

Hinweise an die Ärztinnen und Ärzte für die Rehabilitation der Versicherten der Deutschen Rentenversicherung Westfalen ¹

1. Gesundheitsbildung

Mit der Kostenzusage unterrichten wir Sie in Einzelfällen über besondere Hinweise zu den Versicherten. Es handelt sich hierbei um Hinweise wegen Übergewicht, Nikotin oder Alkohol, wenn zu befürchten ist, dass durch das Verhalten des Versicherten der Erfolg der Rehabilitation in Frage gestellt wird. Wir machen den Versicherten in diesen Fällen im Bewilligungsbescheid auf die Risikofaktoren aufmerksam.

Wir bitten Sie, auf den Versicherten hinsichtlich einer gesunden Lebensführung einzuwirken und ihn entsprechend zu unterstützen, um das angestrebte Rehabilitationsziel möglichst zu erreichen.

Die praktische Durchführung der Gesundheitsbildung kann sich an dem Gesundheitsbildungsprogramm der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation „Aktiv Gesundheit fördern“ orientieren. Das Programm hat das Ziel, die Versicherten zu einer gesundheitsorientierten Lebensweise zu motivieren. Das krankheitsübergreifende Gesundheitsbildungsprogramm ist so konzipiert, dass eine Integration in das jeweilige Konzept Ihrer Rehabilitationseinrichtung sowie Verknüpfungen mit indikationsspezifischen Programmen möglich sind.

2. Auswahl der Rehabilitationseinrichtung

Vor Beginn einer Rehabilitationsleistung sollte ärztlicherseits geprüft werden, ob und in welcher Abteilung Ihres Hauses diese durchgeführt werden kann. Ist die Durchführung einer Rehabilitationsleistung in Ihrem Hause mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln und / oder die Aufnahme des Versicherten innerhalb der in der Kostenzusage genannten Frist nicht möglich, informieren Sie uns bitte umgehend, damit eine Umeinweisung vorgenommen werden kann. Eine Rücksendung der Einweisungsunterlagen kann aufgrund der digitalen Aktenbearbeitung bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen unterbleiben. Die von uns übersandten Unterlagen sind sachgerecht zu vernichten.

3. Wechsel der Fachabteilung / Wechsel der Durchführungsart

Sofern Sie die Rehabilitationsleistung in einer anderen als der von uns bewilligten Fachabteilung oder in einer anderen Durchführungsart für geeigneter halten und ein solcher Wechsel (stationär / ganztägig ambulant) notwendig ist, so ist uns Ihre Entscheidung unverzüglich mit dem Formular 6-250 mitzuteilen.

4. Schwangerschaft

Stellen Sie bei der Aufnahmeuntersuchung eine Schwangerschaft fest, so ist die Rehabilitationsfähigkeit bzw. die ausreichende Belastbarkeit eingehend zu prüfen. Besteht diese nicht, so bitten wir um entsprechende Information. Eine Rücksendung der Einweisungsunterlagen kann aufgrund der digitalen Aktenbearbeitung bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen unterbleiben. Die von uns übersandten Unterlagen sind sachgerecht zu vernichten. Wenn aus Ihrer ärztlichen Sicht keinerlei Bedenken bestehen und die Rehabilitationsleistung dringend erforderlich ist, bitten wir Sie, sich mit uns telefonisch oder per Telefax (Telefon- und Faxnummer siehe Kostenzusage) in Verbindung zu setzen, damit wir prüfen können, ob die Rehabilitationsleistung durchgeführt werden soll.

5. Disease-Management-Programm

Bei der Anamnese sollten Sie den Versicherten nach einer eventuellen Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) befragen und während der Leistung zur medizinischen Rehabilitation die Vorgaben der DMPs berücksichtigen.

Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem Rundschreiben „Einbindung der medizinischen Rehabilitation in die Disease-Management-Programme (DMPs)“².

¹ 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.

² Bezugnahmen auf Rundschreiben meinen im Folgenden immer die aktuell gültige Fassung.

