hinblick auf die Ziele des Arztes?  ja  nein

---

➤ günstige Prognose im Hinblick auf die Ziele des Patienten  ja  nein

Auslöser für den familiären Konflikt ist nicht der rehabilitationsbegründende Ansatz

---

**Rehabilitationsallokation:**

Art der Rehabilitation (Indikationsgruppe): psychosomatisch, fraglich Suchtrehabilitation

---

Ambulante Rehabilitation möglich?  ja  nein

**Beurteilung:**

Die Beeinträchtigungen von Aktivitäten/Teilhabe sind durch ein akutes Ereignis eingetreten (Trennung Ehefrau) und werden sicherlich nicht über einen längeren Zeitraum bestehen (RV-3 Jahresfrist), beim gegenwärtigen Informationsstand lässt sich jedoch nicht erkennen, ob ggf. die Suchtproblematik (rez. C<sub>2</sub> Abusus) im Vordergrund steht. Im letzteren Fall wäre dann doch die Rentenversicherung Kostenträger.

---

