KBV

KASSENÄRZTLICHE
BUNDESVEREINIGUNG

MEDIZINISCHE REHABILITATION

HINWEISE ZUR VERORDNUNG FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

AKTUALISIERTE AUSGABE 2025

PraxisWissen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

medizinische Rehabilitation soll Ihre Patientinnen und Patienten wieder in die Lage versetzen, den Alltag eigenständig zu meistern. Alles Wichtige zur Verordnung ist in diesem Serviceheft, das jetzt aktualisiert und erweitert wurde, zusammengefasst.

Die Besonderheiten bei der Verordnung von geriatrischer Rehabilitation stellen wir Ihnen in einem Fokus näher vor. Sie soll älteren Menschen, in der Regel ab 70 Jahren, den Zugang zur Reha erleichtern und ihnen ein für ihre Altersgruppe zugeschnittenes Angebot bieten. Auch wegen des demografischen Wandels gewinnt diese Form der Reha an Bedeutung. Welche Diagnosen vorliegen müssen, welche Funktionstests Ärztinnen und Ärzte jeweils durchführen können und was alles dazu gehört, wird ab Seite 14 vorgestellt.

Bereits die erste Ausgabe dieser Broschüre stieß auf große Resonanz. Denn das Serviceheft informiert nicht nur über die Reha-Verordnung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch über die Besonderheiten bei der Rentenversicherung. Dies wurde beibehalten.

Auch daran hat sich nichts geändert: Nach wie vor dürfen alle Vertragsärzte Reha-Leistungen verordnen, wenn diese medizinisch notwendig sind. Vertragspsychotherapeuten dürfen psychosomatische Rehabilitation und Rehabilitation für psychisch kranke Menschen verordnen, wenn bestimmte psychische Indikationen vorliegen.

Übrigens: Ärzte und Psychotherapeuten können eine Reha auch in der Videosprechstunde verordnen und die dafür im EBM vorgesehene Gebührenordnungsposition abrechnen.

Dieses Serviceheft ist Teil der Reihe „Hinweise zur Verordnung“, in der bereits Ausgaben zu anderen verordnungsfähigen Leistungen, zum Beispiel Heilmitteln, erschienen sind.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

Ihre Kassenärztliche Bundesvereinigung

INHALT

Patienten stärken	**Seite 3**
Auf einen Blick: Das leistet Reha	Seite 5
Richtig verordnen	**Seite 6**
Wichtige Regeln und Grundlagen	Seite 6
Krankenversicherung	Seite 8
› Beispiele aus der Praxis	Seite 10
› Fokus: Geriatrische Rehabilitation	Seite 14
› Übersicht Funktionstests	Seite 16
Rentenversicherung	Seite 22
› Beispiel aus der Praxis	Seite 25
Service	**Seite 26**

In der Broschüre wird in der Regel nur von Vertragspsychotherapeuten beziehungsweise Psychotherapeuten gesprochen. Soweit nicht anders gekennzeichnet, sind damit Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeint.

PATIENTEN STÄRKEN

Wieder in der Lage zu sein, die Herausforderungen des Alltags eigenständig zu meistern: das ist das Ziel von medizinischer Rehabilitation. Sie erfolgt unter ärztlicher Leitung und Verantwortung, wobei wichtige Kontextfaktoren wie die Familie und das Wohnumfeld des Patienten oder individuelle Bewältigungsstrategien berücksichtigt werden.

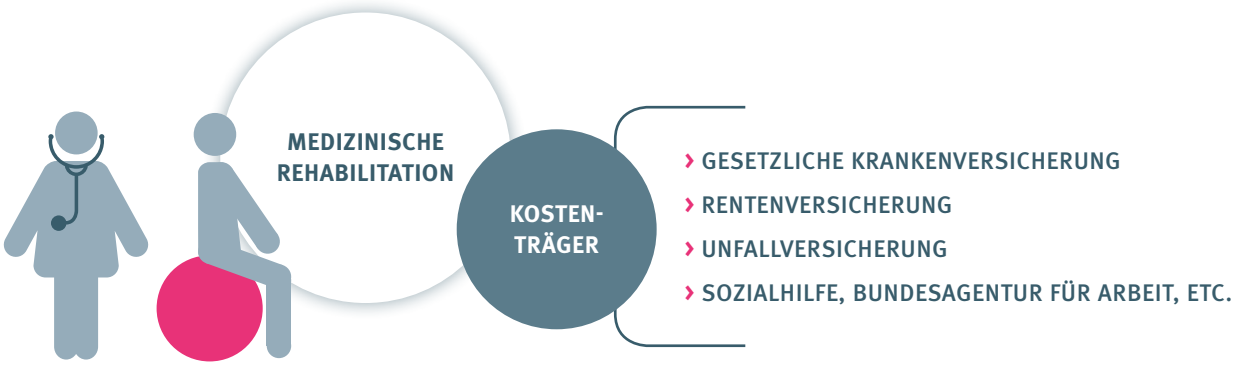
Auf medizinische Reha-Leistungen haben gesetzlich Versicherte Anspruch, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Voraussetzung ist die medizinische Notwendigkeit. Kostenträger sind neben den gesetzlichen Krankenkassen vor allem die Rentenversicherung und die Unfallversicherung.

In der Regel sind die Krankenkassen zuständig bei Reha-Leistungen für Altersrentner sowie für Mütter und Väter (Mutter-/Vater-Kind-Leistungen). Reha-Leistungen für Eltern berücksichtigen neben der indikationsspezifischen Ausrichtung insbesondere psychosoziale Problemsituationen von Müttern und Vätern, die sich aktuell in Erziehungsverantwortung befinden.

Vertragspsychotherapeuten können Leistungen der medizinischen Rehabilitation nur zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Ein Verordnungsverfahren für Reha-Leistungen zulasten anderer Kostenträger, beispielsweise der Rentenversicherung, ist nicht vorgesehen.

Bei Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche sowie für Altersrentner mit onkologischer Grunderkrankung besteht Gleichrangigkeit zwischen Renten- und Krankenversicherung.

Für Menschen, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist, ist grundsätzlich die Rentenversicherung zuständig.



Patienten haben Anspruch auf eine medizinische Reha, wenn diese aus ärztlicher beziehungsweise psychotherapeutischer Sicht medizinisch notwendig ist. Dadurch sollen beispielsweise chronisch kranke Kinder soweit stabilisiert werden, dass die Teilnahme am Schulunterricht wieder möglich ist, oder Altersrentner sollen dahingehend gestärkt werden, dass sie sich weitestgehend selbst versorgen können. Die Übersicht zeigt, welche Schwerpunkte und Behandlungsmöglichkeiten es bei der medizinischen Rehabilitation gibt und wo diese durchgeführt werden – unabhängig davon, wer die Kosten trägt.

Der Gesetzgeber sieht für die ambulante Durchführung längstens 20 Behandlungstage vor, stationär sind es längstens drei Wochen. Zudem soll die Leistung nicht vor Ablauf von vier Jahren mit gleicher Indikation erneut erfolgen.

TIPP

BROSCHÜRE ZUR KINDER-REHA UND FLYER FÜR ELTERN

Chronisch kranke Kinder und Jugendliche kommen nicht von selbst zu einer Reha, sondern brauchen „Wegweiser“, die Anzeichen für einen Bedarf erkennen und weitere Schritte in die Wege leiten. Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) hat deshalb die Broschüre „Reha für Kinder und Jugendliche“ für Ärzte, Pädagogen, Therapeuten und weitere Fachkräfte herausgegeben.

Ergänzend dazu gibt es einen Flyer, um Eltern niedrigschwellig zu informieren. Er ist übersichtlich gestaltet und enthält neben Fragen und Antworten auch Fallbeispiele. Ärzte können ihn nutzen, wenn sie Gespräche mit Eltern führen, oder ihn im Wartezimmer auslegen.

Broschüre und Flyer können bei der BAR bestellt werden:
www.bar-frankfurt.de › Service › Publikationen › Reha-Grundlagen

DAS LEISTET REHA

SCHWERPUNKTE

Es gibt verschiedene Schwerpunkte medizinischer Rehabilitation, beispielsweise für pulmonale oder für psychische Erkrankungen, die geriatrische Reha für über 70-jährige multimorbide Patienten oder ein spezifisches Angebot für Mütter und Väter.

INDIKATIONSSPEZIFISCHE REHA

Kardiologische, orthopädische oder neurologische Reha – bei einer indikationsspezifischen Rehabilitation geht es im Kern um die multimodale Behandlung einer Erkrankung und ihrer Auswirkungen durch ein interdisziplinäres Team.

↗ **Bei Erwachsenen können dies zum Beispiel sein:** Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes / Krankheiten des Kreislaufsystems / Erkrankungen der Atmungsorgane / psychische und psychosomatische Störungen

↗ **Bei Kindern und Jugendlichen zum Beispiel:** Adipositas mit Folgestörungen / Asthma bronchiale / Diabetes mellitus / Mukoviszidose / Neurodermitis / Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane

GERIATRISCHE REHA: INDIKATIONSÜBERGREIFEND

↗ Für über 70-jährige multimorbide Patienten kann eine geriatrische Rehabilitation erforderlich sein. Dies ist häufig der Fall, wenn die gesundheitliche Gesamtsituation durch das gleichzeitige Vorkommen mehrerer Krankheiten (Multimorbidität) und deren Folgen, altersbedingter Veränderungen sowie gesundheitlich relevanter Lebensumstände und Lebensgewohnheiten beeinträchtigt ist.

↗ Eine geriatrische Reha kann angezeigt sein, wenn mindestens zwei chronische Krankheiten mit einer allgemein verminderten körperlichen Belastungsfähigkeit und einer Abnahme der kognitiven Leistungen einhergehen, gegebenenfalls zusätzlich mit einer psychischen und sozialen Verunsicherung und einer Antriebsminderung. Die damit einhergehende eingeschränkte Rehabilitationsfähigkeit wird im Zuge einer geriatrischen Reha besonders berücksichtigt.

Mehr zur geriatrischen Reha: **Seite 14 bis 21 in diesem Heft**

ZIELGRUPPENSPEZIFISCHE REHA

Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter (überwiegend als Mutter-/Vater-Kind-Leistung): Hier stehen sowohl die Erkrankungen der Mutter beziehungsweise des Vaters als auch die mütter-/väterspezifische psychosoziale Problemsituation durch die Kindeserziehung im Fokus. Diese Leistungen werden ausschließlich stationär in Einrichtungen des Müttergenesungswerkes oder gleichartigen Einrichtungen durchgeführt.

Mehr Informationen zur Kinder- und Jugendlichenrehabilitation sowie Unterscheidung von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen für Mütter und Väter: ***www.kbv.de/991147***

BEHANDLUNGSSPEKTRUM

Ob indikationsspezifisch oder indikationsübergreifend (geriatrisch): Eine medizinische Rehabilitation ist eine komplexe Leistung. Sie umfasst stets mehrere aufeinander abgestimmte Mittel und Maßnahmen, die je nach medizinischer Notwendigkeit eingesetzt oder angewandt werden.

↗ **Mögliche Behandlungsmaßnahmen:** Physiotherapie/Krankengymnastik, um die Beweglichkeit zu steigern / Atem- und Ausdauerübungen, um körperlich belastbarer zu werden / Umstellung der Ernährung und entsprechende Schulungen für gesünderes Essen / Raucherentwöhnung / Erlernen von Techniken zur Stressbewältigung und Entspannung, aber auch zur Ordnung und Strukturierung des Alltags

Im Mittelpunkt steht stets der Patient mit seinen persönlichen Lebensumständen. Wichtige Kontextfaktoren wie Familie, Beruf, Wohnumfeld, aber auch Verhaltensgewohnheiten und Freizeitaktivitäten werden berücksichtigt.

ORTE

AMBULANT

Der Gesetzgeber hat zunächst die ambulante Durchführung von Reha-Leistungen vorgesehen. In solchen Fällen sucht der Patient die Reha-Einrichtung auf, übernachtet aber daheim. Vorteil ist eine wohnortnahe Versorgung – gegebenenfalls mit Unterstützung durch die Familie und Bekannte.

Ambulant-mobil: Eine besondere Form hierbei ist die mobile Rehabilitation. Sie findet im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld des Patienten statt, weil nur dort die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose festgestellt werden können. Dies kann die Wohnung des Patienten oder das Pflegeheim sein.

Reicht die ambulante Rehabilitation nicht aus, kann eine stationäre Maßnahme in Betracht kommen.

STATIONÄR

Sie ist vorgesehen, wenn die ambulante Durchführung medizinisch nicht ausreicht oder wenn während der Reha-Maßnahmen beispielsweise ein Reizklima in unmittelbarer Meeresnähe medizinisch notwendig ist. Bei der stationären Durchführung wird der Patient rund um die Uhr in einer Reha-Einrichtung versorgt, Unterkunft und Verpflegung erfolgen dort. Auch stationäre Reha-Leistungen sind in der Regel wohnortnah durchzuführen, um eine Anbindung an das Wohnumfeld, das soziale Netzwerk und die Angehörigen sicherzustellen.

RICHTIG VERORDNEN

Was müssen Ärzte und Psychotherapeuten bei der Verordnung beachten? Krankenkasse oder Rentenversicherung – welcher Kostenträger ist wann zuständig? Und welche Rolle spielt die ICF? Informationen zu diesen und anderen Fragen sind in diesem Kapitel zusammengestellt. Wie das Antrags- und Verordnungsverfahren bei der gesetzlichen Krankenversicherung und bei der Rentenversicherung abläuft, wird auf den Seiten 8 bis 25 vorgestellt.

WICHTIGE REGELN UND GRUNDLAGEN

Das gilt bei Krankenversicherung & Rentenversicherung

FÜR PATIENTEN

↗ ANTRAG

Eine medizinische Rehabilitation ist eine antragspflichtige Leistung.

Das heißt, der Versicherte muss die Leistung bei seiner Krankenkasse beantragen und sie sich genehmigen lassen. Dabei ist die Verordnung des Vertragsarztes auf Formular 61 Teil B bis E bereits als Antrag zu verstehen. Auch Vertragspsychotherapeuten dürfen Reha-Leistungen für psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Mehr ab Seite 8.

Bei der Rentenversicherung stellt der Versicherte einen Reha-Antrag und der behandelnde Arzt unterstützt den Antrag mit dem ärztlichen Befundbericht, den der Versicherte mit seinem Antrag einreicht. Der ärztliche Befundbericht ist durch Vertragspsychotherapeuten grundsätzlich nicht auszufüllen. Für die benötigten Angaben gibt es Formulare von der Rentenversicherung. Mehr dazu ab Seite 22.

↗ ZUZAHLUNG

Wie für Arzneimittel, Krankentransporte oder Krankenhausaufenthalte sieht der Gesetzgeber auch für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation eine Zuzahlung vor.

Für Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zahlen Erwachsene 10 Euro pro Kalendertag. Kinder und Jugendliche sind bei Leistungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung bis zum 18. Lebensjahr und bei Leistungen zulasten der Deutschen Rentenversicherung in der Regel bis zum 27. Lebensjahr zuzahlungsbefreit.

Generell gilt: Zuzahlungen sind nur bis zur finanziellen Belastungsgrenze zu leisten. Das sind zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen, bei chronisch Kranken ein Prozent.

WELCHER KOSTENTRÄGER IST WANN ZUSTÄNDIG?

Die Kranken- und die Rentenversicherung gehören zu den wichtigsten Sozialversicherungssystemen, die in Deutschland für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zuständig sind, doch sie sind nicht die einzigen.

Grundsätzlich besteht eine gleichrangige Zuständigkeit der Kranken- und der Rentenversicherung für Kinder und Jugendliche sowie für die onkologische Nachsorge für Altersrentner.

KRANKENVERSICHERUNG
- Bei Menschen nach dem erwerbsfähigen Alter (insbesondere Altersrentner): diese sollen trotz einer chronischen Erkrankung so lange wie möglich in gewohnter Umgebung leben können und die Chance erhalten, aktiv am Leben teilzuhaben
- Bei Müttern und Vätern, sofern der mütter- beziehungsweise väterspezifische Kontext im Vordergrund steht

RENTENVERSICHERUNG
- Bei Menschen im Erwerbsleben, deren Erwerbsfähigkeit gefährdet ist (ein aktives Beschäftigungsverhältnis ist nicht erforderlich)

UNFALLVERSICHERUNG
- Bei Berufstätigen infolge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit

SONSTIGE KOSTENTRÄGER
- Zum Beispiel Sozialhilfe/Eingliederungshilfe, Bundesagentur für Arbeit

FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

BEHANDLUNGSOPTIONEN FÜR CHRONISCH KRANKE MENSCHEN

Durch medizinische Reha-Leistungen eröffnet sich eine weitere Behandlungsoption für chronisch kranke Patienten, für die eine kurative (Krankenhaus-) Behandlung nicht ausreichend ist.

SPEZIELLE KENNTNISSE ZUR ANWENDUNG DER ICF

Für das Ausfüllen der Verordnung sind Kenntnisse der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und des zugrunde liegenden bio-psycho-sozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation erforderlich. Sie helfen dabei zu beurteilen, mit welchen Behandlungsoptionen einem Patienten die größtmögliche Chance auf Erhalt oder Wiedergewinnung seiner Teilhabe ermöglicht werden kann. Darauf wird in der Reha-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, die die Verordnung zulasten der GKV regelt, aber auch bei der Rentenversicherung ausdrücklich hingewiesen.

Die ICF stellt das konzeptionelle Bezugssystem für die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dar. Mit ihrer Hilfe lassen sich Krankheitsauswirkungen auf der Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe (z. B. Immobilität, eingeschränkte Selbstversorgung, soziale Abschottung) beschreiben. Der Einfluss fördernder wie auch hemmender Kontextfaktoren auf die Funktionsfähigkeit und damit Teilhabe eines Menschen kann in ihren negativen (z. B. keine barrierefreien Zugänge, Risikofaktoren wie Bewegungsmangel und Tabakkonsum) wie positiven (z. B. ebenerdige Wohnung, ein unterstützendes soziales und familiäres Umfeld, erfolgreiche Krankheitsbewältigungsstrategien) Facetten dargestellt werden.

Kenntnisse zur ICF werden im Rahmen der ärztlichen und psychotherapeutischen Ausbildung vermittelt. Zudem können Ärzte und Psychotherapeuten ihr Wissen zur ICF bei Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen erweitern und vertiefen.

› Einen Praxisleitfaden zur ICF bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation unter:
www.bar-frankfurt.de › Service › Publikationen › Reha Grundlagen

› Die ICF ist online abrufbar unter:
www.bfarm.de › Kodiersysteme › ICF

VERORDNEN ZULASTEN DER KRANKENVERSICHERUNG

In der Regel sind die Krankenkassen zuständig bei Reha-Leistungen für Altersrentner oder für Mütter und Väter beispielsweise mit schulpflichtigen Kindern sowie für Kinder und Jugendliche. Ziel ist es, dass sie den Alltag wieder eigenständig meistern und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erhalten wird.

↗ VERORDNUNGEN DURCH ÄRZTE

Jeder Vertragsarzt darf eine medizinische Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnen. Ein zusätzlicher Qualifikationsnachweis wird nicht benötigt. Die verbindliche Grundlage bildet die Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses. Seit 2017 gilt sie auch für Psychotherapeuten.

↗ VERORDNUNGEN DURCH PSYCHOTHERAPEUTEN

Auch Vertragspsychotherapeuten dürfen Leistungen der medizinischen Rehabilitation verordnen – allerdings mit der Beschränkung auf psychosomatische Rehabilitation und Rehabilitation für psychisch kranke Menschen (RPK).

Indikationsspektrum

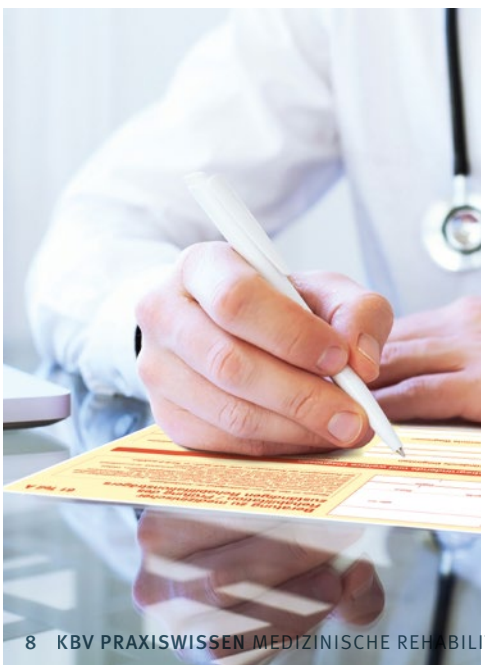
Das Indikationsspektrum zur Verordnung einer psychosomatischen oder psychiatrischen Reha durch Vertragspsychotherapeuten umfasst ausschließlich psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen.

Eine Verordnung aufgrund von Indikationen, für die eine Psychotherapie nach Psychotherapie-Richtlinie oder eine Psychotherapie im Rahmen der neuropsychologischen Therapie möglich ist, kann ohne gesonderte Abstimmung mit dem behandelnden Arzt erfolgen. Für die übrigen Indikationen aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM muss eine Abstimmung mit dem behandelnden Arzt erfolgen.

Kooperation mit dem Arzt

Eine Rehabilitation beinhaltet einen mehrdimensionalen Behandlungsansatz unter Leitung und Verantwortung eines Arztes. Ärztliche wie therapeutische Interventionen greifen ineinander, weshalb Vertragspsychotherapeuten auch somatische Vorbefunde für ihre Beurteilung der Rehabilitationsindikation heranziehen müssen. Dies gilt insbesondere für die Angabe von weiteren rehabilitationsrelevanten Diagnosen, bisherigen ärztlichen Interventionen, Risikofaktoren und ärztlich veranlassten Leistungen einschließlich Arzneimitteltherapie auf dem Verordnungsformular.

Damit wird sichergestellt, dass auch Verordnungen durch Vertragspsychotherapeuten die für eine Entscheidung der Krankenkasse erforderlichen ärztlich vorzunehmenden Einschätzungen enthalten und Rückfragen in der Regel vermieden werden. Sofern diese Informationen noch nicht vorliegen, ist eine Abstimmung mit dem behandelnden Arzt notwendig.



IST DIE KRANKENKASSE ZUSTÄNDIG?

ZUSTÄNDIGKEIT PRÜFEN MIT FORMULAR 61 TEIL A:
Ist unklar, ob die Krankenkasse des Patienten für die Rehabilitation zuständig ist, können Vertragsärzte und -psychotherapeuten eine Prüfung veranlassen. Sie verwenden dafür Teil A des Formulars 61 und leiten es an die Krankenkasse weiter. Diese prüft die Zuständigkeit und schickt Teil A im Original mit folgenden Informationen zurück:

- ob sie zuständig ist und der Vertragsarzt oder -psychotherapeut die Verordnung ausstellen soll („bitte Muster 61 Teil B bis E ausfüllen“) oder
- ob die Rentenversicherung zuständig ist oder
- sie teilt etwas unter „Sonstiges“ mit (Freitextfeld)

NACH PRÜFUNG: VERORDNUNG MIT FORMULAR 61 TEIL B BIS E:
Wenn Klarheit besteht, dass die Krankenkasse zuständig ist, kann die Verordnung erfolgen. Dafür wird ausschließlich Teil B bis E des Formulars 61 genutzt.

↗ FORMULAR 61

Teil A

Um prüfen zu lassen, ob die Krankenkasse für die Rehabilitation zuständig ist, kann Teil A genutzt werden. Auch eine Reha-Beratung für den Patienten kann bei der Krankenkasse mit Teil A initiiert werden.

Teil B bis D

Für die Verordnung wird Formular 61 Teil B bis D verwendet – soweit die Zuständigkeit der Krankenkasse gegeben ist. Das Formular kann handschriftlich oder am Praxiscomputer ausgefüllt werden. Im letzteren Fall werden die drei Seiten entweder mit Hilfe eines Vordruckes oder per Blankoformularbedruckung erzeugt. Der Patient reicht die vollständig ausgefüllten Unterlagen bei seiner Krankenkasse zur Entscheidung ein.

