

# Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

V

Angaben zum Träger des Rehabilitationssportangebots

1. Name des Trägers: \_\_\_\_\_

Internetseite/Website: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

2. Ansprechpartner/in des Trägers (Name, Vorname, Telefon, Email): \_\_\_\_\_

3. Institutionskennzeichen (IK): \_\_\_\_\_ Vereinskennziffer: \_\_\_\_\_

4. Abrechnung über Abrechnungsstelle/Trägerverband:      nein      wenn ja, Beginn/Ende der Beauftragung: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

wenn ja, Name: \_\_\_\_\_ und IK Nr: \_\_\_\_\_

## 5. Unfallversicherungsschutz/Beratungsprotokoll:

5.1 Eine Unfallversicherung für Mitglieder ist abgeschlossen:

Ja                      Nein

5.2 Eine Unfallversicherung für Nichtmitglieder

ist abgeschlossen.      ist nicht abgeschlossen.

wird abgeschlossen, sobald Nichtmitglieder am Rehabilitationssport teilnehmen.

5.3 Das standardisierte Beratungsprotokoll bzw. der standardisierte Beratungsleitfaden (Formblatt B) des DBS wird bei der Erstberatung verwendet:

Ja                      Nein

## 6. Erklärungen des Antragstellers

Wir beantragen die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX und bestätigen die Einhaltung der Regelungen zur Durchführung des Rehabilitationssports gemäß der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Oktober 2003 i.d.F. vom 01.01.2007. 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 anererkennenden Stelle mitzuteilen. Wir sind damit einverstanden, dass die erhobenen Daten (nur zu Angebot und Ansprechpartner/in) 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: \_\_\_\_\_

(Vorstand vertretungsberechtigt nach § 26 BGB)

# Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

AN

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot (je Angebot ein Blatt ausfüllen)

1. Vereinsname: \_\_\_\_\_ 2. Vereinskennziffer: \_\_\_\_\_ 3. Anerkennung ab: \_\_\_\_\_
4. Name /Bezeichnung des Angebotes (z.B. Wirbelsäulengymnastik): \_\_\_\_\_
5. Ansprechpartner/in für dieses Angebot (Name, Vorname, Telefon, Email): \_\_\_\_\_
6. Übungsleiter/in (Name, Vorname, Telefon, Email): \_\_\_\_\_
7. Betreuende/r /überwachende/r Ärztin/Arzt (Name, Vorname, Telefon, Email): \_\_\_\_\_
8. Übungsstätte (Name, Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_
9. Trainingsfläche/Wasserfläche der Übungsstätte (in qm): \_\_\_\_\_ bei Angeboten im Wasser: \_\_\_\_\_ C Wassertemperatur
10. Wochentag: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ Uhr bis: \_\_\_\_\_ Uhr Wochentag: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ Uhr bis: \_\_\_\_\_ Uhr Wochentag: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ Uhr bis: \_\_\_\_\_ Uhr

11. Teilnehmerkreis:

<input type="checkbox"/>	weiblich	<input type="checkbox"/>	männlich	<input type="checkbox"/>	Kinder	<input type="checkbox"/>	Jugendliche	<input type="checkbox"/>	Erwachsene
<input type="checkbox"/>	Bis 15 Erwachsene	<input type="checkbox"/>	Bis 20 Erwachsene bei Herzsport	<input type="checkbox"/>	Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene	<input type="checkbox"/>	Bis 10 Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahres	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Mehr als 15 Erwachsene	<input type="checkbox"/>	Mehr als 20 Erwachsene bei Herzsport	<input type="checkbox"/>	Bis 5 schwerstbehinderte Kinder	<input type="checkbox"/>	Bis 10 Kinder in Kinderherzsportgruppe	<input type="checkbox"/>	

12. Rehabilitationssportart:

<input type="checkbox"/>	<b>Gymnastik</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Schwimmen</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Leichtathletik</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Bewegungsspiele in Gruppen</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Sonstige:</b>
--------------------------	------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------	------------------

13. Zielgruppe (Ordnen Sie Ihr Angebot bitte einer Zielgruppe, wie z.B. Innere Organe, zu. Sie können innerhalb dieser Zielgruppe eine oder mehrere Bereiche ankreuzen):

<b>Erkrankungen Orthopädie</b>	<b>Erkrankungen Neurologie</b>	<b>Erkrankungen Sensorik</b>	<b>Erkrankungen Innere Medizin</b>
<input type="checkbox"/> Wirbelsäulen-/Haltungsschäden	<input type="checkbox"/> Cerebrale Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/> Sehbehinderungen/Blindheit	<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Hörschädigungen/Gehörlosigkeit	<input type="checkbox"/> Atemwegserkrankungen
<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
<input type="checkbox"/> Gelenkschäden	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis		<input type="checkbox"/> Asthma/Allergien
<input type="checkbox"/> Amputationen/Gliedmaßenschäden	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose		<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus
<input type="checkbox"/> Endoprothesen	<input type="checkbox"/> Spina bifida		<input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Epilepsie		<input type="checkbox"/> Sonstige
	<input type="checkbox"/> Querschnittlähmung		
	<input type="checkbox"/> Sonstige		

<b>Erkrankungen Psychiatrie</b>	<b>Krebserkrankungen</b>	<b>Geistige Behinderungen</b>	<b>Andere Behinderungen</b>
<input type="checkbox"/> Verhaltensstörungen	<input type="checkbox"/> Brustkrebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Geistige Behinderungen	<input type="checkbox"/> Mehrfachbehinderungen
<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Prostata-/Blasenkrebskrankungen	<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> ADS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom)
<input type="checkbox"/> Abhängigkeitserkrankungen	<input type="checkbox"/> Sonstige		<input type="checkbox"/> Selbstbehauptung/Selbstbewusstsein
<input type="checkbox"/> Sonstige			<input type="checkbox"/> Sonstige

14. Nur für Herzsportgruppen:

Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Datum der letzten Kontrolle der Notfallausrüstung:	
--	-----------------------------	-------------------------------	--	--

# Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

# AN II

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot (je Angebot ein Blatt ausfüllen)

## Angaben zu den sonstigen Rahmenbedingungen

### 1. Räumliche und sachliche Voraussetzungen

Die Räumlichkeiten, Materialien und Geräte sind hinsichtlich der Zielsetzung für den Rehabilitationssport zweckmäßig und angemessen.

Ja    Nein

Sanitäre Anlagen sind vorhanden.

Ja    Nein

Eine einsatzfähige und vollständige Erste-Hilfe-Ausstattung ist vorhanden.

Ja    Nein

Der Zugang zur Sportstätte und zu den sanitären Einrichtungen ist für die Zielgruppe des Angebots hinreichend gegeben.

Ja    mit Einschränkung

Funktional einsetzbare Sportgeräte stehen zur Verfügung.

Ja    mit Einschränkung

### 2. Nachhaltigkeit

Nach Ablauf der ärztlichen Verordnung ist gewährleistet, dass die Teilnehmenden auch ohne Verordnung dieses oder ein gleichwertiges Angebot besuchen können.

Ja    Nein    In Vorbereitung

### 3. Aspekte der Durchführung und Auswertung

3.1 Dem Angebot liegt eine Planung zugrunde.

Ja    Nein

3.2 Die Übungseinheiten enthalten Informations- und Beratungselemente.

Ja    Nein

3.3 Die Übungseinheiten werden dokumentiert.

Ja    Nein

3.4 Eine Anwesenheitsliste der Teilnehmer/innen wird geführt.

Ja    Nein

3.5 Eine aktuelle Liste der Notfallnummern liegt vor.

Ja    Nein

3.6 Eine aktuelle Liste der Krankenhäuser in der näheren Umgebung liegt vor.

Ja    Nein

3.7 Das standardisierte Beratungsprotokoll bzw. der standardisierte Beratungsleitfaden (Formblatt B) des DBS werden verwendet.

Ja    Nein

# Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

## Angaben zur Übungsleiterin/zum Übungsleiter

ÜL

Die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen kann u.a. nur ausgesprochen werden, wenn die eingesetzte Übungsgruppenleitung über eine für den beantragten Bereich (Zielgruppe) gültige Übungsleiterlizenz 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: \_\_\_\_\_ Verein (für welchen Verein tätig?): \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

### Erklärung:

Ich verpflichte mich, die Qualifikationsanforderungen des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) für den Rehabilitationssport einzuhalten, Rehabilitationssportgruppen nur mit gültiger Übungsleiterlizenz zu leiten und auf Anforderung des anerkennenden Verbandes einen Fragebogen über die Durchführung des Angebots auszufüllen und zurückzuschicken. Bei Erstberatung verpflichte ich mich das standardisierte Beratungsprotokoll bzw. den standardisierten Beratungsleitfaden (Formblatt B) des DBS einzusetzen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift (ÜL): \_\_\_\_\_

# Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX

M

Angaben zu der betreuenden/überwachenden Ärztin/dem betreuenden/überwachenden Arzt

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

Telefon/Email: \_\_\_\_\_ Fachrichtung: \_\_\_\_\_

2. Betreuer Verein: \_\_\_\_\_ ggfls. betreute Gruppe(n): \_\_\_\_\_

## 3. Erklärung:

Hiermit versichere ich, die Rehabilitationssportgruppe(n) des o.g. Vereins im Sinne der Nr.12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.Oktober 2003 i.d.F. 01.01.2007 zu betreuen und zu überwachen. Hierzu gehören:

### a. Bei Erstkontakt mit der Rehabilitationssportgruppe:

- Die Zuordnung zur Gruppe auf Grund der Indikation ggfls. anhand der Unterlagen des behandelnden Arztes zu prüfen und Vorgaben für die Durchführung des Sportes zu machen.

### b. Allgemein:

- Die Teilnehmer/innen und die Übungsleiter/innen auch im weiteren Verlauf bei Bedarf zu beraten.
- Die/den behandelnde/verordnende Ärztin/Arzt über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports zu informieren, sofern dies für die Verordnung/ Behandlung von Bedeutung ist.

### c. Für Herzsport gilt zusätzlich:

- Die ständige, persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen.
- Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des Teilnehmers/der Teilnehmerin abgestimmt wurden, festzulegen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Stempel/Unterschrift Ärztin/Arzt : \_\_\_\_\_

**Hinweis: Diese Tätigkeit ist bei der Berufshaftpflichtversicherung anzuzeigen!**

## Beratungsprotokoll/Beratungsfaden

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).
- Inhalt des Sportangebotes:  
Gymnastik, Bewegungsspiele, Schwimmen, Leichtathletik (Gehen/Laufen), geeignete Inhalte anderer Sportarten (z.B. Entspannung, o.ä.).
- Organisatorischer Rahmen (Übungsleiter 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 Kostenträgern eine Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis befürwortet.
- Wenn die Mitgliedschaft **freiwillig** eingegangen wird, können folgende zusätzliche Leistungen des Vereins in Anspruch genommen werden:

- 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) \_\_\_\_\_