

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

Angaben zu dem anzuerkennenden Herzsportangebot

1. Verein/örtlicher Träger: \_\_\_\_\_

2. Vereinskennziffer: \_\_\_\_\_

3. Geplanter Beginn: \_\_\_\_\_

4. Institutionskennzeichen (IK): \_\_\_\_\_ Abrechnungsstelle IK: \_\_\_\_\_

Name Abrechnungsstelle: \_\_\_\_\_

5. Ansprechperson (Name, Vorname, Telefon, E-Mail, Geb.-datum): \_\_\_\_\_

6. Name/Bezeichnung des Angebotes: \_\_\_\_\_

7. Übungsleiter\*in (Name, Vorname, Geb.-datum): \_\_\_\_\_

8. Medizinische Betreuung bzw. Überwachung durch (Name, Vorname, Geb.-datum): \_\_\_\_\_

9. Übungsstätte (Name, Straße, PLZ, Ort): \_\_\_\_\_

10. Größe des Übungsraums (in qm): \_\_\_\_\_

11. Wochentag/Zeit: 1.) \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 2.) \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ 3.) \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

12. Rehabilitationssportart:  Gymnastik  Schwimmen  Gymnastik im Wasser  Ausdauer- und Kraftausdauerübungen  
 Bewegungsspiele  Sonstige: \_\_\_\_\_

## 13. Betreuung und Notfallabsicherung

13.1 funktionstüchtige und einsatzbereite Notfallsausrüstung (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 (in Herzinsuffizienzgruppen zwingend erforderlich)  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

Herzgruppenärzt\*in in ständiger Bereitschaft

Rettungskraft in ständiger Bereitschaft

13.5 Betreuung und Überwachung von bis zu drei parallel stattfindenden Gruppen (z.B. Dreifachturnhalle)  Ja  Nein

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

APN 604504: Herzgruppe bis 20 Erwachsene

APN 604504: Herzgruppe bis 20 Jugendliche

APN 604508: Herzgruppe bis 10 Kinder (bis Vollendung 14.LJ)

APN 604514: Herzinsuffizienzgruppe bis 12 Erwachsene

divers

männlich

weiblich

gemischt

15. Erklärung zum Antrag auf Anerkennung ausgefüllt und unterschrieben von \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

## 16. Indikationsbereich

<input type="checkbox"/>	Herzkrankungen (APN 604504 oder 604508)
<input type="checkbox"/>	Herzkrankungen mit hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko (APN 604514)

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

Unterschrift (bevollmächtigte Person des Vereins/örtlichen Trägers): \_\_\_\_\_

## Anlage 4

zur Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssports im Bundesland Hessen vom 28.08.2012 zwischen den Hess. Primärkrankenassenverbänden/-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- Kreislaufkrankungen in Hessen e. V: abgeschlossene „Vereinbarung über die Durchführung und Finanzierung des Rehabilitationssport in Hessen“ in der Fassung vom 01. Juli 2012 in der jeweils gültigen Fassung an. Dies gilt auch für alle zur Durchführung dieser Vereinbarung getroffenen Ergänzungsregelungen.

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

Insbesondere werden wir die nachstehenden Punkte beachten:

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

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

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

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

---

Name der Rehabilitationssportgruppe

---

Name der anerkannten Einrichtung/ des Vereins

---

Anschrift der Rehabilitationssportgruppe

---

Telefon

---

E-Mail:

---

Unterschrift des Bevollmächtigten des Vereins

---

Ort, Datum