

**Wie gründe ich eine orthopädische  
Rehabilitationssportgruppe?**

**Was muss ich bei der Durchführung  
einer orthopädischen  
Rehabilitationssportgruppe beachten?**

**Wie rechne ich mit den Kostenträgern  
ab?**

(Vor-) Überlegungen und Notwendigkeiten  
zur Einrichtung, Durchführung, Abrechnung  
einer Rehabilitationssportgruppe im Verein

# Gründung einer Rehabilitationssportgruppe

## Rehabilitationssport

Der Rehabilitationssport ist eine ergänzende Leistung der Rehabilitation, welche durch die Kostenträger gefördert wird. Mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele wird ganzheitlich versucht, das Rehabilitationsziel zu erreichen und zu sichern.

# Gründung einer Rehabilitationssportgruppe

## Leitung der Rehabilitationssportgruppe

Die orthopädische  
Rehabilitationssportgruppe muss zwingend  
von einem Übungsleiter mit einer gültigen  
Lizenz

***ÜL-B Rehabilitation „Sport bei  
Wirbelsäulenerkrankungen“  
geleitet werden!***

Selbst im Falle einer Vertretung muss der/die  
Vertretende eine gültige Lizenz in dem  
Bereich haben!!!

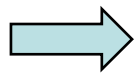


Übungsleiter ausbilden!

# Gründung einer Rehabilitationssportgruppe

## Betreuung der Rehabilitationssportgruppe

Die orthopädische  
Rehabilitationssportgruppe muss zwingend  
***von einem Arzt betreut*** werden! Er ist  
Ansprechpartner für die Teilnehmer und  
sollte über die Arbeit in der orthopädische  
Rehabilitationssportgruppe Bescheid wissen!  
Er **muss** aber während der Übungsstunde  
**nicht anwesend** sein!



Ärzte zur Mitarbeit gewinnen!

# Gründung einer Rehabilitationssportgruppe

## Organisatorische Rahmenbedingungen

Eine orthopädische  
Rehabilitationssportgruppe muss  
**wöchentlich** mit einer Minstdauer von  
**45 Minuten** stattfinden. Es dürfen **maximal**  
**15 Personen** teilnehmen, die in  
angemessenen Räumen trainieren sollen!



Entsprechende Räumlichkeiten  
und Hallenzeiten sichern!

# Gründung einer Rehabilitationssportgruppe

OK!?

2 parallele Schritte

Werbung/  
Bekanntmachu  
ng vor Ort

Anträge  
NTB  
(IK)

# Gründung einer Rehabilitationssportgruppe

## Die Anträge

### Antrag auf Anerkennung von Rehabilitationssport

Eine orthopädische Rehabilitationssportgruppe muss eine **Anerkennung eines Trägerverbandes** haben! Sobald diese Anerkennung seitens des Trägers ausgesprochen wird, wird diese Information monatlich an die Krankenkassen weitergeleitet!



Antrag auf Anerkennung  
Rehabilitationssport an die LTS stellen



# Gründung einer Rehabilitationssportgruppe

## Die Anträge

### Antrag auf Anerkennung von Rehabilitationssport

**Antrag auf Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen**

Bitte zurück an: Landesturnschule Meile  
 Referat Gesundheitssport  
 Postfach 148  
 48302 Meile

Niedersächsischer Turner-Bund

Verein:	NTB-Ver.Nr.:
Kontaktperson:	
Strasse:	PLZ/Ort:
Tele.:	Fax:

**Wir wollen im Rahmen des Rehabilitationssport folgende Gruppen anbieten**  
 (z.B. amokanler Handball, Winterskilauf, Rehabilitationssport für Kinder,  
 Sport bei Gelenk-Verletzungen und Gelenkersatz)  
 -pro Gruppe bitte ein Formular-

**Indikationsstellung / Gruppenbezeichnung**

Übungszeiten Tag/Woche:	Teilnehmerzahl:
----------------------------	-----------------

Informationen zum betreuenden Arzt:

Name:	
Anschrift:	
Ärztliche Berufsbezeichnung / Fachrichtung:	

Informationen zum Kursleiter:

Name:	
Anschrift:	
Qualifikation (bitte Kopie beifügen)	

Die Gruppenmitglieder werden im Rahmen der Jahresbestandsaufnahme des Vereins folgenden  
 Fachverbänden gemeldet:

Niedersächsischer Turner-Bund  
 Behinderten Sportverband Niedersachsen  
 andere Fachverbänden (bitte näher bezeichnen)

Mit diesem Antrag soll gleichzeitig der  
 „Pluspunkt Gesundheit.DTB“ und die Dachmarke „Sport pro Gesundheit“ beantragt werden.  
 Der Verein besätigt mit dem Vereinsstempel und der rechtsverbindlichen Unterschrift die o.g.  
 Angaben und möchte mit diesem Schreiben die Anerkennung „Rehabilitationssport“ beim  
 Niedersächsischen Turner-Bund e.V. beantragen.

Datum: \_\_\_\_\_  
 Stand 06/2002

Vereinsstempel = Rechtsverbindliche Unterschrift des Vorstandes

Antrag vollständig  
ausfüllen, alle  
Anlagen beifügen  
und an die LTS  
senden!

# Gründung einer Rehabilitationssportgruppe

## Die Anträge

### Beantragung eines Institutionskennzeichen

Wenn man mit den Kostenträgern abrechnen möchte, dann benötigt der Leistungserbringer (Verein) ein **Institutionskennzeichen** (IK)! Hierunter werden die Daten des Vereins und dessen Bankverbindung erfasst! **Pro Verein** reicht **ein IK** aus! Bitte bei der Abrechnung stets angeben



Antrag auf Vergabe eines  
Institutionskennzeichens

# Gründung einer Rehabilitationssportgruppe

## Die Anträge

### Beantragung eines Institutionskennzeichen

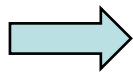
Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen  
Alte Heerstr. 111  
53757 Sankt Augustin  
Tel: 02241 / 231 – 1275/-1228/-1274

# Durchführung einer Rehabilitationssportgruppe

## Die Verordnungen

### Muster 56

Rehabilitationssport wird vom Arzt verordnet.  
Dieser bescheinigt allerdings nur die  
**medizinische Notwendigkeit** und ist noch  
nicht für die Kostenübernahme relevant.  
Zu achten ist dabei auf eine entsprechend  
lesbare Diagnose.



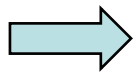
Überprüfung der Angaben des Arztes  
und Übertragung in die Unterlagen

# Durchführung einer Rehabilitationssportgruppe

## Die Verordnungen

### Muster 56

Der zuständige **Kostenträger muss das *Muster 56*** vor Antritt des Rehabilitationssports **genehmigen!** Erst dann ist die Kostenübernahme für den Verein gesichert! Es kommt auch durchaus vor, dass Kostenträger die Regeldauer verkürzen. Dann sind für die Abrechnung diese Daten relevant.



Überprüfung der Angaben der  
Kostenträger

# Durchführung einer Rehabilitationssportgruppe

## Die Verordnungen

### Muster 56

#### Antrag auf Kostenübernahme

**für Rehabilitationssport**

**für Funktionstraining**

Hinweis: Rehabilitationssport und Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt und können daher grundsätzlich nur für einen begrenzten Zeitraum bewilligt werden.

