



Techniker Krankenkasse, 20903 Hamburg

**Unternehmenszentrale**

Deutscher Behindertensportverband e.V.  
im Hause der Gold-Kraemer-Stiftung  
Tulpenweg 2-4  
50226 Frechen

[www.tk.de](http://www.tk.de)

Geschäftszeichen  
AVZ

25. April 2018

**EINGEGANGEN**

### **Unser Bewilligungsverfahren ist jetzt noch effizienter**

Guten Tag!

Heute informieren wir Sie über unser verändertes Bewilligungsverfahren.

Ab sofort erhalten eingescannte Verordnungen für Rehasport und Funktionstraining einen digitalen TK-Stempel. Dieser Stempel ist per Signatur verschlüsselt, d. h. er ist unveränderbar und kann nicht reproduziert werden. Unser neues Verfahren garantiert Ihnen somit eine authentische Erklärung.

Sie erhalten heute von uns ein Muster der neuen Kostenübernahmeerklärung.

Der Ausdruck der Erklärung enthält sowohl die eingescannte Unterschrift unserer Mitarbeiterin bzw. unseres Mitarbeiters als auch den TK-Stempel. Diese Erklärung schicken wir per Post zusammen mit dem Bewilligungsschreiben sowie einer Leistungszusage an unsere Versicherten.

Nach wie vor versehen wir eingehende Unterlagen nach dem Scan mit einer elektronischen Signatur. Die Signatur ist dauerhaft überprüfbar und die Aufbewahrung und Archivierung der eingehenden Unterlagen bzw. der sie ersetzenden Scans erfolgt nach gesetzlichen Vorgaben.

Wir freuen uns auf eine noch effizientere Zusammenarbeit.

Freundliche Grüße  
Ihre Techniker Krankenkasse

Techniker Krankenkasse | [www.tk.de](http://www.tk.de)

Vorstand: Dr. Jens Baas (Vorsitzender), Thomas Ballast (stellv. Vorsitzender), Karen Walkenhorst  
Vorsitzende des Verwaltungsrats: Dominik Kruchen, Dieter F. Märtens

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 01.09.2014**

Name, Vorname des Versicherten **Verbindliches Muster** geb. am

Kostenträgerkennung **3113510413** Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

## Antrag auf Kostenübernahme



Digitalisiert von der TK

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  |   |

#### 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

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

**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)

**Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen für Rehabilitationssport/Funktionstraining**

- 1 mal     2 mal
- 3 mal, Begründung \_\_\_\_\_

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztsiegel / 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

Datum

Unterschrift des Versicherten

**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. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX  
für

**Funktionstrainings**  
gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V  
i.V. m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX

50 Übungseinheiten / 18 Monate

Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen

120 Übungseinheiten / 36 Monate

1 mal     2 mal     3 mal

Übungseinheiten

für die Dauer von

90 Übungseinheiten / 24 Monate (Herzgruppen)

12 Monaten

120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)

24 Monaten

45 Übungseinheiten / 12 Monate (Herzgruppen)

Monaten

für den Zeitraum vom         langstens bis

Datum

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

Muster!!!

Freigabe 01.09.2014

Techniker Krankenkasse  
Verbindliches Muster

*Dr. Kerstin W. Müller*

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift