

Praxis-Info

MEDIZINISCHE REHABILITATION

Impressum

HERAUSGEBER
Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030.278 785 -0
info@bptk.de
www.bptk.de

Satz und Layout: PROFORMA GmbH & Co. KG
2. Auflage, September 2024

Inhaltsverzeichnis

Editorial	5
Psychotherapeut*innen dürfen medizinische Rehabilitation verordnen.	6
Was ist medizinische Rehabilitation?	6
Abgrenzung zur Kuration.	6
Sozialrechtliche Verankerung	7
Konzept der funktionalen Gesundheit.	7
Umfassendes Leistungsspektrum	7
Verordnung durch Psychotherapeut*innen	8
Medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung.	8
Codierung nach ICF	8
Wann ist die Krankenkasse zuständig?	9
Diagnosen	10
Reha-Einrichtungen.	11
Vergütung	12
Ambulante Rehabilitation	13
Schritt für Schritt – Was ist zu tun?	14
Indikation	14
Beratung der Patient*in	14
Verordnung ersetzt Antrag der Versicherten*	15
Das Verordnungsformular – Beispiele und Ausfüllhinweise	16
Fristen und Prüfung durch die Krankenkasse	23
Widerspruch der Patient*in	23
Nach der Reha	23

Fallbeispiele	24
Psychosomatische Rehabilitation	24
Kinder-Rehabilitation	28
Vater-Kind-Rehabilitation	32
Entwöhnungsbehandlung	36
Anhang 1: Welche weiteren Kostenträger gibt es?	40
Anhang 2: ICF – Die Sprache der Reha	42
Funktionseinschränkungen beurteilen	42
ICF-CY – Version für Kinder und Jugendliche	43
ICF-Fallstrukturierung bei einem Erwachsenen	44
ICF-Fallstrukturierung bei einem Kind	45
Anhang 3: Informationen für Patient*innen	46

Editorial

Liebe Kolleg*innen,

mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz haben Psychotherapeut*innen wichtige Befugnisse erhalten, die ihre Rolle in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen weiter stärken. Psychotherapeut*innen können nun Krankenfahrten und Krankentransporte sowie Soziotherapie und medizinische Rehabilitation verordnen und Patient*innen wegen ihrer psychischen Erkrankung zur Behandlung in ein Krankenhaus einweisen. Damit können Psychotherapeut*innen die Versorgung umfassender als vorher gestalten und koordinieren.

Mit der Befugnis, medizinische Rehabilitation verordnen zu können, können Psychotherapeut*innen bei Patient*innen, die aufgrund ihrer psychischen Erkrankung in ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eingeschränkt sind oder bei denen eine solche Beeinträchtigung droht, Rehabilitation verordnen, die von Krankenkassen bezahlt wird. Hier ist das vorrangige Ziel, dass die Patient*in mit ihrer Erkrankung besser im Alltag zurechtkommt, weiter ein selbstständiges Leben führen und am sozialen Leben teilnehmen kann. Eine Rehabilitation kann außerdem notwendig sein, wenn Mütter und Väter familiär überlastet sind. Diese wird auch von den Krankenkassen bezahlt.

Geht es darum, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, ist in aller Regel die gesetzliche Rentenversicherung für die Rehabilitation zuständig. Psychotherapeut*innen können Patient*innen hierbei beraten und den Antrag auf medizinische Rehabilitation durch einen Befundbericht unterstützen.

Die vorliegende Praxis-Info gibt Ihnen umfassende und praxisnahe Informationen, was bei der Verordnung von medizinischen Rehabilitationsleistungen zu beachten ist und welche Formalitäten hierfür zu erledigen sind.

Herzlichst



Ihre Dr. Andrea Benecke

Psychotherapeut*innen dürfen medizinische Rehabilitation verordnen

Seit dem 9. Juni 2017 ist die geänderte Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft. Sie regelt auch, wann Vertragspsychotherapeut*innen Leistungen der medizinischen Rehabilitation verordnen können, die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Mit der Richtlinie wurde die mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz im Juli 2015 erteilte Befugnis von Psychotherapeut*innen in die Praxis umgesetzt.

Was ist medizinische Rehabilitation?

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland besteht aus vier Säulen:

- **Prävention**, um Krankheiten vorzubeugen,
- **Kuration**, um Krankheiten zu heilen oder zu lindern,
- **Rehabilitation**, um Patient*innen, die aufgrund ihrer Erkrankung in ihrer beruflichen oder gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt sind oder bei denen solch eine Beeinträchtigung droht, wieder zu befähigen, so weit wie möglich ein eigenständiges Leben zu führen sowie am beruflichen und sozialen Leben teilzunehmen,
- **Nachsorge**, um die in Kuration und Rehabilitation erreichten Erfolge zu sichern, in den Alltag zu übertragen und damit Rückfälle zu vermeiden.

Abgrenzung zur Kuration

Kurative Leistungen haben vor allem das Ziel, Krankheitsbeschwerden zu heilen oder zu lindern. Bei der medizinischen Rehabilitation liegt der Fokus darauf, nach einer langen und chronischen Erkrankung Patient*innen wieder körperlich oder psychisch zu befähigen, sich selbst zu versorgen und am beruflichen und sozialen Leben teilzunehmen. Eine Reha hat vor allem das Ziel, die noch bestehenden Beeinträchtigungen durch die Erkrankung im Alltag der Patient*innen zu verringern. Sie ist dann notwendig, wenn diese Beeinträchtigungen durch die kurative Behandlung nicht ausreichend vermindert werden konnten.

Geht es darum, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen, ist in aller Regel die gesetzliche Rentenversicherung zuständig. Bei vielen Patient*innen ist aber die gesetzliche Krankenversicherung der Kostenträger. Hier ist das vorrangige Ziel, mit der langen oder chronischen Erkrankung besser im Alltag zurechtzukommen, weiter ein selbstständiges Leben zu führen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Eine Reha kann außerdem notwendig sein, wenn Mütter und Väter familiär überlastet sind. Diese wird auch von den Krankenkassen bezahlt (Genaueres siehe Kapitel „Wann ist die Krankenkasse zuständig?“, Seite 9).

Sozialrechtliche Verankerung

Der Anspruch auf eine medizinische Rehabilitation ist im Sozialgesetzbuch IX festgeschrieben. Das Gesetz verwendet für diese Norm den Begriff der „Behinderung“. Eine Behinderung liegt dann vor, wenn die körperliche Funktion, die geistige Fähigkeit oder die seelische Gesundheit einer Person mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 Absatz 1 SGB IX). Auch länger andauernde und wiederkehrende Erkrankungen, die dazu führen, dass eine Patient*in länger als 6 Monate nicht mehr am beruflichen oder sozialen Leben teilnimmt oder sich selbst versorgen kann, gelten als eine Behinderung im Sinne des Gesetzes. Ein Anspruch besteht auch, wenn eine Behinderung noch nicht vorliegt, aber droht.

Der Begriff der „Behinderung“ ist für die medizinische Rehabilitation grundlegend, weil mit ihm das Konzept der Teilhabe verbunden ist. Menschen mit Behinderungen haben ein Recht auf Selbstbestimmung und auf einen Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile. Ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist durch besondere Sozialleistungen zu fördern. Zu diesen besonderen Sozialleistungen gehört auch die medizinische Rehabilitation.

Konzept der funktionalen Gesundheit

Der medizinischen Reha liegt das Konzept der „funktionalen Gesundheit“ zugrunde. Ein Mensch ist dann funktional gesund, wenn er all das tun und sich in allen für ihn wichtigen Lebensbereichen so entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme erwartet wird. Ziel der Leistungen ist es nicht mehr, vor allem die Krankheit zu behandeln, sondern die „funktionalen Störungen“, die mit einer Erkrankung einhergehen. Funktionale Störungen sind die negativen Auswirkungen der Erkrankung auf das Leben der Patient*innen, zum Beispiel Beeinträchtigungen der Mobilität, der Kommunikation, der Selbstversorgung, des häuslichen Lebens, der Interaktionen mit anderen Menschen oder des Erwerbslebens. Funktionale Probleme gehen meist einher mit chronischen Krankheiten und höherem Alter.

Mit dem Konzept der funktionalen Gesundheit wird die rein biomedizinische Betrachtungsweise verlassen. Zusätzlich zu den biomedizinischen Aspekten (Körperfunktionen und -strukturen), die die Ebene des Organismus betreffen, werden Aspekte des Menschen als handelndes Subjekt (Aktivitäten) sowie als selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Subjekt in Gesellschaft und Umwelt (Teilhabe) einbezogen. Diese Sichtweise ist für die Rehabilitation von zentraler Bedeutung. Darum hat die Rehabilitation auch ihr eigenes Klassifikationssystem. Dort wird nicht nur nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) codiert, sondern auch die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) angewandt. Diese Klassifikation geht von einer „biopsychosozialen“ Betrachtungsweise menschlicher Gesundheit aus (Näheres siehe Anhang 2 „ICF – Die Sprache der Reha“, Seite 42).

Umfassendes Leistungsspektrum

Medizinische Rehabilitation umfasst eine große Bandbreite von Leistungen, die sich in vier Bereiche unterteilen (nach BAR, 2015, ICF-Praxisleitfaden):

- **somatischer Bereich** (zum Beispiel ärztliche Behandlung, körperliches Training),
- **edukativer Bereich** (zum Beispiel Beratung und Schulung, Verhaltensmodifikation, Förderung der Compliance und der Eigenverantwortlichkeit, Risiko-Faktoren-Erkennung und -Veränderung),
- **psychologischer Bereich** (Psychotherapie, psychoedukative Maßnahmen, psychologische Beratung),
- **sozialmedizinischer Bereich** (Leistungen zur verbesserten beruflichen und sozialen Wiedereingliederung, Kooperation mit behandelnden Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen, Betriebsärzt*innen, sozialmedizinische Leistungsbeurteilung).

Verordnung durch Psychotherapeut*innen

Medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Krankenversicherung

Psychotherapeut*innen dürfen für psychisch kranke Menschen Reha-Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, verordnen. Das betrifft vor allem Menschen, die nicht abhängig beschäftigt sind: Hausfrauen und Hausmänner, Rentner*innen sowie Kinder und Jugendliche. Diese Reha-Leistungen sollen insbesondere ermöglichen, dass ein kranker Mensch seinen Alltag besser meistern, sein Leben selbstständig führen und am gesellschaftlichen Leben teilnehmen kann.

Die meisten Reha-Leistungen erhalten allerdings Arbeitnehmer*innen, insbesondere um eine teilweise oder volle Erwerbsminderungsrente zu vermeiden („Reha vor Rente“). Diese Reha-Leistungen werden von der gesetzlichen Rentenversicherung finanziert und nicht von einer Ärzt*in oder Psychotherapeut*in „verordnet“, sondern von der Versicherten* „beantragt“. Für den Antrag benötigt die Versicherte* allerdings einen „ärztlichen“ Befundbericht.

Verordnung per Videosprechstunde

Die Befunderhebung zur Verordnung einer medizinischen Rehabilitation kann unter bestimmten Voraussetzungen auch per Videosprechstunde erfolgen.

Voraussetzungen für die Verordnung per Videosprechstunde:

1. Die Patient*in, die verordnungsrelevante Diagnose sowie die Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit sind der Psychotherapeut*in aus dem unmittelbar persönlichen Kontakt bekannt,
2. die Erkrankung der Patient*in schließt eine Verordnung per Videosprechstunde nicht aus.

Sofern der Psychotherapeut*in die erforderliche Befunderhebung für die Verordnung einer medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Videosprechstunde nicht möglich ist, müssen die relevanten Befunde in einem unmittelbar persönlichen Kontakt erhoben werden.

„Reha vor Rente“ auch von Psychotherapeut*innen zu bescheinigen

Psychotherapeut*innen sind befugt, medizinische Rehabilitation zu verordnen, wenn die gesetzliche Krankenversicherung der Kostenträger ist. Weit häufiger ist jedoch die gesetzliche Rentenversicherung zuständig. Sie soll vor allem die Erwerbsfähigkeit erhalten oder wiederherstellen („Reha vor Rente“).

Eine Reha wird in der Rentenversicherung nicht von einer Ärzt*in oder Psychotherapeut*in „verordnet“, sondern durch die Versicherte* „beantragt“. Für diesen Antrag benötigt die Versicherte* allerdings einen Befundbericht, der die Einschränkung der funktionalen Gesundheit beschreibt und bescheinigt, dass die Reha medizinisch notwendig ist.

Der Antrag der Versicherten* sollte durch einen Befundbericht der Psychotherapeut*in unterstützt werden. Zur Beurteilung der körperlichen Gesundheit ist zusätzlich ein ärztlicher Befundbericht notwendig.

Codierung nach ICF

Die Verordnung von medizinischen Reha-Leistungen erfordert „spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF“ (§ 11 Rehabilitations-Richtlinie). Die Richtlinie geht davon aus, dass diese Kenntnisse mit der Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeut*in oder zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*in bzw.

künftig in der Weiterbildung zur Fachpsychotherapeut*in „weitestgehend“ erworben werden. Diese Kenntnisse sollen darüber hinaus durch Fortbildungen erweitert und vertieft werden. Hierzu bieten die Kassenärztlichen Vereinigungen Fortbildungsveranstaltungen auch online an.

Wann ist die Krankenkasse zuständig?

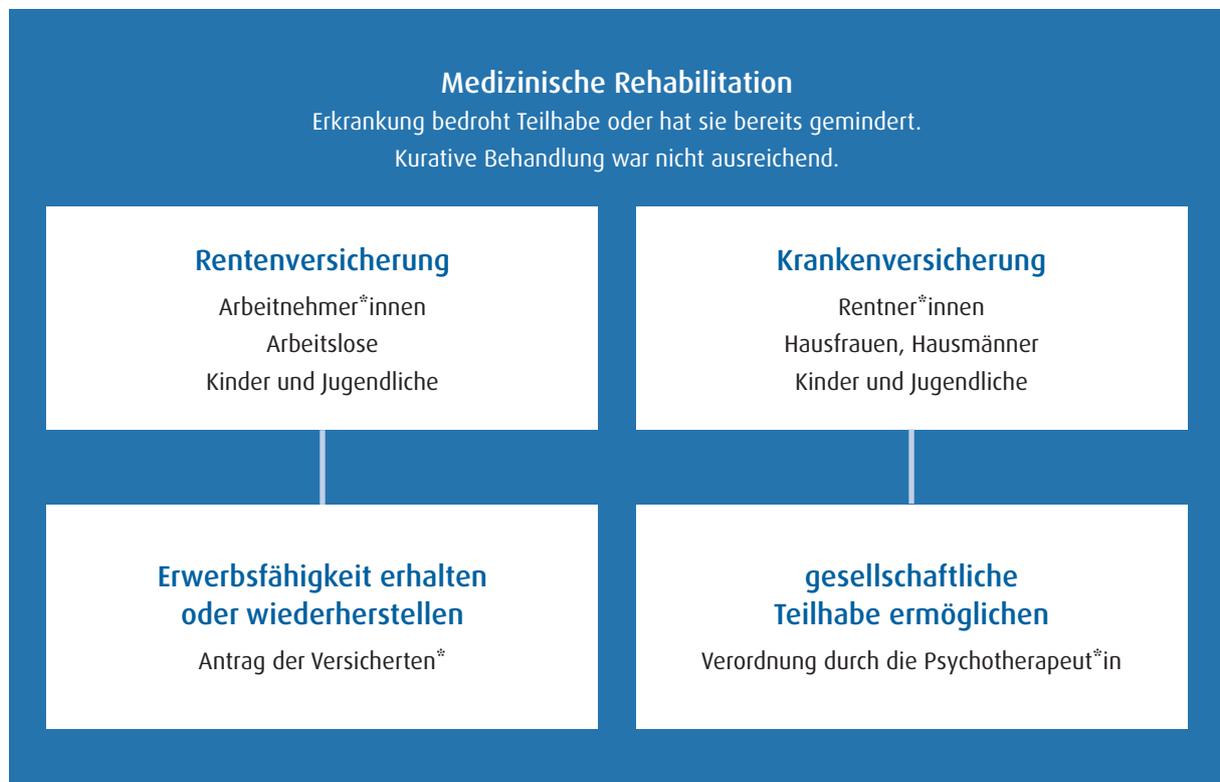
Die Krankenkassen finanzieren eine medizinische Reha nur, wenn kein anderer Sozialleistungsträger zuständig ist (Grundsatz der Nachrangigkeit). Das heißt: Grundsätzlich ist die gesetzliche Rentenversicherung oder Unfallversicherung für Leistungen der Rehabilitation zuständig. Sie übernehmen die Kosten, wenn die Versicherte* innerhalb der letzten 2 Jahre mindestens 6 Monate Pflichtbeiträge an die Rentenversicherung gezahlt hat. Damit ist sie vor allem für alle abhängig Beschäftigten zuständig, aber zum Beispiel auch für Empfänger*innen von Arbeitslosengeld I, da auch für sie Beiträge an die gesetzliche Rentenversicherung gezahlt werden.

Die gesetzliche Krankenversicherung trägt dagegen die Reha-Leistungen für Versicherte, die nicht innerhalb der letzten 2 Jahre 6 Monate abhängig beschäftigt waren. Sie ist vor allem für Kinder und Jugendliche, nicht berufstätige Erwachsene und Rentner*innen der

zuständige Kostenträger. Dabei sind Ausnahmen zu beachten: Bei Versicherten, die eine „große Witwenrente“ beziehen, ist die Rentenversicherung zuständig. Bei Kindern ist neben der Krankenkasse zusätzlich fast immer auch die Rentenversicherung zuständig. Die Patient*in bzw. die Eltern haben dann ein Wahlrecht, von wem die Leistungen erbracht werden sollen. Bei „Mutter/Vater-Kind-Reha-Leistungen“ ist wiederum ausschließlich die Krankenkasse zuständig.

Im Einzelfall kann es sehr auf die Details ankommen, welcher Kostenträger zuständig ist. Die jeweiligen Zuständigkeiten sind im Anhang beschrieben (siehe Anhang 1 „Welche weiteren Kostenträger gibt es?“, Seite 40). Wenn zum Zeitpunkt der Verordnung unklar ist, welcher Kostenträger zuständig ist, kann dies auch der Krankenkasse zur Prüfung überlassen werden. Dafür ist Formular 61 zu verwenden (siehe auch Kasten „Welcher Kostenträger ist zuständig?“, Seite 10).

Rehabilitation – Wer ist zuständig?



(Genauere Regelungen siehe oben „Wann ist die Krankenkasse zuständig?“)

Welcher Kostenträger ist zuständig?

Wenn nicht eindeutig ist, welcher Kostenträger zuständig ist, kann die Prüfung auch der Krankenkasse überlassen werden. Für einen solchen Prüfungsantrag ist Teil A des Formulars 61 gedacht. Die Krankenkasse prüft innerhalb von 2 Wochen, ob sie selbst oder ein anderer Kostenträger zuständig ist. Diese Antwort schickt die Krankenkasse an die anfragende Psychotherapeut*in zurück.

Das Formular 61 Teil A kann auch verwendet werden, um eine Beratung der Versicherten* durch die Krankenkasse zu veranlassen, zum Beispiel bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinderrehabilitation.

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Anwendungsbeispiel Zuständigkeitsprüfung

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-/behandlungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Alterserkrankungen, 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-E ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. Leichte depressive Episode	F32.0	
2. Agoraphobie mit Panikstörung	F40.01	
3. _____	_____	_____
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen		
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur angeben, 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 Alterserkrankte) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorbeuge- 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-/behandlungsbedingt 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: TT MM JJ

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 (Nadruck liegt bei)

Sonstiges _____

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Muster 61 Teil Aa (7.2022)

Diagnosen

Psychotherapeut*innen dürfen Reha-Leistungen bei allen Diagnosen aus dem Indikationsspektrum der Psychotherapie-Richtlinie verordnen. Eine Verordnung kann außerdem bei Diagnosen erfolgen, bei denen eine neuropsychologische Therapie indiziert ist (gemäß Anlage I Ziffer 19 § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung).

Daneben kann medizinische Reha auch bei allen anderen Diagnosen aus dem Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ der ICD-10-GM Version 2017 („F-Diagnosen“) verordnet werden. Dann muss aber eine Abstimmung mit der behandelnden Ärzt*in erfolgen.

Reha-Einrichtungen

Je nach psychischer Erkrankung und Alter der Patient*in bieten verschiedene Reha-Einrichtungen ihre Leistungen an:

Psychosomatische Rehabilitation für Erwachsene

Zur häufigsten Reha-Leistung für psychisch kranke Menschen gehört die psychosomatische Rehabilitation, zum Beispiel bei depressiven Störungen oder Angsterkrankungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie bei somatoformen Störungen. Manche Kliniken haben spezielle Angebote zum Beispiel für Patient*innen mit Ess-, Zwangs-, Traumafolge- oder Persönlichkeitsstörungen sowie bei chronischen Schmerzen.

Der Schwerpunkt der psychosomatischen Rehabilitation liegt auf psychotherapeutischen und ärztlichen Interventionen, ergänzt um künstlerische Therapien, Training von Alltags- und sozialen Fertigkeiten sowie Sport- und Physiotherapie. Weitere Bausteine sind arbeitstherapeutische Komponenten und Sozialberatung. Eine psychosomatische Reha dauert in der Regel 4 bis 6 Wochen.

Psychosomatische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Auch für Kinder und Jugendliche gibt es Kliniken, in denen psychosomatische Reha angeboten wird, zum Beispiel bei psychosomatischen Störungen, ADHS, Schulverweigerung, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Essstörungen, depressiven Verstimmungen, Ängsten, Enuresis und Enkopresis, sowie Sprachentwicklungsstörungen. Dort werden meist auch Kinder mit anderen Störungen behandelt.

Bei Reha-Leistungen für Kinder und Jugendliche besteht Gleichrangigkeit von Kranken- und Rentenversicherung. Sie können also von der Krankenkasse oder der Rentenversicherung bezahlt werden. Der Kostenträger, bei dem die Kinder-Reha beantragt wird, entscheidet auch, ob sie genehmigt wird. Bei einer Ablehnung kann der Antrag erneut bei dem anderen Kostenträger gestellt werden. Die Rentenversicherung verfügt allerdings über größere Kapazitäten in der Kinder-Reha. Deshalb kann bei gleichrangiger Zuständigkeit den Eltern geraten werden, den Reha-Antrag direkt bei der Rentenversicherung zu stellen.

Eltern können das Kind begleiten, wenn es noch nicht 12 Jahre alt oder aus medizinischen Gründen eine Begleitperson erforderlich ist. Die Kinder-Reha dauert in der Regel 4 Wochen. Schulpflichtige Kinder erhalten in dieser Zeit in der Klinik Unterricht.

Spezielle Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Auch für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen gibt es spezielle Reha-Kliniken. Zu ihren Leistungen gehören vor allem Entwöhnungsbehandlungen bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen, wie Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit. Sie können im Anschluss an eine stationäre Entzugsbehandlung in einem Krankenhaus erfolgen oder während einer ambulanten Behandlung durch eine Psychotherapeut*in, Haus- oder Fachärzt*in verordnet werden. Bei Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit dauert diese Behandlung in der Regel 12 bis 15 Wochen, bei Drogenabhängigkeit meist länger.

Spezielle Rehabilitation für Mütter und Väter

Für Eltern gibt es spezielle Reha-Leistungen. Sie sind für Mütter und Väter gedacht, die psychisch oder körperlich belastet sind. Solche Mutter/Vater-Rehas können auch Eltern bekommen, die nicht nur Kinder, sondern gleichzeitig auch ältere Angehörige zu versorgen haben. Zu den psychischen Beschwerden, die diese Reha rechtfertigen, gehören Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen, Unruhe- und Angstgefühle, depressive Verstimmungen oder Schlafstörungen.

Die Rehas sind entweder für Mutter oder Vater gedacht, Vater und Mutter können also nicht zusammen die Leistung erhalten.

Die Kinder können in der Regel bis zum Alter von 12 Jahren mitfahren. Eine Reha gemeinsam mit dem Kind kann angezeigt sein, wenn das Kind noch sehr klein ist und nicht längere Zeit von der Mutter oder dem Vater getrennt sein kann oder wenn es für den Reha-Erfolg wichtig ist, dass das Kind dabei ist. Eine Mutter/Vater-Kind-Reha dauert meist 3 Wochen.

Neben den Reha-Leistungen bezahlen die Krankenkassen auch Vorsorgeleistungen für Mütter und Väter (§ 24 SGB V). Diese können von Psychotherapeut*innen bisher noch nicht verordnet werden. Im Gegensatz zur Reha ist hier nicht die Voraussetzung, dass eine Erkrankung vorliegt. Es reicht aus, dass es darum geht, die Entstehung einer Erkrankung zu verhindern.

Steht dagegen die eingeschränkte Fähigkeit, wegen einer psychischen Erkrankung am beruflichen und sozialen Leben teilzunehmen, im Vordergrund, sollte eine psychosomatische Reha für Erwachsene geprüft werden.

Spezielle Rehabilitation für schwer chronisch psychisch kranke Menschen

Für Menschen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Schizophrenie, schweren affektiven Erkrankungen oder schweren Persönlichkeitsstörungen, gibt es spezifische Angebote – die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen (RPK-Einrichtungen).

Die Besonderheit dieser Einrichtungen liegt darin, dass alle Leistungen der medizinischen, beruflichen und begleitenden psychosozialen Rehabilitation kostenträger-übergreifend und aus einer Hand auf die besonderen Bedürfnisse der Patient*innen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen abgestimmt sind. In der Regel beginnt die Reha in RPK-Einrichtungen mit einer vorwiegend medizinisch orientierten Reha, an die sich eine vorwiegend berufliche Reha anschließt. RPK-Leistungen dauern deutlich länger als andere Rehas. Die Obergrenze liegt bei 2 Jahren – je 1 Jahr für die medizinische und die berufliche Reha-Phase. Die Reha für schwer chronisch psychisch kranke Menschen hat ein spezielles Antragsverfahren (siehe Kasten „Antragsverfahren für RPK-Leistungen“).

Vergütung

Die Verordnung einer medizinischen Reha wird über die EBM-Ziffer 01611 abgerechnet. Sie wird mit 37,59 Euro (315 Punkten) extrabudgetär vergütet. Die Vergütung gilt allerdings nur für das Ausstellen der Teile B bis D des Verordnungsvordrucks. Die Klärung der Zuständigkeit (Teil A) allein kann nicht abgerechnet werden.

Antragsverfahren für RPK-Leistungen

Leistungen der Rehabilitation psychisch kranker Menschen haben ein spezielles Antragsverfahren.

1. Die behandelnde Psychotherapeut*in oder Ärzt*in stellt den Kontakt zur nächstgelegenen RPK-Einrichtung her. Eine Liste der Einrichtungen ist unter www.bagrpk.de zu finden.
2. Die Einrichtung prüft, ob die Patient*in für diese Reha geeignet ist, und informiert sie über die Inhalte und den Ablauf der Reha. Sind die Voraussetzungen erfüllt, erstellt die Einrichtung ein Gutachten.
3. Die Einrichtung schickt das Gutachten zusammen mit dem Antragsformular an den zuständigen Rehabilitationsträger zusammen mit den Berichten der behandelnden Psychotherapeut*in oder Ärzt*in.

Befundberichte für die Rentenversicherung

Psychotherapeut*innen können Befundberichte für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) schreiben, die den ärztlichen Befundbericht ergänzen und die Bewilligung eines Antrags auf medizinische Rehabilitation damit unterstützen. Psychotherapeut*innen nutzen hierfür das Formular

„Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung“

(Link zum Formular: www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/_pdf/S0051.html).

Die DRV honoriert diesen Befund mit 30,81 Euro. Informationen zum Ausfüllen des Befundberichts finden Sie hier: www.rehainfo-aerzte.de/de/Navigation/20_Aerztliche_Aufgaben/01_vor_der_Reha/04_Befundbericht_erstellen/befundbericht_erstellen_node.html.

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird	Kennzeichen (soweit bekannt)		Deutsche Rentenversicherung
MSAT / MSNR			
Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung		S0051	
zum Antrag auf		Handschriftliche Ergänzungen bitte in Druckschrift in schwarz oder blau	
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation		
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (bitte zusätzlich das Formular S0052 - Zusatzbogen onkologische Rehabilitation ausfüllen)		
<input type="checkbox"/>	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)		
<input type="checkbox"/>	Erwerbsminderungsrente		
<input type="checkbox"/>			
Informationsseite für niedergelassene Ärzte: https://www.rehainfo-aerzte.de			
Name, Vorname der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird		Geburtsdatum	
Patientin / Patient (Name, Vorname)		Geburtsdatum	

Ambulante Rehabilitation

Für die Verordnung von Reha-Leistungen, die die Krankenkasse bezahlt, gilt zwar grundsätzlich das Prinzip „ambulant vor stationär“ (§ 2 Absatz 1 SGB V). Reha-Leistungen für psychisch kranke Menschen werden bisher allerdings weit überwiegend stationär angeboten.

Der Grund dafür ist, dass es insbesondere bei psychischen Erkrankungen sinnvoll sein kann, die Patient*in vorübergehend aus dem häuslichen Umfeld herauszunehmen. „Mutter/Vater-Reha-Leistungen“ werden deshalb zum Beispiel ausschließlich als stationäre Reha durchgeführt.

Zunehmend gibt es aber auch ambulante Reha-Angebote. Die Patient*innen sind tagsüber für mindestens 4 bis maximal 6 Stunden in der Reha-Einrichtung, verbringen jedoch den Abend und die Nacht sowie das Wochenende zu Hause, sodass das Erlernte direkt im Alltag erprobt werden kann. Voraussetzung für eine ganztägige ambulante Rehabilitation ist, dass die Patient*in die Einrichtung möglichst innerhalb von 45 bis 60 Minuten erreichen kann.

Bei Abhängigkeitskranken kann neben einer rein stationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitation auch eine Kombinationsbehandlung durchgeführt werden, die sowohl stationäre als auch ganztägig ambulante Phasen enthält. Außerdem kann die Reha auch Phasen enthalten, in denen die Patient*innen einmal wöchentlich an psychotherapeutischen Gruppen in einer Suchtberatung teilnehmen.

Schritt für Schritt – Was ist zu tun?

1

Indikation

Für die Indikation einer medizinischen Reha gelten folgende Kriterien:

- Die Patient*in leidet unter einer psychischen Erkrankung.
- Diese Erkrankung führt seit mehr als 6 Monaten zu andauernden Beeinträchtigungen im Alltag, durch die zum Beispiel Selbstversorgung, berufliches und soziales Leben bereits gemindert sind oder eine Beeinträchtigung droht (Teilhabestörung).
- Die Diagnostik ist abgeschlossen.
- Alle kurativen Behandlungsmöglichkeiten sind ausgeschöpft und haben nicht zum erwünschten Erfolg geführt.
- Der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Reha ist erforderlich, damit die Patient*in wieder funktionsfähig wird oder bleibt und am gesellschaftlichen oder beruflichen Leben teilnehmen kann.
- Es kann eine positive Reha-Prognose gestellt werden. Die drohenden oder bestehenden Beeinträchtigungen können durch die Reha voraussichtlich vermieden oder verringert werden. Bei der Reha-Prognose sind der bisherige Krankheitsverlauf, das Kompensationspotenzial der Patient*in und die Kontextfaktoren einzubeziehen.
- Die Patient*in ist „rehabfähig“, das heißt, sie ist körperlich und psychisch in der Lage, an einem ganztägigen Therapieprogramm teilzunehmen.
- Die Patient*in ist ausreichend motiviert, an den Reha-Angeboten, insbesondere den Gruppenangeboten, teilzunehmen und aktiv bei ihrer Genesung mitzuwirken.

2

Beratung der Patient*in

Der Erfolg einer Rehabilitation hängt auch davon ab, ob die Patient*innen sich auf ihre Behandlungen einlassen können. Dafür sind viele Dinge zu klären: Welche Rehabilitation kommt für mich infrage? Was mache ich mit meinem kleinen Kind? Geht es auch ambulant? Muss ich zuzahlen? Bekommt meine Familie eine Haushaltshilfe?

Vor der Verordnung einer medizinischen Reha ist die Patient*in deshalb zu beraten (§ 5 Rehabilitations-Richtlinie). Sie ist darüber zu informieren, dass die bisherige kurative Behandlung nicht ausreicht, was mit einer medizinischen Reha erreicht werden kann, wie sie abläuft, wie lange sie dauert und welche möglichen Leistungen es gibt. Bei Menschen mit Behinderungen gehört zu dieser Beratung auch die Information über barrierefreie Angebote. Bei einem Kind müssen die Sorgeberechtigten beraten werden.

Berechtigte Wünsche der Patient*in sind zu berücksichtigen. So ist zum Beispiel bei der Auswahl der Reha-Leistung (ambulant/stationär), des Ortes und des Zeitpunkts oder des speziellen Leistungsangebots in einer Reha-Klinik so weit wie möglich auf die persönliche Lebens- und Familiensituation der Patient*in einzugehen (Wunsch- und Wahlrecht, § 9 Satz 1 SGB IX). Den besonderen Bedürfnissen behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrags sowie den besonderen Bedürfnissen behinderter Kinder ist Rechnung zu tragen (§ 9 Satz 3 SGB IX). Der Wunsch der Patient*in ist zu erfüllen, wenn die Reha in dieser Einrichtung mit der gleichen Wirkung und ebenso wirtschaftlich erbracht werden kann wie in einer Einrichtung, die der Kostenträger ausgewählt hat.

An wen kann die Versicherte* sich wenden?

Versicherte können sich bei den Reha-Trägern beraten lassen. Auch Wohlfahrtsverbände können geeignete Ansprechpartner sein. Seit dem 1. Januar 2018 fördert das Bundesministerium für Arbeit und Soziales unabhängige Beratungsangebote, die nur der Ratsuchenden* gegenüber verpflichtet sind. Diese Beratungsangebote nennen sich „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“.

Unter www.teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-der-eutb findet man Beratungsangebote in der Nähe.

3

Verordnung ersetzt Antrag der Versicherten*

Die Patient*in muss mit der Reha einverstanden sein, damit die Psychotherapeut*in sie verordnen kann. Die Reha gilt mit der Verordnung als bei der Krankenkasse beantragt. Die Patient*in muss kein spezielles Antragsformular mehr ausfüllen.

4

Das Verordnungsformular – Beispiele und Ausfüllhinweise

Die Verordnung von Reha-Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden, erfolgt auf dem Formular 61 (Ausnahme: Rehabilitation für schwer chronisch psychisch kranke Menschen, siehe Kasten „Antragsverfahren für RPK-Leistungen“, Seite 12).

Kostenträger

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Verordnung von medizinischer Rehabilitation 61 Teil B
Name, Vorname des Versicherten			
		geb. am	<input checked="" type="checkbox"/> Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit
Mustermann, Monika		03.05.1968	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Bei gleichrangiger Zuständigkeit (z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)
Betriebstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
			<input type="checkbox"/> Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

Die Psychotherapeut*in muss bestätigen, dass das Ziel der Reha nicht die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist, denn dann wäre die Rentenversicherung zuständig. Die Reha darf auch nicht notwendig sein, weil es sich um die Folgen eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit handelt, dann wäre die Unfallversicherung zuständig. Bisher gibt es allerdings keine psychische Erkrankung, die als Berufskrankheit anerkannt ist.

Eine Reha kann grundsätzlich verordnet werden, wenn die Patient*in in den letzten 2 Jahren weniger als 6 Monate Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt oder wenn sie die Altersgrenze für den Renteneintritt überschritten hat. Die Patient*in, für die eine Reha verordnet wird, ist also in den meisten Fällen Hausfrau/Hausmann, Rentner*in oder minderjährig.

Eine Kinder-Reha mit psychosomatischem Schwerpunkt kann sowohl von der Kranken- als auch der Rentenversicherung erbracht werden (gleichrangige Zuständigkeit). Die Minderjährige* bezieungsweise ihre Erziehungsberechtigten können wählen, wer der Kostenträger sein soll. Bei dieser Entscheidung kann auch die Krankenkasse beraten (siehe Kasten „Welcher Kostenträger ist zuständig?“, Seite 10). Wenn die Kinder-Reha durch die Rentenversicherung erbracht wird, muss der Antrag bei der Rentenversicherung gestellt werden. Sonst muss angekreuzt werden, dass die Versicherte* eine Reha zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung wünscht.

Diagnosen

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen		
A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradig	F33.1	
2. Somatisierungsstörung	F45.0	
3.		
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen		
4. Tabakabhängigkeit	F17.2	
5. Hypertonie (Arztbrief vom 18.06.2023)	I10.90	
6. Adipositas (Arztbrief vom 18.06.2023)	E66.00	

* 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. HIV)

Im **Abschnitt I** sind unter **Punkt A** die Diagnosen, die die Reha begründen, einzutragen. Dabei ist unbedingt der ICD-10-Diagnoseschlüssel anzugeben. Wichtig ist es, die Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung anzugeben, damit die Krankenkasse die geeignete Reha-Klinik auswählen kann.

Unter **Punkt B** können weitere relevante Diagnosen angegeben werden, auch wenn sie die Reha nicht begründen, aber bei der Behandlung zu berücksichtigen sind. Falls eine Mitbehandelnde* die Diagnose gestellt hat, ist dies als Fremdbefund kenntlich zu machen.

Wenn möglich, ist den einzelnen Diagnosen eine Ursache zuzuordnen. Die Schlüssel für die verschiedenen Ursachen sind rechts im Kasten des Formulars aufgeführt:

1. Bei einem Arbeits- oder Wegeunfall trägt die gesetzliche Unfallversicherung die Kosten, zum Beispiel bei einer Lokführer*in, die einen Suizid miterlebt und deshalb eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickelt hat.
2. Es gibt keine gesetzlich festgelegten Berufskrankheiten aus dem Spektrum psychische Erkrankungen.
3. Bei Schädigungsfolgen durch Einwirkung Dritter kommt ein Regressanspruch der Krankenkasse in Betracht, wenn zum Beispiel die Patient*in nach einem Autounfall, den eine andere Person verursacht hat, unter einer Anpassungsstörung leidet oder wenn die Patient*in Opfer einer Gewalttat geworden ist.
4. Bei Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst kann eine abweichende Zuständigkeit gegeben sein oder es können auch weitere Ansprüche infrage kommen.
5. Es gibt keine meldepflichtigen psychischen Erkrankungen.

Einbezug mitbehandelnder Ärzt*innen

Im Formular 61 sind Angaben zur Reha-Bedürftigkeit und zum bisherigen Verlauf der Krankenbehandlung zu machen. Es ist insbesondere zu belegen, dass die bisherigen Interventionen nicht ausreichten und deshalb eine Reha notwendig ist. Dazu sind auch bisherige ärztliche Interventionen und Arzneimitteltherapien anzugeben.

