

## Vereinbarung

gemäß § 43 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 64 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX zur  
Durchführung und Finanzierung des Funktionstrainings in Mecklenburg-Vorpommern

zwischen

der **Verband für Behinderten- und Rehabilitationssport  
Mecklenburg - Vorpommern e. V.**  
Kopernikusstraße 17 a, 18057 Rostock  
AC/TK 62/15/019  
(nachfolgend Leistungserbringer genannt)

und

der **AOK Nordost - Die Gesundheitskasse**  
Brandenburger Straße 72, 14467 Potsdam

dem **BKK-Landesverband NORDWEST**  
Friesenstraße 3, 20097 Hamburg

der **IKK - Die Innovationskasse**  
Lachswehrallee 1, 23558 Lübeck

der **KNAPPSCHAFT-Regionaldirektion Nord, Hamburg**  
Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg

der **Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) als  
Landwirtschaftliche Krankenkasse**  
Postfach 101320, 34013 Kassel

und den **Ersatzkassen**

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

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis: Verband der  
Ersatzkassen e. V. (vdek), vertreten durch die Leiterin der vdek-  
Landesvertretung  
Mecklenburg-Vorpommern  
Werderstraße 74 a  
19055 Schwerin  
(nachfolgend Krankenkassen/-verbände genannt)

wird folgende Vereinbarung geschlossen:

## **Präambel**

Mit dem Funktionstraining wird das Ziel verfolgt, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen möglichst auf Dauer in die Gesellschaft und das Arbeitsleben einzugliedern. 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.

Im vorstehenden Sinne schließen der Leistungserbringer und die Krankenkassen/-verbände im Land Mecklenburg-Vorpommern folgende Vereinbarung:

### **§ 1 Gegenstand der Vereinbarung**

- (1) Die Vereinbarung regelt gemäß § 43 SGB V in Verbindung mit § 64 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX, § 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" (im Folgenden Rahmenvereinbarung genannt) in der jeweils gültigen Fassung.

Die dort getroffenen Regelungen für das Funktionstraining sollen ungeachtet der Kündigung der Rahmenvereinbarung durch einzelne Verbände zwischen den Partnern der vorliegenden Vereinbarung verbindlich gelten, soweit nachfolgend keine abweichenden Regelungen, die insoweit vorrangig sein sollen, gelten.

- (2) Die Vereinbarung gilt für alle Funktionstrainingsgruppen im Land Mecklenburg-Vorpommern, die dem Leistungserbringer angeschlossen sind bzw. von diesem anerkannt wurden, sowie für die bei den Mitgliedern der vertragschließenden Krankenkassen/-verbände Versicherten.
- (3) Diese Vereinbarung gilt für die Versorgung der Versicherten der Betriebskrankenkassen (BKK) sofern die jeweils zuständige BKK keinen eigenen Vertrag abgeschlossen hat bzw. dieser Vereinbarung nicht widerspricht.
- (4) Diese Vereinbarung geht vom Grundsatz der vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen dem Leistungserbringer und den Krankenkassen/-verbänden aus. Sie erklären die Absicht, Meinungsverschiedenheiten, die sich aus dieser Vereinbarung ergeben, zu erörtern und beizulegen.

### **§ 2 Aufgaben der Vertragspartner**

- (1) Der Leistungserbringer gewährleistet im Rahmen der im § 13 benannten Qualitätssicherungsinstrumente, dass das Funktionstraining nach den Grundsätzen der aktuell geltenden Rahmenvereinbarung ordnungsgemäß durchgeführt wird. Die Partner wirken darauf hin, dass bedarfsgerechte qualifizierte Angebote vorgehalten werden.

- (2) Die Krankenkassen/-verbände vergüten die Inanspruchnahme des Funktionstrainings durch ihre Versicherten als ergänzende Leistung zur Rehabilitation gemäß § 43 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit § 64 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX.
- (3) Die Krankenkassen/-verbände und der Leistungserbringer haben das gemeinsame Interesse, dass die Versicherten nach Ende der Leistungen der Krankenkassen/-verbände an weiterführenden Bewegungsprogrammen eigenverantwortlich teilnehmen. Der Leistungserbringer wird deshalb den Versicherten der Krankenkassen/-verbände entsprechende Bewegungsprogramme anbieten.

### **§ 3**

#### **Anerkennung und Überprüfung der Funktionssportgruppen**

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die ihm angeschlossenen Funktionssportgruppen zu prüfen und die Anerkennung auszusprechen, soweit die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt sind. Die Anerkennung erfolgt nach den einheitlichen Kriterien der Rahmenvereinbarung.
- (2) Die Überprüfung der Strukturdaten erfolgt durch den Leistungserbringer mindestens alle zwei Jahre und ist zu dokumentieren.
- (3) Die fortlaufende Überprüfung der ordnungsgemäßen Durchführung der Funktionstrainingsgruppen erfolgt durch den Leistungserbringer in regelmäßigen Abständen, die Regelungen der Rahmenvereinbarung sind entsprechend zu beachten. Die Überprüfung umfasst auch die rahmenvereinbarungskonforme Umsetzung in Bezug auf freiwillige Vereinsmitgliedschaften und Erhebung von Zuzahlungen, Eigenanteilen, Nutzungsgebühren für sanitäre Einrichtungen oder Vorauszahlungen, u. a. Überprüfung der Verfahrensweise bei neuen Teilnehmern, Informationsmaterialien und Internetseiten der Funktionstrainingsgruppen.
- (4) Die Krankenkassen/-verbände sind befugt, die ordnungsgemäße Durchführung des Funktionstrainings während der Übungsveranstaltungen sowie die Dokumentation des Leistungserbringers im Einzelfall zu prüfen.
- (5) Der Leistungserbringer stellt den Krankenkassen/-verbänden regelmäßig, mindestens halbjährlich eine Übersicht der Funktionstrainingsgruppen digital zur Verfügung (vgl. Anlage 1 der Rahmenempfehlung).

Die Daten dürfen von den Krankenkassen/-verbänden nur zum Zweck der Überprüfung der Anerkennung von Funktionssportgruppen, zur Bearbeitung von Vertragsverstößen, zur Abrechnungsprüfung und Mitgliederbetreuung, z. B. Vermittlung von örtlichen Funktionssportgruppen, verwendet werden. Für alle darüber hinaus gehenden Maßnahmen ist die Zustimmung des Leistungserbringers einzuholen.

### **§ 4**

#### **Funktionssportarten, Gruppengrößen und Dauer**

- (1) Die Krankenkassen/-verbände können auf Antrag durch den Leistungserbringer weitere Funktionssportarten anerkennen, wenn das Ziel des Funktionssports durch die in der Rahmenvereinbarung genannten Funktionssportarten nicht erreicht werden kann.
- (2) Die Gruppengrößen der Funktionssportgruppen richten sich nach den entsprechenden Regelungen der aktuellen Rahmenvereinbarung.

- (3) Abweichungen von den maximalen Gruppengrößen (vgl. Rahmenvereinbarung) sind den Krankenkassen/-verbänden durch den Leistungserbringer unverzüglich mitzuteilen und zu begründen. Sie gelten als genehmigt, wenn die Krankenkassen/-verbände nicht innerhalb eines Monats widersprechen. Die Genehmigung gilt längstens für 12 Monate; sie kann auf Antrag verlängert werden.
- (4) Die Dauer einer Übungsveranstaltung richtet sich nach den entsprechenden Regelungen der aktuellen Rahmenvereinbarung.
- (5) Die Anzahl der Übungsveranstaltungen beträgt bis zu zwei, mit besonderer Begründung höchstens drei Übungsveranstaltungen je Woche.

## **§ 5**

### **Verordnung von Funktionstraining**

- (1) Funktionstraining wird indikationsgerecht durch den behandelnden Vertragsarzt bzw. der behandelnden Vertragsärztin auf dem hierfür verbindlich vorgeschriebenen Verordnungsvordruck verordnet. Die Rahmenvereinbarung ist zu beachten.
- (2) Funktionstraining kann wiederholt verordnet werden, wenn die Voraussetzungen des § 6 Abs. 3 vorliegen.