Teil E

Hier kreuzt der Arzt bei „Erteilte Einwilligungserklärungen“ an, ob der Versicherte der Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme und der Leistungsentscheidung an die Krankenkasse zugestimmt hat. Den unteren Teil der Seite füllt der Versicherte aus und sendet den gesamten Antrag an seine Krankenkasse.

↗ ANTRAG BEI DER KRANKENKASSE

So kann es weitergehen

Die Krankenkasse genehmigt die Reha – dies teilt sie dem Versicherten und dem verordnenden Arzt mit.

Die Krankenkasse stellt fest, dass sie nicht zuständig ist – dann leitet sie den Antrag an den zuständigen Sozialversicherungsträger weiter.

Die Krankenkasse lehnt die Reha – dies muss sie schriftlich begründen; der Versicherte kann Widerspruch einlegen.

Die Verordnung einer Reha kann durch die Krankenkassen nicht ohne Weiteres abgelehnt werden. Von der medizinischen Einschätzung der verordnenden Ärzte und Psychotherapeuten darf die Krankenkasse nur abweichen, wenn eine von der Verordnung abweichende gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes (MD) vorliegt.

↗ ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG

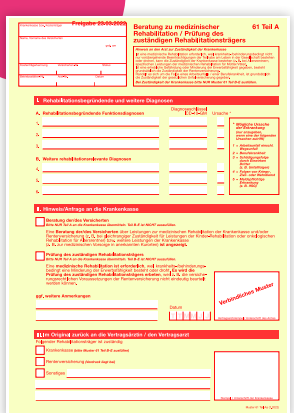
Für das Ausstellen der Reha-Verordnung auf Formular 61 Teil B bis E erhalten Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten eine Vergütung. Die Leistung wird mit der Gebührenordnungsposition (GOP) 01611 „Verordnung von medizinischer Rehabilitation“ im EBM abgerechnet. Sie ist mit 315 Punkten bewertet, das sind 39,04 Euro (Stand: Januar 2025). Die Verordnung einer geriatrischen Reha wird mit einem Zuschlag in Höhe von 75 Punkten beziehungsweise 9,30 Euro (GOP 01613) vergütet. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär zu festen Preisen. Der Arzt kann die GOP auch abrechnen, wenn er die Verordnung in einer Videosprechstunde ausstellt.

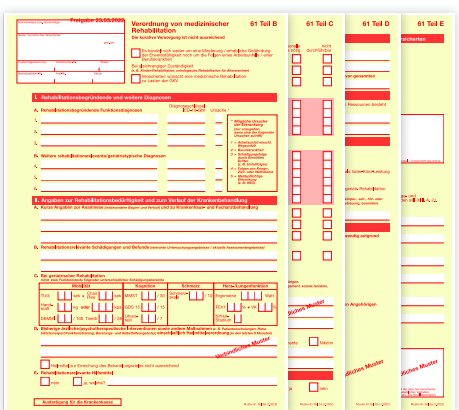
↗ FORTBILDUNG NUTZEN

Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu den Grundlagen der Verordnung medizinischer Rehabilitation durch. Dort können sich Ärzte und Psychotherapeuten über das Fortbildungsangebot informieren.

Die KBV bietet eine zertifizierte Online-Fortbildung an, um Ärzten und Psychotherapeuten die zu beachtenden Grundlagen und Besonderheiten näher zu bringen. Die Fortbildung beginnt mit den Rahmenbedingungen der Rehabilitation. Die ICF sowie die Grundlagen der Verordnung einer Rehabilitation werden erläutert. Anwendungsbeispiele ermöglichen eine Übertragung in die Praxis. Mitte 2023 kam ein neues Modul speziell zur geriatrischen Reha hinzu. Das Angebot ist im Online-Fortbildungsportal im Sicheren Netz abrufbar (Login erforderlich). Technische Voraussetzungen: ***www.kbv.de/772067***

FORMULAR 61





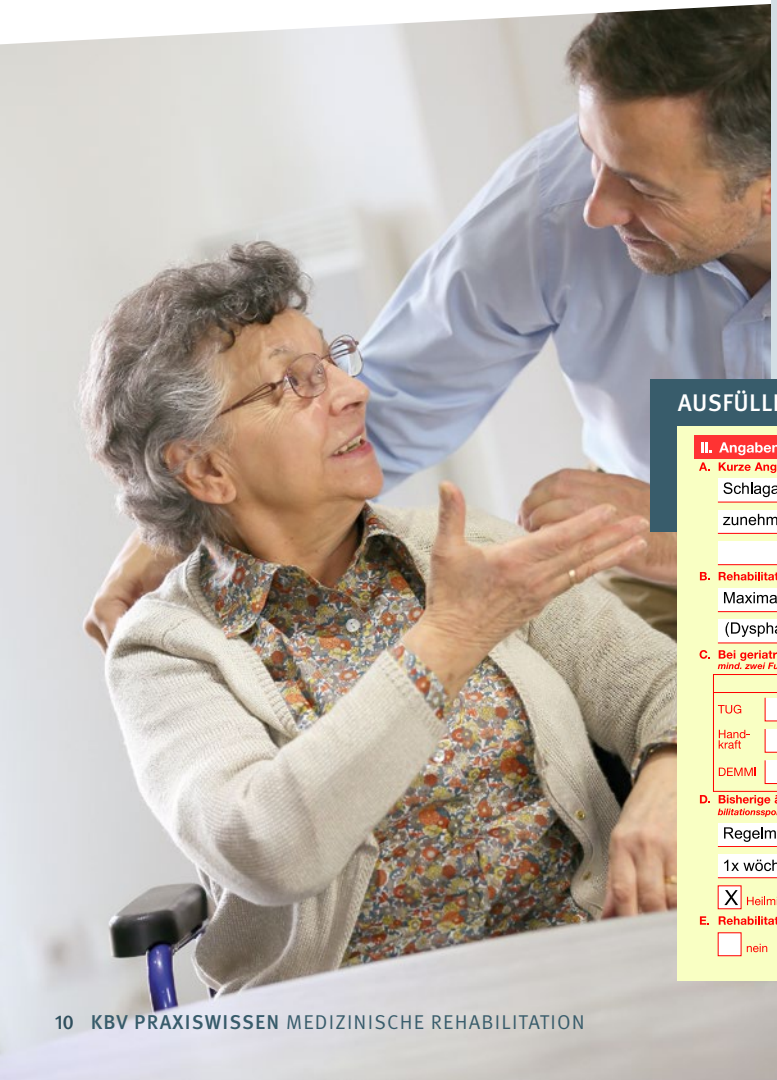
› Formulare für die vertragsärztliche Versorgung: ***www.kbv.de/614344***

› Ansichtsexemplar und Ausfüllhinweise: ***www.kbv.de/991147***

› Rehabilitations-Richtlinie: ***www.g-ba.de/informationen/richtlinien/23***

BEISPIELE AUS DER PRAXIS:
↗ KRANKENVERSICHERUNG

Zwar nutzen Vertragsärzte für alle Patienten das gleiche Formular 61, um eine medizinische Rehabilitation zu verordnen. Es bestehen jedoch wesentliche Unterschiede hinsichtlich des Ausfüllens. Wie eine medizinische Reha verordnet wird, soll anhand von vier Beispielen vorgestellt werden. In der Praxis muss jedoch jeder Patient individuell betrachtet und behandelt werden, sodass die Darstellungen nur beispielhaft gelten.



FALLBEISPIEL 1 ARZT: GERIATRISCHE REHABILITATION

FALLDARSTELLUNG

↗ Eine 76-Jährige klagt über eine beinbetonte Lähmung der rechten Körperhälfte in Folge eines Schlaganfalls. Hinzu kommt eine Reihe an weiteren Diagnosen: arterielle Hypertonie, Arthrose beider Kniegelenke, Makuladegeneration mit Sehbehinderung, erhebliche kognitive Störungen, chronisches Schmerzsyndrom und Dysphagie. Ihre Zweizimmerwohnung in einer Kreisstadt bewohnt die Patientin allein. Dreimal wöchentlich kommt ihr Sohn zu Besuch und hilft beim Einkaufen und im Haushalt.

BEGRÜNDUNG DER REHA

↗ Bei dieser Konstellation handelt es sich um ein komplexes geriatrisches Krankheitsbild (Hemiparese, Sehbehinderung, Dysphagie). Aufgrund der Hemiparese und der arthrosebedingten Mobilitätseinschränkungen besteht eine erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Alltag. Ziele dieser Maßnahme sind insbesondere eine Verbesserung der Gangsicherheit und eine Schmerzreduktion, sodass die Gehstrecke gesteigert werden kann.

FAZIT

↗ Es wird eine geriatrische Reha nach Paragraf 40 SGB V zulasten der GKV verordnet.

AUSFÜLLHINWEIS

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese *(insbesondere Beginn und Verlauf)* **und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung**

Schlaganfall vor 6 Monaten, zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustandes

zunehmende Unterstützung im Alltag erforderlich, Haushalt fällt zunehmend schwer

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde *(relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)*

Maximale Strecke von 200 Metern (unter Schmerzen), Probleme bei der Nahrungsaufnahme (Dysphagie)

C. Bei geriatrischer Rehabilitation
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität		Kognition		Schmerz		Herz-/Lungenfunktion	
TUG	sek + Chair Rise sek	MMST	/ 30	Schmerzskala	/ 10	Ergometrie	Watt
Handkraft	kg oder kpa	GDS 15	/ 15			FEV1 % + VK %	
DEMMI	/ 100 Tinetti / 28	Uhrentest	/ 7			NYHA-Stadium	

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen *(z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote)***; einschließlich Heilmittelverordnung** *(in den letzten 6 Monaten)*

Regelmäßige hausärztliche Betreuung, kardiologische Mitbehandlung

1x wöchentlich Physiotherapie (KG), Logopädie (Dysphagie) - Hausbesuche

[X] Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

[ ] nein [X] ja, welche? Rollator

FALLBEISPIEL 2 ARZT: REHABILITATION FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

FALLDARSTELLUNG

Ein neunjähriges Mädchen wird seit vier Jahren regelmäßig wegen rezidivierender Bronchitiden bei Asthma bronchiale ärztlich betreut. Schon im Kleinkindalter dokumentierte der Kinderarzt häufig Bronchitiden. Trotz einer seit zwei Jahren durchgeführten medikamentösen Dauertherapie mit inhalativen Corticosteroiden sowie einer Bedarfsmedikation mit einem rasch wirkenden Beta-2-Sympathomimetikum kommt es in alltäglichen Situationen immer wieder – besonders bei körperlicher Belastung – zu Atemnot und Hustenattacken. Im Sportunterricht sitzt das Mädchen häufig auf der Bank und kann insbesondere an Ballspielen nicht teilnehmen. Auch musste aus diesen Gründen die Mitgliedschaft im Sportverein beendet werden. Seitdem ist eine kontinuierliche Gewichtszunahme zu verzeichnen. Die regelmäßig durchgeführten Lungenfunktionsprüfungen zeigen deutliche Auffälligkeiten. Wegen häufiger Fehltage am Schulunterricht ist der Wechsel in die weiterführende Schule gefährdet.

BEGRÜNDUNG DER REHA

Neben einer Verbesserung der pulmonalen Situation durch Anpassung der Dauertherapie sowie einer Optimierung der Inhalationstechnik und Schulungen mit interdisziplinärem Ansatz unter Einbindung der Mutter in einem alltagsnahen, aber geschützten Setting, soll eine Linderung der pulmonalen Beschwerdesymptomatik, eine Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit und eine Stärkung des Selbstwertgefühls erreicht werden. Die begleitende Mutter soll in die Schulungsmaßnahmen und in das Erlernen von Bewältigungsstrategien eingebunden werden.

FAZIT

Die Voraussetzungen einer medizinischen Rehabilitation sind gegeben. Bei gleichrangiger Zuständigkeit der Renten- und Krankenversicherung haben die Erziehungsberechtigten des Kindes sich für eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation zulasten der GKV entschieden.

