



WeB-Reha

Information für Werks- und Betriebsärzte

Kooperation von Werks- und Betriebsärzten
mit der Deutschen Rentenversicherung
Westfalen und Rehabilitationseinrichtungen



WeB-Reha

Kooperation von Werks- und Betriebsärzten mit der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und Rehabilitationseinrichtungen mit Unterstützung der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Die Information beschreibt die Grundlagen der intensivierten Zusammenarbeit zwischen Werks- und Betriebsärzten, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und den Rehabilitationseinrichtungen bei der Einleitung und Durchführung von medizinischen Leistungen zur Rehabilitation.





Inhaltsverzeichnis

Verfahrensablauf	Seite 4
Identifizierung von Rehabilitationsbedarf	Seite 4
Antragstellung	Seite 5
Prüfung des Antrags und Entscheidung	Seite 7
Beteiligte Reha-Einrichtungen	Seite 8
Durchführung der medizinischen Rehabilitation	Seite 9
Nach Abschluss der Rehabilitationsleistung	Seite 10
Weitere Beteiligung der Werks- und Betriebsärzte	Seite 10
Ausnahmen vom WeB-Reha-Verfahren	Seite 10
Ansprechpartner bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (Hotline)	Seite 12
WeB-Reha-Verfahren – Eine Kurzübersicht	Seite 13
 Die wichtigsten zur Antragstellung benötigten Formulare	
G0100	Seite 15
G0110	Seite 25
6-144 Ärztlicher Befundbericht	Seite 28
6-127 Information zum Web-Reha-Verfahren	Seite 31
6-128 Erklärung zum WeB-Reha-Verfahren	Seite 33
6-129 Mitteilung an Hausarzt	Seite 34

Wegen der besseren Lesbarkeit wird ausschließlich die männliche Form beziehungsweise der Plural verwandt.



Verfahrensablauf

Identifizierung von Rehabilitationsbedarf

In Ihrer Funktion als Koordinator für die Eingliederung und Wiedereingliederung behinderter Menschen in den Arbeitsprozess haben Sie die Chance, Rehabilitationsbedarf (durch ärztliche Beurteilung von Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose) frühzeitig zu erkennen.

Wesentliche Informationen liefern können zum Beispiel

- Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen,
- Begutachtung der Einsatzfähigkeit von Mitarbeitern im Hinblick auf einen speziellen Arbeitsplatz (Unfall, Krankheit, Langzeitarbeitsunfähigkeit),
- Begehung des Arbeitsplatzes,
- Gesundheitsbericht und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- Gesundheitsaktionen, betriebliche Screenings (zum Beispiel Framingham Score, Procam-Score, Diabetes Risikotest),
- Informationen über Leistungen zur Rehabilitation, zum Beispiel in Werkszeitungen, Intranet, Flyer, Vorgesetzten-/Mitarbeiterversammlungen,
- Fehlzeiten- und Integrationsmanagement.

Rehabilitationsbedürftigkeit im Sinne der Rentenversicherung liegt vor, wenn die Erwerbsfähigkeit aus medizinischen Gründen erheblich gefährdet oder gemindert ist; das heißt, es besteht eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe am Erwerbsleben, die über die kurative Versorgung hinaus den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich macht. An Zielen der **Prävention** ausgerichtete Behandlungselemente, die durch Beeinflussung von ungünstigen Risikofaktoren und individuellen Verhaltensweisen Krankheitsentwicklung verhindern sollen, sind zwar ebenfalls Bestandteil einer ganzheitlich ausgerichteten Rehabilitationsleistung. Bloßer Präventionsbedarf reicht jedoch nicht aus, um Rehabilitationsbedürftigkeit festzustellen.

Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf eine ausreichende somatische und psychische Belastbarkeit sowie Motivation beziehungsweise Motivierbarkeit für die vielfältigen Behandlungsbestandteile einer Rehabilitation.

Eine positive **Rehabilitationsprognose** bedeutet eine sozialmedizinisch begründete Erfolgswahrscheinlichkeit für das Erreichen eines festgelegten Teilhabeziels.

Antragstellung

Wenn Sie bei einem Beschäftigten einen Rehabilitationsbedarf feststellen, klären Sie bitte, ob er bereit ist, an einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß den Bedingungen des WeB-Reha-Verfahrens teilzunehmen. Die **„Information WeB-Reha-Verfahren für Versicherte“** (Formular-Nr. 6-127), die Sie bitte dem Beschäftigten aushändigen, könnte hierbei als Gesprächsleitfaden genutzt werden.

Stimmt der Beschäftigte der Durchführung einer solchen Leistung zu, so bitten Sie ihn, die **Antragsformulare** (Formular-Nr. G0100 und G0110), den Antrag auf Befreiung von der Zuzahlung (Formular-Nr. G0160, G0161 und G0162) sowie die Erklärung zum WeB-Reha-Verfahren (Formular-Nr. 6-128) – gegebenenfalls mit Ihrer Unterstützung – auszufüllen und zu unterzeichnen.

Alternativ kann der Antrag auch bei einer der folgenden Stellen aufgenommen werden:

- gesetzliche Krankenkasse,
- Versicherungsamt,
- Auskunfts- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung Westfalen,
- Gemeinsame Servicestelle für Rehabilitation.

Der Beschäftigte händigt Ihnen in diesem Fall anschließend die dort erhaltenen und ausgefüllten Antragsunterlagen aus. Die Antrag aufnehmenden Stellen sind über das WeB-Reha-Verfahren informiert worden.

Als Grundlage für die Antragsbeurteilung erstellen Sie einen **ärztlichen Befundbericht** (Formular-Nr. 6-144). Wenn Sie mit der Deutschen Rentenversicherung Westfalen einen Werkvertrag als freier Gutachter abgeschlossen haben, erstellen Sie bitte ein Ärztliches Gutachten (Formular-Nr. 6-123,1-5).

Des Weiteren bitten wir Sie, eine **Arbeitsplatzbeschreibung** des Beschäftigten zu erstellen und mitzusenden. Sind Sie mit der Anwendung des Assessmentverfahrens IMBA (Integration von behinderten Menschen am Arbeitsplatz) vertraut, so kann hierüber eine standardisierte Information zu den Anforderungen des Arbeitsplatzes gegeben werden.

Senden Sie bitte den mit dem **Aufkleber „WeB-Reha“** versehenen

- Antrag (Formular-Nr. G0100 und G0110),
- den Befundbericht mit Arbeitsplatzbeschreibung oder das Gutachten,
- die Einverständniserklärung des Beschäftigten (6-128) sowie
- den Antrag auf Befreiung der Zuzahlung (Formular-Nr. G0160, G0161, G0162)

an die Deutsche Rentenversicherung Westfalen, 48125 Münster und verwenden Sie bitte die dafür zur Verfügung gestellten adressierten DIN A4-Umschläge. Aufkleber und DIN A 4 Umschläge senden wir Ihnen auf Anfrage gern zu. Bitte wenden Sie sich dazu an Stefanie Klünder (Telefon: 0251 238-2975/E-Mail: stefanie.kluender@drv-westfalen.de) oder Alexander Nolte (Telefon: 0251 238-3193/E-Mail: alexander.nolte@drv-westfalen.de).

Informieren Sie bitte zusätzlich den **Hausarzt** des Beschäftigten mit dem beiliegenden Anschreiben (Formular-Nr. 6-129) und senden ihm – mit Einverständnis des Beschäftigten – den von Ihnen erstellten Befundbericht beziehungsweise das von Ihnen erstellte Gutachten zu.



Die wichtigsten zur Antragstellung benötigten Formulare sind exemplarisch als Anlage beigefügt. Diese und weitere Formulare, die nicht Bestandteil der Broschüre sind (z.B. Antrag auf Zuzahlungsbefreiung) können Sie im Magazin der Deutschen Rentenversicherung Westfalen in der jeweils aktuellen Fassung unter Angabe der Formularnummer bestellen (E-Mail: magazin@drv-westfalen.de, Telefax 0251 238-151122).

Sie finden die aktuellen Formulare außerdem auf den Internetseiten der Deutschen Rentenversicherung Westfalen unter www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de > Services > Formulare & Anträge > Versicherte, Rentner, Selbständige > Rehabilitation > Antragspaket Web-Reha.

Die komplette Broschüre zum Web-Reha-Verfahren mit Formularen können Sie unter www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de > Services > Broschüren und mehr > Rehabilitation herunterladen oder bestellen.

**Speziell für Ärzte konzipierte Informationen und Ansprechpartner finden Sie auf den Internetseiten der Deutschen Rentenversicherung Westfalen unter www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de
→ Rente & Reha → Rehabilitation → Fachinformationen
→ Infos für Ärzte**



Prüfung des Antrags und Entscheidung

Die Entscheidung über den Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation trifft die Deutsche Rentenversicherung Westfalen.

Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen prüft, ob die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsleistung in ihrer Zuständigkeit erfüllt sind (persönliche und versicherungsrechtliche Voraussetzungen, Rehabilitationsbedarf, Ausschlussgründe). Ist die Deutsche Rentenversicherung Westfalen nicht zuständig, leitet sie bei bestehendem Rehabilitationsbedarf die Antragsunterlagen an den zuständigen Träger weiter.

Im Falle einer Bewilligung oder Ablehnung des Antrages erhält der Beschäftigte einen Bescheid. In der Regel wird die Leistung zur medizinischen Rehabilitation für eine Dauer von drei Wochen bewilligt.

Sie erhalten über die Entscheidung der Deutschen Rentenversicherung Westfalen eine entsprechende Mitteilung. Im Falle einer Bewilligung erhält die Rehabilitationseinrichtung parallel eine Kostenzusage von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen zusammen mit den Antragsunterlagen.

Die Rehabilitationseinrichtung legt den Beginn der Leistung fest und informiert Sie, den Beschäftigten und die Deutsche Rentenversicherung Westfalen darüber.



Beteiligte Reha-Einrichtungen

Wir gehen davon aus, dass bei der Erkennung von Rehabilitationsbedarf durch Sie als Werksarzt häufig Aspekte konkreter Belastungen am Arbeitsplatz von besonderer Bedeutung sind und Ihre Erwartungen an die Rehabilitation prägen.

Um Erfahrungen zum WeB-Reha-Verfahren zu bündeln sowie die Kommunikation zwischen Ihnen und der Rehabilitationseinrichtung zu erleichtern, soll die Rehabilitationsleistung in der Regel in den folgenden Einrichtungen durchgeführt werden:

Indikation Orthopädie:

Salzetallinik, 32105 Bad Salzuflen, Telefon 05222 186-0,
www.salzetallinik.de
Marcus-Klinik, 33014 Bad Driburg, Telefon 05253 953-0,
www.baddriburg.de

Indikation Kardiologie:

Klinik Königsfeld, 58256 Ennepetal, Telefon 02333 9888-211,
www.klinik-koenigsfeld.de
Caspar-Heinrich-Klinik, 33014 Bad Driburg, Telefon 05253 95-40,
www.caspar-heinrich-klinik.de

Indikation Psychosomatik:

Klinik Rosenberg, 33014 Bad Driburg, Telefon 05253 970-0,
www.klinik-rosenberg.de
Fachklinik Hochsauerland, 57392 Schmallenberg, Telefon 02974 73-0,
www.fachklinik-hochsauerland.de

Im Einzelfall kann jedoch eine andere Einrichtung besser geeignet sein.

Dies kommt zum Beispiel in Betracht, wenn andere klinische Indikationen als die aufgeführten notwendig sind oder eine ganztägige ambulante Rehabilitation in einer wohnortnäheren Einrichtung sinnvoll ist. Sie selbst können eine diesbezügliche Empfehlung in Ihrem Befundbericht beziehungsweise Gutachten aussprechen und erläutern; der Beschäftigte kann einen entsprechenden Wunsch im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX geltend machen.



Durchführung der medizinischen Rehabilitation

Die Rehabilitationsleistung soll im jeweils erforderlichen Umfang durch einen konkreten Arbeitsplatzbezug geprägt sein. Ein Austausch von schriftlichen oder mündlichen Informationen zwischen Ihnen und dem Rehabilitationskliniker ist daher in vielen Fällen sinnvoll und notwendig.

Inhalte des Informationsaustausches können sein:

- Arbeitsplatzanforderungen,
- Einstufung/Bewertung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben,
- betriebliches Umfeld,
- besondere Problemstellungen (beruflich und privat),
- therapeutisches Programm,
- Nachsorgemöglichkeiten und -notwendigkeiten,
- weitere Maßnahmen (zum Beispiel stufenweise Wiedereingliederung).

Zeitnah notwendige betriebliche Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung erfordern gegebenenfalls den frühzeitigen Informationsaustausch zwischen Ihnen und den Ärzten der Rehabilitationseinrichtung. Erscheinen weiterführende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig, so wird im Ärztlichen Entlassungsbericht angeregt, dass solche durch die Deutsche Rentenversicherung Westfalen geprüft werden.

Unabhängig vom Einzelfall können Sie sich zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen informieren: auf den Internetseiten der Deutschen Rentenversicherung Westfalen unter www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de > Rente & Reha > Rehabilitation > Leistungen, telefonisch beim Betriebsservice Gesunde Arbeit, Herrn Ahlers (Telefon 0251 238-49871) oder persönlich bei einem Besuch des Reha-Fachberaters in den Betrieben.

Nach Abschluss der Rehabilitationsleistung

Zum Ende der Rehabilitationsleistung erstellt der Rehabilitationskliniker einen **Ärztlichen Entlassungsbericht**.

Bei Einverständnis des Beschäftigten erhalten Sie eine Kopie des Entlassungsberichts.

Weitere Beteiligung der Werks- und Betriebsärzte

Circa 6 Monate nach Abschluss der Rehabilitationsleistung werden Sie von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen gebeten, eine **Stellungnahme zur Nachhaltigkeit der Leistung** zur medizinischen Rehabilitation abzugeben. Dies soll eine Einschätzung zum mittelfristigen Erfolg des Verfahrens möglich machen.

Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen gibt Ihre Stellungnahme auch an die betroffene Rehabilitationseinrichtung weiter; diese erhält damit ein Feedback über den Erfolg der Leistungen.