Diese Angaben sind entweder aktuellen Arztbriefen zu entnehmen oder sollten von der Patient*in bei der mitbehandelnden Ärzt*in eingeholt werden. Angaben, die auf Fremdbefunden beruhen, sind zu kennzeichnen, zum Beispiel mit „Arztbrief vom 2. Mai 2024“

Anamnese und bisherige, nicht ausreichende Krankenbehandlung

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

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

seit 20 Jahren bestehende Somatisierungsstörung und rezidivierende depressive Störung; seit 6 Monaten Zunahme der somatoformen und depressiven Symptomatik mit zunehmender Beeinträchtigung der Aktivität (allgemeine Anforderungen des alltäglichen Lebens) und der persönlichen und sozialen Teilhabe

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

Antriebsminderung, Konzentrationsstörungen/Vergesslichkeit, Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit, sozialer Rückzug, multiple und wechselnde somatoforme Beschwerden (v. a. gastrointestinale Beschwerden, Muskelschmerzen)

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)

antidepressive Medikation seit 11 Jahren (Arztbrief vom 31.10.2022), Verhaltenstherapie 09/2018 bis 08/2019, seit 6 Monaten tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie; Selbsthilfegruppe für depressiv Erkrankte; seit 5 Monaten Ergotherapie (1x/Woche)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche?

Im **Abschnitt II** ist die Reha-Bedürftigkeit zu belegen.

Reha-Bedürftigkeit besteht, wenn:

1. aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung länger als 6 Monate alltagsrelevante Beeinträchtigungen vorliegen,
2. diese Beeinträchtigung die Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen erheblich gefährdet oder bereits gemindert hat und
3. über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Reha erforderlich ist.

Um eine Reha-Bedürftigkeit zu belegen, ist unter **Punkt A** die Krankengeschichte zu dokumentieren: Welche Beschwerden hat die Patient*in? Wann haben die Beschwerden begonnen und wie sind sie verlaufen?

Unter **Punkt B** sind die Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen aufzuführen, die für die weiter unten zu benennenden rehabilitationsrelevanten Beeinträchtigungen verantwortlich sind.

Unter **Punkt D** sind alle bisherigen ärztlichen und psychotherapeutischen Interventionen anzugeben (siehe Kasten „Einbezug mitbehandelnder Ärzt*innen“, Seite 17).

Unter **Punkt E** ist auch zu dokumentieren, welche Heilmittel (zum Beispiel Ergotherapie, Physiotherapie) die Patient*in in den letzten 6 Monaten erhalten hat. Auch hier ist zu bestätigen, dass die Heilmittel nicht ausreichen, um das Behandlungsziel zu erreichen. Damit wird unterstrichen, dass mit einzelnen Leistungen der ambulanten Krankenbehandlung oder deren Kombination die Behandlungsziele nicht erreicht werden konnten.

Unter **Punkt E** können rehabilitationsrelevante Hilfsmittel angegeben werden.

Teilhabe dauerhaft beeinträchtigt

F. 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input checked="" type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input 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"/>
Selbstversorgung	<input checked="" 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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unter **Punkt F** sind die anhaltenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe in den unterschiedlichen Lebensbereichen der Patient*in zu dokumentieren. Wenn die Patient*in von anderen Personen unterstützt werden muss, um ein selbstbestimmtes und möglichst eigenständiges Leben führen zu können, ist „personelle Hilfe notwendig“ anzukreuzen.

Kontextfaktoren

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(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

hemmend: alleinlebend, keine Unterstützung durch Familie/Freunde im Alltag, sozialer Rückzug,

Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Alltags

fördernd: hohe Behandlungs- und Veränderungsmotivation der Patientin

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel / Fehlnahrung BMI Fehl-/ Mangelernährung Medikamente Nikotin

Sonstiges z.B. Suchtmittel

Ob bei einer Patient*in eine Behinderung vorliegt, ergibt sich aus den Wechselwirkungen von körperlichen oder psychischen Schädigungen und den „Kontextfaktoren“. Diese können entweder fördernd wirken (zum Beispiel familiäre Unterstützung) oder hemmend für die Funktionsfähigkeit und die Teilhabe sein (zum Beispiel finanzielle Engpässe) und entweder außerhalb (Umweltfaktoren, zum Beispiel beengte Wohnverhältnisse) oder innerhalb der Person (personbezogene Faktoren, zum Beispiel optimistische Grundeinstellung) liegen. Diese Kontextfaktoren können unter **Punkt G** angegeben werden.

Unter Kontextfaktoren fallen auch die Faktoren, die angegeben werden müssen, um eine Mutter/Vater-Kind-Reha zu verordnen, zum Beispiel alleinerziehend, hohe Belastung wegen finanzieller Engpässe und fehlendem Kita-Platz, Erziehungsprobleme, Trennung, Schlafstörungen wegen beengter Wohnverhältnisse.

Außerdem sind spezifische Risikofaktoren zu benennen und ist darauf hinzuweisen, wenn die Patient*in Medikamente einnimmt, die relevante Nebenwirkungen haben.

Reha-Fähigkeit

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit	
Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

In **Abschnitt III** ist zu bestätigen, dass die Patient*in rehabilitationsfähig ist, das heißt, dass sie körperlich und psychisch in der Verfassung und ausreichend belastbar ist, um an einem ganztägigen Reha-Programm teilzunehmen. Ist dies nicht der Fall, mindert dies die Aussichten auf den Reha-Erfolg und damit auf Genehmigung des Antrags.

Reha-Ziele

IV. Rehabilitationsziele	
A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen	
alltägliche Anforderungen selbstständig meistern (einkaufen, kochen, Hausarbeit verrichten), mit Belastungen/Stress umgehen können,	
Entscheidungen treffen können, soziale Beziehungen aufnehmen/aufrechterhalten, Gewicht reduzieren/halten, Nikotinkonsum verringern	
B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten	

Ziel der Rehabilitation ist es, alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivität zu beheben oder zu mindern, um eine größtmögliche Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen zu ermöglichen. Im **Abschnitt IV** werden deshalb unter **Punkt A** die gemeinsam mit der Patient*in erarbeiteten realistischen alltagsrelevanten Reha-Ziele erfasst, und zwar so konkret wie möglich.

Unter **Punkt B** ist zu dokumentieren, wenn die Patient*in abweichende Reha-Ziele hat. Dieser Umstand kann die Reha-Prognose beeinflussen.

Positive Reha-Prognose

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	
<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)
<input type="text"/>	

In **Abschnitt V** ist zu beurteilen, ob die Reha-Prognose ausreichend günstig ist. Sie ist positiv, wenn die Reha-Ziele durch die empfohlene Reha-Maßnahme erreicht werden können. Dabei ist die Motivation der Patient*in zu berücksichtigen. Der bisherige Krankheitsverlauf, das Kompensationspotenzial der Patient*in und die Kontextfaktoren sind einzubeziehen.

Ohne eine positive Reha-Prognose wird eine Reha nicht genehmigt. Die Prognose kann eingeschränkt sein, weil mit den üblichen Reha-Leistungen in der vorgesehenen Zeit die Ziele der Behandlung voraussichtlich nicht erreicht werden können. Eine positive Prognose ist auch gefährdet, wenn die Patient*in nicht ausreichend motiviert ist.

Ambulant/stationär?

VI. Zuweisungsempfehlungen	
A. Empfohlene Rehabilitationsform	
<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> ambulant-mobil
<input type="checkbox"/> Mütter-Leistung	<input type="checkbox"/> Väter-Leistung
<input checked="" type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> als Mutter-Kind-Leistung
	<input type="checkbox"/> als Vater-Kind-Leistung
B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)	
<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> pflegende/r Angehörige/r	<input checked="" type="checkbox"/> andere psychosomatische Rehabilitation

Im **Abschnitt VI** ist unter **Punkt A** anzugeben, ob die Reha ambulant oder stationär durchgeführt werden soll. Dabei ist es auch möglich, dass die ambulante Reha in der Wohnung oder dem Pflegeheim der Patient*in durchgeführt wird („ambulant-mobil“). Eine ambulante Reha ist dann indiziert, wenn eine gute Prognose nur durch die vertraute Wohnumgebung zu erreichen ist, zum Beispiel in der geriatrischen Reha. Eine stationäre Reha kann dann indiziert sein, wenn die zeitweise Distanzierung und Entlastung vom sozialen Umfeld notwendig ist.

Vater/Mutter-Kind

Überlasteten Müttern und Vätern kann eine Reha verordnet werden (ebenfalls Abschnitt VI Punkt A des Formulars). Voraussetzung für diese „Mütter-Leistung“ oder „Väter-Leistung“ ist, dass sie mit einer Diagnose aus dem Kapitel F des ICD-10 begründet werden. Für Mutter/Vater-(Kind-)Rehas ist immer die gesetzliche Krankenversicherung zuständig.

Ist es notwendig, dass das Kind zur Reha mitkommt, kann eine Reha zusammen mit dem Kind empfohlen werden („Mutter-Kind-Leistung“ oder „Vater-Kind-Leistung“). Gründe dafür können sein, dass das Kind noch sehr klein ist oder mit der Reha auch die Beziehung zwischen Eltern und Kind verbessert werden soll. Bei diesen Leistungen sollen in erster Linie die Belastungen der Eltern im Vordergrund stehen. Geht es vor allem um behandlungsbedürftige Erkrankungen der Kinder oder der Erwachsenen, sollte dagegen eine psychosomatische Reha in Erwägung gezogen werden.

Reha-Einrichtungen und spezielle Reha-Angebote

Im **Abschnitt VI** können Sie unter **Punkt B** auch besondere Anforderungen an die Reha-Klinik vermerken, zum Beispiel wenn sie barrierefrei sein, vegetarische Ernährung oder eine fremdsprachige Betreuung bieten sollte.

Es kann auch sinnvoll sein, den empfohlenen medizinischen Schwerpunkt, zum Beispiel psychosomatische Reha oder ein psychotherapeutisches Verfahren (zum Beispiel Verhaltenstherapie oder psychodynamisches Verfahren) anzugeben. Es kann auch der Wunsch für eine bestimmte Reha-Klinik geäußert werden.

Begründung für verkürzte Wartezeit

VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist 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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Da (7.2022)

Eine Reha kann grundsätzlich alle 4 Jahre genehmigt werden. Kürzere Abstände sind möglich, wenn dies medizinisch notwendig ist, zum Beispiel aufgrund einer neuen Indikation oder einer Verschlimmerung bei gleicher Indikation. Dies kann in **Abschnitt VII** unter **Punkt A** angegeben werden.

Abstand vom sozialen Umfeld notwendig

Unter **Punkt B** soll die Psychotherapeut*in einschätzen, ob ein zeitweiliger Abstand vom sozialen Umfeld indiziert und damit eine stationäre Maßnahme notwendig ist, um die Reha-Ziele zu erreichen.

Häusliche Versorgung

Kommt grundsätzlich eine ambulante Reha infrage, soll die Psychotherapeut*in unter **Punkt C** beurteilen, ob die häusliche Versorgung gesichert ist.

Reisefähigkeit

Schließlich soll die Psychotherapeut*in unter **Punkt D** die Reisefähigkeit der Patient*in abschätzen. Kann sie zum Beispiel öffentliche Verkehrsmittel nutzen oder ist ein PKW oder eine Begleitperson erforderlich?

Unter **Punkt E** sollen weitere Besonderheiten aufgeführt werden. Hier soll zum Beispiel vermerkt werden, ob die Patient*in schwanger ist.

Beratung durch Krankenkasse

Die Psychotherapeut*in kann bei offenen Fragen die Krankenkasse unter Punkt F um Rückruf bitten.

5

Fristen und Prüfung durch die Krankenkasse

Die medizinische Rehabilitation ist eine genehmigungspflichtige Leistung. Die Krankenkasse kann daher die Notwendigkeit vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen lassen.

Die Krankenkasse muss der Patient*in innerhalb einer Frist von höchstens 5 Wochen mitteilen:

- ob die Reha-Leistung genehmigt wurde und
- in welcher Reha-Einrichtung sie stattfindet.

Wird die Reha genehmigt, teilt die Reha-Einrichtung der Patient*in unaufgefordert mit, wann diese beginnt. Lässt die Krankenkasse die Frist ohne ausreichenden Grund verstreichen, gilt die Leistung als genehmigt.

6

Widerspruch der Patient*in

Ist die Patient*in mit der Entscheidung des Reha-Trägers nicht einverstanden, kann sie Widerspruch einlegen. Der Widerspruch muss innerhalb eines Monats schriftlich beim Reha-Träger vorliegen. Der Widerspruch sollte begründet werden, insbesondere sollten bisher nicht genannte Faktoren, warum eine Reha notwendig ist, aufgeführt werden.