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem anerkannten Leistungsbefähiger durchgeführt werden:  
 Name, Vorname des Betroffenen: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Geburtsort: \_\_\_\_\_  
 Wohnort: \_\_\_\_\_

Ihnen nehme am Rehabilitationssport/Funktionstraining bereits teil seit \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_  
 Ich beginne mit Rehabilitationssport/Funktionstraining voraussichtlich am \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining**  
 Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n): \_\_\_\_\_

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen/Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe: \_\_\_\_\_

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings: \_\_\_\_\_

**Empfohlene Rehabilitationssportart**

Gymnastik  Schwimmen  Leichtathletik  
 Bewegungsspiele  Sonstige: \_\_\_\_\_  
 Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behandlung bedrohter Frauen und Mädchen ebenfalls

Rehabilitationssport ist notwendig für:

50 Übungseinheiten in 36 Monaten (Regelfall)  
 120 Übungseinheiten in 36 Monaten nur bei:

<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/> Beseitigt, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	<input type="checkbox"/> Mukoviszidose
<input type="checkbox"/> Chronischer-obstruktiver Lungenerkrankheit (COPD)	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Doppelparalysen	<input type="checkbox"/> Muskeldystrophie
<input type="checkbox"/> Epilepsie, therapieresistent	<input type="checkbox"/> Nervenwurfschnitt, terminal
<input type="checkbox"/> Gliedknochen	<input type="checkbox"/> Organische Hirnschädigung
<input type="checkbox"/> Infantiler Zerebralparese	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie
<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/> Querschnittslähmung, schwere Lähmung
<input type="checkbox"/> Morbus Duchenne	<input type="checkbox"/> Paraplegie, Paraparesen, Tetraplegie

Längere Leistungsdauer bei gestiegender oder psychischer Krankheit/Behinderung mit lebensdienlich-bekanntem selbstgesteuerter Aktivität

120 Übungseinheiten in 36 Monaten

**für Rehabilitationssport**

**für Funktionstraining**

**Rehabilitationssport in Herzgruppen ist notwendig für:**

90 Übungseinheiten in 30 Monaten  
 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Kinderherzgruppen)

**Zusätzliche Angaben des Arztes bei Verordnungen für Rehabilitationssport in Herzgruppen**  
 Belastung vom: \_\_\_\_\_ (Pulszahl nicht über 6 Monate)  
 Exzentrizität: \_\_\_\_\_ %  
 Bei standardisierter Fahrradergometrie in 50min erreichte max. Belastbarkeit: \_\_\_\_\_ Watt max. Puls/min: \_\_\_\_\_ max. mmHG  
 danach erreichte Dauerbelastbarkeit (max. Belastbarkeit abzüglich 30 von 100): \_\_\_\_\_ kg Körpergewicht  
 symptomatische Dauerbelastbarkeit aufgrund von koronären Koronarien: \_\_\_\_\_ Watt Körpergewicht  
 Gründe für den Abbruch der Fahrradergometrie: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Medikation:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Längere Leistungsdauer bei gestiegender oder psychischer Krankheit/Behinderung mit lebensdienlich-bekanntem selbstgesteuerter Aktivität

90 Übungseinheiten in 30 Monaten

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

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

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. D1621 EBM Berücksichtigung \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse**  
 Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des:

<input type="checkbox"/> Rehabilitationssports gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX	<input type="checkbox"/> Funktionstraining gemäß § 43 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX
<input type="checkbox"/> für 50 Übungseinheiten / 18 Monate	Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen: <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal <input type="checkbox"/> 3 mal
<input type="checkbox"/> für 120 Übungseinheiten / 36 Monate	für die Dauer von: <input type="checkbox"/> 12 Monaten <input type="checkbox"/> 24 Monaten
<input type="checkbox"/> für 90 Übungseinheiten / 30 Monate (Herzgruppen)	<input type="checkbox"/> 30 Monaten <input type="checkbox"/> 24 Monaten
<input type="checkbox"/> für 120 Übungseinheiten / 24 Monate (Kinderherzgruppen)	<input type="checkbox"/> längere bis _____
<input type="checkbox"/> längere bis _____	<input type="checkbox"/> längere bis _____

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

Datum: \_\_\_\_\_

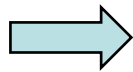


# Durchführung einer Rehabilitationssportgruppe

## Die Verordnungen

### Teilnahmebestätigung

Auf der Teilnahmebestätigung ***quittiert der Teilnehmer bei jeder Übungseinheit*** mit seiner Unterschrift, dass er diese Leistung in Anspruch genommen hat! Sie dient auch zur Abrechnung bei den Kostenträgern!



TN-Bestätigung regelmäßig  
unterschreiben lassen

# Durchführung einer Rehabilitationssportgruppe

## Die Verordnungen

### Teilnahmebestätigung Rehasport

R, H &  
KH

Name, Vorname des Versicherten    Geburtsdatum    Krankenkasse    Versicherten-Nr.

**Teilnahmebestätigung** (Bitte immer unmittelbar nach den Übungsveranstaltungen quittieren)

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	R*)	H*)	KH*)	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmer/in
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					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

Nr.	R*)	H*)	KH*)	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmer/in
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					

**Bestätigung des/der Übungsleiters/in**

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

Datum, Unterschrift des/der Übungsleiters/in

**Abrechnung**

R 60450: (Anzahl der Übungsveranstaltungen) x (vereinbarter Vergütungssatz) = \_\_\_\_\_ Euro  
H 60450: (Anzahl der Übungsveranstaltungen) x (vereinbarter Vergütungssatz) = \_\_\_\_\_ Euro  
KH 60450: (Anzahl der Übungsveranstaltungen) x (vereinbarter Vergütungssatz) = \_\_\_\_\_ Euro  
(Gesamtbetrag) \_\_\_\_\_ Euro

Bei Zwischenabrechnung: Die letzte Abrechnung erfolgte am \_\_\_\_\_ bislang wurden insgesamt \_\_\_\_\_ Einheiten

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten:

Konto: \_\_\_\_\_  
Bankleitzahl: \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Es wird bestätigt, dass die Rehabilitationssportgruppe anerkannt ist, die Übungsveranstaltungen von einem/ qualifizierten Übungsleiter/in geleitet werden und dieser/ im Besitz einer gültigen Übungsleiter- Qualifikation ist.

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers  
\*) Zutreffendes bitte ankreuzen:

R = Rehabilitationssport; H = Rehabilitationssport in Herzgruppen; KH = Rehabilitationssport in Kinderherzgruppen

# Durchführung einer Rehabilitationssportgruppe

## Die Abrechnung mit den Kostenträgern

Mit Hilfe der TN-Bestätigung kann nach Ablauf der Verordnung mit dem Kostenträger abgerechnet werden. Dafür die quitierten Übungseinheiten in dem genehmigten Zeitraum mit dem Förderbeitrag multiplizieren und unter Angabe des IK dem Kostenträger in Rechnung stellen. Es gibt örtliche Sammelstellen, bei den man die Abrechnungen aller Kostenträger einreichen kann!



Abrechnungen sammeln und an die entsprechende Stelle leiten

# Durchführung einer Rehabilitationssportgruppe

## Die Abrechnung mit den Kostenträgern

### Zwischenabrechnungen

Zwischenabrechnungen sind frühestens nach 6 Monaten möglich! Dafür bei der ersten Abrechnung das Original einreichen und auf der Kopie im Verein weiterarbeiten! Bitte bei weiteren Abrechnungen markieren, welche Übungseinheiten schon abgerechnet wurden!



bei Zwischenabrechnung sinnvoll  
sammeln - Verwaltungsaufwand

# Durchführung einer Funktionstrainingsgruppe

## Funktionstraining

Das Funktionstraining ist eine weitere Art der Nachsorge der Kostenträger. Es wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und der Ergotherapie gezielt auf spezielle Körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke, usw.).

Für das Funktionstraining sind eigenständige Gruppen zu führen! Teilnehmer mit einer Fkt-Verordnung dürfen nicht mit in der Rehabilitationssportgruppe abgerechnet werden oder andersherum!!

# Durchführung einer Funktionstrainingsgruppe

## Organisatorische Rahmenbedingungen

Eine Funktionstrainingsgruppe muss **wöchentlich** mit einer Mindestdauer von **30 Minuten** bei **Trockengymnastik** (**15 Minuten** bei **Wassergymnastik**) stattfinden.