Ausnahmen vom WeB-Reha-Verfahren

Der dargestellte Verfahrensablauf wird nicht in allen Fällen einzuhalten sein. Hierfür können sowohl betriebs-/werksspezifische als auch individuelle Gründe verantwortlich sein. Abweichungen sollten daher von allen am Rehabilitationsverfahren Beteiligten möglichst konstruktiv aufgegriffen werden, um das gemeinsam verfolgte Ziel einer (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben zu erreichen.

Leistungen für Abhängigkeitskranke und Nachsorge-Rehabilitationsleistungen bei onkologischen Erkrankungen

Spezielle Rehabilitationsleistungen für bestimmte Erkrankungen wie Entwöhnungsmaßnahmen bei Abhängigkeitserkrankungen oder Nachsorge-Rehabilitationsleistungen bei onkologischen Erkrankungen müssen wie bisher nach den von den Arbeitsgemeinschaften vorgesehenen Verfahren eingeleitet werden. Wenngleich das WeB-Reha-Verfahren in diesen Fällen nicht anwendbar ist, geben wir Ihnen folgende Informationen zur Antragstellung.

Besonderheiten bei der Antragstellung von Leistungen für Abhängigkeitskranke

In Westfalen-Lippe werden die Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker von der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (WAG) bearbeitet. Anträge können bei folgenden Institutionen gestellt werden:

- bei den Trägern eines Freien Wohlfahrtsverbandes (Beratungsstelle) oder einer Kommune,
- bei den Gesundheitsämtern beziehungsweise Sozialpsychiatrischen Diensten der Stadt- und Kreisverwaltungen,
- bei den gesetzlichen Krankenkassen,
- bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen,
- bei dem landwirtschaftlichen Versicherungsträger,



- bei den Westfälischen Kliniken für Psychiatrie beziehungsweise Psychiatrischen Fachkliniken in Westfalen-Lippe,
- bei den psychiatrischen Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern in Westfalen-Lippe (sofern eine entsprechende Anerkennung von der Geschäftsstelle der WAG erfolgt ist).

Neben dem Antrag müssen vorliegen:

- ein **ärztlicher Befundbericht**. Die antragaufnehmende Stelle veranlasst die Erstellung des Befundberichts. Bei einem teil- oder vollstationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Fachabteilung, kann der Befundbericht vom behandelnden Arzt des Krankenhauses erstellt werden und
- ein **Sozialbericht**, der von einem Sozialarbeiter der antragaufnehmenden Stelle erstellt wird.

Wird der Antrag nicht bei einer gesetzlichen Krankenkasse aufgenommen, so ist dieser trotzdem über die Krankenkasse der Geschäftsstelle der WAG zuzuleiten.

Weitere Informationen über die Westfälische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sowie zur Bewilligung, Durchführung, Barleistungen während der Leistung u. a. finden Sie auf den Internetseiten der Deutschen Rentenversicherung Westfalen unter www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de > Rente & Reha > Rehabilitation > Leistungen > Entwöhnungsbehandlung.

Besonderheiten bei der Antragstellung von Nachsorge-Rehaleistungen bei onkologischen Erkrankungen

In Nordrhein-Westfalen werden die Anträge auf Nachsorge-Rehaleistungen bei onkologischen Erkrankungen von der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung im Land Nordrhein-Westfalen (ARGE Bochum) mit Sitz in Bochum bearbeitet. Weitere Informationen finden Sie auf den Internetseiten der Arbeitsgemeinschaft unter www.argekrebsnw.de.

Ansprechpartner bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (Hotline)

Burkhard Ausel

Telefon 0251 238-2598

Alexandra Ziermann

Telefon 0251 238-3489

Georg Wilde

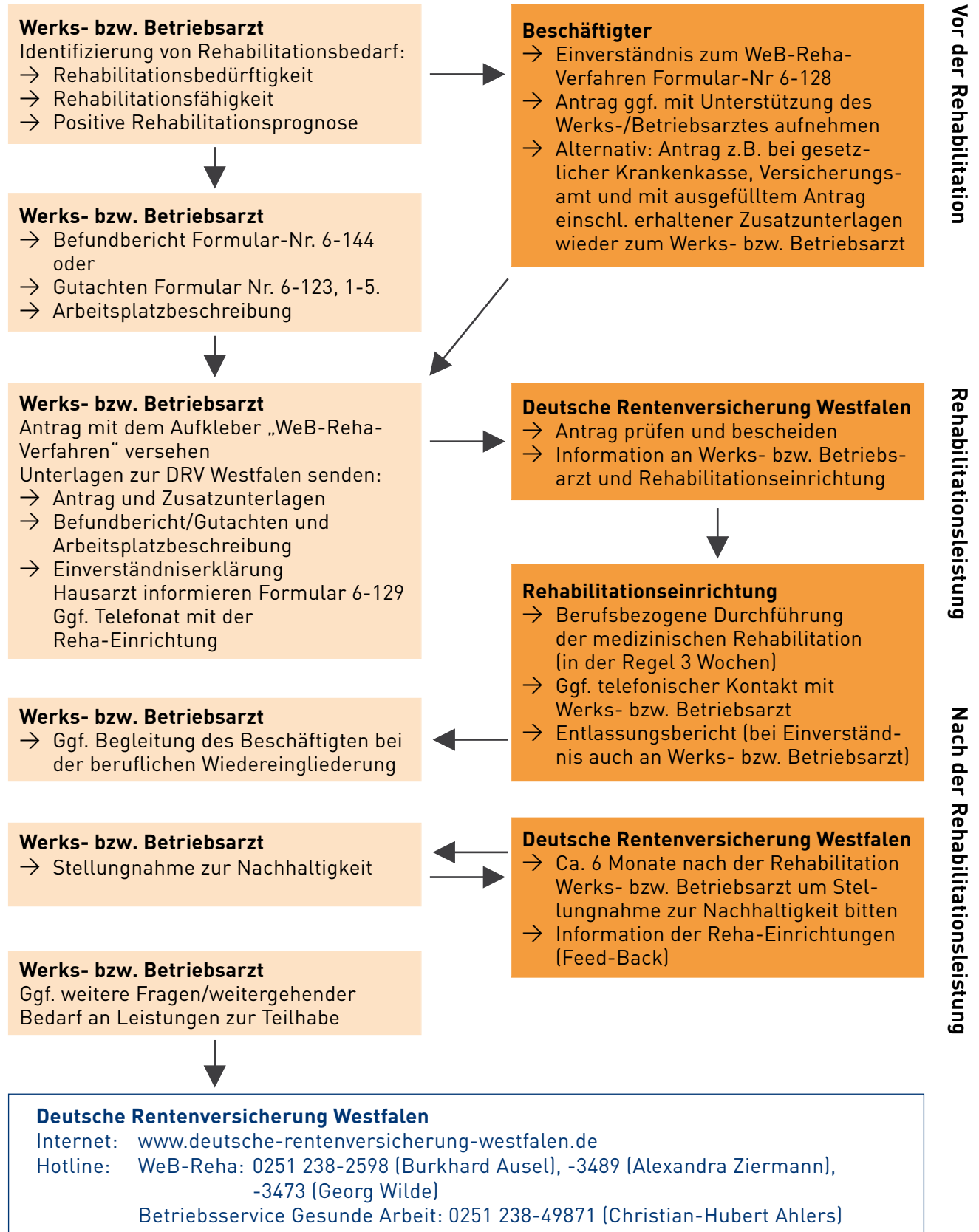
Telefon 0251 238-3473

WeB-Reha-Verfahren – Eine Kurzübersicht

(siehe folgende Seite)

WeB-Reha-Verfahren

Eine Kurzübersicht



Die wichtigsten zur Antragstellung benötigten Formulare sind exemplarisch als Anlage beigefügt.