7

Nach der Reha

Nach der Reha erhält die Psychotherapeut*in einen Entlassungsbericht, in dem unter anderem der erreichte Reha-Erfolg festgehalten ist und weiterführende Leistungen empfohlen werden, zum Beispiel Nachsorgeleistungen, stufenweise Wiedereingliederung, Arzneimittelversorgung, psychotherapeutische Leistungen. Manchmal sind diese Leistungen schon eingeleitet. Die Psychotherapeut*in soll dabei mitwirken, dass diese Empfehlungen umgesetzt werden (§ 14 Rehabilitations-Richtlinie).

Weitere Reha-Leistungen

Sind weitere Leistungen notwendig, um zum Beispiel die berufliche Leistungsfähigkeit zu sichern oder wiederherzustellen, leitet die Krankenkasse das notwendige Verfahren beispielsweise bei der Rentenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit ein und informiert die Versicherte*.

Fallbeispiele

Psychosomatische Rehabilitation

Der Patient ist 71 Jahre alt und Rentner. Seit dem Tod der Ehefrau vor einem Jahr leidet er unter Depressionen. Er klagt über ein Gefühl der Leere und Sinnlosigkeit sowie über Antriebslosigkeit, Konzentrationsstörungen, geringe Lebensfreude und Schlafstörungen. Der Patient berichtet, dass er immer häufiger ein Glas Wein trinke, um mit dem Alleinsein besser umgehen und besser einschlafen zu können. Er ziehe sich immer stärker zurück und es falle ihm schwer, alltägliche Routineaufgaben, zum Beispiel Einkaufen und Haushalt, zu erledigen. Außerdem leidet der 71-Jährige seit 10 Jahren unter einem gut eingestellten Diabetes mellitus Typ 2. Zunehmend fällt es ihm jedoch schwerer, regelmäßig den Blutzucker zu messen und sich Insulin zu spritzen, da ihm sein Gesundheitszustand nicht mehr wichtig sei.

Der Patient wohnt allein in einer Mietwohnung. Aufgrund seines sozialen Rückzugs hat er keinen Freundeskreis mehr. Eine Nachbarin schaut ab und zu vorbei, um sich zu erkundigen, wie es ihm geht.

Der Patient hat im Januar 2023 eine antidepressive Pharmakotherapie begonnen, diese aber aufgrund der Nebenwirkungen nach 2 Monaten abgebrochen. Seit 8 Monaten ist er in einer psychotherapeutischen Behandlung, diese hat aber bisher nicht zu einer ausreichenden Verbesserung seines Gesundheitszustandes geführt. Nach Einschätzung der Psychotherapeutin benötigt der Patient kurzfristig eine multiprofessionelle und hochfrequente Behandlung in einer medizinischen Reha-Einrichtung. Mit der Reha soll der depressionsbedingte Rückzug des Patienten abgebaut und die Gefährdung der Selbstversorgung abgewendet werden. Außerdem soll eine weitere Schädigung der körperlichen Gesundheit durch den zunehmenden Alkoholkonsum vermieden und das Monitoring der Diabeteserkrankung verbessert werden. Für die Reha ist die gesetzliche Krankenversicherung zuständig, da der Patient Rentner ist.



Krankenkasse bzw. Kostenträger
Fallbeispiel Psychosomatische Rehabilitation

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 Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. mittelgradige depressive Episode	F32.1	<input type="checkbox"/>
2. _____	_____	<input type="checkbox"/>
3. _____	_____	<input type="checkbox"/>
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen		
4. Diabetes mellitus Typ 2 (Arztbrief vom 04.06.2014)	E11.90	<input type="checkbox"/>
5. _____	_____	<input type="checkbox"/>
6. _____	_____	<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. IfSG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

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

depressive Episode seit dem Tod der Ehefrau vor 1 J. mit zunehmenden Schwierigkeiten, den alltäglichen Anforderungen gerecht zu werden (v.a. Haushalt); Selbstversorgung gefährdet u. soziale Teilhabe beeinträchtigt; zunehmender Alkoholkonsum

Bewältigungsstrategie (Kriterien f. F10-Diagnose nicht erfüllt); angemessenes Monitoring Diabetes mellitus Typ 2 (seit 10 J.) gefährdet

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

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

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

01/2023 bis 03/2023 antidepressive Medikation, Abbruch auf Wunsch des Patienten wegen Nebenwirkungen (Arztbrief vom 18.04.2023);

seit 8 Monaten Psychotherapie (Schwerpunkt Verhaltenstherapie)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche? _____

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten Fallbeispiel Psychosomatische Rehabilitation	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--	---------------------	------------------

61 Teil C

F. 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input checked="" type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input 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"/>
Selbstversorgung	<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="text" value="Monitoring des Diabetes mellitus Typ 2"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

fördernd: Unterstützung durch den Hausarzt, Unterstützung durch Nachbar*innen

hemmend: keinen Freundeskreis/keine Familie

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

- Bewegungsmangel Fehlhaltung BMI Fehl-/ Mangelernährung Medikamente Nikotin
 Sonstiges z.B. Suchtmittel

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ca (7.2022)

Name, Vorname des Versicherten Fallbeispiel Psychosomatische Rehabilitation	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--	---------------------	------------------

61 Teil D

IV. Rehabilitationsziele

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

Vertiefen der in d. Psychotherapie erlernten Strategien zum Umgang mit Trauer, alltäglichen Anforderungen selbstständig gerecht werden

(Selbstversorgung ermöglichen), Strategien für Beziehungsaufbau, angemessenes Diabetes-Monitoring, Reduktion des Alkoholkonsums

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)

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 psychosomatische Rehabilitation

VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist 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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Da (7.2022)

Fallbeispiele

Kinder-Rehabilitation

Die 7-jährige Patientin leidet seit der Trennung der Eltern vor einem Jahr unter täglichem Einnässen am Tag und in der Nacht. Eine körperliche Ursache konnte ausgeschlossen werden. Ferner hat sie psychosomatische Beschwerden wie Bauch- und Kopfschmerzen. Aufgrund der psychischen Beschwerden hat sie im vergangenen Schuljahr 20 Tage gefehlt. Seit ihrem 3. Lebensjahr leidet die Patientin außerdem unter leichter Neurodermitis, die seit der Trennung der Eltern zugenommen hat und mit Kortisonsalben behandelt wird.

In der Schule wird die 7-jährige aufgrund des Einnässens gehänselt und ausgegrenzt. Von ihren Freundinnen hat sie sich zurückgezogen. Ihren Hobbys (Tanzen und Reiten) geht sie nicht mehr nach. Sie schläft ungewöhnlich viel, erzählt weniger als früher und erträgt es kaum, ohne ihre Mutter zu sein. Ihr Selbstwertgefühl ist gering.

Die Patientin befindet sich in kinderärztlicher und seit 9 Monaten auch in psychotherapeutischer Behandlung. Diese Behandlungen haben bisher die Beschwerden nicht dauerhaft verringert. Die behandelnde Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin empfiehlt deshalb eine stationäre medizinische Reha mit psychosomatischem Schwerpunkt unter Begleitung der Mutter. Die Mutter sucht sich die Krankenkasse als Kostenträger aus.



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Fallbeispiel Kinder-Rehabilitation		
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 Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. nichtorganische sekundäre Enuresis diurna und nocturna	F98.0	
2. leichte depressive Episode	F32.0	
3.		
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen		
4. Neurodermitis (Arztbrief vom 08.08.2023)	L20.8	
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. IISG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

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

seit der Trennung der Eltern vor 1 Jahr tägliches Einnässen am Tag und in der Nacht ohne körperliche Ursache, psychosomatische Beschwerden (Kopf- und Bauchschmerzen), Freudlosigkeit, übermäßiges Schlafbedürfnis, sozialer Rückzug, Angst vor Trennung von der Mutter, Beeinträchtigung der schulischen und sozialen Teilhabe; Zunahme der seit dem 3. Lebensjahr bestehenden Neurodermitis

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

Einnässen am Tag und in der Nacht (sekundäre Enuresis), psychosomatische Beschwerden (Kopf- und Bauchschmerzen), Trennungsangst, vermindertes Selbstwertgefühl, Interessenverlust, sozialer Rückzug

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

Mobilität		Kognition		Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
TUG	sek + Chair Rise	MMST	/ 30	Schmerzskala	Ergometrie
Handkraft	kg oder kpa	GDS 15	/ 15		FEV1 % + VK %
DEMMI	/ 100 Tinetti	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 9 Monaten Psychotherapie, Mitbehandlung durch Kinderärztin

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche?

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten Fallbeispiel Kinder-Rehabilitation	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--	---------------------	------------------

61 Teil C

F. 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input checked="" type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input 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"/>
Selbstversorgung	<input checked="" 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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

fördernd: gute Beziehung zur Mutter, Unterstützung durch Kinderärztin und Freundeskreis der Mutter

hemmend: kein freundschaftlicher Kontakt zu Gleichaltrigen, Mehrfachbelastung der Mutter

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel Fehlhaltung BMI Fehl-/ Mangelernährung Medikamente Nikotin
 Sonstiges z.B. Suchtmittel

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ca (7.2022)

Name, Vorname des Versicherten Fallbeispiel Kinder-Rehabilitation	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--	---------------------	------------------

61 Teil D

IV. Rehabilitationsziele

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

Psychoedukation von Mutter und Patientin zu Enuresis und Depressionssymptomen bei Kindern, verhaltenstherapeutisches Training mit dem Ziel der Reduktion des Einnässens, emotionale Stabilisierung, Steigerung des Selbstwertgefühls, Behandlung der Neurodermitis

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)

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 psychosomatischer Schwerpunkt, Mitbehandlung Neurodermitis, Begleitung durch Mutter notwendig

VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist 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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Da (7.2022)

Fallbeispiele

Vater-Kind-Rehabilitation

Der 35-jährige Patient berichtet über ein anhaltendes Gefühl der „absoluten Erschöpfung“. Er erzieht seinen 5-jährigen Sohn nach der Trennung von der Partnerin vor einem Jahr allein. Die Beziehung zum Sohn beschreibt der Patient als schwierig. Sie ist von häufigen Konflikten und Auseinandersetzungen geprägt, die den Patienten überfordern.

Der Patient leidet unter Müdigkeit und Schlafstörungen. Er habe „zu nichts mehr Lust“. Die täglichen Aufgaben strengen ihn „über alle Maßen“ an und es falle ihm zunehmend schwer, seinem Beruf als Krankenpfleger nachzugehen. Der Patient hat wenig familiäre oder freundschaftliche Unterstützung.

In der psychotherapeutischen Sprechstunde wurde eine Anpassungsstörung diagnostiziert. Die Psychotherapeutin empfiehlt dem Patienten eine Vater-Kind-Reha, da der Patient getrennt lebt und mit der Erziehung des Kindes so überfordert ist, dass er kaum mehr in der Lage ist, seine alltäglichen Anforderungen zu erledigen. Für die Zeit bis zur Reha bietet die Psychotherapeutin dem Patienten eine Akutbehandlung an.

Für die Reha ist die Krankenkasse zuständig, da diese bei Mutter/Vater-Kind-Leistungen grundsätzlich der Kostenträger ist.



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Fallbeispiel Vater-Kind-Rehabilitation		
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 Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. Anpassungsstörung	F43.2	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen		
4.		<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>
6.		<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

seit Trennung von der Partnerin vor 1 Jahr anhaltende Erschöpfung,

Überforderung mit Kindererziehung und alltäglichen Anforderungen, Beeinträchtigung der sozialen Teilhabe,

Gefährdung der beruflichen Teilhabe

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

allgemeine psychische Erschöpfung, Abgeschlagenheit, Schlafstörungen, Müdigkeit, Gereiztheit, Interessenverlust

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	Uhren-test	<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)

seit 10/2023: psychotherapeutische Behandlung (Akutbehandlung)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche?

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ba (7.2022)

Name, Vorname des Versicherten Fallbeispiel Vater-Kind-Rehabilitation	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--	---------------------	------------------

61 Teil C

F. 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input checked="" type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input 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"/>
Selbstversorgung	<input checked="" 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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, 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(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

fördernd: Offenheit des Patienten gegenüber psychotherapeutischer Behandlung

hemmend: alleinerziehend, wenig Unterstützung durch Familie und Freunde

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel
 Fehlhaltung BMI Fehl-/Mangelernährung Medikamente Nikotin
 Sonstiges z.B. Suchtmittel

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ca (7.2022)

Name, Vorname des Versicherten Fallbeispiel Vater-Kind-Rehabilitation	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--	---------------------	------------------

61 Teil D

IV. Rehabilitationsziele

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

Verringerung von Erschöpfung und Schlafstörungen, Verbesserung des Umgangs mit Belastungen und Stress,

Verbesserung des Umgangs mit dem Kind, Verbessern der Fertigkeiten zum Suchen und Aufrechterhalten sozialer Unterstützung

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)

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 Wartefrist 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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Da (7.2022)

Fallbeispiele

Entwöhnungsbehandlung

Die 17-jährige Auszubildende konsumierte seit ihrem 13. Lebensjahr regelmäßig Cannabis, zuletzt mehrmals täglich. Da ihr Freund mit Trennung gedroht hat, beendete sie vor 3 Monaten den Cannabiskonsum und ist seitdem abstinent. Sie nimmt regelmäßig an einer Gesprächsgruppe in einer Suchtberatungsstelle teil. Der „innere Drang zu kiffen“ sei aber weiterhin groß, insbesondere, wenn sie Stress habe. Die Patientin ist seit 4 Wochen krankgeschrieben. Sie kann sich nicht vorstellen, ihre Lehre wiederaufzunehmen. Sie berichtet davon, sich „leer und antriebslos“ zu fühlen. Es komme immer wieder zu Auseinandersetzungen mit dem Partner, der genervt von ihr sei. Die Patientin fühlt sich sozial isoliert, da sie den Kontakt zu ihren Freunden meide, die „immer noch kiffen“.

Da die Abstinenz der Patientin gefährdet ist, die Patientin jedoch aktuell einer stationären Entwöhnungsbehandlung skeptisch gegenübersteht, empfiehlt die Hausärztin ihr parallel zu den Gesprächen in der Suchtberatungsstelle eine ambulante Psychotherapie.

In der ambulanten Psychotherapie kann die Suchtmittelabstinenz zunächst gestärkt und die Patientin motiviert werden, eine stationäre Entwöhnungsbehandlung in einer Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankungen durchzuführen. Da sie in den letzten 2 Jahren noch keine 6 Monate Beiträge zur Rentenversicherung gezahlt hat, ist die Krankenkasse zuständig. Die Psychotherapie soll im Anschluss daran fortgeführt werden.



4

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Fallbeispiel Entwöhnungsbehandlung		
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 Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. Cannabisabhängigkeit, ggw. abstinent	F12.20	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen		
4.		<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>
6.		<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

Cannabiskonsum seit dem 13. Lebensjahr, im vergangenen Jahr mehrmals täglich; Diagnose einer Cannabisabhängigkeit seit 01/2023;

seit 09/2023 abstinent (Unterstützung durch Hausärztin, Selbsthilfegruppe, Partner), aber anhaltender Suchtdruck und Rückfallgefahr

seit 1 Monat krankgeschrieben, Beeinträchtigungen der persönlichen, beruflichen und sozialen Teilhabe

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

Cannabisabhängigkeit, ggw. abstinent, aber rückfallgefährdet, Suchtdruck, Leeregefühle, Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug

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
Handkraft	<input type="text"/> kg oder <input type="text"/> kpa	GDS 15	<input type="text"/> / 15		Ergometrie <input type="text"/> Watt
DEMMI	<input type="text"/> / 100 Tinetti <input type="text"/> / 28	Uhrentest	<input type="text"/> / 7		FEV1 <input type="text"/> % + VK <input type="text"/> %
					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)

seit 01/2023: hausärztliche Behandlung; seit 12/2023: Psychotherapie

Gesprächsgruppe für cannabisabhängige Jugendliche in einer Beratungsstelle

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche?

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ba (7.2022)

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

61 Teil C

F. 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input checked="" type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<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"/>
Selbstversorgung	<input checked="" 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"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, 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(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

hemmend: Drogen konsumierendes Umfeld (aktuell keine Sozialkontakte zu Gleichaltrigen); fehlende Tagesstruktur

fördernd: Unterstützung durch Partner, Hausärztin, Beratungsstelle

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel
 Fehlhaltung BMI _____ Fehl-/Mangelernährung Medikamente Nikotin
 Sonstiges z.B. Suchtmittel _____

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ca (7.2022)

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

61 Teil D

IV. Rehabilitationsziele

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

Sicherung einer dauerhaften Abstinenz; Erarbeiten eines gesunden Verhaltensrepertoires zum Umgang mit Leere und Anspannung;

Befähigung, die Ausbildung abzuschließen

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)

_____ 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 Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankungen

VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist 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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Da (7.2022)

Anhang 1: Welche weiteren Kostenträger gibt es?

Grundsätzlicher Ratschlag

Grundsätzlich gilt: Bei Arbeitnehmer*innen ist in der Regel die Rentenversicherung zuständig, bei den meisten anderen die Krankenversicherung. Bei Kindern beide. Wer dies genauer verstehen möchte, bekommt im Folgenden die sozialrechtlichen Regelungen in allen Details erläutert.

Im Zweifel kann man die Krankenkasse prüfen lassen, welcher Kostenträger zuständig ist. Die Krankenkasse prüft dann innerhalb von 2 Wochen, ob sie selbst oder ein anderer Kostenträger zuständig ist.

Wird eine Reha zulasten der Krankenkasse verordnet, obwohl diese nicht zuständig ist, reicht sie die Verordnung an den aus ihrer Sicht zuständigen Träger weiter. Die Sozialversicherungsträger klären untereinander, wer zuständig ist, und geben der Versicherten* Bescheid.

Gesetzliche Rentenversicherung

Die gesetzliche Rentenversicherung ist grundsätzlich für abhängig Beschäftigte zuständig, bei denen die Erwerbsfähigkeit erheblich gefährdet oder gemindert ist („Reha vor Rente“). Die Reha soll helfen, wieder erwerbsfähig zu werden oder trotz Erkrankung möglichst lange im Berufsleben zu bleiben. Die Versicherte* muss in den letzten 2 Jahren 6 Kalendermonate Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung gezahlt haben.

Arbeitslosigkeit

Zu den notwendigen Pflichtbeiträgen in den letzten 2 Jahren werden auch die Beiträge gerechnet, die für Empfänger*innen von Arbeitslosengeld I entrichtet werden. Beim Bezug von Bürgergeld verlängert sich der 2-Jahreszeitraum um die Zeit, in der Arbeitslosengeld II bezogen wurde.

Erwerbsminderung

Hat die Versicherte* insgesamt mindestens 5 Jahre Beiträge in die Rentenversicherung eingezahlt, bleibt die Rentenversicherung auch zuständig, wenn bereits eine Erwerbsminderung vorliegt oder dies in absehbarer Zeit zu erwarten ist.

Altersrente

Ebenso bleibt sie in dem eher seltenen Fall zuständig, wenn die Versicherte* eine Altersteilrente bezieht, die weniger als 2/3 der Vollrente ausmacht. In diesem Fall arbeitet die Versicherte* in aller Regel, weil sonst der Bezug einer Teilrente keinen Sinn ergibt. Nach Erreichen der Altersgrenze ist die Rentenversicherung nicht mehr zuständig. Die Altersgrenze liegt für den Jahrgang ab 1964 bei 67 Jahren und bis zum Jahrgang 1946 bei 65 Jahren. Dazwischen ist sie altersabhängig.

Nach einer Ausbildung

Die Rentenversicherung ist – unabhängig von der Dauer der versicherungspflichtigen Beschäftigung – auch zuständig, wenn die Patient*in innerhalb von 2 Jahren nach Beendigung einer Ausbildung eine versicherte Beschäftigung oder selbstständige Tätigkeit aufgenommen und bis zum Reha-Antrag ausgeübt hat oder nach einer solchen Beschäftigung oder Tätigkeit bis zum Antrag arbeitsunfähig oder arbeitslos gewesen ist. Dadurch sollen auch Jugendliche eine Reha erhalten können, bei denen ansonsten die Rentenversicherung nicht zuständig wäre.

Gesetzliche Unfallversicherung

Die gesetzliche Unfallversicherung ist bei Arbeitsunfällen und bei Berufskrankheiten zuständig. Allerdings ist keine psychische Erkrankung in der Liste der anerkannten Berufskrankheiten aufgeführt. Als Arbeitsunfall gilt zum Beispiel, wenn eine Lokführer*in einen Suizid oder einen Suizidversuch miterleben musste und deshalb unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leidet.

Zu Arbeitsunfällen zählen darüber hinaus Unfälle auf dem Weg zu und von der Arbeitsstelle. Bei Schüler*innen und Auszubildenden zählen auch Unfälle in Schulen und auf dem Weg zu und von der Schule zu den Arbeitsunfällen. Dies gilt auch für Kindertagesstätten, soweit sie staatlich anerkannt sind.

Die gesetzliche Unfallversicherung ist in der Regel auch für die Krankenbehandlung zuständig. Deshalb dürfte zu dem Zeitpunkt, zu dem eine Reha-Leistung notwendig ist, die Frage des Kostenträgers bereits geklärt sein. Hat

die Unfallversicherung also bereits die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung übernommen, kann davon ausgegangen werden, dass sie auch die Kosten einer notwendigen Reha übernimmt.

Beihilfe und Unfallfürsorge für Beamt*innen

Bei Beamt*innen ist für medizinische Reha-Leistungen die Beihilfe und ergänzend gegebenenfalls eine private Versicherung zuständig. Ist die Reha auf einen Dienstunfall zurückzuführen, ist die Unfallfürsorge der Beamt*innen zuständig.

Private Versicherungen

Weitere Träger der Rehabilitation können private Krankenversicherungen sein, wenn die Versicherte* einen Vertrag abgeschlossen hat, der die medizinische Reha einschließt. Das kann insbesondere Selbstständige betreffen, die nicht gesetzlich in der Rentenversicherung versichert sind.

Auch die private Unfallversicherung kann je nach Vertragsgestaltung einen Anspruch auf medizinische Reha-Leistungen beinhalten. Bei gesetzlich Krankenversicherten führt aber keiner dieser privat abgeschlossenen Verträge dazu, dass eine Patient*in nicht auch Reha-Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen kann, soweit diese zuständig ist.

Reha bei Soldat*innen oder Zivildienstleistenden

Bei Soldat*innen und Zivildienstleistenden muss die Erkrankung ursächlich auf diese Tätigkeit zurückzuführen sein. Es kommen daher nur Erkrankungen in Betracht, die sich klar auf ein oder mehrere Ereignisse in der Ausübung des Dienstes zurückführen lassen. Bei den psychischen Erkrankungen ist dies vor allem bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung möglich, die sich eindeutig auf Erlebnisse während der Zeit als Soldat*in oder Zivildienstzeit zurückführen lassen. Ist das der Fall, sollten die entsprechenden Angaben im Verordnungsformular gemacht und die Zuständigkeit geklärt werden.

Soziales Entschädigungsrecht

Leistungen zur medizinischen Reha können daneben auch nach dem sozialen Entschädigungsrecht (Bundesversorgungsgesetz) gewährt werden.

Ebenso können Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz beansprucht werden. Dies kann bei Personen möglich sein, die in Deutschland (und mit Einschränkungen auch im Ausland) infolge eines vorsätzlichen

rechtswidrigen tätlichen Angriffs oder durch dessen rechtmäßige Abwehr eine gesundheitliche Schädigung erlitten haben. Ein Anspruch nach dem Opferentschädigungsgesetz hat keine Auswirkungen auf die Ansprüche in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ein Antrag nach dem Opferentschädigungsgesetz kann vor allem dann sinnvoll sein, wenn die Krankenkasse bestimmte Leistungen nicht mehr gewährt.

Das Gleiche gilt grundsätzlich auch für Ansprüche nach dem Häftlingshilfegesetz sowie dem strafrechtlichen und verwaltungsrechtlichen Rehabilitierungsgesetz.

Jugend- und Sozialhilfe

Auch die Kostenträger der Jugendhilfe und der Sozialhilfe kommen in Betracht, allerdings erst, wenn nicht andere Kostenträger zuständig sind. Eine Jugendliche*, die über ihre Eltern gesetzlich krankenversichert ist, erhält also vorrangig eine Reha-Leistung ihrer Krankenkasse oder der gesetzlichen Rentenversicherung.

