

Vorlauf - Informationen für Rehabilitanden

Folgende Unterlagen müssen spätestens bis zum psychologischen Vorgespräch vorliegen:

Vom Interessenten auszufüllen bzw. anzufertigen:

- Antrag auf RPK
- Lebenslauf
- Bewerbungsschreiben
- Befunde von psychiatrischen Behandlungen (der letzten 2 Jahre)

Vom Facharzt auszufüllen:

- Prognostische Stellungnahme

Die Unterlagen schicken Sie bitte an folgende Adresse:

RPK Arbeitsleben
Ludovica-von-Stumm-Str. 6
36381 Schlüchtern
Telefon: 06661/81-2953
Fax: 06661/81-2954

Patienteninformation	Vorlauf - Informationen für Rehabilitanden	S. 2 von 3
----------------------	---	------------

Wir haben in dieser Information Antworten auf die Fragen, die uns häufig gestellt werden, zusammengestellt. Sollten Sie weitere Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne für weitere Informationen zur Verfügung.

Auf dem RPK-Gelände stehen lediglich wenige **Parkplätze** für Privat-PKWs zur Verfügung. Im umliegenden Stadtgebiet gibt es die Möglichkeit, am Straßenrand zu parken.

Fahrtkosten für die **An- und Abreise** von teilstationären Rehabilitand*innen werden vom zuständigen Kostenträger erstattet. Für stationäre Rehabilitand*innen werden ab der 9. Woche des Aufenthalts **zwei Wochenendheimfahrten pro Monat** durch den Kostenträger erstattet. Zusätzlich werden Fahrtkosten für den Weg ins Praktikum erstattet.

Sie wohnen in einem möblierten **Einzelzimmer mit eigener Dusche und WC**. In der **Außenwohngruppe** wohnen Sie ein Einzelzimmer. Dort steht ein Gemeinschaftsbad mit Dusche und WC zur Verfügung, sowie ein Bad mit WC. Die Übergabe der Haus- und Zimmerschlüssel erfolgt gegen Hinterlegung eines Pfandbetrages in Höhe von 20,00 € nach Abnahme einer Inventarliste. Mitbringen von weiterem Mobiliar ist ausschließlich nach Absprache möglich. Bei Beendigung der Maßnahme ist das Zimmer vollständig zu räumen. Es besteht seitens der RPK keine **Aufbewahrungspflicht** über die Dauer der Maßnahme hinaus.

Ein **Fernsehanschluss (Satellit)** ist im Zimmer vorhanden, gegebenenfalls benötigen Sie einen geeigneten Receiver.

Bringen Sie bitte ausreichend **Bettwäsche in Normalgröße und Handtücher** mit. Sie benötigen ebenfalls **Sportkleidung und hallentaugliche Turnschuhe**.

Für Nutzer*innen der teilstationären Maßnahmeform stehen in den Garderoben **Spinde** zur Verfügung. Ein Spind kann gegen Hinterlegung eines Pfandbetrages in Höhe von 20,00 € genutzt werden.

Waschmaschine und Trockner stehen kostenfrei im Hauswirtschaftsraum zur Verfügung. Dort befindet sich ebenfalls eine Dusche, die nach Absprache von teilstationären Rehabilitand*innen genutzt werden kann.

Das **Verpflegungsgeld** beträgt 3,60 Euro/Werktag bei teilstationärer beziehungsweise 6,20 Euro/Kalendertag bei stationärer Nutzung. Es wird wochenweise ausgezahlt oder überwiesen.

In der stationären Maßnahmeform wird ein Anteil für **Frühstück und Abendessen** in eine Haushaltskasse eingezahlt, welche von den Rehabilitand*innen in Eigenverantwortung verwaltet wird. Der Einkauf erfolgt gemeinsam nach Absprache.

Patienteninformation	Vorlauf - Informationen für Rehabilitanden	S. 3 von 3
----------------------	---	------------

Zu **Mittag verpflegen Sie sich selbst**. Sie können je nach Tagesplan auch in der Kantine der Main-Kinzig-Kliniken ein kostengünstiges Mittagessen einnehmen.

Besuch können Sie Montag bis Freitag zwischen 17:00 Uhr und 22:00 Uhr und am Wochenende zwischen 09:30 Uhr und 22:00 Uhr **nach Rücksprache mit dem RPK-Team** empfangen. Je nach geltenden Regelungen können Besuche beispielsweise zum Infektionsschutz versagt werden.

Wir haben viele Informationen zur **Freizeitgestaltung** zusammengestellt. In der Gruppe „Außenaktivität“ erhalten Sie entsprechende Anregungen.

Wenn Sie Ihre **Post** in die RPK zugestellt bekommen möchten, müssen Sie bei der Post einen Nachsendeantrag stellen. Die eingehende Post wird im Sekretariat gesammelt und verteilt. Für jeden Rehabilitanden ist im Speiseraum ein Postfach vorhanden.

Im Haus besteht Alkohol- und Rauchverbot. Rauchen ist außerhalb des RPK-Geländes an festgelegten Plätzen möglich.

Während der Maßnahme erhalten Sie weiter Ihre **finanzielle Unterstützung** zur Sicherung des Lebensunterhalts.

Bürgergeld und Grundsicherung nach dem SGB XII werden weiter gewährt. Im Verlauf der Rehabilitation kann seitens des Jobcenters gefordert werden, dass vom Bürgergeld in die Grundsicherung gewechselt wird. Bei diesem Prozess begleiten wir Sie. Beziehen Sie vor der Maßnahme **ALG I oder Krankengeld**, muss **Übergangsgeld** beantragt werden. Die Unterlagen hierzu werden Ihnen in der Regel vorweg vom Kostenträger zugesandt.

Während Ihrer **Praktika** erhalten Sie außer der Fahrtkostenerstattung keine zusätzliche Vergütung.

Haben Sie weitere Fragen?

Besuchen Sie unsere Homepage www.rpk-arbeitsleben.de oder kontaktieren Sie uns telefonisch unter: 06661/81-2953.

Das Team der RPK Schlüchtern

Vorlauf - Vorbereitungen auf das Infogespräch Sozialarbeit

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Termin:

Vorab: Um die Bearbeitung Ihrer Unterlagen zu beschleunigen, können Sie bereits zum Infogespräch mit dem Sozialdienst ein Bewerbungsanschreiben, in welchem Ihre Motivation für die Maßnahme dargelegt wird und einen tabellarischen Lebenslauf mitbringen.

Wer hat Ihnen vorgeschlagen, eine RPK Maßnahme zu beantragen?

Bitte geben Sie den für Sie zuständigen Rentenversicherungsträger und Ihre Versicherungsnummer an (nach Möglichkeit bringen Sie einen aktuellen Versicherungsverlauf mit); ebenso Ihre Krankenkasse und Ihre Versicherungsnummer:

Sofern Sie eine*n Betreuer*in haben, bringen Sie bitte eine Kopie des Betreuerausweises mit oder geben an dieser Stelle vorab den Namen, die Anschrift, die Telefonnummer und die Zuständigkeitsbereiche an:

Seit wann arbeiten Sie nicht mehr?

Von wann bis wann waren Sie das letzte Mal arbeitsunfähig (AU Bescheinigung)?

Sind sie arbeitsuchend gemeldet? Wenn ja, seit wann?

Sind Sie aktuell arbeitsunfähig?

Welche Leistungen beziehen Sie zurzeit?

Antrag auf Leistungen in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK)

Eingangsstempel	
Krankenkasse	Rentenversicherungsträger

Raum für trägerinterne Angaben

Antrag bitte nur mit Schreibmaschine
oder in Druckschrift ausfüllen! Zutreffendes

Hinweis

Die Beantwortung der Fragen ist erforderlich, damit über ihren Antrag entschieden werden kann.

Ihre Mitwirkungspflicht und deren Umfang ergeben sich aus den §§ 60 ff. des Sozialgesetzbuches Allgemeiner Teil (SGB I). Bei fehlender Mitwirkung kann die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden (§66 SGBI).

1. Angaben zur Person

Rentenversicherungsnummer: _____

Vor(Ruf)name und Vorsatzwörter (z.B. von)			
1.1 Familienname			
Geburtsname		früher geführter Name	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geschlecht männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Staatsangehörigkeit
Straße und Hausnummer			telefonisch zu erreichen
Postleitzahl	Wohnort	Bahnstation	Land-(Stadt-)Kreis
1.2 Der Antragsteller ist bei folgender Krankenkasse versichert: Name und Anschrift der Krankenkasse/Geschäftsstelle			Mitglieds-Nr.
1.3 Der Antragsteller ist			*Personalien des Mitglieds: Name, Vorname, Geburtsdatum
pfl.- vers.	frei- vers.	Renten- Antragsteller	Rentner
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Fam. Vers.
			<input type="checkbox"/>

2. Angaben zum Familienstand und zum Beruf

2.1 Familienstand			
<input type="checkbox"/> [0] ledig	<input type="checkbox"/> [1] verheiratet	<input type="checkbox"/> [2] geschieden	<input type="checkbox"/> [3] verwitwet
2.2. Zuletzt ausgeübter Beruf (möglichst genaue Bezeichnung)			
2.3 Derzeitige Stellung im Berufs-/Erwerbsleben			
<input type="checkbox"/> [0] nicht erwerbstätig	<input type="checkbox"/> [1] Auszubildender (Lehrling, Anlernling Praktikant, Volontär, Student, usw.)	<input type="checkbox"/> [2] ungelernter Arbeiter, der nicht als Facharbeiter tätig ist	
<input type="checkbox"/> [3] angelernter Arbeiter im anerkannten Anlernberuf	<input type="checkbox"/> [4] Facharbeiter	<input type="checkbox"/> [5] Meister, Polier	
<input type="checkbox"/> [6] Angestellter	<input type="checkbox"/> [7] Beamter o.ä.	<input type="checkbox"/> [8] Selbständiger	
2.4 Arbeit vor Antragstellung oder vor Arbeitsunfähigkeit			
<input type="checkbox"/> [0] nicht erwerbstätig oder länger als 12 Monate arbeitsunfähig krank (nicht ankreuzen, wenn 6 oder 7 zutrifft)	<input type="checkbox"/> [1] Ganztagsarbeit ohne Wechselschicht/ Akkord/Nachtschicht	<input type="checkbox"/> [2] Ganztagsarbeit mit Wechselschicht/ Akkord	
<input type="checkbox"/> [3] Ganztagsarbeit mit Nachtschicht	<input type="checkbox"/> [4] Teilzeitarbeit unter 20 Wochenstunden	<input type="checkbox"/> [5] Teilzeitarbeit 20 Wochenstunden und mehr	
<input type="checkbox"/> [6] ausschließlich Hausfrauentätigkeit	<input type="checkbox"/> [7] arbeitslos im Sinne des SGB III (Arbeitsförderung)	<input type="checkbox"/> [8] Heimarbeit	<input type="checkbox"/> [9] Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen

2.5 Anzahl früherer stationärer Heilbehandlungen durch einen Rentenversicherungsträger _____ oder durch _____

2.6 Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

[0] nein [1] ja

Integrationsamt / Aktenzeichen

2.7 Stehen Sie in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen oder erhalten Sie Versorgungsbezüge aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis oder aus einem Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Versorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen?

