

# Vereinbarung

zwischen

dem Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Bayern e.V.,

der Landes-Arbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation  
in Bayern e.V.

der Deutschen Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e.V.,

dem Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO), Landesverband Bayern

(nachstehend Leistungserbringerverbände genannt)

und

der AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

dem BKK Landesverband Bayern

der KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion München

der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse und Alterskasse

der IKK classic zugleich handelnd als Vertreterin der  
BIG direkt gesund, IKK gesund plus, IKK – Die Innovationskasse, IKK Südwest

den Ersatzkassen

BARMER GEK

Techniker Krankenkasse (TK)

DAK-Gesundheit

KKH (Ersatzkasse)

HEK - Hanseatische Krankenkasse

hkk

gemeinsamer Bevollmächtigte/r mit Abschlussbefugnis

Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin (vdek),

vertreten durch die Leitung der Landesvertretung Bayern

Landesverband Südost der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)

den Rentenversicherungsträgern

Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd

Deutsche Rentenversicherung Nordbayern

Deutsche Rentenversicherung Schwaben

(nachstehend Kostenträger genannt)

über die Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings in  
Bayern

- (2) Die bisher von der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern anerkannten Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen gelten auch als anerkannt im Sinne dieser Vereinbarung.
- (3) Die Anerkennung gilt, soweit und solange die für die Anerkennung maßgeblichen Voraussetzungen vorliegen.
- (4) Es können auch andere Selbsthilfegruppen den Rehabilitationssport und das Funktionstraining durchführen, soweit diese von der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport anerkannt wurden.

#### **§ 4**

#### **Durchführung und Haftung**

- (1) Die Durchführung des Funktionstrainings obliegt in der Regel den örtlichen Vereinigungen, die den Leistungserbringerverbänden angehören. Auch andere Selbsthilfegruppen (z.B. Selbsthilfegruppen des Bundesselbsthilfeverbandes für Osteoporose, Deutsche Vereinigung für Morbus Bechterew, Deutsche Fibromyalgie Vereinigung e.V.) können das Funktionstraining durchführen.
- (2) Die Leistungserbringerverbände stellen sicher, dass die ihnen angeschlossenen Träger sowie Rehabilitations- und Funktionstrainingsgruppen den Rehabilitationssport und das Funktionstraining nach den Grundsätzen der BAR-Rahmenvereinbarung durchführen. Bei anderen Rehabilitations- und Funktionstrainingsgruppen ist die Gewährleistung durch den Träger bzw. die jeweilige Gruppe selbst sicherzustellen.
- (3) Für die Größe der Gruppen im Rehabilitationssport und Funktionstraining gelten die entsprechenden Regelungen der Rahmenvereinbarung. In Abhängigkeit von Erkrankung und Therapieziel sollen erforderlichenfalls spezielle Übungsgruppen gebildet werden. Je Versicherten ist eine Raumgröße von 5 qm im Trockenbereich bzw. 3 qm im Nassbereich vorzuhalten. Geringfügige Überschreitungen der maximalen Teilnehmerzahl sind in Ausnahmefällen zulässig, sofern der entsprechende Raummehrbedarf vorgehalten wird. Dies ist auf Nachfrage durch den zuständigen Übungsleiter ggü. dem Kostenträger bzw. der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern zu begründen.
- (4) Die Qualifikation der Übungsleiter ist sowohl für die für die Anerkennung der Rehabilitationssport-/Funktionstrainingsgruppe wie die dauerhafte Sicherstellung Voraussetzung entsprechend der BAR-Rahmenvereinbarung. Die Übungsleiter müssen in der Lage sein, die Leistungsfähigkeit und die darauf abzustimmenden Übungen für den/die einzelnen Patienten/-innen einzuschätzen.
- (5) Verstöße gegen die BAR-Rahmenvereinbarung und diese Vereinbarung sind direkt zwischen den Leistungserbringerverbänden und dem jeweils zuständigen Kostenträger, sofern es nur diesen betrifft bzw. bei wiederholten oder Kostenträgerübergreifenden Thematiken mit der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern als aner kennenden Stelle zu klären. Die Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport entscheidet, ob ggf. eine Rücknahme der Anerkennung als Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppe zu erfolgen hat.
- (6) Eine Haftung der Kostenträger für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die aus der Durchführung des Rehabilitationssport und Funktionstrainings entstehen, wird ausgeschlossen.

(2) Durch die Träger der Rentenversicherung

- (a) Die Träger der Rentenversicherung übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining im Anschluss an eine von ihnen erbrachte Leistung zur medizinischen Rehabilitation, wenn bereits während dieser Leistung die Notwendigkeit der Durchführung von Rehabilitationssport und Funktionstraining vom Arzt/ von der Ärztin der Rehabilitationseinrichtung festgestellt worden ist und der Mensch mit Behinderung oder von Behinderung bedrohte Mensch den Rehabilitationssport / das Funktionstraining innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnt.

Eine besondere Genehmigung durch die Träger der Rentenversicherung ist nicht erforderlich. Die Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining durch die Rehabilitationseinrichtung mit dem jeweils geltenden Formular der Deutschen Rentenversicherung gilt als Kostenzusage der Rentenversicherung.

- (b) Die Verordnung muss die Diagnose entsprechend jeweils geltendem ICD, Belastungseinschränkungen, die Gründe und Ziele, weshalb Rehabilitationssport/Funktionstraining erforderlich ist sowie Art, Dauer und Häufigkeit des Rehabilitationssports/Funktionstrainings enthalten. Das jeweils gültige Verordnungsformular (Anlage 4b) für die Träger der Rentenversicherung ist zu verwenden.

Der Leistungsumfang in der gesetzlichen Rentenversicherung beträgt in der Regel bis zu sechs Monate, längstens bis zu zwölf Monate. Eine längere Leistungsdauer als sechs 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/Funktionstrainings krankheits-/ behinderungsbedingt nicht möglich ist, weil z.B. wegen der Veränderungen des Krankheitsbildes eine ständige Anpassung der Übungen erforderlich ist.

- (c) Bei Nichtteilnahme an dem für einen bestimmten Zeitraum gewährten Rehabilitationssport/Funktionstraining, ist eine Übertragung auf einen späteren Zeitraum nicht zulässig.

(3) Durch die gesetzliche Unfallversicherung

- (a) Für die gesetzliche Unfallversicherung kommt Rehabilitationssport/Funktionstraining so lange in Betracht, als dadurch das Ziel der Rehabilitation gefördert wird. Hinsichtlich Verordnungsumfang und Genehmigung des Rehabilitationssports wird auf in Anlage 2d verwiesen.

Für die Verordnung von Funktionstraining gelten die Regelungen aus Absatz 1 a (mit Ausnahme des Verordnungsvordrucks) bis 1f entsprechend.

- (b) Die ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport und Funktionstraining erfolgt in freier Form und orientiert sich am Verordnungsvordruck der gesetzlichen Krankenversicherung (siehe Anlage 4a). Die ärztliche Verordnung bedarf vor Durchführung der Maßnahme der Genehmigung durch den zuständigen Unfallversicherungsträger.

Die Teilnahme an der vertraglichen Leistung der Rehabilitations-/Funktions-  
trainingsgruppe darf nicht davon abhängig gemacht werden, ob der Versi-  
cherte bereit ist, Zuzahlungen/Eigenbeteiligungen etc. für Mehrleistungen, die  
über den Vereinbarungsinhalt hinausgehen zu zahlen.

Der Eintritt in ein Schwimmbad zur Inanspruchnahme des vertraglichen Reha-  
bilitationssport/Funktionstraining im Wasser, ist nicht Leistungsbestandteil und  
von Teilnehmenden selbst zu Tragen.

Mitgliedsbeiträge bei freiwilliger Mitgliedschaft sind möglich.

## **§ 7 Abrechnung**

Die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining ist auf den jeweils hierfür je  
Bereich und Kostenträger vorgesehenen Teilnahmebestätigungen (Anlagen 5a bis 5f) nach-  
zuweisen. Die Abrechnung für die Teilnahme an den Übungsveranstaltungen erfolgt unter  
Beachtung einheitlicher Vorgaben. Diese sind für die jeweiligen Kostenträger den Anlagen  
6a - d zu entnehmen.

## **§ 8 Datenschutz**

- (1) Die anerkannte Rehabilitations-/Funktionstrainingsgruppe bzw. deren Träger und die  
Kostenträger sind aufgrund des Gesetzes verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutz-  
bestimmungen (insbesondere die EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz,  
BDSG oder KDG oder DSG-EKD) einzuhalten.
- (2) Die Rehabilitations-/Funktionstrainingsgruppe ist verpflichtet, den Schutz der perso-  
nenbezogenen Daten sicherzustellen und unterliegt hinsichtlich der Person des Versi-  
cherten und dessen Krankheiten der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind  
Angaben gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt und dem zuständigen Kosten-  
träger, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind. Die Re-  
habilitationssport-/Funktionstrainingsgruppe hat seine Mitarbeiter zur Beachtung der  
Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen zu verpflichten.

## **§ 9 Qualitätssicherung**

- (1) Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen verpflichten sich zur Sicherung  
und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistung. Die Leistungen  
müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und  
in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Sie wirken darauf hin, dass be-  
darfsgerecht qualifizierte Angebote vorgehalten werden.
- (2) Die Überprüfung der Anerkennnisvoraussetzung erfolgt alle zwei Jahre durch die Ar-  
beitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern.
- (3) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, die Details zur Qualitätssicherung in der  
Anlage 7 näher zu regeln.



Übersicht über die Anlagen:

Anlage 1 Anerkenniserklärung

Anlage 2a Vergütung Rehabilitationssport Primärkassen

Anlage 2b Vergütung Rehabilitationssport Ersatzkassen

Anlage 2c Vergütung Rehabilitationssport DRV

Anlage 2d Vergütung Rehabilitationssport DGUV

Anlage 3a Vergütung Funktionstraining Primärkassen und DGUV

Anlage 3b Vergütung Funktionstraining Ersatzkassen

Anlage 3c Vergütung Funktionstraining DRV

Anlage 4a Verordnungsvordruck Krankenkassen

Anlage 4b Verordnungsvordruck Rentenversicherung

Anlage 4c Verordnungsvordruck Unfallversicherung

Anlage 5a Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport GKV

Anlage 5b Ergänzungsblatt Teilnahmebestätig. Papierabrechnung Rehabilitationssport GKV

Anlage 5c Teilnahmebestätigung Funktionstraining GKV

Anlage 5d Ergänzungsblatt Teilnahmebestätig. Papierabrechnung Funktionstraining GKV

Anlage 5e Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport und Funktionstraining DRV

Anlage 5f Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport und Funktionstraining DGUV

Anlage 6a Abrechnungsregelung Primärkassen

Anlage 6b Abrechnungsregelung Ersatzkassen

Anlage 6c Abrechnungsregelung Rentenversicherung

Anlage 6d Abrechnungsregelung Unfallversicherung

Anlage 7 Qualitätssicherung

München, den 17.01.2022

Anerkenniserklärung  
Rehabilitationssport/ Funktionstraining

Verein/Gruppe/juristische Person: \_\_\_\_\_

IK: \_\_\_\_\_

**Anerkenniserklärung**

Hiermit erkläre ich / erklären wir, die Inhalte der Bayerischen Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings in der jeweils gültigen Fassung anzuerkennen. Ich / Wir verpflichten uns dafür Sorge zu tragen, die Vorgaben der Vereinbarung und der damit im Zusammenhang stehenden Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten.

Ich stelle / Wir stellen sicher, dass der Zugang zum vertragsärztlichen verordneten Rehabilitationssport/Funktionstraining ohne Mitgliedschaft oder Zuzahlung gewährleistet ist; weiterhin gewähre ich / gewähren wir jegliche Änderungen, welche die Gruppe betreffen (insbesondere Wechsel des Übungsleiters, Übungsortes, Arztes etc.) der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitationssport in Bayern zeitnah mitzuteilen.

Ich / Unser Verein / unsere Gruppe versichere / versichert, dass die Übungen nicht an technischen Geräten bzw. als individuelle Einzelübungen (Gerätetraining, Muskelaufbau-, Kraftausdauertraining wie z. B. in Fitnesscenter, KG-Praxen) – auch nicht als Bestandteil eines Zirkeltrainings – durchgeführt werden. Eine Ausnahme stellt insoweit das Training auf Fahrradergometer in Herzgruppen dar.

Mir / Uns ist bekannt, dass ein Verstoß gegen die Regelungen der o. g. Vereinbarungen zum Widerruf der Anerkennung als Leistungserbringer führen kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und ggf. Stempel  
des Vereins/der Gruppe/  
der juristischen Person

## **Protokollnotiz zu den Anlagen 2a – 3d**

zur Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings in Bayern gültig ab dem 01.01.2022

### **Stand: 01. Januar 2022**

Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, dass in den Vergütungssätzen ab dem 1. Januar 2021, sowie in der Vergütungsanpassung ab dem 1. Januar 2022, pandemiebedingte Mehraufwendungen berücksichtigt wurden.

Nach Ablauf der Vergütungsvereinbarung vom 1. Januar 2022 überprüfen die Vertragspartner, inwiefern künftig pandemiebedingte Mehraufwendungen zu berücksichtigen sind.

## **Anlage 2a**

zur Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings in Bayern

### **Vergütungsvereinbarung allgemeiner ambulanten Rehabilitationssport und Rehabilitationssport in Herzgruppen zwischen folgenden Vertragspartnern:**

**AOK Bayern  
BKK Landesverband Bayern  
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München  
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse und Alterskasse  
IKK classic zugleich handelnd als Vertreterin  
der BIG direkt gesund, IKK gesund plus, IKK – Die Innovationskasse, IKK Südwest**

**und**

**Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Bayern e.V.  
Landes-Arbeitsgemeinschaft für kardiologische Prävention und Rehabilitation in  
Bayern e. V.**

Abrechnungscode 61  
Tarifkennzeichen 02690

#### **§ 1 Höhe der Vergütung im Rehabilitationssport**

Die Vergütung beträgt im

1. allgemeinen Rehabilitationssport je Übungseinheit / Versicherten

**6,05 EUR (Abrechnungspositionsnummer 604503)**

2. Rehabilitationssport in spezifischen Übungsgruppen für schwerstbehinderte Menschen (vgl. Ziffer 10.1 Abs. 2 und 10.2 Satz 2 letzter Halbsatz der Rahmenvereinbarung), die einen erhöhten Betreuungsaufwand erfordern je Übungseinheit / Versicherten

**10,00 EUR (Abrechnungspositionsnummer 604507)**

3. Rehabilitationssport im Wasser je Übungseinheit / Versicherten

**7,90 EUR (Abrechnungspositionsnummer 604509)**

4. Rehabilitationssport in Übungsgruppen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen je Übungseinheit / Versicherter

**8,90 EUR (Abrechnungspositionsnummer 604510)**

München, 27.12.2021

---

Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband  
Bayern e. V.

---

AOK Bayern – Die Gesundheitskasse

---

Landes-Arbeitsgemeinschaft für kardiologische  
Prävention und Rehabilitation in Bayern e. V.

---

BKK Landesverband Bayern

---

KNAPPSCHAFT  
Regionaldirektion München

---

Sozialversicherung für Landwirtschaft,  
Forsten und Gartenbau  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse  
und Alterskasse

---

IKK classic  
Auch in Vertretung der im Rubrum  
genannten Innungskrankenkassen

## **Anlage 2b**

zur Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings in Bayern

### **Vergütungsvereinbarung allgemeiner ambulanter Rehabilitationssport und Rehabilitationssport in Herzgruppen für folgende Kostenträger:**

**vdek**

*Für den Bereich des Rehabilitationssports und des Rehabilitationssports in Herzgruppen gelten die Regelungen des vdek-Bundesverbandes.*



## **Anlage 2c**

zur Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings in Bayern

### **Vergütungsvereinbarung allgemeiner ambulanter Rehabilitationssport und Rehabilitationssport in Herzgruppen für folgende Kostenträger:**

#### **DRV**

Bundeseinheitliche Vergütungssätze der Deutschen Rentenversicherung werden angestrebt. Bis zur Festlegung und Anwendung der bundeseinheitlicher Vergütungssätze durch die Träger der Deutschen Rentenversicherung gelten folgende Vergütungssätze:

- die Vergütungssätze nach Anlage 2a für den allgemeinen Rehabilitationssport und den Rehabilitationssport in Herzgruppen

## **Anlage 2d**

zur Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings in Bayern

### **Vergütungsvereinbarung allgemeiner ambulanter Rehabilitationssport und Rehabilitationssport in Herzgruppen für folgende Kostenträger:**

#### **DGUV**

Es gilt das Abkommen

Zwischen

- der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV)  
Glinkastr. 40, 10117 Berlin  
vertreten durch den Hauptgeschäftsführer, Herrn Dr. Stefan Hussy
- der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG)  
als landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft (LBG)  
Weißensteinstraße 70 - 72, 34131 Kassel  
vertreten durch die Geschäftsführerin, Frau Claudia Lex

einerseits

und

- dem Rehabilitationssport/ RehaSport Deutschland e.V. ( RSD)  
Eiswerderstraße 20, 13585 Berlin  
vertreten durch den Vorsitzenden des geschäftsführenden Vorstandes,  
Herrn Thomas Roth

andererseits

über die Durchführung des ärztlich verordneten Rehabilitationssportes in Gruppen  
unter ärztlicher Betreuung

in der jeweils gültigen Fassung.

### **Anlage 3a**

zur Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings in Bayern

#### **Vergütungsvereinbarung Funktionstraining zwischen folgenden Vertragspartnern:**

**AOK Bayern  
BKK Landesverband Bayern  
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München  
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse und Alterskasse  
IKK classic zugleich handelnd als Vertreterin  
der BIG direkt gesund, IKK gesund plus, IKK – Die Innovationskasse, IKK Südwest  
Landesverband Südost der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)**

**und**

**Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Bayern e. V.  
Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V., Landesverband Bayern**

Abrechnungscode 62  
Tarifkennzeichen 02680

#### **§ 1 Höhe der Vergütung**

Die Vergütung beträgt in der

1. Warmwassergymnastik je Übungseinheit / Versicherten

**9,00 EUR (Abrechnungspositionsnummer 704505)**

2. Trockengymnastik je Übungseinheit / Versicherten

**4,95 EUR (Abrechnungspositionsnummer 704506)**

#### **§ 2 Günstigkeitsklausel**

Sofern die Ersatzkassen Vergütungssätze nach Anlage 3b verhandeln, die unter den in § 1 dieser Anlage genannten Vergütungssätze liegen, gelten für die in Anlage 3a genannten Vertragspartner diese Vergütungssätze ebenfalls. Dies gilt für alle Leistungen, die nach dem 01.01.2022 erbracht und noch nicht ggü. dem zuständigen Kostenträger abgerechnet wurden.

#### **§ 3 Geltungsdauer**

Die Vergütungsregelung gilt für alle Leistungen, die ab dem 1. Januar 2022 erbracht werden und kann schriftlich von jedem der Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Monats, erstmals zum 31. März 2023, unabhängig von der ihr zugrundeliegenden Vereinbarung gekündigt werden.

### **Anlage 3b**

zur Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings in Bayern

**Vergütungsvereinbarung Funktionstraining zwischen folgenden Vertragspartnern:**

**Ersatzkassen**

**und**

**Rheuma-Liga Landesverband Bayern e. V.**

Abrechnungscode:	62
Tarifkennzeichen:	02
Leistungserbringergruppe:	100

#### **§ 1 Höhe der Vergütung**

Die Vergütung beträgt in der

1. Warmwassergymnastik je Übungseinheit / Versicherten

**X,XX EUR (Abrechnungspositionsnummer 704505)**

2. Trockengymnastik je Übungseinheit / Versicherten

**X,XX EUR (Abrechnungspositionsnummer 704506)**

#### **§ 2 Geltungsdauer**

Die Vergütungsregelung gilt für alle Leistungen, die ab dem 1. Januar 2022 erbracht werden und kann schriftlich von jedem der Vertragspartner mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Jahres, erstmals zum 31. März 2023, unabhängig von der ihr zugrundeliegenden Vereinbarung gekündigt werden.

#### **§ 3 Zuständigkeit**

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist für die Vergütung des Funktionstrainings (§ 1 dieser Anlage) mit der Deutschen Rheuma-Liga Landesverband Bayern e. V. zuständig. Mit dem Bundesverband für Osteoporose sind die bundesweiten Regelungen maßgebend.

München, den

### **Anlage 3c**

zur Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings in Bayern

#### **Vergütungsvereinbarung Funktionstraining für folgende Kostenträger: DRV**

Bundeseinheitliche Vergütungssätze der Deutschen Rentenversicherung werden angestrebt. Bis zur Festlegung und Anwendung der bundeseinheitlicher Vergütungssätze durch die Träger der Deutschen Rentenversicherung gelten folgende Vergütungssätze:

- die Vergütungssätze nach Anlage 3a für das Funktionstraining.

**Anlage 4a  
Verordnungsvordruck GKV (Muster 56)**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenübernehmer	Versicherter-Nr.	Sexus
Behandlungs-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Antrag auf Kostenübernahme**

56

für **Rehabilitationssport**

für **Funktionstraining**

Rehabilitationssport/Funktionstraining werden von den Krankenkassen insbesondere mit dem Ziel der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung gestellt.

**Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining**

verordnungrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose(n)

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante Beeinträchtigung der Aktivität und Teilhabe

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

**Empfohlene Rehabilitationssportart**

- Gymnastik (auch im Wasser)
- Schwimmen
- Leichtathletik
- Bewegungsspiele
- Sonstige
- Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

Rehabilitationssport ist notwendig für

- 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwert)
- 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwert) nur bei
  - Asthma bronchiale
  - Blindheit in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung erwarben
  - Chronischer-obstruktive Lungenkrankheit (COPD)
  - Doppelamputation
  - Epilepsie, therapieresistent
  - Glasknochen
  - Infantiler Zerebralparese
  - Marfan-Syndrom
  - Morbus Bechterew
  - Morbus Parkinson
  - Mukoviszidose
  - Multipler Siderose
  - Muskeldystrophie
  - Niereninsuffizienz, terminal
  - Organische Hirnschädigung
  - Polyneuropathie
  - Querschnittlähmung, schwere Lähmung (Paraparese, Paraplegie, Tetraparese, Tetraplegie)
- 28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von der Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen
- Übungseinheiten bei Abweichung von oben genannten Richtwerten

Längere Leistungsdauer, wenn bei kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist.

120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)

24 Monate (Richtwert)

Bei weiteren Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining, warum der Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbständig und eigenverantwortlich durchzuführen

**Empfohlene Funktionstrainingsarten**

- Trockengymnastik
- Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

- 12 Monate (Richtwert)
- 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität
  - Fibromyalgie-Syndrome
  - Kollagenosen
  - Morbus Bechterew
  - Osteoporose
  - Polyarthrosen, schwer
  - Psoriasis-Arthritis
  - Rheumatoide Arthritis



Zuständiger Rentenversicherungsträger:


**Deutsche  
Rentenversicherung**

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**G0850****Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining****Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung**

Seite 1 ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden.

Seite 2 ist eine Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung.

Seite 3-5 und das Abrechnungsformular G0851 sind der Versicherten / dem Versicherten auszuhändigen.

Besonderer Hinweis bei onkologischer Erkrankung: Rehabilitationssport kann verordnet werden, wenn die (Primär-) Therapie (Operation und / oder Strahlentherapie und / oder antineoplastische Therapie) abgeschlossen ist. Im Einzelfall kann Rehabilitationssport auch vor Abschluss der (Primär-) Therapie verordnet werden: Es muss dann sichergestellt sein, dass die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt während der laufenden Therapie überprüft, ob die Fortsetzung des Rehabilitationssports aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist.

Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis		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.**

<b>1 Diagnose</b>		
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung		
<b>2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining</b> (Bitte entweder unter Ziffer 2.1 oder 2.2 ankreuzen)		
<b>2.1 Art des Rehabilitationssports:</b>	<b>2.2 Art des Funktionstrainings:</b>	
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport	<input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik	
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport im Wasser	<b>Spezifizierung der Diagnose:</b>	
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen	<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis	
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen	<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	
<input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	<input type="checkbox"/> Arthrose	
	<input type="checkbox"/> Sonstige:	
Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen und Herzinsuffizienzgruppen unbedingt angeben!)	unter Beta-Blocker	
Watt max      , HF max      / Min., RR max      mm Hg, Trainingspuls      / Min.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>3 Weitere Angaben für die Verordnung</b>		
<b>3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate</b>	<b>Hinweis:</b> 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.	
<input type="checkbox"/> Monate		
<b>3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen:</b> (bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung maximal 3 je Woche, soweit die Häufigkeit angeboten wird)		
Rehabilitationssport wöchentlich	Trockengymnastik wöchentlich	Wassergymnastik wöchentlich
<input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	<input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	<input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal

Das Informationsschreiben G0852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)



Zuständiger Rentenversicherungsträger:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**G0850**

**Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining**

**Hinweise für die Rehabilitationseinrichtung**

Seite 1 ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden.

Seite 2 ist eine Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung.

Seite 3-5 und das Abrechnungsformular G0851 sind der Versicherten / dem Versicherten auszuhändigen.

Besonderer Hinweis bei onkologischer Erkrankung: Rehabilitationssport kann verordnet werden, wenn die (Primär-) Therapie (Operation und / oder Strahlentherapie und / oder antineoplastische Therapie) abgeschlossen ist. Im Einzelfall kann Rehabilitationssport auch vor Abschluss der (Primär-) Therapie verordnet werden: Es muss dann sichergestellt sein, dass die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt während der laufenden Therapie überprüft, ob die Fortsetzung des Rehabilitationssports aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist.

Versicherter (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis	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.

<b>1 Diagnose</b>	
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung	
<b>2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining</b> (Bitte entweder unter Ziffer 2.1 oder 2.2 ankreuzen)	
<b>2.1 Art des Rehabilitationssports:</b> <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport im Wasser <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen <input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	<b>2.2 Art des Funktionstrainings:</b> <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik <b>Spezifizierung der Diagnose:</b> <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Sonstige:
Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen und Herzinsuffizienzgruppen unbedingt angeben!) Watt max _____, HF max _____ / Min., RR max _____ mm Hg, Trainingspuls _____ / Min.	unter Beta-Blocker <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>3 Weitere Angaben für die Verordnung</b>	
3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate <input type="checkbox"/> Monate	<b>Hinweis:</b> 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.
3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen: (bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung maximal 3 je Woche, soweit die Häufigkeit angeboten wird)	
Rehabilitationssport wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	Trockengymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal
	Wassergymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal

Das Informationsschreiben G0852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)



Zuständiger Rentenversicherungsträger:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

**Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining**

**G0850**

**Hinweise für die Versicherte / den Versicherten**

Besonderer Hinweis bei onkologischer Erkrankung:

Sie haben eine Verordnung für Rehabilitationssport bekommen, den Sie nach Abschluss Ihrer Krebsbehandlung aufnehmen können. Sollten Sie im Ausnahmefall den Rehabilitationssport schon während der Behandlung beginnen, muss sichergestellt sein, dass die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt während der laufenden Therapie überprüft, ob die Fortsetzung des Rehabilitationssports aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist. Weitere wichtige Hinweise entnehmen Sie bitte dem Informationsschreiben G0852.

Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis		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.**

<b>1 Diagnose</b>	
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung	
<b>2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining</b> (Bitte entweder unter Ziffer 2.1 oder 2.2 ankreuzen)	
<b>2.1 Art des Rehabilitationssports:</b> <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport im Wasser <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen <input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	<b>2.2 Art des Funktionstrainings:</b> <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik <b>Spezifizierung der Diagnose:</b> <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Sonstige:
Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen und Herzinsuffizienzgruppen unbedingt angeben!) Watt max _____, HF max _____ / Min., RR max _____ mm Hg, Trainingspuls _____ / Min.	unter Beta-Blocker <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>3 Weitere Angaben für die Verordnung</b>	
3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate <input type="checkbox"/> Monate	<b>Hinweis:</b> 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.
3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen: (bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung maximal 3 je Woche, soweit die Häufigkeit angeboten wird)	
Rehabilitationssport wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	Trockengymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal
	Wassergymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal

Das Informationsschreiben G0852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)



Zuständiger Rentenversicherungsträger:


**Deutsche  
Rentenversicherung**

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Zur Vorlage bei der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt
---

**G0850****Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining****Hinweise für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt**

Diese Verordnung erhalten Sie zur Information.

Wenn Sie aus medizinischen Gründen Bedenken gegen die Durchführung der verordneten Leistung haben, informieren Sie bitte Ihre Patientin / Ihren Patienten. Die Leistung kann dann nicht durchgeführt oder muss abgebrochen werden.

Besonderer Hinweis bei onkologischer Erkrankung: Rehabilitationssport kann verordnet werden, wenn die (Primär-) Therapie (Operation und / oder Strahlentherapie und / oder antineoplastische Therapie) abgeschlossen ist. Im Einzelfall kann Rehabilitationssport auch vor Abschluss der (Primär-) Therapie verordnet werden: Es muss dann sichergestellt sein, dass Sie während der laufenden Therapie überprüfen, ob die Fortsetzung des Rehabilitationssports aus medizinischer Sicht gerechtfertigt ist.

Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis		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.**

<b>1 Diagnose</b>		
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung		
<b>2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining</b> (Bitte entweder unter Ziffer 2.1 oder 2.2 ankreuzen)		
<b>2.1 Art des Rehabilitationssports:</b>	<b>2.2 Art des Funktionstrainings:</b>	
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport	<input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik	
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport im Wasser	<b>Spezifizierung der Diagnose:</b>	
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen	<input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis	
<input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen	<input type="checkbox"/> Morbus Bechterew	
<input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	<input type="checkbox"/> Arthrose	
	<input type="checkbox"/> Sonstige:	
Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen und Herzinsuffizienzgruppen unbedingt angeben!)	unter Beta-Blocker	
Watt max , HF max / Min., RR max mm Hg, Trainingspuls / Min.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<b>3 Weitere Angaben für die Verordnung</b>		
3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate	<b>Hinweis:</b> 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.	
<input type="checkbox"/> Monate		
3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen: (bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung maximal 3 je Woche, soweit die Häufigkeit angeboten wird)		
Rehabilitationssport wöchentlich	Trockengymnastik wöchentlich	Wassergymnastik wöchentlich
<input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	<input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	<input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal

Das Informationsschreiben G0852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)



Zuständiger Rentenversicherungsträger:



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Zur Vorlage bei der  
Rehabilitationssportgruppe  
oder Funktionstrainingsgruppe

**G0850**

**Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining**

**Hinweise für die Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe**

Nach Durchführung des Rehabilitationssports beziehungsweise Funktionstrainings leitet die Sportgruppe Seite 5 und das Abrechnungsformular G0851 direkt oder über ihren örtlichen Landesverband an den zuständigen Rentenversicherungsträger weiter. Dabei ist darauf zu achten, dass die Versicherte / der Versicherte die Teilnahme am Rehabilitationssport beziehungsweise Funktionstraining bestätigt.

Versicherter (Name, Vorname)		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort			
Leistung zur medizinischen Rehabilitation vom - bis		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.**

<b>1 Diagnose</b>	
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung	
<b>2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining</b> (Bitte entweder unter Ziffer 2.1 oder 2.2 ankreuzen)	
<b>2.1 Art des Rehabilitationssports:</b> <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport im Wasser <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen <input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	<b>2.2 Art des Funktionstrainings:</b> <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik <b>Spezifizierung der Diagnose:</b> <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Sonstige:
Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen und Herzinsuffizienzgruppen unbedingt angeben!) Watt max , HF max / Min., RR max mm Hg, Trainingspuls / Min.	unter Beta-Blocker <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>3 Weitere Angaben für die Verordnung</b>	
3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate <input type="checkbox"/> Monate	<b>Hinweis:</b> 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.
3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen: (bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung maximal 3 je Woche, soweit die Häufigkeit angeboten wird)	
Rehabilitationssport wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	Trockengymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal
	Wassergymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal

Das Informationsschreiben G0852 ist der Versicherten / dem Versicherten ausgehändigt worden.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)



## **Anlage 4c Verordnungsvordruck DGUV**

Die ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport und Funktionstraining erfolgt in freier Form und orientiert sich am Verordnungsvordruck der gesetzlichen Krankenversicherung (siehe Anlage 4a).





## Ergänzungsblatt zur Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport bei Abrechnung in Papierform GKV

Name, Vorname der/des Versicherten    Geburtsdatum    Krankenkasse    Versicherten-Nr.    Angebotsnummer

<b>Abrechnung</b>	<input type="checkbox"/> Zwischenabrechnung Nr. ___	<input type="checkbox"/> Endabrechnung
<input type="checkbox"/> Rehasport 604503 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Rehasport für Kinder 604511 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Herzsport 604504 (Pos.-Nr.)
<input type="checkbox"/> Rehasport im Wasser 604509 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Rehasport für Kinder im Wasser 604512 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Herzsport für Kinder 604508 (Pos.-Nr.)
<input type="checkbox"/> Rehasport schwerstbehinderter Menschen 604507 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Rehasport schwerstbehinderter Kinder 604513 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/> Rehasport Herzinsuffizienzgruppen 604514 (Pos.-Nr.)
<input type="checkbox"/> Rehasport zur Stärkung des Selbstbewusstseins 604510 (Pos.-Nr.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl der Übungsveranstaltungen	x	Euro	=	Euro	
		Vergütungssatz			
Anzahl der Übungsveranstaltungen	x	Euro	=	Euro	
		Vergütungssatz			
Anzahl der Übungsveranstaltungen	x	Euro	=	Euro	
		Vergütungssatz			
Anzahl der Übungsveranstaltungen	x	Euro	=	Euro	=
		Vergütungssatz			<b>Gesamtbetrag</b>

**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.

Es wird bestätigt, dass die Rehabilitationssportgruppe anerkannt ist, die Übungsveranstaltungen von einer qualifizierten Übungsleitung geleitet werden und diese im Besitz einer gültigen Übungsleiter-Qualifikation gemäß Rahmenvereinbarung ist.

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

### Rechnung-Nr.:

Leistungserbringergruppen-  
schlüssel/Vertragskennzeichen

\_\_\_\_\_  
Verordnung vom:

\_\_\_\_\_  
Genehmigung vom:

\_\_\_\_\_  
ggfs. Genehmigungskennzeichen:

\_\_\_\_\_  
Gültig bis:

Name, Vorname der/des Versicherten      Geburtsdatum      Krankenkasse      Versicherten-Nr.      Angebotsnummer

Name des Leistungserbringers

Institutionskennzeichen (IK)

**Teilnahmebestätigung Funktionstraining GKV**

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	WG*	TG*	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden (Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
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				

\*Zutreffendes bitte ankreuzen: WG = Wassergymnastik TG = Trockengymnastik

## Ergänzungsblatt zur Teilnahmebestätigung Funktionstraining bei Abrechnung in Papierform GKV

Name, Vorname der/des Versicherten    Geburtsdatum    Krankenkasse    Versicherten-Nr.    Angebotsnummer

<b>Abrechnung</b>	<input type="checkbox"/> Zwischenabrechnung Nr. _____	<input type="checkbox"/> Endabrechnung
-------------------	---	--

<b>Wassergymnastik</b>	_____	<b>x</b>	_____ €	=	_____ €	
704505 (Pos.-Nr.)	Anzahl der Übungs- veranstaltungen		Vergütungssatz			
<b>Wassergymnastik</b>	_____	<b>x</b>	_____ €	=	_____ €	
704505 (Pos.-Nr.)	Anzahl der Übungs- veranstaltungen		Vergütungssatz			
<b>Trockengymnastik</b>	_____	<b>x</b>	_____ €	=	_____ €	
704506 (Pos.-Nr.)	Anzahl der Übungs- veranstaltungen		Vergütungssatz			
<b>Trockengymnastik</b>	_____	<b>x</b>	_____ €	=	_____ €	= _____ €
704506 (Pos.-Nr.)	Anzahl der Übungs- veranstaltungen		Vergütungssatz			<b>Gesamtbetrag</b>

**Bei 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.

Es wird bestätigt, dass die Funktionstrainingsgruppe anerkannt ist, die Übungsveranstaltungen von einer qualifizierten Übungsleitung geleitet werden und diese im Besitz einer gültigen Qualifikation gemäß Rahmenvereinbarung ist.

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel und Unterschrift des Leistungserbringers

**Rechnung-Nr.:**

Leistungserbringergruppen-  
schlüssel/Vertragskennzeichen

\_\_\_\_\_

Verordnung vom:

\_\_\_\_\_

Genehmigung vom:

\_\_\_\_\_

ggfs. Genehmigungskennzeichen:

\_\_\_\_\_

Gültig bis:

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



MSAT / MSNR

--

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

**Abrechnungsformular für die Rehabilitationssportgruppe oder  
Funktionstrainingsgruppe**

**G0851**

Name und Anschrift der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe

**Anforderung der Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport oder Funktionstraining**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:  
(Die Art des **Rehabilitationssports** oder des **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				15			
2				16			
3				17			
4				18			
5				19			
6				20			
7				21			
8				22			
9				23			
10				24			
11				25			
12				26			
13				27			
14				28			



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)**

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

Institutionskennzeichen (IK-Nummer)	Angebotsnummer (soweit vorhanden)

Wir bitten, diesen Betrag auf folgendes Konto zu überweisen:

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

<b>Bitte unbedingt angeben:</b>	Rechnungsnummer	Rechnung vom

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

Datum, Unterschrift, Stempel der abrechnenden Stelle







**Anlage 6a Abrechnungsregelungen für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining für folgende Kostenträger:**

**AOK Bayern  
BKK Landesverband Bayern  
KNAPPSCHAFT, Regionaldirektion München  
Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau  
als Landwirtschaftliche Krankenkasse  
IKK classic**

- (1) Die Abrechnung für die Teilnahme an den Übungsveranstaltungen erfolgt grundsätzlich zwischen der jeweiligen Krankenkasse und dem Träger der Rehabilitationssport-/Funktionstrainingsgruppe. Die Träger von Rehabilitationssport-/Funktionstrainingsgruppen sind grundsätzlich verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Sie können sich auch der Abrechnungsstellen/-zentren bedienen, für die die Regelungen in gleichem Umfang gelten. Für die Abrechnung gelten die „Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 SGB V i. V. mit § 303 SGB V“ in der jeweils gültigen Fassung (nachfolgend Richtlinien genannt, zu finden unter [www.datenaustausch.de](http://www.datenaustausch.de)).
- (2) Werden die den Krankenkassen zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, wird die Krankenkasse – sofern der Grund beim Abrechner liegt – einen Verwaltungskostenabschlag von 5 v. H. des Rechnungsbetrages durch eine pauschale Rechnungskürzung in Abzug bringen.
- Nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelte Abrechnungen sind nur für die Träger von Rehabilitationssport-/Funktionstrainingsgruppen zulässig, die weder ihre Abrechnung mit Mitteln der elektronischen Datenverarbeitung erstellen, noch ein Abrechnungszentrum mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt haben.
- Erfolgt eine nicht maschinell verwertbare Abrechnung, hat der Leistungserbringer bei der Abrechnung die Vorgaben des § 2 Abs. 1 der Richtlinien zum Datenträgeraustausch nach § 302 SGB V zwingend zu berücksichtigen und die Papierrechnung mit den Inhalten gemäß §§ 5 und 6 der Richtlinien zu übermitteln. Abrechnungen, die nicht den Richtlinien entsprechen, werden von den Krankenkassen abgewiesen.
- (3) Die Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des anerkannten Trägers der Gruppe einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche IK zu verwenden. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilerstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich mitzuteilen. Mitteilungen an die Krankenkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.
- (4) Das gegenüber den Krankenkassen eingesetzte IK ist bei der Anerkennung mitzuteilen. Abrechnungen mit den Krankenkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK. Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Krankenkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkasse unbekanntem IK. Die unter dem gegenüber den Krankenkassen verwendeten IK bei der SVI gespeicherten Angaben, einschließlich der Bank- und Kontoverbindung sind verbindlich für die Abrechnungsbegleichung durch die Krankenkassen. Andere Bank- und Kontoverbindungen werden von den Krankenkassen bei der Abrechnung nicht berücksichtigt.
- (5) Es werden nur vor Leistungsbeginn genehmigte Anträge/Verordnungen vergütet. Die zur Abrechnung eingereichten Anträge/Verordnungen müssen, in Anlehnung an die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit „Sonstigen Leistungserbringern“ sowie mit Hebammen und

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins für Frauen und Mädchen	604510
Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen	604514

Die Positionsnummern 604511 Rehabilitationssport für Kinder und 604513 Rehabilitationssport schwerstbehinderter Kinder sind in Bayern nicht vereinbart. Der Rehabilitationssport für Kinder ist unter der Positionsnummer 604503 und der Rehabilitationssport für schwerstbehinderter Kinder unter der Positionsnummer 604507 abzurechnen.

Schlüsselkennzeichen für das Funktionstraining AC 62 TK 02680

Die bundeseinheitlichen Positionsnummern sind zu verwenden:

Warmwassergymnastik	704505
Trockengymnastik	704506

- (6) Bei der Datenlieferung/Abrechnung ist jeder Behandlungstag einzeln anzugeben. Auch der Diagnoseschlüssel (ICD 10) ist, soweit vom Arzt angegeben, anzuliefern.
- (7) Eine erste Zwischenabrechnung erfolgt unter Vorlage des Originalantrages/der Originalverordnung oder einer Reproduktion dieser. Weitere Abrechnungen sind nur unter Beifügung einer Kopie (erstellt durch den Leistungserbringer) des Originalantrages/der Originalverordnung möglich. Es ist darauf zu achten, dass immer Originalunterschriften der Versicherten auf der Teilnahmebestätigung erforderlich sind. Die Unterschriften können auch bei einer zertifizierten Software (TÜV-Zertifizierung) über ein Signaturpad erfolgen (Stufe 2 Fortgeschrittenen Signatur, Anpassung an EU-Recht - eIDAS-Verordnung). Auf der Teilnahmebestätigung muss der Einsatz eines Signaturpads erkennbar sowie der Hersteller ausgewiesen sein.

Fortgeschrittene elektronische Signatur heißt:

- wird eindeutig dem Unterzeichner zugeordnet,
- ermöglicht die Identifizierung des Unterzeichners,
- ist unter Verwendung elektronischer Signaturerstellungsdaten erstellt, die der Unterzeichner mit einem hohen Maß an Vertrauen unter seiner alleinigen Kontrolle verwenden kann,

und

- so mit den auf diese Weise unterzeichneten Daten verbunden, dass eine nachträgliche Veränderung der Daten erkannt werden kann.

