

Leitfaden für eine reibungslose Abrechnung mit Kostenträger der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Formularsatz G0850 + G0851

Mit dem folgenden Plan können Sie Fehler bei der Abrechnung umgehen und sich über einen reibungslosen Ablauf freuen.

Die Abrechnungsunterlagen dürfen **NICHT** mit Büroklammern oder Bürotackern zusammengeheftet werden.

Bitte kein Tipp-Ex verwenden, da die Unterlagen intern bei DRV´s eingescannt werden.

Folgende Reihenfolge ist zu beachten:

- Listenartige Aufstellung
- Rechnung
- Verordnung (G0850): Ausfertigung „Zur Vorlage bei der Rehabilitationssportgruppe“
Seite 5 von 5 / Stand 07.05.2021
- Teilnahmebestätigung (G0851): „Abrechnungsformular für die
Rehabilitationssportgruppe“ / Stand 05.12.2017

Die Abrechnung erfolgt mit den Originalunterlagen, keine Kopien und diese werden postalisch an die jeweilige Deutsche Rentenversicherungsträger geschickt.

Der Teilnehmende erhält von der Rehabilitationseinrichtung (Reha-Klinik) die Verordnung (G0850) und die dazugehörige Teilnahmebestätigung (G0851).

Mit dieser Verordnung für Rehabilitationssport kann der Teilnehmende direkt mit dem Rehasport im Verein beginnen, da diese Verordnung bereits als Kostenzusage gilt.

