

**Vereinbarung
zur Durchführung und Finanzierung
des Rehabilitationssports in Niedersachsen
vom 01.01.2023**

zwischen
den Rentenversicherungsträgern

1. Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover,
Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen,

und den Krankenversicherungsträgern

2. AOK- Die Gesundheitskasse für Niedersachsen*,
BKK Landesverband Mitte - Landesvertretung Niedersachsen,
IKK classic Dresden *)
zugleich handelnd als Vertreterin der BIG direkt gesund, IKK gesund plus,
IKK-Die Innovationskasse, IKK Südwest
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)*
KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord*,
(im Folgenden Leistungsträger)

und

dem Behinderten-Sportverband Niedersachsen e. V. (BSN)
dem Niedersächsischen Turner-Bund e. V. (NTB)
der Landesarbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und
Rehabilitation in Niedersachsen e. V. (LAG)
(im Folgenden Trägerverbände)

* in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

Es wurde zur verständlichen Darstellung der Vertragsinhalte die männliche Person gewählt. Dieses soll eine einheitliche Formulierung und flüssige Lektüre sicherstellen und ist keinesfalls diskriminierend zu werten.

Präambel

Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports, sportlich ausgerichteter Spiele und bewegungstherapeutischer Inhalte ganzheitlich auf die behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen, ein.

Ziel des Rehabilitationssports ist, Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern und das Selbstbewusstsein insbesondere auch von behinderten oder von Behinderung bedrohten Frauen und Mädchen zu stärken. Rehabilitationssport fördert umfassend die funktionale Gesundheit und zielt dabei auch auf Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniseffekte ab. Es fördert die Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe, insbesondere die soziale und berufliche Teilhabe und die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotenziale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen, z. B. durch weiteres Sporttreiben in der bisherigen Gruppe bzw. im Verein auf eigene Kosten.

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarung regelt gemäß § 64 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX in Verbindung mit § 43 Abs. 1 SGB V bzw. § 28 SGB VI die Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports auf der Grundlage der "Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Januar 2022" in der jeweils gültigen Fassung" (im Folgenden Rahmenvereinbarung).
- (2) Rehabilitationssport kommt für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, um sie möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern.
- (3) Die Vereinbarung regelt die Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports in den von den Trägerverbänden anerkannten Mitgliedsstrukturen (Leistungserbringer).

§ 2

Aufgaben der Vereinbarungspartner

- (1) Die Trägerverbände gewährleisten, dass die ihnen angeschlossenen für den Rehabilitationssport anerkannten Leistungserbringer den Rehabilitationssport nach den Grundsätzen der Rahmenvereinbarung (vgl. § 1 Abs. 1) ordnungsgemäß durchführen. Sie wirken darauf hin, dass bedarfsgerecht qualifizierte Angebote vorgehalten werden.
- (2) Die an dieser Vereinbarung beteiligten Leistungsträger vergüten die Teilnahme ihrer Versicherten am Rehabilitationssport in anerkannten Rehabilitationssportgruppen als ergänzende Leistung zur Rehabilitation gemäß § 64 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX in Verbindung mit § 43 Abs. 1 SGB V bzw. § 28 SGB VI (s. Anlage 1).

(3) Die Leistungsträger empfehlen eine Mitgliedschaft der Teilnehmer auf freiwilliger Basis und informieren ihre Versicherten entsprechend. Eine Mitgliedschaft im Verein oder der Gruppe darf jedoch vom Leistungserbringer nicht zur Voraussetzung für die Teilnahmen am Rehabilitationssport gemacht werden.

(4) Die an dieser Vereinbarung beteiligten Leistungsträger sowie die Trägerverbände haben das gemeinsame Interesse, dass die Versicherten nach Ende der Leistungen durch die Leistungsträger an weiterführenden Bewegungsprogrammen eigenverantwortlich teilnehmen. Die Trägerverbände werden deshalb im Rahmen ihrer Möglichkeiten darauf hinwirken, dass die Leistungserbringer den Versicherten entsprechende Bewegungsprogramme anbieten bzw. die Versicherten in den bestehenden Gruppen im Rahmen einer Mitgliedschaft/auf eigene Kosten weiterhin teilnehmen können.

§ 3

Anerkennung und Überprüfung der Rehabilitationssportgruppen und Vertragsverstöße / Widerruf der Anerkennung

(1) Die Trägerverbände verpflichten sich, je nach Verbandszugehörigkeit die angeschlossenen Rehabilitationssportgruppen zu prüfen und die Anerkennung auszusprechen.

(2) Die Anerkennung und Überprüfung erfolgen nach einheitlichen Kriterien. Das Verfahren ist in der Anlage 2 zu dieser Vereinbarung geregelt.

(3) Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Rehabilitationssports erfolgt durch die Trägerverbände in ihrem Zuständigkeitsbereich nach Absatz 1. Die Überprüfung umfasst auch die rahmenvereinbarungskonforme Umsetzung in Bezug auf freiwillige Vereinsmitgliedschaften und Erhebung von Zuzahlungen, Eigenanteilen, Eintrittsgeldern oder Vorauszahlungen (vgl. Ziffern 16.4 und 16.5 Rahmenvereinbarung), u.a. Überprüfung der Verfahrensweise bei neuen Teilnehmern, Informationsmaterialien und Internetseiten der Rehabilitationssportgruppen.

(4) Die Trägerverbände stellen den an dieser Vereinbarung beteiligten Leistungsträgern quartalsweise ein Gesamtverzeichnis der Leistungserbringer zur Verfügung. Bei Änderungen erfolgt eine Information durch die Trägerverbände an die Leistungsträger durch Berichtigung im Gesamtverzeichnis bei der nächsten Aktualisierung.

Im Gegenzug sichern die Leistungsträger eine zeitnahe Übermittlung des Gesamtverzeichnisses an ihre Servicestellen / Untergliederungen / Mitgliedskassen zu. Die Einzelheiten werden in Anlage 3 geregelt.

(5) Erfüllt ein Leistungserbringer eine vertragliche Verpflichtung verspätet, nicht oder in nicht gehöriger Weise (Vertragsverstoß), kommen folgende Maßnahmen in Betracht:

- Verwarnung,
- Widerruf der Anerkennung.

(6) Die Leistungsträger können gegenüber dem zuständigen Trägerverband eine angemessene Frist zur Beseitigung des Vertragsverstoßes setzen. Bei wiederholten Vertragsverstößen sind die Leistungsträger ermächtigt, Kostenübernahmeerklärungen dem Leistungserbringer gegenüber – unter Einschaltung des zuständigen Trägerverbandes – zu verweigern.

Zu den Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- a) Annahme und Abrechnung nicht genehmigter Verordnungen.
- b) Erbringung nicht genehmigter Leistungsinhalte.
- c) Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen
- d) Wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz.
- e) Änderung der Verordnung.
- f) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen.
- g) Zahlung von Vergütungen für Tätigkeiten und Dienstleistungen an Dritte, wie Vertragsärzte, Krankenhausärzte, ambulante oder stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit dem Ziel einer direkten oder indirekten Zuweisung von Versicherten an die Rehabilitationssportgruppe.
- h) Forderung nach einer verpflichtenden Mitgliedschaft des Versicherten trotz Vorlage einer Kostenübernahmeerklärung des Leistungsträgers für den Rehabilitationssport (vgl. Ziffer 16.4 der Rahmenvereinbarung).
- i) Forderung von verpflichtenden Eigenbeteiligungen, Zuzahlungen, Vorauszahlungen etc. für die Teilnahme am ärztlich verordneten Rehabilitationssport zu Lasten der Leistungsträger (vgl. Ziffer 16.5 der Rahmenvereinbarung)
- j) Nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.
- k) Unzulässige Werbemaßnahmen
- l) Erhebung von Eintrittsgeldern o.ä. für den Zugang zu den Übungsstätten

Von den Maßnahmen nach Absatz 5 bleiben eine strafrechtliche Verfolgung und die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen unberührt.

(7) Die Anerkennung erlischt automatisch, sobald die Voraussetzungen für die Durchführung von Rehabilitationssport nicht mehr vorliegen. Rehabilitationssport darf durch den Leistungserbringer nicht erbracht werden, wenn die Voraussetzungen (Anerkennung) nicht mehr oder noch nicht vorliegen.

Es können nur Leistungen abgerechnet werden, die bis zum Erlöschen der Anerkennung durchgeführt worden sind.

(8) Bei Differenzen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern, die aus Vertragsverstößen resultieren, erfolgt eine Klärung in angemessener Frist auf der Landesebene zwischen dem zuständigen Trägerverband und dem zuständigen Leistungsträger.

§ 4

Rehabilitationssportarten, Gruppengrößen und Übungsveranstaltungen

(1) Neben den in Ziffer 5.1 der Rahmenvereinbarung aufgeführten Rehabilitationssportarten können die Leistungsträger auf Antrag der Trägerverbände weitere Rehabilitationssportarten anerkennen. Dabei ist Ziffer 5.3 der Rahmenvereinbarung zu beachten.

(2) Abweichungen von den Gruppengrößen (vgl. Ziffern 9.1 und 9.2 der Rahmenvereinbarung) können von den Trägerverbänden in begründeten Ausnahmefällen zugelassen werden, wenn der Erfolg des Rehabilitationssports in der Gruppe dadurch nicht gefährdet wird. Die Ausnahmetatbestände werden zwischen den Trägerverbänden und den Leistungsträgern einvernehmlich abgestimmt.

(3) Die Dauer einer Übungsveranstaltung muss mindestens 45 Minuten, beim Rehabilitationssport in Herzgruppen mindestens 60 Minuten betragen. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche. Je Tag ist nur eine Übungsveranstaltung zulässig.

§ 5

Verordnung

(1) Rehabilitationssport zu Lasten der Krankenversicherungsträger wird durch den behandelnden Vertragsarzt auf dem hierfür verbindlich vorgeschriebenen Verordnungsvordruck verordnet. Ziffer 14 der Rahmenvereinbarung ist zu beachten.

(2) Rehabilitationssport zu Lasten der Rentenversicherungsträger wird durch den Arzt der Rehabilitationseinrichtung auf den jeweiligen Verordnungsvordrucken des Rentenversicherungsträgers verordnet.

(3) Andere bzw. abweichende Verordnungsvordrucke werden nicht anerkannt.

(4) Die ärztliche Verordnung ist (soweit kein Genehmigungsverzicht des leistungspflichtigen Krankenversicherungsträger vorliegt) durch den Versicherten dem leistungspflichtigen Krankenversicherungsträger vor Beginn des Rehabilitationssports zur Genehmigung vorzulegen. Die Leistungspflicht beginnt, wenn dem Leistungserbringer die Leistungszusage/Kostenübernahmeerklärung vorliegt.

Der Leistungserbringer ist nicht berechtigt, ärztliche Verordnungen anzunehmen oder auszuführen, die noch nicht von einem Leistungsträger genehmigt sind.

Verordnungen der Rentenversicherungsträger bedürfen keiner zusätzlichen Leistungszusage / Kostenübernahmeerklärung und können direkt angenommen und ausgeführt werden.

(5) Eine Genehmigung ist nur möglich, wenn der Rehabilitationssport von einem anerkannten Leistungserbringer, der in dem Gesamtverzeichnis nach § 3 Abs. 4 aufgeführt ist, durchgeführt wird.

(6) Sollte nicht innerhalb von drei Monaten nach Genehmigung durch den Leistungsträger mit der Maßnahme begonnen werden, verliert die ärztliche Verordnung ihre Gültigkeit.

(7) Eine nichtbegründete Unterbrechung des Rehabilitationssports stellt den Erfolg der Maßnahme in Frage und führt grundsätzlich zur Beendigung der Maßnahme. Die Anlage 2 der Rahmenvereinbarung ist zu berücksichtigen. Bei dreimaligem, unentschuldigtem Fehlen des Versicherten ist der Leistungserbringer berechtigt, den Rehabilitationssport vorzeitig zu beenden. Die bis dahin durchgeführten Leistungen können dann vom Leistungserbringer abgerechnet werden. Hier muss auf der Abrechnung jedoch ein Hinweis erfolgen, dass der Rehabilitationssport abgebrochen wurde.

Die vorübergehende Schließung von Übungsstätten (z. B. Sporthallen, Bäder) führt weder zu einer vorzeitigen Beendigung noch zu einer Verlängerung der Verordnungsdauer.

§ 6

Leistungsumfang / Dauer / Leistungsausschlüsse

(1) Die Erforderlichkeit für Rehabilitationssport im Sinne dieser Vereinbarung ist grundsätzlich so lange gegeben, wie der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch während der Übungsveranstaltungen auf die fachkundige Leitung des/der Übungsleiter angewiesen ist, um die in der Rahmenvereinbarung genannten Ziele zu erreichen.

(2) Der Leistungsumfang im Einzelfall ergibt sich aus der jeweiligen Leistungszusage/Kostenübernahmeerklärung des Leistungsträgers.

(3) Im Leistungsumfang des Rehabilitationssports in Herzgruppen sind Gesundheitsbildende Maßnahmen gemäß Anlage 4 enthalten.

(4) Rehabilitationssport im Sinne dieser Vereinbarung sind nicht Übungen ohne medizinische Notwendigkeit, die lediglich der Erzielung oder Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen dienen (z. B. freies Schwimmen an so genannten Warmbadetagen).

(5) Rehabilitationssport ist kein Leistungssport. Das schließt Leistungsvergleiche unter Teilnehmenden an einer Übungsveranstaltung nicht aus.

Vom Rehabilitationssport ausgeschlossen sind Maßnahmen,

- die vorrangig oder ausschließlich auf Beratung und Einübung von Hilfsmitteln abzielen (z. B. Rollstuhlkurse),
- die vorrangig oder ausschließlich Selbstverteidigungsübungen und Übungen aus dem Kampfsportbereich umfassen,
- die Übungen an technischen Geräten, die zum Muskelaufbau oder zur Ausdauersteigerung dienen (z. B. Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Hantelbank, Arm-/Beinpresse, Laufband, Rudergerät, Crosstrainer), beinhalten. Eine Ausnahme stellt insoweit das Training auf Ergometern in Herzgruppen dar. Dies darf nicht ausschließlicher Inhalt der Übungsstunde sein.

§ 6 a Krankenversicherung

(1) In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports in der Regel 50 Übungseinheiten (Richtwert), die in einem Zeitraum von 18 Monaten in Anspruch genommen werden können. Bei einer Bewilligung von weniger als 50 Übungseinheiten ist der vorgenannte Zeitraum angemessen zu verkürzen, um die Zielsetzung des Rehabilitationssports zu erreichen.

