## Vordruckerläuterungen zu Muster 61 zum 01.07.2022

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

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

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

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

❶ In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden Diagnosen, aber auch weitere Diagnosen, die einen Einfluss auf die Rehabilitationsleistung haben - sofern erforderlich mit Seitenlokalisation – anzugeben. Die rehabilitationsbegründenden Diagnosen sollen dabei als Funktionsdiagnosen angegeben werden. Die Funktionsdiagnose ermöglicht es, die aus dem Gesundheitsproblem resultierenden relevanten Schädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigung in kompakter Form zu beschreiben, beispielsweise „Coxarthrosere. mit eingeschränkter Gehfähigkeit“. Die den Beeinträchtigungen zugrundeliegenden Diagnosen sowie die weiteren Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln. ❷ Sofern bekannt, sind den einzelnen Diagnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z. B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolgen, etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft. Der Vordruck enthält dazu unter I. eine entsprechende Auswahl bereit.

## II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

❸ Beratung der/des Versicherten

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

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-E ausfüllen.***

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

**1 A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen**

| | | Diagnoseschlüssel ICD-10-GM | 2 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 einschl. Wegeunfall***
- ***2 = Berufskrankheit***
- ***3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)***
- ***4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst***
- ***5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)***

## II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

3 ☐ **Beratung der/des Versicherten**
***Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.***

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

4 ☐ **Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**
***Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.***

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

5 **ggf. weitere Anmerkungen**

Datum T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

6 **III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt**

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐ Krankenkasse ***(bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)***

☐ Rentenversicherung ***(Vordruck liegt bei)***

☐ Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Muster 61 Teil Aa (7.2022)

❹ Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

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

❺ ggf. weitere Anmerkungen

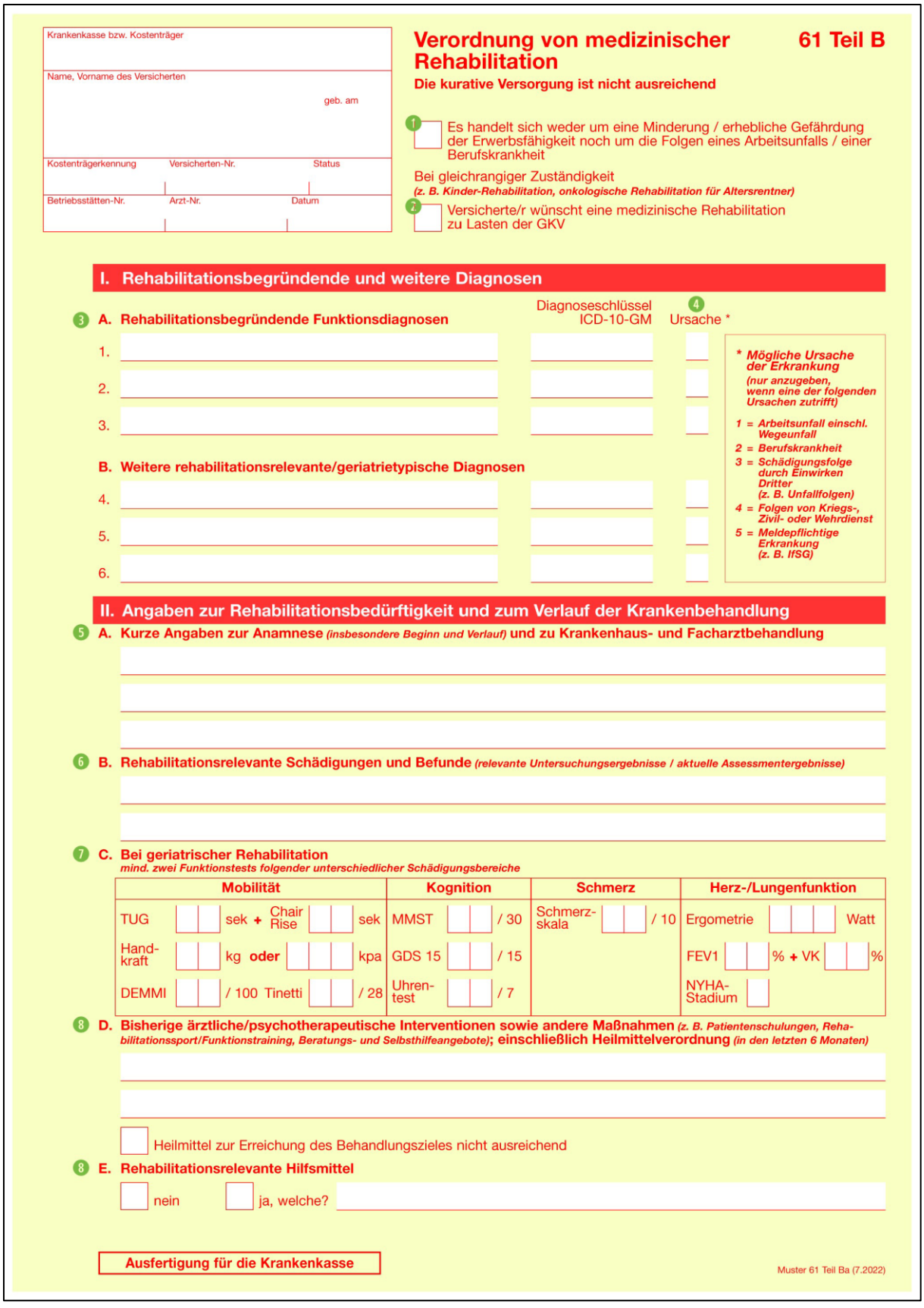
Hier können weitere Angaben von Seiten der Vertragsärztin/des Vertragsarztes wie z. B. die Bitte um Rückruf durch die Krankenkasse vorgenommen werden. Sofern Anhaltspunkte erkennbar sind, dass andere oder weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe (z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Teilhabe am Arbeitsleben) bei der oder dem Versicherten bestehen, können diese hier benannt werden. Die Krankenkasse greift diese zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf.

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

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

## Muster 61 Teil B bis E: Verordnung von medizinischer Rehabilitation

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



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

**Verordnung von medizinischer Rehabilitation** **61 Teil B**

**Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend**

1 ☐ 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)*

2 ☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

**I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen**

3 **A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen** — Diagnoseschlüssel ICD-10-GM — 4 Ursache *

1.
2.
3.

**B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen**

4.
5.
6.

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)*
*1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall*
*2 = Berufskrankheit*
*3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)*
*4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst*
*5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)*

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

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

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

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

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

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

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

8 **E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

☐ nein ☐ ja, welche?

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Muster 61 Teil Ba (7.2022)

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

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

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

❶ Das Kästchen ist anzukreuzen, wenn es sich

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

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

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

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

## I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

❸ In diesem Abschnitt sind die für die Leistung begründenden Diagnosen, aber auch weitere Diagnosen, die einen Einfluss auf die Rehabilitationsleistung haben - sofern erforderlich mit Seitenlokalisation – anzugeben. Die rehabilitationsbegründenden Diagnosen sollen dabei als Funktionsdiagnosen angegeben

werden. Die Funktionsdiagnose ermöglicht es, die aus dem Gesundheitsproblem resultierenden relevanten Schädigungen sowie Aktivitäts-und Teilhabebeeinträchtigung in kompakter Form zu beschreiben, beispielsweise „Coxarthrose re. mit eingeschränkter Gehfähigkeit“. Die den Beeinträchtigungen zugrundeliegenden Diagnosen sowie die weiteren Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln. ❹ Sofern bekannt, sind den einzelnen Diagnosen (mögliche) Ursachen zuzuordnen (z. B. Arbeitsunfall, Berufskrankheit, Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolgen, etc.). Diese sind nur anzugeben, sofern eine der dort aufgeführten Ursachen zutrifft. Der Vordruck enthält dazu unter I. eine entsprechende Auswahl bereit.

Besonderheit: Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation

Für die Zuweisung in eine geriatrische Rehabilitation, bei der die Krankenkasse die medizinische Erforderlichkeit nicht überprüft, sind folgende Kriterien abzuklären und im Verordnungsformular Muster 61 darzulegen:

1. Bestehen eines erhöhten Lebensalters, 70 Jahre oder älter und

2. Vorliegen von mindestens einer rehabilitationsbegründenden Funktionsdiagnose und zwei geriatrietypischen Diagnosen (siehe Anlage II Liste der geriatrietypischen Diagnosen).

Dabei sind die aus den Diagnosen resultierenden Schädigungen mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests nachzuweisen (siehe Erläuterungen zu ❼).

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

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

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende all-

tagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen oder Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen und über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

❺ A. Kurze Angaben zur Anamnese

Dieser Unterabschnitt dient der Dokumentation der klinischen Anamnese und des bisherigen Verlaufes der Krankenbehandlung der Versicherten/des Versicherten einschließlich ihrer/seiner Beschwerden. Hier sind insbesondere der Beginn und der Verlauf der Krankenbehandlung zu dokumentieren sowie Angaben zu Behandlungen im Krankenhaus und bei Fachärztinnen/Fachärzten zu machen.

❻ B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde

Hier sollen die Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen aufgelistet werden, die für die unter II. F (siehe Erläuterungen zu ❾) angeführten rehabilitationsrelevanten Beeinträchtigungen verantwortlich sind.

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

Untermauert werden können die Angaben mit entsprechenden Assessments, beispielsweise dem Barthel-Index. Für die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation gelten davon abweichend die nachfolgenden Hinweise zu Punkt 7.

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

Die aus den Diagnosen gemäß I. resultierenden Schädigungen sind mit mindestens zwei geeigneten Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen nachzuweisen (Übersicht siehe Anlage I Funktionstests bei geriatri-

scher Rehabilitation). Dabei hat ein Funktionstest für die rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnose zu erfolgen. Die Ergebnisse der jeweils durchgeführten Funktionstests sind hier einzutragen.

❽ D. und E. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen; einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten); rehabilitationsrelevanten Hilfsmittel

Hier sind Angaben zu den bisher durchgeführten ärztlichen und psychotherapeutischen Interventionen, sowie Angaben zu anderen Maßnahmen, wie z. B. Patienten-schulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining oder medizinische Vorsorgeleistungen vorzunehmen.

Sofern bekannt, soll hinsichtlich der Heilmitteltherapie auch eine Angabe zu den bisher verordneten Einzelleistungen und deren Häufigkeit innerhalb der letzten sechs Monate gemacht werden. Falls das Behandlungsziel mit einer (weiteren) Heilmittelbehandlung nicht zu erreichen ist, ist dies durch das Ankreuzfeld kenntlich zu machen. Zudem sind die rehabilitationsrelevanten Hilfsmittel unter E. anzugeben.

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

❾ F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

Hier wird gezielt nach längerfristigen alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe (> 6 Monate) in unterschiedlichen Lebensbereichen der Versicherten/des Versicherten sowie dem Unterstützungsbedarf hinsichtlich eines selbstbestimmten und möglichst eigenständigen Lebens gefragt. Werden Beeinträchtigungen in den einzelnen Lebensbereichen gesehen, sind diese entsprechend zu bewerten.

Die Kategorien Mobilität und Selbstversorgung sind untergliedert dargestellt. Hier besteht die Möglichkeit, ein übergeordnetes Kreuz zu setzen, falls keinerlei Beeinträchtigungen vorliegen.

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

**61 Teil C**

9 **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)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Allgemeine Aufgaben und Anforderungen** *(z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Kommunikation** *(z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Mobilität** | ☐ | | | |
| Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Stehen / Gehen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Treppensteigen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sonstige | | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Selbstversorgung** | ☐ | | | |
| Essen / Trinken | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| An- / Auskleiden | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Waschen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Baden / Duschen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Toilettenbenutzung | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Sonstige | | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Häusliches Leben** *(z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Interpersonelle Aktivitäten** *(z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Bedeutende Lebensbereiche** *(z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Gemeinschaftsleben und soziales Leben** *(z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)* | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

10 **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)*

**2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

☐ Bewegungsmangel Fehlhaltung  BMI ____  ☐ Fehl-/Mangelernährung  ☐ Medikamente  ☐ Nikotin

☐ Sonstiges *z.B. Suchtmittel*

11 **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)

❿ G. Lebensumstände/Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen alle für die Rehabilitation relevanten Einflüsse aus dem Lebenshintergrund der Patientin/des Patienten auf deren/dessen Aktivitäten und Teilhabe im Sinne von Förder-faktoren oder Barrieren, die sowohl in der Umwelt als auch Person begründet sein können. Umwelt- und personbezogene Faktoren tragen in jedem Einzelfall zum Verständnis der krankheits-/behinderungsbedingten Auswirkungen eines Gesundheits-problems bei. So sind beispielsweise sowohl die Bedingungen im Sozialraum als auch eigene Kompetenzen im Zusammenhang mit der Bewältigung des Gesundheitsproblems und seiner Auswirkungen von Bedeutung. Auch den Rehabilitationserfolg evtl. gefährdende Risikofaktoren sind an dieser Stelle zu benennen.

## III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

## IV. Rehabilitationsziele

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

A. – B. Rehabilitationsziele

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

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

**61 Teil D**

## 12 IV. Rehabilitationsziele

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

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

## 13 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)*

## 14 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

**15 Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund**

☐ neuer Indikation ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

☐ **16 Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig**

☐ **17 Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert**

**18 Reisefähigkeit**

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich

**19 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

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

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Muster 61 Teil Da (7.2022)

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

## V. Rehabilitationsprognose

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

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

## VI. Zuweisungsempfehlungen

⓮ A. - C. Empfohlene Rehabilitationsform, inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen und weitere Bemerkungen/Begründungen

Dieser Unterabschnitt beinhaltet Angaben zur empfohlenen Rehabilitationsform, also ob die Leistung z. B. ambulant, stationär, als Mütter-/Väter-Leistung

oder als geriatrische Rehabilitation erbracht werden soll. Bei der Verordnung einer Mütter-/Väter-Leistung bzw. Mutter-/Vater-Kind-Leistung sind die für diese relevanten Kontextfaktoren in Abschnitt II. H besonders darzustellen. Für die Verordnung einer medizinischen Vorsorgeleistung (nicht Rehabilitation) für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V ist das Muster 61 Teil B-E nicht zu verwenden. Hierfür wird ein gesonderter Verordnungsvor-druck das Muster 64 zur Verfügung gestellt.

Zudem ist unter B die Angabe zu inhaltlichen Schwerpunkten/Indikationen der Rehabilitation, wie z. B. orthopädisch oder kardiologisch anzugeben. Bei der Zuweisung in die geriatrische Rehabilitation sind die besonderen Anforderungen unter ❸ und ❼ zu beachten.

Unter C soll die Vertragsärztin / der Vertragsarzt Angaben dazu machen, welche Anforderungen die Rehabilitationseinrichtung, in der die Leistung zur medizinischen Rehabilitation erfolgen soll, erfüllen soll.

Falls es sich bei dem/der Versicherten um eine(n) pflegende(n) Angehörige(n) handelt, ist dies ebenfalls unter C anzugeben, um unter anderem die Durchführung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation in stationärer Form zu begründen.

## VII. Sonstige Angaben

❶❺ Die beantragte Leistung

In diesem Unterabschnitt ist ggf. die Frage zu beantworten, ob die beantragte Leistung zur medizinischen Rehabilitation vor Ablauf der gesetzlich festgelegten Wartefrist von vier Jahren zwischen zwei Rehabilitationsleistungen medizinisch notwendig ist. Dies kann der Fall sein, wenn eine andere Krankheit die Rehabilitation begründet oder infolge einer zwischenzeitlichen Verschlimmerung der rehabilitationsbegründenden Erkrankung erneut eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation indiziert ist. In jedem Fall müssen eine solche Maßnahme und ihre Dringlichkeit gesondert begründet werden. Für Kinder vor dem vollendeten 18. Lebensjahr findet die gesetzliche Wartefrist von 4 Jahren keine Anwendung.

⓰ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung

Hier ist ein Kreuz zu setzen, wenn eine zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld und damit eine wohnortferne Maßnahme notwendig ist, um die Rehabilitationsziele zu erreichen.

⓱ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation

Dieser Unterabschnitt ist anzukreuzen, wenn die häusliche Versorgung im Falle einer ambulanten Rehabilitation gesichert ist.

⓲ Reisefähigkeit

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

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

In diesem Unterabschnitt sind Angaben zur möglichen Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation des pflegenden Angehörigen zu machen. Sofern die Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, d.h. der Reha-Einrichtung oder die Koordination einer Versorgung des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege) durch die Krankenkasse und Pflegekasse gewünscht wird, ist dies anzugeben. Sprechen medizinische Gründe gegen die Mitaufnahme des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung, sind diese unter „Sonstiges“ anzugeben. Dies kann beispielsweise bei schweren Erschöpfungssyndromen oder depressiven Störungen des pflegenden Angehörigen der Fall sein, bei denen eine räumliche/örtliche Distanzierung vom sozialen Umfeld für eine positive Rehabilitationsprognose notwendig erscheint.

⓴ Sonstiges / Rückruf erbeten unter

In diesem Unterabschnitt können besondere Hinweise gegeben werden, wie z. B. zur Reisefähigkeit, zum Bestehen einer Schwangerschaft oder wenn Anhaltspunkte bei der oder dem Versicherten erkennbar sind, dass weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe bestehen, die über die medizinische Rehabilitation hinausgehen (z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben). Die Krankenkasse greift diese zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf. Zudem hat hier die Vertragsärztin/der Vertragsarzt die Möglichkeit, die Krankenkasse um Rückruf zu bitten.

## VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

㉑ A. Erteilte Einwilligungserklärungen

Im Rahmen der Verordnung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation hat die Verordnerin oder der Verordner die oder den Versicherten über die Möglichkeit der Einwilligung zur Übermittlung der im Einzelfall vorzunehmenden gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die Verordnerin oder den Verordner zu informieren. Die Informationspflicht bezieht sich zudem auf die Möglichkeit der Einwilligung der oder des Versicherten zur Übermittlung der Krankenkassenentscheidung an ihre oder seine Angehörigen oder Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen. Der Inhalt der abgegebenen Einwilligungen der oder des Versicherten ist durch die Angabe unter Punkt 1 und 2 zu übermitteln.

㉒ B. Angaben der/des Versicherten

Sofern die oder der Versicherte die Einwilligung nach Punkt VIII. A. 2. positiv vornimmt, ist darauf hinzuweisen, dass vor einer Weitergabe der Verordnung durch die oder den Versicherten konkrete Angaben zu den Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen vorzunehmen sind, an die die Entscheidung der Krankenkasse übermittelt werden soll. Die jeweiligen Angaben sind durch die oder den Versicherten auf dem Muster 61 vorzunehmen und durch seine Unterschrift zu bestätigen.

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

**61 Teil E**

## VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

### 21 A. Erteilte Einwillligungserklärungen

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

☐ ja ☐ nein

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

☐ ja ☐ nein

**Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht**

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

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

Datum T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

### 22 B. Angaben der/des Versicherten

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

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

Name, Vorname

PLZ | Ort | Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ | Ort | Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ | Ort | Straße, Haus-Nr.

Datum T T M M J J

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

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Muster 61 Teil Ea (7.2022)

Anlage I: Übersicht der Funktionstests (zu Punkt ❼ C. „Bei geriatrischer Rehabilitation“)

Entnommen ist diese Übersicht aus den Unterlagen zum Beschluss des G-BA zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie vom 16.12.2021 (BAnz AT 16.02.2022 B3).

