

Vereinbarung

zur Durchführung und Finanzierung des Funktionstrainings in Niedersachsen
vom 01.01.2010 i. d. F. vom 01.01.2015

zwischen

den Rentenversicherungsträgern

der **Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover**

der **Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen**

und den Krankenversicherungsträgern

der **AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen *)**

Hildesheimer Straße 273, 30159 Hannover

dem **BKK Landesverband Mitte**

Regionalvertretung Niedersachsen, Bremen, Sachsen-Anhalt

Siebstraße 4, 30171 Hannover

der **IKK classic Dresden *)**

Tannenstraße 4b, 01099 Dresden

der **SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse *)**

Im Haspelfelde 24, 30173 Hannover

der **Knappschaft – Regionaldirektion Hannover *)**

Siemensstraße 7, 30173 Hannover

der

- BARMER GEK
- Techniker Krankenkasse (TK)
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- hkk

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis gem. § 212 Abs. 5 S.6 SGB V:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek – Landesvertretung Niedersachsen,

An der Börse 1, 30159 Hannover

-nachfolgende Krankenkassenverbände genannt-

und

der Arbeitsgemeinschaft zur Prävention und Rehabilitation bei orthopädischen und rheumatischen Erkrankungen in Niedersachsen (im Folgenden LAG Funktionstraining genannt).

Die Arbeitsgemeinschaft besteht aus:

Rheuma-Liga Niedersachsen e. V.

Niedersächsischen Turner-Bund e.V.

Behinderten-Sportverband Niedersachsen e. V.

Kneipp-Bund - Landesverband Niedersachsen - Bremen. e.V.

Deutsche Vereinigung Morbus Bechterew e. V. -Landesverband Niedersachsen e. V.

Bundesselbsthilfeverband f. Osteoporose e. V. -Landesverband Niedersachsen

Landesverband Prävention, Rehabilitation u. Selbsthilfe f. Osteoporose Niedersachsen e. V.

Berufsverband der Orthopäden Landesverband Niedersachsen e. V.

Im Folgenden Mitglieder der LAG Funktionstraining genannt.

*) in Wahrnehmung der Aufgaben eines Landesverbandes

Es wurde zur verständlichen Darstellung der Vertragsinhalte die männliche Person gewählt. Dieses soll eine einheitliche Formulierung und flüssige Lektüre sicherstellen und ist keinesfalls diskriminierend zu werten.

Präambel

Funktionstraining wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke usw.) der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für bewegungstherapeutische Übungen in der Gruppe verfügen, ein. Neben der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit trägt das Funktionstraining dazu bei, positive Effekte im psychosozialen Bereich, z.B. Steigerung des Wohlbefindens, des Selbstwertgefühls und der sozialen Kontaktfähigkeit, zu erzielen. Für die betroffenen Versicherten stellt das Funktionstraining außerdem eine wirksame Hilfe zur Selbsthilfe – insbesondere zur Stärkung der Eigenverantwortlichkeit für ihre Gesundheit – dar. Sie sollen zum langfristigen, selbstständigen und eigenverantwortlichen Bewegungstraining motiviert werden.

§ 1

Gegenstand der Vereinbarung

- (1) Die Vereinbarung regelt gemäß § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX in Verbindung mit § 43 Abs. 1 SGB V, § 28 SGB VI, § 39 SGB VII, § 10 Abs. 1 ALG sowie Leistungen nach § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 BVG, die Durchführung und Finanzierung des Funktionstrainings auf der Grundlage der „Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 01. Januar 2011“ i. d. jeweils gültigen Fassung (im Folgenden Rahmenvereinbarung). Die Rahmenvereinbarung findet Anwendung und wird durch diese Vereinbarung konkretisiert.
- (2) Durch das Funktionstraining wird das Ziel verfolgt, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern.
- (3) Die Vereinbarung regelt die Durchführung und Förderung des Funktionstrainings in den von den einzelnen Mitgliedern der LAG Funktionstraining anerkannten Gruppen.
- (4) Die Vereinbarung gilt für Versicherte der Renten- und Krankenversicherungsträger bzw. deren Mitgliedskassen (im Folgenden Leistungsträger) mit einer ärztlichen Verordnung für Funktionstraining.
- (5) Diese Vereinbarung geht vom Grundsatz der vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen den Leistungserbringern bzw. deren Verbänden und den Leistungsträgern aus.

§ 2

Aufgaben der Vereinbarungspartner

- (1) Die LAG Funktionstraining gewährleistet, dass die Leistungserbringer das Funktionstraining nach den Grundsätzen der Rahmenvereinbarung (vgl. § 1 Abs. 1) ordnungsgemäß durchführen. Sie hält bedarfsgerecht qualifizierte Angebote vor. Das Funktionstraining ist ausschließlich durch die Vereine / Untergliederungen / Arbeitsgemeinschaften (Leistungserbringer) zu erbringen.
- (2) Die an dieser Vereinbarung beteiligten Renten- und Krankenversicherungsträger vergüten die Teilnahme ihrer Versicherten am Funktionstraining bei anerkannten Leistungserbringern als ergänzende Leistung zur Rehabilitation gemäß § 44 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX in Verbindung mit § 43 Abs. 1 SGB V bzw. § 28 SGB VI.
- (3) Die an dieser Vereinbarung beteiligten Renten- und Krankenversicherungsträger sowie die LAG Funktionstraining haben das gemeinsame Interesse, dass die Versicherten nach Ende der Leistungen durch die Renten- und Krankenversicherungsträger an weiterführenden Bewegungsprogrammen eigenverantwortlich teilnehmen. Die LAG Funktions-

training wird deshalb im Rahmen ihrer Möglichkeiten darauf hinwirken, dass die örtlichen Leistungserbringer den Versicherten entsprechende Bewegungsprogramme anbieten bzw. die Versicherten in den bestehenden Gruppen auf eigene Kosten weiterhin teilnehmen können.

