

ANTRAG AUF ANERKENNUNG ALS LEISTUNGSERBRINGER VON REHABILITATIONSSPORT NACH §64 SGB IX

Angaben zu dem anzuerkennenden Rehabilitationssportangebot

1. Verein/örtlicher Träger: _____
2. Vereinskennziffer: _____
3. Geplanter Beginn: _____
4. Institutionskennzeichen (IK): _____ Abrechnungsstelle IK: _____
Name Abrechnungsstelle: _____
5. Ansprechperson (Name, Vorname, Telefon, E-Mail, Geb.-datum): _____

6. Name/Bezeichnung des Angebotes: _____
7. Übungsleiter*in (Name, Vorname, Geb.-datum): _____
 1. Zusatzqualifikation bei Übungen zu Stärkung des Selbstbewusstseins (ÜzSdS) vorhanden (bitte ankreuzen):
 2. Übungsleiter*in nur bei ÜzSdS (Name, Vorname, Geburtsdatum): _____

8. Medizinische Betreuung bzw. Überwachung durch (Name, Vorname, Geb.-datum): _____
9. Übungsstätte (Name, Straße, PLZ, Ort): _____
10. Größe des Übungsraums (in qm): _____
11. Wochentag/Zeit: 1.) _____ von _____ bis _____ 2.) _____ von _____ bis _____ 3.) _____ von _____ bis _____

12. Rehabilitationssportart: Gymnastik Schwimmen Gymnastik im Wasser Ausdauer- und Kraftausdauerübungen
Bewegungsspiele Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins Sonstige: _____

13. Teilnehmer*innenkreis und Abrechnungspositionsnummer (APN) – bitte ordnen Sie das Angebot EINER APN zu (identische Abrechnungspositionsnummern können mehrfach angekreuzt werden)

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bis 15 Erwachsene Allg. Rehabilitationssport (604503) | <input type="checkbox"/> Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene (604507) |
| <input type="checkbox"/> Bis 15 Jugendliche Allg. Rehabilitationssport (604503) | <input type="checkbox"/> Bis 7 schwerstbehinderte Jugendliche (604507) |
| <input type="checkbox"/> Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) Allg. RS (604511) | <input type="checkbox"/> Bis 5 schwerstbehinderte Kinder (604513) |
| <input type="checkbox"/> Bis 15 Erwachsene im Wasser (604509) | <input type="checkbox"/> Bis 15 Jugendliche im Wasser (604509) |
| <input type="checkbox"/> Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) im Wasser (604512) | <input type="checkbox"/> Bis 12 Stärkung Selbstbewusstseins (604510) |
| <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> gemischt | |
| <input type="checkbox"/> Bis ___ TN (bei Überschreitung max. Teilnehmendenzahl – Bitte entsprechende APN ankreuzen (Beantragung über TN-Formular) | |

14. Erklärung zum Antrag auf Anerkennung ausgefüllt und unterschrieben von _____ am _____

15. Indikationsbereiche

Bitte kreuzen Sie EINEN Indikationsbereich an. Innerhalb des Indikationsbereichs können mehrere Unterbereiche angekreuzt werden.

Erkrankungen Orthopädie
Amputationen/Gliedmaßenschäden
Endoprothesen
Gelenkschäden
Glasknochen
Marfansyndrom
Morbus Bechterew
Osteoporose
Wirbelsäulen-/Haltungsschäden
Post-/Long-COVID
Sonstige

Erkrankungen Innere Medizin
Asthma/Allergien
Atemwegserkrankungen
Diabetes mellitus
Kreislaufkrankungen
Mukoviszidose
Nierenerkrankungen
Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
Post-/Long-COVID
Sonstige

Erkrankungen Neurologie
Cerebrale Bewegungsstörungen
Demenz
Epilepsie (therapieresistent)
Infantile Cerebralparese
Multiple Sklerose
Muskeldystrophie
Organische Hirnschädigung
Parkinson
Poliomyelitis
Polyneuropathie
Querschnittlähmung
Schlaganfall
Spina bifida
Post-/Long-COVID
Sonstige

