

## Antrag auf Kostenübernahme

46

 für Rehabilitationssport für Funktionstraining

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

## Antragsvorstellung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungsrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

**muss ausgefüllt sein**Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM

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

**muss ausgefüllt sein**

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

**muss ausgefüllt sein** 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
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben
Chronisch-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen
Doppelamputation
Epilepsie, therapieresistent
Infantile Zerebralparese
Intelligenzminderung, mittelgradig
Morbus Bechterew

Morbus Parkinson
Mukoviszidose
Multipler Sklerose
Muskeldystrophie
Niereninsuffizienz, terminal
Organische Hirnschädigung
Polyneuropathie
Querschnittslähmung, schwere Lähmung

andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)

## 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

**Muster**

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

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

24 Monate (Richtwert)



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

Überwachung des Trainingserfolgs, Anleitung weiterhin erforderlich  
**bei Folgeverordnung** z.B.

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

- Rehabilitationssport** erforderlich für  Herzgruppe  Herzgruppe (bei ...  Herzgruppe kardiovaskulären Risiko)
- 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)**

**Rehabilitationssport**

- 1x  2x  3x

**Funktionstraining**

als Trockengymnastik

- 1x  2x  3x

**Funktionstraining**

als Wassergymnastik

- 1x  2x  3x

Begründung bei insgesamt 3x

# Muster

weichung von oben genannten Richtwerten

Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Datum

31.01.25

P

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

**Antrag auf Kostenübernahme**

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

3SV- Ziebental

- Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit (Monat/Jahr)

ggf.

Datum

Unterschrift des Versicherten

**Kostenübernahmeverklärung der Krankenkasse**

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

**Rehabilitationssports**

50 Übungseinheiten / 18 Monate

120 Übungseinheiten / 36 Monate

Herzgruppe  Herzinsuffizienzgruppe

90 Übungseinheiten / 24 Monate

45 Übungseinheiten / 12 Monate

120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)

28 Übungseinheiten zur Stärkung des Selbstbewusstseins

Übungseinheiten

**Funktionstrainings**

12 Monate

24 Monate

Monate

Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen

- 1x  2x  3x



für den Zeitraum vom

längstens bis

**nur bei Erstverordnung** Datum

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

**Ansonsten Folgeverordnung**

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

PRFN.R. Y/9/2307/36/210  
Muster 56.2/E (1.2023)