nein ja

Name und Anschrift des Dienstherrn bzw. Trägers der Versorgungslast

3. Angaben über die Beitragsleistung zur Rentenversicherung _____ VSNR

3.1 Haben Sie Beiträge entrichtet zur

	nein	ja	von/bis
Deutsche Rentenversicherung Bund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Deutsche Rentenversicherung _____ _____ (Land angeben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knappschaft Bahn See	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
landwirtschaftlichen Alterskasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sozialversicherung außerhalb des Bundesgebietes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

in welchem Land _____

3.2. Sind Ihnen Rentenversicherungsbeiträge erstattet worden?

nein ja

im Jahre _____ Rentenversicherungsträger _____

3.3 Wurde eine Ehe nach dem 30.06.77 aufgelöst und ist hierbei über den Versorgungsausgleich (Übertrag oder Begründung von Anwartschaften in der Gesetzlichen Rentenversicherung) entschieden worden

nein ja

Name des Versicherungsträgers, der in der Entscheidung des Familiengerichtes genannt ist

3.4 Haben Sie Anspruch auf eine Nachversicherung nach § 8 SGB VI

nein ja

Gegenüber welcher Seite

3.5 Haben Sie Kinder erzogen?

nein (bitte weiter bei Frage 4.1)

ja
Geburtsdaten der Kinder
- Weitere Beantwortung nur, wenn Kinder vor dem 01.01.84 geboren wurden -

3.6 Wurde die Anrechnung von Kindererziehungszeiten geltend gemacht?

nein

ja, und zwar für mich meinen Ehegatten eine andere Person (Adoptiv-, Stief-, Pflegemutter bzw. -vater)
bei (bitte Rentenversicherungsträger eintragen)

4. Bezug von Renten, Leistungen nach dem SGB III (Arbeitsförderung)

4.1. Beziehen Sie aus der deutschen gesetzlichen Rentenversicherung oder Altershilfe für Landwirte eine Versicherungsrente?
Versicherungsanstalt _____ Renten-(Akten-)Zeichen _____

nein ja

Haben Sie einen Antrag gestellt?
bei welcher Stelle

<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente/ vorzeitiges Altersgeld	<input type="checkbox"/> Altersruhegeld bzw. Altersgeld	<input type="checkbox"/> Bergmannsrente/ Knappschaftsausgleichsleistung
--	--	--

nein ja

<input type="checkbox"/> Erwerbsminderungsrente/ vorzeitiges Altersgeld	<input type="checkbox"/> Altersruhegeld bzw. Altersgeld	<input type="checkbox"/> Bergmannsrente/ Knappschaftsausgleichsleistung
--	--	--

Beabsichtigen Sie, in den nächsten 6 Monaten Altersruhegeld (auch vorgezogenes Altersruhegeld) zu beantragen?

nein ja

4.2 Beziehen Sie eine Verletztenrente aus der gesetzlichen Unfallversicherung?
Rentenbeginn Unfallversicherungsträger Renten-(Akten-)Zeichen

nein ja _____

Haben Sie einen Antrag gestellt?
Bei welcher Stelle

nein ja _____

4.3 Beziehen Sie Arbeitslosengeld I Beziehen Sie sonstige Leistungen nach dem SGB III?
 nein ja nein ja

Beziehen Sie Arbeitslosengeld II wenn ja, welche?
 nein ja

5. Sonstige Angaben

5.1 Sind Leiden als Folge von Kriegseinwirkung, Wehr- oder Zivildienstbeschäftigung, als Folge eines Arbeitsunfalls, als Berufskrankheit, als Verfolgungsleiden nach dem Bundesentschädigungsgesetz, als Impfschäden oder als Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über Entschädigung für Opfer von Gewalttaten anerkannt worden?
von welcher Stelle Aktenzeichen

nein ja _____

Haben Sie einen Antrag gestellt?
Bei welcher Stelle Aktenzeichen

nein ja _____

5.2 Sind Leiden als Folge einer durch Dritte verursachten Körperverletzung bzw. Krankheit (z.B. eines Verkehrsunfalls, eines sonstigen Unfalls, einer Ansteckung)?

nein ja

Haben Sie Schadensersatzansprüche geltend gemacht?
Bei welcher Stelle

nein ja _____

6. Zahlungsempfänger bei Überweisung

Bank/Sparkasse/Postamt	Kontonummer	Bankleitzahl
Anschrift	Kontoinhaber	

7. Erklärung des Versicherten

7.1 Ich versichere, dass ich sämtliche Angaben wahrheitsgemäß nach besten Wissen und Gewissen gemacht habe. Mir ist bekannt, dass wissentlich falsche Angaben die Gewährung von Leistungen ausschließen können.

