

Herzlich Willkommen

**„Offene Info-Reihe
für pflegende Angehörige“**

Reha-Sport



Annette Dunker

**Referentin Behinderten- und
Rehabilitationssportverband NRW und
Baden**

**Fachübungsleiterin Rehabilitation
Innere Medizin, Krebsnachsorge,
Neurologie, Orthopädie**

Darlegung potentieller Interessenkonflikte

- Der Inhalt des folgenden Vortrages ist Ergebnis des Bemühens um größtmögliche Objektivität und Unabhängigkeit.
- Der Referent versichert, dass in Bezug auf den Inhalt des folgenden Vortrags keine Interessenskonflikte bestehen, die sich aus einem Beschäftigungsverhältnis, einer Beratertätigkeit oder Zuwendungen für Forschungsvorhaben, Vorträge oder andere Tätigkeiten ergeben.

Was verstehe ich unter Reha-Sport?



**zertifizierten ambulanten
Rehabilitationssport**



**Zertifizierter ambulanter
Rehabilitationssport (Reha-Sport)
stellt eine ergänzende Maßnahme
zur stationären, medizinischen
Rehabilitation dar.**

**Reha-Sport ist
gesetzlich
verankert und
wird zeitlich
befristet von den
Kostenträgern
finanziert.**



Der gesetzliche Rahmen:

Im SGB IX ist der Rehabilitationssport als „ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation ...“ (§ 64, Abs.1 Nr. 3 SGB IX) gesetzlich festgeschrieben. Damit ist der Rehasport eine Pflichtleistung, auf die behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen und chronisch Kranke Anspruch haben.

Konkrete Umsetzungsrichtlinien dazu liefert die zugehörige „Rahmenvereinbarung vom 01.01.2022“.

**Für Rehasportgruppen besteht die
Verpflichtung, an einem
Qualitätssicherungsprogramm
der Rehabilitationsträger teilzunehmen.**



Fachbereiche

- Orthopädie
- Innere Medizin
- Sensorik
- Neurologie
- Geistige Behinderung
- Psychiatrie



Orthopädie

- **Wirbelsäule / Haltungsschäden**
- **Osteoporose**
- **Morbus Bechterew**
- **Gelenkschäden (Arthrose, Bänderriss etc.)**
- **Endoprothesen / Implantate**
- **etc.**

Sport in der Krebsnachsorge

- **Brustkrebserkrankungen**
- **Prostata- / Blasenkrebserkrankungen**
- **und viele weitere Krebserkrankungen**

Innere Medizin

- **Herzsport**
- **Herzinsuffizienz**
- **Lungensport / Atemwegserkrankungen**
- **COPD / Asthma**
- **Diabetes mellitus**
- **Venengymnastik**
- **Lymph(entstauungs)gymnastik**
- **Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)**
- **Nierenerkrankungen**

Sensorik

- **Blinde Teilnehmende**
- **Hörgeschädigte**

Neurologie

- Schlaganfall
- Multiple Sklerose (MS)
- Parkinson
- Epilepsie
- Bewegungsstörungen, die vom Gehirn ausgehen
- Querschnittslähmung
- u. a.

Geistige Behinderung

Beispiele:

- Down Syndrom
- Autismus
- Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom

Psychiatrie

- **Depression**
- **Persönlichkeitsstörungen**
- **Schizophrenie**
- **Suchterkrankungen**

- **Welches ist die richtige Verordnung?**
- **Muss ich eine Zuzahlung leisten?**
- **Wer darf die Verordnung ausstellen?**
- **Wie lange ist die Verordnung gültig?**
- **In welchem Zeitrahmen muss ich beginnen?**
- **und weitere ?**



- Für den **Arzt** ist die Verordnung von Reha-Sport **budgetfrei** (*fällt nicht in die Heilmittelrichtgröße*)
- Jeder Arzt hat die Möglichkeit eine Reha-Sport-Verordnung - **Muster 56** – auszustellen
- Reha-Kliniken mit dem **Muster G 850**

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 09.09.2022**

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Antrag auf Kostenübernahme

56

für Rehabilitationssport

für Funktionstraining

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

Ärztliche Verordnung für Rehabilitationssport/Funktionstraining

verordnungrelevante Diagnose(n), gegebenenfalls relevante Nebendiagnose

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen für die verordnungsrelevante(n) Beeinträchtigung(en) der Aktivität(en) und Teilhabe

--

Ziel des Rehabilitationssports/Funktionstrainings

--

erhöhter Teilhabebedarf für schwerstbehinderte Menschen (z. B. Blindheit, Doppelamputation oder Hirnverletzung)

Empfohlene Rehabilitationssportart

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

Rehabilitationssport ist notwendig für

- 50 Übungseinheiten in 18 Monaten (Richtwerte)
 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte) insbesondere bei folgenden Krankheiten mit daraus resultierenden schweren Beeinträchtigungen insbesondere der Mobilität oder Selbstversorgung

Asthma bronchiale	Morbus Parkinson
Blindheit, in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworben	Mukoviszidose
Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	Multipler Sklerose
Dementielles Syndrom, leicht bis mittelgradig	Muskeldystrophie
Diabetes mellitus mit Folgeerkrankungen	Niereninsuffizienz, terminal
Doppelamputation	Organische Hirnschädigung
Epilepsie, therapieresistent	Polyneuropathie
Infantile Zerebralparese	Querschnittslähmung, schwere Lähmung
Intelligenzminderung, mittelgradig	
Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/> andere vergl. Krankheit(en) (vgl. Diagnose/Nebendiagnose)

- 28 Übungseinheiten (Richtwert) zur Stärkung des Selbstbewusstseins behinderter oder von Behinderung bedrohter Frauen und Mädchen erforderlich

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

- 120 Übungseinheiten in 36 Monaten (Richtwerte)
 24 Monate (Richtwert)

Folgeverordnung mit Begründung, warum erlernte Übungen nicht oder noch nicht selbstständig durchgeführt werden können

--

Verbindliches Muster

Empfohlene Funktionstrainingsarten

- Trockengymnastik
 Wassergymnastik

Funktionstraining ist notwendig für

- 12 Monate (Richtwert)
 24 Monate (Richtwert) nur bei folgenden gesicherten chronischen Krankheiten/Behinderungen bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität

Fibromyalgie-Syndrom
Kollagenosen
Morbus Bechterew
Osteoporose
Polyarthrosen, schwer
Psoriasis-Arthritis
Rheumatoide Arthritis

Rehabilitationssport ist notwendig für Herzgruppe Herzinsuffizienzgruppe (bei hohem kardiovaskulären Ereignisrisiko)

Erstverordnung 90 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

Folgeverordnung 45 Übungseinheiten in 12 Monaten (Richtwerte)

nur bei Belastungsgrenze < 1,4 Watt/kg Körpergewicht

wenn bei kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung nicht oder noch nicht möglich ist

Kinderherzgruppen 120 Übungseinheiten in 24 Monaten (Richtwerte)

Empfohlene Anzahl wöchentlicher Übungseinheiten (max. 3 Einheiten je Woche / Begründung bei insgesamt 3 Einheiten)

Rehabilitationssport

1x 2x 3x

Funktionstraining
als Trockengymnastik

1x 2x 3x

Funktionstraining
als Wassergymnastik

1x 2x 3x

Begründung bei insgesamt 3x

Abweichung von oben genannten Richtwerten

Übungseinheiten bei Rehabilitationssport / Monate bei Funktionstraining

Datum

Für die ärztliche Verordnung ist die Nr. 01621 EBM berechnungsfähig

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Antrag auf Kostenübernahme

Rehabilitationssport/Funktionstraining soll bei folgendem Leistungserbringer durchgeführt werden

Verein, Träger usw., Postleitzahl, Ort

Ich nehme am Rehabilitationssport/
Funktionstraining bereits teil seit

MMJJ

Datum

TTMMJJ

Unterschrift des Versicherten

Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse

Die Kosten werden entsprechend der bestehenden Vereinbarung übernommen zur Durchführung und Finanzierung des

Rehabilitationssports

50 Übungseinheiten / 18 Monate

120 Übungseinheiten / 36 Monate

Herz-
gruppe Herzinsuffizienz-
gruppe

90 Übungseinheiten / 24 Monate

45 Übungseinheiten / 12 Monate

120 Übungseinheiten / 24 Monate
(Kinderherzgruppen)

