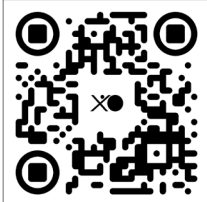


GENEHMIGUNGSVERZICHT

Die aktuellen Vereinbarungen mit den Krankenkassen zum Genehmigungsverzicht finden Sie in unserem Beitrag im RSD-Blog:



Besonderheiten bei der Genehmigung, Umsetzung und Abrechnung von Rehabilitationssport

<https://blog.rehasport-deutschland.de/blog/besonderheiten-bei-der-genehmigung-umsetzung-und-abrechnung-von-rehabilitationssport>

Immer mehr Krankenkassen ziehen nach, aber nicht immer wird eine Vereinbarung abgeschlossen. Insbesondere kleinere Kassen informieren oftmals nur auf ihrer Homepage über den Genehmigungsverzicht.

Die Liste der Krankenkassen mit Genehmigungsverzicht in unserem Blogbeitrag wird fortlaufend aktualisiert.

Der Genehmigungsverzicht gilt für die ärztlichen Verordnungen über Rehabilitationssport (Erst- und Folgeverordnung).

Eine vorherige Kostenübernahmeerklärung ist für den verordneten Zeitraum für diese Krankenkassen nicht mehr erforderlich.

Die Krankenkassen behalten sich jedoch vor, die Abrechnungen im Nachgang zu prüfen und ggf. zu kürzen, z.B. bei Nicht-Vorliegen des Arztstempels oder bei Nicht-Beachtung des vorgegebenen Leistungszeitraums.

Der Leistungszeitraum beginnt mit der Inanspruchnahme der ersten Übungseinheit und richtet sich nach den Richtwerten in Ziffer 4 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.01.2022.

Bei Abweichung von den Richtwerten (Anzahl ÜE) Genehmigung einholen.

Wenn es keine Kostenübernahmeerklärung für Versicherte dieser Krankenkassen gibt, müssen die Rehasportanbieter die Verordnungen (Muster 56) vor dem Beginn des Rehasports sehr genau prüfen, damit es nicht bei der Abrechnung zu Absetzungen kommt.

Die Prüfung umfasst die Vollständigkeit und erkennbare Fehler.

Bei Folgeverordnungen muss die medizinische Begründung des Arztes für die Notwendigkeit zur Fortführung des Rehabilitationssports zwingend auf der Verordnung vermerkt sein.

Der Rehasportanbieter muss insbesondere prüfen, ob der Arztstempel, die Unterschrift des Arztes und das Datum der Ausstellung angegeben ist.

Die Verordnung (Muster 56) muss enthalten:

- Diagnose und v.a. Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen/Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe [Rehabilitationsleistung!]
- Auswahl Sportart (Empfehlung) Gymnastik
- Bei Folgeverordnungen: Begründung durch den Arzt erforderlich!
- Frequenz (Empfehlung) pro Woche (einhalten!)
- Arzt: Stempel, Datum und Unterschrift
- Datum und Unterschrift des Versicherten
- **Achtung** (AOK Baden-Württemberg): Der Leistungszeitraum ist seitens des Leistungserbringers auf dem Muster 56 unter der Rubrik „Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse“ im Feld Zeitraum einzutragen. Mit der Inanspruchnahme von Übungsbehandlungen muss innerhalb von 12 Wochen nach Ausstellungsdatum der Verordnung begonnen werden. Beginnt die Teilnahme nicht innerhalb von 12 Wochen nach Ausstellungsdatum der Verordnung, können die Leistungen nicht vergütet werden.

Mit dem neuen Muster 56 wurde u.a. die Angabe der ICD 10 auf der Verordnung eingeführt. Die Angabe der ICD 10 ist gem. Ziffer 14.2 der Rahmenvereinbarung verpflichtend.

Ziffer 14.2 Rahmenvereinbarung

Die Verordnung muss enthalten:

1. die Diagnose nach ICD-10-GM, ggf. die Nebendiagnosen, soweit sie Berücksichtigung finden müssen oder Einfluss auf die Verordnungsnotwendigkeit haben
2. die Gründe und Ziele, weshalb Rehabilitationssport/Funktionstraining (weiterhin) erforderlich ist; dazu sind auch Angaben über die vorliegenden Funktionseinschränkungen und zur psychischen und physischen Belastbarkeit zu machen
3. die Dauer des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings
4. eine Empfehlung für die Auswahl der für die Behinderung geeigneten Rehabilitationssportart bzw. Funktionstrainingsart, bei Herzgruppen die Empfehlung zur Übungs- oder Trainingsgruppe sowie bei Bedarf die Empfehlung zur Durchführung von Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen und für besondere Inhalte des Rehabilitationssports
5. bei weiteren Verordnungen ergänzend die Gründe, warum der oder die Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen.
6. Bei Verordnungen für schwerstbehinderte Menschen ist der erhöhte Teilhabebedarf anzugeben.