

ANTRAG AUF ANERKENNUNG ALS LEISTUNGSERBRINGER VON REHABILITATIONSSPORT NACH §64 SGB IX

AN

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot

1. Verein/örtlicher Träger: _____

2. Vereinskennziffer: _____ 3. Geplanter Beginn: _____

4. Institutionskennzeichen (IK): _____ Abrechnungsstelle IK: _____

Name Abrechnungsstelle: _____

5. Ansprechperson (Name, Vorname, Telefon, Email, Geb.-datum): _____

6. Name/Bezeichnung des Angebotes: _____

7. Übungsleitung (Name, Vorname, Geb.-datum): _____

1. Zusatzqualifikation bei Übungen zu Stärkung des Selbstbewusstseins (ÜzSdS) vorhanden (bitte ankreuzen): ☐

2. Übungsleitung nur bei ÜzSdS (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____

8. Medizinische Betreuung bzw. Überwachung durch (Name, Vorname, Geb.-datum): _____

9. Übungsstätte (Name, Straße, PLZ, Ort): _____

10. Größe des Übungsraums (in qm): _____

11. Wochentag/Zeit: 1.) _____ von _____ bis _____ 2.) _____ von _____ bis _____ 3.) _____ von _____ bis _____

12. Rehabilitationssportart: ☐ Gymnastik ☐ Schwimmen ☐ Gymnastik im Wasser ☐ Leichtathletik ☐ Bewegungsspiele in Gruppen☐ Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins ☐ Sonstige: _____

13. Nur für Herzsport: Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung:

☐ Ja ☐ Nein

Ärztliche Betreuung und Überwachung von bis zu drei parallel stattfindenden Gruppen:

☐ Ja ☐ Nein

14. Teilnehmer*innenkreis und Abrechnungspositionsnummer (APN) – bitte ordnen Sie das Angebot EINER APN zu

(identische Abrechnungspositionsnummern können mehrfach angekreuzt werden)

☐ Bis 15 Erwachsene Allg. Rehabilitationssport (604503) ☐ Bis 20 Erwachsene Herzgruppe (604504)☐ Bis 15 Jugendliche Allg. Rehabilitationssport (604503) ☐ Bis 20 Jugendliche Herzgruppe (604504)☐ Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) Allg. RS (604511) ☐ Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) Herzgruppe (604508)☐ Bis 15 Erwachsene im Wasser (604509) ☐ Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene (604507)☐ Bis 15 Jugendliche im Wasser (604509) ☐ Bis 7 schwerstbehinderte Jugendliche (604507)☐ Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) im Wasser (604512) ☐ Bis 5 schwerstbehinderte Kinder (604513)☐ Bis 12 Stärkung Selbstbewusstseins (604510) ☐ divers ☐ männlich ☐ weiblich ☐ gemischt☐ Bis ____ TN (bei Überschreitung max. Teilnehmendenzahl – Bitte entsprechende APN ankreuzen (Beantragung über TN-Formular)

15. Erklärung zum Antrag auf Anerkennung ausgefüllt und unterschrieben von _____ am _____

Bitte kreuzen Sie EINEN Indikationsbereich an. Innerhalb des Indikationsbereichs können mehrere Unterbereiche angekreuzt werden.

Erkrankungen Orthopädie
Amputationen/Gliedmaßenschäden
Endoprothesen
Gelenkschäden
Glasknochen
Marfansyndrom
Morbus Bechterew
Osteoporose
Wirbelsäulen-/Haltungsschäden
Sonstige

Erkrankungen Sensorik
Hörschädigungen/Gehörlosigkeit
Sehbehinderungen/Blindheit
Sonstige

Krebserkrankungen
Brustkrebserkrankungen
Prostata-/Blasenkreberkrankungen
Sonstige

Erkrankungen Innere Medizin
Asthma/Allergien
Atemwegserkrankungen
Diabetes mellitus
Herz-/Kreislauferkrankungen
Mukoviszidose
Nierenerkrankungen
Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
Sonstige

Erkrankungen Psychiatrie	
Anfallsleiden	Psychosomatische Störungen
Autismus	
Depressionen	Schizophrenie
Neurosen	Suchterkrankungen
Persönlichkeitsstörung	Sonstige

Erkrankungen Neurologie
Cerebrale Bewegungsstörungen
Demenz
Epilepsie (therapieresistent)
Infantile Cerebralparese
Multiple Sklerose
Muskeldystrophie
Organische Hirnschädigung
Parkinson
Poliomyelitis
Polyneuropathie
Querschnittlähmung
Schlaganfall
Spina bifida
Sonstige

	Intellektuelle Beeinträchtigungen	
	ADS	Teilleistungsstörung
	Entwicklungsabweichung	Sonstige
	Lernbehinderung	

Sonstige
Mehrfachbehinderungen
Selbstbehauptung/Selbstbewusstsein
Sonstige

Ort, Datum: _____ Unterschrift (bevollmächtigte Person des Vereins/örtlichen Trägers): _____

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

Benennung der Ansprechperson für

Rehabilitationssportgruppen

(pro Person jeweils ein Blatt ausfüllen)

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Verein/örtlicher Träger: _____

ggf. Vereins-/Gruppenkennziffer: _____

☐ Die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe habe ich unterschrieben und diese liegt dem Verein vor.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____



**Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von
Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX****Angaben zur Übungsleitung**

Die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen kann u.a. nur ausgesprochen werden, wenn die eingesetzte Übungsgruppenleitung über eine für den beantragten Bereich (Zielgruppe) gültige Lizenz nach den „Richtlinien für die Ausbildung im Deutschen Behindertensportverband e.V.“ verfügt. Vergleichbare Qualifikationen können im Einzelfall anerkannt werden (in diesem Fall bitte die Qualifikationsnachweise in Kopie zur Prüfung beifügen).

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Verein/örtlicher Träger (für welchen Verein tätig?): _____

Telefon/Email: _____

1. Lizenznummer: _____ Indikationsbereich/Profil: _____

Ausgestellt am: _____ gültig bis: _____

2. Lizenznummer: _____ Indikationsbereich/Profil: _____

Ausgestellt am: _____ gültig bis: _____

3. Lizenznummer: _____ Indikationsbereich/Profil: _____

Ausgestellt am: _____ gültig bis: _____

4. nur Zusatzqualifikation Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins:

Ausgestellt am: _____

Ausgestellt von: _____

Erklärung:

Ich verpflichte mich, die Qualifikationsanforderungen des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) für den Rehabilitationssport einzuhalten, Rehabilitationssportgruppen nur mit gültiger Lizenz zu leiten und auf Anforderung der anerkennenden Stelle einen Fragebogen über die Durchführung des Angebots auszufüllen und zurückzuschicken. Bei Erstberatung potentieller Teilnehmenden/ teilnehmenden Personen verpflichte ich mich das standardisierte Beratungsprotokoll (Formblatt B) des DBS bzw. eine adäquate Alternative, die den Inhalt des standardisierten DBS- Beratungsprotokolls wiedergibt einzusetzen.

☐ Die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe habe ich unterschrieben und diese liegt dem Verein vor.

Ort, Datum: _____ Unterschrift (ÜL): _____

Zum Verbleib im Verein/örtlichen Träger. Bitte beachten Sie die Aufbewahrungsfristen.

ERKLÄRUNG zur ANERKENNUNG als LEISTUNGSERBRINGER von Rehabilitationssport nach §64 SGB IX

1. Name des Vereins/örtlichen Trägers:

Anschrift: _____

2. Namen vertretungsberechtigte Person nach § 26 BGB:

3. Ansprechperson des Vereins/örtlichen Trägers (Name, Vorname, Telefon, Email):

A. Wir bestätigen, dass uns die Rahmenvereinbarung (RV) über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der jeweils gültigen Fassung bekannt ist und wir diese im vollen Umfang anerkennen.	☐
B. Wir bestätigen, dass die Vereinbarungen zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports (VD) auf Bundes- und Landesebene mit den Rehabilitationsträgern bekannt sind und wir diese im vollen Umfang anerkennen.	☐
C. Wir bestätigen, dass uns die „Richtlinie zur Durchführung des Rehabilitationssports im DBS“ (RD; in der jeweils gültigen Fassung) bekannt ist, wir diese im vollen Umfang anerkennen und danach handeln.	☐
D. Wir bestätigen ausdrücklich, dass wir Interessenten*innen am Rehabilitationssport, gemäß der oben genannten Regelungen, ordnungsgemäß beraten. Wir setzen das standardisierte DBS-Beratungsprotokoll oder eine adäquate Alternative ein, die den Inhalt des standardisierten DBS-Beratungsprotokolls wiedergibt.	☐
E. Wir bestätigen, dass die Übungsleitungen das „Formular ÜL“ ausgefüllt haben und diese Formulare dem Verein/örtlichen Träger vorliegen. Auf Verlangen der anerkennenden Stelle (Landesverband des DBS) legen wir dieses unverzüglich vor. Uns ist bekannt, dass die Dokumentation des „Formulars ÜL“ im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft wird.	☐
F. Wir bestätigen, dass die medizinischen/ärztlichen Betreuungen und Überwachungen für sämtliche Rehabilitationssportgruppen das „Formular M“ ausgefüllt haben. Auf Verlangen der anerkennenden Stelle (Landesverband des DBS) legen wir dieses unverzüglich vor. Uns ist bekannt, dass die Dokumentation des „Formulars M“ im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft wird.	☐
G. Wir bestätigen die Einhaltung der Bestimmungen über den Schutz von Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel, EU-DSGVO, BDSG neu) sowie die betreffenden Regelungen in der RV und den VDs.	☐
H. Diese Erklärung gilt für alle vom Verein/örtlichen Träger beantragten Gruppen im ärztlich verordneten Rehabilitationssport.	☐

Ort und Datum: _____

Unterschrift des Vereins/örtlicher Träger (vertretungsberechtigt nach §26 BGB):

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

1. medizinische/ärztliche Betreuung und Überwachung der

Rehabilitationssportgruppe(n) Name, Vorname: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon/Email: _____ Fachrichtung: _____

2. Betreuter Verein/örtlicher Träger: _____

ggfls. Betreute Gruppe(n): _____

3. Erklärung:

Hiermit versichere ich, die Rehabilitationssportgruppe(n) des o.g. Vereins im Sinne der Ziff.12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in seiner gültigen Fassung zu betreuen oder zu überwachen. Hierzu gehören:

a. Allgemein (gilt für alle Gruppen):

- Die Teilnehmenden und die Übungsleitung bei Bedarf zu beraten.
- Die verordnende bzw. behandelnde ärztliche Person der Teilnehmenden über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports zu informieren, sofern dies für die Verordnung / Behandlung von Bedeutung ist.

b. Für Herzsport gilt zusätzlich: (falls zutreffend bitte ankreuzen) ☒

- Die ständige, persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen und die Teilnehmenden hierbei zu überwachen.
- Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand der teilnehmenden Person (u.a. die Belastbarkeit zu Beginn jeder Übungsveranstaltung durch befragen festzustellen) abgestimmt wurden, sind festzulegen, ggf. sind der Übungsleitung entsprechende Anweisungen zu erteilen.

Hinweis: Diese Tätigkeit sollte bei der Berufshaftpflichtversicherung angezeigt werden!

Empfehlung:

- Die Zuordnung der Teilnehmenden zur Gruppe aufgrund der Indikation ggfls. anhand der Unterlagen der ärztlich behandelnden Person zu prüfen und Vorgaben für die Durchführung des Sportes zu machen.

☐ Die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe habe ich unterschrieben und diese liegt dem Verein vor.

Ort, Datum: _____ Stempel/Unterschrift (Ärztin*Arzt): _____

Zum Verbleib im Verein/örtlichen Träger. Bitte beachten Sie die Aufbewahrungsfristen

**Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport
nach § 64 SGB IX
Begründung für die Überschreitung der Anzahl von Teilnehmenden**

Angebotsnummer: _____

Titel des Angebots: _____

Übungsleitung: _____

medizinisch/ärztliche Betreuung und Überwachung: _____

Gemäß Nr. 10.1 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in seiner gültigen Fassung beträgt die maximale Zahl der Teilnehmenden einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Personen je Übungsleitung.

Für spezielle Indikationen (z.B. Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins) sowie Kinder und Jugendliche sind unter Nr. 10ff. davon abweichende Höchstgrenzen festgelegt.

Überschreitungen der Zahl der Teilnehmenden sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen.

Für die o.g. Rehabilitationssportgruppe (bei Herzsportgruppen nicht möglich!) beantragen wir eine Anerkennung bei regelmäßig höherer Zahl der Teilnehmenden.

Wir begründen die Überschreitung mit folgenden Fakten:

Die Altersgruppe des Angebots:

- ☐ Erwachsene
☐ Jugendliche
☐ Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres

Größe der Übungsstätte: _____ m²

Die Überschreitung der Höchstzahl ist notwendig, weil:

Die Qualität des Rehabilitationssports ist auch bei der höheren Zahl der Teilnehmenden gewährleistet durch:

Die maximale Zahl von teilnehmenden Personen in der Gruppe wird nie mehr als _____ Personen betragen.

