

Krankenkasse bzw. Kostenträger Fall 12, Psych 3		
Vorname, Name des Versicherten Weber, Peter, geb. am 35 Jahre		
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)

Kaufm. Angestellter in einer mittelständischen Firma

Std./Woche _____ nein ja und zwar _____
Schichtdienst

arbeitslos seit _____ arbeitsunfähig seit _____

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

nein ja Art der Einschränkung
 wegen Tinnitus und Depressionen

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

Pflegestufe nein ja GdB Merkzeichen
0 Schwerbehinderung anerkannt _____ _____

II. Klinische Anamnese

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

s. Beiblatt

III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

1. Tinnitus H93.1

2. Anpassungsstörung F43.2

3. Mittelgradige depressive Episode F32.1

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
Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (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"/>
Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges				

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)

s. Beiblatt

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

Vor ca.8 Monaten teilte man ihm in der Firma seine Arbeitsplatzumbesetzung mit, was er subjektiv als "Degradierung erlebte.

Er vermutet einen Zusammenhang mit einer gewissen verminderten Arbeitsleistung seinerseits,

die während der Bauphase seines Hauses bei ihm aufgetreten war.

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.)

Facharztbehandlung HNO

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

Infusionen mit durchblutungsfördernden Medikamenten (Trental) blieben hinsichtlich des Tinnitus erfolglos

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wärme-/Kältetherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Standardisierte Heilmittelkombinationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktionsbehandlung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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

	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
Besserung der vegetativen Symptomatik und depressiven Entwicklung

- b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder Teilhabe
Aufnahme der beruflichen Tätigkeit

- c) negative Kontextfaktoren / Risikofaktoren
Erlernen von Coping-Strategien, Abbau der Überlastung

B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen

Beseitigung des Tinnitus

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 Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

nein	ja	Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/>

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

[Tinnitusklinik](#)

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

[Strategien zur Krankheitsbewältigung](#)

D. Vorliegende Befundberichte

sind beigelegt sind nicht beigelegt weil

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

durch die Krankenkasse durch den MDK

F. Besondere Hinweise

Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes

Datum

II. Klinische Anamnese

Vor etwa 7 Monaten akut auftretender Hörsturz linkes Ohr, in der Folge anhaltender Tinnitus (Rauschen und höher frequenter Pfeifton, subjektive Lautstärke erheblich – etwa vergleichbar Lautstärke von Flüstersprache). Versuch mit Infusionstherapie und fortdauernde durchblutungsfördernde Medikation (Trental) haben keine spürbare Besserung des Tinnitus erbracht. Wegen der Tinnitusbeschwerden zunehmende depressive Entwicklung, zunehmende Einschlafstörungen, häufiger unspezifischer Schwindel (eher Schwankschwindel), subjektive Kreislaufbeschwerden (Blutdruck bei Überprüfung durch Hausarzt unauffällig, trotzdem subjektiv anhaltendes Empfinden, ohnmächtig werden zu können), leichte Erschöpflichkeit.

Nachdem er zunächst für 3 Wochen krank geschrieben worden war, unternahm er zweimal den Versuch, seine berufliche Tätigkeit als kaufmännischer Angestellter in einer mittelständischen Firma wieder aufzunehmen, was er jedoch nach wenigen Tagen wieder abbrechen musste, da er sich den beruflichen Anforderungen nicht gewachsen fühlte und es zu einer Zunahme seiner vegetativen Beschwerden sowie auch seines Tinnitus kam. Eine gestufte Wiedereingliederung scheiterte ebenfalls, da es zu einer ähnlichen Beschwerdeentwicklung kam. Aktuell ist der Patient seit etwa 2 Monaten kontinuierlich krank geschrieben, fühlt sich durch den Tinnitus subjektiv zunehmend belastet, hat ausgeprägte Angst, dass er den beruflichen Belastungen nicht mehr gewachsen ist, was ihn sehr deprimiere.

IV. A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen

Akut auftretender Hörsturz linkes Ohr, in der Folge anhaltender Tinnitus (Rauschen und höher frequenter Pfeifton, subjektive Lautstärke erheblich – etwa vergleichbar Lautstärke von Flüstersprache). Zunehmende Einschlafstörungen, häufiger unspezifischer Schwindel (eher Schwankschwindel), subjektive Kreislaufbeschwerden (Blutdruck bei Überprüfung durch Hausarzt unauffällig, trotzdem subjektiv anhaltendes Empfinden, ohnmächtig werden zu können), leichte Erschöpflichkeit. Ausgeprägte Angst, dass er den beruflichen Belastungen nicht mehr gewachsen ist.

IV. C. Persönliches und familiäres Umfeld

Vater kaufmännischer Angestellter, Mutter ebenfalls kaufm. Angestellte, ab dem 9. Lebensjahr des Patienten halbtags berufstätig. Er hat eine 2 Jahre jüngere Schwester. Realschulabschluss, danach kaufmännische Lehre. Eheschließung mit 26 Jahren. Eltern waren sehr stolz, trotz knapper finanzieller Mittel sich ein eigenes Haus gebaut zu haben, Patient erlebte die Bauphase im Alter von ca. 7 Jahren, damals ebenfalls Vater mit viel Eigenleistungen. Familie sei insgesamt vegetativ „etwas anfällig“.

Pat. ist verheiratet, 2 Kinder (4-jährige und 7-jährige Tochter), Frau derzeit zu Hause, früher ebenfalls kaufmännische Angestellte. Vor etwa 2 Jahren hatte er mit Hausbau begonnen, Bezug des Hauses vor etwa 9 Monaten. Finanzielle Belastung erheblich, viele Eigenleistungen, häufig abends sowie an den Wochenenden.

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 *Ambulante Maßnahmen (Verhaltenstherapie) der Akutmedizin bislang nicht ausgeschöpft*

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

Beseitigung des Tinnitus nach so langer Zeit unrealistisch

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

da Ziel bereits unrealistisch

Rehabilitationsallokation:

Art der Rehabilitation (Indikationsgruppe): wenn Reha, dann Tinnitusklinik - psychosomatischer Schwerpunkt

Ambulante Rehabilitation möglich? ja nein

Beurteilung:

Bislang wurde keine ambulante Verhaltenstherapie durchgeführt, im Rahmen derer er Coping-Strategien zur Krankheitsbewältigung hätte erlernen können. Sollte wohnortnah diese Behandlungsmöglichkeit nicht gegeben sein, muss die Erwerbsfähigkeit auch im Hinblick auf die gescheiterte Wiedereingliederung als gefährdet eingestuft werden. Fazit: Reha über RV-Träger