Insbesondere bei folgenden Krankheiten kann wegen der häufig schweren Beeinträchtigungen der Mobilität oder Selbstversorgung im Sinne der ICF sowie der erforderlichen komplexen Übungen ein erweiterter Leistungsumfang von insgesamt 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten (Richtwerte) notwendig sein und bewilligt werden:

1. Infantile Zerebralparese
2. Querschnittlähmung, schwere Lähmungen (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
3. Doppelamputation von Gliedmaßen (Arm/Arm, Bein/Bein, Arm/Bein)
4. Organische Hirnschädigungen durch:
 - Schädel-Hirn-Trauma
 - Tumore
 - Infektion (Folgen entzündlicher Krankheiten des ZNS)
 - Hypoxie
 - vaskulären Insult (Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit)
 - Blutungen
5. Multiple Sklerose
6. Morbus Parkinson
7. Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans)
8. Muskeldystrophie
9. Asthma bronchiale
10. Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
11. Mukoviszidose (zystische Fibrose)
12. Polyneuropathie
13. Dialysepflichtiges Nierenversagen (terminale Niereninsuffizienz)
14. Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen
15. Erkrankungen mit Schädigungen der mentalen Funktion, insbesondere mittelgradige Intelligenzminderung, leichte bis mittelgradige dementielle Syndrome, therapieresistente Epilepsie
16. Erkrankungen mit schweren Schädigungen der Sinnesfunktionen, insbesondere erworbene Blindheit innerhalb der letzten zwölf Monate vor Antragstellung.

(2) In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Rehabilitationssports in Herzgruppen bei chronischen Herzkrankheiten (einschließlich koronarer Herzerkrankung, Herzinsuffizienz, Kardiomyopathien, Klappenerkrankungen und Zustand nach kardiovaskulären Interventionen/Operationen) 90 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 24 Monaten in Anspruch genommen werden können (Richtwerte). Bei herzkranken Kindern und Jugendlichen beträgt der Leistungsumfang 120 Übungseinheiten innerhalb von 24 Monaten (Richtwerte).

Weitere Verordnungen sind möglich bei maximaler Belastungsgrenze $< 1,4$ Watt/kg Körpergewicht (Nachweise nicht älter als 6 Monate) als Folge einer Herzkrankheit oder aufgrund von kardialen Ischämiekriterien.

Bei anderen Indikationen ist im Einzelfall zu prüfen, ob die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind (vgl. Ziffer 4.4.4 der Rahmenvereinbarung).

Der Leistungsumfang beträgt bei weiterer Verordnung jeweils 45 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von 12 Monaten in Anspruch genommen werden können (Richtwerte). Rehabilitationssport im Leistungsumfang nach Satz 1 kann nach wiederholter abgeschlossener Akutbehandlung erneut in Betracht kommen:

- nach akutem Herz-Kreislaufstillstand/Reanimation
- nach akutem Koronarsyndrom (ACS) (akuter Myokardinfarkt, instabile Angina pectoris)
- nach koronarer Bypass-Operation (CABG)
- bei chronischem Koronarsyndrom (CCS)
- nach operativem/r oder interventionellem/r Herzklappenersatz und -korrektur
- bei Patienten mit implantiertem Cardioverter-Defibrillator (ICD), Resynchronisationstherapie (CRT) und mit tragbarer Defibrillator-Weste (WCD)
- nach Pulmonalvenenisolation, Katheterablation oder -modifikation von Vorhofflimmern, Reentrytachykardien oder ventrikulären Tachykardien
- bei systolischer oder diastolischer Herzinsuffizienz (siehe übernächsten Absatz)
- bei Patientinnen bzw. Patienten mit Herzunterstützungssystem (VAD)
- nach Herztransplantation (HTX)
- nach Operation oder Intervention an der Aorta (Dissektion, Aneurysma)
- nach Lungenarterienembolie (LAE) mit oder ohne tiefe Venenthrombose (TVT)
- bei pulmonaler Hypertonie (PH) verschiedener Ursachen
- nach Myokarditis
- bei interventionell oder operativ versorgten angeborenen Herzfehlern (EMAH, AHF).

Hinsichtlich der Besonderheiten des Rehabilitationssports mit herzkranken Kindern ist das DGPR-Positionspapier „Die Kinderherzgruppe (KHG)“ vom Oktober 2005 zu beachten.

Die Partner vereinbaren für die Herzinsuffizienz-Gruppen in Ergänzung zu den bestehenden Regelungen folgende Rahmenbedingungen:

- Maximal 12 TN sind erlaubt,
- dynamisches Kraftausdauertraining an Krafttrainingsgeräten ist möglich,
- die ständige, persönliche Anwesenheit des Herzgruppenarztes bzw. der -ärztin während der Übungsveranstaltungen ist zwingend erforderlich,
- das DGPR-Positionspapier „Die Herzinsuffizienzgruppe“ in der jeweils aktuellen Fassung muss beachtet werden,
- Fortbildung im Bereich Herzinsuffizienz wird empfohlen und
- die Einschlusskriterien aus dem Positionspapier sind zu beachten.

(3) Eine längere Leistungsdauer ist nach Einzelfallprüfung möglich, wenn die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind.

Sie kann insbesondere notwendig sein, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist. In diesen Fällen sollten in der Regel die Erst- bzw. ggf. weitere Verordnung(en) bei Rehabilitationssport jeweils 120 Übungseinheiten in 36 Monaten nicht überschreiten (Richtwerte). Für Rehabilitationssport in Herzgruppen gelten in diesen Fällen die Regelungen unter (2).

§ 6b **Rentenversicherung**

In der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte wird Rehabilitationssport in der Regel bis zu 6 Monaten, längstens bis zu 12 Monaten, übernommen.

Eine längere Leistungsdauer als 6 Monate ist möglich, wenn dieses aus medizinischer Sicht erforderlich ist. Dies kann der Fall sein, wenn

- bei einer schweren chronischen Herzkrankheit weiterhin ärztliche Aufsicht erforderlich ist oder
- eine eigenverantwortliche Durchführung des Rehabilitationssports krankheits-/behinderungsbedingt nicht oder noch nicht möglich ist, weil z.B. wegen der Veränderungen des Krankheitsbildes eine ständige Anpassung der Übungen erforderlich ist.

Die zusätzlichen Vereinbarungen zu den Rahmenbedingungen für Herzinsuffizienz-Gruppen (siehe § 6a (2), letzter Absatz) gelten auch für die Rentenversicherungen.

§ 7 **Vergütung**

(1) Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach der Anlage 1 in der jeweils geltenden Fassung. Mit der vereinbarten Vergütung sind alle entstehenden Kosten des Leistungserbringers abgegolten.

(2) Nach § 31 SGB I ist es nicht zulässig, neben der Vergütung des Leistungsträgers für die Teilnahme an der vertraglichen Leistung des Rehabilitationssports Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen etc. oder Vorauszahlungen von den Teilnehmern verpflichtend zu fordern. Nach § 32 SGB I ist es unzulässig, davon abweichende Vereinbarungen zu treffen.

(3) Mitgliedsbeiträge bei freiwilliger Mitgliedschaft und/oder Zuzahlungen bei Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen sind möglich.

Zuzahlungen können nur auf Leistungen erhoben werden, die über die vertraglichen Leistungen hinausgehen. Die Betroffenen müssen explizit darauf hingewiesen werden, dass es sich um Leistungen handelt, die auf freiwilliger Basis in Anspruch genommen werden und für deren Finanzierung die Leistungsträger im Rahmen des Rehabilitationssports nicht aufkommen.

§ 8

Verwendung des Institutionskennzeichens

(1) Jeder Leistungserbringer verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutions-Kennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Leistungsträgern verwendet.

(2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Diesbezügliche Mitteilungen an die Leistungsträger oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister können nicht berücksichtigt werden.

(3) Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK, das in jeder Abrechnung und im Schriftwechsel mit den Krankenversicherungsträgern anzugeben ist. Die bei der SVI gespeicherten Daten, einschließlich der Bankverbindung, sind verbindlich für die Abrechnung durch die Krankenversicherungsträger.

§ 9a

Abrechnungsregelung Krankenversicherung

(1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien¹ genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Abrechnungen, die dem nicht entsprechen, werden von den Krankenversicherungsträgern abgewiesen, es sei denn, der jeweilige Kostenträger beteiligt sich noch nicht am elektronischen Datenaustausch. Hier sind weitere Papierrechnungen erforderlich.

(2) Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- a. Abrechnungsdaten mit Angabe der Positionsnummern
- b. Urbelege (Verordnungsblätter, Teilnahmebestätigungen einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original),
- c. ggf. Leistungszusagen der Krankenversicherungsträger im Original,
- d. Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
- e. Begleitzettel für Urbelege

(3) Nach § 302 Abs. 1 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenversicherungsträgern die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, haben die Krankenversicherungsträger gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nach zu erfassen.

(4) Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten stellen die Krankenversicherungsträger den betroffenen Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.

(5) Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Krankenversicherungsträgern benannten Stellen innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss der verordneten Leistung zu liefern.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien (Technische Anlage zu den Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V) angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Elektronische Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen dürfen die Krankenversicherungsträger zurückweisen.

(6) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der elektronischen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) einmal im Monat an die von den Krankenversicherungsträgern benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln.

Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

(7) Der Leistungserbringer trägt die folgenden Angaben auf der Teilnahmebestätigung auf:

- Endabrechnung oder Nummer der Zwischenabrechnung mit Angabe des Datums der letzten Zwischenabrechnung und der bislang abgerechneten Einheiten,
- 6-stellige Abrechnungspositionsnummer,
- Anzahl der Übungsveranstaltungen,
- vereinbarter Vergütungssatz,
- Gesamtbetrag,
- Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,
- Rechnungs- und/oder Belegnummer.

(8) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich nach Erfüllung des jeweiligen Leistungsumfangs (§ 5). Die Leistungserbringer können verlangen, dass jeweils nach sechs Monaten eine Zwischenabrechnung durchgeführt wird. Der ersten Zwischenabrechnung sind die Verordnung, die Leistungszusage des Kostenträgers und die Teilnahmebestätigung beizufügen, bei weiteren Zwischenabrechnungen Fotokopien dieser rechnungsbegründenden Unterlagen.

In der Abrechnung ist der festgelegte siebenstellige Schlüssel „Leistungserbringergruppenschlüssel“ anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) umfassten Leistungen abgerechnet werden.

Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der jeweils geltenden Fassung der Vergütungsvereinbarung aufgeführten sechsstelligen Abrechnungspositionsnummern zu verwenden.

(9) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann der Krankenversicherungsträger dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:

- a. Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1 der Richtlinien),
- b. Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1),
- c. Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1),
- d. Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
- e. nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen,
- f. Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V).

Die rechnerischen und sonstigen Unrichtigkeiten können beiderseits innerhalb von einem Jahr nach Eingang der Rechnung geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis der Leistungserbringer - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV der Technischen Anlage 1 (Prüfung im Fachverfahren des einzelnen Kostenträgers) von dem Kostenträger zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis der Leistungserbringer verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung der Leistungserbringer vor. Fälligkeit tritt in diesen Fällen nicht ein und eine Verzinsung kann nicht erfolgen.

Widerspricht der Leistungserbringer oder eine Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angaben von Gründen nicht innerhalb von sechs Monaten, so gilt diese als anerkannt.

(10) Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübermittlung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 21 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (elektronische Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenversicherungsträgern benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

Erfolgt keine maschinell verwertbare Datenübermittlung nach Absatz 3, beträgt die Zahlungsfrist ebenfalls 21 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Papierabrechnung und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenversicherungsträgern benannten Stellen.

(11) Eine Sammelabrechnung ist möglich. Sie hat neben dem IK zusätzlich folgende Angaben zu enthalten:

- Bezeichnung des Renten- oder Krankenversicherungsträgers und der zuständigen Geschäftsstelle,
- die Namen der Versicherten,
- Angabe der jeweiligen Versicherten-Nummer,
- Daten der Tage, an denen der Versicherte am Rehabilitationssport teilgenommen hat,
- Teilnahmebestätigungen der Versicherten.

(12) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann der Leistungsträger dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.

(13) Sofern innerhalb eines Leistungsträgers unterschiedliche Stellen für die Antragsbearbeitung und Abrechnung zuständig sind, informieren diese die Leistungserbringer bzw. die Trägerverbände über die Anschriften ihrer Abrechnungsstellen.

(14) Zahlungen an eine durch den Leistungserbringer ermächtigte Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle setzen voraus, dass den Leistungsträgern eine Ermächtigungserklärung des Leistungserbringers nach Anlage 6 vorliegt. Eine weitere Ermächtigungserklärung setzt den Widerruf der zuvor erteilten Ermächtigungserklärung voraus. Zahlungen an eine Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle erfolgen mit schuldbefreiender Wirkung für die Leistungsträger, wenn die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle Originalabrechnungsunterlagen einreicht, es sei denn, dem zahlungspflichtigen Leistungsträger liegt bei Eingang der Originalabrechnungsunterlagen ein schriftlicher Widerruf des Leistungserbringers vor. Die schuldbefreiende Wirkung tritt auch dann ein, wenn die Rechtsbeziehungen zwischen der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle und dem Leistungserbringer mit einem Rechtsmangel behaftet sind. Schädigt die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle anlässlich der Abrechnungen die Leistungsträger, so haften der Leistungserbringer und die Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle (vgl. § 278 BGB). Forderungen der Leistungsträger gegen den Leistungserbringer können auch gegenüber der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle aufgerechnet werden.

(15) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich nach Erfüllung des jeweiligen Leistungsumfangs. Der Leistungserbringer kann eine Zwischenabrechnung jeweils nach 6 Monaten verlangen. Der ersten Zwischenabrechnung ist das Original der Verordnung, sowie des Teilnahmenachweises beizulegen. Ab der zweiten Zwischenabrechnung sind (soweit kein Verzicht des leistungspflichtigen Krankenversicherungsträger vorliegt) Kopien der Verordnung, sowie die Original-Teilnahmenachweise beizulegen.

(16) Als Zahlungsziel werden 21 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei den von den Leistungsträgern benannten Stellen vereinbart. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde. Ist der Zahltag kein Werktag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Werktag.