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



MSAT / MSNR	Eingangsstempel der Antrag aufnehmenden Stelle	Eingangsstempel des Rentenversicherungsträgers

Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte - Rehabilitationsantrag

G0100

Hinweis: Um sachgerecht über Ihren Antrag entscheiden zu können, benötigen wir aufgrund Sechstes Buch Sozialgesetzbuch und Neuntes Buch Sozialgesetzbuch von Ihnen einige wichtige Informationen und Unterlagen. Wir möchten Sie deshalb bitten, die gestellten Fragen vollständig zu beantworten und uns die erbetenen Unterlagen möglichst umgehend zu überlassen. Ihre Mithilfe, die in den §§ 60-65 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) ausdrücklich vorgesehen ist, erleichtert uns eine rasche Erledigung Ihrer Angelegenheiten. Bitte bedenken Sie, dass wir Ihnen, wenn Sie uns nicht unterstützen, die Leistung ganz oder teilweise versagen oder entziehen dürfen (§ 66 SGB I).

Handschriftliche Ergänzungen bitte in Blockschrift
(GROSSBUCHSTABEN) in schwarz oder blau

Hat die gesetzliche Krankenkasse, die Agentur für Arbeit oder das Jobcenter schriftlich aufgefordert, diesen Antrag zu stellen?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, die Krankenkasse <input type="checkbox"/> ja, die Agentur für Arbeit <input type="checkbox"/> ja, das Jobcenter
Aufforderungsschreiben bitte in Kopie beifügen!

1 Beantragte Leistung

<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitskranke <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> Kombinationsbehandlungen	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Leistungen zur onkologischen Rehabilitation <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ganztägig ambulant	Anlage (Formular G0110) bitte beifügen, sofern Sie keine Altersrente beziehen!
<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Berufliche Rehabilitation)	Anlage (Formular G0130) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Kraftfahrzeughilfe	Anlagen (Formulare G0140, G0141 und G0142) bitte beifügen!
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen, die behinderungsbedingt zur Berufsausübung erforderlich sind	Anlagen (Formular G0133 und gegebenenfalls G0134 oder G0136) bitte beifügen!



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

2 Angaben zur Person

Name		
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)		
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)		
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		
Vorname (Rufname)		
Geburtsname		
Namenszusatz zum Geburtsnamen (Beispiel: Freifrau, Graf)		
Vorsatzworte zum Geburtsnamen (Beispiel: von, van, de)		
frühere Namen		
Staatsangehörigkeit		
gegebenenfalls frühere Staatsangehörigkeit		
Geburtsdatum		Tag Monat Jahr
Geschlecht		bis:
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Geburtsort (Kreis, Land)		
Straße		
Hausnummer		
Adresszusatz		
Postleitzahl		
Wohnort		
telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		
Telefax (Angabe freiwillig)		
E-Mail (Angabe freiwillig)		
noch E-Mail (Angabe freiwillig)		



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3 Angaben zum Familienstand und Beruf

3.1 Familienstand (gilt auch für eingetragene Lebenspartnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes)

0 ledig 1 verheiratet 2 geschieden 3 verwitwet

3.2 Zuletzt ausgeübte Erwerbstätigkeit / zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)

4 Derzeitige Stellung im Beruf / Erwerbsleben

(bei Arbeitslosigkeit / Arbeitsunfähigkeit geben Sie bitte die letzte berufliche Stellung davor an)

0 nicht erwerbstätig (zum Beispiel Hausfrau / Hausmann, Rentner) 1 Auszubildender (Anlernling, Praktikant, Volontär, Student) 2 ungelernter Arbeiter (nicht als Facharbeiter tätig)

3 angelernter Arbeiter in anerkanntem Anlernberuf (nicht als Facharbeiter tätig) 4 Facharbeiter 5 Meister, Polier

6 Angestellter 7 Beamter / DO-Angestellter, Versorgungsempfänger im Sinne des Beamtenrechts 8 Selbständiger

5 Arbeit vor Antragstellung oder vor aktueller Arbeitsunfähigkeit

0 nicht erwerbstätig (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft) 1 Ganztagsarbeit **ohne** Wechselschicht / Akkord / Nachtschicht 2 Ganztagsarbeit **mit** Wechselschicht / Akkord

3 Ganztagsarbeit **mit** Nachtschicht 4 Teilzeitarbeit, **weniger** als die Hälfte der üblichen Arbeitszeit 5 Teilzeitarbeit, **mindestens** die Hälfte der üblichen Arbeitszeit

6 ausschließlich Tätigkeit als Hausfrau / Hausmann 7 arbeitslos gemeldet 8 Heimarbeit

9 Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

6 Strukturiertes Behandlungsprogramm - Disease-Management-Programm (DMP)

Nehmen Sie an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) teil?

0 nein 1 ja



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

7 Krankenkasse

Name
Straße
Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl
Ort
telefonisch tagsüber zu erreichen
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenkasse <input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung

8 Behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt

Name
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Vorname (Rufname)
Straße
Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl
Ort
telefonisch tagsüber zu erreichen



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

14 Sonstige Angaben

14.1 Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als

- Folge eines Arbeitsunfalls oder Wegeunfalls,
- Berufskrankheit,
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung oder Zivildienstbeschädigung,
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat oder Zivilist,
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten,
- Verfolgtenleiden,
- Impfschaden?

Von welcher Stelle?

nein ja

Aktenzeichen

Welche Gesundheitsstörungen?

Haben Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Bei welcher Stelle?

nein ja

14.2 Ist die zum Rehabilitationsantrag führende **Minderung oder erhebliche Gefährdung Ihrer Erwerbsfähigkeit** ganz oder teilweise **Folge eines Unfalls** oder durch **andere Personen** verursacht worden?

nein ja, Formular R0870 - Ermittlungsfragebogen gemäß §§ 116 - 119 SGB X, §§ 1542, 640 RVO, § 110 SGB VII - bitte beifügen.

Sind **Schadensersatzansprüche** geltend gemacht worden (zum Beispiel bei privaten Versicherungsgesellschaften)?

Tag Monat Jahr

nein ja am

Bei welcher Stelle?

Aktenzeichen

14.3 Haben Sie **in den letzten 4 Jahren** Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (auch anderer Rehabilitationsträger, zum Beispiel Krankenkasse, Versorgungsamt, Unfallversicherungsträger) erhalten?

