

Anlage 1

der

Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Funktionstrainings in Niedersachsen vom 01.01.2010 i. d. F. vom 01.01.2015

§ 1

Höhe der Vergütung

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren gemäß § 5 (Leistungsumfang) der obigen Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Funktionstrainings in Niedersachsen, dass die Leistungsträger für die Teilnahme am Funktionstraining je Übungsveranstaltung und teilnehmenden anspruchsberechtigten Versicherten folgende Vergütungssätze zahlen.
- (2) Die Vergütungssätze der Renten- und Krankenversicherungsträger betragen je Einheit Funktionstraining und je teilnehmenden anspruchsberechtigten Versicherten

	ab 01.01.2015	ab 01.01.2016	ab 01.01.2017
Trockengymnastik (Pos.-Nr. 704 506)	3,95 € / Übungseinheit	4,15 € / Übungseinheit	4,20 € / Übungseinheit
Wassergymnastik (Pos.-Nr. 704 505)	5,50 € / Übungseinheit	5,60 € / Übungseinheit	5,70 € / Übungseinheit

Mit der vereinbarten Vergütung sind alle entstehenden Kosten abgegolten.

§ 2

In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2015 in Kraft.

Die vorgenannten Vergütungen können von der Funktionstrainingsgruppe abgerechnet werden, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt und die Leistung nach dem 01.01.2015 abgegeben wurde.

- (2) Die Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner mit einer Frist von drei Monaten, zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden, frühestens zum 31.12.2017.

§ 3

Leistungserbringergruppenschlüssel

Der Leistungserbringergruppenschlüssel für Funktionstraining ist 6207000.

**Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung
des Funktionstrainings in Niedersachsen
vom 01.01.2010 i. d. F. vom 01.01.2015**

Teilnahmebestätigung KV nach § 6 Abs. 9 der Vereinbarung

Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum	Krankenkasse	Versicherten-Nr.	
Teilnahmebestätigung <small>(Bitte unmittelbar nach den Übungsveranstaltungen quittieren)</small>				
Nr.	W*)	T*)	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				

) Zur Rückgabe bitte anerkennen: W) Wasserverbund, T*) Tischtennisverband

Nr.	W*)	T*)	Datum	Unterschrift des/der Teilnehmers/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

T 704506: _____ x _____ = _____ Euro
(Pkt.-Nr.) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (verehelter Vergütungssatz)

W 704505: _____ x _____ = _____ Euro
(Pkt.-Nr.) (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (verehelter Vergütungssatz)

Zwischenabrechnung Die letzte Abrechnung erfolgte am _____.
Bislang wurden insgesamt _____ Monate für die vorliegende Verordnung abgerechnet.

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten.

Konto: _____ Kontoinhaber: _____
Bankleitzahl: _____
Kreditinstitut: _____ Institutionskennzeichen: _____

Bestätigung des Leistungserbringers

Es wird bestätigt, dass die Funktionstrainingsgruppe anerkannt ist, die Übungsveranstaltungen von einem/r Übungsleiter/in geleitet werden und dieser im Besitz einer gültigen Übungsleiterqualifikation ist. _____ Datum, Stempel, Unterschrift des Leistungserbringers

Termin für die letzte genehmigte Teilnahme: _____

) Zur Rückgabe bitte anerkennen: W) Wasserverbund, T*) Tischtennisverband

Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung
des Funktionstrainings in Niedersachsen
vom 01.01.2010 i. d. F. vom 01.01.2015

Teilnahmebestätigung RV nach § 6 Abs. 9 der Vereinbarung

Abrechnungsformular für die Rehabilitationsportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe

Zuständiger Rentenversicherungsträger: Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer: _____ Kennzeichen (jeweils beibehalten): **G850**

Name und Anschrift der Rehabilitationsportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe: _____

Anforderung der Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationsport oder Funktionstraining

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Strasse, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort: _____

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen.
(Die Art des Rehabilitationsports ist wie folgt anzugeben: R = Rehabilitationsport, H = Rehabilitationsport in Herzgruppen; die Art des Funktionstrainings ist wie folgt anzugeben: T = Trockengymnastik, W = Wassergymnastik)

Eine Unterschrift der Versicherten / des Versicherten auf Blatt 8 ist ausreichend, sofern regionale Absprachen / Regelungen dies zulassen.