6. Beurlaubungen / Familienheimfahrten während der Rehabilitationsleistung

Während der Rehabilitationsleistung ist es grundsätzlich nicht möglich, Beurlaubungen zu bewilligen, da hierdurch der Erfolg der Rehabilitationsleistung beeinträchtigt werden kann. Bei mehrmonatigen stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können 2 Familienheimfahrten je vollen Zeitmonat bewilligt werden – erstmals jedoch nach 8 Wochen, wenn die Rehabilitationsleistung nach Ablauf dieser Frist voraussichtlich länger als 14 Tage andauert. Unabhängig hiervon kann eine Familienheimfahrt bewilligt werden im Falle des Todes oder einer lebensbedrohenden Erkrankung eines nahen Angehörigen. Bitte beachten Sie, dass Familienheimfahrten 3 Kalendertage einschließlich der Reisetage nicht überschreiten sollten.

Nähere Einzelheiten zum Thema Familienheimfahrten entnehmen Sie bitte unserem Rundschreiben „Reisekosten und Familienheimfahrten bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“.

7. Verhalten des Versicherten während der Rehabilitation

Wir weisen jeden Versicherten in den Informationen zum Bewilligungsbescheid auf seine Mitwirkungspflichten nach dem Ersten Buch des Sozialgesetzbuches hin. Ebenso werden die Rechtsfolgen erläutert, die sich aus der fehlenden Mitwirkung des Versicherten ergeben können.

Der Chefarzt ist befugt, Verwarnungen bzw. die vorzeitige Entlassung aus der Rehabilitation auszusprechen, wenn der Versicherte gegen die Hausordnung oder seine Anordnungen verstößt.

Bei einer vorzeitigen Entlassung aus disziplinarischen Gründen bitten wir, den Entlassungsbericht in der üblichen Form zu erstellen – ohne Angabe der Gründe für die vorzeitige Beendigung der Rehabilitation. Diesen Sachverhalt bitten wir vielmehr in einem Sonderbericht aufzuführen und ausschließlich der für die Deutsche Rentenversicherung Westfalen bestimmten Ausfertigung des Entlassungsberichtes anzuhäften.

8. Verlängerung der stationären und ganztägig ambulanten Rehabilitationsleistung

Den von uns belegten Rehabilitationseinrichtungen werden durchschnittliche Verweildauern bezogen auf alle in einem Jahr durchzuführenden Leistungen vorgegeben. Damit können die Rehabilitationseinrichtungen – je nach medizinischer Notwendigkeit – die Versicherten früher entlassen bzw. bei entsprechend schwerwiegenden Fällen die Dauer der Rehabilitation verlängern. Im Rahmen dieser Budgetierung ist der Chefarzt berechtigt, die stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitationsleistung um bis zu 14 Kalendertage zu verlängern. Die Notwendigkeit der Verlängerung der Rehabilitation ist auf Blatt 2 des Entlassungsberichtes zu begründen.

Verlängerungen von Rehabilitationsleistungen um mehr als 14 Kalendertage sind rechtzeitig mit medizinischer Begründung, unter Berücksichtigung der Erwerbsfähigkeit als trägerspezifischem Rehabilitationsziel, zu beantragen. Der Verlängerungsantrag sollte spätestens 7 Tage vor Ablauf der Bewilligungsdauer bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen vorliegen.

Damit Versicherte, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, auch während der Verlängerung wirtschaftlich abgesichert sind, füllen Sie bitte bei Verlängerung der Rehabilitationsleistung das Formular 6-189 „Bescheinigung nach § 9 Abs. 2 des Entgeltfortzahlungsgesetzes“ aus. Die erste Ausfertigung bitten wir dem Versicherten rechtzeitig vor Ablauf der zunächst festgesetzten Rehabilitationsdauer zur Weiterleitung an seinen Arbeitgeber auszuhändigen.

9. Interkurrente Erkrankungen

Interkurrente Erkrankungen sind Erkrankungen, die während einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation auftreten und einer sofortigen ärztlichen Behandlung bedürfen.

Bei einer weiteren ambulanten Diagnostizierung des Rehabilitationsleidens durch einen Facharzt außerhalb der Rehabilitationseinrichtung handelt es sich jedoch nicht um eine interkurrente Erkrankung.

Die Deutsche Rentenversicherung Westfalen und die zuständige Krankenkasse des Versicherten sind über Beginn und Ende interkurrenter Erkrankungen umgehend per Telefax zu informieren, sofern eine stationäre Krankenhausbehandlung in einem Krankenhaus oder in einer anderen Station der Rehabilitationseinrichtung, die zur Krankenhausbehandlung zugelassen ist, erfolgt.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte unserem Rundschreiben „Abgrenzung der Leistungspflicht zwischen Kranken- und Rentenversicherung bei interkurrenten Erkrankungen“.