§ 9b

Abrechnungsregelung Rentenversicherung

(1) Die Leistungserbringer rechnen die Vergütungen direkt mit dem Rentenversicherungsträger ab. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- Rechnungs-/Belegnummer, IK
- ärztliche Verordnung
- Teilnahmebestätigung des Versicherten und Gesamtabrechnung (vgl. Anlage 5)

Bei maschineller Abrechnung ist den rechnungsbegründenden Unterlagen ein Begleitzettel beizufügen.

(2) Eine Sammelabrechnung ist nicht möglich. Es können aber selbstverständlich individuelle Rechnungen zusammen eingereicht werden.

(3) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann der Rentenversicherungsträger dem Leistungserbringer den beanstandeten Teil der eingereichten Unterlagen unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Die Begründung für Kürzungen muss schriftlich mitgeteilt werden.

(4) Sofern innerhalb eines Rentenversicherungsträgers unterschiedliche Stellen für die Antragsbearbeitung und Abrechnung zuständig sind, informieren diese die Leistungserbringer über die Anschriften ihrer Abrechnungsstellen.

(5) Die Abrechnung von Leistungen, die für die Deutsche Rentenversicherung erbracht wurden, erfolgen unmittelbar mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger. Eine Inanspruchnahme von externen, privatrechtlich organisierten Abrechnungsunternehmen von Seiten des Leistungserbringers kann nur bei Erfüllung der besonderen datenschutzrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 Abs. 2) erfolgen. Die Regelung des § 302 SGB V, auf die die Rahmenvereinbarung verweist, beschreibt allein das maschinelle Abrechnungsverfahren zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen und ist im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung nicht anwendbar.

(6) Bei einem Bewilligungszeitraum von 12 Monaten kann eine Zwischenabrechnung nach 6 Monaten erfolgen. Der ersten Zwischenabrechnung ist das Original der Verordnung sowie des Teilnahmenachweises beizulegen.

(7) Als Zahlungsziel werden 21 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei den von den Rentenversicherungsträgern benannten Stellen vereinbart. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde. Ist der Zahltag kein Werktag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Werktag.

§ 10

Teilnahmebestätigung des Versicherten (Muster vgl. Anlage 5a und b)

Die schriftliche Bestätigung der Teilnahme erfolgt vom Versicherten nach jeder Übungsveranstaltung. Ausnahmen hiervon sind im Einzelfall bei Menschen mit geistiger Behinderung oder bei Kindern möglich. Hier reicht eine Teilnahmebestätigung durch die Übungsleitung aus, sofern der gesetzliche Vertreter/Betreuer nicht zur Bestätigung herangezogen werden kann.

Es sind für den Teilnahmenachweis ausschließlich die in der Anlage 5 angeführten Teilnahmebestätigungen zu verwenden.

Vordatierungen und Globalbestätigungen sind ausgeschlossen.

Digitalisierte Unterschriften gem. dem deutschen Signaturgesetz sind möglich.

§ 11 Datenschutz

(1) Die Leistungserbringer haben die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) einzuhalten. Sie dürfen personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben verarbeiten, bekannt geben, zugänglich machen oder sonst nutzen. Angaben zur Person des Versicherten und dessen Krankheiten unterliegen der Schweigepflicht (§ 203 StGB). Es gelten die einschlägigen Rechtsgrundlagen, insbesondere die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) vom 25.05.2018. Die Daten sind zu löschen, wenn sie für den Zweck dieser Vereinbarung oder sonstige gesetzliche Aufgaben nicht mehr benötigt werden.

(2) Sofern die Abrechnungen durch Dritte, z. B. externe Abrechnungszentren, gegenüber den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherungen erfolgen, haben sie sich schriftlich zu den einschlägigen Datenschutzbestimmungen zu erklären. Zudem ist von den Teilnehmenden vorab das schriftliche Einverständnis über die beabsichtigte Weitergabe seiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Abrechnung einzuholen (Anlage 7 Ermächtigungserklärung).

(3) Ausgenommen von der Schweigepflicht sind Angaben gegenüber dem verordnenden Arzt, soweit sie zur Verordnung und Durchführung des Rehabilitationssports erforderlich sind.

(4) Die Leistungserbringer verpflichten ihre Mitarbeiter zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen.

§ 12 Haftungsfragen

Die Leistungserbringer haben eine pauschale Haftpflichtversicherung und für die Teilnehmenden an den Übungsveranstaltungen eine Unfallversicherung abzuschließen sofern nicht eine Sportversicherung besteht.

Der Abschluss dieser Versicherung ist gegenüber der anerkennenden Stelle nach § 3 Abs. 1 nachzuweisen.

Eine Haftung der Leistungsträger für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die aus der Durchführung dieser Vereinbarung entstehen wird ausgeschlossen

§ 13 Qualitätssicherung

(1) Die Leistungserbringer verpflichten sich zu einer kontinuierlichen Qualitätssicherung und -optimierung des Rehabilitationssports. Hierzu dienen sowohl externe Maßnahmen der Leistungsträger und der Trägerverbände als auch interne Maßnahmen der Leistungserbringer. Die Leistungserbringer setzen standardisierte Dokumentationen für alle Qualitätsdimensionen ein.

(2) Interne Qualitätssicherung dient der Sicherung einer kontinuierlichen hohen Qualität der Erbringung des Rehabilitationssports mit dem Ziel der Steigerung der Ergebnisqualität. Damit sind die kontinuierliche Problemerkennung und Verbesserung des Rehabilitationssports ebenso verbunden wie die Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen.

§ 14 Werbung

Werbemaßnahmen, mit denen insbesondere in öffentlichen Medien auf eine Leistungspflicht der Leistungsträger hingewiesen wird, sind nicht zulässig.

§ 15 Beilegung von Meinungsverschiedenheiten

Die Vereinbarungspartner erklären die Absicht, vertrauensvoll zusammenzuarbeiten und Meinungsverschiedenheiten, die sich aus dieser Vereinbarung ergeben, zu erörtern und beizulegen.

Die Partner dieser Vereinbarung werden in angemessenen Zeitabständen prüfen, ob diese Vereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen, insbesondere im Rahmen der Anwendung der ICF, verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss.

§ 16 In-Kraft-Treten und Kündigung

(1) Die Vereinbarung tritt am 01.01.2023 in Kraft und kann unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres – frühestens zum 31.12.2024 – schriftlich gekündigt werden.

(2) Die Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) kann mit einer Frist von 3 Monaten schriftlich an alle Vertragspartner gekündigt werden, sofern nicht jeweils ein anderer Kündigungstermin vereinbart wurde. Die alten Vergütungssätze gelten bis zur Vereinbarung neuer Vergütungssätze weiter.

(3) Die Vereinbarung gilt für die Krankenkassen, soweit sie nicht unmittelbare Wirkung entfaltet, die ihren Beitritt zu dieser Vereinbarung gegenüber dem jeweiligen Verband erklären.

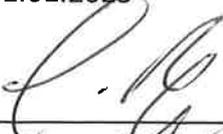
(4) Mit Inkrafttreten der neuen Vereinbarung verlieren die bisherigen Vereinbarungen über die Erbringung von Rehabilitationssport ihre Gültigkeit.

(5) Alle vor dem 01.01.2023 ausgestellten ärztlichen Verordnungen für Rehabilitationssport behalten ihre Gültigkeit. Für alle ab 01.01.2023 noch gültigen oder neu ausgestellten Verordnungen gilt diese neue Vereinbarung.

§ 17 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Hannover, 01.01.2023


AOK Niedersachsen. Die Gesundheitskasse



BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Niedersachsen, ~~Sachsen-Anhalt~~

i.A. 

IKK classic
auch in Vertretung der im Rubrum genannten
anderen Innungskrankenkassen

i.A. 

SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse



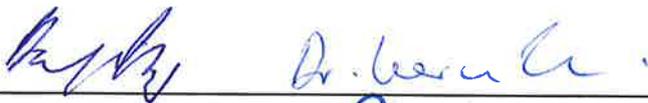
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion Nord, Standort Hannover



Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover



Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen



Behinderten-Sportverband Niedersachsen e. V.



Niedersächsischer Turnerbund e. V.



LAG für kardiologische Prävention und
Rehabilitation in Niedersachsen. e.V.

Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung
des Rehabilitationssports in Niedersachsen
vom 01.01.2023

§ 1
Höhe der Vergütung

(1) Die Vertragspartner vereinbaren gemäß § 7 (Vergütung) der obigen Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports in Niedersachsen, dass die Leistungsträger für die Teilnahme am Rehabilitationssport je Übungsveranstaltung und teilnehmenden anspruchsberechtigten Versicherten folgende Vergütungssätze zahlen.

(2) Die Vergütungssätze der Leistungsträger betragen je Übungsveranstaltung und je teilnehmenden anspruchsberechtigten Versicherten für

Rehabilitationssport	6,15 EUR (Pos.-Nr. 604503)
Rehabilitationssport in Herzgruppen	9,54 EUR (Pos.-Nr. 604504)
Rehabilitationssport in spezifischen Übungsgruppen für schwerbehinderte und schwerstbehinderte Erwachsene (vgl. Ziffer 9.1 Abs. 3 Rahmenvereinbarung), die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern	13,46 EUR (Pos.-Nr. 604507)
Rehabilitationssport in Kinderherzgruppen	17,70 EUR (Pos.-Nr. 604508)
Rehabilitationssport im Wasser	8,48 EUR (Pos.-Nr. 604509)
Rehabilitationssport in Übungsgruppen zur Stärkung des Selbstbewusstseins	13,04 EUR (Pos.-Nr. 604510)
Rehabilitationssport für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres	9,22 EUR (Pos.-Nr. 604511)
Rehabilitationssport im Wasser für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres	12,40 EUR (Pos.-Nr. 604512)
Rehabilitationssport in spezifische Übungsgruppe für schwerstbehinderte Kinder (vgl. Ziffer 9.2 Rahmenvereinbarung), die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern	17,70 EUR (Pos.-Nr. 604513)
Herzinsuffizienz-Gruppen	17,77 EUR (Pos.-Nr. 604514)
Gesundheitsbildungsmaßnahmen lt. Anlage 4	9,01 EUR (Pos.-Nr. s. dort)

Mit der vereinbarten Vergütung sind alle entstehenden Kosten abgegolten, ein Eigenanteil für den Versicherten entsteht nicht.

§ 2
In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt am 01.01.2023 in Kraft.
- (2) Die vorgenannten Vergütungen können von der Rehabilitationssportgruppe abgerechnet werden, wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt und die Leistung nach dem 31.12.2022 abgegeben wurden.
- (3) Die Vereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden, frühestens zum 01.04.2024.
- (4) Die Vereinbarung kann von den beteiligten Rentenversicherungsträgern mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden, wenn von der Deutschen Rentenversicherung die Anwendung bundeseinheitlicher Vergütungssätze festgelegt wird.

Anlage 2

zur

Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports in Niedersachsen vom 01.01.2023

Anerkennung und Überprüfung von Rehabilitationssportgruppen

Anerkennung:

Zuständig für die Anerkennung ist der Trägerverband, dem der Leistungserbringer angehört.

Für die Anerkennung einer Rehabilitationssportgruppe muss der Leistungserbringer folgende Bedingungen erfüllen:

1. Nachweis des entsprechend qualifizierten Übungsleitung (mit gültiger Lizenz)
2. Bestätigung der Einhaltung der in der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining“ festgelegten Bedingungen für die Durchführung des Rehabilitationssports.

Bei Vorliegen der Voraussetzungen wird die Anerkennung für 2 Jahre ausgesprochen.

Verlängerung:

Die Anerkennung wird auf Antrag für jeweils 2 Jahre verlängert, wenn die entsprechenden Voraussetzungen (siehe Abschnitt „Anerkennung“) erfüllt werden. Der Leistungserbringer hat zu diesem Zweck rechtzeitig vor Ablauf der Gültigkeitsdauer der Anerkennung einen Verlängerungsantrag einzureichen.

Darüber hinaus nehmen die Trägerverbände örtliche Kontrollen vor, wenn die Trägerverbände oder Leistungsträger es für erforderlich halten.

Widerruf der Anerkennung:

Die Anerkennung kann aus wichtigem Grund widerrufen werden (siehe § 3, (5) ff)

Anlage 3

zur

Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports in Niedersachsen vom 01.01.2023

Information über die anerkannten Leistungserbringer

1. Liste der anerkannten Leistungserbringer

Die Trägerverbände übermitteln quartalsweise eine Exceltabelle aller anerkannten Leistungserbringer gemäß Anlage 1, Nr. 11 der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01.01.2022“ an die Landesverbände der Leistungsträger.

Bei Bedarf kann die vereinbarte Tabelle/Liste überarbeitet und angepasst werden.

2. Information über den Widerruf der Anerkennung

Über den Widerruf einer Anerkennung informieren die Trägerverbände die Landesverbände der Leistungsträger über die o. a. entsprechend aktualisierte Exceltabelle.

Diese Information erfolgt vom jeweils für den Leistungserbringer zuständigen Trägerverband.

Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung
des Rehabilitationssports in Niedersachsen
vom 01.01.2023

Gesundheitsbildungsmaßnahmen

Folgende Gesundheitsbildungsmaßnahmen können im Rahmen des Rehabilitationssports in Herzgruppen gem. Ziffer 2.4 Rahmenvereinbarung durchgeführt werden:

A) Vortrag „Krankheitsbewältigung bei arterieller Hypertonie“
(Pos.-Nr. 604711)

B) Vortrag „Risikofaktor Psyche bei KHK-Patienten, Stressformen“
(Pos.-Nr. 604712)

C) Vortrag „Kardiovaskuläre Risikofaktoren“
(Pos.-Nr. 604713)

D) Vortrag „Ernährung bei KHK“
(Pos.-Nr. 604714)

E) Vortrag „Körperliche Aktivität und Training in der Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen“
(Pos.-Nr. 604715)

F) Vortrag „Koronare Krankheitsbilder“
(Pos.-Nr. 604716)

G) Vortrag „Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen“
(Pos.-Nr. 604717)

H) Vortrag „Risikofaktor Rauchen“
(Pos.-Nr. 604718)

Die folgenden Leistungsbeschreibungen der Gesundheitsbildungsmaßnahmen a) bis h) im Rahmen des Rehabilitationssports in Herzgruppen sind Bestandteil dieser Vergütungsvereinbarung.

Die Teilnahme an den Gesundheitsbildungsmaßnahmen wird auf den bewilligten Leistungsumfang angerechnet.