| Schädigungsbereich | Muster 61 | Funktionstest | Interpretation | Dokumentation & Bezugsweg |
|---|---|---|---|---|
| Mentale Funktionen | MMST | Mini Mental Status Test | 24 bis 30 Punkte: keine oder leichte kognitive Funktionseinschränkung, 17 bis 23 Punkte: mittlere kognitive Funktionseinschränkung, 0 bis 16 Punkte: schwere kognitive Funktionseinschränkung | https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/mmse.pdf |
| | GDS 15 | Geriatrische Depressions-Skala | 0 bis 5 Punkte: unauffällig, ≥ 6 Punkte: depressive Störung wahrscheinlich | https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/gds.pdf |
| | Uhrentest | Uhrentest nach Watson | Fehler in den Quadranten I bis III: je 1 Fehlerpunkt, Fehler im Quadranten IV: 4 Fehlerpunkte, ab 4 Fehlerpunkten Interpretation als auffällige Einschränkungen | https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/cct.pdf |
| Sinnesfunktionen und Schmerz | Schmerzskala | Visuelle Analogskala für Schmerzintensität oder Numerical Pain Rating Scale | 0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) | Die NRS Schmerz Skala reicht von 0 (keine Schmerzen) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz). Aufgrund ihrer Einfachheit gibt es eine Vielzahl an Ausführungen.<br>Nummerische Schmerzskala: https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/nrs.pdf<br>Visuelle Analogskala: https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/vas.pdf |
| Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems | Ergo | Ergometrie in Watt | deutliche Abweichung vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert | Die Ergebnisdokumentation erfolgt in Abhängigkeit des zur Anwendung kommenden Gerätes in unterschiedlicher Form. |
| | FEV1+VK | Spirometrie | deutliche Abweichung vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert | Die Ergebnisdokumentation erfolgt in Abhängigkeit des zur Anwendung kommenden Gerätes in unterschiedlicher Form. |

| Schädigungsbereich | Muster 61 | Funktionstest | Interpretation | Dokumentation & Bezugsweg |
|---|---|---|---|---|
| | NYHA | New York Heart Association | NYHA I (asymptomatisch), NYHA II (leicht), NYHA III (mittelschwer), NYHA IV (schwer) | keine Angaben |
| Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen | TUG und Chair-Rise | Timed „Up & Go“ in Verbindung mit Chair-Rise | **TUG**: ≤ 10 Sekunden: Alltagsmobilität uneingeschränkt, 11 bis 19 Sekunden: geringe Mobilitätseinschränkung, i.d.R. noch ohne Alltagsrelevanz, 20 bis 29 Sekunden: abklärungsbedürftige, funktionell relevante Mobilitätseinschränkung, ≥ 30 Sekunden: ausgeprägte Mobilitätseinschränkung, i.d.R. Interventions- / Hilfsmittelbedarf<br>**Chair-Rise**: Werte über 12 Sekunden: erhöhte Sturzgefahr | TUG:<br>https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/tug.pdf<br>Chair-Rise:<br>https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/chair-stand%20up.pdf |
| | DEMMI | de Morton Mobilitäts Index | Höhere Scores bedeuten einen höheren Mobilitätsgrad. Der geringste klinisch relevante Unterschied wird mit 10 Punkten angegeben. | https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/assessment_demmi.pdf |
| | Tinetti | Motilitätstest nach Tinetti | unter 20 Punkten: erhöhtes Sturzrisiko, unter 15 Punkte: deutlich erhöhtes Sturzrisiko | https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/tinetti-test.pdf |
| | Handkraft | Handkraft in kPa | deutliche Abweichung vom alters- und geschlechtsspezifischen Normwert; deutliche Seitendifferenz | https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/handkraft.pdf |

**Anlage II Liste der geriatrietypischen Diagnosen zu Punkt ❸**

Entnommen ist diese Liste aus den Tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA zur Änderung der Rehabilitations-Richtlinie vom 16.12.2021 (BAnz AT 16.02.2022 B3).

Geriatrietypisch sind insbesondere folgende Erkrankungen:

- Demenz und leichte kognitive Störungen F00-03, F06.7
- Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt F05.-
- Sehstörung, Blindheit und Sehbeeinträchtigung H53.-, H54.-
- Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörungen H90.-
- Depressive Episoden und anhaltende affektive Störungen F32.-, F34.
- Andere Angststörung F41.-
- Dekubitalgeschwür und Druckzone L89.-
- Ulcus cruris L97
- Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz R52.1
- Sonstiger chronischer Schmerz R52.2
- Sensibilitätsstörungen der Haut R20.-
- Harninkontinenz R32
- Sturzneigung R29.6
- Schwindel und Taumel R42
- Fehl- und Mangelernährung R63.6
- Dysphagie R13.-
- Senilität R54 (Frailty-Syndrom)
- Muskelschwund und -atrophie M62.5- (Sarkopenie)
- Immobilität R26.3 (Angewiesensein auf (Kranken-)Stuhl, Bettlägerigkeit)
- Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes E87.8