28 Übungseinheiten zur Stärkung
des Selbstbewusstseins

Übungseinheiten

Funktionstrainings

12 Monate

24 Monate

Monate

Anzahl wöchentlicher
Übungsveranstaltungen

1x 2x 3x

für den Zeit-
raum vom TTMMJJ

langstens
bis TTMMJJ

Datum

TTMMJJ

Diese Erklärung erfolgt unter der Voraussetzung, dass ein Leistungsanspruch gegenüber unserer Krankenkasse weiter besteht

Freigabe 09.09.2022
Verbindliches Muster
Stempel der Krankenkasse / Unterschrift

Genehmigungsverzicht einiger Krankenkassen



Zuständiger Rentenversicherungsträger:

 Deutsche
 Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

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

Seite 1 ist dem zuständigen Rentenversicherungsträger zu übersenden.

Seite 2 ist eine Ausfertigung für die Rehabilitationseinrichtung.

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

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

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

Die nachfolgende Verordnung verliert ihre Gültigkeit, wenn mit dem Rehabilitationssport / Funktionstraining nicht innerhalb von 3 Monaten nach Entlassung aus der Rehabilitationseinrichtung begonnen wird.

1 Diagnose	
1.1 Belastungseinschränkungen, Diagnosezusätze, Gründe und Ziele oder weitere Hinweise zur Verordnung	
2 Verordnung von Rehabilitationssport oder Funktionstraining (Bitte entweder unter Ziffer 2.1 oder 2.2 ankreuzen)	
2.1 Art des Rehabilitationssports: <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport im Wasser <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzgruppen <input type="checkbox"/> Rehabilitationssport in Herzinsuffizienzgruppen <input type="checkbox"/> Regional mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger vereinbartes Angebot:	2.2 Art des Funktionstrainings: <input type="checkbox"/> Trockengymnastik und / oder <input type="checkbox"/> Wassergymnastik Spezifizierung der Diagnose: <input type="checkbox"/> Rheumatoide Arthritis <input type="checkbox"/> Morbus Bechterew <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Sonstige:
Ergometrie (nur bei Rehabilitationssport in Herzgruppen und Herzinsuffizienzgruppen unbedingt angeben!) Watt max , HF max / Min., RR max mm Hg, Trainingspuls / Min. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	unter Beta-Blocker
3 Weitere Angaben für die Verordnung	
3.1 Zeitliche Dauer in der Regel 6 Monate <input type="checkbox"/> Monate	Hinweis: Die Verordnungsdauer beträgt in der Regel 6 Monate. Bei einer Verordnung von mehr als 6 Monaten bis längstens 12 Monaten ist eine ausführliche Begründung erforderlich.
3.2 Anzahl der Übungsveranstaltungen: (bis zu 2 je Woche, mit ausführlicher Begründung maximal 3 je Woche, soweit die Häufigkeit angeboten wird)	
Rehabilitationssport wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal	Trockengymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal Wassergymnastik wöchentlich <input type="checkbox"/> 1 mal <input type="checkbox"/> 2 mal

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

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift (Ärztin / Arzt der Rehabilitationseinrichtung)



**Teilnahme mit einer
Verordnung ist für Sie
kostenfrei**

(Zuzahlungen sind gesetzlich verboten)

Qualitätskriterien des Leistungserbringers

- ganzheitliche Zielsetzung
- Zielgruppengerechte Inhalte
- Ärztliche Betreuung
- Qualifizierte Leitung
- Adäquate organisatorische Rahmenbedingungen
- Förderung der Nachhaltigkeit
- Qualitätssicherung und Evaluation

Schwimmverein Plettenberg 1951 e.V.

Beratungsprotokoll

Name	
Vorname	
Telefon/Mobil	
E-Mail	

Am (Datum) _____ legte o. g. Teilnehmende eine Verordnung über Rehabilitationssport vor.

Es erfolgte eine Information zum Angebot des Vereins als Leistungserbringer im Rehabilitationssport. Dabei wurden folgende Punkte angesprochen:

- Tag, Zeit und Ort der Angebote bzw. des ausgewählten Angebotes
- Dauer einer Übungsveranstaltung (Rehabilitationssport: mindestens 45 Minuten)
- Größe der Gruppe (maximal 15 Teilnehmende)
- Inhalt des Sportangebotes: Ausdauer- und Kraftausdauerübungen, Bewegungsspiele, Gymnastik, Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins, geeignete Inhalte anderer Sportarten (z. B. Entspannung o. ä.), teilweise Wassergymnastik und Schwimmen
- Bei unregelmäßiger Teilnahme am Rehabilitationssport ist das Ziel des Rehabilitationssports nicht zu erreichen. Der Verein ist dazu befugt, der jeweiligen teilnehmenden Person bei wiederholtem Fernbleiben ohne ausreichende Entschuldigung (vor dem Hintergrund der individuellen Lebenssituation, z. B. alters- oder behinderungsbedingte Einschränkung der Mobilität, Verlauf der Erkrankung etc.) von der weiteren Teilnahme auszuschließen und den Platz an eine andere Person zu vergeben. In einem solchen Fall wird der Rehabilitationsträger als auch die verordnete ärztliche Person über den Ausschluss und den Grund für den Ausschluss informiert.
- Organisatorischer Rahmen (Gruppenangebot, Fachübungsleiter/in Rehabilitationssport und ärztliche Betreuung) Der Arzt / Die Ärztin muss nicht während der Sportstunde anwesend sein.
- Eine Unfallversicherung ist vom Verein abgeschlossen.
- Ihre Daten werden zu Abrechnungszwecken digital gespeichert.

Zur Mitgliedschaft und Zuzahlung wurden folgende Informationen weitergegeben:

- Es gibt keine Verpflichtung, Mitglied im Verein zu werden oder Zuzahlungen zu entrichten, um am Rehabilitationssport teilzunehmen.
- Im Interesse der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahme wird jedoch auch von den Kostenträgern eine Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis befürwortet.
- Wenn die freiwillige Mitgliedschaft eingegangen wird, können folgende zusätzliche Leistungen des Vereins in Anspruch genommen werden: *siehe Übungsplan*

ja nein - Oben genannte Person hat erklärt, eine freiwillige Mitgliedschaft einzugehen.

- Wenn ja, ist ein gesonderter Aufnahmeantrag auszufüllen. Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt mit Verordnung 70,00 €. Näheres regelt die Beitragsordnung des Vereins.

Bitte wenden !!!

- Wird die Mitgliedschaft über den Zeitraum der Verordnung fortgesetzt, so richtet sich die Mitgliedschaft nach den im Verein allgemein gültigen Regelungen.
- Die Möglichkeit der Teilnahme endet für Nicht-Mitglieder nach Ablauf der Verordnungsdauer bzw. nach Absolvierung der verordneten Einheiten ohne Kündigungsfrist. Es besteht dann kein Versicherungsschutz mehr.

Von diesem Protokoll wurde der/dem Teilnehmer/in eine Kopie ausgehändigt.

Ort, Datum

X _____
Unterschrift des Teilnehmenden (Versicherten)

Ort, Datum

Unterschrift Fachübungsleiter/in (Vereinsvertreter)



BORGSKALA

6	sehr, sehr leicht	
7	sehr leicht	
8	sehr leicht	
9	leicht	Reg.
10	leicht	Reg.
11	minimal anstrengend	Reg.
12	etwas anstrengend	GA I
13	etwas anstrengender	GA I
14	schwer	GA II
15	schwer	GA II
16	sehr schwer	ANS
17	sehr schwer	ANS
18	sehr, sehr schwer	
19	überfordert	
20	nicht leistbar	(rel.) max. HF

Quelle: Prof. Dr. G. Borg, 1962

Rainer Kersten

REHABILITATIONSSPORT

Fragebogen für Teilnehmer/-innen



Warum ist dieser Fragebogen wichtig?

Ihre Angaben tragen dazu bei, dass der Verein das richtige Angebot für Sie findet. Außerdem geben Sie der Übungsleitung – und im Herzsport auch der anwesenden ärztlichen Betreuung – wichtige Informationen, die nicht auf dem Verordnungsbogen stehen. So können Sie individuell belastet und betreut werden. Auf diese Weise wird der Rehabilitationssport für alle Beteiligten noch sicherer.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name _____ Vorname _____

geboren am _____ Größe in cm _____ Gewicht in kg _____

Anschrift _____

PLZ/Ort _____

Hauptdiagnose: Wegen welcher Erkrankung/Behinderung nehmen Sie am Rehasport teil?

Nebendiagnosen: Welche Erkrankungen/Behinderungen haben Sie sonst noch?

Inwieweit ist Ihre Belastbarkeit eingeschränkt? (Knie-/Hüft-Prothese, Herzschrittmacher, ...)

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Zusätzliche Angaben bei Teilnahme am Herzsport

Fahrrad-Ergometertest am _____

Belastungsgrenze _____ Watt pro Minute

Belastungspuls _____ Schläge pro Minute

Für wen sind Ihre Angaben bestimmt?

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Freigabe meiner Angaben ausschließlich zur Nutzung durch Übungsleitung und Vereinsarzt/-ärztin der Rehabilitationssportgruppe.

Datum _____ Unterschrift _____

Zusatzangaben zur Haupt-Diagnose:

Name: _____

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
		Wenn ja? Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 <input type="checkbox"/>
		Insulinpflichtig <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einnahme von Antikoagulanzen (z. B. Marcumar)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einnahme von Beta-Blocker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einnahme von Kalziumantagonisten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-Defibrillator
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüft-Tep
		Wenn ja? links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knie-Tep
		Wenn ja? links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Koronare Herzkrankheit (KHK)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lymphknotenentfernung
		Wenn ja? Wo? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metall zur Stabilisierung
		Wenn ja? Wo? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Morbus Bechterew
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Morbus Parkinson
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiple Sklerose (MS)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polyneuropathie
		Wenn ja? Wo? _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Portanlage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehschwäche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____

Name, Vorname der/des Versicherten _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Versicherten-Nr. _____

Verordnungsdauer (von/bis) _____

Name des Leistungserbringers _____

Institutionskennzeichen (IK) _____

Teilnahmebestätigung Rehabilitationssport

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:

Nr.	Rehabilitationssport (RS)	RS für Kinder	RS im Wasser	RS für Kinder im Wasser	RS schwerbehinderter Menschen	RS schwerbehinderter Kinder	Heizsport	Heizsport für Kinder	RS zur Stärkung des Selbstbewusstseins	RS in Herz-Kreisläufersportgruppen	Gesundheitsbildungsmaßnahmen*	Datum	Unterschrift der/des Teilnehmenden
													(Bitte immer unmittelbar vor bzw. nach den Übungsveranstaltungen quittieren)
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													

Ich bestätige, dass die/der Versicherte an den oben aufgeführten Daten an den Übungsveranstaltungen teilgenommen hat.

Datum, Unterschrift der/des Übungsleitenden

*) Zutreffenden Baustein bei Gesundheitsbildungsmaßnahmen bitte eintragen: A bis H

Zuständiger Rentenversicherungsträger:

Deutsche
Rentenversicherung

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)
---------------------	---------------------------------

Abrechnungsfomular für die Rehabilitationssportgruppe oder
Funktionstrainingsgruppe

G0851

Name und Anschrift der Rehabilitationssportgruppe oder Funktionstrainingsgruppe

Anforderung der Vergütung für die Teilnahme am Rehabilitationssport oder Funktionstraining

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

An den nachstehenden Tagen habe ich an den Übungsveranstaltungen teilgenommen:
(Die Art des **Rehabilitationssports** oder des **Funktionstrainings** ist jeweils anzugeben.)

Eine Unterschrift der Versicherten / des Versicherten auf Seite 3 ist ausreichend, sofern regionale Absprachen /
Regelungen dies zulassen.

Lfd Nr.	Art	Datum	Unterschrift	Lfd Nr.	Art	Datum	Unterschrift
1				16			
2				17			
3				18			
4				19			
5				20			
6				21			
7				22			
8				23			
9				24			
10				25			
11				26			
12				27			
13				28			
14				29			
15				30			

Was ist im Rehasport **nicht** erlaubt?

- kein Training an technischen Geräten
- keine Zuzahlung, Eigenbeteiligung, Vorauszahlung
- kein Trainer ohne gültige Lizenz
- keine Vorabunterschriften
- keine Unterschriften bei Nichtteilnahme
- keine Verpflichtung zur Mitgliedschaft

Ziele des zertifizierten ambulanten Rehabilitationssportangebotes

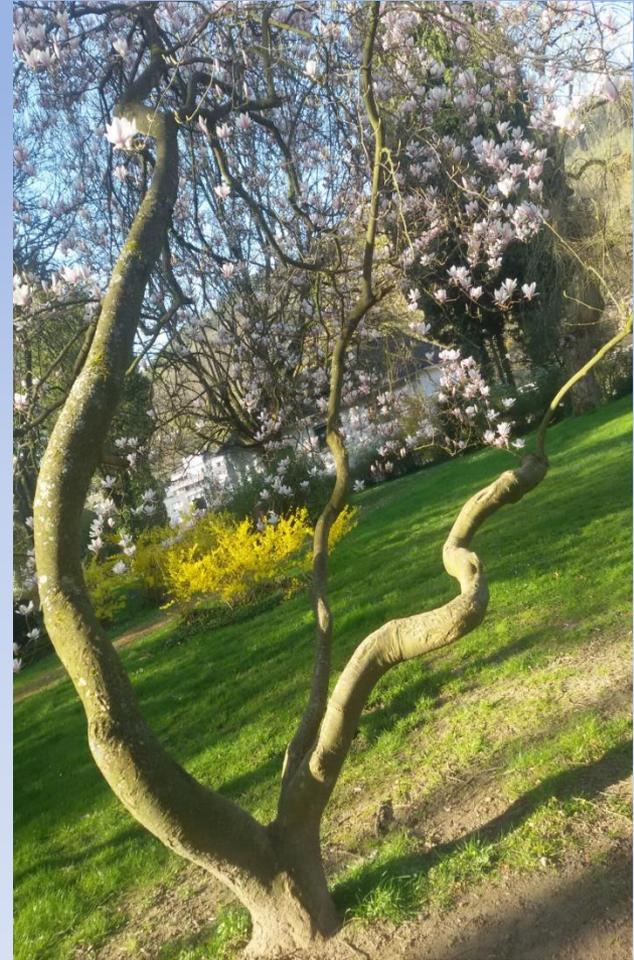


- **Verbesserung/Wiederherstellung der Beweglichkeit**
- **Erleichterung der Alltagsbeweglichkeit**
- **Verbesserung des Herz-Kreislauf-Systems**
- **Vermeidung von Schonhaltungen**
- **Akzeptanz des eigenen Körpers**
- **Austausch von Erfahrungen**
- **Abbau von Ängsten**
- **Hilfe zur Selbsthilfe**

Eigene Stärken nutzen

**Aktiv am
Genesungsprozess
teilnehmen**

**Förderung des
Selbstbewusstseins /
Selbstwertgefühl**



**Bewegung hilft Stress
abzubauen und lenkt von
der Erkrankung ab**

Personenzentrierte Ödemtherapie

Der Mensch im Ganzen!
(bio-psycho-sozial)

Es geht um Verstehen, nicht um Erklären!
(Körper-Seele als Einheit)

**Bewegung bedeutet
Lebensqualität**

**Sport ist die Medizin des
21. Jahrhunderts**

Nebeneffekt:

**Sport macht
glücklich und schlau**

Spaß



Motivation

Freude





Rehasportangebote des Schwimmvereins Plettenberg

**Vereinsheim, Am Hallenbad 6, Plettenberg
AquaMagis Plettenberg
Therapiezentrum am radprax Krankenhaus Plettenberg
Caritas Altenzentrum St. Josef Plettenberg
NHZ Werdohl-Pungelscheid
Turnhalle Hemer-Landhausen**



Unser Angebot

- Wassergymnastik für Orthopädie
- Wirbelsäulengymnastik
- Arthrosegymnastik
- Sport in der Krebsnachsorge
- Lungensport (COPD, Asthma, Lungenkrebs)
- Sport bei neurologischen Erkrankungen
- Demenzsport



Rehasport

Kommen Sie unverbindlich vorbei. Schnupperstunden und Einstieg in die Gruppen sind jeder Zeit möglich.

Kommen Sie mit Verordnung vom Arzt oder werden Sie Mitglied.



Ansprechpartner Rehasport

Annette Dunker

02391 – 6096776

0170 – 9803522

rehasport@sv-plettenberg.de

www.sv-plettenberg.de

Ansprechpartnerin Rehasport

Annette Dunker

+492391 – 6096776

+49170 – 9803522

bezirk.arnsberg@brsnw.de

www.brsnw.de

oder

annette.dunker@sv-plettenberg.de

rehasport@sv-plettenberg.de

www.sv-plettenberg.de

oder

annette.dunker@lymphselbsthilfe.de

www.lymphselbsthilfe .de

Vielen Dank für Ihr Interesse

