



Name, Vorname des Versicherten

Ergänzung zum Antrag (Formular 56) auf Kostenübernahme für Funktionstraining

Stand: Dezember 2013

Ziel der Therapie von Osteoporose-Betroffenen ist die Vermeidung von (weiteren) osteoporosebedingten Frakturen.

Funktionstraining ist ein wichtiger Baustein der Osteoporosetherapie. Die Verordnung des Funktionstrainings erfolgt z. Zt. für 12 bzw. 24 Monate. Ein neues BSG-Urteil stuft diese generelle zeitliche Begrenzung als rechtswidrig ein. Nach diesem Urteil ist die Betrachtung der individuellen Situation des einzelnen Betroffenen entscheidend hinsichtlich der med. Notwendigkeit für die Dauer der Verordnung von Funktionstraining.

Nach den z. Zt. geltenden DVO-Leitlinien wird als Schwelle für die medikamentöse Behandlung für Osteoporose-Betroffene ein Schenkelhals-Bruchrisiko von mehr als 20% (relative Indikation innerhalb einer 10-Jahresperiode angesehen und bei mehr als 40 % als absolute Indikation. Die Behandlung sollte mindestens 3-5 Jahre dauern.

Der Maßstab des individuellen Schenkelhals-Bruchrisikos eignet sich auch als Kriterium für die Dauer einer Verordnung von Funktionstraining als wichtigen Bestandteil des Behandlungskonzeptes.

- Eine Verordnung von Funktionstraining sollte auf jeden Fall erfolgen, solange der Osteoporosekranke ein > 40%iges 10-Jahres- Schenkelhalsfrakturrisiko (DVO-Leitlinien) hat.
- Bei Vorliegen mehrerer osteoporose-typischer Wirbelkörperfrakturen sollte Funktionstraining mindestens 5 Jahre verordnet werden.
- Beträgt das 10-Jahres-Schenkelhalsfrakturrisiko mindestens 20% (DVO-Leitlinie) und liegen die folgenden klinischen Risikofaktoren zusätzlich vor, so erhöht sich das Gesamtrisiko. Damit ist eine weitere Verordnung von Funktionstraining angezeigt:

1. Periphere Fraktur nach einem Bagateltrauma

2. Anamnese einer osteoporotischen Fraktur der Eltern

3. Erhöhtes Sturzrisiko

- neuromotorische Störungen
- Gleichgewichtsstörungen
- Gang- und Standunsicherheit
- Antiepileptika, Antidepressiva

-2-

1.

4. Gedächtnisschwäche: Kann deshalb die Übungen nicht selbständig durchführen

5. Verschlechterung der Körperstatik

6. Abnahme der Knochenmineraldichte und damit Erhöhung des Frakturrisiko

7. Zusätzliche Erkrankungen, die die Mobilität des Patienten beeinträchtigen:

- rheumatische/degenerative Gelenkerkrankung
- Gehbehinderung
- Sonstiges

8. Auffrischung

Eine Auffrischung der Kenntnisse der Übungen unter fachlicher Kontrolle ist notwendig.

(Datum, Unterschrift, Stempel)

Empfehlung für eine spezifische medikamentöse Osteoporose-Therapie						
ohne WK-Fraktur bei Lebensalter (Jahre)	T-Wert (nur anwendbar auf DXA-Werte)					
Frau	Mann	-2,0 bis -2,5	-2,5 bis -3,0	-3,0 bis -3,5	-3,5 bis -4,0	< -4,0
50-60	60-70	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
60-65	70-75	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
65-70	75-80	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
70-75	80-85	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
> 75	>85	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
mit WK-Fraktur	Ja – Rasche Therapie wichtig, da hohes akutes Folgerisiko für WK-Frakturen!					

1. Bei Vorliegen eines oder mehrerer der folgenden Risikofaktoren wird eine max. um einen T-Wert höher liegende Therapieschwelle empfohlen (d.h. Therapie z.B. ab einem T-Wert von max. -2,5 statt -3,5):
A. periphere Fraktur, B. Schenkelhalsfraktur eines Elternteils, C. Nikotinkonsum, D. multiple Stürze, E. Immobilität
2. In Abhängigkeit von der klinischen Gesamtsituation ist eine um max. einen T - Wert niedriger liegende Therapieschwelle möglich (d.h. Therapie z.B. ab einem T-Wert von max. -3,5 statt -2,5)

Quelle: DVO

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

 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

verordnungrelevante 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

<input type="checkbox"/> Gymnastik (auch im Wasser)	<input type="checkbox"/> Schwimmen	<input type="checkbox"/> Leichtathletik
<input type="checkbox"/> Bewegungsspiele	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich		

Rehabilitationssport ist notwendig für

<input type="checkbox"/> 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten	

Empfohlene Funktionstrainingsarten

<input type="checkbox"/> Trockengymnastik
<input type="checkbox"/> Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

<input type="checkbox"/> 12 Monate (Richtwert)
<input type="checkbox"/> 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität
<input type="checkbox"/> Fibromyalgie-Syndrome
<input type="checkbox"/> Kollagenosen
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew
<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Polyarthrosen, schwer
<input type="checkbox"/> Psoriasis-Arthritis
<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis

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 selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen

Paul Albrechts Verlag, 22952 Lütjensee

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

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / 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

MMJJ

Datum

TTMMJJ

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

- 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. § 44 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

Stempel der Krankenkasse / Unterschrift