- (4) Die Leistungsträger begrüßen eine Mitgliedschaft ihrer Versicherten beim Leistungserbringer auf freiwilliger Basis, um die eigenverantwortliche Durchführung des Bewegungstrainings zu fördern und nachhaltig zu sichern. Die Mitgliedschaft ist jedoch keine Voraussetzung für eine Teilnahme am Funktionstraining.

§ 3

Funktionstrainingsgruppen

- (1) Die Mitglieder der LAG Funktionstraining verpflichten sich, die Funktionstrainingsgruppen der ihnen angeschlossenen Vereine/ Untergliederungen / Arbeitsgemeinschaften (Leistungserbringer) zu prüfen und den Gruppen bei Erfüllung aller Voraussetzungen gemäß der Rahmenvereinbarung die Anerkennung auszusprechen. Die Anerkennung erlischt automatisch, sobald die Voraussetzungen für die Durchführung von Funktionstraining nicht mehr vorliegen. Funktionstraining darf durch den Leistungserbringer nicht mehr erbracht werden, sobald die Anerkennung nicht mehr oder noch nicht vorliegt. Es können nur Leistungen abgerechnet werden, die bis zum Erlöschen der Anerkennung durchgeführt worden sind.
- (2) Die Anerkennung erfolgt nach einheitlichen Kriterien. Das Verfahren erfolgt nach den Inhalten der Anlage zur Rahmenvereinbarung. Die Delegation von Anerkennungen, insbesondere auf Gruppen in anderen Orten, ist ausgeschlossen.
- (3) Zusätzlich ist für jede anzuerkennende Funktionstrainingsgruppe der in Anlage 4 beigefügte Antragsvordruck durch die Mitglieder der LAG Funktionstraining einzuholen. Im Einzelfall sind die Leistungsträger befugt, die ordnungsgemäße Durchführung des Funktionstrainings während der Übungsveranstaltungen zu prüfen. Die für die Anerkennung relevanten Unterlagen können von den Leistungsträgern jederzeit eingesehen werden. Dabei sind von jeder Funktionstrainingsgruppe mindestens die Daten gemäß der Anlage zur Rahmenvereinbarung für die Anerkennung den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft zu übermitteln. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, bei Änderung der vorgenannten Daten sein Mitglied in der LAG Funktionstraining umgehend schriftlich zu informieren.
- (4) Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung des Funktionstrainings erfolgt durch die einzelnen Mitglieder der LAG Funktionstraining. Die Ziffer 19.1 der Rahmenvereinbarung ist zu beachten. Die Anerkennungsvoraussetzungen (personell, räumlich, sachlich) müssen nach jeder Veränderung, die die Gruppe betrifft, neu überprüft werden (mindestens die Änderungen). Finden keine Veränderungen statt, ist spätestens nach einem Zeitraum von 3 Jahren eine Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen durchzuführen.
- (5) Die Mitglieder der LAG Funktionstraining stellen den Landesorganisationen der an dieser Vereinbarung beteiligten Renten- und Krankenversicherungsträgern eine Excel-Tabelle der anerkannten Leistungserbringer gemäß des anliegenden Musters (Anlage 3) monatlich zur Verfügung. Im Gegenzug sichern die Leistungsträger eine zeitnahe Übermittlung der Daten an ihre Servicestellen / Untergliederungen / Mitgliedkassen zu.
- (6) Neben den in Punkt 14 der Rahmenvereinbarung genannten Therapeuten, kann die Leitung des Funktionstrainings auch von folgenden Personenkreisen entsprechend 14.2 der Rahmenvereinbarung übernommen werden:

- Masseur u. medizinischer Bademeister
- Sportwissenschaftler (Diplom, Magister, Bachelor, Master), Fachrichtung Prävention & Rehabilitation
- Sportlehrer (Staatsexamen, Diplom, Magister, Bachelor, Master)
- Sport- und Gymnastiklehrer
- Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin und/ oder Rehabilitationsmedizin

Zusätzlich zur beruflichen Befähigung bedürfen diese Personen weiterer spezifischer Ausbildungsinhalte für die Durchführung gruppentherapeutischer Maßnahmen. Die bestehenden Aus-/Fortbildungsstrukturen der Mitglieder der LAG Funktionstraining sollen für die Qualifizierung genutzt werden.

Das gemeinsame Durchführen von Funktionstraining und Rehabilitationssport in einer Übungsgruppe ist ausgeschlossen.

§ 4

Gruppengrößen/ Dauer der Übungsveranstaltung

- (1) Abweichungen von den maximalen Gruppengrößen (vgl. Ziffer 11.1 und 11.2 der Rahmenvereinbarung, max. 15 Teilnehmer) hat der Leistungserbringer dem Leistungsträger unverzüglich mitzuteilen und zu begründen.
- (2) Die Dauer der Übungsveranstaltung soll grundsätzlich mindestens 30 Minuten bei Trockengymnastik bzw. grundsätzlich mindestens 15 Minuten bei Wassergymnastik betragen. Bei diesen Zeitangaben handelt es sich um eine Mindestdauer und nicht um eine Regeldauer. Längere Einheiten sind, in Abhängigkeit von den Erfolgsaussichten/ dem Therapiekonzept, möglich und auch medizinisch sinnvoll.

§ 5

Leistungsumfang

- (1) Der Leistungsumfang des Funktionstrainings beträgt in der Regel bei der gesetzlichen Rentenversicherung 6 Monate und bei der gesetzlichen Krankenversicherung 12 Monate.
- (2) 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 in der Regel bei der gesetzlichen Rentenversicherung 12 Monate und bei der gesetzlichen Krankenversicherung 24 Monate.
- (3) Eine längere Leistungsdauer zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung beim Funktionstraining ist nur möglich, wenn die langfristige Durchführung des Übungsprogramms in Eigenverantwortung wegen geistiger oder psychischer Krankheiten/ Behinderungen, die selbst gesteuerte Aktivitäten zur Durchführung des Übungsprogramms nicht ermöglichen, nicht oder noch nicht gegeben ist. In diesen Fällen erfolgen in der Regel die Erst- bzw. ggf. weitere notwendige Folgeverordnung(en) beim Funktionstraining für 24 Monate.
- (4) Die Leistungszuständigkeit gemäß Ziffer 1.2 der Rahmenvereinbarung ist zu beachten.
- (5) Der Leistungsumfang im Einzelfall ergibt sich aus der jeweiligen Leistungszusage/ Kostenübernahmeerklärung des Leistungsträgers. Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche. Trocken- und Wassergymnastik können sich ergänzen; sofern beide Formen medizinisch erforderlich sind, sollen sie an jeweils

verschiedenen Wochentagen stattfinden. Soziale Indikationen (z.B. keine Busverbindung, oder kein Auto zur Verfügung) sind keine ausreichende Begründung für die Durchführung von Trocken- und Wassergymnastik im direkten zeitlichen Zusammenhang. Doppelstunden jeglicher Kombinationen von Funktionstrainingsarten sind ausgeschlossen.

- (6) Der Krankenversicherungsträger kann über eine Verlängerung des Zeitraums im Einzelfall entscheiden, wenn eine Unterbrechung von mehr als drei Monaten aufgrund einer Erkrankung aus medizinischen Gründen notwendig ist.
- (7) Eine nichtbegründete Unterbrechung der Therapie stellt den Erfolg des Funktionstrainings in Frage und führt grundsätzlich (spätestens nach sechs zusammenhängenden Wochen) zur Beendigung der Finanzierung. Bei dreimaligem, unentschuldigtem Fehlen des Versicherten ist der Leistungserbringer berechtigt, das Training vorzeitig zu beenden. Die bis dahin durchgeführten Leistungen können dann von den Gruppen/ Vereinen abgerechnet werden. Hier muss auf der Abrechnung jedoch ein Hinweis erfolgen, dass die Therapie abgebrochen wurde. Die vorübergehende Schließung von Übungsstätten (z. B. Sporthallen, Bäder) führt weder zu einer vorzeitigen Beendigung noch zu einer Verlängerung der Verordnungsdauer. Abweichende Regelungen können im Einzelfall vom zuständigen Leistungsträger bewilligt werden.
- (8) Leistungserbringer sind nicht berechtigt, Versicherte vom Funktionstraining abzuweisen, wenn diese keine Mitgliedschaft eingehen oder keine Zusatzleistungen zahlen wollen. Die Inanspruchnahme zusätzlicher Leistungen der Arbeitsgemeinschaften/ Vereine ist zulässig. Die Forderung von Zuzahlungen aufgrund der Inanspruchnahme von Zusatzleistungen muss aber gerechtfertigt und gegenüber den Leistungsträgern belegbar sein. Sie kann nur auf Leistungen erhoben werden, die über die Leistungen des medizinisch verordneten Funktionstrainings hinausgehen. Die Betroffenen müssen explizit darauf hingewiesen werden, dass es sich um Leistungen handelt, die auf freiwilliger Basis in Anspruch genommen werden und für deren Finanzierung die Leistungsträger im Rahmen des Funktionstrainings nicht aufkommen dürfen.
- (9) Vom Funktionstraining ausgeschlossen sind Maßnahmen, die Übungen an technischen Geräten, die zum Muskelaufbau oder zur Ausdauersteigerung dienen (z.B. Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Hantelbank, Arm-/Beinpresse, Laufband, Rudergerät, Crosstrainer), beinhalten.

§ 6 Verordnung

- (1) Funktionstraining zu Lasten der Krankenversicherungsträger wird durch den behandelnden Vertragsarzt auf den hierfür verbindlich vorgeschriebenen Verordnungsvordrucken verordnet. Ziffer 15 der Rahmenvereinbarung ist zu beachten.
- (2) Funktionstraining zu Lasten der Rentenversicherungsträger wird durch den Arzt der Rehabilitationsstätte auf den jeweiligen Verordnungsvordrucken des Rentenversicherungsträgers verordnet.
- (3) Andere bzw. abweichende Verordnungsvordrucke werden nicht anerkannt.
- (4) Eine Genehmigung ist nur möglich, wenn das Funktionstraining bei einem anerkannten Leistungserbringer, der in dem Gesamtverzeichnis nach § 3 Abs. 5 aufgeführt ist, durchgeführt wird.
- (5) Die Notwendigkeit von Funktionstraining kann erneut nach ambulanten oder stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bestehen. Das Funktionstraining muss innerhalb von 3 Monaten nach dem Ende der Rehabilitationsmaßnahme begonnen werden. Bei Leistungszuständigkeit der Krankenkassen gilt Absatz 1 analog.

- (6) Bei einer neu auftretenden Erkrankung besteht grundsätzlich ein erneuter Leistungsanspruch. Es ist im Einzelfall über einen neuen Leistungsanspruch zu entscheiden.
- (7) Sofern sowohl Trocken- als auch Wassergymnastik verordnet wurde und eine „1“ bzw. 1 Mal wöchentlich bei der Anzahl der Übungseinheiten eingetragen wurde, bedeutet das, dass dies für jede Therapieform gilt. Sofern beide Therapieformen verordnet und bei der Anzahl eine „2“ bzw. 2 Mal wöchentlich eingetragen wurde, bedeutet dies jedoch nicht, dass 4 Mal wöchentlich teilgenommen werden kann.
- (8) Sollte nicht innerhalb von 3 Monaten nach Genehmigung durch den Leistungsträger mit der Maßnahme begonnen werden, verliert die ärztliche Verordnung ihre Gültigkeit. In der gesetzlichen Rentenversicherung gilt als Datum der Genehmigung der Tag der Beendigung der ambulanten/stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation.
- (9) Der Teilnahmenachweis hat durch Unterschrift des/ der Teilnehmers/-in für jede Übungsveranstaltung zu erfolgen. Es sind dafür ausschließlich die in der Anlage 2a (Krankenversicherung) und 2b (Rentenversicherung) angeführten Teilnahmebestätigungen zu verwenden. Vordatierungen und Globalbestätigungen sind ausgeschlossen.

§ 7

Prüfung und Genehmigung der Verordnung in der Krankenversicherung

- (1) Die ärztliche Verordnung ist durch den Versicherten dem leistungspflichtigen Krankenversicherungsträger vor Beginn des Funktionstrainings zur Genehmigung vorzulegen.
- (2) Die Krankenkassen sind berechtigt, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 275 SGB V zur Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit einzuschalten.
- (3) Die Leistungspflicht des Leistungsträgers beginnt erst, wenn der Funktionstrainingsgruppe die Leistungszusage/ Kostenübernahmeerklärung des Leistungsträgers vorliegt. Aus diesem Grund ist die Funktionstrainingsgruppe nicht berechtigt, ärztliche Verordnungen anzunehmen oder auszuführen, die noch nicht von dem zuständigen Leistungsträger genehmigt sind.
- (4) In medizinisch begründeten Ausnahmefällen ist ein Wechsel der Leistungsart (Rehabilitationssport nach Funktionstraining oder umgekehrt) möglich. Der organisierte Wechsel mit dem Ziel des Leistungs-Hoppings ist nicht zulässig. Anerkannte Gruppen für Rehabilitationssport bzw. Funktionstraining dürfen im Übrigen ausschließlich Verordnungen annehmen, für die sie auch anerkannt sind (Rehabilitationssport oder Funktionstraining).

§ 8

Leistungsvergütung

- (1) Die Vergütung der vertraglichen Leistungen erfolgt nach der Anlage 1 in der jeweils geltenden Fassung. Mit der vereinbarten Vergütung sind alle entstehenden Kosten abgegolten. Eine Vorauszahlung von den Versicherten darf nicht gefordert werden.
- (2) Die für das Funktionstraining notwendigen Sportgeräte sind von der Funktionstrainingsgruppe zu stellen; die Kosten ihrer Anschaffung oder Benutzung sind durch die für die Übungsveranstaltung zu zahlende Vergütung abgegolten.

- (3) Die Mitgliedschaft in den der LAG Funktionstraining angeschlossenen Vereinen / Untergliederungen / Arbeitsgemeinschaften (Leistungserbringer) ist nicht Voraussetzung für eine Teilnahme am Funktionstraining und kann auch nicht gefordert werden. Es ist nicht zulässig, neben der Vergütung nach Absatz 1 für die Teilnahme am Funktionstraining Zuzahlungen, Eigenbeteiligung etc. von den Versicherten zu fordern (siehe § 5 Absatz 7).

§ 9

Verwendung des Institutionskennzeichens

- (1) Jeder Abrechnungsberechtigte im Rahmen dieser Vereinbarung verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutions-Kennzeichen (IK), das er bei der Abrechnung mit den Krankenversicherungsträgern verwendet.
- (2) Das IK ist bei der Sammel- und Verteilungsstelle IK der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (SVI), Alte Heerstraße 111, 53757 St. Augustin, zu beantragen. Änderungen der unter dem IK gespeicherten Daten sind ausschließlich der SVI unverzüglich mitzuteilen. Diesbezügliche Mitteilungen an die Krankenversicherungsträger oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister können nicht berücksichtigt werden.
- (3) Abrechnungen mit den Leistungsträgern erfolgen ausschließlich unter diesem IK, das in jeder Abrechnung und im Schriftwechsel mit den Kranken- und Rentenversicherungsträgern anzugeben ist. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaftem IK werden abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem unbekanntem IK. Die bei der SVI gespeicherten Daten, einschließlich der Bankverbindung, sind verbindlich für die Abrechnung durch die Leistungsträger.

§ 10a

Abrechnungsregelung Krankenversicherung

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im Folgenden Richtlinien¹ genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Abrechnungen, die dem nicht entsprechen, werden von den Krankenversicherungsträgern abgewiesen, es sei denn, der jeweilige Kostenträger beteiligt sich noch nicht am elektronischen Datenaustausch. Hier sind weiter Papierrechnungen erforderlich.
- (2) Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
- a. Abrechnungsdaten mit Angabe der Positionsnummern (Anlage 2b),
 - b. Urbelege (Verordnungsblätter, Teilnahmebestätigungen einschließlich der vollständigen Angaben im Abrechnungsteil, jeweils im Original),
 - c. ggf. Leistungszusagen der Krankenversicherungsträger im Original,
 - d. Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
 - e. Begleitzettel für Urbelege
- (3) Nach § 302 Abs. 1 SGB V sind die Funktionstrainingsgruppen verpflichtet, den Krankenversicherungsträgern die Abrechnungen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Werden die Abrechnungen nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbarer Datenträger übermittelt, haben die Krankenversicherungsträger gem. § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nach zu erfassen.

¹ http://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer.jsp

- (4) Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten stellen die Krankenversicherungsträger den betroffenen Leistungserbringer durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung, falls die Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat. Die pauschale Rechnungskürzung ist bei Rechnungen, die nach dem 31.01.2015 bei den Krankenversicherungsträgern eingehen (Eingangsstempel), möglich. Bei Rechnungen, die nach dem 31.12.2014 erbrachte Leistungen enthalten, gilt für den gesamten Rechnungsbetrag die pauschale Rechnungskürzung nach Satz 1.
- (5) Jeder anerkannte Leistungserbringer ist verpflichtet, sich vor der erstmaligen Datenlieferung nach Absatz 3 bei der vom jeweiligen Krankenversicherungsträger benannten Stelle zum elektronischen Abrechnungsverfahren anzumelden. Die Anmeldung entfällt, sofern der Leistungserbringer eine Abrechnungsstelle (Absatz 13) mit der Erstellung der Abrechnung beauftragt hat.
- (6) Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen hat der Leistungserbringer bei der Aufnahme des elektronischen Abrechnungsverfahrens zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Krankenversicherungsträgern durchzuführen. In dieser Erprobungsphase erfolgt eine parallele Übermittlung von elektronischen Abrechnungsdaten sowie Papierabrechnungen nach dem bisherigen Abrechnungsverfahren. Dabei sind die elektronischen Daten mit der Kennung „TSOL“ als Testdaten zu kennzeichnen. Die elektronischen Abrechnungsdaten und die Papierabrechnungen müssen identisch und vergleichbar sein.

Der Leistungserbringer kann die Erprobungsphase mit einem Kostenträger beenden, wenn sie der jeweiligen Daten annehmenden Stelle der Krankenversicherungsträger zweimal hintereinander technisch und inhaltlich einwandfreie elektronische Daten übermittelt hat. Dies gilt dann als erfüllt, wenn der betreffende Kostenträger dem Leistungserbringer keine Rückmeldung über Fehler in den Daten gibt.

Nach der Beendigung der Erprobungsphase übermittelt der Leistungserbringer ausschließlich maschinell verwertbare Datenträger. Als maschinell verwertbar in diesem Sinne gelten dabei ausschließlich Daten auf elektronischen Datenträgern nach der Technischen Anlage zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen. Die Daten sind durch die Kennung „ESOL“ als „Echtdaten“ zu kennzeichnen.

- (7) Die maschinell verwertbaren Daten sind an die von den Krankenversicherungsträgern benannten Stellen innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss der verordneten Leistung zu liefern. Die gesetzliche Verjährung bleibt davon unberührt.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien (Technische Anlage zu den Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens nach § 302 SGB V) angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Elektronische Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen dürfen die Krankenversicherungsträger zurückweisen.

- (8) Die rechnungsbegründenden Unterlagen nach § 2 Abs. 1 Buchstaben b) (Urbelege) und d) (Leistungszusagen) der Richtlinien sind jeweils zeitgleich mit der Rechnungslegung (Übermittlung der elektronischen Abrechnungsdaten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) und e) der Richtlinien) einmal im Monat an die von den Krankenversicherungsträgern benannten Stellen zu liefern. Die Unterlagen sind im Original in der in den Richtlinien beschriebenen Sortierreihenfolge zu übermitteln.

Den rechnungsbegründenden Unterlagen ist bei maschineller Abrechnung ein Begleitzettel gem. § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

(9) Der Leistungserbringer trägt die folgenden Angaben auf der Teilnahmebestätigung auf:

- Endabrechnung oder Nummer der Zwischenabrechnung mit Angabe des Datums der letzten Zwischenabrechnung und der bislang abgerechneten Einheiten,
- 6-stellige Abrechnungspositionsnummer,
- Anzahl der Übungsveranstaltungen,
- vereinbarter Vergütungssatz,
- Gesamtbetrag,
- Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,
- Rechnungs- und/oder Belegnummer.

(10) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich nach Erfüllung des jeweiligen Leistungsumfangs (§ 5). Die Leistungserbringer können verlangen, dass jeweils nach 6 Monaten eine Zwischenabrechnung durchgeführt wird. Der ersten Zwischenabrechnung sind die Verordnung, die Leistungszusage des Kostenträgers und die Teilnahmebestätigung beizufügen, bei weiteren Zwischenabrechnungen Fotokopien dieser rechnungsbe gründenden Unterlagen.

