

**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



## 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.



## Leitung der Rehabilitationssportgruppe

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

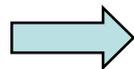
***ÜL-B Rehabilitation***

***„Sport bei Wirbelsäulenerkrankungen/***

***Sport bei Osteoporose“***

geleitet werden!

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



Übungsleiter ausbilden!

## 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!



## Organisatorische Rahmenbedingungen

Eine orthopädische Rehabilitationssportgruppe muss **wöchentlich** mit einer Mindestdauer von **45 Minuten** stattfinden.

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



Entsprechende Räumlichkeiten  
und Hallenzeiten sichern!



OK!?

2 parallele Schritte

Werbung/  
Bekanntmach-  
ung vor Ort

Anträge  
NTB  
(IK)

## 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



## Die Anträge

# Antrag auf Anerkennung von Rehabilitationssport

**Antrag auf Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen**  **NTB**   
NIEDERSÄCHSISCHER TURNER-BUND  
GESUNDHEITSPORT

Erstantrag  oder Verlängerung

<b>Verein</b>			
<b>Ansprechpartner</b> für den Rehabilitationssport im Verein	Vorname, Name	NTB-Vereinsnummer	
	Telefon	Institutionskennzeichen	
	E-Mail		

Wir wollen im Rahmen des Rehabilitationssports folgende Gruppen anbieten:  
(z.B. Sport in Herzgruppen, Sport bei Diabetes, Sport bei Wirbelsäulenerkrankungen, Sport bei Osteoporose, Rehabilitationssport für Kinder, Sport bei Gelenkarthrose und Gelenkersatz)  
-pro Gruppe ein Formular-

**Indikation / Gruppenbezeichnung**

Wochentag	Uhrzeit - Beginn	Uhrzeit - Ende	Teilnehmerzahl	Geplanter Beginn <small>(unzureichend)</small>

**Informationen zur Übungsstätte:**

Übungsstätte	Name	Ort des Rhythmus/Beckens
<small>Sollen von der Vereinsadresse abweichend</small>	Titel	
	PLZ, Ort	

**Informationen zum betreuenden Arzt:**

<b>Name</b>	
<b>Anschrift (Straße, PLZ, Ort)</b>	
<b>Ärztliche / Fachrichtung</b>	

**Informationen zum Kursleiter:**

<b>Name</b>	T-Shirt Größe
<b>Anschrift (Straße, PLZ, Ort)</b>	S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>

Qualifikation/Lizenz bitte Kopie beifügen – verpflichtend

Die Gruppenmitglieder werden im Rahmen der Jahresbestandsaufnahme des Vereins dem Niedersächsischen Turner-Bund e.V. gemeldet  
Der Verein bestätigt mit dem Vereinsstempel und der rechtsverbindlichen Unterschrift die o.g. Angaben, die Einhaltung und Sicherung der aktuell gültigen Richtlinien zur Durchführung des Rehabilitationssports und möchte mit diesem Schreiben die Anerkennung „Rehabilitationssport“ beim Niedersächsischen Turner-Bund e.V. beantragen. Er erklärt sich damit einverstanden, dass die Daten (Angebotstitel, Angebotsort, Vor-Nachname des Ansprechpartners inklusive der angegebenen Kontaktdaten (Vor- und Nachname des Übungsleiters) zur Öffentlichkeitsarbeit (z.B. im Internet, für Krankenkassen oder Kooperationspartner) veröffentlicht/weitergegeben werden.  
Mit diesem Antrag soll gleichzeitig der „Pluspunkt Gesundheit.DTB“ beantragt werden.

Datum: \_\_\_\_\_  
Vereinsstempel + Rechtsverbindliche Unterschrift des Vorstandes

Landesturnschule Meile - Postfach 148 - 49302 Meile  
www.NTB-infoline.de/gesundheit Stand 2018-07

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

## 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





## Die Anträge

### Beantragung eines Institutionskennzeichen

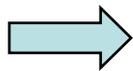
Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen  
Alte Heerstr. 111  
53757 Sankt Augustin  
Tel: 02241 / 231-1800



## 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.



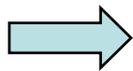
Überprüfung der Angaben des Arztes  
und Übertragung in die Unterlagen



## 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** 56

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 Leistungsbringer durchgeführt werden  
Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Rehabilitationssport/ Funktionstraining bereits teil seit  Datum

Ich beginne mit Rehabilitationssport/ Funktionstraining voraussichtlich am  Datum  Umschritt des Versicherten

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

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen/Beinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

**Empfohlene Rehabilitationssportart**

Gymnastik  Schwimmen  Leichtathletik  
 Bewegungsspiele  Sonstige

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrückter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Regelfall)  
 120 Übungseinheiten in 36 Monaten nur bei

Asthma bronchiale  Morbus Parkinson  
 Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben  Mukoviszidose  
 Chronischer-obstruktiver Lungenkrankheit (COPD)  Multipler Sklerose  
 Doppellamputation  Muskeldystrophie  
 Epilepsie, therapieresistent  Niereninsuffizienz, terminal  Organische Hirnschädigung  
 Gliedknochen  Polynuropathie  
 Infanziler Zerebralaparese  Querschnittlähmung, schwere Lähmung  
 Marfan-Syndrom  Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie  
 Morbus Bechterew

Längere Leistungsdauer bei geistiger oder psychischer Krankheit/Behinderung mit fehlender/noch fehlender selbstgesteuerter Aktivität

120 Übungseinheiten in 36 Monaten

**Empfohlene Funktionstrainingsarten**

Trockngymnastik  Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

12 Monate (Regelfall)  
 24 Monate nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheits/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität:

Fibromyalgie-Syndrome  Kollagenosen  Morbus Bechterew  Osteoporose  Polyarthrosen, schwer  Psoriasis-Arthritis  Rheumatoide Arthritis

Längere Leistungsdauer bei geistiger oder psychischer Krankheit/Behinderung mit fehlender/noch fehlender selbstgesteuerter Aktivität

24 Monate

Plan: November 2009; Version: 2009/2; Urheber: NTB

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

Befund vom (Nachweis nicht älter als 6 Monate)

Ejektionsfraktion:  %

Bei standardisierter Fahrradergometrie im Sitzen erreichte max. Belastbarkeit  Watt  max. Puls/min  max. mm HG

daraus erreichte Dauerbelastbarkeit (max. Belastbarkeit abzüglich 30 von 100)  W/kg  Körpergewicht

symptomlimitierte Dauerbelastbarkeit aufgrund von Ischämie-Kriterien  W/kg  Körpergewicht

Gründe für den Abbruch der Fahrradergometrie

Angaben zur Medikation

Längere Leistungsdauer bei geistiger oder psychischer Krankheit/Behinderung mit fehlender/noch fehlender 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. 01621 EBM berechnungsfähig

Datum

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

für 50 Übungseinheiten /18 Monate  Anzahl wöchentlicher Übungsveranstaltungen  1 mal  2 mal  3 mal

für 120 Übungseinheiten /36 Monate

für die Dauer von

für 90 Übungseinheiten/30 Monate (Herzgruppen)  12 Monaten  
 für 120 Übungseinheiten/24 Monate (Kinderherzgruppen)  24 Monaten

längstens bis

längstens bis

Datum

Beispiel der Krankenkasse/ Unterpunkt

## 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

## Die Verordnungen

## Teilnahmebestätigung Rehasport

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 Teilnehmerin
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 Teilnehmerin
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 604503: (Pos.-Nr.) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) x (vereinbarter Vergütungssatz) = \_\_\_\_\_ Euro

H 604504: (Pos.-Nr.) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) x (vereinbarter Vergütungssatz) = \_\_\_\_\_ Euro

KH 604505: (Pos.-Nr.) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) x (vereinbarter Vergütungssatz) = \_\_\_\_\_ Euro

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

Bei Zwischenaabrechnung: Die letzte Abrechnung erfolgte am \_\_\_\_\_, bislang wurden insgesamt \_\_\_\_\_ Einheiten 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 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 Leistungserringers \_\_\_\_\_  
 \*) Zutreffendes bitte ankreuzen:

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

## 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



## 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



## Verbandsabgaben

## Rehasonderbeitrag

Im Rahmen der Rehasondererhebung, ist der anerkannte Leistungserbringer (Verein) im Rahmen der Finanz-, Kosten- und Gebührenordnung des NTB **alle in den Gruppen betreuten Teilnehmer** zu Melden und für die den entsprechenden Rehasonderbeitrag zu entrichten!



6,10 € pro Erwachsener/Jahr

1,70 € pro Kind/Jahr



## „Problemstellen“ Rehabilitationssport

verpflichtende Mitgliedschaft im Verein für Rehasportler

verpflichtende Zuzahlungen für Rehasportler



**Lösungsvorschläge/Absprachen mit den Kostenträgern  
Beispiel mehrere Angebote einer Indikation**

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donners- tag	Freitag
vor- mittags	orth. Reha				orth. Reha
nach- mittags					
abends	orth. Reha		orth. Reha		orth. Reha

⇒ mindestens 1 Angebot jeder Indikation in der Woche muss  
zuzahlungsfrei und ohne Mitgliedschaft zu besuchen sein!

## „Problemstellen“ Rehabilitationssport

verpflichtende Mitgliedschaft im Verein für Rehasportler

verpflichtende Zuzahlungen für Rehasportler

Training an Geräten

Training ohne Arzt



## **Unfallversicherungspflicht der Leistungserbringer**

***Auszug aus der Rahmenvereinbarung über den  
Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011***

### **17.2**

**Die Träger der Rehabilitationssportgruppen bzw.  
Funktionstrainingsgruppen haben eine pauschale  
Unfallversicherung für die Teilnehmer/-innen an den  
Übungsveranstaltungen abzuschließen, sofern nicht bereits  
eine Sportversicherung besteht.**

## Unfallversicherungspflicht der Leistungserbringer

Seit dem 01.06.2012 hat der NTB eine Pauschalversicherung mit der ARAG abgeschlossen, welche diesen Versicherungsschutz abdeckt.

**D.h. teilnehmender Nichtmitglieder mit gültiger Verordnung in NTB anerkannte Gruppen sind über diese Versicherung abgedeckt!**

**NTB-Vereine müssen für diese Gruppen keine Versicherung mehr abschließen!**

Die Kosten für diese Versicherung übernimmt der NTB!

## Überprüfung seitens der Kostenträger:

### Beschwerde über Anbieter Rehasport / Funktionstraining

Name, Vorname, Nachname  
 Geburtsdatum  
 Straße, Hausnummer  
 PLZ, Ort  
 Telefonnummer / E-Mail  
 Name und genaue Anschrift des Leistungsanbieters

Krankenkasse / Versicherungsnummer  
 HUK

### Angaben der/des Versicherten

(bitte ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen)

#### Beschwerdegrund:

- Der Leistungsanbieter fordert eine Mitgliedschaft mit Beitrag Ja  Nein
- Wurde ein Mitgliedsantrag, Vertrag o.ä. unterschrieben? Ja  Nein
- Kopie ist beigelegt Ja  Nein
- Können Sie mit der Mitgliedschaft weitergehende Angebote in Anspruch nehmen (z. B. Sauna, Solarium, andere Kursangebote)? Ja  Nein
- Haben Sie erklärt, dass Sie diese weitergehenden Angebote nicht wünschen und es wurde dennoch auf eine Mitgliedschaft bestanden? Ja  Nein
- Der Leistungsanbieter fordert eine Eigenbeteiligung/Zuzahlung usw. (keine Vereinsbeiträge) Ja  Nein
- Falls ja, für welche Leistungen/mit welcher Begründung?

15€ pro Monat  
Nachforderung 150,50€! siehe Anhang

- Sonstige Beschwerden? Ja  Nein
- Falls ja, welche?

Wann und mit welchem Mitarbeiter des Leistungsanbieters wurde das Gespräch geführt? am 15.02.2010  
um ca. 19.00 Uhr

Weitere Gesprächsbeteiligte

Wurde über das Gespräch ein Beratungsprotokoll geführt? Ja  Nein

Bei der Einweisung kein Protokoll oder ähnliches erhalten!

Zusätzliche Informationen zur Beschwerde:

Das Gespräch vom 15.02.2010 bezog sich auf die Rechnung vom 10.02.2010.  
Bei Beginn habe ich keine Vertragsunterlagen erhalten!

Mit einer Datenweitergabe an den Verband der Ersatzkassen zur Klärung mit dem zuständigen Dachverband des Leistungsanbieters bin ich einverstanden.  
Ich bin darüber informiert, dass diese Erklärung freiwillig ist.

Ort, Datum 16.02.2010 Unterschrift des/der Versicherten

Sofern vorhanden, bitte Mitgliedsantrag, Informationsblätter des Vereins beifügen.

### Aktenvermerk der Krankenkasse

[Redacted area]

Ort, Datum Bremen, den 23.02.10

Unterschrift Krankenkasse  
hkk  
Marktplatz 10, 28195 Bremen  
Tel. 04201/40-230  
Info@hkk.de, www.hkk.de

## Elektronische Abrechnung nach § 302 SGB V

Auszug aus Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des  
Rehabilitationssports in Niedersachsen vom 01.01.2012

### § 9 Abrechnungsregelung, Abs. 1

Die Umstellung der Abrechnung gemäß § 302 SGB V auf  
Anlieferung im Wege elektronischer Datenübertragung oder  
maschinell verwertbar auf Datenträgern bedarf keiner  
gesonderten vertraglichen Vereinbarung; sie wird den  
Trägerverbänden BSN, NTB und LAG mit einer angemessenen  
Frist bekannt gegeben.

⇒ **ab 01.01.2015** gefordert



## Elektronische Abrechnung nach § 302 SGB V verschiedene Ansätze:

a) Ist mir alles egal! Ich mach so **weiter wie bisher!**  
⇒ **5 % Abzug** von der Abrechnungssumme

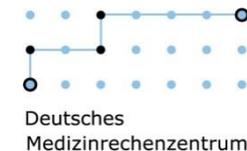
b) Ich will keine Arbeit mehr mit diesem ganzen Kram haben, pack das in eine Tüte und schick es weg! **Soll ein anderer für mich machen!**

⇒ **1,34 % Abzug** von der Abrechnungssumme



c) Ok, ich mache das gerade und **gebe die Daten selbst** online bei einem Vertragspartner **ein!**

⇒ **0,4 % Abzug** von der Abrechnungssumme



d) Ok, ich mache das gerade und **gebe die Daten selbst** mit einer eigenen Software **ein und versende die Daten an die Kostenträger!**

⇒ **0,0 % Abzug**

...aber **1650,- €** Anschaffungskosten  
+ **46 € monatlich** nach dem 1. Jahr

