

Muster 61 Teil A: Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Auf Teil A des Musters 61 können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte eine ergänzende Beratung durch die Krankenkasse veranlassen (z.B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner oder Angehörige von Versicherten oder Rentnerinnen und Rentnern) oder den zuständigen Rehabilitationsträger durch die Krankenkasse ermitteln lassen, wenn dieser durch die Vertragsärztin/den Vertragsarzt nicht abschließend beurteilt werden kann (z.B. hinsichtlich der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung). In diesem Fall ist ausschließlich Teil A auszufüllen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Die Krankenkasse informiert die Vertragsärztin/den Vertragsarzt über den zuständigen Rehabilitationsträger. Sofern die Krankenkasse zuständig ist, werden die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte gebeten, auch Teil B-D des Musters 61 auszufüllen und an die Krankenkasse zu richten. Um den verordnenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzten die Abgrenzung des zuständigen Rehabilitationsträgers zu erleichtern, sind auf Teil A des Musters entsprechende Kriterien aufgeführt. Besteht Klarheit über die Zuständigkeit der Krankenkasse, kann auf das Ausfüllen des Teils A verzichtet und direkt der Teil B-D ausgefüllt an die Krankenkasse übermittelt werden.

Der Vordruck gliedert sich in drei Abschnitte. Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

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

61 Teil A

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
1.		
2.		
3.		

* 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. IISG)

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.		
5.		
6.		

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

- 4 **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**.

- 5 **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.

- 6 ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

7 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

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

① In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden Diagnosen, aber auch weitere Diagnosen mit Relevanz für den Rehabilitationsprozess anzugeben. Die Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln. Sie können zusätzlich als Freitext angegeben werden; dies ist in den Fällen erforderlich, in denen die Diagnose über die ICD-10-GM Verschlüsselung nicht ausreichend abgebildet werden kann. ② Wenn erforderlich und soweit es sich nicht aus dem ICD-10-GM ergibt, ist die Seitenlokalisation anzugeben (R=rechts, L=links, B=beidseits). ③ Sofern bekannt, sind den einzelnen Diagnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z.B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z.B. Unfallfolgen, etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft. Der Vordruck enthält dazu unter I. eine entsprechende Auswahl bereit.

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten

④ Das Kästchen kann angekreuzt werden, wenn eine Beratung der Versicherten/des Versicherten über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse oder eines anderen Rehabilitationsträgers angezeigt ist. Dies kann z.B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder bei onkologischer Rehabilitation für Altersrentner oder Angehörigen von Versicherten oder Rentnern der Fall sein. Darüber hinaus kann das Kästchen ausgefüllt werden, wenn eine Beratung zu weiteren Leistungen der Krankenkasse (z.B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) angezeigt ist. Sofern dies zutrifft, ist nur der Teil A des Vordrucks an die Krankenkasse zu übermitteln. Teil B-D des Vordrucks ist dann nicht auszufüllen.

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

⑤ Wenn krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht und z.B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können, kann die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten werden. Sofern dies zutrifft, ist nur der Teil A des Vordrucks an die Krankenkasse zu übermitteln. Teil B-D des Vordrucks ist dann nicht auszufüllen.

Ggf. weitere Anmerkungen der Vertragsärztin/des Vertragsarztes

⑥ Hier können weitere Angaben von Seiten der Vertragsärztin/des Vertragsarztes wie z.B. die Bitte um Rückruf durch die Krankenkasse vorgenommen werden.

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin/den Vertragsarzt

⑦ Hat die Vertragsärztin/der Vertragsarzt um Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers gebeten, teilt die Krankenkasse der Vertragsärztin/dem Vertragsarzt mit, ob die Krankenkasse zuständig ist, (dann ist von der Vertragsärztin/vom Vertragsarzt noch Teil B-D des Vordrucks auszufüllen), die Rentenversicherung zuständig ist (dann sendet die Krankenkasse den Vordruck der Rentenversicherung an die Vertragsärztin/den Vertragsarzt) oder ein anderer Kostenträger zuständig ist.

Muster 61 Teil B bis D: Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Auf Teil B-D können Vertragsärztinnen und Vertragsärzte Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter verordnen. Das Muster wird in der Vertragsarztpraxis vorgehalten.

Bei Verwendung des Musters 61 Teil B-D ist zu beachten, dass die Krankenkasse nur Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbringt, wenn

- kurative Einzelleistungen der ambulanten Krankenbehandlung nicht ausreichend sind und
- eine komplexe Leistung zur medizinischen Rehabilitation medizinisch indiziert ist und kein anderer Rehabilitationsträger zuständig ist.

Der Vordruck gliedert sich in sieben Abschnitte. Beim Befüllen der Felder sind folgende Hinweise zu beachten:

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

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

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. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 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. IISG)

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
4. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 die Krankenkasse

Muster 61 Teil B (4.2016)

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

① Das Kästchen ist anzukreuzen, wenn es sich

- nicht um eine Minderung/erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit handelt und
- auch nicht um die Folgen eines Arbeitsunfalles/einer Berufskrankheit handelt,

da in diesen Fällen grundsätzlich die Zuständigkeit anderer Rehabilitationsträger (gesetzlichen Renten- bzw. Unfallversicherung) besteht.

② Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner oder Angehörige von Versicherten oder Rentnerinnen und Rentnern werden sowohl zu Lasten der Rentenversicherung als auch der Krankenversicherung erbracht (gleichrangige Zuständigkeit). Wünscht die Versicherte/der Versicherte die Erbringung durch die Rentenversicherung, ist die Zuständigkeit der Krankenkasse nicht gegeben und der Vordruck der Rentenversicherung auszufüllen.

Das Kästchen ist nur anzukreuzen, wenn die Versicherte/der Versicherte nach erfolgter vorheriger Beratung (siehe Muster 61 Teil A) die Durchführung der Leistung in Zuständigkeit der Krankenkasse wünscht.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

③ In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden Diagnosen, aber auch weitere Diagnosen mit Relevanz für den Rehabilitationsprozess anzugeben. Die Diagnosen sind gemäß im ICD-10-GM zu verschlüsseln. Sie können zusätzlich als Freitext angegeben werden; dies ist in den Fällen erforderlich, in denen die Diagnose über die ICD-10-GM Verschlüsselung nicht ausreichend abgebildet werden kann. ④ Wenn erforderlich und soweit es sich nicht aus dem ICD-10-GM ergibt, ist die Seitenlokalisation anzugeben (R=rechts, L=links, B=beidseits). ⑤ Sofern bekannt, sind den einzelnen Diagnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z.B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z.B. Unfallfolgen, etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft. Der Vordruck enthält dazu unter I. eine entsprechende Auswahl bereit.

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankheitsbehandlung

Mit diesem Abschnitt werden zusätzlich zur Anamnese und den Schädigungen die Beeinträchtigungen in definierten Aktivitäts- und Teilhabebereichen im Sinne eines rehabilitationsmedizinischen Assessments abfragt.

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

61 Teil C

10 G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<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"/>
Selbstversorgung	<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"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (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"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben teilnehmen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 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)

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil C (4.2016)

A. Kurze Angaben zur Anamnese

⑥ Dieser Unterabschnitt dient der Dokumentation der klinischen Anamnese und des bisherigen Verlaufes der Krankenbehandlung der Versicherten/des Versicherten einschließlich ihrer/seiner Beschwerden.

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde

⑦ Hier sollen die Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen aufgelistet werden, die für die unter II. G angeführten rehabilitationsrelevanten Beeinträchtigungen verantwortlich sind.

Beispiel: Medial betonte Gonarthrose (= Strukturschädigung) mit schmerzhafter Einschränkung der Beweglichkeit – Extension/Flexion: 0/10/90 Belastungsschmerz nach 50 m Gehstrecke (= Funktionsschädigungen).

Untermauert werden können die Angaben mit entsprechenden Assessments, beispielsweise dem Barthel-Index.

C – F. Bisherige Leistungen (Krankenbehandlung)

⑧ In den Unterabschnitten C bis F werden die bisher durchgeführten Leistungen der Krankenbehandlung, wie ärztliche/psychotherapeutische Interventionen, Arzneimitteltherapie, Heil- und Hilfsmiteleinsatz und andere Maßnahmen wie z.B., Patientenschulung oder medizinische Vorsorgeleistungen erfragt.

⑨ Sofern bekannt, soll hinsichtlich der Heilmitteltherapie auch eine Angabe zu den bisher verordneten Einzelleistungen und deren Häufigkeit innerhalb der letzten sechs Monate gemacht werden.

Zudem soll die Vertragsärztin/der Vertragsarzt unter D bestätigen, dass das Behandlungsziel mit einer (weiteren) Heilmittelbehandlung nicht zu erreichen ist.

Diese Dokumentation soll noch einmal unterstreichen, dass mit einzelnen Leistungen der Krankenbehandlung oder deren einfachen Kombination die Behandlungsziele nicht zu erreichen sind.

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe

⑩ Hier wird gezielt nach nicht nur vorübergehenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe an unterschiedlichen Lebensbereichen der Versicherten/des Versicherten sowie dem Unterstützungsbedarf hinsichtlich eines selbstbestimmten und möglichst eigenständigen Lebens gefragt.

H. Kontextfaktoren

⑪ Kontextfaktoren stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen sowohl externe (Umweltfaktoren) wie interne Einflussfaktoren (personbezogene Faktoren). Diese können einen positiven oder negativen Einfluss auf das Gesundheitsproblem haben. Kontextfaktoren tragen in jedem Einzelfall zum Verständnis der krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen eines Gesundheitsproblems bei. So sind beispielsweise sowohl die Bedingungen im Sozialraum als auch eigene Kompetenzen im Zusammenhang mit der Bewältigung des Gesundheitsproblems und seiner Auswirkungen von Bedeutung. Auch den Rehabilitationserfolg evtl. gefährdende Risikofaktoren sollten an dieser Stelle benannt werden.

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

61 Teil D

12 III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

13 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

14 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) _____

15 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

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

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

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

ja nein

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

ja nein

19 D. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

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

F. Rückruf erbeten unter

21 _____

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

12 Rehabilitationsfähig sind Versicherte, wenn sie aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit besitzen. Ist dies nicht der Fall, mindert dies die Aussichten auf den Rehabilitationserfolg.

IV. Rehabilitationsziele

13 Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, um eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten.

A-B. Rehabilitationsziele

In diesem Unterabschnitt soll sich die Vertragsärztin/der Vertragsarzt positionieren, welche Ziele sie/er unter Beachtung negativ wirkender Kontext- bzw. Risikofaktoren für realistisch hält – sowohl hinsichtlich der Funktionsschädigungen als auch der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe.

Die Rehabilitationsziele beziehen sich neben den oben genannten Funktionsschädigungen in erster Linie auf die daraus resultierenden Beeinträchtigungen. Sie sollten möglichst konkret beschrieben werden (z.B. Erreichen eines Transfers, Gehen kurzer Strecken). Die mit dem Patienten/der Patientin und insbesondere bei pflegebedürftigen Personen auch mit den Angehörigen formulierten alltagsrelevanten Rehabilitationsziele sind zu dokumentieren. Abweichungen zwischen den von der Patientin/vom Patienten formulierten Rehabilitationszielen und denen der Vertragsärztin/des Vertragsarztes sind ebenfalls zu dokumentieren, da dieser Umstand einen Einfluss auf die Prognose haben kann.

V. Rehabilitationsprognose

14 In diesem Unterabschnitt soll die Vertragsärztin/der Vertragsarzt eine Aussage treffen, ob die zuvor formulierten Rehabilitationsziele sowohl durch die empfohlene Leistung zur medizinischen Rehabilitation als auch im vorgesehenen Zeitraum vollumfänglich oder ggf. nur eingeschränkt erreicht werden können.

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung der medizinischen Rehabilitation auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotentials oder der Rückbildungsfähigkeit. Dabei ist der positive wie negative Einfluss des sozialen wie persönlichen Lebenshintergrundes (Umwelt- und personbezogenen Faktoren) einzubeziehen. Ein besonderes Augenmerk gilt der Motivation der Patientin oder des Patienten mit Blick auf die Verstärkung von Ressourcen (z. B. Einstellungen zu den krankheits- und behinderungsbedingten Auswirkungen, Bewältigungsstrategien) wie auch einer möglichen Verminderung negativ wirkender Kontextfaktoren (z.B. Risikofaktoren).

VI. Zuweisungsempfehlungen

A-B. Empfohlene Rehabilitationsform und weitere Bemerkungen

15 Dieser Unterabschnitt beinhaltet Angaben zur empfohlenen Rehabilitationsform, also ob die Leistung z.B. ambulant, stationär oder als Mütter-/Väter-Leistung erbracht werden soll. Bei der Verordnung einer Mütter-/Väter-Leistung bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistung sind die für diese relevanten Kontextfaktoren in Abschnitt II. H besonders darzustellen. Für die Verordnung einer medizinischen Vorsorgeleistung (nicht Rehabilitation) für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V ist das Muster 61 Teil B-D nicht zu verwenden. Hierfür wird ein gesonderter Verordnungsvordruck zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus soll die Vertragsärztin/der Vertragsarzt Angaben darüber machen, welche Anforderungen die Rehabilitationseinrichtung, in der die Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgen soll, erfüllen soll oder ob diesbezüglich keine Bemerkungen/Begründungen notwendig sind.

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung

16 In diesem Unterabschnitt ist ggf. die Frage zu beantworten, ob die beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation vor Ablauf der gesetzlich festgelegten Wartefrist von 4 Jahren zwischen zwei Rehabilitationsleistungen medizinisch notwendig ist. Dies kann der Fall sein, wenn infolge einer zwischenzeitlichen Verschlimmerung der rehabilitationsbegründenden Erkrankung erneut eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation indiziert ist, oder eine andere Krankheit die Rehabilitation begründet. In jedem Fall müssen eine solche Maßnahme und ihre Dringlichkeit gesondert begründet werden.

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung

17 Hier ist die Frage zu beantworten, ob eine zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld und damit eine wohnortferne Maßnahme notwendig ist, um die Rehabilitationsziele zu erreichen.

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation

18 In diesem Unterabschnitt ist die Frage zu beantworten, ob die häusliche Versorgung im Falle einer ambulanten Rehabilitation gesichert ist.

D. Reisefähigkeit

19 Mit dieser Frage wird die Reisefähigkeit der Patientin/des Patienten erfasst. Können z.B. öffentliche Verkehrsmittel, mit denen die Patientin/der Patient die Einrichtung erreichen kann, benutzt werden? Sind ein PKW und/oder eine Begleitperson erforderlich?

E. Sonstige

20 In diesen Unterabschnitt können besondere Hinweise gegeben werden, wie z.B. zur Reisefähigkeit oder zum Bestehen einer Schwangerschaft.

F. Rückruf erbeten

21 Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt hat hier die Möglichkeit, die Krankenkasse um Rückruf zu bitten.“