



Verordnung Aktuell Sonstiges

Stand: 1. April 2020

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ▪ Verordnungsberatung@kvb.de ▪ www.kvb.de/verordnungen

■ Rehabilitations-Richtlinie: Anpassungen des Muster 61 zum 1. April 2020

Bitte beachten Sie, dass die Einführung des neuen Musters 61 zum Stichtag 1. April 2020 erfolgt. Allerdings wird - aufgrund der Corona-Pandemie - die eigentlich vorgesehene Stichtagsregelung verschoben und **bis 30. Juni 2020** ausgesetzt. Das heißt, bis einschließlich 30. Juni 2020 darf auch das bisherige Formular verwendet werden, wenn das neue noch nicht in der Software enthalten ist. Ab dem 1. Juli 2020 muss aber das neue Formular verwendet werden.

Durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes (PpSG) wird der Leistungsanspruch für pflegende Angehörige¹ erweitert (vgl. Verordnung Aktuell „Rehabilitations-Richtlinie: Anpassungen an das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz“). Deshalb waren Anpassungen des Muster 61 notwendig geworden, die wir Ihnen hier vorstellen werden. Ein Ansichtsexemplar des neuen Muster 61 finden Sie im Anhang dieser Veröffentlichung.

Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen - Teil A und Teil B, Abschnitt I. A.

- Die rehabilitationsbegründenden Diagnosen sollen künftig als „Funktionsdiagnosen“ angegeben werden.
- Die Ankreuzfelder zur „Seitenlokalisierung“ entfallen. Sofern Angaben dazu notwendig sind (rechts, links, beidseitig), können sie im Freitextfeld der Diagnose aufgeführt werden.

Kurze Angaben zur Anamnese und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung - Teil B, Abschnitt II. A

- Künftig sollen neben den Angaben zur Anamnese auch Angaben zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung erfolgen, sofern diese für die Rehabilitation relevant sind.

¹ Als pflegende Angehörige gelten Personen, die Pflegebedürftige (Pflegegrad 1-5) nicht erwerbsmäßig in deren häuslicher Umgebung pflegen. Dazu zählen insbesondere Familienmitglieder sowie Verwandte, aber auch ehemalige Eheleute. Eine abschließende Definition gibt es im SGB V nicht, als Orientierung kann das SGB X für Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz herangezogen werden (s. § 16 Abs. 5 SGB X).

Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen - Teil B, Abschnitt II. C

- Bisher wurden hier auch Angaben zur Arzneimitteltherapie abgefragt. Da diese Angaben entfallen können, werden sie künftig nicht mehr abgefragt.

Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe - Teil C, Abschnitt II. G

- In den Kategorien „Mobilität“ und „Selbstversorgung“ kann jetzt für jede Aktivität (z. B. Stehen/Gehen“ oder „Essen/Trinken“) einzeln angekreuzt werden, wenn keine Beeinträchtigung besteht. Liegt keine Beeinträchtigung der Mobilität oder Selbstversorgung vor, können Sie dies weiterhin durch übergeordnete Kreuze angeben.

Lebensumstände/Kontextfaktoren - Teil C, Abschnitt II. H

- Hier wird die Überschrift um den Begriff „Lebensumstände“ ergänzt, um den Fokus des Begriffs der „Kontextfaktoren“ aus der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) hervorzuheben.
Kontextfaktoren stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen die für die Rehabilitation relevanten Einflüsse aus dem Lebenshintergrund der Person und deren Aktivitäten und Teilhabe im Sinne von Förderfaktoren oder Barrieren. Diese können sowohl in der Umwelt als auch der Person selbst begründet sein. Umwelt- und personbezogene Faktoren tragen in jedem Einzelfall zum Verständnis der Auswirkungen eines Gesundheitsproblems bei.

Weitere Bemerkungen/Begründungen - Teil D, Abschnitt VI. C

- Auf dem Formular gibt es künftig ein gesondertes Ankreuzfeld zur Kennzeichnung, dass es sich um eine Rehabilitation für einen pflegenden Angehörigen handelt.

Sonstige Angaben - Teil D, Abschnitt VII.

- Hier gibt es neue Ankreuzfelder zur Versorgung eines Pflegebedürftigen während der stationären Reha des ihn pflegenden Angehörigen. Sie können ankreuzen, dass die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht ist. Sie können aber auch ankreuzen, dass die Koordination der Versorgung des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch die Krankenkasse/Pflegekasse des Versicherten gewünscht ist.
- Wenn sich der pflegende Angehörige wünscht, dass der Pflegebedürftige mit aufgenommen wird, medizinische Gründe jedoch gegen die Mitaufnahme sprechen, so geben Sie diese Gründe unter „Sonstiges“ an. Dies kann etwa bei schweren Erschöpfungssyndromen oder depressiven Störungen des pflegenden Angehörigen der Fall sein, bei denen eine räumliche/örtliche Distanzierung vom sozialen Umfeld für eine positive Reha-Prognose notwendig erscheint.

Ansprechpartner für Verordnungsfragen stehen Ihnen - **als Mitglied der KVB** - unter 0 89 / 5 70 93 - 4 00 30 zur Verfügung. Oder Sie hinterlassen uns über das Kontaktformular unter www.kvb.de/Beratung einen Rückrufwunsch.

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

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

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

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

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

Diagnoseschlüssel

ICD-10-GM

Ursache *

1.		
2.		
3.		

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.		
5.		
6.		

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

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

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten

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

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

Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

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

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

ggf. weitere Anmerkungen

Datum

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenübernahme	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.		
2.		
3.		

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

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

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4.		
5.		
6.		

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

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

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

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen

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

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche? _____

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

--

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil C
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

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

H. Lebensumstände/Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren
(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützungs(-bedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel / Fehlhaltung Übergewicht Untergewicht Medikamente Nikotin

Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol) _____

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil C (4/2020)