Ich verpflichte mich, jede Wohnungsänderung und alle Veränderungen in meinen wirtschaftlichen Verhältnissen (z.B. Leistungen aus der gesetzlichen Renten-, Unfall- und Krankenversicherung, nach dem Sozialgesetzbuch SGB XII, nach dem Bundesversorgungsgesetz usw.) dem Leistungsträger sofort mitzuteilen.

Mit der Auszahlung einer etwaigen Barleistung (Kranken- oder Übergangsgeld) an meine Familienangehörigen bin ich einverstanden.

Den Hinweis auf Seite 1 des Antrags habe ich zur Kenntnis genommen.

7.2 Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ärztliche und psychologische Untersuchungsunterlagen von den Stellen und Ärzten angefordert werden können, die ich im Antrag angegeben habe oder die aus eingereichten Unterlagen ersichtlich sind. Ferner verpflichte ich mich, solche ärztlichen Untersuchungen, die während des Verfahrens von einer anderen Stelle veranlasst werden, bekannt zu geben. Dazu gehören auch Aufenthalte in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte. Mit meiner Bekanntgabe erkläre ich mich bereit, dass auch von diesen Stellen Unterlagen angefordert werden können.

7.3 Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben z.B. einen anderen Gutachter oder an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkasse, Rentenversicherungsträger, Agentur für Arbeit, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzlichen Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 Nr. 1 SGB X i.V.m. § 76 Abs. 2 SGB X);
- ich dem jedoch widersprechen kann;
- bei einem Widerspruch aber die Folgen fehlender Mitwirkung eintreten können (§ 66 SGB I)

Ort / Datum _____

Unterschrift _____

8. An den zuständigen Träger

(siehe Ziffer 1.2)

Hiermit wird der Antrag auf Leistungen in einer Rehabilitationseinrichtung für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK) übersandt. Die nach der Empfehlungsvereinbarung erforderlichen Gutachten bzw. Arztbriefe

- des bisher behandelnden psychiatrischen Krankenhauses oder der bisher behandelnden psychiatrischen Abteilung eines Allgemeinen Krankenhauses oder in Ausnahmefällen des bisher behandelnden Psychiaters
- der voraussichtlich aufnehmenden RPK

sind beigelegt.

Sonstige ärztliche Gutachten und Befundberichte

liegen nicht vor sind beigelegt

Datum, Unterschrift, Stempel der RPK - Einrichtung

Nach Eingang des Antrages von der Krankenkasse auszufüllen zur eventuellen Abgabe an den Rentenversicherungsträger.

9. Bescheinigung der Krankenkasse

9.1 Name und Anschrift des letzten Arbeitgebers

9.2 Beitragsleistung* zur gesetzlichen Rentenversicherung *ausgenommen sind Beiträge nach § 170 SGB VI
letzter Beitrag (Monat/Jahr)

zur Deutschen Rentenversicherung Bund Deutschen Rentenversicherung _____

9.3 War der Versicherte in den der Antragstellung vorausgegangenen 24 Kalendermonaten wenigstens 6 Kalendermonate versicherungspflichtig beschäftigt? (Angabe, soweit möglich)

nein ja wenn ja,

9.4 War der Antragsteller in den letzten 3 Jahren arbeitsunfähig? (jeweilige Diagnose)*

nein ja von/bis _____

Ist der Antragsteller z.Z. arbeitsunfähig?

Bezieht der Antragsteller Krankengeld?

nein ja seit _____ nein ja seit _____ tgl. € _____

9.5 Stempel der Krankenkasse, Unterschrift

Institutionskennzeichen

Datum

* ggf. gesondertes Blatt benutzen

Vorlauf - Prognostische Stellungnahme

Antwortschreiben

RPK ArbeitsLeben
Ludovica-von-Stumm-Straße 6
36381 Schlüchtern

Prognostische Stellungnahme zum Erfolg einer RPK-Maßnahme

Frau/Herr _____ geb. am _____

Wohnhaft _____

wird seit dem _____ von mir fachärztlich behandelt.

Diagnosen:	ICD:

Frau/Herr _____ gehört zum Personenkreis, der in der Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und behinderte vom 29. September 2005 beschrieben ist (siehe Seite 2). Sie/Er ist nicht krankenhauspflegebedürftig, nicht geistig behindert und nicht primär suchtkrank.

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Die Maßnahme dient dazu, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern

Oder: Aus meiner Sicht besteht eine gute Erfolgsaussicht bezüglich der Eingliederung in einen der drei Bereiche:

- Rehawerkstatt (WfbM)
- begleiteter Arbeitsplatz (z. B. Betreuung durch Integrationsfachdienst)
- Allgemeiner Arbeitsmarkt (auch Selbsthilfefirma)

Ort, Datum

Unterschriften für die Seiten 1 bis 4

Praxisstempel

RPK - Empfehlungsvereinbarung vom 29. September 2005
über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger
und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit
bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe
in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen.
(Beschreibung der Zielgruppe)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben kommen vor allem für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen/Störungen mit ausgeprägten Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen) und daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe in Betracht.

Hinsichtlich der Diagnosen nach ICD 10 stehen im Vordergrund:

- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- affektive Störungen
- schwere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Weiterhin kommen im Einzelfall in Frage:

- sonstige psychische Störungen auf Grund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen auf Grund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
- neurotische Störungen.

Hierbei handelt es sich um psychisch kranke und behinderte Menschen,

- die nach klinischer Behandlung zur Stabilisierung und Anpassung an die Anforderungen des Alltags noch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie zur Teilhabe am Arbeitsleben bedürfen
- die durch ihre Krankheit oder Behinderung rehabilitative Angebote brauchen, welche die Selbstversorgungsfähigkeiten und soziale Kompetenzen stärken, Versagensängste abbauen, Selbstvertrauen fördern und die Motivation zur Eingliederung in Gesellschaft, Arbeit und Beruf aufbauen
- die nach mehreren psychiatrischen Krankenhausaufenthalten zwar zunächst wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren, aber wegen Überforderung Rückfälle erleiden und bei denen beruflicher Abstieg oder Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit drohen oder eingetreten sind
- die vor Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben einer Stabilisierung des Leistungsvermögens bedürfen
- die während der Schul- oder Berufsausbildung durch psychische Erkrankungen gescheitert sind, unregelmäßig gearbeitet haben und somit keinen Standort im Berufsleben gefunden haben
- die als Folge ihrer psychischen Krankheit oder Behinderung nicht zu einem möglichst selbständigen Leben gekommen sind, notwendige tragfähige Beziehungen zu Verwandten, Freunden, Partnern und Kollegen nicht aufbauen konnten und daher von Isolation, verbunden mit erhöhtem Rückfallrisiko, bedroht sind
- bei denen durch gezielte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Pflegebedürftigkeit vorgebeugt, nach Eintritt beseitigt, gebessert oder eine Verschlimmerung verhütet werden kann.

Intelligenzminderung und Entwicklungsstörungen sind primär kein Anlass für eine Rehabilitationsmaßnahme im Sinne der Empfehlungsvereinbarung. Auf die Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation vom 22. Januar 2004 zur Abgrenzung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie auf die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04. Mai 2001 bei primär durch psychotrope Substanzen entstandenen Störungen sei verwiesen.

<p>1. (Zutreffendes bitte ankreuzen) Besitzt der Patient ein Störungsverständnis (besteht Einsicht in die Diagnose?)?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bemerkungen
<p>2. Besteht eine Medikamenten- und Therapiekonkordanz?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bemerkungen:
<p>3. Benutzt der Patient regelmäßig oder missbräuchlich Suchtmittel (legal oder illegal)?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bemerkungen:
<p>4. Ist der Patient ausreichend selbst motiviert?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bemerkungen:
<p>5. Verbindet der Patient die RPK-Maßnahme mit einer Veränderung seiner Befindlichkeit?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bemerkungen:
<p>6a. Ist der Patient in der Lage, ein Angebot für eine angemessene Tagesstruktur anzunehmen (regelmäßige Teilnahme an therapeutischen Angeboten, morgendliches Erwachen)?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bemerkungen:
<p>6b. Ist der Patient ausreichend belastbar, um täglich mindestens eine 3-Stunden-Einheit Arbeitstherapie zu bewältigen?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bemerkungen:
<p>7. Verfügt der Patient über lebenspraktische Fähigkeiten (Wohnbereich reinigen, Wäsche waschen, Körperpflege, Ernährung, Einkaufen)?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bemerkungen:
<p>8. Kann sich der Patient als Teil einer Gruppe verstehen und sich in diese integrieren?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bemerkungen:
<p>9. Erscheint die derzeitige Wohnform des Patienten therapeutisch sinnvoll?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bemerkungen:
<p>10. Ist der Patient in der Lage, einen Pkw bzw. öffentliche Verkehrsmittel ohne Hilfe zielgerichtet zu nutzen?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Bemerkungen:
<p>11. Über welches Funktionsniveau verfügt der Patient? (GAF)</p>	Bemerkungen:	

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

**Differentialindikation: ambulant – stationär
nach den Empfehlungsvereinbarungen vom 29. September 2005**

Sofern Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und/oder zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erbringen sind, sollen die folgenden Kriterien in die Entscheidungsfindung, ob eine ambulante oder stationäre Maßnahme angezeigt ist, einbezogen werden. Diese Entscheidung setzt ausreichende Informationen über den Rehabilitanden, den aktuellen physischen und psychischen Zustand, den Verlauf der Erkrankung, seine Motivation und seine soziale Situation voraus.

a) Eine **ambulante** medizinische Rehabilitation bzw. **ambulante** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- Die Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe liegen in einem Grad der Ausprägung vor, dass eine ambulante Rehabilitation Erfolg versprechend ist und eine stationäre Rehabilitation nicht oder nicht mehr erforderlich ist.
- Das soziale Umfeld des Rehabilitanden hat (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden.
- Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den therapeutischen Prozess zu erwarten sind.
- Der Rehabilitand ist beruflich (noch) ausreichend integriert. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit ambulante Maßnahmen nicht aus. Die sich abzeichnende Notwendigkeit zur Reintegration in das Erwerbsleben wird durch eine wohnortnahe Rehabilitation unterstützt.
- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit
 - zur aktiven Mitarbeit
 - zur regelmäßigen Teilnahme und
 - zur Einhaltung des Therapieplansin Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Rehabilitation vorhanden sind.
- Der Rehabilitand ist bereit und in der Lage, am ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.
- Ausreichende Mobilität ist vorhanden, d.h. die tägliche An- und Abfahrt z.B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Der Rehabilitand muss in der Lage sein, innerhalb einer angemessenen Zeit (maximal 60 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurück zu kehren. In der Phase der beruflichen Rehabilitation gelten grundsätzlich die Anhaltswerte des § 121 SGB III. Abweichungen hiervon bedürfen einer medizinischen Begründung.

b) Eine **stationäre** medizinische Rehabilitation bzw. **stationäre** Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben kommen insbesondere in Betracht, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen:

- Es bestehen ausgeprägte Schädigungen (einschließlich psychischer Funktionen), Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, die eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation in Frage stellen.
- Die Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (z.B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
- Das soziale Umfeld des Rehabilitanden hat keine unterstützende Funktion.
- Der Rehabilitand ist beruflich nicht integriert und bedarf infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung, die ambulant nicht erbracht werden können.
- Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeiten
 - zur aktiven Mitarbeit
 - zur regelmäßigen Teilnahme oder
 - zur Einhaltung des Therapieplansin Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Rehabilitation nicht ausreichend vorhanden sind.

(Zutreffendes bitte ankreuzen)