

## INFORMATIONEN FÜR DIE PRAXIS

### Medizinische Rehabilitation

März 2016

#### Reha-Verordnung wird ab April einfacher: Neues Formular 61 – Abrechnungsgenehmigung entfällt

Die Verordnung medizinischer Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wird ab April 2016 einfacher. Das Formular 60 entfällt, und die Verordnung erfolgt direkt und ohne Umwege auf dem neuen Formular 61. Zudem dürfen dann alle Vertragsärzte eine Rehabilitation verordnen, der Nachweis einer zusätzlichen Qualifikation ist nicht mehr erforderlich.

Was sich genau ändert und was Ärzte dazu wissen sollten, ist nachfolgend zusammengestellt. Zudem wird das überarbeitete Formular 61 vorgestellt.

#### DAS ÄNDERT SICH

##### Zweistufiges Verfahren entfällt

Das umständliche und zeitraubende zweistufige Verfahren wird abgeschafft: Formular 60 zur Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten – „der Antrag auf den Antrag“ – fällt weg. Bisher müssen es Ärzte nutzen, um vor der Verordnung prüfen zu lassen, ob die GKV leistungsrechtlich zuständig ist oder etwa die Renten- oder Unfallversicherung. Diese Prüfung ist nicht mehr vorgeschrieben.

##### Keine zusätzliche Qualifikation mehr für Ärzte

Ab 1. April dürfen alle Vertragsärzte eine medizinische Rehabilitation zulasten der GKV verordnen. Der Nachweis einer zusätzlichen Qualifikation ist nicht mehr erforderlich. Vertragsärzte haben nun auch ohne zusätzliche Qualifikation die Möglichkeit, ihren Patienten eine Rehabilitationsmaßnahme zu verordnen. Bislang mussten Patienten zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitation zulasten der GKV die Vertragsärzte aufsuchen, die zwar über eine Qualifikation verfügen, aber die Lebensumstände der Patienten im Zweifelsfall nicht kannten.

##### Nur noch ein Formular ausfüllen

Es gibt ab April nur noch das Formular 61 für die Verordnung medizinischer Rehabilitation zulasten der GKV. Es wurde überarbeitet und vereinfacht:

- Der Umfang der Verordnung hat sich von vier Seiten auf drei Seiten verringert (Teil B-D).
- Das neue Deckblatt (Teil A) können Ärzte verwenden, um bei Bedarf eine Beratung des Patienten durch dessen Krankenkasse zu veranlassen. Sie können damit auch eine Prüfung veranlassen, wenn Unsicherheit besteht, ob beim Patienten die GKV zuständig ist.

Verordnung  
von Reha wird  
einfacher

Formular 60  
fällt weg

Alle Ärzte  
verordnen Reha

Formular 61  
überarbeitet



## Fortbildungsangebote

Um Vertragsärzte bei der Verordnung medizinischer Rehabilitation zu unterstützen, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen Fortbildungsveranstaltungen anbieten. Ziel ist es, spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) zu erwerben und zu vertiefen. Darüber hinaus werden die Rahmenbedingungen der medizinischen Rehabilitation im System der GKV erläutert. Fallbeispiele runden das Fortbildungsangebot ab. Die Teilnahme an einer Fortbildung ist für Ärzte freiwillig.

Die KBV plant, eine zertifizierte Online-Fortbildung anzubieten. Sie wird im KBV-Fortbildungsportal, das sich im Sicherem Netz für Ärzte und Psychotherapeuten befindet, abrufbar sein.

## SO ERFOLGT DIE VERORDNUNG AB APRIL

Die Neuerung bedeutet, dass Vertragsärzte eventuell zum ersten Mal eine medizinische Rehabilitation zulasten der GKV verordnen. Nachfolgend sind die Grundlagen der Verordnung und Beispiele für die Zuständigkeit der GKV zusammengestellt.

## Voraussetzung für medizinische Rehabilitation

Eine medizinische Rehabilitation kann erforderlich sein, wenn krankheitsbeziehungsweise behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bestehen oder drohen. Das kann zum Beispiel bei einer Hüftgelenksarthrose (Coxarthrose) oder bei einer Herzinsuffizienz der Fall sein. Rehabilitationsleistungen sind Aufgabe der Sozialversicherungsträger, das heißt vor allem der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung.

## Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung

Die GKV ist zuständig:

- wenn keine Verminderung der Erwerbsfähigkeit vorliegt oder droht (Zuständigkeit der gesetzlichen Rentenversicherung)
- wenn kein Arbeitsunfall und keine Berufskrankheit vorliegt (Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung)
- bei Rehabilitationsleistungen für Altersrentner, denn diese sollen nach Unfall oder Krankheit so lange wie möglich in gewohnter Umgebung leben und die Chance erhalten, aktiv am Leben teilzuhaben
- bei Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter, wenn es sich nicht um eine reine Vorsorge handelt, sondern schon eine Beeinträchtigung vorliegt und die Rehabilitation medizinisch notwendig ist
- bei Rehabilitationsleistungen für Kinder und Jugendliche, wenn dies medizinisch notwendig ist (grundsätzlich gleichrangige Zuständigkeit GKV und Rentenversicherung)

## Beispiel Altersrentnerin zulasten der GKV (Reha nach § 40 SGB V)

Eine 68-Jährige hat seit einem halben Jahr bei bekannter Spinalkanalstenose und beginnender Coxarthrose beidseitig tief sitzende Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Oberschenkel und Anlaufschmerzen, die sich beim

Ärzte können sich fortbilden

Verordnung Schritt für Schritt

Dauerhafte Beeinträchtigung besteht oder droht

Zuständigkeit der GKV

Beispiel Patientin in Altersrente



Gehen und Treppensteigen verstärken. Da sie sich deshalb wenig bewegt, nimmt sie kontinuierlich an Gewicht zu, Adipositas Grad 1. Sie hat ein Haus mit Treppenstufen in ländlicher Region, kann die nächste Krankengymnastik nur mit dem Bus erreichen, wobei das Ein- und Aussteigen schmerzhaft ist.

Damit die Patientin weiterhin in ihrer gewohnten Umgebung leben kann und die Chance erhält, ihre alltäglichen Aufgaben auch künftig ohne fremde Hilfe auszuführen und aktiv am Gemeinschaftsleben teilzuhaben, insbesondere in ihrer Kirchengemeinde, kann der Arzt eine medizinische Rehabilitation mit der Indikation muskuloskeletale Erkrankungen zulasten der GKV verordnen. Ziele sind Schmerzreduktion, Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, Ausdauertraining und das Einüben eines den Rücken schonenden Verhaltens, um über eine Verbesserung der Mobilität ihre Teilhabe zu verbessern.

### Beispiel Mutter-Kind-Maßnahme zulasten der GKV (Reha nach § 41 SGB V)

Eine Patientin klagt über Kopf- und Rückenschmerzen, Müdigkeit, Lustlosigkeit und Gereiztheit. Sie ist arbeitslos, alleinerziehend und sagt, ihre Kinder hören nicht auf sie. Die Wohnverhältnisse sind beengt, das Geld ist knapp. Sie zieht sich immer mehr zurück, meidet Kontakte zu Freunden und Nachbarn. Die Patientin befindet sich schon seit Jahren immer mal wieder in der Behandlung eines Neurologen wegen rezidivierender depressiver Episoden. Derzeitige Medikation: Lithium, begleitend findet seit sechs Monaten Psychotherapie statt. Aktuell sieht der Hausarzt keine Anzeichen für eine akute depressive Episode, stellt aber ein Erschöpfungssyndrom sowie eine Adipositas Grad 1 fest. Diagnostisch fand sich kein organisches Korrelat für die beklagten Kopf- und Rückenschmerzen (CCT und MRT unauffällig).

Aufgrund der schon längere Zeit bestehenden somatoformen Beschwerdesymptomatik mit nun zunehmender Beeinträchtigung ihrer persönlichen Teilhabe (Rückzugstendenzen) und der Beziehung zu ihren Kindern kann der Arzt eine medizinische Rehabilitation mit psychosomatischer Ausrichtung in Form einer Mutter-Kind-Maßnahme zulasten der GKV verordnen. Ziele sind die Verringerung der Kopf- und Rückenschmerzen, Verfestigung der in der Psychotherapie vermittelten Bewältigungsstrategien, Einleitung einer Verhaltensänderung bezüglich ihrer Ess- und Bewegungsgewohnheiten zur Gewichtsreduktion und eine Verbesserung des Verhältnisses zu ihren Kindern.

### Das Ausfüllen des neuen Formulars 61 – so gehen Ärzte vor

- **Nur Teil A ausfüllen:** Wenn Ärzte eine Reha-Beratung für ihren Patienten bei dessen Krankenkasse veranlassen wollen, füllen sie nur Teil A aus und übermitteln ihn an die Krankenkasse. Die Teile B-D müssen nicht ausgefüllt und auch nicht mitgeschickt werden.
- **Zunächst nur Teil A ausfüllen:** Wenn in der Praxis nicht klar ist, ob die GKV für den Patienten zuständig ist, können Ärzte – wie bisher auch – die Zuständigkeit prüfen lassen. Dazu füllen sie zunächst nur Teil A aus und übermitteln ihn an die Krankenkasse. Die Teile B-D müssen zunächst nicht ausgefüllt und auch nicht mitgeschickt werden.
- **Teil B-D ausfüllen:** Wenn klar ist, dass die gesetzliche Krankenversicherung für die Rehabilitationsleistung zuständig ist, füllen Ärzte Teil B-D aus und übermitteln sie an die Krankenkasse. Teil A müssen sie nicht ausfüllen und auch nicht mitschicken.

Beispiel Mutter-Kind-Maßnahme

Zur Beratung nur Teil A verwenden

Zur Prüfung der Zuständigkeit nur Teil A nutzen

Zur Verordnung von Reha Teil B-D verwenden



## Hinweise zum Ausfüllen der Teile B bis D

Auf Teil B-D werden alle notwendigen Angaben für die Reha-Verordnung abgefragt. Die Verordnung gliedert sich in sieben Abschnitte:

- **Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen:** Hier geben Ärzte alle relevanten Diagnosen verschlüsselt nach ICD-10-GM an. Reicht die Verschlüsselung nicht aus, stehen Freitextfelder zur Verfügung, um zusätzliche Angaben zu machen.
- **Rehabilitationsbedürftigkeit und Verlauf der Krankenbehandlung:** Hier schildern Ärzte kurz die Krankengeschichte und listen Schädigungen und Befunde auf, die für die Rehabilitation relevant sind. Sie können hier etwa rehabilitationsrelevante Hilfsmittel, Arzneimittel, aber auch andere Maßnahmen (z.B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Selbsthilfeangebote) angeben. Zudem können negativ und/oder positiv wirkende Faktoren notiert werden (z.B. in einer Familie lebend oder soziale Isolation). Auch Risikofaktoren und Gefährdungen können angegeben werden (z.B. Übergewicht).
- **Rehabilitationsfähigkeit:** Hier geben Ärzte an, ob ihr Patient ausreichend belastbar und in der Verfassung ist, eine Reha zu absolvieren.
- **Rehabilitationsziele:** Hier ist anzugeben, welche Ziele mit der Rehabilitationsleistung erreicht werden sollen (z.B. Gehen kurzer Strecken).
- **Rehabilitationsprognose:** Hier geben Ärzte an, ob die formulierten Ziele durch die empfohlene Leistung und im vorgesehenen Zeitraum voll oder gegebenenfalls nur eingeschränkt erreicht werden können.
- **Zuweisungsempfehlungen:** Hier geht es beispielsweise darum, ob und welche Anforderungen die Reha-Einrichtung erfüllen soll.
- **Sonstige Angaben:** Hier geht es um Angaben beispielsweise zur Reisefähigkeit oder zum Bestehen einer Schwangerschaft.

## Formular in Software hinterlegt – Vordrucke bestellen

Das neue Formular 61 ist ab 1. April 2016 in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt. Es kann somit direkt am Computer ausgefüllt werden. Praxen, die Vordrucke benötigen, können diese über ihre regulären Bezugsquellen beziehen. Praxen, die die Blankoformularbedruckung nutzen, können die Formulare selbst erstellen. Sie können entscheiden, ob sie Teil B-D ausdrucken oder Teil A. Die neuen Formulare gelten ab 1. April 2016, alte Vordrucke dürfen dann nicht mehr benutzt werden.

## Vergütung für das Ausstellen der Verordnung

Für das Ausstellen einer Verordnung auf den Teilen B-D erhalten Vertragsärzte eine Vergütung von 31,52 Euro (GOP 01611; 302 Punkte; ändert sich nicht durch das neue Formular). Die Vergütung erfolgt nicht extrabudgetär.

## Weitere Informationen

Das neue Formular 61 kann in der Vordruckmustersammlung auf der KBV-Internetseite eingesehen werden unter [www.kbv.de/html/formulare.php](http://www.kbv.de/html/formulare.php). Dort sind auch die Vordruckerläuterungen abrufbar. Informationen zum Thema Rehabilitation stehen online bereit unter: [www.kbv.de/html/rehabilitation.php](http://www.kbv.de/html/rehabilitation.php).

Hinweise zum Ausfüllen

Formular ist im PVS hinterlegt

Vergütung

Ansichtsmuster und Weiteres im Internet

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

### Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

**Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.**

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1.			
2.			
3.			
<b>B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen</b>			
4.			
5.			
6.			