Leistungsbeschreibungen von Gesundheitsbildungsmaßnahmen im Rahmen des Rehabilitationssports in Herzgruppen gemäß Ziffer 2.4 Rahmenvereinbarung.

A

Thema:	Krankheitsbewältigung bei arterieller Hypertonie
Ziel / Kernziele:	Informationen zur arteriellen Hypertonie, Definition, Ätiologie, Pathogenese
Inhalt:	Vortrag, Schulung, Gruppenbetreuung zu: 1. Informationen zur arteriellen Hypertonie, Definition, Ätiologie, Pathogenese 2. Arterielle Hypertonie und körperliche Aktivität 3. Risikobeeinflussung arterieller Hypertonie 4. Arterielle Hypertonie und Ernährung 5. Arterielle Hypertonie und Übergewichtigkeit 6. Schulung zur Messung des Blutdruckes und Wertung der Befundungen, Empfehlungen zur Ernährung bei Hypertonie
Zielgruppe:	Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren
Methodik:	Vortrag/Gruppenberatung
Gruppengröße:	20 bis max. 30 Patienten/Teilnehmer (ggf. auch Bezugspersonen)
Dauer:	mindestens 60 Minuten je Einheit, bis 90 Minuten
Häufigkeit:	zweimonatlich unter Berücksichtigung des Gesamtkonzeptes Gesundheitsbildung
Raumausstattung:	Seminarraum
Qualifikation:	entsprechende Berufsqualifikation (Ärzte)

B

Thema:	Risikofaktor Psyche bei KHK-Patienten, Stressformen
Ziel / Kernziele:	Informationen zur psychischen Belastung bei koronarer Herzkrankheit, Stressformen
Inhalt:	Stress: Definition, Epidemiologie, Ätiologie, Pathogenese, Klinik, Therapieangebote, Schulungsmaßnahmen, Erlernen von Entspannungsformen, z.B. Yoga, Tai chi, PMR Psyche: Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung, Minderung krankheitsrelevanter Verhaltensweisen, Minderung psychischer Erkrankungen, Hilfe bei Konflikten
Zielgruppe:	Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Angehörige
Methodik:	Vortrag, Schulung, Gruppenbetreuung, Vision 2 Gesundes Herz, Lehrinhalte Rehabilitationsleitlinien der DGPR, KARE NA, BZgA
Gruppengröße:	20 bis max. 30 Patienten/Teilnehmer (ggf. auch Bezugspersonen)
Dauer:	mindestens 60 Minuten je Einheit, bis 90 Minuten
Häufigkeit:	zweimonatlich unter Berücksichtigung des Gesamtkonzeptes Gesundheitsbildung
Raumausstattung:	Seminarraum
Qualifikation:	entsprechende Berufsqualifikation (Ärzte, Psychotherapeuten, Übungsleiter)
Qualitätssicherung:	Herzgruppe der DGPR Erfassungsbogen, Qualitätssicherungsbogen, Evaluation, Prüfbogen

C

Thema:	Kardiovaskuläre Risikofaktoren
Ziel / Kernziele:	Informationen über kardiovaskuläre Risikofaktoren • Atherosklerose • Arterielle Hypertonie • Fettstoffwechselstörungen • Diabetes mellitus • Metabolisches Syndrom
Inhalt:	Definition, Epidemiologie, Ätiologie, Pathogenese, Klinik, medikamentöse Therapie, Einfluss von Primär- und Sekundärprävention, Einfluss von körperlicher Aktivität, Einfluss von Ernährung, Informationen zu Schulungsmaßnahmen
Zielgruppe:	Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Angehörige
Methodik:	Vortrag, Schulung, Gruppenbetreuung, Vision 2 Gesundes Herz, Lehrinhalte Rehabilitationsleitlinien der DGPR, KARE NA, BZgA
Gruppengröße:	20 bis max. 30 Patienten/Teilnehmer (ggf. auch Bezugspersonen)
Dauer:	mindestens 60 Minuten je Einheit, bis 90 Minuten
Häufigkeit:	zweimonatlich unter Berücksichtigung des Gesamtkonzeptes Gesundheitsbildung
Raumausstattung:	Seminarraum
Qualifikation:	entsprechende Berufsqualifikation (Ärzte)
Qualitätssicherung:	Herzgruppe der DGPR Erfassungsbogen, Qualitätssicherungsbogen, Evaluation, Prüfbogen

D

Thema:	Ernährung <ul style="list-style-type: none">• Ernährungsgrundlagen• Übergewicht, Adipositas, Mangelernährung
Ziel / Kernziele:	Informationen über herzgesunde Ernährung
Inhalt:	Definition, Epidemiologie, Ätiologie, Pathogenese, Klinik, medikamentöse Therapie, Einfluss von Primär- und Sekundärprävention, Einfluss von körperlicher Aktivität, Einfluss von Ernährung, Informationen zu Schulungsmaßnahmen
Zielgruppe:	Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Angehörige
Methodik:	Vortrag, Schulung, Gruppenbetreuung, Vision 2 Gesundes Herz, Lehrinhalte Rehabilitationsleitlinien der DGPR, KARE NA, BZgA
Gruppengröße:	20 bis max. 30 Patienten/Teilnehmer (ggf. auch Bezugspersonen)
Dauer:	mindestens 60 Minuten je Einheit, bis 90 Minuten
Häufigkeit:	zweimonatlich unter Berücksichtigung des Gesamtkonzeptes Gesundheitsbildung
Raumausstattung:	Seminarraum
Qualifikation:	entsprechende Berufsqualifikation (Ernährungsberater, Diätassistentin, Ökotrophologe/-in)
Qualitätssicherung:	Herzgruppe der DGPR Erfassungsbogen, Qualitätssicherungsbogen, Evaluation, Prüfbogen

E

Thema:	Körperliche Aktivität und Training in der Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen
Ziel / Kernziele:	Informationen über körperliche Aktivitäten und Training
Inhalt:	Begriffsdefinition, Ziele von Trainingsinterventionen, allgemeine Effekte, Evaluationen und Risikostratifizierung körperlichen Trainings, Durchführung körperlichen Trainings, Empfehlungen
Zielgruppe:	Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Angehörige
Methodik:	Vortrag, Schulung, Gruppenbetreuung, Vision 2 Gesundes Herz, Lehrinhalte Rehabilitationsleitlinien der DGPR, KARE NA, BZgA
Gruppengröße:	20 bis max. 30 Patienten/Teilnehmer (ggf. auch Bezugspersonen)
Dauer:	mindestens 60 Minuten je Einheit, bis 90 Minuten
Häufigkeit:	zweimonatlich unter Berücksichtigung des Gesamtkonzeptes Gesundheitsbildung
Raumausstattung:	Seminarraum
Qualifikation:	entsprechende Berufsqualifikation (Übungsleiter, Sportmediziner, Sportpädagogen)
Qualitätssicherung:	Herzgruppe der DGPR Erfassungsbogen, Qualitätssicherungsbogen, Evaluation, Prüfbogen

F

Thema:	Koronare Krankheitsbilder <ul style="list-style-type: none">• Chronisch ischämische Herzkrankheit (CIHK)• Angina pectoris, akuter Myokardinfarkt• Herzinsuffizienz• Herzrhythmusstörungen• Psychische Störungen bei KHK
Ziel / Kernziele:	Informationen über koronare Krankheitsbilder
Inhalt:	Definition, Epidemiologie, Ätiologie, Pathogenese, Klinik, medikamentöse Therapie, Einfluss von Primär- und Sekundärprävention, Einfluss von körperlicher Aktivität, Einfluss von Ernährung, Information zu Schulungsmaßnahmen, Reanimationsschulung
Zielgruppe:	Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Angehörige
Methodik:	Vortrag, Schulung, Gruppenbetreuung, Vision 2 Gesundes Herz, Lehrinhalte Rehabilitationsleitlinien der DGPR, KARE NA, BZgA
Gruppengröße:	20 bis max. 30 Patienten/Teilnehmer (ggf. auch Bezugspersonen)
Dauer:	mindestens 60 Minuten je Einheit, bis 90 Minuten
Häufigkeit:	zweimonatlich unter Berücksichtigung des Gesamtkonzeptes Gesundheitsbildung
Raumausstattung:	Seminarraum
Qualifikation:	entsprechende Berufsqualifikation (Ärzte)
Qualitätssicherung:	Herzgruppe der DGPR Erfassungsbogen, Qualitätssicherungsbogen, Evaluation, Prüfbogen

G

Thema:	Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen
Ziel / Kernziele:	Informationen über Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen
Inhalt:	Definition, Epidemiologie, Ätiologie, Pathogenese, Klinik, medikamentöse Therapie, Einfluss von körperlicher Aktivität, Einfluss von körperlicher Aktivität, Einfluss von Ernährung, Information zu Schulungsmaßnahmen
Zielgruppe:	Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Angehörige
Methodik:	Vortrag, Schulung, Gruppenbetreuung, Vision 2 Gesundes Herz, Lehrinhalte Rehabilitationsleitlinien der DGPR, KARE NA, BZgA
Gruppengröße:	20 bis max. 30 Patienten/Teilnehmer (ggf. auch Bezugspersonen)
Dauer:	mindestens 60 Minuten je Einheit, bis 90 Minuten
Häufigkeit:	zweimonatlich unter Berücksichtigung des Gesamtkonzeptes Gesundheitsbildung
Raumausstattung:	Seminarraum
Qualifikation:	entsprechende Berufsqualifikation (Ärzte)
Qualitätssicherung:	Herzgruppe der DGPR Erfassungsbogen, Qualitätssicherungsbogen, Evaluation, Prüfbogen

H

Thema	Risikofaktor Rauchen
Ziel / Kernziele:	Informationen über Risikofaktor Rauchen und Entwöhnungsmaßnahmen
Inhalt:	Definition, Epidemiologie, Ätiologie, Pathogenese, Klinik, medikamentöse Therapie, Information zu Schulungsmaßnahmen, Fagerströmerfassungsbogen (BzGA, 1FT)
Zielgruppe:	Patienten mit kardiovaskulären Risikofaktoren und deren Angehörige
Methodik:	Vortrag, Schulung, Gruppenbetreuung, Vision 2 Gesundes Herz, Lehrinhalte Rehabilitationsleitlinien der DGPR, KARENA, BZgA, IFT
Gruppengröße:	20 bis max. 30 Patienten/Teilnehmer (ggf. auch Bezugspersonen)
Dauer:	mindestens 60 Minuten je Einheit, bis 90 Minuten
Häufigkeit:	zweimonatlich unter Berücksichtigung des Gesamtkonzeptes Gesundheitsbildung
Raumausstattung:	Seminarraum
Qualifikation:	entsprechende Berufsqualifikation (Ärzte, Psychologen, anerkannte Trainer)
Qualitätssicherung:	Herzgruppe der DGPR Erfassungsbogen, Qualitätssicherungsbogen, Evaluation, Prüfbogen

Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung
des Rehabilitationssports in Niedersachsen
vom 01.01.2023

a: Krankenversicherung: TN – Liste für den Rehabilitationssport

Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport

Name des Leistungsebringenden: _____ Gesundheitsamt: _____ Kennzeichen: _____ Versicherungs-Nr.: _____ Angebotsnummer: _____

Name, Vorname der/des Teilnehmerin: _____ Geburtsdatum: _____ Kontenklasse: _____ Versicherungs-Nr.: _____ Angebotsnummer: _____

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teil genommen:

Nr.	Rehabsport	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden
1	Rehabsport für Kinder		
2	Rehabsport im Wasser		
3	Rehabsport für Kinder mit Krut		
4	Rehabsport schwerstbehinderte Kinder		
5	Rehabsport schwerstbehinderte Kinder		
6	Rehabsport		
7	Rehabsport für Kinder		
8	Rehabsport zur Stärkung des Selbstbewusstseins		
9	Rehabsport in Herz- und Lungenzentren		
10	Gesundheitsfördernde Maßnahmen		
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			

Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen qualifizieren!

Vermerk 1.0RS/2023-45

Nr.	Rehabsport	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden
31	Rehabsport für Kinder		
32	Rehabsport im Wasser		
33	Rehabsport für Kinder mit Krut		
34	Rehabsport schwerstbehinderte Kinder		
35	Rehabsport schwerstbehinderte Kinder		
36	Rehabsport		
37	Rehabsport für Kinder		
38	Rehabsport zur Stärkung des Selbstbewusstseins		
39	Rehabsport in Herz- und Lungenzentren		
40	Gesundheitsfördernde Maßnahmen		
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			

Ich bestätige, dass diese Versicherte an den oben aufgeführten Daten an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

Datum Unterschrift der/des Übungsleitenden: _____

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSAT / MSNR

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

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	vereinbarer Vergütungssatz	Betrag in EUR
Rehabilitationssport in Herzgruppen:			
	x		=
Rehabilitationssport im Wasser:			
	x		=
Sonstiger Rehabilitationssport:			
	x		=
Funktionstraining: Trockengymnastik			
	x		=
Funktionstraining: Wassergymnastik			
	x		=
regional vereinbartes Angebot (zum Beispiel gesundheitsbildende Maßnahmen, spezielle Übungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen)			
	x		=
Gesamtbetrag =			_____ EUR

Institutionskennzeichen (IK-Nummer)	Angebotsnummer (soweit vorhanden)

Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name, Ort)	
Kontoinhaberin / Kontoinhaber	

Bitte unbedingt angeben:	Rechnungsnummer	Rechnung vom

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

Datum, Unterschrift, Stempel der abrechnenden Stelle



Anlage 6

zur

**Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung
des Rehabilitationssports in Niedersachsen
vom 01.01.2023**

**Ermächtigungserklärung (KV)
nach § 9a Abs. 14 der Vereinbarung**

Hiermit erklären wir, dass wir

(Name des Leistungserbringers)

(Anschrift)

den/die

(Name der Abrechnungsstelle/Verrechnungsstelle)

(Anschrift)

vom _____ an ermächtigen, sämtliche von uns nach den Bestimmungen der „Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports in Niedersachsen vom 01.01.2023“ für Versicherte erbrachte Leistungen mit schuldbefreiender Wirkung mit den Leistungsträgern abzurechnen.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Leistungserbringers

Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung
des Rehabilitationssports in Niedersachsen
vom 01.01.2023

**Ermächtigungserklärung
zur Abrechnung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX
durch vom Leistungserbringer beauftragte Dritte
nach § 11 (2)**

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 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)