10. Feststellung der Notwendigkeit einer Reisebegleitung

Ist der Versicherte aufgrund seines Gesundheitszustandes nicht in der Lage, die Fahrt vom Wohnort bis zur Rehabilitationseinrichtung und zurück selbständig mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem Pkw durchzuführen, können die Auslagen für eine Begleitperson übernommen werden.

Hinreise: Vor Beginn der Rehabilitationsleistung ist ein entsprechender Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen zu stellen. Die Prüfung, ob eine Begleitperson erforderlich ist, erfolgt durch die Deutsche Rentenversicherung Westfalen unter Einbeziehung der Abteilung Sozialmedizin.

Rückreise: Über die Notwendigkeit einer Begleitperson für die Rückreise, z. B. als Begleitung bei der Reise in einem öffentlichen Verkehrsmittel oder als Fahrer bei der Reise in einem Pkw, entscheiden Sie als zuständiger Arzt. Stellen Sie nach Abschluss der Rehabilitationsleistung fest, dass für die Rückreise eine Begleitperson erforderlich ist, vermerken Sie Ihre Entscheidung im ärztlichen Entlassungsbericht auf Blatt 2 unter Punkt 4. 3 „Abschlussbefund und Reha-Ergebnis“. Die Entscheidung entfällt bei einer von uns bewilligten Dauerbegleitung.

Die Kostenübernahme ist anschließend vom Versicherten bei der Deutschen Rentenversicherung Westfalen zu beantragen. Dem aktuellen Reisekostenrundschreiben ist zu entnehmen, welche entstandenen Kosten erstattet werden können.

Bei ganztätig ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden keine Kosten für eine Begleitperson übernommen.

11. Beendigung der Rehabilitationsleistung

Im Rahmen der Flexibilisierung der Behandlungsdauer ist es für den Arbeitgeber wichtig, frühzeitig über das Ende der Rehabilitationsleistung seines Arbeitnehmers informiert zu sein. Daher sollte der Arzt den Versicherten in einem Gespräch über den beabsichtigten Entlassungstermin informieren, sobald der Zeitpunkt der Entlassung feststeht. In diesem Gespräch sollte der Arzt auch auf die Mitteilungspflichten des Versicherten gegenüber seinem Arbeitgeber eingehen.

Im Falle der Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Entlassung ist der Versicherte immer aufzufordern, sich **unverzüglich** seinem behandelnden Arzt zur weiteren Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit vorzustellen. Dies ist u. a. wichtig für den Krankengeldanspruch, da dieser frühestens ab dem Tag nach dem Tag der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit besteht.

Bei Versicherten, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder eine selbständige Tätigkeit ausüben **und arbeitsunfähig entlassen werden**, ist **in jedem Fall** die „Checkliste bei Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Entlassung“ (Formular G0833) auszufüllen und spätestens am Tag der Entlassung an die zuständige Krankenkasse zu faxen.

12. Stufenweise Wiedereingliederung (SWE)

Bei Versicherten, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen oder eine selbständige Tätigkeit ausüben und arbeitsunfähig entlassen werden, ist in jedem Fall die „Checkliste bei Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Entlassung“ (Formular G0833) auszufüllen und **spätestens am Tag der Entlassung** an die zuständige Krankenkasse und an die Deutsche Rentenversicherung Westfalen zu faxen (Faxnummer aus der Kostenzusage).

Die Voraussetzungen für die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung entnehmen Sie bitte den Informationen „Stufenweise Wiedereingliederung – Kriterien zur Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung für die Rehabilitationseinrichtung“ (Formular G0831). Ferner finden Sie im Formular G0830 Informationen zur SWE für Ärzte und Sozialarbeiter.

Nachfolgende Formulare sind den Versicherten auszuhändigen:

- G0832 (Informationen zur Stufenweisen Wiedereingliederung für die Versicherten)
- G0833 (eine Kopie der Checkliste in einem verschlossenen Umschlag zur Weitergabe an den behandelnden Arzt des Rehabilitanden)
- G0834 (eine Kopie des Stufenplanes)
- G0838 (Informationen zur Stufenweisen Wiedereingliederung für Arbeitgeber)
- G0840 (Beginnmitteilung)

Eine stufenweise Wiedereingliederung darf bei arbeitsunfähigen Versicherten nur dann auf Blatt 1 des Entlassungsberichtes unter der Rubrik „Empfehlungen“ im Bereich „Rentenversicherung“ angekreuzt werden, wenn Sie diese während der Rehabilitationsleistung auch tatsächlich eingeleitet haben.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte unseren Rundschreiben „Verfahren zur stufenweisen Wiedereingliederung“.

13. Reha-Nachsorge und Rehabilitationssport / Funktionstraining

Ist im Anschluss an die Rehabilitationsleistung eine Nachsorgeleistung in Form von T-RENA, Psy-RENA oder IRENA erforderlich, so kann diese mit dem Formular (G4802-00) unter Beilage der Information für Versicherte (G4803-00) empfohlen werden. Das Rahmenkonzept und die jeweiligen Fachkonzepte zu den Angeboten sind im Internet zu finden auf der Seite der Deutschen Rentenversicherung unter:

www.reha-nachsorge-drv.de

Hinsichtlich der Nachsorgeplanung wird jeweils auf die Ziffer 11 der bestehenden Fachkonzepte verwiesen. Alle zugelassenen Nachsorgeanbieter sind im Internet auf der stets aktualisierten Seite der Deutschen Rentenversicherung zu finden unter:

www.nachderreha.de

Ist bei Abschluss der Rehabilitationsleistung die Teilnahme am Rehabilitationssport, am Rehabilitationssport in Herzgruppen oder am Funktionstraining angezeigt, so kann diese mit dem Formular G0850 (Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining) verordnet werden.

Zusätzlich sind das Formular G0852 (Informationsblatt) und das Formular G0851 (Abrechnungsbogen für die Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe) auszuhändigen.

Im Entlassungsbericht auf Blatt 1 unter der Rubrik „Empfehlungen“ im Bereich „Rentenversicherung“ ist das Feld „Reha-Nachsorge“, „Rehabilitationssport“ oder „Funktionstraining“ anzukreuzen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte unseren Rundschreiben zu den Nachsorgeleistungen.

14. Anregungen von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Möchten Sie Vorschläge und Anregungen für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitsplatzumgestaltung, berufliche Anpassung und Weiterbildung usw.) an uns herantragen, ist auf Blatt 1 des Entlassungsberichtes in der Rubrik „Empfehlungen“ in dem Bereich „Rentenversicherung“ das entsprechende Kästchen anzukreuzen. Ihre Vorschläge und Anregungen bitten wir auf Blatt 1 und/oder Blatt 2 näher zu erläutern.

15. Erstellung und Versendung des ärztlichen Entlassungsberichtes

Um unnötige Rückfragen zu vermeiden, bitten wir den Entlassungsbericht vollständig auszufüllen. Bitte beachten Sie hierzu den „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“ sowie die Broschüre „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL)“ und unsere Rundschreiben zum „Diagnoseschlüssel ICD-10-GM“.

Der ärztliche Entlassungsbericht hat spätestens am 14. Tag nach der Entlassung des Versicherten bei uns in digitaler Form – soweit Ihre Klinik am elektronischen Datenaustausch teilnimmt – sonst in Papierform vorzuliegen. Mit schriftlicher Einverständniserklärung (Formular G0821) des Versicherten ist der ärztliche Entlassungsbericht dem weiter behandelnden Arzt des Versicherten sowie dem Versicherten selbst zuzuleiten. Der Entlassungsbericht kann mit Einwilligung des Versicherten auch dem Betriebsarzt oder Personalarzt sowie ggf. dem DMP-koordinierenden Arzt übersandt werden.

Bitte legen Sie die Einverständniserklärung dem Versicherten nicht bereits zu Beginn der Rehabilitationsleistung zur Unterschrift vor, sondern erst bei der Abschlussuntersuchung, nachdem Sie den Versicherten über den wesentlichen Inhalt des Entlassungsberichtes informiert haben.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte unserem Rundschreiben „Weitergabe des ärztlichen Entlassungsberichtes in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung“.

Die in diesen Hinweisen genannten Formulare finden Sie unter Angabe der Formularnummer auf der Internetseite unter:

www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de