Von welcher Stelle zuletzt?

nein ja

Aktenzeichen

Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

vom bis



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

14.4 Haben Sie unmittelbar vor diesem Rehabilitationsantrag bereits bei Ihrer Krankenkasse einen Antrag auf Mutter-Kind-Leistungen / Vater-Kind-Leistungen (Vorsorge oder Rehabilitation) gestellt beziehungsweise sind solche Leistungen zuvor verordnet worden? (Vorhandene Unterlagen bitte beifügen!)

nein ja am Tag Monat Jahr
 Name der Krankenkasse
 Aktenzeichen

15 Antragstellung durch eine andere Person

Vollmacht oder Beschluss des Gerichts bitte beifügen!

Der Antrag wird in Vertretung gestellt von

Name

Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)

Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)

Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)

Vorname (Rufname)

Dienststelle

gegebenenfalls Aktenzeichen

in der Eigenschaft als

gesetzlicher Vertreter Vormund Betreuer Bevollmächtigter

Straße

Hausnummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Wohnort

telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)

Telefax (Angabe freiwillig)

E-Mail (Angabe freiwillig)

noch E-Mail (Angabe freiwillig)



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer 15

für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (Seite 10 Ziffer 20)	
Nachweis über fehlende Einsichtsfähigkeit / Einwilligungsfähigkeit der Versicherten / des Versicherten	<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wird nachgereicht

16 Bankverbindung

(die Angabe ist freiwillig, zugleich für eine Überweisung unverzichtbar)

IBAN (International Bank Account Number)
D E
Geldinstitut: Name
Ort
Kontoinhaber, sofern vom Berechtigten abweichend: Name
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)
Vorsatzworte zum Namen (Beispiel: von, van, de)
Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)
Vorname (Rufname)
Straße
Hausnummer
Adresszusatz
Postleitzahl
Ort

17 Kommunikationshilfen und anerkannte Hilfsmittel

Sind Sie auf die Bereitstellung eines Gebärdensprachdolmetschers beziehungsweise anderer geeigneter Kommunikationshilfen angewiesen oder nutzen Sie behinderungsbedingt ein anerkanntes Hilfsmittel (zum Beispiel Rollstuhl, Führungshund oder Assistenzhund)?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, ich bin angewiesen auf:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

18 Dokumentenzugang

18.1 Per De-Mail

Ich bitte ausschließlich um Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form an mein De-Mail-Postfach.

Mit der Übermittlung der Dokumente in elektronischer Form entfällt eine Übersendung der Dokumente in Papierform.

Meine De-Mail-Adresse lautet:

De-Mail
noch De-Mail

18.2 Für sehbehinderte Menschen

Menschen mit einer Behinderung (zum Beispiel blinde oder sehbehinderte Menschen) haben Anspruch darauf, Dokumente in einer für sie wahrnehmbaren Form zu erhalten.

Aufgrund meiner Behinderung bitte ich darum, mir Dokumente zusätzlich in **einer** für mich wahrnehmbaren Form zuzusenden, und zwar

- als Großdruck
- in Braille (Kurzschrift)
- in Braille (Vollschrift)
- als CD (Schriftdatei oder Textdatei im ".doc" - Format)
- als Hörmedium (CD-DAISY Format)

19 Erklärung und Information der Antragstellerin / des Antragstellers (nicht Zutreffendes streichen)

19.1 Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass der Rentenversicherungsträger von den Ärzten und Einrichtungen, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt, erhalten darf. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens - beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte - stattgefunden haben, werde ich dem Rentenversicherungsträger umgehend mitteilen. Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, **willige ich ein**, dass der Rentenversicherungsträger auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen erhalten darf.

Ich willige ein, dass bereits vorhandene Entlassungsberichte über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Rentenversicherungsträgers einem eventuell zu beauftragenden Gutachter übersandt werden dürfen.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Rückgriffsverfahren nach §§ 110, 111 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) beziehungsweise der §§ 116, 119 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) die angefallenen Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Rentenversicherungsträger und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

19.2 Information

Wir möchten Sie darüber informieren, dass wir medizinische Daten, die uns bereits vorliegen oder die wir mit Ihrer obigen Einwilligung erhalten haben, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkasse, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt oder Berufsgenossenschaft) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben weitergeben dürfen.



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

noch Ziffer **19.2**

Zur eigenen Aufgabenerfüllung dürfen wir diese medizinischen Daten auch an sonstige Dritte (zum Beispiel zu beauftragende Gutachter oder Rehabilitationseinrichtungen) übermitteln, sofern dies erforderlich ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür ist § 76 Absatz 2 Nummer 1 in Verbindung mit § 69 SGB X.

Sie können einer solchen Weitergabe aber jederzeit ohne Angabe von Gründen widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 SGB I).

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- meine Krankenkasse dem Rentenversicherungsträger sämtliche Arbeitsunfähigkeitszeiten und die dazugehörigen Diagnosen (einschließlich der Angaben zu Krankenhausaufhalten beziehungsweise Rehabilitationsaufhalten) der letzten 3 Jahre übermittelt (AUD-Beleg).
- ich gegenüber meiner Krankenkasse der Übermittlung von Diagnosedaten jedoch widersprechen kann.

Dies gilt nicht für Mitglieder privater Krankenkassen.

19.3 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Erbringung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (zum Beispiel Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung, Krankenversicherung und Arbeitslosenversicherung) dem Rentenversicherungsträger sofort mitzuteilen.

20 Unterschrift

Hinweis: Wegen der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist folgende Unterschrift erforderlich:

- der Antragstellerin / des Antragstellers

oder

- des Betreuers (bei Geschäftsunfähigkeit beziehungsweise bei fehlender Einsichtsfähigkeit oder Einwilligungsfähigkeit).

Die Unterschrift eines Bevollmächtigten genügt nicht.

Ort, Datum

Unterschrift

21 Angabe der gesetzlichen Krankenkasse

Sofern die Antragstellung auf Leistungen zur Teilhabe über die Krankenkasse erfolgt, benötigen wir das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und das Formular G0120 - AUD-Beleg - von der Krankenkasse auszufüllen - Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

21.1 Name der Krankenkasse	Institutionskennzeichen
21.2 AUD-Beleg ist beigefügt	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Stempel der Krankenkasse, Unterschrift	
Datum	



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



MSAT/ MSNR

--

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

G0110

Name, Vorname	Geburtsdatum

Sehr geehrte Versicherte / Sehr geehrter Versicherter,

damit wir uns ein Bild von Ihren Beschwerden, Krankheiten und beruflichen Belastungen machen können, bitten wir Sie, die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit bei der Entscheidung und können zum Erfolg der Rehabilitation erheblich beitragen.

1 Arbeitsunfähigkeit und gesundheitliche Probleme

1.1 Wie lange waren Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsunfähig?

<input type="checkbox"/> gar nicht	<input type="checkbox"/> bis 6 Wochen von - bis	<input type="checkbox"/> bis 3 Monate wegen	<input type="checkbox"/> bis 6 Monate	<input type="checkbox"/> mehr als 6 Monate

Welche gesundheitlichen Probleme stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?