Um künftig dauerhaft die maximale Gruppengröße von 15 Personen einhalten zu können, soll folgendes umgesetzt werden:

Ort, Datum: _____

Unterschrift/ggfls. Vereinsstempel:
(vertretungsberechtigt nach § 26 BGB)

**Antrag auf Verlängerung der Anerkennung als Leistungserbringer von
Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX
Angaben zum Träger des Rehabilitationssportangebots**

1. Name des Vereins/ örtlichen Trägers:

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

2. Ansprechperson des Vereins /örtlichen Trägers (Name, Vorname, Telefon, Email):

3. Institutionskennzeichen (IK): _____

Vereinskennziffer/ggfls. Angebotsnummer: _____

4. Die vorgelegten Angaben zu den bereits bestehenden Anerkennungen

☐ wurden ergänzt bzw. korrigiert (bitte als Anlage beifügen)

☐ bleiben unverändert.

5. Erklärungen des Antragstellers

Wir beantragen die Verlängerung der Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX und bestätigen die Einhaltung der Regelungen zur Durchführung des Rehabilitationssports gemäß der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der jeweils gültigen Fassung. Die Rahmenvereinbarung und die Verträge zur Durchführung des Rehabilitationssports wurden von uns zur Kenntnis genommen und werden in vollem Umfang anerkannt. Wir erkennen an, dass ein Verstoß gegen diese einschlägigen Regelungen zum Widerruf der Anerkennung als Leistungserbringer führt. Wir verpflichten uns, während der Gültigkeit der Anerkennung zeitnah alle Änderungen der anerkennenden Stelle mitzuteilen. Wir sind damit einverstanden, dass die erhobenen Daten (nur zu Angebot und Ansprechperson) zur Öffentlichkeitsarbeit (z.B. im Internet) und die erhobenen Daten (in vollem Umfang) für statistische Auswertungen, Beratungs- und Abrechnungszwecke der Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkassen) weitergegeben werden. Wir erkennen an, dass Rehabilitationssport bei Vorlage einer Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers auch ohne Mitgliedschaft im Verein möglich ist und keine Zuzahlungen, Vorauszahlungen oder Eigenbeteiligungen von den Versicherten gefordert werden dürfen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift/ ggfls. Vereinsstempel: _____
(bevollmächtigte Person des Vereins/örtlichen Trägers)

Beratungsprotokoll/Beratungsleitfaden

Am _____ legte _____ (Name, Vorname) eine Verordnung über Rehabilitationssport vor.

Es erfolgte eine Information zum Angebot des Vereins als Leistungserbringer im Rehabilitationssport. Dabei wurden folgende Punkte angesprochen:

- Tag, Zeit und Ort der Angebote bzw. des ausgewählten Angebotes.
- Dauer einer Übungsveranstaltung (Rehabilitationssport: mindestens 45 Minuten bzw. 60 Minuten im Herzsport).
- Größe der Gruppe (maximal 15 TN, im Herzsport maximal 20 TN, bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins maximal 12 TN usw.).
- Inhalt des Sportangebotes: Gymnastik, Bewegungsspiele, Schwimmen, Leichtathletik (Gehen/Laufen), Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins, geeignete Inhalte anderer Sportarten (z.B. Entspannung, o.ä.).
- Organisatorischer Rahmen (Übungsleitung Rehabilitationssport und ärztliche Betreuung bzw. Überwachung im Herzsport).
- Eine Unfallversicherung ist vom Verein abgeschlossen.
- Absicherung durch Defibrillator/Notfallkoffer im Herzsport.

Zur Mitgliedschaft und Zuzahlung wurden folgende Informationen weitergegeben:

- Es gibt keine Verpflichtung, Mitglied im Verein zu werden oder Zuzahlungen zu entrichten, um am Rehabilitationssport teilzunehmen.
- Im Interesse der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahme wird jedoch auch von den Rehabilitationsträgern eine Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis befürwortet.
- Wenn die **freiwillige** Mitgliedschaft eingegangen wird, können folgende zusätzliche Leistungen des Vereins in Anspruch genommen werden:

☐ Oben genannte Person hat erklärt, eine freiwillige Mitgliedschaft einzugehen.

- Der Mitgliedsbeitrag beträgt in diesem Fall monatlich _____ €.
- Wird die Mitgliedschaft über den Zeitraum der Verordnung fortgesetzt, so richtet sich die Mitgliedschaft nach den im Verein allgemein gültigen Regelungen.
- Die Möglichkeit der Teilnahme endet für Nicht-Mitglieder nach Ablauf der Verordnungsdauer bzw. nach Absolvierung der verordneten Einheiten ohne Kündigungsfrist.

Von diesem Protokoll wurde dem Versicherten eine Kopie ausgehändigt.

Versicherte*r (Ort, Datum, Unterschrift) _____ Vereinsvertreter*in (Ort, Datum, Unterschrift) _____