



Informationen

zum

Funktionstraining im Verein

Neben dem Rehabilitationssport kann der Behinderten-Sportverband Niedersachsen e. V. (BSN) seine Vereine auch im Bereich Funktionstraining anerkennen.

Nachfolgend finden Sie die Informationen zur Durchführung, Qualifizierung der Leitenden, Anerkennung und Finanzierung dieser Leistung.

Grundlagen ...

Im § 64 des Sozialgesetzbuch 9 wird Funktionstraining als ergänzende Leistung zur Rehabilitation beschrieben:

„(1) Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben der in § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 genannten Rehabilitationsträger werden ergänzt durch

...

4. ärztlich verordnetes Funktionstraining in Gruppen unter fachkundiger Anleitung und Überwachung,

... „

Die „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.01.2011“ beschreibt grundsätzliche Vorgaben zum Funktionstraining.

In Niedersachsen ist mit allen Leistungsträgern eine Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung abgeschlossen worden.

Diese Vereinbarungen finden Sie auf der Homepage des BSN unter Downloads!

Durchführung

Funktionstraining wird grundsätzlich in Gruppen angeboten, die zu festen Zeiten durchgeführt werden. Es dürfen keine zwei Veranstaltungen an einem Tag durchgeführt werden. Gemischte Gruppe (Rehabilitationssport/Funktionstraining) sind nicht erlaubt.

Welche Angebote sind möglich?

Funktionstraining kann als Trockengymnastik oder Wassergymnastik angeboten werden. Nicht erlaubt ist das Training an technischen Geräten.

Leitung der Gruppen

Geleitet werden müssen diese Gruppen durch beruflich qualifiziertes Personal:

- Physiotherapeuten/-innen,
- Krankengymnasten/-innen und
- Ergotherapeuten/-innen

sowie durch folgende Berufsgruppen mit der Zusatzqualifikation „BSN-Lizenz Rehabilitationssport –Orthopädie-“:

- Masseur u. medizinischer Bademeister
- Sportwissenschaftler (Diplom, Magister, Bachelor, Master), Fachrichtung Prävention & Rehabilitation
- Sportlehrer (Staatsexamen, Diplom, Magister, Bachelor, Master)
- Sport- und Gymnastiklehrer
- Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin und/ oder Rehabilitationsmedizin

Dauer

Eine Unterrichtseinheit muss mindesten 30 Minuten bei Trockengymnastik bzw. 15 Minuten bei Wassergymnastik dauern.

Anerkennung

Der Verein muss mit sehr konkreten Informationen zum Angebot die Anerkennung beantragen.

Das Formular finden Sie auf der BSN Homepage: www.bsn-ev.de/funktionstraining.

Nach Prüfung der Unterlagen spricht der BSN die Anerkennung aus.

Wir informieren monatlich alle Krankenkassen und die Deutschen Rentenversicherungen auf Landesebene über die anerkannten Gruppen!

Wie lange wird verordnet?

Funktionstraining kann grundsätzlich für 12 Monate einmal oder auch zweimal pro Woche (mit gesonderter Begründung dreimal pro Woche) verordnet werden.

Bei besonderen chronischen Erkrankungen ist auch eine Verordnung über 24 Monate möglich.

Versicherte, die über die Deutsche Rentenversicherung eine Verordnung (G850) erhalten, können 6 Monate, in besonderen Fällen 12 Monat am Funktionstraining teilnehmen.

Vergütung

Der Verein kann folgende Vergütungen mit den Krankenkassen und den Deutschen Rentenversicherungen abrechnen:

| <u>Angebot</u> | <u>ab 01.01.2018</u> | <u>ab 01.01.2019</u> | <u>ab 01.01.2020</u> |
|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Trockengymnastik | 4,30 € | 4,40 € | 4,50 € |
| Wassergymnastik | 5,99 € | 5,99 € | 6,15 € |

Kosten für die Teilnehmer?

Auf freiwilliger Basis ist eine Mitgliedschaft im Verein möglich und wird von den Leistungsträgern auch befürwortet.

Den Versicherten dürfen aber grundsätzlich keine Kosten entstehen, d. h. die Mitgliedschaft im Verein darf nicht verpflichtend gefordert werden. Es dürfen also keine Beiträge, Eintrittsgelder, Zuschüsse o. ä. vom Teilnehmer gefordert werden.

Noch Fragen?

Bitte wenden Sie sich an die Geschäftsstelle des BSN, Herrn Kai Schröder:

Behinderten-Sportverband Niedersachsen e.V.
Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover
Tel.: 0511/1268-5103, Fax: 1268-45100
Homepage www.bsn-ev.de - schroeder@bsn-ev.de

Verordnung Krankenversicherung (Muster 56)

Antrag auf Kostenübernahme 56

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

Hierzu sind die Voraussetzungen zu erfüllen, die in der Verordnung über die Kostenübernahme für Rehabilitationssport (Sonderverfahren) festgelegt sind.

1. Patientendaten

Vorname: _____ Nachname: _____
 Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
 Matrikelnummer: _____

2. Diagnose

Diagnose (ICD-10): _____
 Arztname: _____

3. Antrag auf Kostenübernahme

Ich beantrage die Kostenübernahme für Rehabilitationssport / Funktionstraining für die Dauer von _____ Monaten.

4. Begründung

Die Krankheitsdauer beträgt _____ Monate.

Die Erkrankung führt zu erheblichen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten, die durch eine medizinische Rehabilitation nicht zu beseitigen sind.

Die Krankheitsdauer ist _____ Monate.

Die Erkrankung führt zu erheblichen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten, die durch eine medizinische Rehabilitation nicht zu beseitigen sind.

5. Arztbescheinigung

Die Krankheitsdauer beträgt _____ Monate.

Die Erkrankung führt zu erheblichen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten, die durch eine medizinische Rehabilitation nicht zu beseitigen sind.

Die Krankheitsdauer ist _____ Monate.

Die Erkrankung führt zu erheblichen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten, die durch eine medizinische Rehabilitation nicht zu beseitigen sind.

Antrag auf Kostenübernahme

für Rehabilitationssport/Funktionstraining

Hierzu sind die Voraussetzungen zu erfüllen, die in der Verordnung über die Kostenübernahme für Rehabilitationssport (Sonderverfahren) festgelegt sind.

1. Patientendaten

Vorname: _____ Nachname: _____
 Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
 Matrikelnummer: _____

2. Diagnose

Diagnose (ICD-10): _____
 Arztname: _____

3. Antrag auf Kostenübernahme

Ich beantrage die Kostenübernahme für Rehabilitationssport / Funktionstraining für die Dauer von _____ Monaten.

4. Begründung

Die Krankheitsdauer beträgt _____ Monate.

Die Erkrankung führt zu erheblichen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten, die durch eine medizinische Rehabilitation nicht zu beseitigen sind.

Die Krankheitsdauer ist _____ Monate.

Die Erkrankung führt zu erheblichen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten, die durch eine medizinische Rehabilitation nicht zu beseitigen sind.

5. Arztbescheinigung

Die Krankheitsdauer beträgt _____ Monate.

Die Erkrankung führt zu erheblichen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten, die durch eine medizinische Rehabilitation nicht zu beseitigen sind.

Die Krankheitsdauer ist _____ Monate.

Die Erkrankung führt zu erheblichen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten, die durch eine medizinische Rehabilitation nicht zu beseitigen sind.

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden übernommen für die Dauer von _____ Monaten.

Die Krankheitsdauer beträgt _____ Monate.

Die Erkrankung führt zu erheblichen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten, die durch eine medizinische Rehabilitation nicht zu beseitigen sind.

Die Krankheitsdauer ist _____ Monate.

Die Erkrankung führt zu erheblichen Einschränkungen der Alltagsaktivitäten, die durch eine medizinische Rehabilitation nicht zu beseitigen sind.

Teilnahmebestätigung Krankenversicherung Funktionstraining

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. W*) T*) | Datum | Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers |
|-------------|-------|--|
| 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. W*) T*) | Datum | Unterschrift der Teilnehmerin/des Teilnehmers |
|-------------|-------|--|
| 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: (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (vereinbarer Vergütungssatz) = _____ Euro
 W 704505: (Anzahl der Übungsveranstaltungen) (vereinbarer Vergütungssatz) = _____ Euro
 (Gesamtbetrag) _____ Euro

Bei Zwischenabrechnung: Die letzte Abrechnung erfolgte am _____, bislang wurden insgesamt _____ Einheiten für die vorliegende Verordnung abgerechnet.

Es wird um Überweisung des Gesamtbetrages auf unser Konto gebeten:

IBAN: _____

BIC: _____

Kontoinhaber: _____

Institutionskennzeichen: _____

Es wird bestätigt, dass die Funktionstraininggruppe anerkannt ist, die Übungsveranstaltungen von einer qualifizierten Übungsleiterin/einem qualifizierten Übungsleiter geleitet werden und diese/ er im Besitz einer gültigen Übungsleiter-Qualifikation ist.

Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers _____

*) Zutreffendes bitte ankreuzen:
 W = Wassergymnastik; T = Trockengymnastik

Hier muss der korrekte Rentenversicherungsträger eingetragen sein!

Ausfertigung für den Rentenversicherungsträger



Zuständiger Rentenversicherungsträger:

Form fields for Versicherungsnummer and Kennzeichen (soweit bekannt)

G850

Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining

Versicherte / Versicherter

Form fields for Name, Vorname, Geburtsdatum, and Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Form fields for vom - bis and in (Rehabilitationseinrichtung)

Die nachfolgende Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn mit dem Rehabilitationssport / Funktionstraining nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

1. Verordnung von Rehabilitationssport

1.1 Diagnose:

1.2 Art des Rehabilitationssports: [] Rehabilitationssport [] Rehabilitationssport in Herzgruppen

1.3 Angaben zur Belastbarkeit

Die Werte sind nur bei einer Verordnung von Rehabilitationssport in einer Herzgruppe unbedingt anzugeben.

Ergometrie table with fields for Watt max, HF max, /Min., RR max, mm Hg, Trainingspuls, /Min., and unter Beta-Blocker (ja/nein)

2. Verordnung von Funktionstraining

2.1 Diagnose: [] rheumatoide Arthritis [] Morbus Bechterew [] Arthrose [] Sonstige:

2.2 Art des Funktionstrainings: [] Trockengymnastik und / oder [] Wassergymnastik

3. Weitere Angaben für die Verordnung

3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate [] Monate

Hinweis: Die Verordnungsdauer beträgt in der Regel 6 Monate. Bei einer Verordnung von mehr als 6 Monaten bis längstens 12 Monaten ist eine ausführliche Begründung erforderlich (bitte gesondertes Blatt beifügen).

3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen (bis zu 2 je Woche, mit besonderer Begründung maximal 3 je Woche):

wöchentlich [] 1 mal [] 2 mal Reha-Sport [] 1 mal [] 2 mal Reha-Sport in Herzgruppen
wöchentlich [] 1 mal [] 2 mal Trockengymnastik [] 1 mal [] 2 mal Wassergymnastik

3.3 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung:

Das Informationsschreiben G852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Datum max. 3 Monate zurückliegend

Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung), Stempel

Unterschrift und Stempel darf nicht fehlen!!

Abrechnungsformular DRV

Zuständiger Rentenversicherungsträger:



Versicherungsnummer: _____ Kennzeichen (sonst bezeichnen): _____

Abrechnungsformular für die Rehabilitationsportgruppe oder Funktionsstrahlungsgruppe

G0851

Name und Anschrift der Rehabilitationsportgruppe oder Funktionsstrahlungsgruppe

Anforderung der Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationsport oder Funktionstraining

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

An den nachstehenden Fragen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen.
(Die Art des Rehabilitationsports oder das Funktionstrainings ist jeweils anzugeben.)
Eine Unterschrift der Versicherten / des Versicherten auf Seite 3 ist ausreichend, sofern regionale Absprachen / Regelungen dies zulassen.

| Lfd Nr. | Art | Datum | Unterschrift | Lfd Nr. | Art | 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 | | | |

Seite 1 von 3

G0851-00 DRV
V001 - ADR 12015 - Stand 24.03.2015

Versicherungsnummer: _____ Kennzeichen (sonst bezeichnen): _____

| Lfd Nr. | Art | Datum | Unterschrift | Lfd Nr. | Art | 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 | | | |

Seite 2 von 3

G0851-00 DRV
V001 - ADR 12015 - Stand 24.03.2015

Zuständiger Rentenversicherungsträger:



| | |
|---------------------|---------------------------------|
| Versicherungsnummer | Kennzeichen (soweit bekannt) |
|---------------------|---------------------------------|

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 Rehabilitationssportgruppe 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 Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe, Stempel

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

| | Anzahl der Übungsveranstaltungen | vereinbarter Vergütungssatz | Betrag in EUR |
|--|----------------------------------|-----------------------------|---------------|
| sonstiger Rehabilitationssport: | X | = | |
| Rehabilitationssport in Herzgruppen: | X | = | |
| Funktionstraining: Trockengymnastik | X | = | |
| Funktionstraining: Wassergymnastik | X | = | |
| regional vereinbartes Angebot (zum Beispiel gesundheitsbildende Maßnahmen, Rehabilitationssport im Wasser, spezielle Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen) | X | = | |
| Gesamtbetrag = | | | _____ EUR |

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen: | | Institutionskennzeichen (IK-Nummer) |
| IBAN (International Bank Account Number) | | BIC (Bank Identifier Code) |
| D E | | |
| Geldinstitut (Name, Ort) | | |
| Kontoinhaberin / Kontoinhaber | | |

| | | |
|---------------------------------|-----------------|--------------|
| Bitte unbedingt angeben: | Rechnungsnummer | Rechnung vom |
|---------------------------------|-----------------|--------------|

Die ärztliche Verordnung (Kostenzusage G0850 - Seite 5) ist beigefügt.

Datum, Unterschrift, Stempel der abrechnenden Stelle



Behinderten Sportverband
Niedersachsen

Impressum:

Behinderten-Sportverband Niedersachsen e. V.

Ferd.-Wilhelm-Fricke-Weg 10, 30169 Hannover,

Tel.: 0511/1268-5100, Fax: -45100, email: info@bsn-ev.de, www.bsn-ev.de

Stand: 01.10.2015