Erkrankungen Sensorik
Hörschädigungen/Gehörlosigkeit
Sehbehinderungen/Blindheit
Sonstige

Erkrankungen Psychiatrie
Anfallsleiden
Autismus
Depressionen
Neurosen
Persönlichkeitsstörung
Psychosomat. Störungen
Schizophrenie
Suchterkrankungen
Post-/Long-COVID
Sonstige

Krebserkrankungen
Brustkrebserkrankungen
Prostata-/Blasenkrebserkrankungen
Sonstige

Intellektuelle Beeinträchtigungen
ADS
Entwicklungsabweichun
Lernbehinderung
Teilleistungsstörung
Sonstige

Sonstige
Mehrfachbehinderungen
Selbstbehauptung/Selbstbewusstsei
Sonstige

Ort, Datum: _____

Unterschrift (bevollmächtigte Person des Vereins/örtlichen Trägers): _____

Anlage 4

zur Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports im Bundesland Hessen vom 28.08.2012 zwischen den Hess. Primärkrankenassenverbänden/-krankenassen und dem HBRS sowie Anderen

Verpflichtungsschein

Wir erkennen die zwischen den hessischen Landesverbänden der Krankenkassen/ Krankenkassen und dem Hessischen Behinderten- und Rehabilitationssportverband e. V. (HBRS) sowie der Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz- Kreislaufkrankungen in Hessen e. V: abgeschlossene „Vereinbarung über die Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssport in Hessen“ in der Fassung vom 01. Juli 2012 in der jeweils gültigen Fassung an. Dies gilt auch für alle zur Durchführung dieser Vereinbarung getroffenen Ergänzungsregelungen.

Wir verpflichten uns, dafür Sorge zu tragen, dass wir bzw. die uns angeschlossenen Rehabilitationssportgruppen die daraus resultierenden Verpflichtungen in geeigneter Weise umsetzen, überwachen und erfüllen. Ein Exemplar der vorgenannten Vereinbarung nebst Anlagen haben wir erhalten. Wir erklären uns bereit, unseren Mitarbeitern/Übungsleiter die Bestimmungen dieser Vereinbarung und deren Anlagen zur Kenntnis zu bringen und deren Beachtung durch sie in geeigneter Weise zu überwachen.

Insbesondere werden wir die nachstehenden Punkte beachten:

- Die Durchführung von Rehabilitationssport bei Vorlage einer genehmigten Verordnung wird auch ohne Mitgliedschaft im Verein bzw. ohne eine Zuzahlung oder Eigenbeteiligung des/der Versicherten gewährleistet.
- Es werden nur Rehabilitationssportarten (Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele in Gruppen) angeboten, mit denen das Ziel des Rehabilitationssportes erreicht werden kann.

Uns ist bekannt, dass die folgenden Sportarten/Übungen von einer Anerkennung ausgeschlossen sind, da es sich hierbei **n i c h t** um Rehabilitationssport handelt:

- Übungen an technischen Geräten bzw. individuelle Einzelübungen (Gerätetraining, Muskelaufbautraining wie z. B. im Fitnesscenter).
- Sportarten, die gemessen an den Kosten für den Rehabilitationssport einen unverhältnismäßig hohen finanziellen Aufwand fordern.
- Behindertensport

Bei Zuwiderhandlung und Verstoß gegen die o. g. Vereinbarung kann die Rehabilitationssportgruppe bzw. die Einrichtung/der Verein, durch die Verbände der Krankenkassen von der Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports ausgeschlossen werden.

Name der Rehabilitationssportgruppe

Name der anerkannten Einrichtung/ des Vereins

Anschrift der Rehabilitationssportgruppe

Telefon

E-Mail:

Unterschrift des Bevollmächtigten des Vereins

Ort, Datum