Reha irrtümlich zulasten der Krankenkasse verordnet

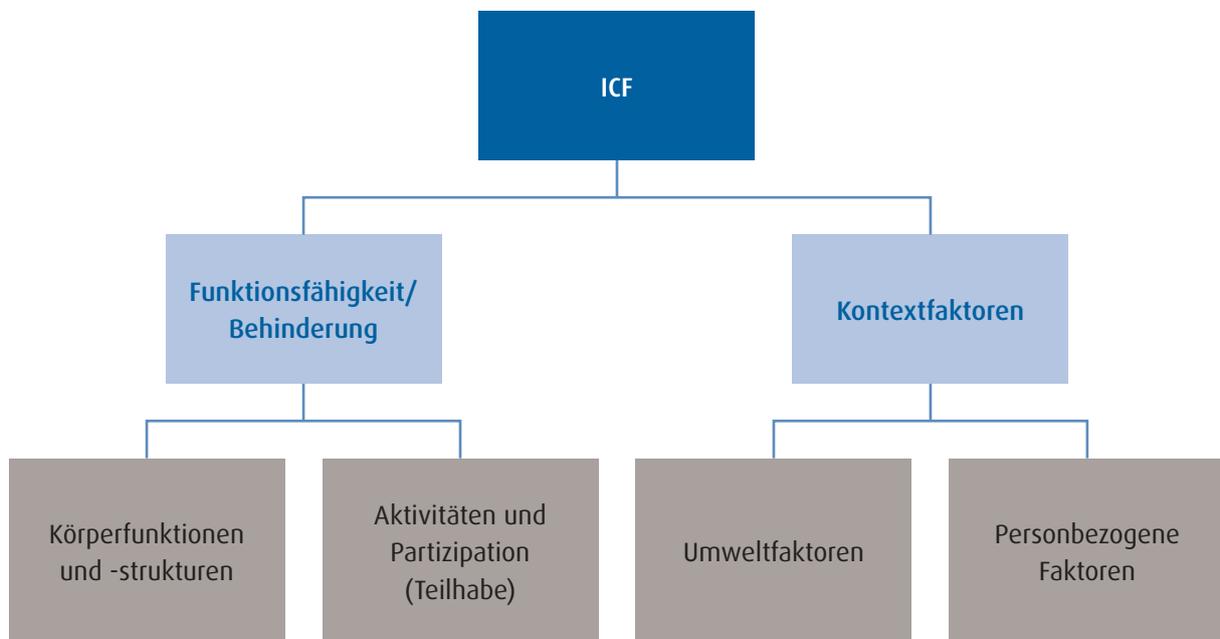
Verordnet eine Psychotherapeut*in eine Reha zulasten der Krankenkasse und stellt sich später heraus, dass ein anderer Kostenträger zuständig ist (zum Beispiel weil Versicherungszeiten übersehen wurden), dann leitet die Krankenkasse die Verordnung innerhalb von 2 Wochen an den zuständigen Kostenträger weiter. Dieser wertet die „Verordnung“ als „Antrag“ und entscheidet darüber – gegebenenfalls nach Einholung weiterer Befunde. Der Kostenträger, an den der Antrag weitergeleitet wurde, muss dann entscheiden, auch wenn er eigentlich nicht zuständig ist.

Anhang 2: ICF – Die Sprache der Reha

Für die Frage, ob eine Rehabilitation indiziert ist, sind die individuellen Auswirkungen einer Krankheit im Alltag und Beruf maßgeblich. Es geht vor allem darum zu beurteilen, ob die Erkrankung einer Patient*in zu andauernden Beeinträchtigungen, zum Beispiel im Hinblick auf Mobilität, Kommunikation, Erwerbsfähigkeit oder Selbstversorgung, und damit zu einer Beeinträchtigung ihrer Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen führt. Diese Beurteilung erfolgt anhand der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – kurz ICF.

Die ICF ist das konzeptionelle Bezugssystem für die Rehabilitation. Sie ist die Sprache der Reha. Niedergelassene Psychotherapeut*innen benötigen die Klassifikation, um eine medizinische Reha zu verordnen. Sie wird sowohl in der Rehabilitations-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses als auch im Verordnungsformular aufgeführt. Die ICF kann heruntergeladen werden unter www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html.

Abbildung: Struktur der ICF



Quelle: WHO, 2005

Funktionseinschränkungen beurteilen

Mit der ICF kann beurteilt werden, wie beeinträchtigt die Patient*in in ihren Aktivitäten und ihrer Teilhabe ist. Dabei werden äußere und innere Einflussfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit berücksichtigt.

Funktionsfähigkeit und Behinderung

Der Begriff Behinderung fokussiert nicht nur auf die Probleme, die sich aus der Schädigung einer Körperfunktion oder -struktur ergeben, sondern insbesondere auch darauf, wie diese Schädigung die Aktivität und Teilhabe der Patient*in beeinträchtigt.

Eine Behinderung liegt dann vor, wenn die körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit einer Patient*in mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist (§ 2 SGB IX). Mit dem Begriff „Funktionsfähigkeit“ wird beschrieben, was die Patient*in trotz ihres Gesundheitsproblems noch tun kann (zum Beispiel trotz Depression noch im Vorstand des Fußballvereins aktiv zu sein).

Körperfunktionen

Körperfunktionen sind die einzelnen physiologischen und psychischen Funktionen des Körpersystems (zum Beispiel Sinnesfunktionen, Funktionen des Atmungssystems oder psychische Funktionen wie Konzentrationsfähigkeit, Antrieb, psychische Stabilität, Appetit).

Körperstrukturen

Körperstrukturen sind die anatomischen Teile des Körpers (zum Beispiel Strukturen des Nervensystems, Organe, Gliedmaßen).

Aktivität

Aktivität ist die Durchführung einer bestimmten Handlung beziehungsweise Aufgabe in einer bestimmten Situation (zum Beispiel Lernen, Probleme lösen, Entscheidungen treffen, mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen, Körperpflege, Lebensmittel einkaufen und zubereiten, Hausarbeit erledigen, berufliche Tätigkeiten ausüben). Wenn eine Aktivitätsbeeinträchtigung vorliegt, hat die Betroffene* Schwierigkeiten, die Aktivität selbstständig auszuführen.

Teilhabe

Teilhabe bedeutet, so am gesellschaftlichen und sozialen Leben einer Gemeinschaft teilnehmen zu können, wie es auch gesunde Menschen tun. Wenn einer Person dies aufgrund einer Erkrankung nicht mehr möglich ist, ist ihre Teilhabe beeinträchtigt (zum Beispiel sich nicht mehr selbst versorgen können, einer Arbeit nicht nachgehen können, Kinder nicht erziehen können, die Freizeit nicht befriedigend gestalten können, keine befriedigenden freundschaftlichen oder intimen Beziehungen führen können).

Kontextfaktoren

Kontextfaktoren sind Faktoren, die die Funktionsfähigkeit positiv (Förderfaktoren) oder negativ (Barrieren) beeinflussen. Sie stellen den gesamten Lebenshintergrund der Person dar.

Umweltfaktoren

Umweltfaktoren sind Kontextfaktoren, die außerhalb der Person liegen. Zu ihnen gehören zum Beispiel Medikamente, Hilfsmittel, Vermögen, Klima, Familie, Freundeskreis, Hilfs- und Pflegepersonen, Einstellung der Familie oder der Gesellschaft, Gesundheitswesen oder die wohnungspolitische Agenda in der Stadt, in der ein Mensch lebt.

Personbezogene Faktoren

Personbezogene Faktoren sind Faktoren, die innerhalb der Person selbst liegen. Zu ihnen gehören allgemeine Merkmale wie Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, sozialer Hintergrund, Alter sowie spezifische Merkmale wie Einstellungen, Bewältigungsstile, Persönlichkeitsmerkmale. Personbezogene Faktoren gelten in der ICF-Klassifikation auch als „Kontextfaktoren“.

Die ICF geht davon aus, dass das Ausmaß der Behinderung eines Menschen ein Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen dem Menschen mit einem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren ist. Hier wird ein dynamischer Zusammenhang angenommen, in dem Änderungen jeder Komponente alle anderen Elemente beeinflussen können. Wenn aus dem Gesundheitsproblem in Wechselwirkung mit den Kontextfaktoren eine andauernde Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit resultiert, liegt eine Behinderung vor.

ICF-CY – Version für Kinder und Jugendliche

Für Kinder und Jugendliche wurde eine spezielle ICF entwickelt – die ICF-CY. Sie berücksichtigt vor allem die Besonderheiten in Entwicklung befindlicher Funktionen, das Konzept der Entwicklungsverzögerung und die besonderen Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen. So sind bei den Körperfunktionen zum Beispiel auch genitale Funktionen enthalten und es werden kinderspezifische Aktivitäten wie Lernen, Spiel sowie kinderspezifische Fortbewegung und Kommunikation erfasst.

Die Umweltfaktoren enthalten Aspekte der Umwelt von Kindern wie Spielzeug oder kindgerechte Umwelt. Mit der ICF-CY ist es möglich, das Kind im Kontext seiner Familie und seiner Bezugspersonen, mit seinen Entwicklungsbesonderheiten und bezüglich des Ausmaßes der Teilhabe zu beschreiben. Derzeit ist die Originalausgabe der ICF-CY in ihrer Handhabung sehr komplex. Daher hat die Deutsche Interdisziplinäre Arbeitsgruppe zur ICF-CY-Adaption für den Kinder- und Jugendbereich Checklisten für verschiedene Altersgruppen entwickelt (zum Beispiel hier: <http://www.dgspj.de/service/icf-cy/>).

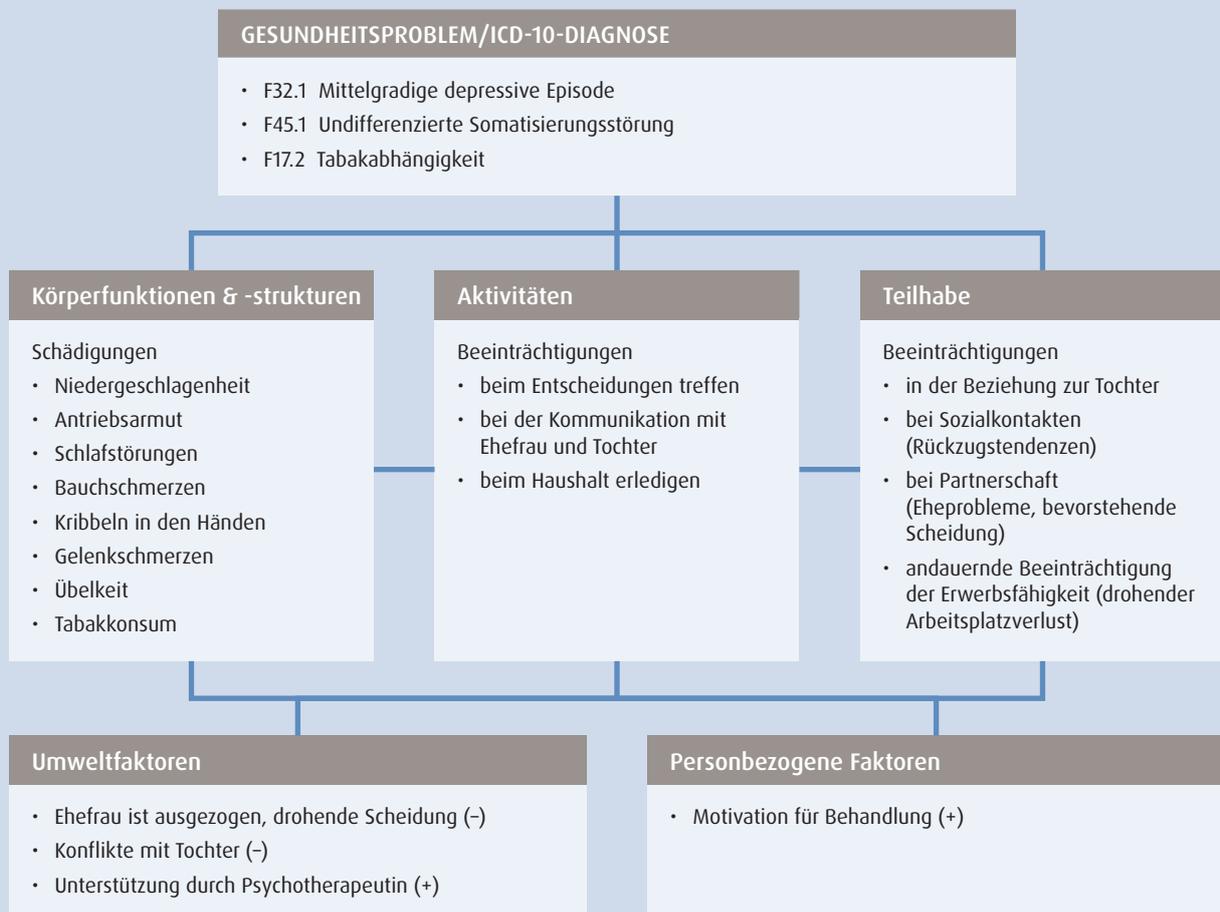
ICF-Fallstrukturierung bei einem Erwachsenen

Der 45-jährige Patient berichtet, dass er seit 5 Jahren unter wiederkehrender Niedergeschlagenheit, Antriebsarmut und chronischen Schlafstörungen leide. Seit 20 Jahren habe er verschiedene und anhaltende körperliche Symptome, für die seine behandelnden Ärzt*innen keine Erklärung fänden. Er sei deshalb in den vergangenen Jahren bereits in Behandlung gewesen. Auch aktuell befände er sich in psychotherapeutischer Behandlung. Der Patient arbeitet als Ingenieur, ist verheiratet und hat eine 17-jährige Tochter. Er berichtet von andauernden Ehekonflikten.

Die Ehefrau sei deshalb ausgezogen und erwäge eine Scheidung. Auch die Konflikte mit seiner Tochter belasten den Patienten sehr. Seit dem Auszug der Ehefrau hätten Antriebsarmut, Schlafstörungen, Bauchschmerzen,

Kribbeln in den Händen, Gelenkschmerzen und Übelkeit zugenommen. Auch sein Tabakkonsum sei gestiegen. Er habe Angst vor der drohenden Scheidung. Er berichtet von Schwierigkeiten, wichtige Entscheidungen zu treffen, den Haushalt zu erledigen sowie von Rückzug aus dem Freundeskreis. Der Patient ist seit 2 Monaten krankgeschrieben. Der Arbeitgeber habe ihn deswegen zu einem Gespräch gebeten und er befürchte, dass ihm bald gekündigt werde. Er mache sich große Sorgen, seinen Arbeitsplatz zu verlieren.