In der Abrechnung ist der festgelegte 7-stellige Schlüssel „Leistungserbringerschlüssel“ anzugeben (Anlage 1, § 3). Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) umfassten Leistungen abgerechnet werden.

Bei der Abrechnung sind ausschließlich die in der jeweils geltenden Fassung der Vergütungsvereinbarung aufgeführten 6-stelligen Abrechnungspositionsnummern zu verwenden.

(11) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann der Kostenträger dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Eine Abweisung der Gesamt-abrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:

- a. Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1 der Richtlinien),
- b. Fehler in der Syntax (Technische Anlage 1),
- c. Fehler bei Datenelementinhalten (Technische Anlage 1),
- d. Nichtbeachtung der Regelungen zur Kennzeichnung und Sortierung der Urbelege,
- e. nicht ordnungsgemäße oder fehlerhafte Angaben auf den Urbelegen,
- f. Nichtbeachtung der inhaltlichen Mindestanforderungen an den Begleitzettel für Urbelege (Anlage 4 der Richtlinien nach § 302 SGB V).

Die rechnerischen und sonstigen Unrichtigkeiten können beiderseits innerhalb von einem Jahr nach Eingang der Rechnung geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis der Leistungserbringer - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV der Technischen Anlage 1 (Prüfung im Fachverfahren des einzelnen Kostenträgers) von dem Kostenträger zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis der Leistungserbringer verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung der Leistungserbringer vor. Fälligkeit tritt in diesen Fällen nicht ein und eine Verzinsung kann nicht erfolgen.

Widerspricht der Leistungserbringer oder eine Abrechnungsstelle einer Beanstandung unter Angaben von Gründen nicht innerhalb von sechs Monaten, so gilt diese als anerkannt.

- (12) Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübermittlung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 21 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (elektronische Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenversicherungsträgern benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.

Erfolgt keine maschinell verwertbare Datenübermittlung nach Absatz 3, beträgt die Zahlungsfrist 21 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Papierabrechnung und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Krankenversicherungsträgern benannten Stellen.

- (13) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer über den Vereinbarungspartner die Krankenversicherungsträger unter Angabe des Institutionskennzeichens, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, zu informieren (Anlage 5a). Dies erfolgt im Zusammenhang mit der Lieferung der Listen der anerkannten Funktionstrainingsgruppen (§ 3 Abs. 5). Den Krankenversicherungsträgern ist das Ende des Auftragsverhältnisses gesondert schriftlich mitzuteilen.
- (14) Die Abrechnungsstelle ist verpflichtet, sich gemäß Absatz 5 zum elektronischen Abrechnungsverfahren anzumelden. Abrechnungsstellen liefern die Abrechnung ausschließlich im Wege der maschinell verwertbaren Datenübermittlung nach Absatz 3. Vorausgesetzt der jeweilige Kostenträger beteiligt sich am elektronischen Datenaustausch, ansonsten sind Papierrechnungen erforderlich.
- (15) Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die Abrechnungsstelle verantwortlich.

Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 13 übertragen werden soll, ist der Auftragnehmer unter besonderer Berücksichtigung der von ihm getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Sicherstellung der Maßgaben dieses Vertrages und des § 6 Abs. 1 BDSG durch die Funktionstrainingsgruppe auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist dem Vereinbarungspartner zur Abrechnung vorzulegen.

- (16) Hat der Leistungserbringer der Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an die Abrechnungsstelle für die Krankenversicherungsträger mit Schuld befreiender Wirkung. Wird der Abrechnungsstelle die Inkasso-Vollmacht entzogen, ist dies den Krankenversicherungsträgern durch Einschreiben-Rückschein, Fax oder per Email zur Kenntnis zu bringen. Die Schuld befreiende Wirkung der Zahlung des Kostenträgers an die Abrechnungsstelle entfällt drei Arbeitstage nach Eingang der Mitteilung über den Entzug der Inkasso-Vollmacht.

§ 10b

Abrechnung mit den Rentenversicherungsträgern

- (1) Die Leistungserbringer rechnen die Vergütungen direkt mit dem Rentenversicherungsträger ab. Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
- Rechnungs-/Belegnummer, IK
 - ärztliche Verordnung
 - Teilnahmebestätigung des Versicherten (vgl. Anlage 2a)
 - Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung).

Bei maschineller Abrechnung ist den rechnungsbegründenden Unterlagen ein Begleitzettel beizufügen.