Lfd. Nr.	R, H, T, W	Datum	Unterschrift	Lfd. Nr.	R, H, T, W	Datum	Unterschrift
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

00850 PDF - Bl. 6
V001 - 21.03.2009 - 1

Versicherungsnummer: _____ Kennzeichen (jeweils beibehalten): _____

Lfd. Nr.	R, H, T, W	Datum	Unterschrift	Lfd. Nr.	R, H, T, W	Datum	Unterschrift
31				53			
32				54			
33				55			
34				56			
35				57			
36				58			
37				59			
38				60			
39				61			
40				62			
41				63			
42				64			
43				65			
44				66			
45				67			
46				68			
47				69			
48				70			
49				71			
50				72			
51				73			
52				74			

00850 PDF - Bl. 7
V001 - 21.03.2009 - 1

Zuständiger Rentenversicherungsträger: Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer: _____ Kennzeichen (jeweils beibehalten): _____

Bestätigung der Versicherten / des Versicherten

Ich bestätige, dass ich an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen habe.

Datum, Unterschrift der Versicherten / des Versicherten: _____

Bestätigung der Rehabilitationsportgruppe beziehungsweise der Funktionstrainingsgruppe

Es wird bestätigt, dass die Versicherte / der Versicherte an den vorstehend aufgeführten Tagen an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

Datum, Unterschrift, Name und Ort der Rehabilitationsportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe, Standort: _____

Abrechnung (Es werden nur Leistungen vergütet, denen eine ärztliche Verordnung zugrunde liegt)

	Anzahl der Übungsveranstaltungen	verwendeter Vergütungssatz	Betrag in EUR
sonstiger Rehabilitationsport:	X	=	
Rehabilitationsport in Herzgruppen:	X	=	
Funktionstraining: Trockengymnastik	X	=	
Funktionstraining: Wassergymnastik	X	=	
regional vereinbartes Angebot (z.B. Bedarf gesundheitsfördernde Maßnahmen, Rehabilitationsport im Wasser, andere in Gruppenform betriebene oder von Befähigung bedingte Trainingseinheiten)	X	=	
Gesamtbeitrag		=	EUR

Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number): _____ BIC (Bank Identifier Code): _____

Geldinstitut (Name, Ort): _____

Kontoinhaber / Kontoinhaber: _____

Rechnungsnummer: _____ Rechnungs vom: _____

Bitte unbedingt angeben:

Die ärztliche Verordnung (Kostenzusage G850 - Seite 5) ist beifolgend.

Datum, Unterschrift, Ort, Stempel der abrechnenden Stelle

Seite 8 von 8

00850 PDF
V001 - 17.12.2012 - 2

**Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung
des Funktionstrainings in Niedersachsen
vom 01.01.2010 i. d. F. vom 01.01.2015**

Verzeichnis der anerkannten Leistungserbringer (Muster Excel-Tabelle)

Übersicht der zu übermittelnden Daten an den vdek

Funktionstraining

Stand: 04.12.2013

Dachverb id	Leistungserbringer gruppenschlüssel (LEGS)	IK	Name der Funktionstrai ningsgruppe	Straße, Nr.	PLZ	Ort	Telefon	Ansprechpartner	E-Mail-Adresse	Homepage	Abrechnungsstel le Name	Abrechnungsstel le IK
A	N 7-stellig ohne Leerzeichen (wie vom vdek vergeben)	N 5-stellig ohne Leerzeichen	An	An	N (PLZ-Feld 5-stellig)	A	An	A	An	An	A	N 6-stellig ohne Leerzeichen, nur zahlen, wenn eine Abrechnungsstelle angegeben wurde

Angaben zum Leistungserbringer

Legende: A = Alphanumerisch (Nur Buchstaben)
 An = Alphanumerisch (Buchstaben, Leerzeichen, Zahlen etc.)
 N = Numerisch (nur Ziffern/Zahlen ohne Leerstellen)
 = freiwillige Zusatzinformationen
 = Kenn-PLZ (FKZ), sofern diese Information vorliegt, muss das Feld gefüllt werden
 Das Pflichtfeld "Teilnehmerkreis" ist nur zu füllen, sofern es sich nicht um eine gemischte Erwachsene Gruppe handelt (z. B. Frauengruppen, Kindergruppen, Jugendgruppen o.ä.)

Übersicht der zu übermittelnden Daten an den vdek

Funktionstraining

Stand: 04.12.2013

Angebotsnummer	Anerkannt seit	Anerkannt bis	Indikationen	Funktionstrain ingstanz	Abrechenbare Positionsnumme r	Angebot	ggf. zusätzliche Bezeichnung des Angebots	Name Therapeut	Veranstaltungsort Name	Veranstaltungsort Straße, Nr.	Veranstaltungsort PLZ	Veranstaltungsort Ort	Wochentag	Uhrzeit von	Uhrzeit bis	Teilnehmer kreis
	Datum (Format: TT.MM.JJJJ)	Datum (Format: TT.MM.JJJJ)	An (z.B. Rheuma, Diabetes, Fibromyalgie)	A TTO = Trockenmassagen, WG = Wassergymnastik	N 6-stellig ohne Leerzeichen (704000, 704005)	An	An	A	A	An	N (PLZ-Feld 5-stellig eingeben)	A	A	Time (Format: hh:mm)	Time (Format: hh:mm)	Zielgruppe An (gemischte Erwachsene Gruppe)

Daten zur Übungsgruppe

Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung
des Funktionstrainings in Niedersachsen
vom 01.01.2010 vom 01.01.2015

Antragsvordruck für Anerkennung nach § 3 Abs. 3 der Vereinbarung

Anlage zur Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport / Funktionstraining

Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen / Funktionstrainingsgruppen

1. Allgemeine Angaben

- Name, Anschrift des Trägers der Gruppe
- Ansprechpartner/-in der Gruppe (Name, Anschrift, Telefon)
- Institutionskennzeichen
- In welchem übergeordneten Verband/Organisation ist der Träger der Gruppe Mitglied?
- Anerkennung der Gruppe beantragt am ab
- Angabe der Rehabilitationsportart/Funktionstrainingsart - anerkannt? Ab wann?
- Ort, Zeit und Dauer der Übungsveranstaltung
- Werden Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen angeboten/durchgeführt? Wenn ja, in welcher Form? (Vorlage eines Konzeptes)

2. Angaben zu personellen Voraussetzungen

- Name, Anschrift der/s Übungsleiters/-in/Therapeuten/-in
- Nachweis der Qualifikation, Fort- bzw. Zusatzausbildung, gültige Übungsleiterlizenz
- Gültig bis; ausgestellt am/ durch
- Ist Zusatzausbildung anerkannt? (Curriculum?) Durch wen?

3. Angaben zu räumlichen Voraussetzungen / Ausstattung der Übungsstätten

- Größe der Übungsstätte
- Bei Warmwassertraining: Größe des Therapiebeckens und Wasserwärme
- Geräteausstattung, ggf. Sonderausstattung, spezielle Geräte oder Hilfsmittel
- Barrierefreiheit?

25

4. Gruppengröße / Zusammensetzung der Gruppen

- Gruppengröße? (maximal 15 Teilnehmer/-innen je Übungsleiter/-in/Therapeut/-in, bei Rehabilitationssport in Herzgruppen maximal 20 Teilnehmer/-innen, bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen maximal 12 Teilnehmerinnen)
- Gruppengröße bei Kindergruppen? (maximal 10 Kinder, bei schwerstbehinderten Kindern maximal 5 Kinder je Übungsleiter/-in)
- Gruppengröße bei schwerstbehinderten Menschen? (maximal 7 Personen je Übungsleiter/-in)
- Feste Gruppe? (Definiert durch festgelegten zeitlichen Beginn, festgelegte Dauer, festgelegten Ort und durch die über die gesamte Zeitdauer gegebene Anleitung und Betreuung durch eine/n Übungsleiter/-in bzw. bei Herzgruppen zusätzlich die ständige, persönliche Anwesenheit des/der betreuende/n Arztes/Ärztin)
- ggf. besondere Voraussetzungen