Aufgrund der langen Arbeitsunfähigkeit und des drohenden Arbeitsplatzverlustes ist ein schneller Therapieerfolg notwendig. Wegen der langanhaltenden, multiplen Beschwerden und Belastungsfaktoren kann dieser nicht mit einer ambulanten Psychotherapie erreicht werden. Die Psychotherapeutin empfiehlt daher eine stationäre



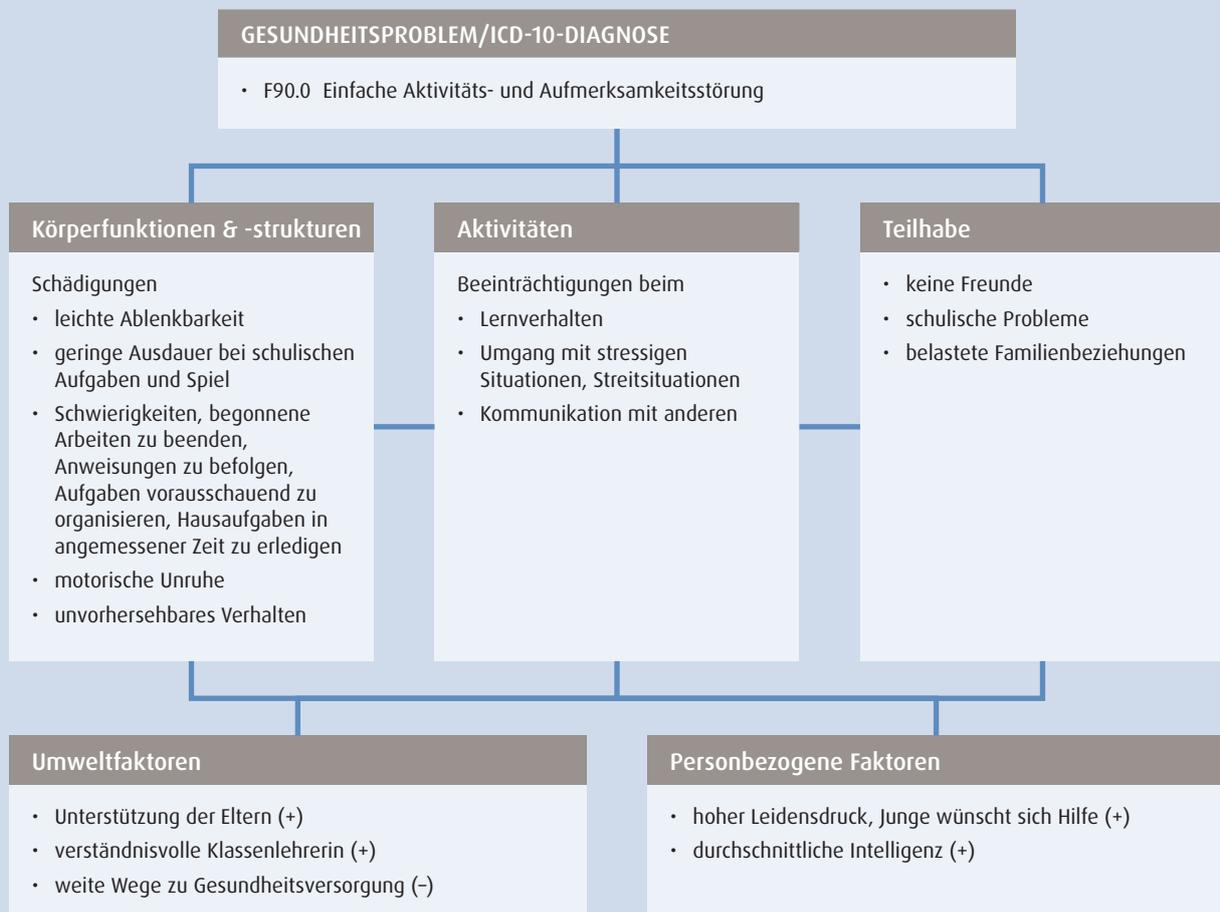
psychosomatische Reha.

ICF-Fallstrukturierung bei einem Kind

Der 8-jährige Junge leidet seit 2 Jahren unter einer hyperkinetischen Störung. Es fällt ihm schwer, sich längere Zeit auf eine Aufgabe zu konzentrieren. Außerdem besteht ein starker Bewegungsdrang. Dies führt zu Problemen in der Schule. Darüber hinaus hat der Patient Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen. Sein teils unberechenbares Verhalten führt dazu, dass andere Kinder den Kontakt zu ihm meiden.

Die Eltern versuchen, ihren Sohn zu unterstützen, sind jedoch überfordert. Der Junge befindet sich seit einem Jahr in kinderpsychiatrischer Behandlung. Es wurde eine medikamentöse Behandlung begonnen, die jedoch nicht ausreicht, um die Beschwerden ausreichend zu bessern. Vor 4 Monaten wurde deshalb eine ambulante Psycho-

therapie begonnen. Ergänzend führt ein Ergotherapeut ein Aufmerksamkeitstraining durch. Da die Familie in einer sehr ländlichen Region lebt, können die Termine jedoch nur in größeren Abständen wahrgenommen werden. Die ambulante Behandlung reicht nicht aus, um die Beschwerden und die sozialen Schwierigkeiten in der Schule und mit Gleichaltrigen ausreichend zu behandeln. Es bedarf der multidisziplinären Behandlung in einer Rehabilitationsklinik.





Medizinische Rehabilitation – Informationen für Patient*innen

Warum brauche ich eine Rehabilitation?

Ihnen wurde eine Rehabilitation empfohlen, da Sie unter einer psychischen Erkrankung leiden. Die Behandlung Ihrer Erkrankung hat bislang nicht zur einer ausreichenden Besserung Ihrer Erkrankung geführt. Aufgrund der Erkrankung können Sie möglicherweise nicht mehr arbeiten oder Sie können am gesellschaftlichen Leben nicht mehr teilnehmen, zum Beispiel Bekannte treffen oder Hobbys nachgehen. Möglicherweise können Sie nicht mehr selbst einkaufen, kochen oder den Haushalt erledigen. Oder es ist jetzt schon absehbar, dass dies ohne eine Reha geschehen könnte.

Warum braucht mein Kind eine Rehabilitation?

Es kann auch sein, dass Ihr Kind eine Reha-Maßnahme benötigt, weil es wegen einer psychischen Erkrankung beispielsweise anhaltende Schwierigkeiten in der Schule hat, seinen Hobbys über längere Zeit nicht mehr nachgehen kann, häufig Streit mit Familienmitgliedern oder Mitschüler*innen hat oder keine Freund*innen findet und diese Probleme zum Beispiel durch eine psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung nicht behoben werden konnten.

Wo findet die Reha statt?

Reha-Behandlungen finden für Menschen mit psychischen Erkrankungen meist für einige Wochen stationär in einer Klinik statt. Manchmal gibt es jedoch auch ambulante Angebote in Ihrer Nähe. Dann ist es möglich, dass Sie tagsüber eine Reha-Behandlung erhalten, aber die Nacht und das Wochenende zu Hause verbringen. Ihre Psychotherapeut*in wird gemeinsam mit Ihnen überlegen, welche Reha für Sie am geeignetsten ist.



Welche Reha-Angebote gibt es?

Psychosomatische Rehabilitation für Erwachsene

Zur häufigsten Reha-Leistung für psychisch kranke Menschen gehört die psychosomatische Rehabilitation, zum Beispiel bei depressiven Störungen oder Angsterkrankungen, Anpassungs- und Belastungsstörungen sowie bei somatoformen Störungen. Sie dauert zwischen 3 und 6 Wochen.

Psychosomatische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche

Auch für Kinder und Jugendliche gibt es Kliniken, in denen psychosomatische Reha angeboten wird, zum Beispiel bei psychosomatischen Störungen, ADHS, Schulverweigerung, Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Essstörungen, depressiven Verstimmungen, Ängsten, Einnässen sowie Sprachentwicklungsstörungen. Eltern können das Kind begleiten, wenn es noch nicht 12 Jahre alt oder aus medizinischen Gründen eine Begleitperson erforderlich ist.

Spezielle Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen

Für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen gibt es spezielle Reha-Kliniken. Sie bieten vor allem Behandlungen bei Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit. Bei Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit dauert diese Behandlung in der Regel 12 bis 15 Wochen, bei Drogenabhängigkeit auch länger.

Spezielle Rehabilitation für Mütter und Väter

Für Eltern gibt es spezielle Reha-Leistungen, wenn sie körperlich und psychisch überlastet sind, weil sie zum Beispiel von ihrer Lebenspartner*in getrennt leben und allein erziehen oder deren Kinder zum Beispiel an ADHS leiden, chronisch krank oder pflegebedürftig sind. Die Kinder können in der Regel bis zum Alter von 12 Jahren mitfahren. Die Krankenkassen bieten diese Reha als „Mutter/Vater-Kind-Leistung“ an. Sie dauert meist 3 Wochen. Eine Reha gemeinsam mit dem Kind ist insbesondere ratsam, wenn die Beziehung zwischen Mutter oder Vater und Kind beeinträchtigt ist.

Spezielle Rehabilitation für schwer chronisch psychisch kranke Menschen

Für Menschen mit schweren chronischen psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel Schizophrenie oder schweren Persönlichkeitsstörungen, gibt es spezifische Angebote – die „Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen“ (RPK-Einrichtungen). Sie werden dort meist tagsüber behandelt. Je nach Bedarf kann die Reha einige Monate und – wenn sie auch berufliche Maßnahmen umfasst – bis zu 2 Jahren dauern.





Kann ich mitbestimmen, wo und wann die Reha stattfindet?

Berechtigte Wünsche der Patient*in müssen bei einer Reha berücksichtigt werden. So muss beachtet werden, in welche Klinik Sie möchten, in welchem Zeitraum die Reha stattfinden soll und ob Sie lieber in eine entferntere Klinik oder eine ambulante Reha in der Nähe Ihres Wohnortes möchten. Die Versicherung kann aber auch eine andere Reha-Klinik vorschlagen, wenn zum Beispiel Ihre Wunschklinik teurer oder die Behandlung dort nicht so wirksam ist. Dies kommt vor, wenn die Versicherung spezielle Verträge mit Reha-Kliniken geschlossen hat.

Wie beantrage ich die Reha?

Für eine Reha ist meist die Renten- oder die Krankenversicherung zuständig. Eine Reha der Rentenversicherung müssen Sie selbst beantragen. Dafür benötigen Sie einen ärztlichen Befundbericht. Ergänzend können Sie den Befundbericht der Psychotherapeut*in beifügen. Eine Reha der gesetzlichen Krankenversicherung kann Ihnen Ihre Psychotherapeut*in direkt verordnen. Sie müssen dann keinen Antrag mehr stellen. Bei einer schweren chronischen psychischen Erkrankung (zum Beispiel Schizophrenie) stellt die Psychotherapeut*in den Kontakt zur nächsten Spezialeinrichtung her, die den Antrag für Sie übernimmt.

Reha muss genehmigt werden

Die medizinische Rehabilitation muss genehmigt werden. Wird sie bewilligt, teilt Ihnen die Versicherung mit, wo und wann sie stattfindet. Sind Sie mit deren Entscheidung nicht einverstanden, können Sie Widerspruch einlegen.

Was mache ich mit meinem kleinen Kind?

Kinder bis zum 12. Lebensjahr können grundsätzlich in die Reha mitgenommen werden. Voraussetzung ist, dass Ihr Kind noch tägliche Fürsorge benötigt, Sie alleinerziehend sind oder Ihr Kind nicht durch andere versorgt werden kann. Den Wunsch, Ihr Kind mitzunehmen, sollte Ihre Psychotherapeut*in im Antrag angeben und begründen.



Weitere Familienhilfen

Damit Sie und Ihre Familie auch während der Rehabilitation finanziell abgesichert sind, können Sie Hilfen wie Übergangsgeld, Reisekosten oder einen Zuschuss für eine Haushaltshilfe beantragen. Eine Haushaltshilfe ist nötig, wenn Ihre Angehörigen oder Kinder sich während Ihrer Abwesenheit nicht eigenständig um den Haushalt kümmern können. Es können auch Betreuungskosten übernommen werden.

Muss ich zuzahlen?

Erwachsene müssen in der Regel 10 Euro pro Tag zuzahlen. Die Zuzahlung ist allerdings auf höchstens 42 Tage begrenzt, auch wenn die Reha länger dauert. Bei einer Reha, die an eine Krankenhausbehandlung anschließt, ist sie auf höchstens 14 Tage begrenzt. Kinder müssen für ihre Reha nicht zuzahlen.

Wo kann ich mich noch beraten lassen?

Sie können sich sowohl von der Kranken- oder Rentenversicherung als auch von Wohlfahrtsverbänden beraten lassen. Außerdem gibt es seit Anfang 2018 Beratungsangebote, die nur Ratsuchenden gegenüber verpflichtet sind, die „Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung“.