Ausfertigung für die Versicherte / den Versicherten (Gilt als Kostenzusage)															
1	Zuständiger Rentenversicherungsträger:  Deutsche Rentenversicherung														
2	<table border="1"><tr><td>Versicherungsnummer</td><td>Kennzeichen (soweit bekannt)</td><td>Zur Vorlage bei der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> G0850	Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	Zur Vorlage bei der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe											
Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	Zur Vorlage bei der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe													
Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining															
Hinweise für die Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe Nach Durchführung des Rehabilitationssports beziehungsweise Funktionstrainings leitet die Sportgruppe Seite 5 und das Abrechnungsformular G0851 direkt oder über ihren örtlichen Landesverband an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiter. Dabei ist darauf zu achten, dass die Versicherte / der Versicherte die Teilnahme am Rehabilitationssport beziehungsweise Funktionstraining bestätigt.															
3	<table border="1"><tr><td>Versicherter (Name, Vorname)</td><td>Geburtsdatum</td></tr><tr><td colspan="2">Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort</td></tr></table>	Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum	Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort											
Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum														
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort															
4	Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis in (Rehabilitationseinrichtung)														
Die nachfolgende Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn mit dem Rehabilitationssport / Funktionstraining nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.															
5	1 Diagnose														
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung															
2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining (Bitte entweder unter Ziffer 2.1 oder 2.2 ankreuzen)															
6	<table border="1"><tr><td>2.1 Art des Rehabilitationssports:</td><td>2.2 Art des Funktionstrainings:</td></tr><tr><td>☐ Rehabilitationssport</td><td>☐ Trockengymnastik und / oder ☐ Wassergymnastik</td></tr><tr><td>☐ Rehabilitationssport im Wasser</td><td>Spezifizierung der Diagnose:</td></tr><tr><td>☐ Rehabilitationssport in Herzgruppen</td><td>☐ Rheumatoide Arthritis</td></tr><tr><td>☐ Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen</td><td>☐ Morbus Bechterew</td></tr><tr><td>☐ Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:</td><td>☐ Arthrose</td></tr><tr><td></td><td>☐ Sonstige:</td></tr></table>	2.1 Art des Rehabilitationssports:	2.2 Art des Funktionstrainings:	☐ Rehabilitationssport	☐ Trockengymnastik und / oder ☐ Wassergymnastik	☐ Rehabilitationssport im Wasser	Spezifizierung der Diagnose:	☐ Rehabilitationssport in Herzgruppen	☐ Rheumatoide Arthritis	☐ Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen	☐ Morbus Bechterew	☐ Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	☐ Arthrose		☐ Sonstige:
2.1 Art des Rehabilitationssports:	2.2 Art des Funktionstrainings:														
☐ Rehabilitationssport	☐ Trockengymnastik und / oder ☐ Wassergymnastik														
☐ Rehabilitationssport im Wasser	Spezifizierung der Diagnose:														
☐ Rehabilitationssport in Herzgruppen	☐ Rheumatoide Arthritis														
☐ Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen	☐ Morbus Bechterew														
☐ Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	☐ Arthrose														
	☐ Sonstige:														
8	<table border="1"><tr><td>Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen und Herzinsuffizienzgruppen unbedingt angeben!)</td><td>unter Beta-Blocker</td></tr><tr><td>Watt max , HF max / Min., RR max mm Hg, Trainingspuls / Min.</td><td>☐ nein ☐ ja</td></tr></table>	Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen und Herzinsuffizienzgruppen unbedingt angeben!)	unter Beta-Blocker	Watt max , HF max / Min., RR max mm Hg, Trainingspuls / Min.	☐ nein ☐ ja										
Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen und Herzinsuffizienzgruppen unbedingt angeben!)	unter Beta-Blocker														
Watt max , HF max / Min., RR max mm Hg, Trainingspuls / Min.	☐ nein ☐ ja														
3 Weitere Angaben für die Verordnung															
9	3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate ☐ Monate														
Hinweis: Die Verordnungsdauer beträgt in der Regel 6 Monate. Bei einer Verordnung von mehr als 6 Monaten bis längstens 12 Monaten ist eine ausführliche Begründung erforderlich.															
10	3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen: (bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung maximal 3 je Woche, soweit die Häufigkeit angeboten wird)														
<table border="1"><tr><td>Rehabilitationssport wöchentlich</td><td>Trockengymnastik wöchentlich</td><td>Wassergymnastik wöchentlich</td></tr><tr><td>☐ 1 mal ☐ 2 mal</td><td>☐ 1 mal ☐ 2 mal</td><td>☐ 1 mal ☐ 2 mal</td></tr></table>		Rehabilitationssport wöchentlich	Trockengymnastik wöchentlich	Wassergymnastik wöchentlich	☐ 1 mal ☐ 2 mal	☐ 1 mal ☐ 2 mal	☐ 1 mal ☐ 2 mal								
Rehabilitationssport wöchentlich	Trockengymnastik wöchentlich	Wassergymnastik wöchentlich													
☐ 1 mal ☐ 2 mal	☐ 1 mal ☐ 2 mal	☐ 1 mal ☐ 2 mal													
Das Informationsschreiben G0852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.															
12	Ort, Datum														
Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)															



Bei Abrechnungen über die **Deutsche Rentenversicherung** (DRV) ist folgendes zu beachten:

1. Angabe vom zuständigen Rentenversicherungsträger (z.B. DRV Bund, DRV Hessen, DRV Westfalen, usw....)
2. Versichertennummer
Die Versichertennummer der Deutschen Rentenversicherung besteht aus 11 Zahlen und ein Buchstabe. Die ersten zwei Zahlen stehen für den Rentenversicherungsträger. Dann folgen das Geburtsdatum und der Anfangsbuchstabe des Geburtsnamens. Die beiden nächsten Ziffern stehen für das Geschlecht und die letzte Nummer ist die Prüfziffer.
3. Vollständige Daten des Mitglieds
4. Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom – bis.
(Aufenthalt/Zeitraum in der Reha-Klinik)
Wichtig: Nach Entlassungsdatum aus der medizinischen Rehaklinik muss innerhalb von 3 Monaten mit dem Rehasport begonnen werden, ansonsten verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.
5. verordnungsrelevante Diagnose
Die Einteilung der Teilnehmenden erfolgt aufgrund der indikationsgerechten Diagnose
6. Kreuz nur bei Punkt 2.1 – Art des Rehabilitationssports
z. B. Rehabilitationssport oder Rehabilitationssport im Wasser
7. Kein Kreuz bei Trockengymnastik oder Wassergymnastik
dies gehört zum Funktionstraining
(die Mitgliedsvereine des HBRS bieten kein Funktionstraining an)
8. Ergometrie: dies wird nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen eingetragen
9. Zeitliche Dauer: in der Regel wird die Verordnung für 6 Monate verordnet, kann aber auch abweichen. Es kann z. B. nur für 1 Monat verordnet werden
Der Zeitraum beginnt mit der ersten Teilnahme
10. Falls die Verordnung von mehr als 6 Monate bis längstens 12 Monate verordnet wird, dann ist die ausführliche Begründung erforderlich
11. Anzahl der Übungsveranstaltungen
➔ Kreuz nur bei Rehabilitationssport 1x oder 2x
➔ Kein Kreuz bei Trockengymnastik und Wassergymnastik
12. Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes /der Ärztin der Rehabilitationseinrichtung (Rehaklinik)

Wichtig:

Eine Zwischenabrechnung bzw. Vereinswechsel ist **nicht möglich**, sondern erst nach Ablauf der Gültigkeit. Bei Abbruch bitte auf der Teilnahmebestätigung vermerken.

Bitte bei Annahme der Abrechnungsunterlagen auf der Verordnung G0850 die Angabe zuständiger Rentenversicherungsträger (z.B. DRV Bund / DRV Hessen usw.) und die Leistung zur medizinischen Rehabilitation von – bis (wie lange der Teilnehmende in der Reha-Klinik war) kontrollieren. Mit dem Rehasport kann erst nach dem Entlass-Datum aus der Reha-Klinik begonnen werden. Nach Auskunft der Deutschen Rentenversicherung werden die Verordnungen in letzter Zeit von den Reha-Kliniken bereits ca. 2 Wochen vorher ausgestellt und wenn die Reha-Maßnahme verlängert wird, dann steht ein falsches Entlass-Datum auf der Verordnung. Teilnahmen die während der Reha-Maßnahme begonnen werden, werden von DRV gekürzt und nicht bezahlt.

Falls die Verordnung Fehlerhaft sein sollte, muss von der Rehaklinik eine neue korrigierte Verordnung ausgestellt werden, da ansonsten keine Kostenerstattung seitens DRV erfolgt.

Sollte die Teilnahmebestätigung G0851 nicht vorliegen, dann können Sie diese auf der Homepage der DRV (weiter unten aufgeführt) herunterladen.

Auf der **Teilnahmebestätigung (G0851)** müssen folgende Angaben erfolgen:

1 Versicherungsnummer Kennzeichen (soweit bekannt)

2 MSAT / MSNR **Zuständiger Rentenversicherungsträger:**

3 **Abrechnungsbildung für die Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe** **G0851**

4 Name und Anschrift der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe

Name, Vorname Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:
(Die Art des **Rehabilitationssports** oder des **Funktionstrainings** ist jeweils anzugeben.)
Eine Unterschrift der Versicherten / des Versicherten auf Seite 3 ist ausreichend, sofern regionale Absprachen / Regelungen dies zulassen.

Lfd. Nr.	Art	Datum	Unterschrift	Lfd. Nr.	Art	Datum	Unterschrift
1	5	6	7	15			
2				16			
3				17			
4				18			
5				19			
6				20			
7				21			
8				22			
9				23			
10				24			
11				25			
12				26			
13				27			
14				28			



1 Versicherungsnummer Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

2 **Zuständiger Rentenversicherungsträger:**

8 **Bestätigung der Versicherten / des Versicherten**
Ich bestätige, dass ich an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen habe.

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten

9 **Bestätigung der Rehabilitationssportgruppe beziehungsweise der Funktionstrainingsgruppe**
Es wird bestätigt, dass die Versicherte / der Versicherte an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

Datum, Unterschrift, Name und Ort der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe, Stempel

10 **Abrechnung (Es werden nur Leistungen vergütet, denen eine ärztliche Verordnung zugrunde liegt)**

Rehabilitationssport in Herzgruppen:	Anzahl der Übungsveranstaltungen	vereinbarter Vergütungssatz	Betrag in EUR
Rehabilitationssport im Wasser:	X	vereinbarter Vergütungssatz	= Betrag in EUR
Sonstiger Rehabilitationssport:	X	vereinbarter Vergütungssatz	= Betrag in EUR
Funktionstraining: Trockengymnastik	X	vereinbarter Vergütungssatz	= Betrag in EUR
Funktionstraining: Wassergymnastik	X	vereinbarter Vergütungssatz	= Betrag in EUR
regional vereinbartes Angebot (zum Beispiel gesundheitsbildende Maßnahmen, spezielle Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen)	X	vereinbarter Vergütungssatz	= Betrag in EUR
Gesamtobetrag =			EUR

11 Institutionskennzeichen (IK-Nummer) Angebotsnummer (soweit vorhanden)

12 Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:
IBAN (International Bank Account Number)
D E
Geldinstitut (Name, Ort)
Kontoinhaber / Kontoinhaber

Rechnungsnummer Rechnung vom

13 **Bitte unbedingt angeben:**
Die ärztliche Verordnung (Kostenzusage G0850 - Seite 5) ist beigelegt.

Datum, Unterschrift, Stempel der abrechnenden Stelle



1. Vollständige Angabe der Versichertennummer des Teilnehmenden
2. Zuständiger Rentenversicherungsträger z. B. DRV Bund
3. Name und Anschrift des Vereins
4. Vollständige Daten des Teilnehmenden
Vorname, Nachname usw.
5. Art des Rehasports z. B.
RS für sonstiger Rehasport
RW für Rehasport im Wasser
HS für Herzsport usw.
6. Teilnahmedatum chronologisch
7. Jede einzelne Teilnahme muss vom Teilnehmenden unterschrieben werden
8. Unterschrift des Versicherten, nur diese Unterschrift reicht nicht aus
unter Punkt 7 muss jede Teilnahme unterschrieben sein
9. Datum, Stempel des Vereins und Unterschrift des Übungsleitenden
10. Punkt Abrechnung muss ausgefüllt werden
z. B. sonstiger Rehasport
5 Teilnahmen aus dem Jahr 2024 für Einzelvergütungssatz 6,67 €
2 Teilnahmen aus dem Jahr 2025 für Einzelvergütungssatz 6,96 €
 $5 \times 6,67 \text{ €} = 33,35 \text{ €}$ und $2 \times 6,96 \text{ €} = 13,92 \text{ €}$
Gesamtbetrag: 47,27 €
11. Institutionskennzeichen (IK-Nummer) des Vereins
12. Bankverbindung des Vereins
13. Datum, Unterschrift, Stempel des Vereins

Wichtig:

Eine Zwischenabrechnung bzw. Vereinswechsel ist **nicht möglich**, sondern erst nach Ablauf der Gültigkeit. Bei Abbruch bitte auf der Teilnahmebestätigung vermerken.

Maßgeblich für die Abrechnung der genannten Vergütungssätze ist der Zeitpunkt der Leistungserbringung. Der Leistungserbringer (Verein) rechnet halbjährlich die abgeschlossenen Fälle (nach Ablauf der Gültigkeit) in listenartiger Aufstellung mit den Trägern der Deutschen Rentenversicherung ab.

Die Abrechnung von Leistungen / Teilnahmen, die für die Deutsche Rentenversicherung erbracht wurden, erfolgt ausschließlich unmittelbar mit der Deutschen Rentenversicherung. Eine Inanspruchnahme von externen, privatrechtlich organisierten Abrechnungsunternehmen ist nicht zulässig.

Unter diesem Link sind weiteren Infos enthalten:

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Anbieter/reha_sport_funktionstraining/reha_sport_funktionstraining.html

oder <https://www.deutsche-rentenversicherung.de/> unter dem Pfad „Experten / Infos für Reha-Anbieter / Rehabilitationssport und Funktionstraining“

Unter diesem Link sind die Anschriften der jeweiligen Deutschen Rentenversicherungsträgern aufgelistet und werden von DRV bei Bedarf aktualisiert.

[Anschriften-Übersicht | Deutsche Rentenversicherung](#)

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Beratung-und-Kontakt/Kontakt/Anschriften-Uebersicht/anschriften-uebersicht_node.html

Muster Rechnung:

Briefpapier vom Verein

Anschrift der jeweiligen DRV

Rechnungsnummer:

Rechnungsdatum:

IK-Nummer des Vereins:

Abrechnung für den Zeitraum vom _____ bis _____

Gemäß beiliegenden Teilnahmebestätigung (en) stellen wir Ihnen folgende Rehasport-Leistungen in Rechnung:

Vorname und Nachname des Teilnehmenden

Versichertennummer des Teilnehmenden

Teilnahme an (Gesamtzahl der teilgenommen Teilnahmen z. B. 7 Teilnahmen) am Rehasport:

Beispiel:

5 Teilnahmen aus dem Jahr 2024 für Einzelvergütungssatz 6,67 €

2 Teilnahmen aus dem Jahr 2025 für Einzelvergütungssatz 6,96 €

$5 \times 6,67 \text{ €} = 33,35 \text{ €}$

$2 \times 6,96 \text{ €} = 13,92 \text{ €}$

Gesamtbetrag: 47,27 €

Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag unter Angabe der

Rechnungsnummer auf das Konto:

Kontodaten des Vereins.

Listenartige Aufstellung Beispiel:

Eine listenartige Aufstellung kann als zusammenfassende Darstellung der jeweils beigefügten Formulare (Verordnung G0850 und Teilnahmebestätigung G0851 bei der DRV) dienen. Aus unserer Sicht empfiehlt sich sinnvollerweise alle für die Abrechnung grundsätzlich relevanten Daten hier aufzulisten.

Insbesondere sind dies folgende:

- IK des abrechnenden Vereins
- Vereinsname
- Rentenversicherungsnummer des Teilnehmenden
- Vorname, Nachname, Geburtsdatum
- Datum erste bis letzte absolvierte Einheit / Teilnahme der Verordnung
- Gesamt-Anzahl der absolvierten Einheiten (*nicht die Daten*)
- Abrechnungspositionsnummer
- Vergütungssatz
- Gesamtsumme der geforderten Vergütung je Versicherten

Die Listenzeilen könnten dann folgendermaßen aussehen:

IK-Nummer: _____ – Vereinsname _____

Vorname, Name, Geb.Datum	Vers.-Nr.	Zeitraum vom-bis	Anzahl Teilnahmen	Vergütungssatz	Gesamtbetrag
Max Mustermann Geb. 01.01.1950	12010150M530	01.08.2024- 20.01.2025	5 x	6,67 €	33,35 €
			2 x	6,96 €	13,92 €
					47,27 €
Erika Mustermann Geb. 04.04.1950	12040450M520	01.10.2024- 20.03.2025	2 x	6,67 €	13,34 €
			6 x	6,96 €	41,76 €
					55,10 €

Bitte beachten:

Diese Aufstellung und die dazugehörigen Abrechnungsunterlagen werden an die jeweiligen Rentenversicherungsträger (siehe Link Adressen DRV's) geschickt, z. B.

5 Abrechnungen für DRV Bund

-> diese gehen an die Adresse von DRV Bund

10 Abrechnungen für DRV Hessen

-> diese gehen an die Adresse von DRV Hessen

1 Abrechnung für DRV Bayern

-> diese geht an die Adresse von DRV Bayern