5. Angaben zum Unfallversicherungsschutz

- Ist eine Unfallversicherung abgeschlossen? (Die Vorlage des Versicherungsscheins bzw. der Nachweis einer Sportversicherung ist notwendig)

6. Angaben zur ärztlichen Betreuung / Überwachung in Herzgruppen

- Welche/r Arzt/Ärztin hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltungen ständig anwesend zu sein (Name, Anschrift - schriftliche Erklärung vorlegen)? Vertretung bei Urlaub/Krankheit?
- Wird zu Beginn der Übungsveranstaltung eine Kurzanamnese (Medikamentenveränderung, Befindlichkeitsveränderung, ungewöhnliche Belastungen in Familie oder Beruf, Erkrankungen, insbesondere Infektionen) durchgeführt und Besonderheiten dokumentiert?
- Werden Ergebnisse der ärztlichen Untersuchung abgefragt?

26

- Ist ein netzunabhängiger, tragbarer Defibrillator vorhanden? Letzte Kontrolle?
- Ist ein Notfaltkoffer vorhanden?

7. Angaben zur ärztlichen Betreuung / Überwachung in Rehabilitationssportgruppen

- Welche/r Arzt/Ärztin hat sich verpflichtet, während der Übungsveranstaltungen bei Bedarf für Beratungen der Teilnehmer/-innen und der Übungsleiter/-innen zur Verfügung zu stehen (Name, Anschrift - schriftliche Erklärung vorlegen)? Vertretung bei Urlaub/Krankheit?

8. Angaben zur Notfallversorgung

- Bestehen bei Notfällen Möglichkeiten, den vertragsärztlichen Notdienst bzw. den notärztlichen Rettungsdienst (Notarzt/Notärztin) telefonisch zu erreichen (Telefon, Handy)?
- Nächst erreichbare/r Arzt/Ärztin?
- Nächstes Krankenhaus?

9. Dokumentation

- Wird eine Teilnehmerliste geführt? Wo kann diese eingesehen werden?
- Dokumentation der Übungsveranstaltungen (z. B. besondere Vorkommnisse)

27

Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung
des Funktionstrainings in Niedersachsen
vom 01.01.2010 i. d. F. vom 01.01.2015

Ermächtigungserklärung

KV nach § 10a Abs.16 der Vereinbarung ???

Hiermit erklären wir,

(Name des Leistungserbringers)

(Anschrift)

dass wir

(Name der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle)

(Anschrift)

vom _____ an ermächtigen, sämtliche von uns nach den Bestimmungen der Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Funktionstrainings in Niedersachsen vom 01.01.2010 vom 01.01.2015 für Versicherte erbrachte Leistungen mit schuldbefreiender Wirkung mit den Leistungsträgern abzurechnen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Leistungsanbieters)

Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung
des Funktionstrainings in Niedersachsen
vom 01.01.2010 i. d. F. vom 01.01.2015

Ermächtigungserklärung

zur Abrechnung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX durch vom
Leistungserbringer beauftragte Dritte

Hiermit ermächtige ich,

(Name des Teilnehmers / der Teilnehmerin)

(Anschrift)

den / die

(Name des Leistungserbringers)

(Anschrift)

**die Abrechnung der aufgrund einer ärztlichen Verordnung erbrachten Leistungen über
die / das**

(Name und Sitz des beauftragten Abrechnungszentrums)

durchzuführen.

**Mir ist bekannt, dass auf diesem Wege persönliche Daten (Name, Adresse,
Geburtsdatum, Dauer und Häufigkeit der Teilnahmen sowie die den
Rehabilitationssport / das Funktionstraining begründende Diagnose und eventuelle
weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen) nur zum Zweck der Abrechnung der o.g.
Leistung weitergegeben werden.**

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Teilnehmers / der Teilnehmerin)