

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



Institutionskennzeichen: _____

LSB-Vereinskennziffer: _____

Antrag des Vereins

Geschäftsstelle des Vereins

Vereinsname: _____

Abteilung: _____ Fachverband: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____ E-Mail: _____

Geldinstitut: _____ Kontoinhaber: _____

BLZ: _____ Kontonummer: _____

Ansprechpartner/in für Rehabilitationssport im Verein

Name / Vorname _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Telefax _____ E-Mail: _____

Wir beantragen die Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX für die im Formular AN aufgeführte Gruppe / für die in den Formularen AN aufgeführten Gruppen.

Wir erklären,

- die Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 i.d. Fassung vom 1.1.2007 zur Kenntnis genommen zu haben und deren Anforderungen zu berücksichtigen,
- gemäß der aktuellen Rahmenvereinbarung (§ 19) an qualitätssichernden Maßnahmen des LandesSportBundes Nordrhein-Westfalen oder des Behinderten-Sportverbandes Nordrhein-Westfalen teilzunehmen,
- den Dachverbänden regelmäßig gruppenbezogene Daten zur zweckgebundenen Weitergabe gemäß der gesetzlichen Vorgaben zur Verfügung zu stellen,
- allen Teilnehmenden an Rehabilitationssportgruppen des Vereins eine zeitlich unbefristete sportliche Betätigung in Eigenverantwortung und unter den Qualitätsstandards des Rehabilitationssports zu ermöglichen,
- den LandesSportBundes Nordrhein-Westfalen oder den Behinderten-Sportverband Nordrhein-Westfalen unverzüglich zu unterrichten, wenn Voraussetzungen der Anerkennung nicht mehr vorliegen oder sich Stammdaten geändert haben (z.B. Wechsel der betreuenden Ärztinnen bzw. Ärzte, Übungsleiterinnen bzw. Übungsleiter).

Datum, Ort

Unterschrift des Vereinsvorstandes gemäß § 26 BGB
Vereinsstempel

LSB-Vereinskennziffer: _____

Angaben zum Rehabilitationssportangebot

Titel des Angebotes: _____

Übungsleiter/in: _____

Betreuender Arzt/Ärztin: _____

Das Angebot ist: eine Neugründung eine bereits bestehende Gruppe
 für Frauen / Mädchen für Männer / Jungen
 für beide Geschlechter

Indikation

Ordnen Sie Ihr Rehabilitationssportangebot einem Bereich (wie z.B. „Innere Organe“) zu. Sie können innerhalb dieses Bereichs eine oder mehrere Indikationen ankreuzen (wie z.B. „Diabetes“, „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“).

- Stütz-/Bewegungsapparat**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wirbelsäulen- / Haltungsschäden | <input type="checkbox"/> Gelenkschäden |
| <input type="checkbox"/> Amputationen / Gliedmaßenschäden | <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Endoprothesen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |
- Innere Organe**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma/Allergie |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> periph. art. Verschlusskrankheiten | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
- Sinnesbehinderung**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung/Blindheit | <input type="checkbox"/> Hörschädigungen/Gehörlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |
- Peripheres zentrales Nervensystem**
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> cerebrale Bewegungsstörungen | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose |
| <input type="checkbox"/> Parkinson | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Querschnittslähmung |
| <input type="checkbox"/> Spina bifida | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | |
- Geistige Behinderung**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) |
| <input type="checkbox"/> Mehrfachbehinderungen | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

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

AN

LSB-Vereinskennziffer: _____

 Psychische Erkrankungen Suchterkrankungen Verhaltensstörungen Sonstige: _____ Psychische Erkrankungen **Krebsnachsorge** Brustkrebserkrankungen Sonstige: _____ Prostata-/ Blasenkrebserkrankungen

Organisation des beantragten Angebotes

Anschrift des Übungsortes:

Halle/Platz/Bad/Trainingsort: _____

Straße / Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Häufigkeit und Termine des Angebotes: 1. Übungseinheit am (Wochentag) _____ Uhrzeit von _____ bis: _____ 2. Übungseinheit am (Wochentag) _____ Uhrzeit von _____ bis: _____ 3. Übungseinheit am (Wochentag) _____ Uhrzeit von _____ bis: _____

Nach Ablauf der Verordnung

Es ist gewährleistet, dass die Teilnehmenden auch ohne Verordnung dieses oder ein gleichwertiges Angebot besuchen können: ja nein in Vorbereitung

Nur für Herzsportgruppen

Für die Übungspraxis steht eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung zur Verfügung: Eine eigene Notfallausrüstung ist vorhanden Eine eigene Notfallausrüstung soll nach Anerkennung angeschafft werden. Eine Notfallausrüstung wird zur Verfügung gestellt von

Bei der Gruppe handelt es sich um eine:

 Übungsgruppe Trainingsgruppe gemischte Gruppe

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

AN

LSB-Vereinskennziffer: _____

Angaben zum Teilnehmerkreis

An dem Angebot nehmen aktiv teil:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> bis 15 Erwachsene*
(bzw. max. 20 Erwachsene in Herzsportgruppen) | <input type="checkbox"/> mehr als 15 Erwachsene* |
| <input type="checkbox"/> bis 10 Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahrs | <input type="checkbox"/> bis 5 schwerstbehinderte Kinder |

* Hinweis:

Beim Rehabilitationssport beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Teilnehmer/-innen je Übungsleiter/-in; geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen.

Bei der Durchführung von Rehabilitationssport in Herzgruppen bestimmt der/die betreuende Arzt/Ärztin die Teilnehmerzahl, die nicht größer als 20 sein darf.

Durchführung

Diesem Angebot liegt eine für die Gruppe erstellte mittelfristige Planung nach den Zielsetzungen für den Rehabilitationssport in Nordrhein-Westfalen zu Grunde.

Ja Nein

Die Praxiseinheiten enthalten Informations- und Beratungselemente.

Ja Nein

Eine Dokumentation wird vorgenommen (z.B. in Form einer Teilnehmerkarte, Pulskarte, etc.).

Ja Nein

Die Teilnehmer/innen erhalten Unterlagen zum Angebotsthema.

Ja Nein

Rahmenbedingungen

Für die Durchführung von Rehabilitationssportangeboten sind einige Rahmenbedingungen zu beachten. Diese Rahmenbedingungen sind Qualitätskriterien, die allerdings für die Anerkennung nicht verbindlich erfüllt sein müssen:

	Ja	mit Einschränkung
Der barrierefreie Zugang zur Sportstätte ist für die Zielgruppe des Angebots hinreichend gegeben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es stehen funktional einsetzbare Sportgeräten zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die sanitären Einrichtungen sind barrierefrei zugänglich und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist eine einsatzfähige und vollständige Erste-Hilfe-Ausstattung vorhanden - Die Notfallkette ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

ÜL

LSB-Vereinskennziffer: _____

Angaben zur Person der Übungsleiterin bzw. des Übungsleiters

Name / Vorname _____ Titel: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Telefax _____ E-Mail: _____

Welchen Ausbildungsabschluss haben Sie?

Kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Angaben an.

Ich habe eine gültige Fach-Ausbildung Rehabilitationssport auf der 1. Lizenzstufe des Deutschen Behindertensportverbandes (bzw. Behinderten-Sportverband Nordrhein-Westfalen) für das Profil

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stütz-/Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> Innere Organe |
| <input type="checkbox"/> Sinnesbehinderung | <input type="checkbox"/> periph. zentr. Nervensystem |
| <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sport in Herzgruppen | |

Die Lizenz ist gültig bis (Monat und Jahr) _____

Die Lizenznummer lautet: _____



Ich habe eine gültige Lizenz auf der 2. Lizenzstufe „Sport in der Rehabilitation“ des Deutschen Sportbundes (bzw. LandesSportBund Nordrhein-Westfalen) für das Profil

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Bewegung und Sport bei Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Sport in Herzgruppen |
| <input type="checkbox"/> Sport in der Krebsnachsorge |

Die Lizenz ist gültig bis (Monat und Jahr) _____

Die Lizenznummer lautet: _____



Ich erkenne die Verpflichtung zur Teilnahme an regelmäßigen Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Rehabilitationssport gemäß den Vorgaben des LandesSportBundes Nordrhein-Westfalen oder des Behinderten-Sportverbandes Nordrhein-Westfalen an. Entsprechende Nachweise werden beim Folgeantrag geführt.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben.

Datum, Ort

Unterschrift des Übungsleiters / der Übungsleiterin

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

M

LSB-Vereinskennziffer: _____

Erklärung des Arztes bzw. der Ärztin

Die ärztliche Betreuung des Rehabilitationssportangebots wird wahrgenommen von

Name des Arztes/der Ärztin: _____

Fachrichtung: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Für Herzsportgruppen

Versicherung

des betreuenden Arztes

Hiermit versichere ich, die Herzsportgruppe(n) des o.g. Vereins/der Abteilung im Sinne des § 12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 i.d. Fassung vom 1.1.2007 zu betreuen und zu überwachen.

Zu dieser Aufgabe gehören gemäß der Vorgaben der Landesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitationssport im LandesSportBund Nordrhein-Westfalen:

- ➔ Betreuung und Überwachung während der Übungsveranstaltung (persönliche Anwesenheit)
- ➔ Abstimmung des Übungsprogramms mit der Übungsleitung im Hinblick auf die Behinderung und den Allgemeinzustand des Teilnehmenden auf der Grundlage der Angaben in der Verordnung bzw. aktueller - mindestens einmal jährlich - vorliegender Untersuchungsbefunde (z.B. hausärztliche Befunde, kardiologische Befunde, Klinik-Entlassungsberichte, Medizinischer Informationsbogen etc.). Kopien der Befunde sind zur Einsicht am Übungsort bereitzuhalten. Besondere Hinweise wie Einschränkungen usw. sind schriftlich zu dokumentieren.
- ➔ Abstimmung des Übungsprogramms mit der Übungsleitung im Hinblick auf die rehabilitativen Zielsetzungen sowie ergänzende gesundheitliche Beratung der Teilnehmenden.
- ➔ Beurteilung von ggf. aktuell vorliegenden Einschränkungen der Belastbarkeit in den Übungsstunden und ggf. Erteilung entsprechender Anweisungen an die Übungsleitung.
- ➔ Zuständigkeit für eine vollständige und einsatzfähige Notfallausrüstung in der Herzsportgruppe.

Datum, Ort

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Rückseite: Auszug aus der Rahmenvereinbarung

Für alle anderen Rehabilitationssportgruppe

Erklärung

des betreuenden Arztes

Hiermit bestätige ich, dass ich den o.g. Verein / die Abteilung im Sinne des § 12 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 i.d. Fassung vom 1.1.2007 ärztlich betreue und überwache.

Datum, Ort

Stempel und Unterschrift des Arztes / der Ärztin

**Auszug aus der
Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport
und das Funktionstraining vom 01. Oktober 2003 i. d. F. vom 01. Januar 2007**

12. Ärztliche Betreuung / Überwachung des Rehabilitationssports

12.1 Grundsätzlich erfolgen die ärztliche Betreuung und Überwachung des einzelnen behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen auch im Hinblick auf den Rehabilitationssport durch den behandelnden/verordnenden Arzt/die behandelnde/verordnende Ärztin.

Die Betreuung der Rehabilitationssportgruppen erfolgt durch einen Arzt/eine Ärztin, der/die die Teilnehmer/-innen und die/den Übungsleiter/-in bei Bedarf während der Übungsveranstaltung berät. Dieser Arzt/diese Ärztin informiert die/den behandelnde/n/verordnende/n Arzt/Ärztin über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports, sofern dies für die Verordnung / Behandlung von Bedeutung ist.

12.2 Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen ist die ständige, persönliche Anwesenheit eines/einer betreuenden Arztes/Ärztin während der Übungsveranstaltungen erforderlich. Mit der ärztlichen Betreuung und Überwachung des Rehabilitationssports in Herzgruppen sind auf dem Gebiet des Rehabilitationssports erfahrene Ärzte/Ärztinnen zu beauftragen. Ihre Aufgabe ist es,

- auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde die auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen abgestimmten Übungen festzulegen,
- zu Beginn jeder Übungsveranstaltung ist die Belastbarkeit durch Befragung festzustellen und zu berücksichtigen; ggf. sind dem/der Übungsleiter/-in entsprechende Anweisungen zu erteilen,
- während der Übungen die Teilnehmer/-innen zu überwachen,
- den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen zu beraten.

Die Belastungsvorgaben einschließlich der Befunde sowie besondere Hinweise wie Einschränkungen usw. sind schriftlich zu dokumentieren.

Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen gelten zusätzlich die mit den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger abgestimmten Richtlinien der DGPR.

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

TN

LSB-Vereinskennziffer: _____

Begründung für die Überschreitung der Teilnehmerzahl

Titel des Angebotes: _____

Übungsleiter/in: _____

Name des Arztes/der Ärztin: _____

Gemäß § 10.1 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 i.d. Fassung vom 1.1.2007 beträgt die maximale Teilnehmerzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Personen je Übungsleiter/in. Für spezielle Indikationen sowie Kinder und Jugendliche sind unter §§ 10.1 und 10.2 davon abweichende Höchstgrenzen festgelegt. Überschreitungen der Teilnehmerzahl sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen. Bei der Durchführung von Rehabilitationssport in Herzgruppen bestimmt der betreuende Arzt/die betreuende Ärztin die Teilnehmerzahl, die nicht größer als 20 sein darf.

Für die oben genannte Rehabilitationssportgruppe beantragen wir die Anerkennung bei höherer Teilnehmerzahl. Wir begründen die Überschreitung der Teilnehmerzahl mit folgenden Fakten:

Die Altersgruppe des Angebots

- Erwachsene
- Kinder vor Vollendung des 14. Lebensjahrs
- schwerstbehinderte Kinder

Die Gruppe hat die durchschnittliche Teilnehmerzahl von _____ Personen

Die Überschreitung der Höchstzahl ist notwendig, weil

Die Qualität des Rehabilitationssports ist auch bei der höheren Teilnehmerzahl gewährleistet durch

Datum, Ort

Unterschrift des/der Übungsleiters/in Vereinsstempel