1.2 Haben oder hatten Sie noch andere Gesundheitsstörungen (zum Beispiel Bluthochdruck, Herzerkrankung, Zuckerkrankheit, Bronchitis, Gelbsucht, Unfallfolgen)?

nein ja

Art der Gesundheitsstörung	Zeitangabe

1.3 Wurde bei Ihnen eine Schwerbehinderung festgestellt oder sind Sie einem schwerbehinderten Menschen gleichgestellt?

nein ja

Art der Behinderung	Grad der Behinderung	Merkzeichen	seit

2 Berufliche Zukunft

Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft vor? (Bitte kreuzen Sie **alles für Sie Zutreffende** an.)

Ich denke, dass ich in der nächsten Zukunft wahrscheinlich

	Trifft zu		Trifft zu
in meinem Beruf weiterhin arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	überhaupt nicht mehr arbeiten kann	<input type="checkbox"/>
in meinem Beruf nicht mehr arbeiten kann	<input type="checkbox"/>	eine andere Arbeit suchen werde	<input type="checkbox"/>



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT/ MSNR

3 Arbeitsplatzbeschreibung (Tätigkeit, die zurzeit verrichtet wird oder zuletzt verrichtet wurde)

Name und Anschrift des Arbeitgebers		beschäftigt seit	Anzahl der Mitarbeiter im Betrieb
genaue Tätigkeit zurzeit / zuletzt (zum Beispiel Lkw-Fahrer - nicht Kraftfahrer, Intensivschwester - nicht Krankenschwester) - ausgeübt von - bis			
Arbeitshaltung ständig überwiegend zeitweise		Heben / Tragen Art der Lasten:	
stehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sitzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arme über Brusthöhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kniend / hockend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf Gerüsten / Leitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Gewichte häufig bis kg gelegentlich bis kg	
		Sind technische Hebehilfsmittel vorhanden?	
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende	
		weitere Bemerkungen	
Arbeitsorganisation Arbeitszeit: _____ Stunden / Woche <input type="checkbox"/> Ganztagsarbeit <input type="checkbox"/> Teilzeitarbeit <input type="checkbox"/> andere Arbeitszeitmodelle <input type="checkbox"/> regelmäßige Frühschicht / Spätschicht <input type="checkbox"/> regelmäßige Dreischicht <input type="checkbox"/> nur Nachtschicht <input type="checkbox"/> starrer maschinengebundener Arbeitstakt <input type="checkbox"/> Einzelakkord <input type="checkbox"/> Gruppenakkord Beschreibung		Äußere Einflüsse <input type="checkbox"/> Kälte, Zugluft, Nässe <input type="checkbox"/> Hitze <input type="checkbox"/> starke Staubentwicklung <input type="checkbox"/> Rauchentwicklung <input type="checkbox"/> starker Lärm <input type="checkbox"/> Lärmschutz muss getragen werden <input type="checkbox"/> Erschütterungen / Vibrationen <input type="checkbox"/> Gerüche, Gase, Dämpfe, welche? <input type="checkbox"/> hautreizende Stoffe, welche? <input type="checkbox"/> atemwegsreizende Stoffe, welche? <input type="checkbox"/> überwiegend im Freien <input type="checkbox"/> überwiegend in Rohbauten <input type="checkbox"/> überwiegend witterungsgeschützt	
		Berufliches Kraftfahren <input type="checkbox"/> Pkw <input type="checkbox"/> Lkw <input type="checkbox"/> Baumaschinen / sonstige Fahrzeuge <input type="checkbox"/> Personenbeförderung <input type="checkbox"/> Gefahrguttransport Sonstiges <input type="checkbox"/> Publikumsverkehr <input type="checkbox"/> häufige Reisetätigkeit <input type="checkbox"/> Auswärts-Montage <input type="checkbox"/> Mitarbeiterführung <input type="checkbox"/> erhöhte Unfallgefahr <input type="checkbox"/> außerordentliche Konzentration erforderlich <input type="checkbox"/> lange Anfahrtszeiten _____ Minuten <input type="checkbox"/> keine geregelten Pausen <input type="checkbox"/> überwiegend Bildschirmarbeit <input type="checkbox"/> besondere Anforderungen an das Sehvermögen (zum Beispiel Feinarbeit)	
Bei welchen Tätigkeiten bestehen aktuell Einschränkungen?			
Weitere Bemerkungen zum Arbeitsplatz			



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT/ MSNR

4 Arztbehandlungen

Bei welchen Ärzten waren Sie in den letzten 12 Monaten in Behandlung?		
Name, Vorname und Anschrift	Fachrichtung	Erkrankung

5 Begutachtungen

Sind Sie in den letzten 12 Monaten vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen, von der Agentur für Arbeit oder von einer anderen Stelle begutachtet worden?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wann?	Von welcher Stelle?

6 Betriebsarzt / Personalarzt

6.1 Nehmen Sie an arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen teil?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Falls ja, wegen:	
6.2 Ist ein Betriebsarzt / Personalarzt vorhanden?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Name des Betriebsarztes / Personalarztes	Telefon
Anschrift	
Ich bin damit einverstanden, dass sich der Rentenversicherungsträger und / oder der Arzt der Rehabilitationseinrichtung mit dem Betriebsarzt / Personalarzt oder dem Betrieb hinsichtlich einer Prüfung des Arbeitsplatzes und gegebenenfalls weiterer für erforderlich gehaltener Leistungen in Verbindung setzt (diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden).	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Hinweis: Damit wir uns ein möglichst umfassendes Bild von Ihren Gesundheitsstörungen machen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre persönliche Einschätzung im Formular G0115 einzubringen.

Ort, Datum

Unterschrift



10 Untersuchungsbefund
 ohne Befund: Atemwege Herz/Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche
von der Norm abweichende Befunde:

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm RR: _____ mm Hg Puls: _____

11 Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, usw.)

12 Anregung spezieller Maßnahmen

<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining
<input type="checkbox"/> Bewegungstherapie/Sporttherapie	<input type="checkbox"/> Diätschulung	<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie
<input type="checkbox"/> Rückenschule	<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung	<input type="checkbox"/> Psychotherapie
<input type="checkbox"/> Gefäßtraining	<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining
<input type="checkbox"/> Inhalationen		<input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Atemgymnastik		<input type="checkbox"/> Ergotherapie

sonstige: _____

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

Ist Belastbarkeit für Rehabilitation gegeben? ja nein

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel? ja nein Bemerkung: _____

Besteht eine Schwangerschaft? ja

14 Bemerkungen:

Erbitte Rückruf durch den Ärztlichen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Westfalen
 durch den zuständigen Arzt der Rehabilitationseinrichtung

15 Antrag erfolgte auf meine Anregung ja nein

16 Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen:

Datum Unterschrift Stempel Telefonnummer



Honorarabrechnung

Versicherungsnummer	Abt.-Nr.
---------------------	----------

► **Bitte leserlich ausfüllen!**

Name, Vorname		Geburtsdatum (kann entfallen bei Angabe der Versicherungsnummer)
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort

Das Honorar (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten, Kosten für beigelegte Fotokopien) für den von mir erstellten ärztlichen Befundbericht in Höhe von

27,20 EUR

überweisen Sie bitte an

Zahlungsempfänger

Name des Kontoinhabers (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

Bankverbindung → bitte das **Geschäftskonto** angeben

IK (Institutionskennzeichen)	oder:
IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
Bezeichnung des Geldinstituts	

Bitte unbedingt angeben:	Rechnungsnummer	Rechnung vom
---------------------------------	-----------------	--------------

Die Vergütung ist nur möglich, wenn der Befundbericht

- von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen angefordert wurde und
- vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel des Arztes versehen ist.