MUSTER

**\* Seitenlokalisierung**  
 R = rechts  
 L = links  
 B = beidseits

**\*\* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)**  
 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall  
 2 = Berufskrankheit  
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)  
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst  
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

## II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

**Beratung der/des Versicherten**  
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

**Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**  
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum

T	T	M	N	J	J
---	---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

# Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse**  
 Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung. Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.  
**Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.**

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

\* **Seitenlokalisierung**  
 R = rechts  
 L = links  
 B = beidseits

\*\* **Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)**  
 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall  
 2 = Berufskrankheit  
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)  
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst  
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

## II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

**Beratung der/des Versicherten**  
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

**Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**  
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig:

- Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)
- Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

**Bitte vor der Beschriftung der Formulare diese Fußleiste abreißen und die 4 Einzelsätze voneinander trennen**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit  
(z. B. *Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner*)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1.			
2.			
3.			
<b>B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen</b>			
4.			
5.			
6.			

\* **Seitenlokalisation**  
 R = rechts  
 L = links  
 B = beidseits

\*\* **Mögliche Ursache der Erkrankung**  
 (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall  
 2 = Berufskrankheit  
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)  
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst  
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

## II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

**A. Kurze Angaben zur Anamnese** (insbesondere Beginn und Verlauf)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde** (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten** (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

**E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

nein     ja, welche? \_\_\_\_\_

**F. Andere Maßnahmen** (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

\_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

# Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit  
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
<b>B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen</b>			
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

\* **Seitenlokalisation**  
 R = rechts  
 L = links  
 B = beidseits

\*\* **Mögliche Ursache der Erkrankung**  
 (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall  
 2 = Berufskrankheit  
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)  
 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst  
 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

## II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

**A. Kurze Angaben zur Anamnese** (insbesondere Beginn und Verlauf)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde** (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten** (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

**E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

nein       ja, welche? \_\_\_\_\_

**F. Andere Maßnahmen** (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

\_\_\_\_\_

Ausfertigung für den Vertragsarzt

**G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe**

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Lernen und Wissensanwendung</b> (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunikation</b> (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b>	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gemeinschaftsleben und soziales Leben</b> (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**H. Kontextfaktoren****1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren**

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

  
  

**2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel Fehlhaltung	<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Untergewicht	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin
<input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol) <input type="text"/>				

**G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe**

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Lernen und Wissensanwendung</b> (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Kommunikation</b> (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b>	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gemeinschaftsleben und soziales Leben</b> (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**H. Kontextfaktoren**

- 1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren**  
 (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

---



---



---

**2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

- Bewegungsmangel Fehlhaltung   
  Übergewicht   
  Untergewicht   
  Medikamente   
  Nikotin  
 Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)

### III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

 ja

 nein

### IV. Rehabilitationsziele

#### A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

---



---

#### B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

---

### V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja  eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

---

### VI. Zuweisungsempfehlungen

#### A. Empfohlene Rehabilitationsform

 ambulant

 ambulant-mobil

 stationär

 Mütter-Leistung

 Väter-Leistung

 als Mutter-Kind-Leistung

 als Vater-Kind-Leistung

#### B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

nein  ja, welche?

---

### VII. Sonstige Angaben

#### A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

 neuer Indikation

 Verschlimmerung bei gleicher Indikation

#### B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

 ja

 nein

#### C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

 ja

 nein

#### D. Reisefähigkeit

 öffentliche Verkehrsmittel

 PKW erforderlich

 Begleitperson erforderlich

#### E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

---



---

#### F. Rückruf erbeten unter

Für das Ausstellen der ärztlichen  
Verordnung (Teil B-D)  
ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit**

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit  ja  nein

**IV. Rehabilitationsziele**

**A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen**

\_\_\_\_\_

**B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten**

\_\_\_\_\_

**V. Rehabilitationsprognose**

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja  eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) \_\_\_\_\_

**VI. Zuweisungsempfehlungen**

**A. Empfohlene Rehabilitationsform**

ambulant  ambulant-mobil  stationär  
 Mütter-Leistung  Väter-Leistung  als Mutter-Kind-Leistung  als Vater-Kind-Leistung

**B. Weitere Bemerkungen/Begründungen** (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

**VII. Sonstige Angaben**

**A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund**

neuer Indikation  Verschlimmerung bei gleicher Indikation

**B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig**

ja  nein

**C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert**

ja  nein

**D. Reisefähigkeit**

öffentliche Verkehrsmittel  PKW erforderlich  Begleitperson erforderlich

**E. Sonstiges** (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**F. Rückruf erbeten unter** \_\_\_\_\_

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

**Ausfertigung für den Vertragsarzt**

Datum  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes