HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

HBRS Online-Seminar

Neuregelungen im Herzsport

Daniel Hothorn (stellv. Geschäftsführer)
Tanja Ruppel (Abteilung Zertifizierung)

Herzlich Willkommen

Inhalt

- Aktuelle Situation
- Was ist neu?
- Regelungen im Detail
- Formalitäten rund um die Neuregelungen im Herzsport
- Fragen?

Aktuelle Situation

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

- Herzsportgruppenärzt*in muss ständig anwesend sein
- Zu wenige Ärzte im Herzsport vorhanden
- Dem gegenüber steht ein hoher Bedarf
- Corona-Situation hat die Lage nochmals deutlich verschärft

→ **Neuregelungen im Herzsport**

Was ist neu?

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Klassische Herzsportgruppe

Ärztliche Beratung und Betreuung sowie Notfallabsicherung

Neue Form der Herzsportgruppe

Ärztliche Beratung und Betreuung

Notfallabsicherung

Trennung der Aufgaben: ärztliche Beratung und Betreuung sowie Notfallversorgung

Was ist neu?

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Durchführungsvarianten

1. Herzsportgruppenärzt*in ist ständig anwesend (klassische Herzsportgruppe)
2. Herzsportgruppenärzt*in ist nicht ständig anwesend

   Die Absicherung der Notfallsituation erfolgt durch:

   - die ständige Anwesenheit einer Rettungskraft,
   - die ständige Bereitschaft des*der Herzsportgruppenärzt*in oder
   - die ständige Bereitschaft einer Rettungskraft.

In Herzinsuffizienzgruppen ist die ständige, persönliche Anwesenheit des*der Herzgruppenärzt*in während der Übungsveranstaltungen weiterhin zwingend erforderlich

Was ist neu?

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Qualifikationsanforderungen

Herzsportgruppenärzt*innen	Absicherung der Notfallsituation
• Fachärzt*in für Innere Medizin, Kardiologie, Allgemeinmedizin • Fachärzt*in für Physikalische und Rehabilitative Medizin • Fachärzt*in auf einem anderen Gebiet mit Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin • Ärzt*innen ohne die genannten Fachgebietsbezeichnung mit grundsätzlicher Erfahrung im Rehabilitationssport oder Sport mit Herzpatienten	• Ärzt*in mit praktischen Erfahrungen und Fertigkeiten im Notfallmanagement • Physician Assistant mit Kenntnissen und Fertigkeiten im Notfallmanagement • Rettungsassistent*in • Notfallsanitäter*in • Rettungssanitäter*in mit mindestens einjähriger Berufserfahrung im Anschluss an die Ausbildung mit Kenntnissen und Fertigkeiten im Notfallmanagement • Fachkrankenpflegekräfte für Intensivpflege und Anästhesie.

Was ist neu?

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e.V.

Notfallmanagement

- **Ständige Anwesenheit/ständige Bereitschaft** = auch bei einer Betreuung von maximal drei parallel stattfindenden Herzgruppen in räumlicher Nähe (z.B. in Dreifach-Sporthallen)
- **Ständige Bereitschaft** = Herzsportgruppenärzt*in bzw. die Rettungskraft ist während der Übungsveranstaltung lückenlos erreichbar. Das Eintreffen des*der Herzsportgruppenärzt*in bzw. der Rettungskraft im Übungsraum erfolgt unverzüglich nach Anforderung durch die Übungsleitung.
- Weitere Regelungen:
  - netzunabhängiger, tragbarer Defibrillator bzw. AED und Notfallkoffer ist vorzuhalten
  - Vorlage eines Notfallplans
  - In regelmäßigen Abständen, mind. 2x/Jahr, sollten während der Übungsveranstaltungen Notfallübungen durchgeführt werden

Kann gänzlich auf ein Arzt verzichtet werden?

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Durchführungsbestimmungen

- Mindestens alle sechs Wochen visitiert der*die Herzsportgruppenärzt*in die Herzgruppe
- Beratung der Teilnehmer*innen (medizinisch, psycho-sozial, Lebensstil) und Übungsleitung erfolgt weiterhin während der Übungsveranstaltungen sowie zusätzlich auf Anfrage

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

REHASPORTGRUPPE

Stundendokumentation

Gruppe: _____ Übungsleitung: _____

Arzt anwesend

Datum:	Erwärmung:	☐ Rhythmisch	☐ mit Kleingerät	☐ Ergo	☐ _____
	Hauptteil – Ziel:	☐ Konditionell	☐ Koordinativ	☐ _____	
	Hauptteil – Gerät	☐ Theraband	☐ Pezziball	☐ Stab	☐ Redondoball
		☐ Airex-Kissen	☐ Hanteln	☒	_____
	Entspannung:	☐ Dehnung	☐ Atemübungen	☐ PMR	☐ _____
	Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung:	☐ Rhythmisch	☐ mit Kleingerät	☐ Ergo	☐ _____
	Hauptteil – Ziel:	☐ Konditionell	☐ Koordinativ	☐ _____	
	Hauptteil – Gerät	☐ Theraband	☐ Pezziball	☐ Stab	☐ Redondoball
		☐ Airex-Kissen	☐ Hanteln	☐	_____
	Entspannung:	☐ Dehnung	☐ Atemübungen	☐ PMR	☐ _____
	Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung:	☐ Rhythmisch	☐ mit Kleingerät	☐ Ergo	☐ _____
	Hauptteil – Ziel:	☐ Konditionell	☐ Koordinativ	☐ _____	
	Hauptteil – Gerät	☐ Theraband	☐ Pezziball	☐ Stab	☐ Redondoball
		☐ Airex-Kissen	☐ Hanteln	☐	_____
	Entspannung:	☐ Dehnung	☐ Atemübungen	☐ PMR	☐ _____
	Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung:	☐ Rhythmisch	☐ mit Kleingerät	☐ Ergo	☐ _____
	Hauptteil – Ziel:	☐ Konditionell	☐ Koordinativ	☐ _____	
	Hauptteil – Gerät	☐ Theraband	☐ Pezziball	☐ Stab	☐ Redondoball
		☐ Airex-Kissen	☐ Hanteln	☐	_____
	Entspannung:	☐ Dehnung	☐ Atemübungen	☐ PMR	☐ _____
	Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung:	☐ Rhythmisch	☐ mit Kleingerät	☐ Ergo	☐ _____
	Hauptteil – Ziel:	☐ Konditionell	☐ Koordinativ	☐ _____	
	Hauptteil – Gerät	☐ Theraband	☐ Pezziball	☐ Stab	☐ Redondoball
		☐ Airex-Kissen	☐ Hanteln	☐	_____
	Entspannung:	☐ Dehnung	☐ Atemübungen	☐ PMR	☐ _____
	Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung:	☐ Rhythmisch	☐ mit Kleingerät	☐ Ergo	☐ _____
	Hauptteil – Ziel:	☐ Konditionell	☐ Koordinativ	☐ _____	
	Hauptteil – Gerät	☐ Theraband	☐ Pezziball	☐ Stab	☐ Redondoball
		☐ Airex-Kissen	☐ Hanteln	☐	_____
	Entspannung:	☐ Dehnung	☐ Atemübungen	☐ PMR	☐ _____
	Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung:	☐ Rhythmisch	☐ mit Kleingerät	☐ Ergo	☐ _____
	Hauptteil – Ziel:	☐ Konditionell	☐ Koordinativ	☐ _____	
	Hauptteil – Gerät	☐ Theraband	☐ Pezziball	☐ Stab	☐ Redondoball
		☐ Airex-Kissen	☐ Hanteln	☐	_____
	Entspannung:	☐ Dehnung	☐ Atemübungen	☐ PMR	☐ _____
	Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Datum:	Erwärmung:	☐ Rhythmisch	☐ mit Kleingerät	☐ Ergo	☐ _____
	Hauptteil – Ziel:	☐ Konditionell	☐ Koordinativ	☐ _____	
	Hauptteil – Gerät	☐ Theraband	☐ Pezziball	☐ Stab	☐ Redondoball
		☐ Airex-Kissen	☐ Hanteln	☐	_____
	Entspannung:	☐ Dehnung	☐ Atemübungen	☐ PMR	☐ _____
	Bemerkungen / Unterschrift ÜL:				

Stand: November 2019

Weiterer Prozess

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Vorzeitiges Inkrafttreten der Neuregelungen

- Gemeinsamen Antrags von DBS und DGPR Mitte April 2021 an GKV und DRV gestellt
- Rückmeldungen:
  - DRV: Beratung des Antrags erst im September möglich
  - GKV: positive Rückmeldung. Eine Durchführung ist möglich ab
- Umsetzung der Neuregelungen daher zunächst nur für GKV-Versicherte möglich
- Voraussetzung: Information aller Beteiligter

Start der Neuregelungen

Ab Einleitung des Zustimmungsverfahrens zur überarbeiteten Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining durch die BAR

Inhalte Informationspaket

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Welche Handlungsoptionen ergeben sich dadurch für den Verein?

HBRS Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

REHASPORTGRUPPE anerkannt+zertifiziert

Deutscher Behindertensportverband e.V.
National Paralympic Committee Germany

Rehabilitationssport in Herzgruppen

Informationen für Herzsportgruppenärzt*innen

Auf einen Blick

Herzsportgruppen können seit dem DATUM abweichend von Ziffer 12.2 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 ohne die ständige persönliche Anwesenheit des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in durchgeführt werden. In diesem Fällen ist die zusätzliche Absicherung in Notfallsituationen notwendig und kann in verschiedenen Varianten sichergestellt werden.

Die Neuregelungen gelten bis auf weiteres ausschließlich für die gesetzlichen Krankenversicherungen, sodass nur Teilnehmer*innen mit ärztlicher Verordnung über das Muster 56 an einer solchen Herzsportgruppe ohne ständige ärztliche Anwesenheit teilnehmen können.

Die bestehenden Herzsportgruppen können natürlich auch in der bisherigen Form unter ständiger Anwesenheit des*der Ärzt*in fortgeführt werden.

Daraus ergeben sich folgende Durchführungsvarianten von Herzsportgruppen:

1. **Herzsportgruppenärzt*in ist ständig anwesend (klassische Herzsportgruppe)**

2. **Herzsportgruppenärzt*in ist nicht ständig anwesend**
   Es erfolgt mindestens alle sechs Wochen eine Visitation der Gruppe durch den*die Herzsportgruppenärzt*in.

   Die Absicherung der Notfallsituation erfolgt durch:
   - die ständige Anwesenheit einer Rettungskraft
     oder
   - die ständige Bereitschaft des*der Herzsportgruppenärzt*in
     oder
   - die ständige Bereitschaft einer Rettungskraft.

Die Aufgaben des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in bleiben in ihrer Form bestehen. Den genauen Wortlaut der Neuregelung können Sie nachfolgend einsehen.

HBRS Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Inhalte Informationspaket

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Vorgehen

- Verkürzte Anerkennung
- Antragsformulare zur Ummeldung UH/MH/NH

Anlagen zum Informationsschreiben für Vereine

- Informationsschreiben für Teilnehmer*innen
- Informationsschreiben für verordnende Ärzt*innen

Bestehende Herzsportgruppe soll in neuer Form weitergeführt werden

Stand: 01.07.2021

UH

Antrag auf Ummeldung bestehender Herzsportgruppen

Herzsportgruppen können seit dem DATUM abweichend von Ziffer 12.2 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 ohne die ständige persönliche Anwesenheit des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in durchgeführt werden. In diesem Fall ist die zusätzliche Absicherung in Notfallsituationen notwendig.

Die Durchführung der Herzsportgruppen nach den Neuregelungen stellt ein zusätzliches Angebot zur klassischen Herzsportgruppe dar. Voraussetzung ist hierbei, dass sowohl die Teilnehmer*innen, die verordnenden Ärzt*innen sowie der Verein die entsprechenden Regelungen kennen und alle notwendigen Formblätter eingereicht und bewilligt sind.

Anerkennungsverfahren

- Die Ummeldung für die Durchführung erfolgt lediglich für die bereits anerkannten Gruppen.
- Die anerkennende Stelle (i.d.R. der zuständige Landesverband) prüft in ihrem Zuständigkeitsbereich die Anträge der Leistungserbringer im Rahmen des vereinfachten Verfahrens. Der Antrag muss dabei für jede einzelne Herzsportgruppe des Leistungserbringers, die einer Änderung bedarf, ausgefüllt werden.
- Folgendes Formular ist für die Ummeldung einzureichen:
  - Formblatt UH – Antrag auf Ummeldung bestehender Herzsportgruppen
- Folgende Formulare müssen darüber hinaus dem Verein vorliegen und auf Verlangen der anerkennenden Stelle (i.d.R. Landesverband des DBS) unverzüglich vorgelegt werden:
  - Formblatt MH – Medizinische/ärztliche Betreuung und Überwachung der Herzsportgruppe(n)
  - Formblatt NH – Absicherung der Notfallsituation in der/den Herzsportgruppe(n)
- Eine Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Herzsports ist den anerkennenden Stellen möglich. Zu diesem Zweck wird der anerkennenden Stelle (i.d.R. der zuständige Landesverband) auf Anforderung kurzfristig der Zugang zu dem beantragten Angebot bereitgestellt.

anerkannt+zertifiziert DBS-GEPRÜFT

Angaben zum Träger des Rehabilitationssportangebots

1. Name des Vereins/ örtlichen Trägers: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

2. Ansprechperson des Vereins /örtlichen Trägers (Name, Vorname, Telefon, E-Mail):

_____

3. Institutionskennzeichen (IK): _____

Vereinskennziffer/ggfls. Angebotsnummer: _____

4. Die vorgelegten Angaben zu der bereits bestehenden Anerkennung im Herzsport

☐ wurden ergänzt bzw. korrigiert (bitte als Anlage beifügen)

☐ bleiben unverändert.

Stand: 01.07.2021

UH

5. Angaben zur Herzsportgruppe:

	Ja	Nein
Ein Notfallplan liegt vor		
Ärztliche Betreuung und Überwachung erfolgt ohne ständige Anwesenheit des*der Herzsportgruppenärzt*in		
Notfallabsicherung durch *(bitte zutreffendes ankreuzen; Mehrfachnennung nicht möglich)* ☐ Rettungskraft in ständiger Anwesenheit ☐ Herzsportgruppenärzt*in in ständiger Bereitschaft ☐ Rettungskraft in ständiger Bereitschaft		

6. Erklärungen des Antragstellers

Wir beantragen die Änderung der Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX für oben genannte Herzsportgruppe.

☐ Wir bestätigen, dass der*die Herzsportgruppenärzt*in/Rettungskraft das „Formular MH" bzw. „Formular NH" ausgefüllt haben und diese Formulare dem Verein/örtlichen Träger vorliegen. Auf Verlangen der anerkennenden Stelle (i.d.R. Landesverband des DBS) legen wir dieses unverzüglich vor. Uns ist bekannt, dass die Dokumentation der Herzsportgruppenärzt*in im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft wird.

☐ Wir bestätigen, dass uns die Neuregelungen zum Herzsport bekannt sind und wir neben den Verantwortlichen vor Ort (Vereinsvertreter*innen, Herzsportgruppenärzt*innen, Übungsleiter*innen sowie deren Vertretungen) auch die Herzsportgruppenteilnehmer*innen und die verordnenden Ärzt*innen entsprechend informieren.

☐ Wir bestätigen weiterhin die über die Neuregelungen zum Herzsport hinausgehenden Regelungen zur Durchführung des Rehabilitationssports gemäß der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Die Rahmenvereinbarung und die Verträge zur Durchführung des Rehabilitationssports wurden von uns zur Kenntnis genommen und werden in vollem Umfang anerkannt. Wir erkennen an, dass ein Verstoß gegen diese einschlägigen Regelungen zum Widerruf der Anerkennung als Leistungserbringer führt. Wir verpflichten uns, während der Gültigkeit der Anerkennung zeitnah alle Änderungen der anerkennenden Stelle mitzuteilen. Wir sind damit einverstanden, dass die erhobenen Daten (nur zu Angebot und Ansprechperson) zur Öffentlichkeitsarbeit (z.B. im Internet) und die erhobenen Daten (in vollem Umfang) für statistische Auswertungen, Beratungs- und Abrechnungszwecke der Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkassen) weitergegeben werden. Wir erkennen an, dass Rehabilitationssport bei Vorlage einer Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers auch ohne Mitgliedschaft im Verein möglich ist und keine Zuzahlungen, Vorauszahlungen oder Eigenbeteiligungen von den Versicherten gefordert werden dürfen.

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift des Vereins/örtlichen Trägers (vertretungsberechtigt nach §26 BGB)

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Muster - Vorlage kann beim DBS oder HBRS runtergeladen werden

Stand: 01.07.2021

MH

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

1. Medizinische/ärztliche Betreuung und Überwachung der Herzsportgruppe(n)

Name, Vorname: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon/E-Mail: _____

Fachrichtung/Zusatzbezeichnung: _____

2. Betreuter Verein/örtlicher Träger: _____

ggfls. betreute Herzsportgruppe(n):

_____

3. Erklärung:

○ **Hiermit versichere ich, die Herzsportgruppe(n) des o.g. Vereins im Sinne der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 bzw. entsprechend der Neuregelungen zum Herzsport von DATUM zu betreuen und/oder zu überwachen. Hierzu gehören:**

In allen Herzsportgruppen

Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand der teilnehmenden Person abgestimmt wurden, sind festzulegen, ggf. sind der Übungsleitung entsprechende Anweisungen zu erteilen.

○ **Zusätzlich bei klassischen Herzsportgruppen (bzw. Herzinsuffizienzgruppen)**

Die ständige, persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen und die Teilnehmer*innen hierbei zu überwachen.

○ **Zusätzlich bei Herzsportgruppe ohne ständige Anwesenheit des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in**

Auf Grundlage der aktuellen medizinischen Befunde, des individuellen Krankheitsgeschehens und des Betreuungsbedarfs der Teilnehmer*innen und in Abstimmung mit der Übungsleitung, mindestens jedoch alle sechs Wochen, die persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen.

Hinweis: Diese Tätigkeit sollte bei der Berufshaftpflichtversicherung angezeigt werden!

○ **Die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe habe ich unterschrieben und diese liegt dem Verein vor.**

Ort, Datum: _____

Stempel/Unterschrift (Ärztin*Arzt): _____

Zum Verbleib im Verein/örtlichen Träger. Bitte beachten Sie die Aufbewahrungsfristen

Stand: 01.07.2021

NH

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

1. Absicherung der Notfallsituation in der/den Herzsportgruppe(n)

Die Absicherung der Notfallsituation erfolgt durch
(bitte zutreffendes ankreuzen; Mehrfachnennung nicht möglich)

○ die ständige Anwesenheit des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in
○ die ständige Anwesenheit einer Rettungskraft
○ die ständige Bereitschaft des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in
○ die ständige Bereitschaft einer Rettungskraft

Hinweis: Diese Tätigkeit sollte bei der Berufshaftpflichtversicherung angezeigt werden!

Kontaktdaten des*der für die Absicherung der Notfallsituation verantwortlichen Ärzt*in bzw. der verantwortlichen Rettungskraft:

Name, Vorname: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon/E-Mail: _____

Qualifikation: _____

Ein Nachweis der für diese Tätigkeit benötigten Qualifikation liegt dem Verein vor.

2. Betreuter Verein/örtlicher Träger: _____

ggfls. betreute Herzsportgruppe(n): _____

3. Erklärung (nur bei Absicherung der Notfallsituationen durch ständige Bereitschaft):

○ **Hiermit versichere ich, dass während der Übungszeit der von mir betreuten Herzsportgruppe(n) eine lückenlose Erreichbarkeit durch die Übungsleitung besteht und ich in einer Notfallsituation unverzüglich nach Anforderung durch die Übungsleitung (in der Regel nach spätestens acht Minuten) im Übungsraum eintreffe.**

4. Erklärung zum Datenschutz

○ **Die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe habe ich unterschrieben und diese liegt dem Verein vor.**

Ort, Datum: _____

Stempel/Unterschrift (Ärzt*in/Rettungskraft): _____

Zum Verbleib im Verein/örtlichen Träger. Bitte beachten Sie die Aufbewahrungsfristen

REHASPORTGRUPPE anerkannt + zertifiziert DBS-GEPRÜFT

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

HBRS Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

REHASPORTGRUPPE anerkannt+zertifiziert

Deutscher Behindertensportverband e.V.
National Paralympic Committee Germany

Rehabilitationssport in Herzgruppen

Informationen für Teilnehmer*innen

Liebe Teilnehmer*innen am Rehabilitationssport,

Heute möchten wir Sie über die Veränderungen in Ihrer Herzsportgruppe, die sich aufgrund der Verbesserungen in der ärztlichen Versorgung von Herzerkrankungen und dem Mangel an Ärzten, die sich bereiterklären, ständig bei den Übungsstunden im Rehabilitationssport in Herzgruppen anwesend zu sein, ergeben haben. Hier war es notwendig und sinnvoll, entsprechende Anpassungen vorzunehmen, um den Herzsport weiter flächendeckend anbieten zu können und gleichzeitig die Qualität zu optimieren. Die Änderungen werden in der neuen „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining" der Bundes Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die voraussichtlich Anfang 2022 in Kraft tritt, festgelegt. Da aktuell der Mangel an Ärzt*innen aufgrund der zusätzlichen Belastung durch die Pandemie und die Impfkampagne besonders groß ist, haben die gesetzlichen Krankenkassen der o.g. Neuregelung bereits zum DATUM zugestimmt. Ihr*e verordnende Ärzt*in wird ebenfalls über die Neuregelung informiert.

Was ist neu?

Herzsportgruppen können seit dem DATUM abweichend von Ziffer 12.2 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 für alle Teilnehmer*innen mit einer Verordnung über das Muster 56 der gesetzlichen Krankenkassen ohne die ständige persönliche Anwesenheit des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in durchgeführt werden.

Was bedeutet das für Sie?

Das heißt, ab jetzt wird die Herzsportgruppenärzt*in nicht mehr ständig während Ihrer Übungseinheit anwesend sein. Stattdessen wird die Akutversorgung möglicher Notfälle durch
(bitte zutreffendes ankreuzen)

- ◯ die ständige Anwesenheit einer Rettungskraft
- ◯ die ständige Bereitschaft des*der Herzsportgruppenärzt*in
- ◯ die ständige Bereitschaft einer Rettungskraft

gewährleistet.

Das bedeutet aber nicht, dass Sie auf die ärztliche Betreuung verzichten müssen. Der*die Ärzt*in wird die Übungsveranstaltungen regelmäßig – mindestens alle sechs Wochen – besuchen, Ihre Fragen beantworten und mit Ihnen und der Übungsleitung über eventuelle Anpassung des Trainings sprechen. Sie selbst können und sollten gern aktuelle Befunde zu Ihrer Herzerkrankung mitbringen, die sie besprechen möchten. Sie beinhalten wichtige Informationen für die Gestaltung des Trainings. Falls Sie akuten Beratungsbedarf haben, teilen Sie dies bitte der Übungsleitung mit. Sie wird dafür sorgen, dass dies zeitnah geschieht.

Wir freuen uns, dass wir mit dieser Neuregelung den Fortbestand Ihrer Herzsportgruppe sichern können und wünschen Ihnen weiter viel Spaß und Erfolg beim Training.

HBRS Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Rehabilitationssport in Herzgruppen

Informationen für verordnende Ärzt*innen

Der Deutsche Behindertensportverband e.V. (DBS) zählt mit seinen 17 Landes- und zwei Fachverbänden zu den größten Leistungserbringerverbänden zum ärztlich verordneten Rehabilitationssport. Die Herzsportgruppen sind dabei ein wichtiges Mittel, um das lebensbegleitende Sportreiben von Herzpatient*innen zu initiieren und somit einen großen Beitrag zur langfristigen Gesunderhaltung zu ermöglichen.

Die Durchführung des Rehabilitationssportes ist auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) bundesweit geregelt. Bislang galt laut Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining (nachfolgend Rahmenvereinbarung) eine Verpflichtung zur ständigen Anwesenheit eines*einer Ärzt*in im Herzsport. Aufgrund der Verbesserungen in der ärztlichen Versorgung von Herzerkrankungen und dem Mangel an Ärzt*innen, die sich bereiterklären, ständig bei den Übungsstunden im Rehabilitationssport in Herzgruppen anwesend zu sein, war es notwendig und sinnvoll, entsprechende Anpassungen vorzunehmen, um den Herzsport weiterhin flächendeckend anbieten zu können und gleichzeitig die Qualität zu optimieren. Diese Anpassungen werden in der neuen Rahmenvereinbarung, die voraussichtlich 2022 in Kraft tritt, festgelegt. Da aktuell der Mangel an Ärzt*innen aufgrund der zusätzlichen Belastung durch die Pandemie und die Impfkampagne besonders groß ist, haben die gesetzlichen Krankenkassen der o.g. Neuregelung bereits zum DATUM zugestimmt. Den genauen Wortlaut der Neufassung können Sie nachfolgend einsehen.

Ihr*e Patient*in ..... nimmt aufgrund Ihrer Verordnung für Rehabilitationssport in Herzgruppen in unserem Verein teil. Wir möchten Sie daher über die Veränderung in der Durchführung der Übungsveranstaltungen informieren:

Ab jetzt wird die Herzsportgruppenärzt*in nicht mehr ständig während Ihrer Übungseinheit anwesend sein. Stattdessen wird die Akutversorgung möglicher Notfälle durch
(bitte zutreffendes ankreuzen; keine Mehrfachnennung)

- ◯ die ständige Anwesenheit einer Rettungskraft
- ◯ die ständige Bereitschaft des*der Herzsportgruppenärzt*in
- ◯ die ständige Bereitschaft einer Rettungskraft

gewährleistet.

Das bedeutet aber nicht, dass auf die ärztliche Betreuung verzichtet wird. Der*die verantwortliche Herzsportgruppenärzt*in wird die Übungsveranstaltungen regelmäßig, mindestens alle sechs Wochen besuchen, Fragen der Teilnehmer*innen beantworten und mit ihnen und der Übungsleitung über eventuelle Anpassungen des Trainings sprechen. Die Teilnehmer*innen können und sollten gern aktuelle Befunde zu ihrer Herzerkrankung mitbringen, die sie besprechen möchten. Sie beinhalten

wichtige Informationen für die Gestaltung des Trainings. Falls Sie oder Ihre Patient*innen akuten Beratungsbedarf haben, teilen Sie uns dies bitte mit. Wir werden dafür sorgen, dass dies zeitnah geschieht und stehen Ihnen für weitere Informationen gern zur Verfügung.

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

_____
(Verein/örtlicher Träger)

_____
(Ansprechperson)

_____
(E-Mail / Telefon)

Inhalte Informationspaket

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Vorgehen

- Reguläres Anerkennungsverfahren
  zusätzliche/angepasste
  Formulare E/AN/Verpflichtungsschein/AP/MH/NH/ÜL

Anlagen zum Informationsschreiben für Vereine

- Informationsschreiben für Teilnehmer*innen
- Informationsschreiben für verordnende Ärzt*innen

→

Neue Herzsportgruppe
soll anerkannt werden

Stand: 01.07.2021

E

ERKLÄRUNG zur ANERKENNUNG als LEISTUNGSERBRINGER von Rehabilitationssport nach §64 SGB IX

1. Name des Vereins/örtlichen Trägers:

   _____

   Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

   _____

2. Name vertretungsberechtigte Person nach § 26 BGB:

   _____

3. Ansprechperson des Vereins/örtlichen Trägers (Name, Vorname, Telefon, E-Mail):

   _____

A.	Wir bestätigen, dass uns die Rahmenvereinbarung (RV) über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der jeweils gültigen Fassung bekannt ist und wir diese im vollen Umfang anerkennen.	○
B.	Wir bestätigen, dass die Vereinbarungen zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports (VD) auf Bundes- und Landesebene mit den Rehabilitationsträgern bekannt sind und wir diese im vollen Umfang anerkennen.	○
C.	Wir bestätigen, dass uns die „Richtlinie zur Durchführung des Rehabilitationssports im DBS“ (RD; in der jeweils gültigen Fassung) bekannt ist, wir diese im vollen Umfang anerkennen und danach handeln.	○
D.	Wir bestätigen ausdrücklich, dass wir Interessenten*innen am Rehabilitationssport, gemäß der oben genannten Regelungen, ordnungsgemäß beraten. Wir setzen das standardisierte DBS-Beratungsprotokoll oder eine adäquate Alternative ein, die den Inhalt des standardisierten DBS-Beratungsprotokolls wiedergibt.	○
E.	Wir bestätigen, dass die Übungsleitungen das „Formular ÜL“ ausgefüllt haben und diese Formulare dem Verein/örtlichen Träger vorliegen. Auf Verlangen der anerkennenden Stelle (Landesverband des DBS) legen wir dieses unverzüglich vor. Uns ist bekannt, dass die Dokumentation des „Formulars ÜL“ im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft wird.	○
F.	Wir bestätigen, dass die medizinischen/ärztlichen Betreuungen und Überwachungen für sämtliche Rehabilitationssportgruppen das „Formular M“ ausgefüllt haben. Auf Verlangen der anerkennenden Stelle (Landesverband des DBS) legen wir dieses unverzüglich vor. Uns ist bekannt, dass die Dokumentation des „Formulars M“ im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft wird.	○
G.	Wir bestätigen die Einhaltung der Bestimmungen über den Schutz von Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel, EU-DSGVO, BDSG neu) sowie die betreffenden Regelungen in der RV und den VDs.	○
H.	Diese Erklärung gilt für alle vom Verein/örtlichen Träger beantragten Gruppen im ärztlich verordneten Rehabilitationssport.	○

REHASPORTGRUPPE anerkannt+zertifiziert DBS-GEPRÜFT

Stand: 01.07.2021

E

Zusätzlich für Herzsportgruppen (Neuregelung ab DATUM)

I.	Wir bestätigen, dass die Neuregelungen zum Herzsport (DATUM) bekannt sind und wir neben den Verantwortlichen vor Ort (Vereinsvertreter*innen, Herzsportgruppenärzt*innen, Übungsleiter*innen sowie deren Vertretungen) auch die Herzsportgruppenteilnehmer*innen und verordnenden Ärzt*innen entsprechend informieren. Wenn Rehabilitationssport in Herzgruppen in dieser Form anerkannt werden soll, werden wir die erforderlichen Zusatzformulare einreichen.	○
J.	Wir bestätigen, dass die*der Herzsportgruppenärzt*in/Rettungskraft das „Formular MH“ bzw. „Formular NH“ ausgefüllt haben und diese Formulare dem Verein/örtlichen Träger vorliegen. Auf Verlangen der anerkennenden Stelle (Landesverband des DBS) legen wir dieses unverzüglich vor. Uns ist bekannt, dass die Dokumentation der Herzsportgruppenärzt*in im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen überprüft wird.	○

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift des Vereins/örtlichen Trägers (vertretungsberechtigt nach §26 BGB)

REHASPORTGRUPPE anerkannt+zertifiziert DBS-GEPRÜFT

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

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

AN

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. Übungsleitung (Name, Vorname, Geb.-datum): _____
   1. Zusatzqualifikation bei Übungen zu Stärkung des Selbstbewusstseins (ÜzSdS) vorhanden (bitte ankreuzen): ☐
   2. Übungsleitung 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 ☐ Leichtathletik ☐ Bewegungsspiele
    ☐ Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins ☐ Sonstige: _____

REHASPORTGRUPPE anerkannt+zertifiziert DBS-GEPRÜFT

13. **Nur für Herzsport:**

13.1 Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung	☐ Ja	☐ Nein
13.2 Ein Notfallplan liegt vor	☐ Ja	☐ Nein
13.3 Ärztliche Betreuung und Überwachung erfolgt durch die <u>ständige Anwesenheit</u> des*der Herzgruppenärzt*in	☐ Ja	☐ Nein
13.4 Ärztliche Betreuung und Überwachung erfolgt <u>ohne ständige Anwesenheit</u> des*der Herzgruppenärzt*in	☐ Ja	☐ Nein

Notfallabsicherung durch *(bitte zutreffendes ankreuzen; Mehrfachnennung <u>nicht</u> möglich)*

- ☐ Rettungskraft in ständiger Anwesenheit
- ☐ Herzsportgruppenärzt*in in ständiger Bereitschaft
- ☐ Rettungskraft in ständiger Bereitschaft

13.5 Ärztliche Betreuung und Überwachung von bis zu drei parallel stattfindenden Gruppen	☐ Ja	☐ Nein

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

☐ Bis 15 Erwachsene Allg. Rehabilitationssport	(604503)	☐ Bis 20 Erwachsene Herzgruppe	(604504)
☐ Bis 15 Jugendliche Allg. Rehabilitationssport	(604503)	☐ Bis 20 Jugendliche Herzgruppe	(604504)
☐ Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) Allg. RS	(604511)	☐ Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14.LJ) Herzgruppe	(604508)
☐ Bis 15 Erwachsene im Wasser	(604509)	☐ Bis 7 schwerstbehinderte Erwachsene	(604507)
☐ Bis 15 Jugendliche im Wasser	(604509)	☐ Bis 7 schwerstbehinderte Jugendliche	(604507)
☐ Bis 10 Kinder (bis Vollendung 14. LJ) im Wasser	(604512)	☐ Bis 5 schwerstbehinderte Kinder	(604513)
☐ Bis 12 Stärkung Selbstbewusstseins	(604510)	☐ divers ☐ männlich ☐ weiblich	☐ gemischt

☐ Bis ___ TN (bei Überschreitung max. Teilnehmendenzahl – Bitte entsprechende APN ankreuzen (Beantragung über TN-Formular) (nicht möglich im Herzsport)

Stand: 01.07.2021

HBRS Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e.V.

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

	Erkrankungen Sensorik
	Hörschädigungen/Gehörlosigkeit
	Sehbehinderungen/Blindheit
	Sonstige

	Erkrankungen Innere Medizin
	Asthma/Allergien
	Atemwegserkrankungen
	Diabetes mellitus
	Herz-/Kreislauferkrankungen
	Mukoviszidose
	Nierenerkrankungen
	Periphere arterielle Verschlusskrankheiten
	Sonstige

	Erkrankungen Psychiatrie		
	Anfallsleiden		Psychosomatische Störungen
	Autismus		Schizophrenie
	Depressionen		Suchterkrankungen
	Neurosen		Sonstige
	Persönlichkeitsstörung		

	Krebserkrankungen
	Brustkrebserkrankungen
	Prostata-/Blasenkrebserkrankungen
	Sonstige

	Intellektuelle Beeinträchtigungen		
	ADS		Teilleistungsstörung
	Entwicklungsabweichung		Sonstige
	Lernbehinderung		

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

	Sonstige
	Mehrfachbehinderungen
	Selbstbehauptung/Selbstbewusstsein
	Sonstige

Ort, Datum: _____

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

REHASPORTGRUPPE anerkannt+zertifiziert DBS-GEPRÜFT

anerkannt+zertifiziert DBS-GEPRÜFT

13. Nur für Herzsport:

13.1 Eine funktionsfähige und einsatzbereite Notfallausrüstung (Defibrillator/Notfallkoffer) steht zur Verfügung ☒ Ja ☐ Nein

13.2 Ein Notfallplan liegt vor ☒ Ja ☐ Nein

13.3 Ärztliche Betreuung und Überwachung erfolgt durch die ständige Anwesenheit des*der Herzgruppenärzt*in ☐ Ja ☐ Nein

13.4 Ärztliche Betreuung und Überwachung erfolgt ohne ständige Anwesenheit des*der Herzgruppenärzt*in ☐ Ja ☐ Nein

Notfallabsicherung durch *(bitte zutreffendes ankreuzen; Mehrfachnennung nicht möglich)*

- ☐ Rettungskraft in ständiger Anwesenheit
- ☐ Herzsportgruppenärzt*in in ständiger Bereitschaft
- ☐ Rettungskraft in ständiger Bereitschaft

13.5 Ärztliche Betreuung und Überwachung von bis zu drei parallel stattfindenden Gruppen ☐ Ja ☐ Nein

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e.V.

Anlage 4
zur Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports im Bundesland Hessen vom 28.08.2012 zwischen den Hess. Primärkrankenkassenverbänden/-krankenkassen 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- Kreislauferkrankungen 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

Stand: 29.06.2019

AP

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Benennung der Ansprechperson für Rehabilitationssportgruppen

(pro Person jeweils ein Blatt ausfüllen)

Name, Vorname:_____

Adresse:_____

Geburtsdatum:_____

Verein/örtlicher Träger:_____

ggf. Vereins-/Gruppenkennziffer:_____

○ **Die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe habe ich unterschrieben und diese liegt dem Verein vor.**

Ort, Datum:_____ Unterschrift:_____

REHASPORTGRUPPE
anerkannt+zertifiziert DBS-GEPRÜFT

Stand: 01.07.2021

MH

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

1. Medizinische/ärztliche Betreuung und Überwachung der Herzsportgruppe(n)

Name, Vorname: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon/E-Mail: _____

Fachrichtung/Zusatzbezeichnung: _____

2. Betreuter Verein/örtlicher Träger: _____

ggfls. betreute Herzsportgruppe(n):

_____

3. Erklärung:

○ **Hiermit versichere ich, die Herzsportgruppe(n) des o.g. Vereins im Sinne der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 bzw. entsprechend der Neuregelungen zum Herzsport von DATUM zu betreuen und/oder zu überwachen. Hierzu gehören:**

In allen Herzsportgruppen

Die Übungen, die auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand der teilnehmenden Person abgestimmt wurden, sind festzulegen, ggf. sind der Übungsleitung entsprechende Anweisungen zu erteilen.

○ **Zusätzlich bei klassischen Herzsportgruppen (bzw. Herzinsuffizienzgruppen)**

Die ständige, persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen und die Teilnehmer*innen hierbei zu überwachen.

○ **Zusätzlich bei Herzsportgruppe ohne ständige Anwesenheit des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in**

Auf Grundlage der aktuellen medizinischen Befunde, des individuellen Krankheitsgeschehens und des Betreuungsbedarfs der Teilnehmer*innen und in Abstimmung mit der Übungsleitung, mindestens jedoch alle sechs Wochen, die persönliche Anwesenheit beim Übungsbetrieb sicherzustellen.

Hinweis: Diese Tätigkeit sollte bei der Berufshaftpflichtversicherung angezeigt werden!

○ **Die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe habe ich unterschrieben und diese liegt dem Verein vor.**

Ort, Datum: _____

Stempel/Unterschrift (Ärztin*Arzt): _____

Zum Verbleib im Verein/örtlichen Träger. Bitte beachten Sie die Aufbewahrungsfristen

Stand: 01.07.2021

NH

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

1. Absicherung der Notfallsituation in der/den Herzsportgruppe(n)

Die Absicherung der Notfallsituation erfolgt durch
(bitte zutreffendes ankreuzen; Mehrfachnennung nicht möglich)

○ die ständige Anwesenheit des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in
○ die ständige Anwesenheit einer Rettungskraft
○ die ständige Bereitschaft des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in
○ die ständige Bereitschaft einer Rettungskraft

Hinweis: Diese Tätigkeit sollte bei der Berufshaftpflichtversicherung angezeigt werden!

Kontaktdaten des*der für die Absicherung der Notfallsituation verantwortlichen Ärzt*in bzw. der verantwortlichen Rettungskraft:

Name, Vorname: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Telefon/E-Mail: _____

Qualifikation: _____

Ein Nachweis der für diese Tätigkeit benötigten Qualifikation liegt dem Verein vor.

2. Betreuter Verein/örtlicher Träger: _____

ggfls. betreute Herzsportgruppe(n): _____

3. Erklärung (nur bei Absicherung der Notfallsituationen durch ständige Bereitschaft):

○ **Hiermit versichere ich, dass während der Übungszeit der von mir betreuten Herzsportgruppe(n) eine lückenlose Erreichbarkeit durch die Übungsleitung besteht und ich in einer Notfallsituation unverzüglich nach Anforderung durch die Übungsleitung (in der Regel nach spätestens acht Minuten) im Übungsraum eintreffe.**

4. Erklärung zum Datenschutz

○ **Die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe habe ich unterschrieben und diese liegt dem Verein vor.**

Ort, Datum: _____

Stempel/Unterschrift (Ärzt*in/Rettungskraft): _____

Zum Verbleib im Verein/örtlichen Träger. Bitte beachten Sie die Aufbewahrungsfristen

REHASPORTGRUPPE anerkannt + zertifiziert DBS-GEPRÜFT

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Stand: 29.06.2019

ÜL

Anlage zum Antrag auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 SGB IX

Angaben zur Übungsleitung

Die Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen kann u.a. nur ausgesprochen werden, wenn die eingesetzte Übungsgruppenleitung über eine für den beantragten Bereich (Zielgruppe) gültige Lizenz nach den „Richtlinien für die Ausbildung im Deutschen Behindertensportverband e.V." verfügt. Vergleichbare Qualifikationen können im Einzelfall anerkannt werden (in diesem Fall bitte die Qualifikationsnachweise in Kopie zur Prüfung beifügen).

Name, Vorname, Geburtsdatum: _____

Anschrift (Straße, PLZ, Ort): _____

Verein/örtlicher Träger (für welchen Verein tätig?): _____

Telefon/Email: _____

1. Lizenznummer: _____ Indikationsbereich/Profil: _____

Ausgestellt am: _____ gültig bis: _____

2. Lizenznummer: _____ Indikationsbereich/Profil: _____

Ausgestellt am: _____ gültig bis: _____

3. Lizenznummer: _____ Indikationsbereich/Profil: _____

Ausgestellt am: _____ gültig bis: _____

4. nur Zusatzqualifikation Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins:

Ausgestellt am: _____

Ausgestellt von: _____

REHASPORTGRUPPE anerkannt / zertifiziert DBS-GEPRÜFT

Erklärung:

Ich verpflichte mich, die Qualifikationsanforderungen des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) für den Rehabilitationssport einzuhalten, Rehabilitationssportgruppen nur mit gültiger Lizenz zu leiten und auf Anforderung der anerkennenden Stelle einen Fragebogen über die Durchführung des Angebots auszufüllen und zurückzuschicken. Bei Erstberatung potentieller Teilnehmenden/ teilnehmenden Personen verpflichte ich mich das standardisierte Beratungsprotokoll (Formblatt B) des DBS bzw. eine adäquate Alternative, die den Inhalt des standardisierten DBS- Beratungsprotokolls wiedergibt einzusetzen.

☐ Die Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe habe ich unterschrieben und diese liegt dem Verein vor.

Ort, Datum: _____ Unterschrift (ÜL): _____

Zum Verbleib im Verein/örtlichen Träger. Bitte beachten Sie die Aufbewahrungsfristen.

HBRS Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

HBRS Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

REHASPORTGRUPPE anerkannt+zertifiziert

Deutscher Behindertensportverband e.V.
National Paralympic Committee Germany

Rehabilitationssport in Herzgruppen

Informationen für Teilnehmer*innen

Liebe Teilnehmer*innen am Rehabilitationssport,

Heute möchten wir Sie über die Veränderungen in Ihrer Herzsportgruppe, die sich aufgrund der Verbesserungen in der ärztlichen Versorgung von Herzerkrankungen und dem Mangel an Ärzten, die sich bereiterklären, ständig bei den Übungsstunden im Rehabilitationssport in Herzgruppen anwesend zu sein, ergeben haben. Hier war es notwendig und sinnvoll, entsprechende Anpassungen vorzunehmen, um den Herzsport weiter flächendeckend anbieten zu können und gleichzeitig die Qualität zu optimieren. Die Änderungen werden in der neuen „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining" der Bundes Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die voraussichtlich Anfang 2022 in Kraft tritt, festgelegt. Da aktuell der Mangel an Ärzt*innen aufgrund der zusätzlichen Belastung durch die Pandemie und die Impfkampagne besonders groß ist, haben die gesetzlichen Krankenkassen der o.g. Neuregelung bereits zum DATUM zugestimmt. Ihr*e verordnende Ärzt*in wird ebenfalls über die Neuregelung informiert.

Was ist neu?

Herzsportgruppen können seit dem DATUM abweichend von Ziffer 12.2 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 für alle Teilnehmer*innen mit einer Verordnung über das Muster 56 der gesetzlichen Krankenkassen ohne die ständige persönliche Anwesenheit des*der verantwortlichen Herzsportgruppenärzt*in durchgeführt werden.

Was bedeutet das für Sie?

Das heißt, ab jetzt wird die Herzsportgruppenärzt*in nicht mehr ständig während Ihrer Übungseinheit anwesend sein. Stattdessen wird die Akutversorgung möglicher Notfälle durch
(bitte zutreffendes ankreuzen)

- ◯ die ständige Anwesenheit einer Rettungskraft
- ◯ die ständige Bereitschaft des*der Herzsportgruppenärzt*in
- ◯ die ständige Bereitschaft einer Rettungskraft

gewährleistet.

Das bedeutet aber nicht, dass Sie auf die ärztliche Betreuung verzichten müssen. Der*die Ärzt*in wird die Übungsveranstaltungen regelmäßig – mindestens alle sechs Wochen – besuchen, Ihre Fragen beantworten und mit Ihnen und der Übungsleitung über eventuelle Anpassung des Trainings sprechen. Sie selbst können und sollten gern aktuelle Befunde zu Ihrer Herzerkrankung mitbringen, die sie besprechen möchten. Sie beinhalten wichtige Informationen für die Gestaltung des Trainings. Falls Sie akuten Beratungsbedarf haben, teilen Sie dies bitte der Übungsleitung mit. Sie wird dafür sorgen, dass dies zeitnah geschieht.

Wir freuen uns, dass wir mit dieser Neuregelung den Fortbestand Ihrer Herzsportgruppe sichern können und wünschen Ihnen weiter viel Spaß und Erfolg beim Training.

HBRS Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

Rehabilitationssport in Herzgruppen

Informationen für verordnende Ärzt*innen

Der Deutsche Behindertensportverband e.V. (DBS) zählt mit seinen 17 Landes- und zwei Fachverbänden zu den größten Leistungserbringerverbänden zum ärztlich verordneten Rehabilitationssport. Die Herzsportgruppen sind dabei ein wichtiges Mittel, um das lebensbegleitende Sportreiben von Herzpatient*innen zu initiieren und somit einen großen Beitrag zur langfristigen Gesunderhaltung zu ermöglichen.

Die Durchführung des Rehabilitationssportes ist auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) bundesweit geregelt. Bislang galt laut Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining (nachfolgend Rahmenvereinbarung) eine Verpflichtung zur ständigen Anwesenheit eines*einer Ärzt*in im Herzsport. Aufgrund der Verbesserungen in der ärztlichen Versorgung von Herzerkrankungen und dem Mangel an Ärzt*innen, die sich bereiterklären, ständig bei den Übungsstunden im Rehabilitationssport in Herzgruppen anwesend zu sein, war es notwendig und sinnvoll, entsprechende Anpassungen vorzunehmen, um den Herzsport weiterhin flächendeckend anbieten zu können und gleichzeitig die Qualität zu optimieren. Diese Anpassungen werden in der neuen Rahmenvereinbarung, die voraussichtlich 2022 in Kraft tritt, festgelegt. Da aktuell der Mangel an Ärzt*innen aufgrund der zusätzlichen Belastung durch die Pandemie und die Impfkampagne besonders groß ist, haben die gesetzlichen Krankenkassen der o.g. Neuregelung bereits zum DATUM zugestimmt. Den genauen Wortlaut der Neufassung können Sie nachfolgend einsehen.

Ihr*e Patient*in ..... nimmt aufgrund Ihrer Verordnung für Rehabilitationssport in Herzgruppen in unserem Verein teil. Wir möchten Sie daher über die Veränderung in der Durchführung der Übungsveranstaltungen informieren:

Ab jetzt wird die Herzsportgruppenärzt*in nicht mehr ständig während Ihrer Übungseinheit anwesend sein. Stattdessen wird die Akutversorgung möglicher Notfälle durch
(bitte zutreffendes ankreuzen; keine Mehrfachnennung)

- ◯ die ständige Anwesenheit einer Rettungskraft
- ◯ die ständige Bereitschaft des*der Herzsportgruppenärzt*in
- ◯ die ständige Bereitschaft einer Rettungskraft

gewährleistet.

Das bedeutet aber nicht, dass auf die ärztliche Betreuung verzichtet wird. Der*die verantwortliche Herzsportgruppenärzt*in wird die Übungsveranstaltungen regelmäßig, mindestens alle sechs Wochen besuchen, Fragen der Teilnehmer*innen beantworten und mit ihnen und der Übungsleitung über eventuelle Anpassungen des Trainings sprechen. Die Teilnehmer*innen können und sollten gern aktuelle Befunde zu ihrer Herzerkrankung mitbringen, die sie besprechen möchten. Sie beinhalten

wichtige Informationen für die Gestaltung des Trainings. Falls Sie oder Ihre Patient*innen akuten Beratungsbedarf haben, teilen Sie uns dies bitte mit. Wir werden dafür sorgen, dass dies zeitnah geschieht und stehen Ihnen für weitere Informationen gern zur Verfügung.

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

_____
(Verein/örtlicher Träger)

_____
(Ansprechperson)

_____
(E-Mail / Telefon)

Neuregelungen im Herzsport

HBRS
Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sport-verband e.V.

FRAGEN / ANMERKUNGEN