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass es sich bei der oben angegebenen Bankverbindung um das **Geschäftskonto** handelt.

→ **Hinweis:** Die Verpflichtung zur Selbstangabe gegenüber dem Finanzamt bleibt hiervon unberührt.

Ort und Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

An die
**Deutsche Rentenversicherung
Westfalen
48125 Münster**

Wird vom Rentenversicherungsträger ausgefüllt

Rechnung per AA 0747 beglichen

Unterschrift, Datum

WeB-Reha

Kooperation von Werks- und Betriebsärzten mit der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

Information für Versicherte

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

Sie haben von Ihrem Werks- oder Betriebsarzt diese Information zum WeB-Reha-Verfahren erhalten, da er einen Rehabilitationsbedarf bei Ihnen festgestellt hat.

Zunächst einige allgemeine Informationen zu WeB-Reha:

WeB-Reha ist ein Projekt zur arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation in Zusammenarbeit mit Ihrem Werks- oder Betriebsarzt, den Rehabilitationseinrichtungen und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. Ziel des Konzeptes ist eine enge Zusammenarbeit der Beteiligten bei der Feststellung Ihres individuellen Rehabilitationsbedarfs, der Gestaltung Ihrer Rehabilitationsleistung und schließlich Ihrer (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsprozess.

Einverständniserklärung

Wir bitten Sie, der **Durchführung einer Rehabilitationsleistung und den besonderen Bedingungen des WeB-Reha-Verfahrens zuzustimmen.**

Füllen Sie bitte – ggf. gemeinsam mit dem Werks- oder Betriebsarzt – die **„Erklärung des Versicherten im Zusammenhang mit der Kooperation zwischen Werks- und Betriebsärzten und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen“ (Formular-Nr. 6-128)** aus.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich bereit,

- dass Ihr Werks- oder Betriebsarzt
 - einen Befundbericht oder ein ärztliches Gutachten zu Ihren gesundheitlichen Einschränkungen sowie
 - eine Beschreibung Ihres Arbeitsplatzes erstelltund der Deutschen Rentenversicherung zuleitet,
- dass Ihr Werks- oder Betriebsarzt diese Unterlagen (Befundbericht / ärztliches Gutachten und Arbeitsplatzbeschreibung)
 - der Rehabilitationseinrichtung und
 - Ihrem Hausarztzur Verfügung stellt,
- dass die Deutsche Rentenversicherung Westfalen den Werks- oder Betriebsarzt über die Entscheidung zu Ihrem Reha-Antrag informiert,
- dass Ihr Werks- oder Betriebsarzt vor, während und nach der Rehabilitation Kontakt mit dem Arzt der Rehabilitationseinrichtung aufnehmen kann, um mit ihm Rehabilitationsschwerpunkte und -inhalte abzustimmen,
- dass Ihr Werks- oder Betriebsarzt von der Rehabilitationseinrichtung über das Ergebnis der Rehabilitation informiert wird,
- dass die Deutsche Rentenversicherung Westfalen Ihren Werks- oder Betriebsarzt ca. ein halbes Jahr nach Beendigung der Rehabilitationsleistung um Stellungnahme zur Nachhaltigkeit der Rehabilitationsleistung (= wie erfolgreich war die Rehabilitation?) bittet und die Ergebnisse an die Rehabilitationseinrichtung weiterleitet. Diese erhält mit den Ergebnissen eine Rückmeldung zum Erfolg der Rehabilitation.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Formular 6-128.

Selbstverständlich ist die Bewilligung einer Rehabilitationsleistung nicht von Ihrer Zustimmung zu dem WeB-Reha-Verfahren abhängig. Wir bitten Sie jedoch, die Vorteile der besonderen Einbindung Ihres Werks- bzw. Betriebsarztes zu nutzen.

Durch den Austausch der medizinischen Unterlagen und Informationen soll sichergestellt werden, dass alle am Verfahren Beteiligten den gleichen Wissensstand haben. Dadurch werden Sie sowohl während der Rehabilitationsleistung von den Ärzten der Rehabilitationseinrichtungen, vom Werks- oder Betriebsarzt als auch nach der Leistung von Ihrem Hausarzt und / oder von Ihrem Werks- oder Betriebsarzt entsprechend Ihrer individuellen Beschwerden und Ihrer Arbeitssituation behandelt und beraten.

Weitere Informationen zum Verfahren:

Antragstellung

Füllen Sie bitte neben der Einverständniserklärung weitere Antragsunterlagen vollständig aus und unterschreiben diese. Ihr Werks- oder Betriebsarzt wird Sie dabei unterstützen und Ihnen die erforderlichen Formulare aushändigen.

Alternativ wird er Sie bitten, sich zur Antragstellung an

- Ihre gesetzliche Krankenkasse,
- das örtliche Versicherungsamt,
- eine Auskunfts- und Beratungsstelle der Deutschen Rentenversicherung Westfalen oder
- eine gemeinsame Servicestelle

zu wenden.

Bitte nehmen Sie die dort erhaltenen ausgefüllten Antragsunterlagen mit und händigen Sie diese dem Werks- oder Betriebsarzt aus. Die genannten Stellen sind über das WeB-Reha-Verfahren informiert.

Prüfung des Antrags und Entscheidung

Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen trifft die Entscheidung über den Antrag auf Rehabilitationsleistungen. Sie prüft, ob die Voraussetzungen für eine Rehabilitationsleistung in ihrer Zuständigkeit erfüllt sind. Ist die Deutsche Rentenversicherung Westfalen nicht zuständig, besteht aber ein Rehabilitationsbedarf, leitet sie die Antragsunterlagen an den zuständigen Träger weiter. Sie erhalten hierüber eine Mitteilung. Der zuständige Träger informiert Sie dann über das weitere Verfahren.

Im Falle einer Bewilligung oder Ablehnung des Antrags erhalten Sie von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen einen Bescheid. In der Regel wird die medizinische Rehabilitationsleistung für eine Dauer von drei Wochen bewilligt.

Wird der Antrag bewilligt, erhält die Rehabilitationseinrichtung eine Kostenzusage von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. Die Rehabilitationseinrichtung legt den Beginn der Leistung fest und informiert Sie darüber schriftlich.

An dem Projekt „WeB-Reha“ sind einige bestimmte Rehabilitationseinrichtungen für verschiedene Indikationsbereiche beteiligt. Diese wird Ihnen der Werks- oder Betriebsarzt vorstellen.

Möchten Sie die Rehabilitationsleistung in einer anderen Rehabilitationseinrichtung durchführen, z. B. weil Sie dort bereits einmal waren und gute Erfahrungen gemacht haben, können Sie diesen Wunsch äußern. Der Werks- oder Betriebsarzt wird Ihren Wunsch im Befundbericht / im ärztlichen Gutachten aufnehmen. Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen wird Ihren Wunsch bei der Entscheidung – soweit möglich – berücksichtigen.