Folgende Voraussetzungen müssen für dieses Verfahren erfüllt sein:

- Die gesetzlichen Anforderungen sind in dem Produkt durch Sicherheitsfunktionen umgesetzt (Fortgeschrittene elektronische Signatur).
- die Übernahme der vorgegebenen Teilnahmebestätigung der Primärkassen in Bayern in die Software mit allen zur Abrechnung benötigten Angaben,
- Protokollierung der manuellen Systemeingriffe (Nachforderung von Unterschriften); die Meldung der manuellen Eingriffe an die Kostenträger hat mit der Abrechnung zu erfolgen.

Auf dem Ergänzungsblatt zur Teilnahmebestätigung ist ein entsprechendes Kreuz bei Zwischen- bzw. Endabrechnung zu setzen. Bei Zwischenabrechnungen ist zudem der Teil zur letzten Abrechnung und den bislang abgerechneten Einheiten zu füllen.

Für jede Zwischenabrechnung als auch für die Endabrechnung ist eine gesonderte Rechnungsnummer zu vergeben. Die einzelnen Rechnungsnummern dürfen nicht identisch sein.

- (8) Sofern eine Kasse ein Genehmigungskennzeichen vergibt, wird bei allen Genehmigungen ein Genehmigungskennzeichen vergeben und von der genehmigenden Krankenkassen auf dem Ergänzungsblatt zur Teilnahmebestätigung vermerkt.

## **Anlage 6b Abrechnungsregelungen für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining für folgende Kostenträger:**

vdek

### **Vereinbarung zur Vergütung des Funktionstrainings für Rheumakranke in Bayern**

#### **Anlage 5 (vgl. § 10 Abs 1 Buchst. b der Vereinbarung)**

##### **Verwendung des Institutionskennzeichens**

- (1) Jede Funktionstrainingsgruppe verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), das sie bei der Abrechnung mit den Ersatzkassen 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 Ersatzkassen oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

- (3) Abrechnungen mit den Ersatzkassen erfolgen ausschließlich unter diesem IK, das in jeder Abrechnung und im Schriftwechsel mit den Ersatzkassen anzugeben ist.

Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden von den Ersatzkassen abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Ersatzkasse unbekanntem IK.

Die bei der SVI gespeicherten Daten, einschließlich der Bankverbindung, sind verbindlich für die Abrechnung durch die Ersatzkassen.

##### **Abrechnungsregelung**

- (1) Die Funktionstrainingsgruppe rechnet die Vergütungen mit der Ersatzkasse ab. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- Rechnung-/Belegnummer, IK
- Abrechnungsdaten mit Angabe der Positionsnummern
- ärztliche Verordnung
- Leistungszusage/Kostenübernahmeerklärung der Ersatzkasse
- Teilnahmebestätigung des Versicherten
- Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung)
- Name, Anschrift und Krankenversicherungsnummer des Versicherten

Bei maschineller Abrechnung ist den rechnungsbegründenden Unterlagen ein Begleitzettel beizufügen.

- (2) Eine Sammelabrechnung ist möglich. Sie soll neben dem IK zusätzlich folgende Angaben enthalten:

- Bezeichnung der Ersatzkasse und der zuständigen Geschäftsstelle,
- die Namen der Versicherten,
- Angabe der jeweiligen Versicherten-Nummer und des Status (z. B. 1, 2 oder 5),
- Daten der Tage, an denen die/der Versicherte am Funktionstraining teilgenommen hat

**Anlage 6c Abrechnungsregelungen für den Rehabilitationssport und das  
Funktionstraining für folgende Kostenträger:  
DRV**

- (1) Die Abrechnung für die Teilnahme an den Übungsveranstaltungen erfolgt zwischen dem zuständigen Rentenversicherungsträger und dem Träger der Rehabilitationssport-/ Funktionstrainingsgruppe unter Verwendung des Abrechnungsformulars G0851.
- (2) Die Abrechnung ist ausschließlich unter dem Namen des anerkannten Trägers der Gruppe einzureichen. Bei der Abrechnung ist das für den Tag der Leistungserbringung maßgebliche IK zu verwenden. Das IK ist bei der Sammel- und Verteilerstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind der SVI unverzüglich mitzuteilen. Das IK ist in jeder Abrechnung anzugeben.
- (3) Es werden nur die von der Rehabilitationseinrichtung auf dem Verordnungsformular G0850 verordneten Leistungen vergütet. Die Verordnung ist der Abrechnung beizufügen.
- (4) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich am Ende des Leistungszeitraumes. Bei einer Leistungsdauer von mehr als sechs Monaten ist eine Zwischenabrechnung möglich. Sammelrechnungen sind nicht möglich.

München, den 17.01.2022

---

Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband  
Bayern e. V.

---

Deutsche Rentenversicherung  
Bayern Süd

---

Landesarbeitsgemeinschaft für kardiologische  
Prävention und Rehabilitation in Bayern e. V.

---

Deutsche Rentenversicherung  
Nordbayern

---

Deutsche Rentenversicherung  
Schwaben

**Anlage 6d Abrechnungsregelungen für den Rehabilitationssport und das  
Funktionstraining für folgende Kostenträger:  
DGUV**

Die Vergütung erfolgt für die Versicherten gesetzlicher UV- Träger auf Grundlage der Bestimmungen aus § 5 der Anlage 2 d (Rehabilitationssport) sowie Anlage 3a (Funktionstraining).

Die Kosten sind mit dem zuständigen UV- Träger unter Beilegung der Teilnahmebescheinigung sowie der genehmigten ärztlichen Verordnung abzurechnen.

Die Abrechnung erfolgt nach Abschluss der Maßnahme. Bei Verordnungen über einen längeren Zeitraum sind Zwischenabrechnungen in halbjährlichen Abständen möglich.

Als Zahlungsziel werden 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen beim UV- Träger vereinbart. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

## **Anlage 7 Qualitätssicherung für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining**

- derzeit unbesetzt –

Zwischen den Vertragspartnern besteht Einigkeit, zu gegebener Zeit die Details zur Qualitätssicherung in dieser Anlage 7 näher zu regeln.