AUSFÜLLHINWEIS

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese *(insbesondere Beginn und Verlauf)* **und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung**

Seit 4 Jahren rezidivierend bei Asthma bronchiale, regelmäßige ärztliche Betreuung,
trotz Inhalationstherapie Atemnot und Hustenattacken in alltäglichen Situationen
(Teilnahme am Sportunterricht nur sporadisch möglich)

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde *(relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)*

Lungenfunktionsprüfungen zeigen deutliche Auffälligkeiten
Pathologischer Pricktest und Lungenfunktion (Befunde liegen vor)

C. Bei geriatrischer Rehabilitation
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität		Kognition		Schmerz		Herz-/Lungenfunktion	
TUG	sek + Chair Rise sek	MMST	/ 30	Schmerzskala	/ 10	Ergometrie	Watt
Handkraft	kg oder	GDS 15	/ 15			FEV1	% + VK %
DEMMI	/ 100 Tinetti / 28	Uhrentest	/ 7			NYHA-Stadium	

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen *(z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote)***; einschließlich Heilmittelverordnung** *(in den letzten 6 Monaten)*

Seit 2 Jahren medikamentöse Dauertherapie mit inhalativem Corticosteroid sowie
Bedarfsmedikation mit Beta-2-Sympathomimetikum, ambulante Ernährungsberatung

[X] Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

[X] nein [ ] ja, welche?

FALLBEISPIEL 3 ARZT: ORTHOPÄDISCHE REHABILITATION

FALLDARSTELLUNG

Eine 68-jährige schwerhörige Patientin hat eine bekannte Coxarthrose rechtsseitig mit eingeschränkter Beweglichkeit und zunehmenden Schmerzen in Gesäß- und Leistengegend, die sich beim Gehen und Treppensteigen verstärken. Aufgrund bereits erfolgter orthopädischer Mitbehandlung besteht derzeit keine Indikation zur Totalendoprothese (TEP). Da sie sich wenig bewegt, nimmt sie kontinuierlich an Gewicht zu. Sie kann die Physiotherapie nur mit dem Bus erreichen, das Ein- und Aussteigen ist schmerzhaft. Die Patientin bewohnt mit ihrem 80-jährigen Ehemann allein ein Haus in ländlicher Region, Schlafzimmer und Bad liegen in der ersten Etage. Der Ehemann erledigt kleine Einkäufe mit dem Fahrrad, ihre Tochter hilft zweimal wöchentlich bei Einkäufen und im Haushalt. Zudem besteht wöchentlicher Kontakt mit der Kirchen- und Dorfgemeinde.

BEGRÜNDUNG DER REHA

Damit die Patientin weiter in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben kann und die Chance erhält, ihre alltäglichen Aufgaben auch zukünftig ohne fremde Hilfe auszuführen und um wieder aktiv am Gemeinschaftsleben teilhaben zu können, kann eine medizinische Rehabilitation mit der Indikation muskuloskelettale Erkrankungen zulasten der GKV verordnet werden. Ziele dieser Maßnahme sind Schmerzreduktion, eine Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit und eine Gewichtsreduktion, um über eine Steigerung der Mobilität ihre Teilhabe zu verbessern.

FAZIT

Es wird eine orthopädische Reha nach Paragraf 40 SGB V zulasten der GKV verordnet.

AUSFÜLLHINWEIS

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese *(insbesondere Beginn und Verlauf)* **und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung**

Seit 2 Monaten zunehmende Schmerzsymptomatik aufgrund einer Coxarthrose

(im rechten Gesäß und in der rechten Leiste)

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde *(relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)*

Barthel-Index 90, diagnostizierte Schwerhörigkeit (Versorgung mit Hörgeräten)

C. Bei geriatrischer Rehabilitation
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität		Kognition		Schmerz		Herz-/Lungenfunktion	
TUG	sek + Chair Rise sek	MMST	/ 30	Schmerzskala	/ 10	Ergometrie	Watt
Handkraft	kg **oder** kpa	GDS 15	/ 15			FEV1	% + VK %
DEMMI	/ 100 Tinetti / 28	Uhrentest	/ 7			NYHA-Stadium	

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen *(z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote)***; einschließlich Heilmittelverordnung** *(in den letzten 6 Monaten)*

Hausärztliche Betreuung, orthopädische Mitbehandlung, Schmerzmitteltherapie mit Tilidin

Bewegungstherapie (KG) + Wärmetherapie (Fango), Ernährungsberatung

[X] Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

[ ] nein [X] ja, welche? Gehstock

FALLBEISPIEL 4 PSYCHOTHERAPEUT: PSYCHOSOMATISCHE REHABILITATION

FALLDARSTELLUNG

Eine Patientin klagt über rezidivierende depressive Episoden mit innerer Unruhe, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und einer anhaltend traurigen Stimmungslage. Sie hat ihr Studium wegen Schwangerschaft abgebrochen und sich um das Kind gekümmert. Nach ihrer Scheidung ist sie alleinerziehend. Ihr dreijähriges Kind geht seit kurzem in den Kindergarten, sodass sie vor vier Monaten einen Minijob angenommen hat. Seit Jahren schon befindet sich die Patientin wegen Depressionen in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Eine antidepressive Medikation wird eingenommen. Zusätzlich berichtet sie über zunehmende Kopf- und Nacken-, manchmal auch Rückenschmerzen, jedoch ohne Sensibilitätsstörungen. Die Lokalisation der Schmerzen würde insbesondere unter Stress wechseln und sie könne nicht lange stehen, gehen oder sitzen. Orthopädisch konnte kein organisches Korrelat ausgemacht werden. Eine ambulante Psychotherapie wurde mit Blick auf den bestehenden Beschwerdekomplex eingeleitet, bislang jedoch ohne Erfolg. Die Patientin zeigt Vermeidungstendenzen, isoliert sich zunehmend und entwickelt eine Hilflosigkeit. Die Konflikte mit ihrem Ex-Mann durch das gemeinsame Sorgerecht verstärken sich.

BEGRÜNDUNG DER REHA

Es liegen multiple, therapieresistente körperliche und psychische Beschwerden vor. Die sozialen und familiären Kontakte sind zunehmend beeinträchtigt. Bei drohender Chronifizierung der Beschwerden und den nicht ausreichenden ambulanten Behandlungsmaßnahmen sollte eine psychosomatische Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden. Ziele sind das Erkennen von negativen Gedanken und irrationalen Annahmen, die ihr Minderwertigkeitsgefühl unterhalten und sie in ihrer Teilhabe beeinträchtigen, sowie das Erlernen von Bewältigungsstrategien und damit der Rückgang der Beschwerden.

FAZIT

Da dem Vertragspsychotherapeuten aufgrund des engmaschigen Austauschs mit dem Hausarzt und dem Psychiater die aktuellen ärztlichen Befunde bekannt sind, kann er das Verordnungsformular 61 ohne erneute Rücksprache mit diesen vollständig ausfüllen. Es wird eine psychosomatische Rehabilitation nach Paragraf 40 SGB V zulasten der GKV verordnet. Die auf ärztlichen Befunden beruhenden Angaben werden unter Angabe des Befunddatums kenntlich gemacht.

AUSFÜLLHINWEIS

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese *(insbesondere Beginn und Verlauf)* **und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung**

Bekannte rezidivierende depressive Episoden, seit ca. 6 Monaten verstärkte somatoforme Symptomatik, aktuell akute Stressreaktion mit zunehmender Beeinträchtigung der persönlichen Teilhabe (sozialer Rückzug)

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde *(relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)*

Keine organische Korrelation, CCT und MRT unauffällig (ärztlicher Befund vom 30. Juni)

C. Bei geriatrischer Rehabilitation
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität		Kognition		Schmerz		Herz-/Lungenfunktion	
TUG	sek + Chair Rise sek	MMST	/ 30	Schmerzskala	/ 10	Ergometrie	Watt
Handkraft	kg oder kpa	GDS 15	/ 15			FEV1	% + VK %
DEMMI	/ 100 Tinetti / 28	Uhrentest	/ 7			NYHA-Stadium	

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen *(z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote)*; **einschließlich Heilmittelverordnung** *(in den letzten 6 Monaten)*

6 Mo. Verhaltensth., Antidepressiva (Lithium), Mitbehandl. Neurologe, Ergotherapie (psychisch-funkt. Beh.) 1x wöch., 1 Mo. Erzieh.-Familienberat., Gruppe alleinerz. Frauen

[X] Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

[X] nein [ ] ja, welche?

FOKUS

GERIATRISCHE REHABILITATION

Ältere Patientinnen und Patienten sollen leichteren Zugang zur Reha haben. Leichter bedeutet, dass die Krankenkasse nicht überprüft, ob die verordnete Reha medizinisch erforderlich ist. Der Gesetzgeber hat dies 2022 festgelegt und die Vorgaben wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Reha-Richtlinie umgesetzt.

Die Erleichterung für Patientinnen und Patienten bedeutet auf ärztlicher Seite allerdings einen zusätzlichen Aufwand. So müssen Ärzte zunächst darauf achten, ob bestimmte geriatrietypische Diagnosen vorliegen. Diese müssen sie auf dem Verordnungsformular dokumentieren. Außerdem müssen sie je nach Diagnose geeignete Funktionstests durchführen und deren Ergebnisse ebenfalls dokumentieren.

Welche Tests Ärzte konkret anwenden können und bei welchen geriatrischen Diagnosen sie infrage kommen, wird auf den folgenden Fokus-Seiten vorgestellt.

DAS ALTER IST ENTSCHEIDEND – ABER NICHT NUR

Zunächst ist wichtig zu wissen, dass eine geriatrische Reha zwar vor allem für ältere Patienten ab 70 Jahren infrage kommt. Sie kann aber durchaus auch für unter 70-Jährige sinnvoll sein und ärztlich verordnet werden, und zum Teil sogar für unter 60-Jährige.

Vom Alter und weiteren Kriterien hängt ab, ob die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit der Maßnahme überprüft oder diese Prüfung entfallen kann, was den Zugang zur Reha vereinfacht. Zu den weiteren Kriterien gehört unter anderem, dass der verordnende Arzt geriatrietypische Diagnosen auf der Reha-Verordnung dokumentiert und vorher geeignete Funktionstest durchgeführt hat.

Keine Überprüfung durch die Krankenkasse:
- › die Person ist mindestens 70 Jahre alt
- \+ mindestens eine reha-begründende Funktionsdiagnose
- \+ mindestens zwei geriatrietypische Diagnosen

VERORDNUNGSKRITERIEN NACH ALTER

Ab 70 Jahre

Ärzte können für Versicherte ab 70 Jahren eine geriatrische Reha verordnen, wenn eine geriatrietypische Multimorbidität vorliegt. Diese dokumentieren sie auf der Verordnung. In diesem Fall überprüft die Krankenkasse nicht mehr, ob die Maßnahme medizinisch erforderlich ist. Hierfür sind bei der Verordnung Angaben zu durchgeführten Funktionstests erforderlich. Die Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit einer geriatrischen Reha durch die Krankenkasse entfällt, wenn alle folgenden Kriterien erfüllt sind:

- › die Person ist mindestens 70 Jahre alt
- › bei ihr wurde ärztlich abgeklärt, dass eine medizinische Indikation für die geriatrische Reha vorliegt
- › bei ihr liegt mindestens eine reha-begründende Funktionsdiagnose (z. B. Coxarthrose mit eingeschränkter Gehfähigkeit) und eine geriatrietypische Multimorbidität vor, die durch mindestens zwei geriatrietypische Diagnosen abgebildet ist und durch geeignete Funktionstests nachgewiesen wird.

Unter 70 Jahre

Auch wer noch keine 70 ist, kann eine erhebliche geriatrietypische Multimorbidität aufweisen und im Einzelfall ärztlich einer geriatrischen Reha zugewiesen werden. In diesen Fällen haben die Krankenkassen die Möglichkeit, die medizinischen Erforderlichkeit zu prüfen.

Unter 60 Jahre

Patienten unter 60 Jahren können ärztlich einer medizinischen Reha zugewiesen werden. Voraussetzung ist, dass deren Multimorbidität im Zusammenhang mit einer Schwermehrfachbehinderung steht und sie die Breite des therapeutischen Spektrums und das erhöhte Unterstützungs- und Pflegeangebot der geriatrischen Reha benötigen.

GERIATRIETYPISCHE DIAGNOSEN

Dazu gehören zum Beispiel chronische Schmerzen, Harninkontinenz, Muskelschwund und Muskelatrophie (Sarkopenie), Demenz oder Sturzneigung. Ärztinnen und Ärzte geben sie auf der Reha-Verordnung im Feld „Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen“ an.

Geriatrietypisch sind insbesondere folgende Erkrankungen:

Demenz und leichte kognitive Störungen	F00-03 F06.7
Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	F05.-
Sehstörung, Blindheit und Sehbeeinträchtigung	H53.- H54.-
Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörungen	H90.-
Depressive Episoden und anhaltende affektive Störungen	F32.- F34.
Andere Angststörungen	F41.-
Dekubitalgeschwür und Druckzone	L89.-
Ulcus cruris	L97
Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz	R52.1
Sonstiger chronischer Schmerz	R52.2
Sensibilitätsstörungen der Haut	R20.-
Harninkontinenz	R32
Sturzneigung	R29.6
Schwindel und Taumel	R42
Fehl- und Mangelernährung	R63.6
Dysphagie	R13.-
Senilität (Frailty-Syndrom)	R54
Muskelschwund und -atrophie (Sarkopenie)	M62.5-
Immobilität (Angewiesensein auf (Kranken-)Stuhl, Bettlägerigkeit)	R26.3
Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes	E87.8

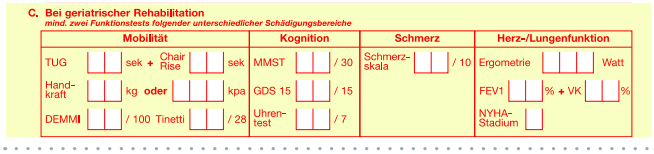
GEEIGNETE FUNKTIONSTESTS

Ärztinnen und Ärzte müssen die Funktionsschädigungen, die sich aus den reha-begründenden und geriatrietypischen Diagnosen ergeben, mit mindestens zwei Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen (Mobilität, Kognition, Schmerz und Herz-/Lungenfunktion) nachweisen.

Die Funktionstests sollen so gewählt werden, dass sie die Schädigungen medizinisch am besten abbilden. Dabei muss ein Test für die reha-begründende Funktionsdiagnose erfolgen. Die Funktionstests sind teilweise delegierbar. Das Ergebnis der Tests soll nicht älter als sechs Wochen sein. Alle Tests sind kostenlos und frei verfügbar.

Auswahl der Funktionstests

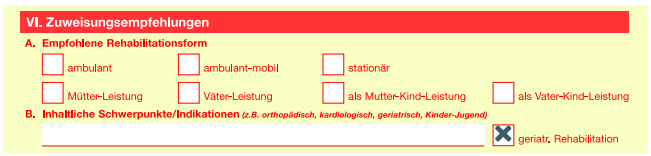
Auf dem Verordnungsformular gibt es unter „C. Bei griatrischer Rehabilitation“ mehrere Felder. Dort dokumentieren verordnende Ärztinnen und Ärzte das Testergebnis (siehe Formularauschnitt unten). Eine Übersicht der Funktionstests nach Schädigungsbereichen finden Sie auf den folgenden Seiten.


C. Bei geriatrischer Rehabilitation
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität	Kognition	Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
TUG sek + Chair Rise sek	MMST / 30	Schmerzskala / 10	Ergometrie Watt
Handkraft kg oder kpa	GDS 15 / 15		FEV1 % + VK %
DEMMI / 100 Tinetti / 28	Uhrentest / 7		NYHA-Stadium

Zuweisungsempfehlung

Liegen die geriatrietypischen Diagnosen vor und wurden geeignete Funktionstests durchgeführt und die Ergebnisse dokumentiert, können Ärztinnen und Ärzte eine geriatrische Rehabilitation empfehlen. Diese sogenannte Zuweisungsempfehlung erfolgt auf Formularteil D. Dort wird in Abschnitt VI der inhaltliche Schwerpunkt „geriatr. Rehabilitation“ angekreuzt:


VI. Zuweisungsempfehlungen
A. Empfohlene Rehabilitationsform
☐ ambulant ☐ ambulant-mobil ☐ stationär
☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☐ als Mutter-Kind-Leistung ☐ als Vater-Kind-Leistung
B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)
☒ geriatr. Rehabilitation

ÜBERSICHT FUNKTIONSTESTS:
- ↗ MOBILITÄT
- ↗ KOGNITION
- ↗ SCHMERZ
- ↗ HERZ-/LUNGEN-FUNKTION

SCHÄDIGUNGSBEREICH **MOBILITÄT**

Es werden neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen getestet.

↗ TIMED „UP & GO“ (TUG) IN VERBINDUNG MIT STUHL-AUFSTEH-TEST (CHAIR-STAND UP; CHAIR-RISE)

PERFORMANCETEST ZUR MOBILITÄTSMESSUNG

ZEITBEDARF ca. 1–5 Min.

DURCHFÜHRUNG

Der Patient sitzt auf einem Stuhl mit Armlehne und wird um Folgendes gebeten: aufzustehen (ohne Fremdhilfe, Hilfsmittel erlaubt), 3 Meter zu gehen, sich umzudrehen, zurück zum Stuhl zu laufen und sich wieder zu setzen (TUG). Anschließend kreuzt der Patient sitzend die Arme vor der Brust nah am Körper. Nun wird er gebeten, zügig 5 Mal aufzustehen und sich wieder zu setzen (Chair-Rise). Es wird jeweils die Zeit gemessen.

INTERPRETATION

TUG-TEST
- Unter 10 Sekunden: Alltagsmobilität uneingeschränkt
- 11 bis 19 Sekunden: Geringe Mobilitätseinschränkung
- 20 bis 29 Sekunden: Abklärungsbedürftige, funktionell relevante Mobilitätseinschränkung
- Über 30 Sekunden: Ausgeprägte Mobilitätseinschränkung, in der Regel Interventions- und/oder Hilfsmittelbedarf

CHAIR STAND-UP TEST
- Werte über 12 Sekunden: Erhöhte Sturzgefahr
- Ist 5-maliges Aufstehen nicht möglich, wird nur die Anzahl vermerkt (z. B. 3x)

VORTEILE

Einfache Durchführung, keine Hilfsmittel erforderlich, überall durchführbar, unmittelbare Anschaulichkeit, durch Zeitmessung intervallskaliert, delegierbar

EINSCHRÄNKUNGEN

- Selbstständiges Aufstehen wird vorausgesetzt, dies bedeutet einen Bodeneffekt
- Fortschritte beim Gehen nicht darstellbar, wenn Aufstehen nicht möglich (TUG)
- Sturzgefahr wird indirekt aus der Kraftminderung abgeleitet (Chair-Rise)

↗ DE MORTON MOBILITÄTS-INDEX (DEMMI)

BEURTEILUNG VON MOBILITÄT – BETT/STUHL, STEHEN, GEHEN & GLEICHGEWICHT

ZEITBEDARF ca. 10 Min.

DURCHFÜHRUNG

Es werden insgesamt 15 Einzelaufgaben in 5 Kategorien durchgeführt: Mobilität im Bett und auf dem Stuhl, Stehen, Gehen und dynamisches Gleichgewicht. Die einzelnen Übungen umfassen im Bett durchführbare Aufgaben (Brücke, auf die Seite rollen) und Aufgaben des dynamischen Gleichgewichts (Springen, Rückwärtsgehen) und können am Bett beziehungsweise im Zimmer des Patienten durchgeführt werden.

INTERPRETATION

- Die Interpretation erfolgt nach dem de Morton Mobility Index (DEMMI). Es kann ein DEMMI-Score zwischen 0 und 100 erreicht werden; ein höherer Score entspricht einem höheren Mobilitätsgrad.
- Eine Abstufung einzelner Mobilitätsgrade anhand des Scores ist nicht vorgesehen.

VORTEILE

Leicht durchzuführen, gut operationalisiert, geringe Boden- oder Deckeneffekte (erfasst bspw. auch den Status und mögliche Veränderungen bettlägeriger Patienten); hierarchischer Aufbau der Aufgabenstellung (ermittelte Einzelscores haben höheren klinischen Bezug als Sekundenwerte)

EINSCHRÄNKUNGEN

- Ungeeignet bei schweren kognitiven Funktionseinschränkungen

↗ MOBILITÄTSTEST NACH TINETTI

PRÜFUNG VON BALANCE UND GANG

ZEITBEDARF ca. 5 – 10 Min.

DURCHFÜHRUNG

Spezifische An- und Aufforderungen zu Balance und Gang, Beurteilung von Art und Sicherheit der Ausführung

INTERPRETATION

- Balancetest mit maximal 15 Punkten und Gehprobe mit maximal 13 Punkten (28 Punkte insgesamt)
- Unter 20 Punkte: Erhöhtes Sturzrisiko
- Unter 15 Punkte: Deutlich erhöhtes Sturzrisiko

VORTEILE

Direkte Beobachtung des Bewegungsablaufs, Erfassung von Einzelkomponenten der Mobilitätsstörung

EINSCHRÄNKUNGEN

- Schulung erforderlich
- Höherer Aufwand als beispielsweise beim TUG-Test
- Teils unscharfes Bewertungsraster

↗ HANDKRAFTMESSUNG IN KILOPASCAL (kPa)

BESTIMMUNG DER HANDKRAFT

ZEITBEDARF ca. 3 – 5 Min.

DURCHFÜHRUNG

Messung mit einem Druckmessgerät (Vigorimeter); Manometer, verbunden über einen Schlauch mit einem birnenförmigen Gummiball oder Kraftmessgerät (Dynamometer); Annahme von positiver Korrelation mit Gesamtkörperkraft beziehungsweise negative Korrelation mit Sturz und Frakturrisiko

INTERPRETATION

- Normwerte gesunde Frauen über 65 Jahre: 191 N (ca. 76 kPa oder 573 mm Hg), Risikoschwelle: › 38 kPa oder 286 mm Hg
- Normwerte gesunde Männer über 65 Jahre: 332 N (ca. 132 kPa oder 993 mm Hg), Risikoschwelle: › 66 kPa oder 529 mm Hg
- Bei deutlicher Abweichung vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert, liegt ein erhöhtes Risiko für verminderte Selbsthilfefähigkeit, Stürze, Frakturen und Mortalität bei akuter Erkrankung vor.

VORTEILE

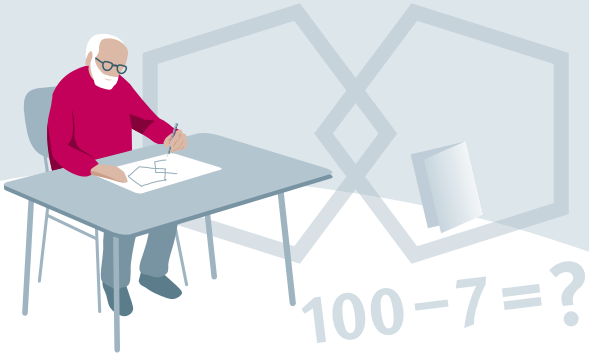
Leicht durchführbar, delegierbar

EINSCHRÄNKUNGEN

- Spezielles Messgerät erforderlich
- Streubreite der intraindividuellen Messwerte kann hoch sein

SCHÄDIGUNGSBEREICH **KOGNITION**

Es werden mentale Funktionen getestet.



↗ MINI MENTAL STATUS TEST (MMST)

FESTSTELLUNG KOGNITIVER DEFIZITE

ZEITBEDARF ca. 5 – 15 Min.

DURCHFÜHRUNG

Assessment in Form eines Interviews und verschiedener Aufgaben, Voraussetzung ungestörtes Setting

INTERPRETATION

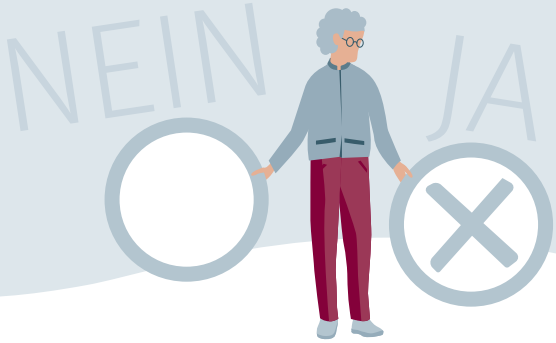
- Maximal 30 Punkte
- Je mehr Punkte, desto weniger kognitive Funktionseinschränkungen
- 24 bis 30 Punkte: Keine/leichte
  17 bis 23 Punkte: Mittlere
  0 bis 16 Punkte: Schwere

VORTEILE

Hoher Bekanntheitsgrad, einfache Erhebung, alltagsnahes Design, delegierbar, kein Instrumentarium erforderlich

EINSCHRÄNKUNGEN

- Ergebnisse sind alters- und bildungsabhängig; keine altersbezogene Normierung
- Ausreichendes Hör- und Sehvermögen erforderlich
- Nicht für kurzfristige Verlaufskontrollen geeignet, da Lerneffekte



↗ GERIATRISCHE DEPRESSIONS-SKALA (GDS 15)

ERFASSUNG DEPRESSIVER STÖRUNGEN

ZEITBEDARF ca. 5 Min.

DURCHFÜHRUNG

15 zügig vorgelesene Fragen, möglichst spontan durch den Patienten mit „eher zutreffend“ oder „eher nicht zutreffend“ zu beantworten; Voraussetzung ungestörtes Setting

INTERPRETATION

- Je Antwort, die in Richtung Depression tendiert (ggf. optisch), wird 1 Punkt gezählt
- 0 bis 5 Punkte: Unauffällig
  5 bis 10 Punkte: Leichte bis mäßige Depression wahrscheinlich
  11 bis 15 Punkte: Schwere depressive Störung wahrscheinlich

VORTEILE

Einfache Erhebung

EINSCHRÄNKUNGEN

- Fragebogen erforderlich
- Nicht einsetzbar bei bestehender Demenz

SCHÄDIGUNGSBEREICH **SCHMERZ**

Es werden Sinnesfunktionen und Schmerzempfinden getestet.

↗ UHRENTEST NACH WATSON

PRÜFUNG KOMPLEXER HANDLUNGSPLANUNG UND DER VISUELL-KONSTRUKTIVEN FÄHIGKEITEN

ZEITBEDARF ca. 2 – 3 Min.

DURCHFÜHRUNG

Die Ziffern 1 bis 12 sollen entsprechend einer Uhr in einen vorgegebenen Kreis eingezeichnet beziehungsweise geschrieben werden; Voraussetzung ist ein ungestörtes Setting

INTERPRETATION

- Kreis wird in 4 gleiche Quadranten geteilt
- Beginnend bei 12 Uhr wird im Uhrzeigersinn die Anzahl der Ziffern pro Quadrant gezählt. Ziffern, die auf einer Teilungslinie liegen, werden zum im Uhrzeigersinn nächsten Quadranten gezählt.
- Befinden sich in einem Quadranten keine 3 Ziffern, werden im I. bis III. Quadranten je ein Fehlerpunkt und im IV. Quadranten vier Fehlerpunkte gezählt.
- Ab 4 Fehlerpunkten wird das Ergebnis als auffällige Einschränkung interpretiert.

VORTEILE

Einfache Durchführung, keine Hilfsmittel notwendig, delegierbar, frühzeitiges Erkennen von eventuellen Einschränkungen

EINSCHRÄNKUNGEN

- Einfluss auf das Ergebnis bei eingeschränktem Sehvermögen und feinmotorischen Problemen
- Begrenzte Erfassung kognitiver Störungen
- Auswertung nach Watson fokussiert sich faktisch ausschließlich auf IV. Quadranten

↗ VISUELLE ODER NUMERISCHE SCHMERZSKALA

SELBSTBEURTEILUNG DER SUBJEKTIV EMPFUNDENEN SCHMERZINTENSITÄT

ZEITBEDARF ca. 1 – 2 Min.

DURCHFÜHRUNG

Angabe der subjektiv erlebten Schmerzintensität auf horizontaler oder vertikaler metrischer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) durch Ankreuzen oder Markierung des Segments (0 bis 10). Es kann eine Kontrollfrage gestellt werden, um die Selbstbewertungsfähigkeit zu überprüfen („Wo würden Sie die Bewertung vornehmen, wenn keine Schmerzen vorliegen?“).

INTERPRETATION

Numerische Schmerzskala

- Ergebnis (Zahlenwert) ablesen und dokumentieren

Visuelle Schmerzskala

- Bestimmung des Verhältnisses zwischen dem Ausgangspunkt „kein Schmerz“ bis zu der durch die Testperson gesetzte Markierung und der Gesamtstrecke der verwendeten Skala als Prozent-Wert

VORTEILE

Schnell, einfache Anwendbarkeit, geringer Erhebungs- und Schulungsaufwand, telefonisch durchführbar, delegierbar

EINSCHRÄNKUNGEN

- Numerische Schmerzskala ohne Visualisierungshilfe für ältere Patienten mit erheblichen kognitiven Einschränkungen weniger/nicht geeignet
- Visuelle Schmerzskala nicht geeignet, wenn motorische und/oder visuelle Beeinträchtigungen hinzukommen
- Messung subjektiver Schmerzintensität, nicht Charakter, Lokalisation oder Ursachen

SCHÄDIGUNGSBEREICH **HERZ-/LUNGENFUNKTION**

Es werden Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems getestet

↗ ERGOMETRIE IN WATT

BELASTUNGS-EKG ZUR ABKLÄRUNG KARDIOLOGISCHER ERKRANKUNGEN

ZEITBEDARF ca. 15 Min.

DURCHFÜHRUNG

Der Patient muss auf einem Fahrradergometer sitzend bei einer Frequenz von 60 bis 80 Tritten pro Minute gegen einen definierten Widerstand arbeiten. Von der Eingangsbelastung (Herzkranke ab 25 Watt, Sportler zwischen 50 und 100 Watt) ausgehend wird der Widerstand in 3 Stufen (in der Regel 25 Watt) alle 2 Minuten erhöht. Vor und während der Durchführung werden kontinuierlich Herzfrequenz und Blutdruck gemessen. Alternativ ist eine Laufband- oder Ruderergometrie möglich.

INTERPRETATION

- Soll-Leistung Frauen:
  2,5 Watt/kg Körpergewicht abzüglich
  10 Prozent für jede Lebensdekade über 30 Jahren
- Soll-Leistung Männer:
  3,0 Watt/kg Körpergewicht abzüglich
  10 Prozent für jede Lebensdekade über 30 Jahren

VORTEILE

Beurteilung der Herzleistung des Patienten anhand vieler Parameter möglich

EINSCHRÄNKUNGEN

- Beachten von Kriterien zum vorzeitigen Abbruch der Ergometrie (Überschreitung festgelegter Grenzwerte, subjektive Erschöpfung, Auftreten von Herz- oder Atembeschwerden)
- EKG bei Herzpatietnen sollte noch weitere 5 Minuten registriert werden

↗ SPIROMETRIE

LUNGENFUNKTIONSTEST (FEV1) UND BESTIMMUNG DER VITALKAPAZITÄT (VK)

ZEITBEDARF ca. 5 Min.

DURCHFÜHRUNG

Mehrere Minuten Atmung durch das fest durch die Lippen umschlossene Mundstück des Spirometers (Nase durch Klemme verschlossen) ein und aus (möglichst tiefes Einatmen; rasches, kräftiges Ausatmen). Es erfolgt die Messung des forcierten exspiratorischen Volumens (FEV1, Einsekundenkapazität) und der Vitalkapazität (VK). Diese Parameter geben Aufschluss über das Vorliegen einer Atemflussbehinderung oder eine Verringerung des Lungenvolumens.

INTERPRETATION

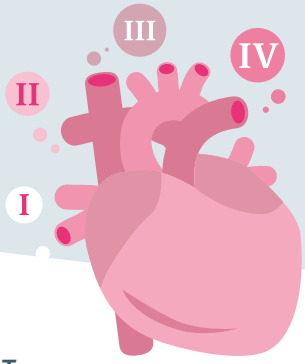
- Verringertes FEV1:
  Obstruktive Lungenkrankheit möglich
- Verringerte VK:
  Restriktive Lungenerkrankung möglich

VORTEILE

Etabliertes Routineverfahren; moderne Spirometriegeräte erlauben eine Ausgabe der Messwerte im Vergleich zu Referenzkollektiven direkt nach der Messung

EINSCHRÄNKUNGEN

- Mitarbeit bei den einzelnen Atemmanövern erforderlich
- Spirometrie nicht unmittelbar nach dem Essen durchführen



↗ NYHA-SKALA (NEW YORK HEART ASSOCIATION CLASSIFICATION)

SCHWEREGRAD EINER HERZINSUFFIZIENZ

DURCHFÜHRUNG

Einstufung des Schweregrades einer Herzinsuffizienz, Orientierung an Belastungssymptomen und klar definierten Kriterien, Einteilung anhand der Beschwerden und der Selbstbeobachtungen

INTERPRETATION

NYHA-Stadien

Stadium I: Keine Einschränkungen der körperlichen Leistungsfähigkeit, weder Atemnot, Erschöpfung oder Herzrhythmusstörungen bei normalen alltäglichen körperlichen Belastungen (bspw. Treppensteigen)

Stadium II: Leichte Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Alltag durch Atemnot, Herzklopfen oder schneller Erschöpfung, keine Beschwerden im Ruhezustand

Stadium III: Körperliche Einschränkungen stärker ausgeprägt und geringe körperliche Aktivitäten (Hausarbeiten) führen zu Beschwerden wie übermäßiger Atemnot, schneller Erschöpfung oder Herzklopfen, keine Beschwerden im Ruhezustand

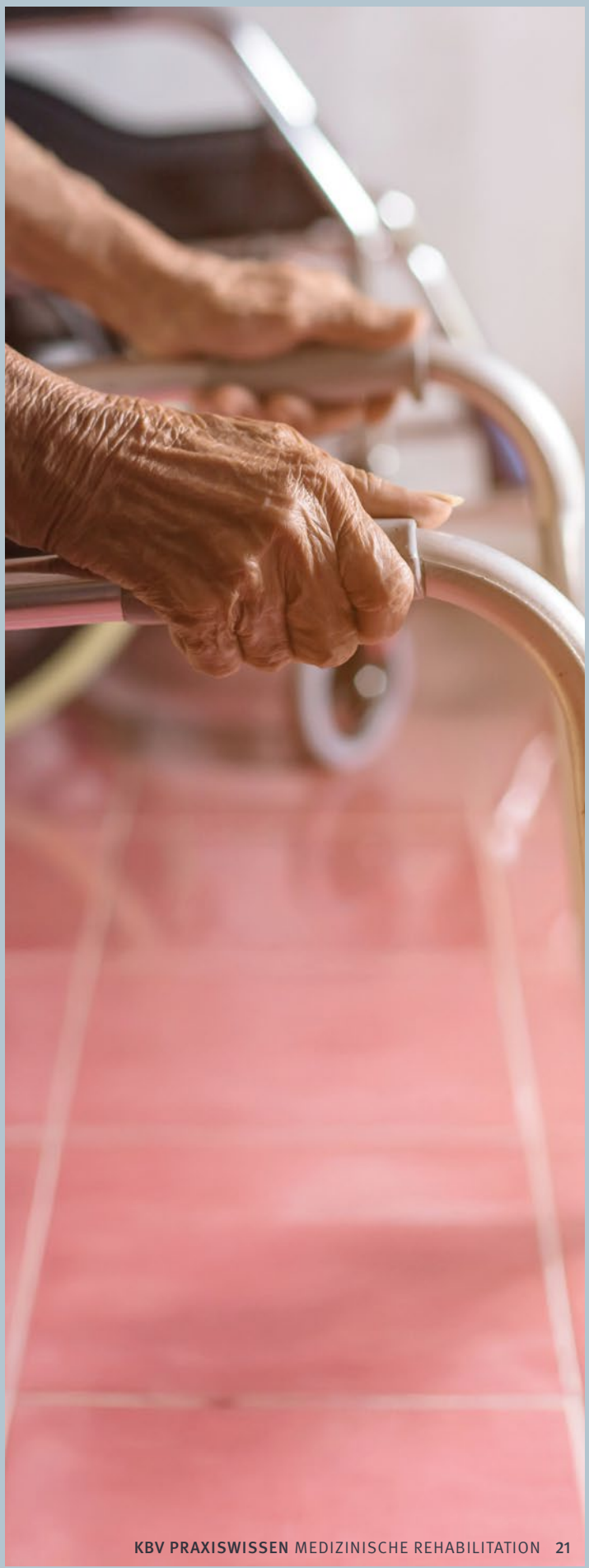
Stadium IV: keine körperlichen Aktivitäten ohne Beschwerden, Symptomatik ist dauerhaft und besteht bereits im Ruhezustand, jede körperliche Aktivität führt zu einer Verstärkung der Beschwerden

VORTEILE

Gebräuchlichere Einteilung als ABCD-Gruppierung der American Heart Association

EINSCHRÄNKUNGEN

- Keine Aussage über tatsächlichen Zustand des Herzens
- Wechsel in besseres Stadium möglich, obwohl das Herz nicht zwangsweise genesen sein muss
- Stadien I und II gegebenenfalls nicht gut differenzierbar



VERORDNEN ZULASTEN DER RENTENVERSICHERUNG

Während die gesetzliche Krankenversicherung Reha-Kosten vor allem bei Rentnern übernimmt, ist die Deutsche Rentenversicherung in erster Linie für Menschen zuständig, die im Berufsleben stehen. Ziel ist es, Krankheitsfolgen und ihre Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit zu verringern und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erhalten.