## **§ 6**

### **Prüfung und Genehmigung der Verordnung**

- (1) Die ärztliche Verordnung ist durch den Versicherten der leistungspflichtigen Krankenkassen/-verbände vor Beginn des Funktionstrainings zur Genehmigung vorzulegen.
- (2) Die Krankenkassen/-verbände sind berechtigt, den Medizinischen Dienst (MD) gemäß § 275 SGB V zur Überprüfung der medizinischen Notwendigkeit einzuschalten.
- (3) Die Leistungspflicht der Krankenkassen/-verbände beginnt erst, wenn dem Versicherten die Leistungszusage/Kostenübernahmeerklärung der Krankenkassen/-verbände vorliegt. Der Leistungserbringer ist nicht berechtigt, ärztliche Verordnungen anzunehmen oder auszuführen, die noch nicht von den Krankenkassen/-verbänden genehmigt sind.
- (4) Der Versicherte selbst hat die Abgabe der verordneten Leistungen am Tag der Leistungserbringung durch Unterschrift auf dem Leistungsnachweis zu bestätigen (Anlage 2). Quittierungen im Voraus oder nachträglich sind unzulässig. Die Unterschriften sind grundsätzlich immer vor Ort durch den Teilnehmer zu leisten. Die Unterschrift auf der Verordnung (gilt für Muster 56) und der Teilnahmebestätigung muss identisch sein. Bei Nicht-Übereinstimmung kann dies zur Ablehnung oder Kürzung der Vergütung durch die Rehabilitationsträger führen. Unterschriften dürfen nicht vorweg oder nachträglich geleistet werden. Ausschließlich am Tag der Übungseinheit und im Übungsraum werden durch den Teilnehmer Datum und Unterschrift geleistet.

Unterschriften, die bspw. an der Rezeption und nicht im Übungsraum geleistet werden, können zu falschen Abrechnungen führen und sind zu vermeiden. In Ausnahmefällen können auch Dritte, wie Betreuer (z. B. bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen) oder Sorgeberechtigte (z. B. bei Kindern und Jugendlichen) unterschreiben. Unterschriften durch Übungsleiter/innen sind unzulässig. Es gilt, dass ab Vollendung des 7. Lebensjahres zumindest von einer eingeschränkten Fähigkeit zur Unterschrift ausgegangen werden kann. Ab

Vollendung des 15. Lebensjahres darf von der Fähigkeit zum Unterschreiben der Teilnahmebestätigung ausgegangen werden (vgl. § 36 SGB I).

Der Leistungsnachweis enthält folgende Angaben:

- Name, Anschrift und Institutionskennzeichen des Leistungserbringers
  - Name, Vorname, Versichertennummer und Geburtsdatum des Versicherten
  - Art und Anzahl der erbrachten Leistungen
  - Datum und Uhrzeit des Einsatzes (Ende und Beginn)
  - Gegenzeichnung der durchgeführten Leistungen durch Handzeichen der durchführenden Kraft
- (5) Die Krankenkassen/-verbände begrüßen eine Mitgliedschaft in dem Verein, zu dem die Funktionstrainingsgruppe gehört, auf freiwilliger Basis, um die eigenverantwortliche Durchführung des Bewegungstrainings zu fördern und nachhaltig zu sichern. Eine Mitgliedschaft in der Gruppe, Selbsthilfegruppe oder im Verein ist jedoch für die Teilnahme am Funktionstraining für die Dauer der Verordnung zu Lasten eines Rehabilitationsträgers nicht verpflichtend.

## **§ 7 Leistungsumfang**

- (1) Der Leistungsumfang des Funktionstrainings richtet sich nach den entsprechenden Regelungen der Rahmenvereinbarung.
- (2) Die vorrangige Leistungspflicht der Rentenversicherung ist von den Krankenkassen/-verbänden gemäß der Rahmenvereinbarung zu beachten, sofern eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation zu Lasten des Rentenversicherungsträgers im zeitlichen Zusammenhang mit Funktionstraining durchgeführt wurde.
- (3) Der Leistungsumfang im Einzelfall ergibt sich aus der jeweiligen Leistungszusage/ Kostenübernahmeerklärung der zuständigen Krankenkassen.

## **§ 8 Vergütung**

- (1) Die Vergütung für das Funktionstraining richtet sich nach der mit den zuständigen Krankenkassen/-verbänden getroffenen Vergütungsvereinbarung (Anlage 1).
- (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. Das Gleiche gilt für die erforderliche Notfallausrüstung.
- (3) Von den Versicherten dürfen Zahlungen für die Leistungen aus dieser Vereinbarung nicht gefordert werden. Die Erhebung von Mitgliedsbeiträgen bei freiwilliger Mitgliedschaft in der Funktionstrainingsgruppe ist möglich. Nach § 31 SGB I ist es nicht zulässig, neben der Vergütung nach Absatz 1 für die Teilnahme am Funktionstraining Zuzahlungen, Eigenbeteiligungen etc. oder Vorauszahlungen von den Teilnehmenden zu verlangen.
- (4) Nach § 32 SGB I ist es unzulässig, davon abweichende Vereinbarungen zu treffen. Ferner ist es auch unzulässig nicht erbrachte Einheiten wegen z. B. Krankheit oder Urlaub durch den Versicherten unterschreiben zu lassen und diese dann im Nachgang den Versicherten bzw. den Krankenkassen/-verbänden in Rechnung zu stellen.

- (5) Die freiwillige Inanspruchnahme von kostenpflichtigen Zusatzleistungen der Leistungserbringer ist zulässig.

## **§ 9**

### **Verwendung des Institutionskennzeichens**

- (1) Jede Funktionstrainingsgruppe verfügt gemäß § 293 SGB V über ein Institutionskennzeichen (IK), welche sie bei der Abrechnung mit den Krankenkassen/-verbänden 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 Krankenkassen/-verbände oder ihre mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Dienstleister werden nicht berücksichtigt.

- (3) Abrechnungen mit den Krankenkassen/-verbänden erfolgen ausschließlich unter diesem IK, das in jeder Abrechnung und im Schriftwechsel mit den Krankenkassen/-verbänden anzugeben ist. Abrechnungen ohne IK oder mit fehlerhaften IK werden von den Krankenkassen/-verbänden abgewiesen. Gleiches gilt für Abrechnungen mit einem der Krankenkassen/-verbänden unbekanntem IK. Die bei der SVI gespeicherten Daten, einschließlich der Bankverbindung, sind verbindlich für die Abrechnung durch die Krankenkassen/-verbände.

## **§ 10a**

### **Abrechnungsregelung für die Primärkassen**

- (1) Für die Abrechnung gelten die Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern nach § 302 Abs. 2 SGB V (im folgenden Richtlinien) in der jeweils aktuellen Fassung.

Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:

- Abrechnungsdaten
  - Urbelege nach § 3 der Richtlinien (Kostenübernahmeantrag mit Leistungszusage der Krankenkasse, Folgeverordnung mit Leistungszusage der Krankenkasse)
  - Teilnahmebestätigung des Versicherten
  - Gesamtaufstellung (Gesamtrechnung, ggf. zusätzlich Sammelrechnung)
  - Begleitzettel für Urbelege bei maschineller Abrechnung
- (2) Werden die von den Leistungserbringern den Krankenkassen/-verbände zu übermittelnden Daten nicht im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern übermittelt, haben die Krankenkassen/-verbände die Daten nach zu erfassen. Der Leistungserbringer hat bei der Abrechnung die Vorgaben des § 2 Abs. 1 der Richtlinien zwingend zu berücksichtigen und die Papierabrechnung mit den Inhalten gemäß der §§ 5 und 6 zu übermitteln. Erfolgt die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung aus Gründen, die der Abrechner zu vertreten hat, haben die Krankenkassen/-verbände die mit der Nacherfassung verbundenen Kosten den betroffenen Abrechnern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 % des Rechnungsbetrages in Rechnung zu stellen.
- (3) Nach § 303 Abs. 3 SGB V dürfen die Krankenkassen/-verbände Abrechnungen der Leistungserbringer nur vergüten, wenn die jeweils gesetzlich vorgeschriebenen Daten nach § 2 Abs. 1 Buchstaben a) (Abrechnungsdaten) und d) (Gesamtaufstellung der Abrechnung) der Richtlinien im zugelassenen Umfang auf maschinell verwertbaren Datenträgern angege-

ben oder übermittelt und die Daten nach Buchstaben b) (Urbeleg) und d) (Leistungszusagen) sowie Leistungsnachweise in der dem Leistungserbringer vorliegenden Form vorgelegt worden sind.

- (4) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung können die Krankenkassen/-verbände der Funktionstrainingsgruppe die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben.
- (5) Sofern bei den Krankenkassen/-verbänden unterschiedliche Stellen für die Antragsbearbeitung und Abrechnung zuständig sind, informieren diese die Funktionssportgruppen bzw. die Trägerverbände des Funktionstrainings über die Anschriften ihrer Abrechnungsstellen. Sofern die Funktionstrainingsgruppen die Abrechnung selbst durchführen, informieren sie die Krankenkassen/-verbände über die Ansprechpartner in Abrechnungsangelegenheiten. Überträgt eine Funktionstrainingsgruppe die Abrechnung ihrem Trägerverband, so werden die Einzelheiten mit der/den zuständigen Krankenkassen/-verbänden gesondert vereinbart.
- (6) Überträgt eine Funktionstrainingsgruppe die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat die Funktionssportgruppe die zuständigen Krankenkassen/-verbände unverzüglich schriftlich hierüber zu informieren. Den Krankenkassen/-verbänden sind der Beginn und das Ende des Auftragsverhältnisses, der Name der beauftragten Abrechnungsstelle und das IK, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, mitzuteilen. Der Auftragnehmer ist 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 Funktionssportgruppe auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist den Krankenkassen/-verbänden vorzulegen. Die Abrechnungsstelle ist verpflichtet, sich zum maschinellen Datenaustausch anzumelden. Die Abrechnungsstellen liefern die Abrechnung ausschließlich auf maschinell verwertbaren Datenträgern.
- (7) Hat die Funktionstrainingsgruppe der Abrechnungsstelle eine Inkasso-Vollmacht erteilt, erfolgt die Zahlung an die Abrechnungsstelle mit schuldbefreiender Wirkung für die Krankenkassen/-verbände. Eine Abtretungserklärung des Leistungserbringers ist den Krankenkassen/-verbänden nachzuweisen. Wird der Abrechnungsstelle die Inkasso-Vollmacht entzogen, muss die Funktionstrainingsgruppe dies den Krankenkassen/-verbänden unverzüglich mitteilen.
- (8) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich nach Erfüllung des jeweiligen Leistungsumfanges (§ 7) und gemäß der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung. Die Rechnungen sind bis zum 10. des Monats für alle Verordnungen einzureichen, für die im Vormonat für mindestens 6 Monate Leistungen erbracht wurden. Der ersten Zwischenabrechnung sind die Verordnung, die Leistungszusage/Kostenübernahmeerklärung und die Teilnahmebestätigung beizufügen, bei weiteren Zwischenabrechnungen Fotokopien dieser rechnungsbegründenden Unterlagen.
- (9) Die Bezahlung der Rechnungen erfolgt innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen bei den von den Krankenkassen/-verbänden benannten Stellen. Bei Zahlung durch Überweisung gilt die Frist als gewährt, wenn der Auftrag innerhalb dieser Zeit dem Geldinstitut erteilt wurde.
- (10) In der Abrechnung ist der in der vereinbarten Vergütungsliste festgelegte 7-stellige Schlüssel „Leistungserbringergruppe“ anzugeben.
- (11) Beanstandungen müssen innerhalb von 6 Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können – auch ohne Einverständnis des Zugelassenen – mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden.

Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden; es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung des Leistungserbringers vor.

- (12) Für Anspruchsberechtigte nach dem Bundesvertriebenengesetz (BVFG), dem Bundesentschädigungsgesetz (BEG), dem Bundesversorgungsgesetz (BVG), dem Häftlingshilfegesetz (HHG), dem Opferentschädigungsgesetz (OEG), dem Bundesseuchengesetz (BSeuchG), dem Soldatenversorgungsgesetz (SVG) sowie Personen, die nach zwischenstaatlichem Krankenversicherungsrecht im Auftrag ausländischer Krankenversicherungsträger betreut werden, ist den Krankenkassen/-verbänden auf Anforderung eine zusätzliche Einzelrechnung in Papierform zu erstellen.
- (13) Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers verjährt jeweils nach einem Jahr, gerechnet ab Datum des Abschlusses der Leistungserbringung bezogen auf eine Verordnung. Der Erstattungsanspruch der Krankenkassen/-verbände verjährt nach einem Jahr, gerechnet ab Posteingangsdatum der Rechnung. Ungerechtfertigt aufgemachte Forderungen, keine oder ungenügende Leistungserbringung werden von dieser Frist nicht berührt.

### **§ 10 b Abrechnung für die Ersatzkassen**

- (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 Richtlinien<sup>1</sup> genannt) in der jeweils aktuellen Fassung. Abrechnungen, die dem nicht entsprechen, werden von den Ersatzkassen abgewiesen.
- (2) Die Abrechnung hat folgende Bestandteile:
  - a. Abrechnungsdaten mit Angabe der Positionsnummern,
  - b. Urbelege (Verordnungsblätter, Teilnahmebestätigungen gemäß vdek-Vorlagen (siehe Anlage 1-2), jeweils im Original),
  - c. ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen im Original,
  - d. Gesamtaufstellung der Abrechnung (Gesamtrechnung, ggf. Sammelrechnung),
  - e. Begleitzettel für Urbelege (bei maschineller Abrechnung).
- (3) Nach § 302 Abs. 1 SGB V sind die Leistungserbringer verpflichtet, den Krankenkassen 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 Krankenkassen gemäß § 303 Abs. 3 SGB V die Daten nach zu erfassen.
- (4) Die durch die Nacherfassung entstehenden Kosten stellen die Ersatzkassen den betroffenen Leistungserbringern durch eine pauschale Rechnungskürzung in Höhe von bis zu 5 v. H. des Rechnungsbetrages in Rechnung, falls der Leistungserbringer die Gründe für die nicht maschinell verwertbare Datenübermittlung zu vertreten hat.
- (5) Zur Sicherstellung der Vergütung erbrachter Leistungen hat der Leistungserbringer bei der Aufnahme des elektronischen Abrechnungsverfahrens zunächst eine Erprobungsphase mit den einzelnen Ersatzkassen 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.

---

<sup>1</sup> [http://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/sonstige\\_leistungserbringer/sonstige\\_leistungserbringer.jsp](http://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer/sonstige_leistungserbringer.jsp)

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

Nach der Beendigung der Erprobungsphase übermittelt der Leistungserbringerausschließlich 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.

- (6) Die erbrachten Leistungen sind innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss der verordneten Leistung abzurechnen. Dies gilt sowohl für die elektronische Abrechnung als auch die Abrechnung in Papierform. In begründeten Ausnahmefällen kann in Abstimmung zwischen dem Verein/örtlichen Träger und der zuständigen Ersatzkasse eine Abrechnung auch nach der Frist von 12 Monaten erfolgen.

Es werden nur syntaktisch einwandfreie Daten gemäß den Richtlinien angenommen. Fehlerhafte Datenlieferungen werden an den Absender mit einem entsprechenden Fehlerhinweis zurückgesendet. Elektronische Abrechnungen auf anderen als nach den Richtlinien definierten Wegen dürfen die Ersatzkassen zurückweisen.

- (7) 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) an die von den Ersatzkassen 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 gemäß § 2 Abs. 1 Buchstabe f) der Richtlinien beizufügen.

- (8) Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich nach Erfüllung des jeweiligen Leistungsumfangs. Die Leistungserbringer können verlangen, dass jeweils quartalsweise eine Zwischenabrechnung durchgeführt wird. Der ersten Zwischenabrechnung sind die Verordnung, die Leistungszusage der Ersatzkasse und die Teilnahmebestätigung beizufügen, bei weiteren Zwischenabrechnungen Fotokopien dieser rechnungsbegründenden Unterlagen.
- (9) In der Abrechnung ist der vom vdek in der Vergütungsvereinbarung festgelegte siebenstellige Schlüssel (Leistungserbringergruppe – LEGS) anzugeben. Unter diesem Schlüssel dürfen ausschließlich die von der Vergütungsvereinbarung umfassten Leistungen abgerechnet werden.

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

- (10) Bei Differenzen bzw. begründeten Beanstandungen der Abrechnung kann die Ersatzkasse dem Leistungserbringer die eingereichten Unterlagen oder die Datensätze unbezahlt zur Prüfung bzw. Korrektur zurückgeben. Eine Abweisung der Gesamtabrechnung ist nur bei folgenden Fehlern möglich:
  - a. Fehler in Datei und Dateistruktur (Technische Anlage 1),
  - 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)

Beanstandungen müssen innerhalb von sechs Monaten nach Rechnungseingang schriftlich geltend gemacht werden. Rückforderungen können - auch ohne Einverständnis des Leistungserbringers - mit der nächsten Abrechnung verrechnet werden und sind ab der Prüfstufe IV der Technischen Anlage 1 (Prüfung im Fachverfahren der einzelnen Krankenkasse) von der Ersatzkasse zu begründen. Spätere Rückforderungen können nur mit dem Einverständnis des Leistungserbringers verrechnet werden, es sei denn, es liegt eine unerlaubte Handlung der Funktionstrainingsgruppe vor. Fälligkeit tritt in diesen Fällen nicht ein und eine Verzinsung kann nicht erfolgen.

- (11) Die Bezahlung der Rechnungen bei elektronischer Datenübermittlung bzw. bei Übermittlung auf maschinell verwertbaren Datenträgern erfolgt innerhalb von 14 Tagen nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (elektronische Abrechnungsdaten und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen 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, verlängert sich die Zahlungsfrist auf 28 Tage nach Eingang der vollständigen Abrechnungsunterlagen (Papierabrechnung und rechnungsbegründende Unterlagen) bei den von den Ersatzkassen benannten Stellen.

- (12) Überträgt ein Leistungserbringer die Abrechnung einer Abrechnungsstelle, so hat der Leistungserbringer über *die/den Anbieter/Verband* den vdek unter Angabe des Institutionskennzeichens, unter dem die Abrechnungsstelle die Rechnungslegung vornimmt, zu informieren. Dies erfolgt im Zusammenhang mit der Lieferung der Liste der anerkannten Leistungserbringer. Dem vdek ist das Ende des Auftragsverhältnisses gesondert schriftlich mitzuteilen.
- (13) Der Leistungserbringer ist für die Einhaltung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durch die Abrechnungsstelle verantwortlich. Abrechnungsstellen liefern die Abrechnung ausschließlich im Wege der maschinell verwertbaren Datenübermittlung nach Absatz 3.

Sofern die Rechnungslegung einer Abrechnungsstelle gemäß Absatz 12 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 den Leistungserbringer auszuwählen. Die getroffene Vereinbarung über Datenschutz und Datensicherung beim Auftragnehmer (Abrechnungsstelle) ist *der/dem Anbieter/Verband* vorzulegen.

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

## § 11 Datenschutz

- (1) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten. Die Bestimmungen zur ärztlichen Schweigepflicht bleiben unberührt.

- (2) Der Leistungserbringer hat die Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 32 EU-DSGVO insbesondere in Verbindung mit Art. 5 Abs. 1, Abs. 2 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten.
- (3) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekanntwerdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, gem. Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Der Leistungserbringer unterliegt hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem MD/SMD und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

## **§ 12 Haftung**

- (1) Für Schäden, die im Zusammenhang mit der Leistungserbringung eintreten, haftet der Leistungserbringer nach den gesetzlichen Vorschriften, insbesondere nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches. Eine Haftung der Krankenkassenverbände und der leistungspflichtigen Krankenkasse für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.
- (2) Der Leistungserbringer verpflichtet sich, eine Unfallversicherung für die Teilnehmer/-innen an den Übungsveranstaltungen abzuschließen. Das Bestehen der Versicherung ist den Krankenkassen/-verbänden auf Verlangen nachzuweisen.

## **§ 13 Qualitätssicherung**

- (1) Der Leistungserbringer verpflichtet sich zu einer kontinuierlichen Qualitätssicherung und -optimierung des Funktionssports. Hierzu dienen sowohl externe Maßnahmen der Krankenkassen/-verbände und des Leistungserbringers als auch interne Maßnahmen der Funktionstrainingsgruppen.
- (2) Der Leistungserbringer weist den Krankenkassen/-verbänden die Qualifikation der Übungsleiter schriftlich nach.

## **§ 14 Verfahren bei Verstößen**

- (1) Die Krankenkassen/-verbände melden bei begründetem Verdacht Verstöße gegen die Rahmenvereinbarung und/oder diese Vereinbarung dem Leistungserbringer.
- (2) Der Leistungserbringer ist verpflichtet, den Meldungen nach Absatz 1 unverzüglich nachzugehen und den Krankenkassen/-verbänden innerhalb von 6 Wochen nach Eingang der Meldung Nachricht über die eingeleiteten Maßnahmen und deren Ergebnis zu geben. Zu den einzuleitenden Maßnahmen zählen schriftliche Aufklärung, Beratungsgespräch, Unterlassungserklärung, Verwarnung mit Hinweis auf Widerruf der Anerkennung als Funktionstrainingsgruppen nach § 3 Abs. 1.
- (3) Sollten nach Ablauf der Frist nach Absatz 2 die beanstandeten Verstöße weiterhin bestehen oder ein Wiederholungsfall festgestellt und gemeldet werden, entscheidet der Leistungserbringer in Abstimmung mit den Krankenkassen/-verbänden über weitere Maßnahmen, insbesondere den Widerruf der Anerkennung als Funktionstrainingsgruppe nach § 3 Abs. 1.