- (2) Eine Sammelabrechnung ist möglich. Sie hat neben dem IK zusätzlich folgende Angaben zu enthalten:
 - Bezeichnung des Rentenversicherungsträgers und der zuständigen Geschäftsstelle,
 - die Namen der Versicherten,
 - Angabe der jeweiligen Versicherungsnummer,
 - Daten der Tage, an denen die/der Versicherte am Funktionstraining teilgenommen hat,
 - Teilnahmebestätigungen der Versicherten.
- (3) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann der Rentenversicherungsträger dem Leistungserbringer den beanstandeten Teil der eingereichten Unterlagen unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Die Begründung für Kürzungen muss schriftlich mitgeteilt werden.
- (4) Sofern innerhalb eines Rentenversicherungsträgers unterschiedliche Stellen für die Antragsbearbeitung und Abrechnung zuständig sind, informieren diese die Leistungserbringer über die Anschriften ihrer Abrechnungsstellen.
- (5) Die Abrechnung von Leistungen, die für die Deutsche Rentenversicherung erbracht wurden, erfolgen unmittelbar mit dem zuständigen Rentenversicherungsträger. Eine Inanspruchnahme von externen, privatrechtlich organisierten Abrechnungsunternehmen von Seiten des Leistungserbringers kann nur bei Erfüllung der besonderen datenschutzrechtlichen Voraussetzungen (§ 11 Abs. 2) erfolgen. Die Regelung des § 302 SGB V, auf die die Rahmenvereinbarung verweist, beschreibt allein das maschinelle Abrechnungsverfahren zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen und ist im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung nicht anwendbar.
- (6) Bei einem Bewilligungszeitraum von 12 Monaten kann eine Zwischenabrechnung nach 6 Monaten erfolgen. Der ersten Zwischenabrechnung ist das Original der Verordnung sowie des Teilnahmenachweises beizulegen. Der Endabrechnung sind Kopien der Verordnung und die Originale der Teilnahmenachweise beizulegen.
- (7) Als Zahlungsziel werden 21 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei den von den Rentenversicherungsträgern benannten Stellen vereinbart. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewahrt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde. Ist der Zahltag kein Werktag, so verschiebt er sich auf den nachfolgenden Werktag.

§ 11 Datenschutz

- (1) Die Leistungserbringer haben die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten (SGB X, 2. Kapitel) einzuhalten. Sie dürfen personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dieser Vereinbarung ergebenden Aufgaben verarbeiten, bekannt geben, zugänglich machen oder sonst nutzen. Angaben zur Person des Versicherten und dessen Krankheiten unterliegen der Schweigepflicht (§ 203 StGB). Daten sind zu löschen, wenn sie für den Zweck der Vereinbarung oder sonstige gesetzliche Aufgaben nicht mehr benötigt werden.
- (2) Sofern die Abrechnungen durch Dritte, z.B. externe Abrechnungszentren, gegenüber den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung erfolgen, haben sie sich schriftlich auf die Einhaltung der einschlägigen Datenschutzbestimmungen zu erklären (siehe Abs. 1).

Zudem ist vom Teilnehmer vorab das schriftliche Einverständnis über die beabsichtigte Weitergabe seiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Abrechnung einzuholen (Ermächtigungserklärung 5b – Rentenversicherung).

- (3) Ausgenommen von der Schweigepflicht sind Angaben gegenüber dem/der verordnenden Arzt/Ärztin und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), soweit sie zur Verordnung und Durchführung des Funktionstrainings erforderlich sind.
- (4) Die Leistungserbringer verpflichten ihre Mitarbeiter/-Innen zur Beachtung der Schweigepflicht sowie der Datenschutzbestimmungen.

§ 12 Haftungsfragen

- (1) Die Leistungserbringer haben eine pauschale Unfallversicherung für die Teilnehmer an den Übungsveranstaltungen abzuschließen. Der Abschluss dieser Versicherung ist gegenüber der anerkennenden Stelle nach § 3 Abs. 1 nachzuweisen.
- (2) Eine Haftung der Kranken- und Rentenversicherungsträger für Personen-, Sach- und Vermögensschäden, die aus der Durchführung dieser Vereinbarung entstehen, wird ausgeschlossen.

§ 13 Qualitätssicherung

- (1) Die Leistungserbringer verpflichten sich zu einer kontinuierlichen Qualitätssicherung und –optimierung des Funktionstrainings. Die Mitglieder der LAG Funktionstraining setzen standardisierte Dokumentationen für alle Qualitätsdimensionen ein.
- (2) Die interne Qualitätssicherung, u.a. die Aus- und Weiterbildung der in Punkt 14 der Rahmenvereinbarung genannten Therapeuten, dient der Sicherung einer kontinuierlich hohen Qualität der Erbringung des Funktionstrainings mit dem Ziel der Steigerung der Ergebnisqualität. Damit sind die kontinuierliche Problemerkennung und Verbesserung des Funktionstrainings ebenso verbunden wie die Weiterentwicklung von Strukturen und Prozessen mit dem Ziel der Steigerung der Ergebnisqualität.

§ 14 Vertragserfüllung

- (1) Die Vereinbarungspartner verpflichten sich, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln für eine gewissenhafte Durchführung dieses Vertrages Sorge zu tragen. Sie erklären die Absicht, Meinungsverschiedenheiten, die sich aus dieser Vereinbarung ergeben, zu erörtern und beizulegen.
- (2) Zur Klärung von gravierenden Meinungsverschiedenheiten und Zweifelsfragen zwischen den Leistungsträgern und den Funktionstrainingsgruppen bzw. zwischen den Verbänden der Leistungsträger und den Mitgliedern der LAG Funktionstraining der Funktionstrainingsgruppen werden die Beteiligten unverzüglich einen Gesprächstermin vereinbaren.

§ 15 Werbung

- (1) Werbemaßnahmen, mit denen insbesondere in öffentlichen Medien auf eine Leistungspflicht der Renten- und Krankenversicherungsträger hingewiesen wird, sind nicht zulässig.

