

Leitfaden für eine reibungsslose Abrechnung

Eine aktuelle Auswertung aus unserem Abrechnungszentrum zeigt, dass es im Bereich Rehasport häufig noch zu Rückläufern oder Zeitverzögerungen kommt, die vermieden werden könnten.

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

Im Rahmen der Umstellung der Abrechnung auf ein neues Computersystem sind wir zeitgleich dazu übergegangen, die Abrechnungsunterlagen digital zu archivieren. Hierfür ist es hilfreich, wenn Sie die Abrechnungsunterlagen **NICHT** mit Büroklammern oder einem Bürotacker zusammenheften.

Bitte **kein Tipp-Ex** verwenden, da bei opta data die Scanner-Anlage beschädigt wird und dadurch Kosten entstehen.

Reihenfolge: Verordnung und dahinter Teilnahmebestätigung.

Achtung: Verordnungen (Muster 56 / G0850 / BG F2406) werden von den behandelnden Ärzten oder der Reha-Kliniken ausgestellt. Diese werden i. R. den Ärzten elektronisch zur Verfügung gestellt. Falls diese dem Arzt nicht vorliegt, muss dies von Ihm bestellt werden. Vom HBRS werden keine Verordnungsvordrucke verschickt.

In diesem Leitfaden wurde der ältere Vordruck der Verordnung hinterlegt, da dieser noch gültig ist. Die Mustererläuterung für den **neuen Vordruck Muster 56 (Stand 01.2023 / verpflichtend ab 01.07.2023)** ist extra im Downloadbereich unserer Homepage hinterlegt.

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 13.03.2018**

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Verbindliches Muster

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(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

Empfohlene Rehabilitationssportart

- Gymnastik (auch im Wasser) Schwimmen Leichtathletik
- Bewegungsspiele Sonstige
- Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

- 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)
- 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) nur bei
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Morbus Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erworben | <input type="checkbox"/> Mukoviszidose |
| <input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD) | <input type="checkbox"/> Multipler Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Doppelamputation | <input type="checkbox"/> Muskeldystrophie |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent | <input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz, terminal |
| <input type="checkbox"/> Glasknochen | <input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung |
| <input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie |
| <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom | <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie) |
| <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew | |

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

Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

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

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

24 Monate (Richtwert)

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen

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-Syndrome
- Kollagenosen
- Morbus Bechterew
- Osteoporose
- Polyarthrosen, schwer
- Psoriasis-Arthritis
- Rheumatoide Arthritis

7

Rehabilitationssport in Herzgruppen ist notwendig für

- 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) als Erstverordnung
- 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte) bei weiterer Verordnung nur bei Belastbarkeit < 1,4 Watt/kg Körpergewicht
- 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte) bei Kinderherzgruppen
- Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

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

- 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

8

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining

- 1 mal 2 mal
- 3 mal, Begründung

9

Datum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Antrag auf Kostenübernahme

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

- Ich nehme am Rehabilitationssport/Funktionstraining bereits teil seit

MMJJ

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

10

12

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

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

- Rehabilitationssports** gemäß § 43 Abs.1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 64 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX für

- 50 Übungseinheiten /18 Monate
- 120 Übungseinheiten /36 Monate
- Übungseinheiten
- 90 Übungseinheiten /24 Monate (Herzgruppen)
- 120 Übungseinheiten /24 Monate (Kinderherzgruppen)
- 45 Übungseinheiten /12 Monate (Herzgruppen)

- Funktionstrainings** gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V. m. § 64 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

- Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen
- 1 mal 2 mal 3 mal
- für die Dauer von
- 12 Monaten
 - 24 Monaten
 - Monaten

für den Zeitraum vom TTMMJJ längstens bis TTMMJJ

Datum

TTMMJJ

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

Genehmigungsverzicht:

Siehe Extra-Liste in unserem Downloadbereich

Liste der Kostenträger mit Genehmigungsverzicht (3 Seiten)

Freigabe 13.03.2018

Verbindliches Muster

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

1. Vollständige Angabe der **Versicherungsdaten** des Mitgliedes
2. Angabe bzw. Kreuzchen **nur bei Rehabilitationssport**
3. Angabe der indikationsgerechten Diagnose
(bei neuen Muster-56 Verordnungen ist die Angabe des ICD-Codes verpflichtend)
Falls auf der Verordnung mehrere Diagnosen aus unterschiedlichen Indikationsbereichen (siehe Formblatt AN und ANH) angegeben wurden, sollte der behandelnde Arzt oder der Vereinsarzt genauer erläutern, welche Erkrankung(en) die verordnungsrelevante Diagnose(n) für den Rehasport ist. Dies ist wichtig, um den Versicherten einer festen zur Diagnose passende Gruppe zuordnen zu können. Der Verein muss darauf achten, dass er für die verordnungsrelevante(n) Diagnose(n) **eine Zertifizierung** (Anerkennung) hat. Siehe Auszug DBS-Richtlinie, Seite 5/Punkt 5
Wichtig: Wenn mehrere verordnungsrelevante Diagnosen auf der Verordnung stehen und der Versicherte aufgrund der verordnungsrelevante(n) Diagnose(n) theoretisch mehrerer Gruppen zuzuordnen wäre, muss er sich für eine Gruppe entscheiden. Es ist nicht möglich, mit einer Verordnung an mehreren Gruppen aus unterschiedlichen Indikationsbereichen teilzunehmen. Eine Ausnahme bietet hier die Herzdiagnose, welche immer vorrangig vor allen anderen Diagnosen behandelt werden muss.
4. Rehabilitationssportarten sind Gymnastik (Gymnastik auch im Wasser), Ausdauer- und Kraftausdauerübungen, Schwimmen, Bewegungsspiele in Gruppen, soweit es sich um Übungen handelt, mit denen das Ziel des Rehabilitationssports erreicht werden kann. Training an technischen Geräten und Kampfsportarten sind keine Leistungsinhalte des Rehabilitationssportes, siehe Rahmenvereinbarung §5 + Anlage 4.
5. Der Umfang von Rehabilitationssport ist in der Rahmenvereinbarung festgelegt
 - 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (in der Regel)
 - Bei besonderer Schwere der Erkrankung (im Formular angegeben): 120 Übungseinheiten in 36 Monaten können nur für die angegebenen Diagnosen verordnet werden
 - Längere Leistungsdauer, wenn kognitiven und psychischen Beeinträchtigung vorliegt: 120 Übungseinheiten in 36 Monate
Unter Punkt Schädigung erfolgt vom Arzt die Angabe ob kognitive oder psychischen Beeinträchtigungen vorliegen
Unter diesem Punkt wird z. B. für Psychischen oder bei kognitiven Beeinträchtigungen (bezeichnet eine Beeinträchtigung der Denkleistung, die über das nach Alter und Bildung des Betroffenen Normale hinausgeht, jedoch im Alltag keine wesentliche Behinderung darstellt, kann gelegentlich als beginnende Demenz gedeutet werden. Sie wird im Diagnosesystem ICD-10 unter F06.7 (Leichte kognitive Störung) im Kapitel Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit verschlüsselt) verordnet
6. Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins werden als Bestandteil des Rehabilitationssports in der Regel im Umfang von 28 Übungseinheiten (Richtwert) übernommen. Abweichende Übungseinheiten müssen gesondert aufgeführt werden.
7. Bei vorliegender Herzdiagnose ist laut der Rahmenvereinbarung Rehasport in Herzgruppen vorgesehen
 - 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Erst-Verordnung)
 - 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Folge-Verordnung)
 - 120 Übungseinheiten in 24 Monaten in Kinderherzgruppen.

Beim Rehasport in Herzgruppen ist die ständige Anwesenheit oder Bereitschaft eines/einer betreuenden Arztes/Ärztin oder Rettungskraft während der Übungsveranstaltung erforderlich (siehe DBS-Richtlinie Seite 12 / Punkt 15).

8. Anzahl der Übungsveranstaltung: wöchentliche Anzahl der Teilnahme i. R. 1 bis 2 mal und bei besonderer Begründung höchstens 3 mal die Woche. Dies ist nur die Empfehlung des behandelnden Arztes. Die Abrechnung der Übungseinheit ist einmal pro Tag zulässig. Eine Ausnahme bilden die Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins (RV Ziff. 9.3 oder DBS Richtlinie Seite 7/Punkt 9).

9. **Stempel und Unterschrift des behandelnden Arztes**

10. Angabe von Vereinsnummer und Vereinsname

11. **Unterschrift des Versicherten**

(auf der Verordnung und der Teilnahmebestätigung sollte die Unterschrift identisch sein)

12. Im Abschnitt **Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse:**

- Angabe der bewilligten Übungseinheiten
- Angabe des Bewilligungszeitraums
- Stempel und Unterschrift der zuständigen Krankenkasse

Ausnahme Genehmigungsverzicht -> siehe extra Liste im Downloadbereich

Wir weisen Sie darauf hin, dass eine Teilnahme am Rehabilitationssport aus versicherungstechnischen Gründen nur mit einer gültigen Verordnung (Muster 56 o. G0850) bzw. freiwilligen Mitgliedschaft (Teilnahme an Vereinsangeboten) möglich ist.

Mit dem Rehabilitationssport darf erst nach der Zertifizierung und nach erteilter Genehmigung (Ausnahme Genehmigungsverzicht) begonnen werden.

Genehmigungszeitraum und Anzahl der bewilligten Übungseinheiten sollte nicht überschritten werden.

Bei Erstabrechnung immer Original-Verordnung bzw. Verordnung digitalisiert von der Krankenkasse und bei weiteren Abrechnungen eine Kopie der Verordnung (gut leserlich) eingereicht werden.

Die Teilnahmebestätigung ist immer im Original einzureichen. Auf dieser dürfen keine kopierten bzw. bereits abgerechneten Teilnahmen aufgeführt sein. Ein Vordruck der vertraglich vereinbarten Teilnahmebestätigung (Teil 1 und Teil 2) können Sie sich auf unserer Homepage unter Downloads herunterladen.

Funktionstrainingsarten sind Trockengymnastik und Wassergymnastik. Die Mitgliedsvereine des HBRS bieten kein Funktionstraining an.

Die Abrechnung über die **AOK Bayern** eine Zwischenabrechnung darf frühestens nach 6 Monaten ab Genehmigungsdatum erfolgen.

Bei Abrechnungen über die **Knappschaft** sind Zwischenabrechnungen nur zum 30.6. und 31.12. (Einreichung im Folge-Monat) oder nach Ablauf der Gültigkeit möglich.

Postbeamtenkrankenkassen Angabe, ob Mitglied A oder B versichert, Verordnung nicht genehmigungspflichtig, kein Bewilligungsschreiben

INTERKrankenversicherung (früher Freie Arzt- u. Med. Kasse / FAMK): Vereine müssen bei Einreichung der Abrechnungen den Übungsleiternachweis bzw. ÜL-Lizenz in Kopie beifügen. Die vom HBRS ausgestellte Übungsleiterlizenzkarte im Scheckkartenformat ist für den persönlichen Gebrauch gedacht und gilt nicht als rechtsverbindlicher Nachweis gegenüber Dritten (z.B. Kostenträger etc.), sondern das 2-seitige PDF-Format.

Die Rechnungstellung erfolgt direkt an den Versicherten.

Neues Verordnungsmuster der DGUV ab 01. Januar 2026 verpflichtend.

Die Übergangsfrist war im Zeitraum vom 01.01.2025 – 31.12.2025, siehe Newsletter vom 12.02.2026 und vom 28.01.2025.

- ➔ Dies betrifft nur die **Berufsgenossenschaft (BG)** /
Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV).

Verordnung zur Durchführung von <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Funktionstraining																			
Unfallversicherungsträger	Rehabilitationssport dient dem Aufbau von allgemeiner Kraft, Ausdauer, Koordination und Flexibilität von Menschen mit oder mit drohender Behinderung sowie der Steigerung des Selbstbewusstseins durch sportliche Aktivität (z. B. Gymnastik, Bogenschießen, Rollstuhlsport, Leichtathletik, Schwimmen, etc.). Funktionstraining dient dem Erhalt/der Verbesserung (organbezogener) Belastbarkeit durch gruppenorientierte Übungen auf Basis von Elementen der Physiotherapie und/oder Ergotherapie bei muskuloskeletalen Erkrankungen. MTT ist <u>nicht</u> Bestandteil von Rehabilitationssport und Funktionstraining.																		
Name, Vorname der versicherten Person																			
Geburtsdatum																			
Vollständige Anschrift																			
Telefon-Nr.																			
Beschäftigt als	Unfalltag und ggf. Aktenzeichen des Unfallversicherungsträgers																		
1. Diagnose(n), die den Rehabilitationssport/das Funktionstraining begründen; ggf. relevante Nebendiagnosen																			
a) b) c) d) <input type="checkbox"/> erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)																			
ICD-10																			
<table border="1" style="width:100%"> <tr> <th style="width:50%">Rehabilitationssport</th> <th style="width:50%">Funktionstraining</th> </tr> <tr> <td> 2. Empfohlene Trainingsart <input type="checkbox"/> Gymnastik (auch im Wasser) <input type="checkbox"/> Ausdauer- und Kraftausdauerübungen <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Bewegungsspiele <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich </td> <td> Empfohlene Trainingsart <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und/oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik </td> </tr> <tr> <td> 3. Ziele und Gründe </td> <td> Ziele und Gründe </td> </tr> <tr> <td> 4. Notwendige Dauer <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate Begründung erforderlich: Frequenz <input type="checkbox"/> 1-mal/Woche <input type="checkbox"/> 2-mal/Woche <input type="checkbox"/> 3-mal/Woche Begründung erforderlich: </td> <td> Notwendige Dauer <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate Begründung erforderlich: Frequenz <input type="checkbox"/> 1-mal/Woche <input type="checkbox"/> 2-mal/Woche <input type="checkbox"/> 3-mal/Woche Begründung erforderlich: </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 5. Folgeverordnung Falls ja, Begründung erforderlich: </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 6. Rehabilitationssport/Funktionstraining könnte bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden: Verein, Träger usw., Adresse: </td> </tr> <tr> <td>Datum</td> <td>Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes¹</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Unterschrift</td> </tr> <tr> <td> Hinweis für den Leistungserbringer des Rehabilitationssports/Funktionstrainings: Die Maßnahme darf erst mit Vorliegen der Kostenzusage des UV-Trägers begonnen werden. </td> <td> Kostenzusage des UV-Trägers <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Information folgt Datum: Unterschrift: </td> </tr> </table>		Rehabilitationssport	Funktionstraining	2. Empfohlene Trainingsart <input type="checkbox"/> Gymnastik (auch im Wasser) <input type="checkbox"/> Ausdauer- und Kraftausdauerübungen <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Bewegungsspiele <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich	Empfohlene Trainingsart <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und/oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik	3. Ziele und Gründe	Ziele und Gründe	4. Notwendige Dauer <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate Begründung erforderlich: Frequenz <input type="checkbox"/> 1-mal/Woche <input type="checkbox"/> 2-mal/Woche <input type="checkbox"/> 3-mal/Woche Begründung erforderlich:	Notwendige Dauer <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate Begründung erforderlich: Frequenz <input type="checkbox"/> 1-mal/Woche <input type="checkbox"/> 2-mal/Woche <input type="checkbox"/> 3-mal/Woche Begründung erforderlich:	5. Folgeverordnung Falls ja, Begründung erforderlich:		6. Rehabilitationssport/Funktionstraining könnte bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden: Verein, Träger usw., Adresse:		Datum	Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes¹	Unterschrift		Hinweis für den Leistungserbringer des Rehabilitationssports/Funktionstrainings: Die Maßnahme darf erst mit Vorliegen der Kostenzusage des UV-Trägers begonnen werden.	Kostenzusage des UV-Trägers <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Information folgt Datum: Unterschrift:
Rehabilitationssport	Funktionstraining																		
2. Empfohlene Trainingsart <input type="checkbox"/> Gymnastik (auch im Wasser) <input type="checkbox"/> Ausdauer- und Kraftausdauerübungen <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Bewegungsspiele <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich	Empfohlene Trainingsart <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und/oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik																		
3. Ziele und Gründe	Ziele und Gründe																		
4. Notwendige Dauer <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate Begründung erforderlich: Frequenz <input type="checkbox"/> 1-mal/Woche <input type="checkbox"/> 2-mal/Woche <input type="checkbox"/> 3-mal/Woche Begründung erforderlich:	Notwendige Dauer <input type="checkbox"/> 6 Monate <input type="checkbox"/> 12 Monate Begründung erforderlich: Frequenz <input type="checkbox"/> 1-mal/Woche <input type="checkbox"/> 2-mal/Woche <input type="checkbox"/> 3-mal/Woche Begründung erforderlich:																		
5. Folgeverordnung Falls ja, Begründung erforderlich:																			
6. Rehabilitationssport/Funktionstraining könnte bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden: Verein, Träger usw., Adresse:																			
Datum	Name und Anschrift der Durchgangsärztin/des Durchgangsarztes¹																		
Unterschrift																			
Hinweis für den Leistungserbringer des Rehabilitationssports/Funktionstrainings: Die Maßnahme darf erst mit Vorliegen der Kostenzusage des UV-Trägers begonnen werden.	Kostenzusage des UV-Trägers <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, Information folgt Datum: Unterschrift:																		

¹ oder Handchirurgin/Handchirurg nach § 37 Abs. 3 Ärztevertrag
F 2406 0125 Verordnung Rehasport/Funktionstraining

Dieser Vordruck ist ab dem 01.01.2024 verpflichtend!

Name, Vorname der/des Versicherten	Geburtsdatum	Krankenkasse
Versicherten-Nr.	Verordnungsdauer (von/bis)	
Name des Leistungserbringers	Institutionskennzeichen (IK)	

Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	Rehabilitationssport (RS)										Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden (Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
	Rehabilitationssport (RS)	RS für Kinder	RS im Wasser	RS für Kinder im Wasser	RS schwerbehinderter Menschen	RS schwerbehinderter Kinder	Herzsport	Herzsport für Kinder	RS zur Stärkung des Selbstbewusstseins	RS in Herzrehabilitationsgruppen		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												

Ich bestätige, dass die/der Versicherte an den oben aufgeführten Daten an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

Datum, Unterschrift der/des Übungsleitenden

*) Zutreffenden Baustein bei Gesundheitsbildungsmaßnahmen bitte eintragen: A bis H

Version 1.1/RS/2023-03

Ergänzungsblatt zur Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport bei Abrechnung in Papierform

Name, Vorname der/des Versicherten	Geburtsdatum	Krankenkasse
Versicherten-Nr.	Institutionskennzeichen	

Abrechnung	Zwischenabrechnung Nr. _____	Endabrechnung
<input type="checkbox"/> Rehasport 604503 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Rehasport für Kinder 604511 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Herzsport 604504 (Pos.-Nr.)
<input type="checkbox"/> Rehasport im Wasser 604509 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Rehasport für Kinder im Wasser 604512 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Herzsport für Kinder 604508 (Pos.-Nr.)
<input type="checkbox"/> Rehasport schwerbehinderter Menschen 604507 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Rehasport schwerbehinderter Kinder 604513 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Rehasport für Herzinsuffizienzgruppen 604514 (Pos.-Nr.)
<input type="checkbox"/> Rehasport zur Stärkung des Selbstbewusstseins 604510 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der Übungsveranstaltungen	x	Vergütungssatz	Euro	=	Euro
Anzahl der Übungsveranstaltungen	x	Vergütungssatz	Euro	=	Euro
Anzahl der Übungsveranstaltungen	x	Vergütungssatz	Euro	=	Euro
Anzahl der Übungsveranstaltungen	x	Vergütungssatz	Euro	=	Euro
					Gesamtbetrag

Bei Zwischenabrechnung: Die letzte Abrechnung erfolgte am _____.

Bislang wurden insgesamt _____ Einheiten für die vorliegende Verordnung abgerechnet.

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten.

Es wird bestätigt, dass die Rehabilitationssportgruppe anerkannt ist, die Übungsveranstaltungen von einer qualifizierten Übungsleitung geleitet werden und diese im Besitz einer gültigen Übungsleiter-Qualifikation gemäß Rahmenvereinbarung ist.

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

Rechnung-Nr.:
Leistungserbringergruppen-schlüssel/Vertragskennzeichen
Verordnung vom:
Genehmigung vom:
ggf. Genehmigungskennzeichen:
Gültig bis:

Version 1.1/RS-Abrechnung/2023-03

Auf der **Teilnahmebestätigung** muss folgendes beachtet werden:
(Das Layout der Formulare darf nicht verändert werden. Version 1.1/RS/2023-03)

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Krankenkasse, Versichertennummer des Versicherten
- Angabe Institutionskennzeichen / IK und Name des Leistungserbringer (Vereinsname)
(Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden abgewiesen, siehe Vertrag Ersatzkassen Seite 7 / §9 und Primärkassen Seite 6 / § 9).
- Behandlungsdaten müssen in chronologischer Reihenfolge (mit Jahresangabe) und **lesbar** sein
- Der Teilnehmende muss in jeder Trainingseinheit eigenhändig (persönlich) seine Teilnahme am Rehasport per Unterschrift am Tag und im Übungsraum bestätigen, siehe DBS Richtlinie / Seite 9.
- Unterschrift des Übungsleitenden
- Abschnitt Abrechnung ausfüllen
Zwischenabrechnung oder Endabrechnung ankreuzen
die Formulare sollten richtig ausgefüllt sein und eine deutliche Kennzeichnung enthalten, welche Positionsnummer, **Vergütungssatz** (Splittung der einzelnen Daten, siehe Vergütungsliste auf unserer Homepage im Download), Gesamtpreis und wie viele Teilnahmen abgerechnet werden
(bei den neuen Vordrucken ist dieser Abschnitt auf einem Ergänzungsblatt)
- Angabe zu Kontodaten müssen nicht eingetragen werden, da diese bei der Anerkennung mitgeteilt werden und bei der ARGE hinterlegte IK angegebene Konto verwendet wird.
- Angabe Rechnungs-Nr. und Leistungserbringerschlüssel (LEGS) müssen nicht eingetragen werden, wenn die Abrechnung über HBRS erfolgt.
Freiwillige Angabe.
- Verordnung vom, Genehmigung vom, ggf. Genehmigungszeichen, Gültig bis müssen ausgefüllt werden
- Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers bzw. des Vereins (z. B. Vorsitzender, Ansprechpartner des Vereins)

Eine Teilnahmebestätigung kann nicht über zwei verschiedene Verordnungen bzw. Krankenkassen abgerechnet werden. Für jede Verordnung / Krankenkasse muss eine eigene Teilnahmebestätigung (Teil 1 + Teil 2) ausgestellt werden.

Wir behalten uns vor, grob fehlerhafte Abrechnungen an den Verein unbearbeitet zurückzuschicken.

In letzter Zeit erhalten wir von den Vereinen vermehrt nur ein bis zwei Verordnungen inklusive der dazugehörigen Teilnahmebestätigungen zur Abrechnung. Häufig folgen an den darauffolgenden Tagen weitere Einreichungen. Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass bei jeder einzelnen Einreichung eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 29,00 € zzgl. MwSt. sowie ggf. weitere Gebühren anfallen. Um zusätzliche Kosten zu vermeiden, empfehlen wir daher dringend, Sammelabrechnungen einzureichen – idealerweise mit mindestens 10 bis 15 Belegen pro Abrechnung. Bitte beachten Sie, dass es nicht möglich ist, dass unsere Geschäftsstelle Ihre Verordnungen sammelt, um daraus ein größeres Abrechnungspaket an OptaData zu erstellen. Eine "günstigere" Abrechnung im Verhältnis kann daher nur durch eine gebündelte Einreichung Ihrerseits erfolgen, siehe Newsletter vom 29.10.2025.

Wir danken für Ihr Verständnis und Ihre Mithilfe

Mit freundlichen Grüßen

Ihre HBRS-Geschäftsstelle

Die häufigsten Fehler bei der Einreichung der Abrechnungsunterlagen und der damit verbundene Mehraufwand:

Bei Verordnungen **Muster 56** (Stand 01.2023 / **verpflichtend**) gültig für gesetzliche Krankenkassen oder z.B. Privatversicherte:

1. Fehlende Angabe der indikationsgerechten Diagnose und dazugehörige Diagnoseschlüssel ICD-Code (Pflichtangabe)
2. Fehlende Unterschriften auf den Verordnungen und Teilnahmebestätigungen z.B. des behandelnden Arztes, des Versicherten, des Übungsleitenden
3. Fehlende Bewilligungen von den Krankenkassen (Ausnahme Genehmigungsverzicht) z.B. ungenehmigte Verordnung von Techniker Krankenkasse plus Bewilligungsschreiben -> keine Kostenerstattung durch die Abrechnungsstelle
4. Fehlende Angabe des Institutionskennzeichen (IK-Nummer) des Vereins
5. Falsche Vergütungssätze eingetragen
6. Funktionstraining statt Rehasport verordnet und bewilligt (die Mitgliedsvereine des HBRS bieten kein Funktionstraining an)
7. Längere Leistungsdauer 120 Übungseinheiten in 36 Monaten
Fehlende Angabe zu kognitiven o. psychischen Beeinträchtigung unter Schädigung
8. Annahme der Verordnungen, obwohl der Verein für die angegebene Diagnose keine zertifizierten Gruppen hat

Bei Verordnungen **G0850** (Deutsche Rentenversicherung):

1. Fehlende Angabe Zuständiger Rentenversicherungsträger (z.B. DRV Bund, DRV Hessen, DRV Knappschaft-Bahn-See usw.)
2. Fehlende oder unvollständige Angabe der Versichertennummer von DRV
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. Fehlende Angabe medizinische Rehabilitation von – bis (Kur von – bis, von wann bis wann der Versicherte in der Reha-Klinik war)
4. Fehlende Diagnose und kein Rehasport verordnet
5. Fehlende Arzt-Unterschrift und Stempel der Reha-Klinik
6. Die 3-Monats-Frist wird nicht beachtet (mit dem Rehasport muss innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Reha-Klinik begonnen werden)

Bitte bei Annahme der Abrechnungsunterlagen auf der Verordnung G0850 bitte immer die Angabe des zuständigen Rentenversicherungsträger (z.B. DRV Bund, DRV Hessen usw.) kontrollieren. In letzter Zeit haben wir vermehrt Kürzungen, dass die DRV nicht der Kostenträger der Reha-Maßnahme ist oder Zahlungen von anderen Rentenversicherungen erhalten.

Abrechnungen über die Ersatzkrankenkassen (vdek):

Bitte bei jeder Abrechnung mit den Ersatzkassen das **Institutionskennzeichen (IK-Nummer** des Vereins) **angeben**.

Bitte beachten:

Die neuen Vordrucke der Verordnung **Muster 56** (Stand 1.2023) und die Vordrucke der **Teilnahmebestätigungen Teil 1+Teil 2** (Version 1.1/RS/2023-03) sind verpflichtend.

Besonderheit bei den Abrechnungen von Privatversicherten und Beihilfe

die Liste der Vergütungssätze der Privat-Versicherten finden Sie auf unserer Homepage im Downloadbereich.

Die Abrechnungen der Privat-Versicherten können Sie an den HBRS senden. Wir erstellen dann die Rechnung und senden die kompletten Belege an den Versicherten zu (als Service für die HBRS-Mitgliedsvereine).

Von den Ärzten wird den Privatversicherten entweder auf einem Rezept oder der Verordnung Muster 56 der Rehasport verordnet.

Eine Kostenzusage ist von der Privaten Krankenkasse nicht notwendig. Die Teilnehmende können gleich mit dem Rehasport beginnen.

Die Kosten für den Rehasport werden vorab von den Privatversicherten übernommen.

Wir empfehlen den Vereinen daher vor Beginn des Rehasports die Kosten abzuklären, um spätere Unklarheiten zu vermeiden.

Sollte vom Arzt ein Rezept ausgestellt werden, dann müssen folgende Angaben vorhanden sein:

- Komplette Daten des Versicherten (Vorname, Nachname, Anschrift usw.)
- Diagnose + ICD-Code
- Anzahl der Übungseinheiten (z.B. 50 Übungseinheiten)
- Wöchentliche Anzahl der Übungseinheiten
- Art des Rehasports z.B. Rehasport oder Rehasport im Wasser

Wenn die Versicherten mit dem Rehasport fertig sind und wir die Unterlagen vom Verein erhalten, dann erstellen wir als HBRS an die Privat-Versicherten die Rechnung, diese bezahlen an uns die Rechnungen und wir erstatten das Geld mit der KK-Erstattung an den Verein. Siehe Newsletter vom 07.10.2025.

Auszug vom Newsletter:

Besonderheit bei den Abrechnungen von Privatversicherten und Beihilfe

Wenn ein*eine Privatpatient*in eine ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport erhält, so führt dies, anders als bei gesetzlich versicherten Patient*innen, nicht zu einer direkten Abrechnung zwischen dem Verein und der Krankenkasse oder der Beihilfestelle. Der Vertrag über die Leistung von Kursen für den Rehabilitationssport kommt zwischen dem Verein und den Teilnehmern zustande. Die vollständigen Kosten werden vorab durch den Versicherten übernommen / bezahlt. Danach reichen Sie die Rechnung bei Ihrer Beihilfestelle bzw. privaten Krankenversicherung ein.

Ist eine Leistung weder bei der Beihilfestelle noch bei der privaten Krankenversicherung erstattungsfähig, müssen die Teilnehmer*innen die Kosten des Rehabilitationssports komplett selbst tragen.

Der Verein erhält somit die Kosten für die erbrachte Leistungen unabhängig von der Erstattung durch die Beihilfe oder private Krankenversicherung von dem*der Teilnehmer*in selbst.

Wir empfehlen den Vereinen daher vor Beginn des Rehasports die Kosten abzuklären, um spätere Unklarheiten zu vermeiden.