Der Leistungserbringer hat die abgestimmten Maßnahmen unverzüglich umzusetzen und die Krankenkassen/-verbände hierüber zu informieren.

- (4) Als Verstöße gelten entsprechend der Rahmenvereinbarung insbesondere:
  1. Erbringung nicht genehmigter Leistungen,
  2. Abrechnung nicht erbrachter Leistungen,
  3. Leistungserbringung durch dafür fachlich nicht qualifizierte Übungsleiter,
  4. Zahlung von Vergütungen oder Gewähren eines geldwerten Vorteils für Tätigkeiten und Dienstleistungen an Dritte, wie Vertragsärzte, ambulante oder stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit dem Ziel einer direkten oder indirekten Zuweisung von Versicherten an die Funktionstrainingsgruppe,
  5. Forderung nach einer verpflichtenden Mitgliedschaft des Versicherten trotz Vorlage einer Kostenübernahmeerklärung der Krankenkassen für den Funktionssport (vgl. Rahmenvereinbarung),
  6. Forderung von Eigenbeteiligungen, Zuzahlungen etc. für die Teilnahme am ärztlich verordneten Funktionssport zu Lasten der Krankenkassen,
  7. Erhebung von Vorauszahlungen,
  8. Verletzung von Datenschutzbestimmungen,
  9. nicht fristgerechte Beseitigung von Beanstandungen.
- (5) Auffälligkeiten bei der fortlaufenden Überprüfung der Funktionstrainingsgruppen (§ 3 Abs. 3) sind in Bezug auf Verstöße nach Absatz 4 den Krankenkassen/-verbänden zu melden und über die eingeleiteten Maßnahmen nach Absatz 2 zu berichten.
- (6) Bei Verstößen durch den Leistungserbringer behalten sich die Krankenkassen/-verbände die Aberkennung von Funktionstrainingsgruppen vor.

Durch die eingeleiteten Maßnahmen durch den Leistungserbringer nach den Absätzen 2 - 4 werden eine strafrechtliche Verfolgung (z. B. bei Betrug durch Abrechnung nicht erbrachter Leistungen) und die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen nicht berührt.

## **§ 15 Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieser Vereinbarung nichtig sein oder durch gesetzliche Neuregelungen 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. Für diesen Fall verpflichten sich die Vertragspartner, eine rechtlich zulässige neue Regelung zu vereinbaren, die dem ursprünglich beabsichtigten Zweck am nächsten kommt.

## **§ 16 In-Kraft-Treten und Kündigung**

- (1) Die Vereinbarung tritt am 01.01.2025 in Kraft und kann unter Einhaltung einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden (Brief oder Fax). Eine Kündigung durch den Leistungserbringer hat gegenüber den Krankenkassen/-verbänden einzeln für jeden Vertragspartner zu erfolgen und ist nur wirksam, wenn sie form –und fristgerecht zugegangen ist. Bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung gilt die bisherige Vereinbarung weiter.
- (2) Bei schwerwiegenden Vertragsverletzungen seitens eines der Vertragspartner kann diese Vereinbarung fristlos gekündigt werden.
- (3) Die Vergütungsvereinbarung (Anlage 1) kann nach den darin getroffenen Regelungen unabhängig von dieser Vereinbarung schriftlich gekündigt werden.
- (4) Änderungen und/oder Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung des Schriftformerfordernisses selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

Potsdam, Lübeck, Rostock, Kassel, Hamburg, Schwerin den 13.12.2024

**Leistungserbringer**

Verband für Behinderten- und  
Rehabilitationssport  
Mecklenburg - Vorpommern e. V.



---

**Sozialleistungsträger:**

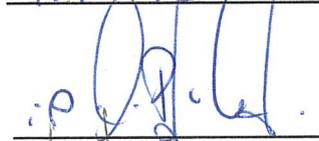
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse

  
Wolf-Kristoffer Fruck

BKK-Landesverband NORDWEST



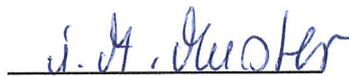
IKK – Die Innovationskasse



KNAPPSCHAFT – Regionaldirektion Nord, Hamburg



SVLFG als Landwirtschaftliche Krankenkasse



Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
Die Leiterin der vdek-Landesvertretung  
Mecklenburg-Vorpommern



**Anlagen**

- Anlage 1 – Vergütungsvereinbarung Funktionstraining
- Anlage 2 – Teilnahmebestätigung des Versicherten (Muster)