- (2) Werbung ist jegliche Art von Information, die Versicherte ohne medizinische Notwendigkeit zur Einholung einer Verordnung auffordert oder motiviert.
- (3) Aus der Information muss hervorgehen, dass es sich um eine Maßnahme handelt, die nach entsprechender Untersuchung und Diagnostik ärztlich verordnet werden muss. Maßnahmen zur ausschließlichen Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens sind kein Funktionstraining.
- (4) Die Information darf nur von oder in direktem Zusammenhang mit dem anerkannten Leistungserbringer (Vereine / Untergliederungen / Arbeitsgemeinschaften) gegeben werden. Auf eine klare und direkte Zuordnung ist hierbei besonders zu achten.

§ 16 Vertragsverstöße/ Regressverfahren

- (1) Erfüllt ein Leistungserbringer eine vertragliche Verpflichtung verspätet, nicht oder in nicht gehöriger Weise, kommen folgende Maßnahmen in Betracht:
 - Verwarnung,
 - Widerruf der Anerkennung.
- (2) Die Leistungsträger können gegenüber dem zuständigen Mitglied der LAG Funktionstraining eine angemessene Frist zur Beseitigung des Vertragsverstoßes setzen. Bei wiederholten Vertragsverstößen sind die Leistungsträger ermächtigt, Kostenübernahmeerklärungen dem Leistungserbringer gegenüber – unter Einschaltung des zuständigen Mitglieds der LAG Funktionstraining – zu verweigern.

Zu den Vertragsverstößen zählen insbesondere:

- a) Annahme und Abrechnung nicht genehmigter Verordnungen.
 - b) Erbringung nicht genehmigter Leistungsinhalte.
 - c) Nichterfüllung von organisatorischen und/oder sächlichen und/oder fachlichen und/oder personellen Voraussetzungen
 - d) Wiederholter oder schwerer Verstoß gegen den Datenschutz.
 - e) Änderung der Verordnung.
 - f) Abrechnung nicht erbrachter Leistungen.
 - g) Zahlung von Vergütungen für Tätigkeiten und Dienstleistungen an Dritte, wie Vertragsärzte, Krankenhausärzte, ambulante oder stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit dem Ziel einer direkten oder indirekten Zuweisung von versicherten an die Funktionstrainingsgruppe.
 - h) Forderung nach einer verpflichtenden Mitgliedschaft des Versicherten trotz Vorlage einer Kostenübernahmeerklärung des Leistungsträgers für das Funktionstraining (vgl. Ziffer 17.4 der Rahmenvereinbarung).
 - i) Forderung von verpflichtenden Eigenbeteiligungen, Zuzahlungen etc. für die Teilnahme am ärztlich verordneten Funktionstraining zu Lasten der Leistungsträger (vgl. Ziffer 17.5 der Rahmenvereinbarung)
 - j) Nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.
 - k) Von den Maßnahmen nach Absatz 1 bleiben eine strafrechtliche Verfolgung und die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen unberührt.
 - l) Unzulässige Werbemaßnahmen
- (3) Bei Differenzen zwischen Leistungserbringern und Leistungsträgern, die aus Vertragsverstößen der Leistungsträger resultieren, erfolgt eine Klärung in angemessener Frist auf der Landesebene zwischen dem zuständigen Mitglied der LAG Funktionstraining und dem zuständigen Leistungsträger.

§ 17 In-Kraft-Treten und Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt in der vorliegenden Fassung am 01.01.2015 in Kraft und kann unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Schluss eines Kalenderjahres – frühestens zum 31.12.2016 – schriftlich gekündigt werden.
- (2) Die Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief an alle Vertragspartner gekündigt werden, sofern nicht jeweils ein anderer Kündigungstermin vereinbart wurde. Der alte Vergütungssatz gilt bis zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung weiter.
- (3) Die Vereinbarung gilt für die Krankenkassen, soweit sie nicht unmittelbare Wirkung entfaltet, die ihren Beitritt zu dieser Vereinbarung gegenüber dem jeweiligen Verband erklären. Sofern auf Bundesebene Vereinbarungen zwischen einem Mitglied der LAG Funktionstraining und einem bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger geschlossen werden oder wurden, gelten diese vorrangig.
- (4) Die Kündigung nur eines Leistungsträgers oder Mitglieds der LAG Funktionstraining berührt nicht die Gültigkeit der Vereinbarung gegenüber den übrigen Vereinbarungspartnern.
- (5) Mit Inkrafttreten der neuen Vereinbarung zur Durchführung und Finanzierung des Funktionstrainings in Niedersachsen vom 01.01.2010, in der Fassung vom 01.01.2015, verliert die (ursprüngliche)Vereinbarung vom 01.01.2010 ihre Gültigkeit.

§ 18 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen oder die jeweils gültige Fassung der Rahmenvereinbarung gem. § 1 Abs. 1 Satz 1 ganz oder teilweise unwirksam werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit dieses Vertrages im Übrigen nicht berührt. Tritt ein solcher Fall ein, verständigen sich die Vertragspartner unverzüglich über notwendige Neuregelungen.

Anlagen

- Anlage 1 – Vergütungsvereinbarung
- Anlage 2a – Teilnahmebestätigung KV
- Anlage 2b – Teilnahmebestätigung RV
- Anlage 3 – Verzeichnis der anerkannten Leistungserbringer (Muster Excel-Tabelle)
- Anlage 4 – Antragsvordruck für Anerkennung
- Anlage 5a – Ermächtigungserklärung für Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen (KV)
- Anlage 5b – Ermächtigungserklärung für Abrechnungsstellen/Verrechnungsstellen (RV)