↗ VERORDNUNGEN DURCH ÄRZTE

Jeder Vertragsarzt darf den ärztlichen Befundbericht zur Unterstützung des Antrags seines Patienten auf eine medizinische Rehabilitation ausfüllen. Ein zusätzlicher Qualifikationsnachweis wird nicht benötigt. Das Ausfüllen des ärztlichen Befundberichts durch Vertragspsychotherapeuten ist nicht vorgesehen.

↗ ANTRAGSVERFAHREN – RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER DRV-BUND

Bundesweit gibt es 16 Träger der gesetzlichen Rentenversicherung. Das Antragsverfahren variiert von Träger zu Träger geringfügig und wird auf den jeweiligen Internetseiten beschrieben. Versicherte sollten sich an ihren zuständigen Rentenversicherungsträger wenden. Im Folgenden wird das Verfahren für die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV-Bund) vorgestellt, die die meisten Versicherten betreut.

Formulare für Patienten

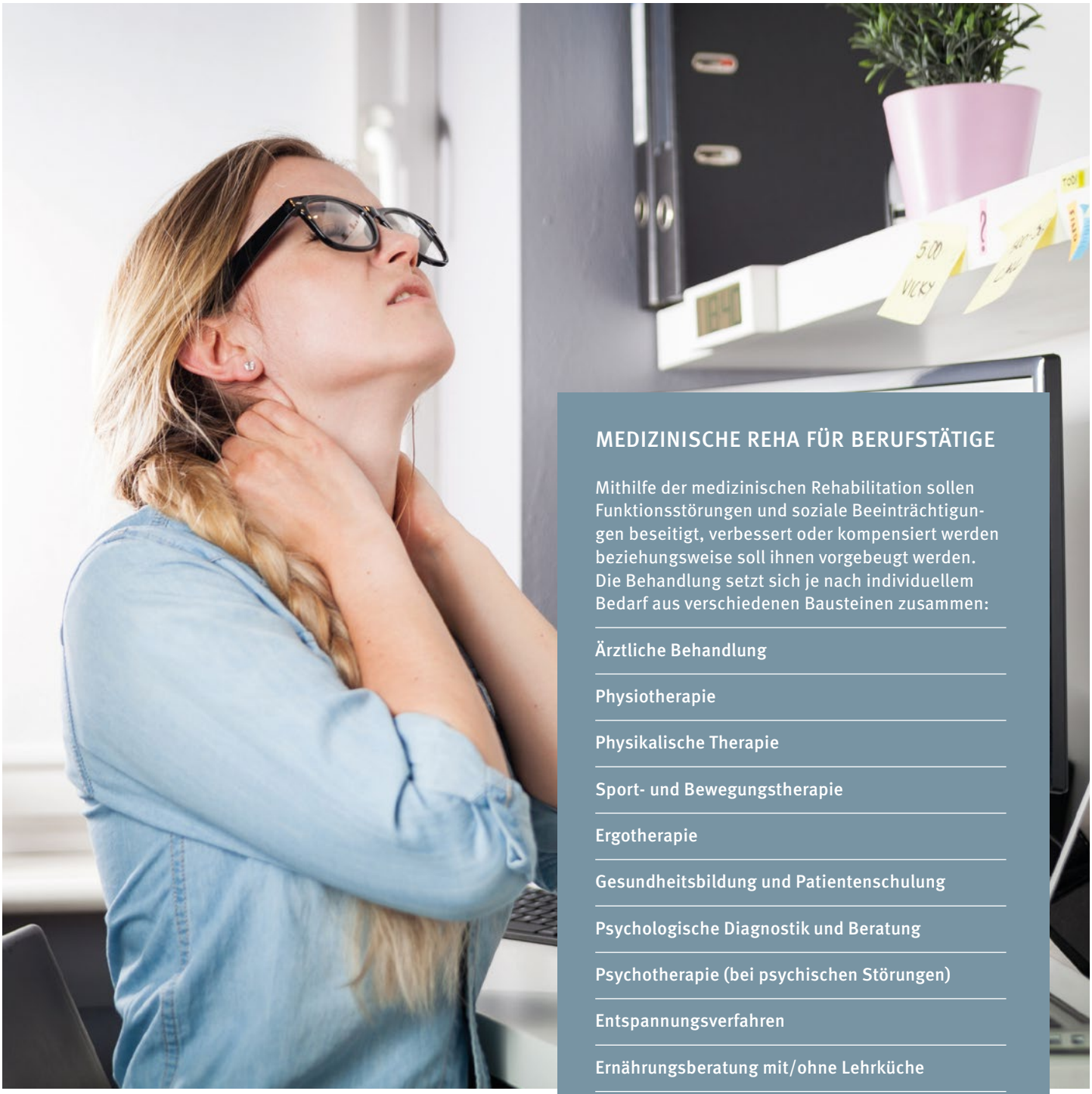
› Für die Antragstellung stellt die DRV-Bund ihren Versicherten Formulare bereit. Dazu gehört insbesondere das Antragsformular G0100: ***www.deutsche-rentenversicherung.de › Services › Formularsuche › G0100***

Online-Antrag für Patienten

› Es besteht die Möglichkeit, den Antrag auf Reha direkt online zu stellen. Die Antragstellung dauert circa 30 Minuten und setzt das Vorliegen eines bereits ausgefüllten ärztlichen Befundberichts voraus: ***www.deutsche-rentenversicherung.de › Online-Services › Anträge online stellen › Rehabilitation › Rehabilitationsantrag online stellen***

Formulare für Ärzte

› Ob für den ärztlichen Befundbericht oder die Honorarabrechnung – alle Formulare, die Ärzte im Zusammenhang mit dem Reha-Antragsverfahren benötigen, stellt die DRV auf ihrer Internetseite bereit. Ärzte finden dort zudem Informationen zum Ausfüllen des Befundberichts: ***www.deutsche-rentenversicherung.de › Reha › Reha-Antragstellung › Formular S0051 bzw. bei Kinder-Reha G0612***



MEDIZINISCHE REHA FÜR BERUFSTÄTIGE

Mithilfe der medizinischen Rehabilitation sollen Funktionsstörungen und soziale Beeinträchtigungen beseitigt, verbessert oder kompensiert werden beziehungsweise soll ihnen vorgebeugt werden. Die Behandlung setzt sich je nach individuellem Bedarf aus verschiedenen Bausteinen zusammen:

- **Ärztliche Behandlung**
- **Physiotherapie**
- **Physikalische Therapie**
- **Sport- und Bewegungstherapie**
- **Ergotherapie**
- **Gesundheitsbildung und Patientenschulung**
- **Psychologische Diagnostik und Beratung**
- **Psychotherapie (bei psychischen Störungen)**
- **Entspannungsverfahren**
- **Ernährungsberatung mit/ohne Lehrküche**
- **Soziale, sozialrechtliche und berufliche Beratung**
- **Arbeitsbezogene Maßnahmen**

Die Rentenversicherung ist aber nicht nur für Erwerbstätige zuständig. Bei Maßnahmen für Kinder und Jugendliche sowie zur onkologischen Nachsorge bei Rentnern besteht grundsätzlich Gleichrangigkeit zwischen Renten- und Krankenversicherung.

ANTRAGSVERFAHREN

PATIENT STELLT ANTRAG

Der Patient benötigt hierzu das **Formular G0100 „Antrag auf Leistungen zur Teilhabe für Versicherte – Rehabilitationsantrag“**, das er selbst ausfüllt. Unter Punkt 8 werden Angaben zum behandelnden Arzt (z. B. Name und Praxisadresse) abgefragt, da die Rentenversicherung den Arzt in den Rehabilitationsprozess einbindet. Die Angaben werden auch für eventuelle Rückfragen benötigt oder um noch fehlende ärztliche Unterlagen anzufordern.

Im Rahmen seines Antrags muss der Patient **weitere Formulare** ausfüllen, unter anderem werden Angaben zu seiner beruflichen Tätigkeit abgefragt.

Ärzte können den Reha-Antrag ihres Patienten mit einem ärztlichen Befundbericht unterstützen. Alternativ kann die Rentenversicherung auch einen Arzt beauftragen, ein ärztliches Gutachten auszustellen.

ARZT ERSTELLT BEFUNDBERICHT

Jeder Vertragsarzt darf einen ärztlichen Befundbericht für die Rentenversicherung erstellen. Eine weitere Qualifizierungsmaßnahme ist dafür nicht erforderlich. Der behandelnde Arzt füllt hierzu das **Formular S0051** und gegebenenfalls das **Formular S0052** (Zusatzbogen Onkologische Rehabilitation/AHB) aus:

- Versichertennummer, Name und Adresse der Patienten
- Angaben zur Behandlung und zu Häufigkeit von Kontakten
- Antragsbegründende Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Relevanz
- Krankheitsvorgeschichte einschließlich bisheriger Krankenhausaufenthalte und Berichte von (anderen) Fachärzten
- Aktuelle Funktionseinschränkungen in Beruf und Alltag
- Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe
- Angaben zur bisherigen und aktuellen Therapie (inklusive Hilfsmittel)
- Untersuchungsbefunde (körperlich/psychopathologisch) sowie antragsrelevante medizinisch-technische Befunde (Anlagen in Kopie)
- Beschreibung der Lebensumstände (Kontextfaktoren), zum Beispiel allein- oder in Pflegeeinrichtung lebend
- Risikofaktoren, zum Beispiel Rauchen
- Patientenkommunikation: Ist die Verständigung in deutscher Sprache möglich?
- Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln

DARUM IST DER BEFUNDBERICHT WICHTIG

Die Einschätzung des behandelnden Arztes ist eine wesentliche Entscheidungsgrundlage für die Rentenversicherung. Die Reha-Einrichtung erhält eine Kopie des ärztlichen Befundberichts, damit die Einschätzungen und Anregungen des behandelnden Arztes in den Rehabilitationsprozess eingehen. Der Arzt wiederum erhält von der Reha-Einrichtung den Entlassungsbericht, sofern der Patient damit einverstanden ist.

ABRECHNUNG UND HONORAR

Die Deutsche Rentenversicherung Bund honoriert den ärztlichen Befundbericht pauschal mit 41,04 Euro und 5,00 Euro für den Zusatzbogen (Stand: Januar 2025). Für die Abrechnung verwenden Ärzte das Formular G0600 „Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht“.

HINWEIS ZUM DATENSCHUTZ

Die Deutsche Rentenversicherung Bund weist daraufhin, dass Versicherte aus Datenschutzgründen die ausgefüllten und unterschriebenen Anträge nur in Papierform übermitteln dürfen oder persönlich abgegeben müssen. Anträge, die per E-Mail eingehen, können nur als formlose Antragstellung berücksichtigt werden. Das Antragsformular wird in solchen Fällen zur handschriftlichen Unterschrift an den Patienten zurückgeschickt.

