

# BEANTRAGUNG EINER STATIONÄREN REHABILITATIONS- MAßNAHME (REHA) FÜR PFLEGENDE ANGEHÖRIGE BEI DER KRANKENKASSE

Angefügt finden Sie das beispielhaft ausgefüllte Formular „Muster 61“ zur Beantragung einer stationären Reha bei der Krankenkasse.

**Die Texteinträge sind beispielhaft und an das Krankheitsbild der jeweiligen Patientin oder des Patienten anzupassen.**

**Ausführliche Vordruckerläuterungen als weitere Hilfe für Ärztinnen und Ärzte** gibt es zum Download auf dem Pflegewegweiser NRW, [www.pflegewegweiser-nrw.de/downloads](http://www.pflegewegweiser-nrw.de/downloads) (Verbraucherzentrale NRW), und bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter [www.kbv.de/media/sp/02\\_Erlaeuterungen.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf)

Beispiel/Auszug aus den Vordruckerläuterungen zum Muster 61:

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen	
1 A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM <span style="color: green;">2</span> Ursache *
<b>I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen</b>	
<p>1 In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden Diagnosen, aber auch weitere Diagnosen, die einen Einfluss auf die Rehabilitationsleistung haben - sofern erforderlich mit Seitenlokalisation – anzugeben. Die rehabilitations-begründenden Diagnosen sollen dabei als Funktionsdiagnosen angegeben werden. Die Funktionsdiagnose ermöglicht es, die aus dem Gesundheitsproblem resultierenden relevanten Schädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigung in kompakter Form zu beschreiben, beispielsweise „Cox-</p>	<p>arthrosere. mit eingeschränkter Gehfähigkeit“. Die den Beeinträchtigungen zugrundeliegenden Diagnosen sowie die weiteren Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln.</p> <p>2 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.</p>

Krankenkasse bzw. Kostenträger BOK		
Name, Vorname des Versicherten Max Muster		
<b>MUSTER</b>		geb. am 01.01.1950
Kostenträgerkennung XXX	Versicherten-Nr. XXX	Status XXX
Betriebsstätten-Nr. XXX	Arzt-Nr. XXX	Datum XXX

# Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

### Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur eine erhebliche Beeinträchtigung der Teilhabe an Leben in der Gesellschaft bestehen oder eine erhebliche Beeinträchtigung der Teilhabe an Leben in der Gesellschaft bestehen, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Patienten, besteht ist grundsätzlich ein Anspruch auf eine medizinische Rehabilitation, besteht Handlungssicherung im Falle eines Arbeitsunfalls, eine Berufskrankheit ist grundsätzlich die Folge eines Arbeitsunfalls, eine Berufskrankheit ist grundsätzlich die Folge eines Arbeitsunfalls, eine Berufskrankheit ist grundsätzlich die Folge eines Arbeitsunfalls, eine Berufskrankheit ist grundsätzlich die Folge eines Arbeitsunfalls.

**Bitte beachten: Die farbigen Text-eintragungen sind beispielhaft. Alle Felder müssen individuell nach der Befundlage ausgefüllt werden!**

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

### A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

1. Siehe Blatt B
- 2.
- 3.

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

Ursache \*

### B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4. Siehe Blatt B
- 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. HSG)

## II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

**Beratung der/des Versicherten**  
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln, Teil B-E 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-E 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

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

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

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges **Bei Zuständigkeit der Rentenversicherung das Formular**

„Befundbericht“ (S0051) mit diesem Blatt A der Rentenversicherung

senden.

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
<b>MUSTER</b>		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 Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. <b>Lumboischialgie, Schmerzsyndrome</b>	<b>M54.4 R52.2</b>	<input type="checkbox"/>
2. <b>Cerviobrachialgie, Bandscheibenschäden m. Myelopathie</b>	<b>M53.1, M51.0+</b>	<input type="checkbox"/>
3. <b>Primäre Gonathrose, einseitig</b>	<b>M17.1</b>	<input type="checkbox"/>
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen		
4. <b>z.B. art. Hypertonus,</b>	<b>I10.91</b>	<input type="checkbox"/>
5. <b>Somatoforme autonome Funktionsstörung,</b>	<b>F45.3-</b>	<input type="checkbox"/>
6. <b>Erschöpfung b. Anpassungsstörung, Schwäche o.n.A</b>	<b>F43.0, R53</b>	<input type="checkbox"/>

\* **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)

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

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

**Pflegt seit ....Partner mit Pflegegrad, kommt auch nachts nicht zur Ruhe wg ständiger Belastung**

**Körperlich bzw. geistig erschöpft, ambulante Unterstützung/ ergänzende Hilfe nicht ausreichend**

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

**medial betonte Gonathrose/ Strukturschädigung m. schmerzhafter Einschränkung d. Beweglichkeit**

**Extension/Flexion 0/0/90 Belastungsschmerz bei Treppabsteigen, Gewichtsverlust+Ausgeprägte**

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

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

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

**Physiotherapie, Selbsthilfegruppe.. Oder: „ambulante Angebote nicht ausreichend, zu geringe Therapiedichte und Variabilität und/oder „können nicht wahrgenommen werden, z.B wegen Bindung in der Pflege Tätigkeit“**

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

#### E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein  ja, welche?

Ausfertigung für die Krankenkasse

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

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Lernen und Wissensanwendung</b> (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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="text"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="text"/>	<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 teilnehmen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G. 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(-bedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

**Soziale Isolation aufgrund der Pflege des Partners, eigene körperliche Beeinträchtigung des**

**Patienten , verminderte Selbstfürsorge, Selbstmanagement und Selbstregulation**

**Schlafstörung durch Schmerzen**

**2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

<input checked="" type="checkbox"/> Bewegungsmangel Fehlhaltung	BMI <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fehl-/ Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input checked="" type="checkbox"/> Nikotin
<input checked="" type="checkbox"/> Sonstiges z.B. Suchtmittel	z.B. Alkoholabusus, beginnende Gebrechlichkeit, erhöhte			

**Sturzgefahr bei verminderter Mobilität, Fehlhaltung durch Pflege, Belastung durch pfleger. Tätigkeit**

**III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit**

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

ja

nein

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

Besserung der Symptomatik, Wiederherstellung eigener Ressourcen, Verbesserung der ADL

Schmerzreduktion, Training der Pflege, Wiedererlangen d. sozialen Teilhabe, Erhöhung der Resilienz

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

Aufrechterhaltung der familialen Pflege, Anleitung z. Selbstfürsorge, Rückgewinnen v. gesundh. Ressourcen

**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)**

Programm f. pflegende Angehörige, Klinik XY in XY m. Programm für Pflegepersonen geriatr. Rehabilitation

**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

**VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten****A. Erteilte Einwilligungserklärungen**

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

Sofern erteilt

 ja  nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

Sofern erteilt

 ja  nein**Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht**

Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

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

Datum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**B. Angaben der/des Versicherten**

*Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.*

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

Datum

TTMMJJ

Unterschrift der oder des Versicherten  
(des gesetzlichen Vertreters,  
des Betreuers, des Bevollmächtigten)