Es dürfen **maximal 15 Personen** teilnehmen, die in angemessenen Räumen trainieren sollen!



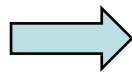
Entsprechende Räumlichkeiten  
und Hallenzeiten sichern!

# Durchführung einer Funktionstrainingsgruppe

## Die Verordnungen

### Muster 56 – grüner Anteil

Funktionstraining wird vom Arzt verordnet.  
Dieser bescheinigt allerdings nur die  
**medizinische Notwendigkeit** und ist noch  
nicht für die Kostenübernahme relevant.  
Zu achten ist dabei auf eine entsprechend  
lesbare Diagnose.



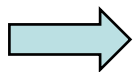
Überprüfung der Angaben des Arztes  
und Übertragung in die Unterlagen

# Durchführung einer Funktionstrainingsgruppe

## Die Verordnungen

### Muster 56 – grüner Anteil

Der zuständige **Kostenträger muss das Muster 56** vor Antritt des Funktionstrainings **genehmigen!** Erst dann ist die Kostenübernahme für den Verein gesichert! Es kommt auch durchaus vor, dass Kostenträger die Regeldauer verkürzen. Dann sind für die Abrechnung diese Daten relevant.



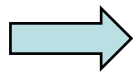
Überprüfung der Angaben der  
Kostenträger

# Durchführung einer Funktionstrainingsgruppe

## Die Verordnungen

### Teilnahmebestätigung

Auf der Teilnahmebestätigung **quittiert der Teilnehmer bei jeder Übungseinheit** mit seiner Unterschrift, dass er diese Leistung in Anspruch genommen hat! Sie dient auch zur Abrechnung bei den Kostenträgern! Für das Funktionstraining gibt es eigene Teilnahmebestätigungen



TN-Bestätigungen regelmäßig unterschreiben lassen

# Durchführung einer Funktionstrainingsgruppe

## Die Verordnungen

### Teilnahmebestätigung Funktionstraining

W & T

Name, Vorname des Versicherten: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

**Teilnahmebestätigung** (Bitte immer unmittelbar nach den Übungsveranstaltungen ausfüllen)

In den Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	RT	HT	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/in
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				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				

Nr.	RT	HT	Datum	Unterschrift des/der Übungsleiter/in
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				

**Bestätigung des/der Übungsleiter/in**

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

Datum, Unterschrift des/der Übungsleiter/in: \_\_\_\_\_

**Abrechnung**

R 60453: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Euro  
(Pos.-Nr.) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (vereinschar Vergütungssatz)

H 60454: \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ Euro  
(Pos.-Nr.) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (vereinschar Vergütungssatz)

\_\_\_\_\_ Euro  
(Gesamtbetrag)

Bei Zwischenabrechnung: Die letzte Abrechnung entfällt am \_\_\_\_\_ Datum wurden insgesamt \_\_\_\_\_ Euro für die vorliegende Verordnung abgerechnet.

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten:

Konto: \_\_\_\_\_  
 Bankleitzahl: \_\_\_\_\_  
 Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
 Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
 Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Es wird bestätigt, dass die Rehabilitationsport-Funktionstrainingsgruppe anerkannt ist, die Übungsveranstaltungen von einem qualifizierten Übungsleiter/in geleitet werden und dieser im Besitz einer gültigen Übungsleiter-Qualifikation ist.

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungsenträgers: \_\_\_\_\_

\*1 Zurechnendes bitte ankreuzen:  
 R = Rehabilitationsport, H = Rehabilitationsport in Herzgruppen



# Durchführung einer Rehabilitationssportgruppe

## Die Verordnungen

### Folgeverordnungen

Folgeverordnungen sind möglich, aber äußerst selten. Sie sind begrenzt auf **motivationale Probleme**, die nur durch einen **entsprechend ausgebildeten Arzt** bescheinigt werden können. Neue Erkrankungen ermöglichen auch eine erneute Verordnung.



Vorbereitung des TN auf Ablauf der  
Verordnung