Ihre Deutsche Rentenversicherung Westfalen

Versicherungsnummer
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Name, Vorname, Anschrift

Anlage zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag

Erklärung des Versicherten im Zusammenhang mit der Kooperation zwischen Werksärzten und Betriebsärzten und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (WeB-Reha)

Die Hinweise betreffen selbstverständlich Frauen und Männer gleichermaßen.

Im Text haben wir uns zugunsten der Lesbarkeit und aus sprachlichen Gründen nur für die männliche Form entschieden.

Die enge Zusammenarbeit zwischen Werksärzten und Betriebsärzten, der Deutschen Rentenversicherung Westfalen und den Rehabilitationseinrichtungen dient dem gemeinsamen Ziel einer möglichst dauerhaften Teilhabe der Beschäftigten am Arbeitsleben. Hierdurch erfüllt die Deutsche Rentenversicherung Westfalen als Rehabilitationsleistungsträger einen Auftrag des Gesetzgebers, nämlich durch Leistungen zur Teilhabe Beeinträchtigungen auf die Erwerbsfähigkeit oder ein vorzeitiges Ausscheiden ihrer Versicherten aus dem Arbeitsleben zu verhindern.

1. Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Werksarzt oder Betriebsarzt zu Ihren gesundheitlichen Einschränkungen einen Befundbericht / ein medizinisches Gutachten einschließlich **einer Beschreibung Ihres Arbeitsplatzes** erstellt und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen übersendet?
Hierdurch soll sichergestellt werden, dass der Arzt der Rehabilitationseinrichtung einen Überblick zu den gesundheitlichen Problemen sowie über die wesentlichen Arbeitsplatzanforderungen und Arbeitsplatzprobleme erhält. Dazu werden Daten zum Krankheitsbild, zur Krankheitsvorgeschichte, zu aktuellen Beschwerden und Funktionseinschränkungen, zu bestehenden Risikofaktoren und psychosozialen Belastungsfaktoren, zu Untersuchungsbefunden und bisherigen Therapien sowie weitere Informationen, die Einfluss auf die Bewilligung und Durchführung der Rehabilitation haben, vom Werksarzt oder Betriebsarzt erhoben und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen übersandt.
 ja, ich bin damit einverstanden nein, ich bin nicht damit einverstanden
2. Sind Sie damit einverstanden, dass diese Unterlagen (Befundbericht / medizinisches Gutachten)
a) der Rehabilitationseinrichtung zur Verfügung gestellt werden?
 ja, ich bin damit einverstanden nein, ich bin nicht damit einverstanden
b) dem Hausarzt zur Verfügung gestellt werden?
 ja, ich bin damit einverstanden nein, ich bin nicht damit einverstanden
3. Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Werksarzt oder Betriebsarzt von der Deutschen Rentenversicherung Westfalen über die Entscheidung zu Ihrem Rehabilitationsantrag informiert wird?
 ja, ich bin damit einverstanden nein, ich bin nicht damit einverstanden
4. Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Werksarzt oder Betriebsarzt vor, während und nach der Rehabilitation Kontakt mit dem Arzt der Rehabilitationseinrichtung aufnehmen kann, um mit ihm Rehabilitations Schwerpunkte und Rehabilitationsinhalte abzustimmen?
 ja, ich bin damit einverstanden nein, ich bin nicht damit einverstanden
5. Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Werksarzt oder Betriebsarzt von der Rehabilitationseinrichtung über das Ergebnis der Rehabilitation informiert wird?
Hierzu wird die Rehabilitationseinrichtung einen ärztlichen Entlassungsbericht erstellen sowie Hinweise zum Leistungsvermögen am Arbeitsplatz geben. Die wesentlichen Inhalte der zu übermittelnden Informationen werden zwischen dem Arzt der Rehabilitationseinrichtung und dem Patienten vor der Entlassung aus der Rehabilitationsleistung besprochen.
 ja, ich bin damit einverstanden nein, ich bin nicht damit einverstanden
6. Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Werksarzt oder Betriebsarzt ungefähr 6 Monate nach Abschluss der Rehabilitationsleistung gegenüber der Deutschen Rentenversicherung eine Stellungnahme zur Nachhaltigkeit der Leistung zur medizinischen Rehabilitation abgibt?
Die Einrichtung erhält damit eine Rückmeldung über den Erfolg der Leistung.
 ja, ich bin damit einverstanden nein, ich bin nicht damit einverstanden

Mir ist bekannt, dass die Einwilligung freiwillig ist. Verweigere ich die Einwilligung komplett oder teilweise, kann ich trotzdem – bei Erfüllung der gesetzlich geforderten Voraussetzungen – eine Leistung zur Teilhabe erhalten. Die Einwilligungserklärung kann von mir, auch zu einzelnen Punkten, mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen werden.

Ort und Datum

Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Mitteilung an die Hausärztin / den Hausarzt, die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt

Anschrift des behandelnden Arztes

Absender: Werks- oder Betriebsarzt

Datum:

Kooperation zwischen Werksärzten und Betriebsärzten und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen (WeB-Reha)

Name, Vorname der/des Beschäftigten	Versicherungsnummer
Anschrift	

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

WeB-Reha ist ein Projekt zur arbeitsplatzbezogenen Rehabilitation in Zusammenarbeit mit Werksärzten und Betriebsärzten, den Rehabilitationseinrichtungen und der Deutschen Rentenversicherung Westfalen. Ziel des Konzeptes ist eine enge Zusammenarbeit der Beteiligten bei der Identifizierung des Rehabilitationsbedarfs, der inhaltlichen Ausgestaltung der Rehabilitationsleistung und der (Wieder-)Eingliederung in den Arbeitsprozess.

Ich bin Werksarzt/Betriebsarzt der Firma

Es besteht bei der Beschäftigten / dem Beschäftigten möglicherweise Rehabilitationsbedarf

- aufgrund einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung
- aufgrund einer Begehung des Arbeitsplatzes
- nach einem Hinweis des Vorgesetzten / des Personalrats / des Behindertenobmanns / des Betrieblichen Sozialdienstes

Ich habe daher mit ihr/ihm besprochen, ob eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation sinnvoll ist; sie/er hat der Durchführung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation zugestimmt. Es wurde ein Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation aufgenommen und an die Deutsche Rentenversicherung Westfalen gesandt.

Der von mir erstellte ärztliche Befundbericht / das von mir erstellte ärztliche Gutachten zum Antrag sowie eine Arbeitsplatzbeschreibung sende ich Ihnen zu Ihrer Information.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen

Impressum

Deutsche Rentenversicherung Westfalen
Referat Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Gartenstraße 194, 48147 Münster

Telefon 0251 238-2196

Telefax 0251 238-2570

E-Mail: pressestelle@drv-westfalen.de

www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de

Postanschrift:

Deutsche Rentenversicherung Westfalen
48125 Münster

Telefon 0251 238-0, Telefax 0251 238-2960

(04/2017)



**Deutsche
Rentenversicherung**

Westfalen