

# Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten <b>Max Mustermann</b> geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse**

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

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

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen		Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1.	Luftnot nach Pneumonie durch Viren	J 12.8	
2.	Covid 19	U 07.1	
3.			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4.	Koronare 3-Gefäßerkrankung	I25.13	
5.			
6.			

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

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

## II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

**Beratung der/des Versicherten**

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

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

**Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**

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

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

ggf. weitere Anmerkungen

Datum

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

## III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

# Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten <b>Max Mustermann</b> geb. am _____		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

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 Funktionsdiagnosen		Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1.	Luftnot nach Pneumonie durch Viren	J12.8	
2.	Covid 19	U07.1	
3.			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4.	Koronare 3-Gefäßerkrankung	I25.13	
5.			
6.			

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

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

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

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

Anfang Februar stationäre Aufnahme wegen deutlicher AZ-Verschlechterung, Fieber, Husten und Dyspnoe.

Nachweis einer Covid 19-Infektion. 3-tägige Behandlung auf der Intensivstation bei respiratorischer Partialinsuffizienz. Z.n. häuslicher Isolierung. Aktuell: neg. PCR-Untersuchung.

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

Ruhedyspnoe bei restriktiver Ventilationsstörung, Belastbarkeit reduziert. Niedergeschlagenheit.

Aktivitäten und Teilhabe eingeschränkt. Barthel-Index: 80

### C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen

Akutklinik, Hausarzt, Atemtherapie als Selbstübung

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

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

### E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein  ja, welche? VRP1 Atemphysiotherapiegerät

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

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

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

**H. Lebensumstände/Kontextfaktoren**

**1. Rehabilitationsrelevante 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)

Allein lebend, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagssituationen, z.B. Einkaufen wegen

Leistungsminderung mit schneller Erschöpfung.

**2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

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

**III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit**

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

**IV. Rehabilitationsziele**

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

Verbesserung der Lungenfunktion und der Luftnot, Steigerung der Belastbarkeit. Psychische Stabilisierung.  
 Informationsvermittlung über die Erkrankung.

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

**V. Rehabilitationsprognose**

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

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

**VI. Zuweisungsempfehlungen**

**A. Empfohlene Rehabilitationsform**

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

**B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)**

Pneumologisch

**C. 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)**

pflegende/r Angehörige/r  andere

**VII. Sonstige Angaben**

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation  Verschlimmerung bei gleicher Indikation  
 Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig  
 Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

**Reisefähigkeit**

öffentliche Verkehrsmittel  PKW erforderlich  Begleitperson erforderlich

**Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen**

Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)  
 Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

**Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter**

Wunschkliniken: Median Kliniken Flechtingen, Heiligendamm oder Bad

Salzuflen

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes