

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Rahmenvereinbarung

Impressum

Herausgeber:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR)

Solmsstraße 18 | 60486 Frankfurt am Main

Telefon: +49 69 605018-0 | Telefax: +49 69 605018-29

info@bar-frankfurt.de | www.bar-frankfurt.de

Nachdruck nur auszugsweise mit Quellenangabe gestattet.

Frankfurt am Main, Januar 2022

ISBN 978-3-943714-34-0

Ansprechpersonen bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V., Frankfurt am Main:

Jennifer Haaf, jennifer.haaf@bar-frankfurt.de

Marcus Schian, marcus.schian@bar-frankfurt.de

Anmerkung:

Wir achten Diversität und verwenden daher eine gendersensible Sprache. Nur in Einzelfällen ist uns das aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht möglich. Wir meinen im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich alle Geschlechter. Eine verkürzte Sprachform hat ausschließlich redaktionelle Gründe.

Die BAR

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) ist der Zusammenschluss der Reha-Träger. Seit 1969 fördert sie im gegliederten Sozialleistungssystem die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Die BAR koordiniert und unterstützt das Zusammenwirken der Reha-Träger, vermittelt Wissen und arbeitet mit an der Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe. Ihre Mitglieder sind die Träger der Gesetzlichen Renten-, Kranken- und Unfallversicherung, die Bundesagentur für Arbeit, die Bundesländer, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Sozialpartner.

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Rahmenvereinbarung

Stand: 26.11.2021

Vorwort

„In der Bewegung liegt die Kraft“ – unter dieses Motto kann man auch die Angebote des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings stellen.

In Bewegung zu kommen und zu bleiben, dient für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch einem übergeordneten Ziel: der Verwirklichung des Rechts dabei zu sein, mittendrin zu stehen und teilzuhaben am Leben in der Gemeinschaft. Auch und gerade im Bereich der Rehabilitation können der Sport und dessen vielfältige Möglichkeiten genutzt werden, um positiv auf eine vorhandene Krankheit bzw. Behinderung einzzuwirken und zu einem gesundheitsbewussten und -fördernden Lebensstil beizutragen. Dies alles geschieht unter Berücksichtigung der persönlichen Lebenssituation und ganz bewusst in einer Gruppe.

Die Rahmenvereinbarung mit Regelungen der Beteiligten zur Gestaltung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings hat eine lange Tradition bei der BAR. Gut zehn Jahre nach der letzten Überarbeitung (2011) war es an der Zeit, sich der Frage zu widmen, welche Entwicklungen seither eingetreten sind und welche Anpassungen sich daraus ergeben. Fortgesetzt wird dabei die gute Übung, dass die Rehabilitationsträger den Rahmen nicht alleine abstecken, sondern bei der Weiterentwicklung und der konkreten Vereinbarung von Regelungen die Leistungserbringer und Selbsthilfegruppen bewusst mit einbeziehen. Im Ergebnis ist die Rahmenvereinbarung damit eine Vereinbarung, die sowohl von Trägern als auch von Erbringern von Teilhabeleistungen geschlossen wird.

Die überarbeitete Rahmenvereinbarung ist konkreter. Sie öffnet das Spektrum von Reha-Sport-Angeboten mit Blick auf fachliche Notwendigkeiten und fokussiert zugleich noch deutlicher den Gruppencharakter. Mit den Erfahrungen aus der Corona-Pandemie wurde die Möglichkeit von Übungen im Freien aufgenommen und als mögliches Format dauerhaft ergänzt. Das Anerkennungsverfahren wird modernisiert. Auf Basis umfassender Modellprojekte wird die Leistungsgestaltung im Herzsport von den Vereinbarungspartnern weiterentwickelt.

Was neben diesen und anderen Anpassungen bleibt, sind die bewährten wesentlichen Grundzüge: Die konkreten Angebote zielen in der Hauptsache auf die Verbesserung der Ausdauer, der Kraft und der Beweglichkeit sowie auf die Hilfe zur Selbsthilfe. Auch die beabsichtigten Nebenwirkungen bleiben wichtig: Für viele ist es das Gefühl, wieder im Spiel zu sein, für andere sind es die neu entdeckten Möglichkeiten positiver Erlebnisse durch den Rückhalt in einer Gruppe. Beides führt dazu, sich längerfristig in eigener und manchmal auch in fremder Sache zu engagieren – beispielsweise durch die aktive Mitarbeit in einer Selbsthilfegruppe oder die Mitgliedschaft in einem Verein oder Verband.

Die BAR dankt allen Beteiligten für ihre Bereitschaft, sich zu vereinbaren, und für ihren Beitrag zu diesen trägerübergreifenden Regelungen.

Frankfurt am Main, im Januar 2022



Prof. Dr. Helga Seel
Geschäftsführerin der BAR

Inhalt

Vorwort	4
Einleitung	8
1 Zuständigkeit der Rehabilitationsträger/Leistungsabgrenzung	9
2 Ziel, Zweck und Inhalt des Rehabilitationssports	10
3 Ziel, Zweck und Inhalt des Funktionstrainings	11
4 Leistungsumfang/Leistungsausschlüsse	12
5 Rehabilitationssportarten	16
6 Funktionstrainingsarten	17
7 Durchführung des Rehabilitationssports/Funktionstrainings	17
8 Anerkennung und Überprüfung der Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen	18
9 Übungsgruppen für Rehabilitationssport, Dauer der Übungseinheiten	19
10 Übungsgruppen für Funktionstraining, Dauer der Übungseinheiten	19
11 Ärztliche Betreuung/Überwachung des Rehabilitationssports	20
12 Leitung des Rehabilitationssports	22
13 Leitung des Funktionstrainings	23
14 Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining	24
15 Bewilligung, Übertragung, Auswahl der Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe	25
16 Kostenregelung	26
17 Abrechnungsverfahren	27
18 Qualitätssicherung	27
19 Inkrafttreten	28

Anlage 1:	
Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen / Funktionstrainingsgruppen	30
Anlage 2:	
Gemeinsame Erklärung zur regelmäßigen Teilnahme am Rehabilitationssport und Funktionstraining	35
Anlage 3:	
Definition „Feste Gruppe“ im Rehabilitationssport und Funktionstraining	36
Anlage 4:	
Definition „Technisches Gerät“	36
Anlage 5:	
Präzisierung der Begrifflichkeit „unverzüglich“ (Ziffer 11.4 des Regelungstextes)	37
Verzeichnis der Mitwirkenden	38

Einleitung

Um sicherzustellen, dass Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX im Rahmen der für die einzelnen Rehabilitationsträger geltenden Vorschriften nach einheitlichen Grundsätzen erbracht bzw. gefördert werden, treffen die Rehabilitationsträger

- die gesetzlichen Krankenkassen
 - die gesetzlichen Unfallversicherungsträger
 - die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte
 - die Träger der Kriegsopfersversorgung¹
- und
- der Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e. V.
 - der Deutsche Behindertensportverband e. V., zugleich in Vertretung des Deutschen Olympischen Sportbundes,
 - die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e. V.
 - die Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.
 - Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.
 - Bundesverband Rehabilitationssport | RehaSport Deutschland e.V. (RSD)
- und
- die Kassenärztliche Bundesvereinigung
- unter Beteiligung und Beratung
- des Weibernetz e. V.

nach Beratungen auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) die folgende Rahmenvereinbarung.

Ihren Beitritt zur Rahmenvereinbarung haben außerdem erklärt:

- Deutsche Fibromyalgie Vereinigung e. V.
- Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft e. V.
- Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V.
- Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband e. V.

¹ Mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz haben alle Bundesländer zugestimmt.

1 Zuständigkeit der Rehabilitationsträger/Leistungsabgrenzung

1.1

Die Rehabilitationsträger erbringen Rehabilitationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 64 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX in Verbindung mit § 43 SGB V, § 28 SGB VI, § 39 SGB VII, § 10 Abs. 1 ALG sowie Leistungen nach § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 BVG, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern.

Zur Erreichung oder Sicherstellung dieses Ziels können rehabilitative Strategien an den unterschiedlichen Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells und somit am konzeptionellen Rahmen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ansetzen. Rehabilitationsziele orientieren sich somit an dem gesamten Lebenshintergrund der betroffenen Menschen.

Im Mittelpunkt von Rehabilitation und Teilhabe steht der Mensch mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Mensch. Davon ausgehend haben sich die Rehabilitationsträger in der Gemeinsamen Empfehlung „Reha-Prozess“ auf Grundsätze, die für alle sieben Phasen des lebensbegleitenden Reha-Prozesses (idealtypisch) gelten, verständigt. Diese Grundsätze sollen auch Leistungserbringern Orientierung geben. Der lebensbegleitende Reha-Prozess ist mit dem Ziel zu gestalten, Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohten Menschen in allen Lebensbereichen ein Höchstmaß an Selbstbestimmung und Partizipation zu ermöglichen und hierfür frühestmöglich die erforderlichen Leistungen zu erbringen. In allen Phasen, insbesondere bei der Durchführung von Leistungen zur Teilhabe und bei Aktivitäten zum/nach Leistungsende haben auch die im Auftrag der Rehabilitationsträger handelnden Leistungserbringer wesentlichen Einfluss auf einen erfolgreichen Verlauf und Abschluss der Leistungen zur Teilhabe. Eine besondere Rolle kommt hierbei der nachhaltigen Sicherung erreichter Ziele zu, um eine langfristige Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen.

1.2

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung und der Alterssicherung der Landwirte 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 bzw. von der Ärztin der Rehabilitationseinrichtung festgestellt wurde und der Mensch mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Mensch den Rehabilitationssport/das Funktionstraining innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation beginnt.

1.3

Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung übernehmen Rehabilitationssport und Funktionstraining ergänzend zu medizinischen Maßnahmen und im Anschluss an diese, im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie auch im Rahmen der Leistungen zur sozialen Teilhabe.

1.4

Rehabilitationssport und Funktionstraining sind nicht als Ersatz für unzureichende Angebote an Spiel-, Sport- und Bewegungsmöglichkeiten in Einrichtungen der Alten- oder Behindertenhilfe, im Kindergarten, im allgemeinen Sportunterricht und in Sondergruppen außerhalb des Schulbetriebs zu verordnen.

1.5

Durch diese Rahmenvereinbarung unberührt bleiben die Durchführung von Breiten-, Freizeit- und Leistungssport von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen sowie die Zuständigkeit für die Ausbildung des bei der Durchführung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings notwendigen Personals.

2 Ziel, Zweck und Inhalt des Rehabilitationssports

2.1

Rehabilitationssport kommt für Menschen mit Behinderungen bzw. von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, um unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Ziffer 14.1 ist zu beachten.

2.2

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

2.3

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

2.4

Rehabilitationssport umfasst Übungen, die unter fachkundiger Anleitung in der Gruppe im Rahmen regelmäßiger² abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen³ ist Voraussetzung, um gruppendifferenzielle Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken.

Auch Maßnahmen, die einem krankheits-/behinderungsgerechten Verhalten und der Bewältigung psychosozialer Krankheitsfolgen dienen (z. B. Entspannungsübungen), sowie die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen können Bestandteil des Rehabilitationssports sein. Die einzelnen Maßnahmen sind dabei auf die Erfordernisse der Teilnehmenden abzustellen.

2.5

Rehabilitationssport kann auch spezielle Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen umfassen, deren Selbstbewusstsein als Folge der Behinderung oder drohenden Behinderung eingeschränkt ist und bei denen die Stärkung des Selbstbewusstseins im Rahmen des Rehabilitationssports erreicht werden kann.⁴

3 Ziel, Zweck und Inhalt des Funktionstrainings

3.1

Funktionstraining kommt für Menschen mit Behinderungen und von Behinderung bedrohte Menschen in Betracht, um unter Beachtung der spezifischen Aufgaben des jeweiligen Rehabilitationsträgers ihre gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. Insbesondere kann Funktionstraining bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparats angezeigt sein. Ziffer 14.1 ist zu beachten.

3.2

Ziel des Funktionstrainings ist der Erhalt und die Verbesserung von Funktionen sowie das Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile, die Schmerzlinderung, die Bewegungsverbesserung und die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Funktionstraining fördert umfassend die funktionale Gesundheit von Personen mit rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen und zielt dabei auch auf Gesundheits-, Verhaltens- und Verhältniseffekte ab. Es fördert die Krankheitsbewältigung, Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe, insbesondere die soziale und berufliche Teilhabe und die Hilfe zur Selbsthilfe. Hilfe zur Selbsthilfe hat zum Ziel, Selbsthilfepotenziale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining

2 Siehe Anlage 2: Gemeinsame Erklärung zur regelmäßigen Teilnahme an Rehabilitationssport und Funktionstraining.

3 Siehe Anlage 3: Definition „Feste Gruppe“ im Rehabilitationssport und Funktionstraining.

4 Die gesetzlichen Krankenkassen und gesetzlichen Unfallversicherungsträger prüfen im Einzelfall die Ausweitung dieser Regelung auch auf andere Geschlechter, z. B. Jungen, (junge) Männer und Transgender.

im Sinne eines angemessenen Übungsprogramms durchzuführen, z. B. durch die weitere Teilnahme an Bewegungsangeboten auf eigene Kosten.

3.3

Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen, ein.

3.4

Funktionstraining umfasst bewegungstherapeutische Übungen, die in der Gruppe unter fachkundiger Leitung im Rahmen regelmäßig⁵ abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen⁶ ist Voraussetzung, um gruppendifferenzielle Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken. Neben den bewegungstherapeutischen Übungen können Gelenkschutzmaßnahmen und die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen und von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens Bestandteil des Funktionstrainings sein.

4 Leistungsumfang/Leistungsausschlüsse

4.1

Die Erforderlichkeit für Rehabilitationssport und Funktionstraining im Sinne dieser Vereinbarung ist grundsätzlich so lange gegeben, wie der Mensch mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Mensch während der Übungsveranstaltungen auf die fachkundige Leitung der Übungsleiterin oder des Übungsleiters bzw. der Therapeutin oder des Therapeuten angewiesen ist, um die in Ziffer 2.2 und Ziffer 3.2 genannten Ziele zu erreichen.

Die nachfolgend genannten Angaben zum Umfang der Leistungen sind Richtwerte, von denen auf der Grundlage individueller Prüfung nach den Erfordernissen des Einzelfalls abgewichen werden kann.

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins werden als Bestandteil des Rehabilitationssports in der Regel im Umfang von 28 Übungseinheiten (Richtwert) übernommen.

4.2

In der gesetzlichen Rentenversicherung einschließlich der Alterssicherung der Landwirte werden Rehabilitationssport und Funktionstraining in der Regel bis zu sechs Monaten, längstens bis zu zwölf Monaten, übernommen.

5 Siehe Anlage 2: Gemeinsame Erklärung zur regelmäßigen Teilnahme am Rehabilitationssport und Funktionstraining.

6 Siehe Anlage 3: Definition „Feste Gruppe“ im Rehabilitationssport und Funktionstraining.

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 bzw. des Funktionstrainings krankheits-/behinderungsbedingt nicht oder noch nicht möglich ist, weil z. B. wegen der Veränderungen des Krankheitsbildes eine ständige Anpassung der Übungen erforderlich ist.

In der Rentenversicherung richtet sich der Umfang von Übungseinheiten für Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins abweichend von Ziffer 4.1 nach dem Leistungsumfang des verordneten Rehabilitationssports.

4.3

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Dauer des Anspruchs auf Rehabilitationssport/Funktionstraining grundsätzlich nicht begrenzt. Auch eine wiederholte Gewährung von Rehabilitationssport/Funktionstraining ist daher möglich. Dies kommt insbesondere in Betracht bei:

- schweren Mobilitätsbehinderungen (Cerebralparese, Querschnittslähmung, Amputation, schwere Schädel-Hirnverletzung oder Lähmung von Gliedmaßen, u. a. Bein oder Arm)
- Erblindung.

4.4

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden Rehabilitationssport und Funktionstraining solange erbracht, wie die Leistungen im Einzelfall notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind. In der Regel erstreckt sich der Leistungsumfang auf die in den Ziffern 4.4.1 bis 4.4.3 genannten Zeiträume (Richtwerte).

Leistungen anderer Rehabilitationsträger, die im zeitlichen und ursächlichen Zusammenhang mit der beantragten Leistung stehen, werden auf den Leistungsumfang nach Ziffern 4.4.1 bis 4.4.4 angerechnet.

4.4.1

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

Aufgrund der häufig schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung im Sinne der ICF sowie der dadurch oft erforderlichen komplexen Übungen kann bei verschiedenen Erkrankungen bzw. Behinderungen eine höhere Anzahl an Übungseinheiten notwendig sein, um erreichte positive Effekte, mit dem Ziel der langfristigen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu verstetigen. Insbesondere bei folgenden Krankheiten kann ein erweiterter Leistungsumfang von insgesamt 120 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 36 Monaten (Richtwerte) notwendig sein und bewilligt werden:

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

4.4.2

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

Weitere Verordnungen sind möglich bei maximaler Belastungsgrenze < 1,4 Watt/kg Körpermass (Nachwei-
se nicht älter als sechs Monate) als Folge einer Herzkrankheit oder aufgrund von kardialen Ischämiekriterien.

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

Der Leistungsumfang beträgt bei weiterer Verordnung jeweils 45 Übungseinheiten, die in einem Zeitraum von zwölf Monaten in Anspruch genommen werden können (Richtwerte).

Rehabilitationssport im Leistungsumfang nach Satz 1 kann nach wiederholter abgeschlossener Akutbehandlung insbesondere erneut in Betracht kommen:

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

Hinsichtlich der Besonderheiten des Rehabilitationssports mit herzkranken Kindern ist das DGPR-Positionspapier „Die Kinderherzgruppe (KHG)⁷ und hinsichtlich der Besonderheiten des Rehabilitationssports bei Patientinnen oder Patienten mit Herzinsuffizienz das DGPR-Positionspapier „Die Herzinsuffizienzgruppe⁸ in der jeweils aktuellen Fassung zu beachten.

4.4.3

In der gesetzlichen Krankenversicherung beträgt der Leistungsumfang des Funktionstrainings in der Regel zwölf Monate (Richtwert). Bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität durch chronisch bzw. chronisch progredient verlaufende entzündlich rheumatische Erkrankungen (rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew, Psoriasis-Arthritis), schwere Polyarthrosen, Kollagenosen, Fibromyalgie-Syndrome und Osteoporose beträgt der Leistungsumfang 24 Monate (Richtwert).

4.4.4

Eine längere Leistungsdauer ist nach Einzelfallprüfung möglich, wenn die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind. Sie kann insbesondere notwendig sein, wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist. In diesen Fällen sollten in der Regel die Erst- bzw. ggf. weitere Verordnung(en) bei Rehabilitationssport jeweils 120 Übungseinheiten in 36 Monaten, bei Funktionstraining jeweils 24 Monate nicht überschreiten (Richtwerte). Für Rehabilitationssport in Herzgruppen gelten in diesen Fällen die Regelungen unter 4.4.2.

⁷ www.dgpr.de/fileadmin/files/DGPR/Leitlinien/Kinderherzgruppe_DGPR_30.09.05_SpV_final_31-10.pdf.

⁸ www.lvpr.info/images/2019_08_15_Positionspapier_DGPR_Herzinsuffizienz_Endfassung_fuer_GKV.pdf

4.5

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

4.6

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

4.7

Vom Rehabilitationssport und Funktionstraining ausgeschlossen sind Maßnahmen,

- die vorrangig oder ausschließlich auf Beratung und Einübung von Hilfsmitteln abzielen (z. B. Rollstuhlkurse)
- die vorrangig oder ausschließlich Selbstverteidigungsübungen und Übungen aus dem Kampfsportbereich umfassen
- die Übungen an technischen Geräten⁹ beinhalten. Eine Ausnahme stellt insoweit das Training auf Ergometern in Herzgruppen und dynamisches Kraftausdauertraining an Krafttrainingsgeräten in Herzinsuffizienzgruppen dar.

5 Rehabilitationssportarten

5.1

Rehabilitationssportarten sind:

- Gymnastik (Gymnastik auch im Wasser)
- Ausdauer- und Kraftausdauerübungen
- Schwimmen
- Bewegungsspiele,

soweit es sich um Übungen in Gruppen handelt, mit denen das Ziel des Rehabilitationssports erreicht werden kann.

Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen stellen eine besondere Form des Rehabilitationssports dar, die als eigenständige Übungsveranstaltung angeboten werden.

Geeignete Übungsinhalte anderer Sportarten können in die Übungsveranstaltungen eingebunden werden (z. B. Elemente aus Judo, Karate, Taekwon-Do, Jiu-Jitsu, Entspannungsübungen).

⁹ Siehe Anlage 4: Definition „Technisches Gerät“.

5.2

Die Rehabilitationsträger können weitere Rehabilitationssportarten anerkennen, wenn das Ziel des Rehabilitationssports durch die in Ziffer 5.1 genannten Rehabilitationssportarten nicht erreicht werden kann (z. B. Bogenschießen für Menschen im Rollstuhl, Sportkegeln für blinde Menschen).

5.3

Für eine Anerkennung als Rehabilitationssport kommen nicht in Betracht:

- Kampfsportarten und Sportarten der Selbstverteidigung (z. B. Boxen, Kickboxen, Ringen, Judo, Karate, Taekwon-Do, Jiu-Jitsu),
- Sportarten, bei denen eine erhöhte Verletzungsgefahr oder ein anderes gesundheitliches Risiko besteht,
- Sportarten, die gemessen an den Kosten für den Rehabilitationssport im Sinne der Ziffer 5.1 einen unverhältnismäßig hohen finanziellen Aufwand erfordern.

6 Funktionstrainingsarten

Funktionstrainingsarten sind insbesondere:

- Trockengymnastik
- Wassergymnastik

7 Durchführung des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

7.1

Der Rehabilitationssport wird von örtlichen Rehabilitationssportgruppen durchgeführt, die in der Regel in Trägerschaft von Vereinen und Leistungserbringern sind. Diese können z. B. über die Landesbehindertensportverbände dem Deutschen Behindertensportverband (DBS), über die Landessportbünde bzw. deren Fachverbände dem Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB), über die Landesorganisationen der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen (DGPR) sowie dem Bundesverband Rehabilitationssport | RehaSport Deutschland e. V. (RSD) und dem Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) angehören.

7.2

Das Funktionstraining wird von örtlichen Funktionstrainingsgruppen durchgeführt, die in der Regel in Trägerschaft von Arbeitsgemeinschaften, Selbsthilfegruppen, Vereinen, und Leistungserbringern sind. Diese können z. B. über die Landesverbände der Deutschen Rheuma-Liga sowie dem Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose, der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew und dem Osteoporose Selbsthilfegruppen Dachverband angehören.

7.3

Rehabilitationssport und Funktionstraining können, mit Einverständnis der Teilnehmenden, auf geeigneten Flächen im Freien durchgeführt werden.

8 Anerkennung und Überprüfung der Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen

8.1

Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen bedürfen der Anerkennung. Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien (vgl. Anlage 1). Die Überprüfung der Strukturdaten erfolgt durch die anerkannten Stellen, mindestens alle zwei Jahre und ist zu dokumentieren.

8.2

Die Rehabilitationsträger können die Anerkennung durch vertragliche Regelungen auf Dritte, z. B. Vereinbarungspartner dieser Rahmenvereinbarung übertragen.

8.3

Die Anerkennung kann auch durch Arbeitsgemeinschaften auf Landesebene aller am Rehabilitationssport und Funktionstraining beteiligten Rehabilitationsträger, Verbände und Institutionen erfolgen.

8.4

Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings erfolgt durch die Stellen, die für die Anerkennung der Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen verantwortlich sind. Ziffer 18.1 ist zu beachten. Darüber hinaus sind die Rehabilitationsträger berechtigt, die ordnungsgemäße Durchführung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings im Einzelfall zu prüfen.

8.5

Die anerkannten Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen sind den Rehabilitationsträgern regelmäßig, mindestens halbjährlich, gemäß der Übersicht (Anlage 1) digital zu melden.

9 Übungsgruppen für Rehabilitationssport, Dauer der Übungseinheiten

9.1

Beim Rehabilitationssport beträgt die maximale Teilnehmendenzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Teilnehmende je Übungsleiterin bzw. Übungsleiter. Bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins ist die Zahl der Teilnehmenden einer Übungsveranstaltung auf zwölf begrenzt. Geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen.

Bei der Durchführung von Rehabilitationssport in Herzgruppen bestimmt die Herzgruppenärztin bzw. der Herzgruppenarzt die Teilnehmendenzahl, die nicht größer als 20 sein darf. In der Herzinsuffizienzgruppe ist die maximale Teilnehmendenzahl auf zwölf Teilnehmende begrenzt.

Sofern Menschen mit Blindheit, Doppelamputation, Hirnverletzung, behinderte Menschen mit schweren Lähmungen oder andere schwerstbehinderte Menschen Rehabilitationssport in spezifischen Übungsgruppen durchführen, sollen diesen nicht mehr als sieben Teilnehmende angehören.

9.2

Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr und für Jugendliche sind möglichst altersgerechte Übungsgruppen zu bilden. Die Zahl der Teilnehmenden einer Übungsgruppe für Kinder soll zehn, bei schwerstbehinderten Kindern fünf nicht übersteigen. Für Jugendliche gilt hinsichtlich der Gruppengröße Ziffer 9.1 entsprechend.

9.3

Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 45 Minuten, beim Rehabilitationssport in Herzgruppen mindestens 60 Minuten betragen. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche.

Bei der Durchführung von Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins können auch Übungsveranstaltungen zusammengefasst werden.

10 Übungsgruppen für Funktionstraining, Dauer der Übungseinheiten

10.1

Beim Funktionstraining beträgt die maximale Teilnehmendenzahl einer Übungsveranstaltung grundsätzlich 15 Teilnehmende je Therapeut oder Therapeutin bzw. Übungsleiter oder Übungsleiterin. Geringfügige Überschreitungen sind in Ausnahmefällen zulässig und gegenüber den Rehabilitationsträgern zu begründen. In Ab-

hängigkeit von Erkrankung, Beeinträchtigungen und Therapieziel sollen erforderlichenfalls spezielle Übungsgruppen gebildet werden.

10.2

Ziffer 9.2 gilt entsprechend.

10.3

Trocken- und Wassergymnastik können sich ergänzen; sofern beide Formen medizinisch erforderlich sind, sollen sie an jeweils verschiedenen Wochentagen stattfinden.

10.4

Die Dauer einer Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 30 Minuten bei Trockengymnastik bzw. grundsätzlich mindestens 20 Minuten bei Wassergymnastik betragen. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche.

11 Ärztliche Betreuung/Überwachung des Rehabilitationssports

11.1

Grundsätzlich erfolgen die ärztliche Betreuung und Überwachung des einzelnen Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen auch im Hinblick auf den Rehabilitationssport durch den behandelnden/verordnenden Arzt bzw. die behandelnde/verordnende Ärztin.

Die Betreuung der Rehabilitationssportgruppen erfolgt durch einen Arzt bzw. eine Ärztin, der bzw. die die Teilnehmenden und den Übungsleiter oder die Übungsleiterin berät. Dieser Arzt bzw. diese Ärztin informiert den behandelnden/verordnenden Arzt bzw. die behandelnde/verordnende Ärztin über wichtige Aspekte der Durchführung des Rehabilitationssports, sofern dies für die Verordnung/Behandlung von Bedeutung ist.

11.2

Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen ist grundsätzlich die ständige, persönliche Anwesenheit eines betreuenden Arztes bzw. einer Ärztin (im Weiteren Herzgruppenarzt/-ärztin) während der Übungsveranstaltungen erforderlich. Die ständige Anwesenheit gilt auch bei einer Betreuung von maximal drei parallel stattfindenden Herzgruppen in räumlicher Nähe (z. B. in Dreifach-Sporthallen) als erfüllt.

Beim Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen ist die ständige, persönliche Anwesenheit des Herzgruppenarztes bzw. der -ärztin während der Übungsveranstaltungen zwingend erforderlich.

Erforderliche Qualifikationen für die Tätigkeit als verantwortlicher Herzgruppenarzt bzw. verantwortliche Herzgruppenärztin sind:

1. Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin, Kardiologie, Allgemeinmedizin
2. Facharzt/Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin
3. Facharzt/Fachärztin auf einem anderen Gebiet mit Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin
4. Arzt/Ärztin ohne Fachgebietsbezeichnung mit Erfahrung im Rehabilitationssport oder Sport mit Herzpatienten

Ihre Aufgabe ist es,

- sich über die aktuellen Untersuchungsbefunde der Teilnehmenden zu informieren
- auf der Grundlage aktueller Untersuchungsbefunde die auf die Einschränkungen sowie auf den Allgemeinzustand des behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen abgestimmten Übungen festzulegen
- zu Beginn jeder Übungsveranstaltung die Belastbarkeit durch Befragung festzustellen
- das Training in Absprache mit der Übungsleitung zu gestalten
- während der Übungen die Teilnehmenden zu überwachen
- den behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen zu beraten
- den medizinischen und psychosozialen Betreuungs- und Beratungsbedarf einschließlich der Vermittlung von regelmäßigen gesundheitsrelevanten Informationen z. B. zur Medikation sowie zum Risikofaktorenmanagement und zu Gesundheitsbildungsmaßnahmen in einem geeigneten Rahmen sicherzustellen
- die bedarfsabhängige Kontaktaufnahme mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten zum verbesserten Informationsaustausch zu gewährleisten. Die abgestimmten Belastungsvorgaben einschließlich der Befunde sowie besondere Hinweise wie Einschränkungen usw. sind schriftlich zu dokumentieren.

11.3

Abweichend von Ziffer 11.2 kann der Rehabilitationssport in Herzgruppen ohne die ständige ärztliche Anwesenheit des Herzgruppenarztes bzw. der -ärztin in Abstimmung mit der Übungsleitung sowie nach Bedarf der Teilnehmenden durchgeführt werden.

Mindestens alle sechs Wochen hat der Herzgruppenarzt bzw. die -ärztin die Herzgruppe persönlich zu visitieren. Auf der Grundlage der aktuellen medizinischen Befunde, des individuellen Krankheitsgeschehens und des Betreuungsbedarfs der Teilnehmenden und in Abstimmung mit der Übungsleitung ist über ein kürzeres Intervall zu entscheiden. Die Anwesenheit in der Herzgruppe ist schriftlich zu dokumentieren.

Neben den ärztlichen Aufgaben nach Ziffer 11.2 hat der Herzgruppenarzt bzw. die -ärztin im Wesentlichen folgende Aufgaben wahrzunehmen (Ausnahme: Befragung zu Beginn jeder Übungsveranstaltung):

- Zuordnung von neuen Teilnehmenden zu den einzelnen Gruppen. Dies muss grundsätzlich im persönlichen Gespräch erfolgen, nur in seltenen und begründeten Ausnahmefällen auch nach Aktenlage.
- Abstimmung mit der Übungsleitung über Intensität und Art des Bewegungstrainings, je nach Beschwerdebild der Teilnehmenden und aktuellen medizinischen Befunden (z. B. Belastungs-EKG, Echokardiographie etc.).
- Beratung der Teilnehmenden (medizinisch, psycho-sozial, Lebensstil) und Übungsleitenden während der Übungsveranstaltungen und auf Anfrage z. B. telefonisch.

- Beurteilung aktueller Untersuchungsbefunde und von Veränderungen hinsichtlich des Gesundheitszustandes und der Belastbarkeit der Teilnehmenden sowie entsprechenden Anpassungen an das Bewegungstraining in Abstimmung mit der Übungsleitung.

11.4

Die Absicherung in Notfallsituationen kann entweder erfolgen durch

- ständige Anwesenheit des Herzgruppenarztes bzw. der -ärztin oder von Rettungskräften nach 11.4.1 oder
- ständige Bereitschaft des Herzgruppenarztes bzw. der -ärztin oder von Rettungskräften nach Ziffer 11.4.1.

Ständige Bereitschaft des Herzgruppenarztes bzw. der -ärztin oder von Rettungskräften in diesem Sinne setzt voraus:

- Bei jedem Notfall/Unfall ist der Herzgruppenarzt oder die -ärztin bzw. die Rettungskraft sofort zu kontaktieren, Voraussetzung ist deren lückenlose Erreichbarkeit durch die Übungsleitung.
- Eintreffen des Herzgruppenarztes bzw. der -ärztin oder der Rettungskraft im Übungsraum unverzüglich¹⁰ nach Anforderung durch die Übungsleitung.

11.4.1

Erforderliche Qualifikationen für die Absicherung in Notfallsituationen:

1. Arzt/Ärztin mit praktischen Erfahrungen und Fertigkeiten im Notfallmanagement
2. Physician Assistant mit Kenntnissen und Fertigkeiten im Notfallmanagement
3. Rettungsassistent bzw. -assistentin
4. Notfallsanitäter bzw. -sanitäterin
5. Rettungssanitäter bzw. -sanitäterin mit mindestens einjähriger Berufserfahrung im Anschluss an die Ausbildung mit Kenntnissen und Fertigkeiten im Notfallmanagement
6. Fachkrankenpflegekräfte für Intensivpflege und Anästhesie.

12 Leitung des Rehabilitationssports

12.1

Beim Rehabilitationssport müssen die Übungen von Übungsleitern bzw. -leiterinnen geleitet werden, die aufgrund eines besonderen Qualifikationsnachweises die Gewähr für eine fachkundige Anleitung und Überwachung der Gruppen bieten. Die Inhalte der Qualifikationsnachweise sind mit den Rehabilitationsträgern auf Ebene der BAR abzustimmen. Als Maßstab für die Anerkennungspraxis dienen die Qualifikationsanforderungen Übungsleiter/-in Rehabilitationssport in der jeweils gültigen Fassung.

¹⁰ Siehe Anlage 5: Präzisierung der Begrifflichkeit „unverzüglich“.

12.2

Die für den Rehabilitationssport mit Kindern und Jugendlichen eingesetzten Übungsleiter und -leiterinnen müssen darüber hinaus die dafür erforderlichen psychologisch-pädagogischen Fähigkeiten besitzen und ein erweitertes Führungszeugnis in regelmäßigen Abständen von fünf Jahren nachweisen.

12.3

Eigenständige Übungsveranstaltungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen werden grundsätzlich von zwei Übungsleiterinnen geleitet. Dabei hat eine Übungsleiterin die notwendige Handlungs-, Fach-, Methoden-, Personal- und Sozialkompetenz für deren Durchführung durch entsprechende Fort-/Zusatzausbildung (z. B. Ausbildungsmodul „Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen“ des DBS) sowie ein erweitertes Führungszeugnis in regelmäßigen Abständen von fünf Jahren nachzuweisen. Abweichungen von der Zahl der Übungsleiterinnen sind gegenüber den Rehabilitationsträgern anzugeben und zu begründen.

13 Leitung des Funktionstrainings

13.1

Beim Funktionstraining kommen für die Leitung der Funktionstrainingsgruppen vor allem Physiotherapeuten und -therapeutinnen und/oder Ergotherapeuten und -therapeutinnen mit speziellen Erfahrungen und spezieller Fortbildung für den Bereich der rheumatischen Erkrankungen/Osteoporose einschließlich Wassergymnastik und Atemgymnastik und mit Kenntnissen und Erfahrungen in der psychischen und pädagogischen Führung in Betracht. Sie müssen in der Lage sein, die Leistungsfähigkeit und die darauf abzustimmenden Übungen für den einzelnen Patienten bzw. die einzelne Patientin einzuschätzen.

13.2

Die Leitung der Funktionstrainingsgruppen kann auch von anderen qualifizierten Therapeutinnen und Therapeuten, die über eine nach 13.1 vergleichbare therapeutische Ausbildung verfügen, wahrgenommen werden oder durch Übungsleitende, die eine erforderliche Qualifikation zur Leitung von Rehabilitationssportgruppen im Bereich Orthopädie, wie sie in den Qualifikationsanforderungen Übungsleiter/-in Rehabilitationssport (vgl. Ziffer 12.1) beschrieben sind, besitzen.

13.3

Auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation wird ein Verzeichnis der anzuerkennenden Qualifikationsanforderungen erstellt.

13.4

Die unter Ziffer 13.1 und 13.2 aufgeführten Leitungen des Funktionstrainings haben die Teilnahme an einer von den Rehabilitationsträgern anerkannten Fort-/Zusatzausbildung für das Funktionstraining nachzuweisen.

13.5

Die erforderliche ergotherapeutische Betreuung soll, insbesondere auch im Hinblick auf die Beratung über Ausstattung und Einübung im Gebrauch von Gebrauchsgegenständen des täglichen Lebens, gewährleistet sein. Zu beachten ist Ziffer 3.4.

13.6

Die für das Funktionstraining mit Kindern und Jugendlichen eingesetzten Therapeutinnen und Therapeuten müssen darüber hinaus die dafür erforderlichen psychologisch-pädagogischen Fähigkeiten besitzen und ein erweitertes Führungszeugnis in regelmäßigen Abständen von fünf Jahren nachweisen.

14 Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining

14.1

Rehabilitationssport und Funktionstraining werden indikationsgerecht von dem behandelnden Arzt bzw. der behandelnden Ärztin verordnet. Für die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte werden Rehabilitationssport und Funktionstraining bei Abschluss einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation durch den Arzt oder die Ärztin der betreffenden Rehabilitationseinrichtung verordnet. Ziffer 1.2 ist zu beachten.

14.2

Die Verordnung muss enthalten:

1. die Diagnose nach ICD-10-GM, ggf. die Nebendiagnosen, soweit sie Berücksichtigung finden müssen oder Einfluss auf die Verordnungsnotwendigkeit haben
2. die Gründe und Ziele, weshalb Rehabilitationssport/Funktionstraining (weiterhin) erforderlich ist; dazu sind auch Angaben über die vorliegenden Funktionseinschränkungen und zur psychischen und physischen Belastbarkeit zu machen
3. die Dauer des Rehabilitationssports bzw. des Funktionstrainings
4. eine Empfehlung für die Auswahl der für die Behinderung geeigneten Rehabilitationssportart bzw. Funktionstrainingsart, bei Herzgruppen die Empfehlung zur Übungs- oder Trainingsgruppe sowie bei Bedarf die Empfehlung zur Durchführung von Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen und für besondere Inhalte des Rehabilitationssports
5. bei weiteren Verordnungen ergänzend die Gründe, warum der oder die Versicherte nicht oder noch nicht in der Lage ist, die erlernten Übungen selbstständig und eigenverantwortlich durchzuführen.
6. Bei Verordnungen für schwerstbehinderte Menschen ist der erhöhte Teilhabebedarf anzugeben.

14.3

Die einzelne Verordnung erstreckt sich im Allgemeinen auf bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche; sie gilt nur für den vom verordnenden Arzt oder von der verordnenden Ärztin für notwendig erachteten Zeitraum, für die gesetzliche Krankenversicherung für den in Ziffer 4.4.1 bis 4.4.4 genannten Zeitraum, für die gesetzliche Rentenversicherung und die Alterssicherung der Landwirte längstens für den in Ziffer 4.2 genannten Zeitraum.

14.4

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung ist die Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining jeweils für ein halbes Jahr auszustellen. In Ausnahmefällen kann dieser Zeitraum bis zu einem Jahr betragen.

15 Bewilligung, Übertragung, Auswahl der Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe

15.1

Rehabilitationssport und Funktionstraining sind vor dem Beginn durch den Rehabilitationsträger zu bewilligen. Dies gilt auch für weitere Verordnungen.

15.2

Nimmt ein Mensch mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohter Mensch an den ihm für einen bestimmten Zeitraum bewilligten Übungsveranstaltungen nicht teil, ist eine Übertragung auf einen späteren Zeitraum grundsätzlich nicht zulässig.

15.3

Rehabilitationssport und Funktionstraining sind in der Regel in der Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe durchzuführen, die dem Wohn- oder Arbeitsort des Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen am nächsten gelegen ist, es sei denn, dass bei dieser Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe die ärztlich verordneten Übungen nicht durchgeführt werden oder der Mensch mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Mensch aus sonstigen Gründen diese Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe nicht in Anspruch nehmen kann. Seinen berechtigten Wünschen ist zu entsprechen. Hierbei sind die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu beachten.

16 Kostenregelung

16.1

Die Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining wird in der Regel zwischen den Bundes-/Landesorganisationen der Träger von Rehabilitationssportgruppen/Funktionstrainingsgruppen und den Rehabilitationsträgern vertraglich geregelt. Die Vergütungen können pauschaliert werden.

16.2

Die Träger der Rehabilitationssportgruppen bzw. Funktionstrainingsgruppen haben eine pauschale Haftpflichtversicherung und für die Teilnehmenden an den Übungsveranstaltungen eine Unfallversicherung abzuschließen.

16.3

Die Rehabilitationsträger übernehmen für die persönliche Sportbekleidung und -ausrüstung (z. B. Trainingsanzug, Sporthemd, Sporthose, Sportschuhe, Badebekleidung, Schläger) keine Kosten. Die für die Durchführung im Einzelfall erforderlichen Hilfsmittel sowie deren für die Ausübung des Rehabilitationssports/des Funktionstrainings notwendige Anpassung werden nach den geltenden gesetzlichen Bestimmungen erbracht. Die für den Rehabilitationssport und das Funktionstraining notwendigen Sport-/Trainingsgeräte sind von der Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe zu stellen. Die Kosten ihrer Anschaffung oder Benutzung werden durch die für die Übungsveranstaltungen zu zahlende Vergütung nach Ziffer 16.1 abgegolten.

16.4

Die Rehabilitationsträger empfehlen eine Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis, um die eigenverantwortliche Durchführung des Rehabilitationssports und Funktionstrainings zu fördern und nachhaltig zu sichern. Eine Mitgliedschaft in der Gruppe, Selbsthilfegruppe oder im Verein ist jedoch für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining für die Dauer der Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers nicht verpflichtend.

16.5

Nach § 31 SGB I ist es nicht zulässig, neben der Vergütung des Rehabilitationsträgers für die Teilnahme am Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen etc. oder Vorauszahlungen von den Teilnehmenden zu fordern. Nach § 32 SGB I ist es unzulässig, davon abweichende Vereinbarungen zu treffen. Die freiwillige Inanspruchnahme von kostenpflichtigen Zusatzleistungen der Leistungserbringer ist zulässig.

Mitgliedsbeiträge bei freiwilliger Mitgliedschaft sind möglich.¹¹

¹¹ Die Rehabilitationsträger weisen darauf hin, dass ihnen eine Übernahme der Mitgliedsbeiträge nicht möglich ist.

17 Abrechnungsverfahren

17.1

Die Abrechnung für die Teilnahme an den Übungsveranstaltungen erfolgt grundsätzlich zwischen dem Rehabilitationsträger und dem Träger der Rehabilitationssportgruppe/Funktionstrainingsgruppe. Die Abrechnung durch von den Leistungserbringern beauftragte Dritte ist möglich (z. B. im Rahmen des maschinellen Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V).

17.2

Der Teilnahmenachweis hat durch Unterschrift des bzw. der Teilnehmenden für jede Übungsveranstaltung zu erfolgen. Abweichungen hiervon können vertraglich geregelt oder im Einzelfall mit dem Rehabilitationsträger abgesprochen werden.

18 Qualitätssicherung

18.1

Die Rehabilitationssportgruppen/Funktionstrainingsgruppen sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistung verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

18.2

Für die Rehabilitationssportgruppen/Funktionstrainingsgruppen besteht die Verpflichtung, an einem Qualitäts- sicherungsprogramm der Rehabilitationsträger teilzunehmen. Näheres wird in den Verträgen nach Ziffer 16.1 zwischen den Beteiligten geregelt.

19 Inkrafttreten

19.1

Diese Rahmenvereinbarung tritt am 1. Januar 2022 in Kraft. Mit Inkrafttreten wird die „Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 1. Oktober 2003 in der Fassung vom 1. Januar 2011“ außer Kraft gesetzt.

19.2

Alle vor dem 1. Januar 2022 ausgestellten ärztlichen Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining behalten ihre Gültigkeit.

19.3

Für alle ab 1. Januar 2022 ausgestellten ärztlichen Verordnungen für Rehabilitationssport und Funktionstraining gilt die vorliegende Rahmenvereinbarung.

19.4

Die Partner der Rahmenvereinbarung werden auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in angemessenen Zeitabständen prüfen, ob die Rahmenvereinbarung aufgrund zwischenzeitlich gewonnener Erfahrungen, insbesondere im Rahmen der Anwendung der ICF, verbessert oder wesentlich veränderten Verhältnissen angepasst werden muss.

19.5

Die Rahmenvereinbarung kann von jedem Vereinbarungspartner zum Schluss eines Kalenderjahres mit einer Frist von einem Jahr, frühestens zum 31. Dezember 2023, schriftlich gegenüber den Vereinbarungspartnern gekündigt werden.

19.6

Bei Kündigung eines Vereinbarungspartners bleibt die Rahmenvereinbarung für die anderen Vereinbarungspartner unverändert bestehen.

19.7

Sollten einzelne Regelungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam werden, so berührt dies die Gültigkeit der übrigen Regelungen nicht. Die Vertragspartner verpflichten sich, jede unwirksame Regelung durch eine rechtlich zulässige Regelung zu ersetzen, die dem Sinn und Zweck der ursprünglich vereinbarten Regelung möglichst nahekommt.

Anlage 1:

Anerkennung von Rehabilitationssportgruppen/ Funktionstrainingsgruppen

1. Allgemeine Angaben

- Angaben zum Leistungserbringer
- Angaben zur Gruppe
- Werden Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins angeboten/durchgeführt?
Wenn ja, in welcher Form (Vorlage eines Konzepts)?

2. Angaben zu personellen Voraussetzungen

- Werden bei Angeboten des Rehabilitationssports die Anforderungen gemäß der „Qualifikationsanforderungen Übungsleiter/-in Rehabilitationssport“ in der aktuell gültigen Fassung erfüllt?
- Werden bei Angeboten des Funktionstrainings die Anforderungen gemäß den Ziffern 13.1 und 13.2 der Rahmenvereinbarung erfüllt?

3. Angaben zu räumlichen Voraussetzungen/ Ausstattung der Übungsstätten

- Größe der Übungsstätte (mind. 5 qm freie Nettofläche pro Teilnehmenden)
- Bei Warmwassertraining: Größe des Therapiebeckens
(mind. 3 qm freie Nettofläche pro Teilnehmenden) und Wasserwärme
- Materialien, ggf. Sonderausstattung, spezielle Geräte oder Hilfsmittel
- Hinweise zur Barrierefreiheit

4. Gruppengröße/Zusammensetzung der Gruppen

- Die maximale Gruppengröße bei Rehabilitationssport und Funktionstraining beträgt grundsätzlich 15 Teilnehmende bzw.
 - bei Rehabilitationssport in Herzgruppen maximal 20 Teilnehmende
 - bei Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen maximal zwölf Teilnehmende
 - bei Rehabilitationssport in Gruppen mit schwerstbehinderten Menschen sieben Teilnehmende, bei Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins zwölf Teilnehmende.
- Die Gruppengröße bei Rehabilitationssport und Funktionstraining beträgt in Kindergruppen zehn Kinder bzw. bei schwerstbehinderten Kindern fünf Kinder.

5. Angaben zum Versicherungsschutz

- Die Vorlage des Versicherungsscheins für folgende Versicherungsleistungen ist notwendig:
 - Unfallversicherung für die Teilnehmenden an den Übungsveranstaltungen und pauschale Haftpflichtversicherung für den Anbieter
- Alternativ: Nachweis einer Gruppen- oder Sportversicherung

6. Angaben zur ärztlichen Betreuung/ Überwachung in Rehabilitationssportgruppen

- Welcher Arzt bzw. welche Ärztin hat sich verpflichtet, bei Bedarf für Beratungen der Teilnehmenden und der Übungsleitung zur Verfügung zu stehen (Name, Anschrift – schriftliche Erklärung vorlegen)?

7. Angaben zur Notfallversorgung

- Bestehen bei Notfällen Möglichkeiten, den vertragsärztlichen Notdienst bzw. den notärztlichen Rettungsdienst (Notarzt/Notärztin) telefonisch zu erreichen?

8. Angaben zur ärztlichen Betreuung/Überwachung in Herzgruppen

- Welcher Arzt bzw. welche Ärztin hat sich verpflichtet, die Tätigkeit als verantwortlicher Herzgruppenarzt bzw. -ärztin zu übernehmen?

9. Angabe zur Notfallversorgung in Herzgruppen

- Wie erfolgt die Absicherung in Notfallsituationen?
- Vorlage eines Notfallplans
- Ist ein netzunabhängiger, tragbarer Defibrillator bzw. automatisierter externer Defibrillator (AED) vorhanden? Wann erfolgte die letzte Wartungskontrolle?
- Ist ein Notfallkoffer vorhanden (Orientierung an den gültigen DIN-Normen)?
- Werden in regelmäßigen Abständen, mindestens 2x/Jahr, während der Übungsveranstaltungen Notfallübungen durchgeführt, in denen die Teilnehmenden der Herzgruppe auch die Funktionsfähigkeit des Defibrillators (AED) kennenlernen? Dabei sollte auch der Ablauf im Falle eines Notfalls (wer übernimmt welche Aufgabe?) geübt werden.

10. Dokumentation

- Interne Dokumentation der Übungsveranstaltungen
 - Datum
 - Anzahl der Teilnehmenden (Anwesenheitsliste)
 - Nennung der inhaltlichen Schwerpunkte, bezugnehmend auf die in Ziffer 2.2 bzw. 3.2 genannten Ziele
 - Besondere Vorkommnisse
 - Kürzel/Unterschrift der Übungsleitung.

11. Übersicht zur Meldung von Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen

Die Meldung der anerkannten Rehabilitationssport- und Funktionstrainingsgruppen erfolgt einheitlich entsprechend der nachfolgenden, verbindlichen Übersicht. Die Datenübermittlung erfolgt gemäß den vertraglichen Regelungen in regelmäßigen Abständen in den Dateiformaten XLSX oder CSV. Es können auch andere digitale Übertragungswege vertraglich festgelegt werden.

11.1 Angaben zum Leistungserbringer

	Datenfeldname	Erläuterung
A	Dachverband	Bezeichnung des Dachverbandes bzw. des Landesverbandes, der für die Anerkennung zuständig ist
B	IK	Neunstelliges Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
C	Leistungserbringer	Name des Leistungserbringers
D	Straße, Nr.	Straßenname und Hausnummer des Sitzes des Leistungserbringers
E	PLZ	PLZ des Sitzes des Leistungserbringers
F	Ort	Ort des Sitzes des Leistungserbringers
G	Telefon	Telefonnummer des Leistungserbringers (nicht Übungsleitung) mit Vorwahl
H	Ansprechpartner oder -partnerin	Ansprechpartner oder -partnerin des Leistungserbringers (nicht Übungsleitung)
I	E-Mail-Adresse	E-Mail-Adresse des Ansprechpartners des Leistungserbringers
J	Homepage	Freiwillige Angabe
K	Abrechnungsstelle Name	Pflichtangabe, sofern der Leistungserbringer über eine Abrechnungsstelle abrechnet
L	Abrechnungsstelle IK	Pflichtangabe, sofern der Leistungserbringer über eine Abrechnungsstelle abrechnet Neunstelliges Institutionskennzeichen (IK der Abrechnungsstelle ist nicht identisch mit dem IK des Leistungserbringers)
M	Angebotsnummer	Freiwillige Angabe
N	Anerkannt seit	Anerkennungsdatum der jeweiligen Übungsgruppe
O	Anerkannt bis	Es ist das Datum des Endes der Anerkennung anzugeben

	Datenfeldname	Erläuterung
P	Hauptindikation	<p>Für den Bereich Rehabilitationssport:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Herzerkrankungen • Intellektuelle Beeinträchtigungen • Innere Medizin • Krebserkrankungen • Mehrfachbehinderung • Morbus Bechterew • Neurologie • Orthopädie • Psychiatrie • Psychomotorik • Sensorik • Stärkung des Selbstbewusstseins <p>Für den Bereich Funktionstraining:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fibromyalgie • Morbus Bechterew • Osteoporose • Rheuma
Q	Rehabilitations-sportarten	<p>Insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausdauer- und Kraftausdauerübungen • Bewegungsspiele in Gruppen • Bogenschießen • Gymnastik • Gymnastik im Wasser • Kegeln • Schwimmen • Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins • Weitere anerkannte Rehabilitationssportarten
	Funktionstrainings-arten	<p>Insbesondere</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trockengymnastik • Wassergymnastik
R	Abrechenbare Positionsnummer	Sechsstellig

	Datenfeldname	Erläuterung
S	Angebot	Freiwillige Angabe
T	ggf. zusätzliche Bezeichnung des Angebots	Freiwillige Angabe
U	Name Übungsleitung	Freiwillige Angabe
V	Veranstaltungsort Name	Name der Übungsstätte
W	Veranstaltungsort Straße	Straßenname und Hausnummer der Übungsstätte
X	Veranstaltungsort PLZ	Postleitzahl der Übungsstätte
Y	Veranstaltungsort Ort	Ort der Übungsstätte
Z	Wochentage	Wochentag, an dem die jeweilige Übungsveranstaltung stattfindet
AA	Uhrzeit von	Uhrzeit, zu der die Übungsveranstaltung beginnt
AB	Uhrzeit bis	Uhrzeit, zu der die Übungsveranstaltung endet
AC	Teilnehmerkreis	Freiwillige Angabe Zielgruppe für die Übungsstunde und Anzahl der max. Teilnehmenden

Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), 2022

Anlage 2:

Gemeinsame Erklärung zur regelmäßigen Teilnahme am Rehabilitationssport und Funktionstraining

Die Vereinbarungspartner der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining sind sich einig, dass die Ziele des Rehabilitationssports und Funktionstrainings im Sinne der Rahmenvereinbarung nur bei einer regelmäßigen Teilnahme zu erreichen sind. Die regelmäßige Teilnahme ist insbesondere Voraussetzung, um dem ganzheitlichen Ansatz* gerecht zu werden und um gruppendifferenzielle Prozesse in Gang zu setzen.

Deshalb sollten Unterbrechungen nur auf begründete Ausnahmefälle begrenzt bleiben (z. B. Urlaubsreisen, Krankenhaus-/Rehabilitationsklinikaufenthalt oder Arbeitsunfähigkeit).

Bei nichtbegründeter Unterbrechung des Rehabilitationssports/Funktionstrainings ist der Leistungserbringer berechtigt, den Rehabilitationssport/das Funktionstraining abzubrechen und die bis dahin durchgeföhrten Leistungen abzurechnen. Dabei ist der Lebenshintergrund des Menschen mit oder mit drohender Behinderung sowie chronischer Erkrankung zu berücksichtigen, z. B. relevante ärztliche Diagnosen, Pflege von Angehörigen, Krankheit des Kindes usw.

Bei Abbruch des Rehabilitationssports/Funktionstrainings muss ein gesonderter Hinweis an den jeweiligen Rehabilitationsträger erfolgen, dass der Rehabilitationssport/das Funktionstraining durch den Leistungserbringer beendet wurde.

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

* Im Rehabilitationssport und Funktionstraining wird hierunter insbesondere ein bio-psycho-sozialer Ansatz verstanden. Dieser beschreibt die positiven Auswirkungen auf die körperliche Leistungsfähigkeit, das seelische Wohlbefinden und die soziale Beteiligung der Teilnehmenden.

Anlage 3:

Definition „Feste Gruppe“ im Rehabilitationssport und Funktionstraining

Gemäß den Ziffern 2.4 und 3.4 der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining sollen Rehabilitationssport und Funktionstraining regelmäßig in festen Gruppen durchgeführt werden. Eine feste Gruppe wird dadurch charakterisiert, dass alle Teilnehmenden sich zu einer bestimmten Zeit an einem festgelegten Ort treffen und von einer nach den Ziffern 12 bzw. 13 qualifizierten Leitung über die gesamte festgelegte Zeitdauer angeleitet und betreut werden. Die Leitung hat je Übungsveranstaltung die Anwesenheit der Teilnehmenden zu kontrollieren und zu dokumentieren. Somit kann der Leistungserbringer nachweisen, dass es sich um eine feste Gruppe handelt. Die Leitung kann durch andere entsprechend qualifizierte Personen (vgl. Ziffer 12 bzw. 13 der Rahmenvereinbarung) insbesondere bei Krankheit und Urlaub vertreten werden.

Das Wechseln der Übungsgruppe (so genanntes „Gruppenhopping“) ist grundsätzlich nicht erlaubt und steht nicht im Ermessen der Teilnehmenden.

Ein Wechsel der Gruppe ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Denkbar wäre die Teilnahme an zwei Übungsgruppen aus persönlichen bzw. beruflichen Gründen, z. B. für Schichtarbeitende. Des Weiteren ist stets der Wechsel bei ungeeigneten Gruppen möglich, z. B. falls Teilnehmende mit den Übungen aufgrund ihrer körperlichen und gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht zureckkommen. Grundsätzlich ist zu beachten, dass ein zu häufiger Wechsel der Gruppe den gewünschten gruppendifferenzierten Effekten entgegenstehen kann.

Ggf. ist im Einzelfall das Einvernehmen mit dem Leistungsträger herzustellen.

Anlage 4:

Definition „Technisches Gerät“

Ein technisches Gerät besteht aus mindestens zwei starren Elementen, die über mindestens eine mechanische Verbindung miteinander verbunden sind. Hierzu zählen z. B. Ergometer, Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Arm-/Beinpresse, Laufband, Rudergerät, Crosstrainer.

Keine technischen Geräte sind z. B. Bälle, Bänder, Matten, (Kurz-)Hanteln, Turnbänke.

Anlage 5:

Präzisierung der Begrifflichkeit „unverzüglich“ (Ziffer 11.4 des Regelungstextes)

Unter Ziffer 11.4 heißt es im Regelungstext:

„Ständige Bereitschaft des Herzgruppenarztes bzw. der -ärztein oder von Rettungskräften in diesem Sinne setzt voraus:

- [...]
- Eintreffen des Herzgruppenarztes bzw. der -ärztein oder der Rettungskraft im Übungsraum unverzüglich¹² nach Anforderung durch die Übungsleitung.“

„Unverzüglich“ bedeutet „ohne schuldhaftes Zögern“. Diese Definition gilt für das deutsche Recht, wird aber von den Umständen des Einzelfalls abhängig gemacht.

„Unverzüglich“ in der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining bedeutet in diesem Sinne, dass der Herzgruppenarzt bzw. die Herzgruppenärztein oder die Rettungskraft in der Regel ohne schuldhaftes Zögern und unterhalb der regional gültigen Hilfsfrist im Übungsraum eintrifft.

Die Hilfsfrist ist die Vorgabe für den einzuhaltenden Zeitraum vom Eingang der Notfallmeldung in der Rettungsleitstelle bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes am Notfallort. Die gesetzliche Vorgabe des genannten Zeitraums erfolgt auf Ebene der Bundesländer und kann auch innerhalb eines Bundeslandes regionalen Abweichungen unterliegen. Als Orientierung wird ein Zeitraum von acht Minuten empfohlen.

12 Siehe Anlage 5: Präzisierung der Begrifflichkeit „unverzüglich“.

Verzeichnis der Mitwirkenden

An der Überarbeitung der Rahmenvereinbarung haben mitgewirkt:

Dr. Beatrix Böllhoff, Deutsche Rentenversicherung Bund

Nikolas Eckert, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Dr. Thorsten Freikamp, Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e. V.

Klaus Gerkens, Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Claudia Haisler, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Ludwig Hammel, Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. (DVMB) Bundesverband

Dr. Vera Jaron, Deutscher Behindertensportverband e. V.

Sabine Knappe, Bundesverband Rehabilitationssport | RehaSport Deutschland e. V. (RSD)

Maren Lose, Deutsche Rentenversicherung Bund

Dr. Sabine Meissner, GKV-Spitzenverband

Meinolf Moldenhauer, GKV-Spitzenverband

Pamela Reng, Kassenärztliche Bundesvereinigung

Rotraud Schmale-Grede, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V.

Prof. Dr. Bernhard Schwaab, Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e. V.

Dr. René Streber, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V.

Verantwortlich bei der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR), Frankfurt am Main:

Bernd Giraud

Jennifer Haaf (bis März 2021)

Wofa Abdelkader (bis Juni 2021)

Marcus Schian

Notizen

Reha Grundlagen

Praxisorientiertes und konzeptionelles Wissen bietet Orientierung zu Leistungen und dem System der Rehabilitation.

REHA
Grundlagen

Reha Vereinbarungen

Trägerübergreifende Vorgaben und gemeinsame Empfehlungen konkretisieren die Zusammenarbeit in der Rehabilitation sowie die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

REHA
Vereinbarungen

Reha Entwicklungen

Positionen, Stellungnahmen und Projekte geben Impulse zur Weiterentwicklung von Rehabilitation und Teilhabe.

REHA
Entwicklungen

BAR Report

Die BAR berichtet über Themen und Aktivitäten. Darunter zum Beispiel Tagungsbericht, Geschäftsbericht und Schwerpunktplanung.

BAR
Report

Periodika

Regelmäßig erscheinende Publikationen, zum Beispiel die Fortbildungs Broschüre.

BAR
Fortschreibung

Teilhabeverfahrensbericht

Publikationen zum Thema THVB.



Downloads und weitere Informationen unter
www.bar-frankfurt.de/publikationen