BEISPIEL AUS DER PRAXIS:
↗ RENTENVERSICHERUNG

FALLBEISPIEL 5 ARZT: REHABILITATION FÜR EINE ANGESTELLTE

FALLDARSTELLUNG

↗ Eine 55 Jahre alte Patientin arbeitet im Krankenpflegedienst. Ihre Tätigkeit erfordert beispielsweise beim Umlagern pflegebedürftiger Patienten und bei der Hilfe zur Körperpflege zum Teil schwere körperliche Anstrengungen. Durch die Arbeit im Schichtdienst und die hohe Verantwortung (zum Beispiel beim Verabreichen von Infusionen) besteht eine verminderte Stressbelastbarkeit. Seit vier Wochen ist die Frau aufgrund eines schwer einstellbaren arteriellen Hypertonus (Diagnose I10) arbeitsunfähig. Aus dem schwer einstellbaren arteriellen Hypertonus, der vor zehn Jahren erstmals diagnostiziert wurde, resultiert eine diastolische Dysfunktion mit eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit. An Nebenerkrankungen bestehen eine Adipositas sowie eine Nikotinabhängigkeit. Der arterielle Hypertonus ist schwer einstellbar, eine leitliniengerechte medikamentöse Therapie erfolgt. Die Frau stellt einen Reha-Antrag bei der Deutschen Rentenversicherung Bund.

BEGRÜNDUNG DER REHA

↗ Die berufliche Leistungsfähigkeit der Patientin ist durch die eingeschränkte körperliche Belastbarkeit bereits erheblich gefährdet. Der Arzt hat sie mehrmals darauf hingewiesen, dass sie ihren Lebensstil ändern und insbesondere mit dem Rauchen aufhören muss – ohne Erfolg. Sie hat eine Patientenschulung und eine Ernährungsberatung erhalten, doch die Umsetzung im Arbeitsalltag ist schwierig. Die ambulanten Therapiemöglichkeiten erscheinen ausgeschöpft. Eine stationäre medizinische Rehabilitation könnte helfen, ihren Lebensstil zu ändern, die blutdrucksteigernden Einflüsse ihrer Adipositas und Nikotinabhängigkeit zu mindern und ihre körperliche Belastbarkeit zu trainieren, damit sie weiterhin im Krankenpflegedienst arbeiten kann. Ziele der Reha sind die Verbesserung der Blutdruckwerte durch Bewegung und gesunde Ernährung, Gewichtsreduktion, Raucherentwöhnung sowie das Erlernen von Techniken zum Stressabbau.

FAZIT

↗ Der Arzt unterstützt den Reha-Antrag seiner Patientin zulasten der Rentenversicherung. Er füllt dazu den ärztlichen Befundbericht aus und fügt die Kopien der medizinischen Befunde bei.

AUSFÜLLHINWEIS

noch Ziffer **11**

Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel besteht.

☐ nein
☒ ja ☐ mit Begleitung

Besserung der Leistungsfähigkeit ist möglich.

☐ nein
☒ ja
☐ kann ich nicht beurteilen

Belastbarkeit für eine Rehabilitation besteht.

☐ nein
☒ ja

12 Bemerkungen

Bei Schwierigkeiten in Bezug auf Bewilligung, bitte Rückruf durch Kollegen/in des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD): 06141 - 000000 (am besten montags: 9.00-11.00 Uhr)

SERVICE

STICHWORT KURORTE UND KURÄRZTE

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten – auch als Kur bezeichnet – entfalten ihre besondere Wirkung erst durch die Verknüpfung von Maßnahmen der Kurortmedizin mit anderen Maßnahmen, die aus medizinischen Gründen notwendig sind. Diese Vorsorgemaßnahmen sollen einem Patienten helfen, die in seiner Lebensweise begründeten gesundheitsgefährdenden Faktoren zu erkennen und sein Verhalten zu ändern.

Wenn eine medizinische Notwendigkeit besteht, können gesetzlich Versicherte die Kosten für eine „ambulante Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten" (nach Paragraf 23 Absatz 2 SGB V) ganz oder teilweise erstattet bekommen. Der Vertragsarzt kann über das Muster 25 die „Anregung einer ambulanten Vorsorgeleistung in anerkannten Kurorten" veranlassen.

REHA, VORSORGE, KUR ODER AHB?

Kur, Reha, Anschlussheilbehandlung: Was ist was? Die Angebote lassen sich vereinfacht ausgedrückt so unterscheiden:

Eine Anschlussheilbehandlung (auch Anschlussrehabilitation genannt) ist eine Reha, die unmittelbar nach einer Akutbehandlung im Krankenhaus erfolgt, zum Beispiel dem Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks.

Bei der klassischen Reha geht es im weitesten Sinne um die „Wiederherstellung" der körperlichen oder seelischen Gesundheit des Patienten, weil Teilhabebeeinträchtigungen vorliegen oder unmittelbar drohen.

Medizinische Vorsorgeleistungen sollen helfen, dem Entstehen sowie dem Wiederauftreten oder Fortschreiten einer Erkrankung entgegenzuwirken.

Die wichtigsten Merkmale:

↗ ANSCHLUSSHEILBEHANDLUNG

Wenn sich eine medizinische Rehabilitation unmittelbar an einen Krankenhausaufenthalt anschließt, spricht man von einer Anschlussheilbehandlung (AHB) oder Anschlussrehabilitation. Sie muss in der Regel spätestens zwei Wochen nach der Entlassung aus der Klinik beginnen. Die AHB kann beispielsweise nach einer Herz-OP oder einem Oberschenkelhalsbruch durchgeführt werden. Die Indikation hierzu wird direkt vom behandelnden Krankenhausarzt gestellt, der den Patienten operiert beziehungsweise akut behandelt hat.

↗ REHABILITATION

Leistungen der medizinischen Rehabilitation sollen bleibende alltagsrelevante Einschränkungen der Funktionsfähigkeit beseitigen, vermindern oder eine Verschlimmerung verhüten, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit weitestgehend abzuwenden.

Für Mütter und Väter in Erziehungsverantwortung gibt es spezielle stationäre Reha-Angebote. Sie sollen den besonderen Gesundheitsrisiken und -schädigungen von Müttern und Vätern unter Einbeziehung psychosozialer, psychologischer und gesundheitsfördernder Hilfen entgegenwirken. Neben der indikationsspezifischen Ausrichtung werden insbesondere psychosoziale Problemsituationen durch die aktuelle Erziehungsverantwortung oder durch die Pflege von Angehörigen berücksichtigt.

↗ VORSORGE – „KUR"

Medizinische Vorsorgeleistungen dienen einerseits dazu, Risikofaktoren oder Gesundheitsstörungen, die voraussichtlich in absehbarer Zeit zu einer Krankheit führen würden, positiv zu beeinflussen („Kur"). Andererseits dienen sie bei bereits vorliegender manifester Erkrankung dazu, längerfristige Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu verhindern und dem Auftreten von Rezidiven beziehungsweise dem Fortschreiten der Krankheit entgegenzuwirken. Dabei sind Hilfe zur Selbsthilfe und Anleitung zum eigenverantwortlichen Handeln wesentliche Behandlungselemente.

VORSORGE FÜR ELTERN:

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter auf dem bundesweit einheitlichen Formular 64 verordnet. Die Verordnung kann per Praxisverwaltungssoftware ausgestellt werden und wird über die Gebührenordnungsposition 01624 abgerechnet und vergütet (210 Punkte/ 26,03 Euro/Stand: Januar 2025).

FRAGEN & ANTWORTEN ZUR REHA

Wer entscheidet, in welche Reha-Klinik der Patient kommt?

Die letztendliche Entscheidung über die Reha-Klinik trifft die Krankenkasse. Der Patient kann jedoch seine Wünsche äußern, die er aufgrund seiner persönlichen Lebenssituation, seines Alters, seiner Familie oder seiner religiösen Weltanschauung hat. Die Einrichtung muss nach medizinischen Gesichtspunkten geeignet sein.

Dürfen Eltern ihre Kinder mit zu ihrer Reha nehmen?

Die Zahl der Kinder, die mitgenommen werden kann, ist nicht begrenzt. Aber die Mitaufnahme muss begründet werden. Zum Beispiel, weil das Kind behandlungsbedürftig ist oder weil – etwa bei alleinerziehenden Elternteilen – eine Betreuung und Versorgung nicht anderweitig erfolgen kann und eine Trennung unzumutbar ist. In solchen Fällen können Kinder bis zum 12. Lebensjahr, in besonderen Fällen bis 14 Jahren, mit aufgenommen werden. Details sollten mit der Krankenkasse rechtzeitig vor Beginn der Maßnahme besprochen werden.

Es gibt in der gesetzlichen Krankenversicherung ein bundesweit einheitliches Formular für das ärztliche Attest Kind. Das Formular 65 wird verwendet wenn ein Kind bei der Reha der Mutter oder des Vaters dabei sein soll und mitbehandelt werden muss. Kommen mehrere Kinder mit zur Reha und müssen mitbehandelt werden, wird für jedes Kind ein solches Attest benötigt.

Besteht Schulpflicht für das mitgenommene Kind?

Für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen gibt es spezialisierte Reha-Einrichtungen, die eine Beschulung der schulpflichtigen Kinder während der Reha anbieten.

Darf der Partner als Begleitperson mitgenommen werden?

Die Mitaufnahme einer Begleitperson kann aus medizinischen Gründen notwendig sein und in diesem Fall über den Kostenträger finanziert werden. Wenn keine medizinischen Gründe für die Mitaufnahme einer Begleitperson vorliegen, sollte sich der Patient über die Möglichkeit und die Kosten in der Reha-Einrichtung informieren.

Dürfen Patienten ein Haustier mitnehmen?

Es gibt Reha-Einrichtungen, die eine Mitnahme beispielsweise von Hunden zulassen. Für Menschen, die aus medizinischen Gründen auf einen Blindenführhund angewiesen sind, kann die Kostenübernahme durch den Kostenträger erfolgen. Andernfalls können Zusatzkosten entstehen, die bei der Reha-Einrichtung zu erfragen sind.

Übernimmt die Krankenkasse die Fahrtkosten?

Patienten sollten mit ihrer Krankenkasse klären, ob die Möglichkeit der Fahrtkostenübernahme besteht. Die Verordnung eines Krankentransportes entsprechend der Krankentransport-Richtlinie ist nicht möglich.

Sind die Reha-Leistungen der GKV auch im Ausland möglich?

Ja, aber nur wenn eine entsprechende Behandlung einer Krankheit nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ausschließlich im Ausland möglich ist. Im Rahmen der GKV sind nur Reha-Leistungen in Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft sowie anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum erstattungsfähig. Anstelle der Sach- oder Dienstleistung kann eine Kostenerstattung erfolgen. Reha-Leistungen für Mütter und Väter können nicht im Ausland erbracht werden.

› Themenseite Rehabilitation mit Informationen auch zur Fortbildung: *www.kbv.de/991147*

› Weitere Themenhefte der Reihe „PraxisWissen“ abrufbar in der KBV-Mediathek: *www.kbv.de/945998*

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de

PraxisWissen
PraxisWissenSpezial
Themenhefte für Ihren Praxisalltag

Abrufbar und kostenfrei bestellbar unter:
www.kbv.de/838223

PraxisInfo
PraxisInfoSpezial
Themenpapiere mit Informationen für Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808

PraxisNachrichten
Der wöchentliche Newsletter per E-Mail oder App

Abonnieren unter:
www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de
Redaktion: Interne Kommunikation im Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation
Fachliche Zuständigkeit: Abteilung Veranlasste Leistungen
Gestaltung: büro lüdke GmbH
Fotos: © Adobe Stock: Africa Studio, Monkey Business, saelim; © Corbis; © Fotolia: Alexander Raths, anyaberkut, BillionPhotos, goodluz, Jacob Lund, leszekglasner, Monkey Business, Photographee.eu, pure-life-pictures, Robert Kneschke, © iStock: YinYang
Stand: Januar 2025

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde zum Teil nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

Die Informationen in dieser Broschüre sind ein Serviceangebot, die KBV erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.