

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

der **GKV-Spitzenverband**  
**(Spitzenverband Bund der Krankenkassen)**, K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

**25. Änderung**  
**der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-**  
**Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken**  
**für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014**  
**(Anlage 2a BMV-Ä)**

## Artikel 1

1. In der Übersicht in Kapitel 1.4 wird der Eintrag zu Muster 61Da/E angepasst:

<b>Nr.</b>	<b>Formularname</b>	<b>Bemerkungen</b>	<b>Bfb-version</b>	<b>Barcode-Typ</b>
„Muster 61Da/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Original für die Krankenkasse	Ja	0“

2. In der Übersicht in Kapitel 1.4 werden die Einträge zu Muster 61Ea/E und 61Eb/E eingefügt:

<b>Nr.</b>	<b>Formularname</b>	<b>Bemerkungen</b>	<b>Bfb-version</b>	<b>Barcode-Typ</b>
„Muster 61Ea/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Original für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 61Eb/E	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt	Ja	0“

3. In der Übersicht in Kapitel 1.4 werden die Einträge zu Muster 63 angepasst:

<b>Nr.</b>	<b>Formularname</b>	<b>Bemerkungen</b>	<b>Bfb-version</b>	<b>Barcode-Typ</b>
„Muster 63a.1/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für die Krankenkasse	Ja	1
Muster 63a.2/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für die Krankenkasse	Ja	0
Muster 63b/E	Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)	Für den spezialisierten Leistungserbringer	Ja	1

<i>Muster 63c/E</i>	<i>Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</i>	<i>Für den spezialisierten Leistungserbringer – der Abrechnung beizufügen</i>	<i>Ja</i>	<i>1</i>
<i>Muster 63d/E</i>	<i>Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV)</i>	<i>Ausfertigung für den verordnenden Arzt</i>	<i>Ja</i>	<i>1“</i>

**4. Die Nummer 2.56 wird angepasst:**

***„2.56 Muster 56/E: Antrag auf Kostenübernahme von Rehabilitationssport / Funktionstraining  
(Stand: 01.2023)“***

**5. In den Nummern 2.56.6 und 2.56.7 werden die Abbildungen wie folgt geändert:**

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

**Antrag auf Kostenübernahme**

56

**für Rehabilitationssport**

**für Funktionstraining**

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

**Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining**

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

**Empfohlene Rehabilitationssportart**

- Gymnastik (auch im Wasser)     Schwimmen     Ausdauer- und Kraftausdauerübungen  
 Bewegungsspiele     Sonstige \_\_\_\_\_

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

**Rehabilitationssport** ist notwendig für

- 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)  
 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

Asthma bronchiale	Morbus Parkinson
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)	Multipler Sklerose
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	Muskeldystrophie
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Niereninsuffizienz, terminal
Doppelamputation	Organische Hirnschädigung
Epilepsie, therapieresistent	Polyneuropathie
Infantile Zerebralparese	Querschnittlähmung, schwere Lähmung
Intelligenzminderung, mittelgradig	
Morbus Bechterew	andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)

28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

**Empfohlene Funktionstrainingsarten**

- Trockengymnastik  
 Wassergymnastik

**Funktionstraining** ist notwendig für

- 12 Monate (Richtwert)  
 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

Fibromyalgie-Syndrom
Kollagenosen
Morbus Bechterew
Osteoporose
Polyarthrosen, schwer
Psoriasis-Arthritis
Rheumatoide Arthritis

**Längere Leistungsdauer**, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

24 Monate (Richtwert)

**Folgeverordnung mit Begründung**, warum erlernte Übungen nicht oder noch nicht selbstständig durchgeführt werden können

## 2.56.7 Muster 56.2/E

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

**Rehabilitationssport** ist notwendig für  Herzgruppe  Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)

**Erstverordnung** 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

**Folgeverordnung** 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

nur bei Belastungsgrenze < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist

**Kinderherzgruppen** 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

**Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten** (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)

<b>Rehabilitationssport</b>	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x
-----------------------------	---

<b>Funktionstraining</b> als Trockengymnastik	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x
<b>Funktionstraining</b> als Wassergymnastik	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x

Begründung bei insgesamt 3x

---

**Abweichung von oben genannten Richtwerten**

\_\_\_\_\_ Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Datum \_\_\_\_\_

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

---

**Antrag auf Kostenübernahme**

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden  
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

---

Ich nehme am Rehabilitationssport/  
Funktionstraining bereits teil seit (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Versicherten

---

**Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse**

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

<b>Rehabilitationssports</b>	<input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten / 18 Monate
<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 36 Monate	<input type="checkbox"/> Herz- gruppe <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz- gruppe
<input type="checkbox"/> 90 Übungseinheiten / 24 Monate	<input type="checkbox"/> 90 Übungseinheiten / 24 Monate
<input type="checkbox"/> 45 Übungseinheiten / 12 Monate	<input type="checkbox"/> 45 Übungseinheiten / 12 Monate
<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)	<input type="checkbox"/> 120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)
<input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins	<input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins
_____ Übungseinheiten	_____ Monate

<b>Funktionstrainings</b>	<input type="checkbox"/> 12 Monate
<input type="checkbox"/> 24 Monate	<input type="checkbox"/> 24 Monate
_____ Monate	_____ Monate

Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen

1x  2x  3x

für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ längstens bis \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRFNr. Muster 56.2/E (1.2023)

Original: DIN A4 hoch

## **Artikel 2**

### **Inkrafttreten**

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.01.2023 in Kraft.

Berlin, den 15.12.2022

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin