



**Rahmenvereinbarung über den
Rehabilitationssport und das Funktionstraining
Entwurf - Stand: 09.02.2010**

Stellungnahme des RehaSport Deutschland e.V.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) hat mit Schreiben vom 18. Februar 2010 den RehaSport Deutschland e.V. (RSD) über den Entwurf einer „Rahmenvereinbarung Rehabilitationssport und Funktionstraining“ (Rahmenvereinbarung) mit Stand 9. Februar 2010 informiert.

Damit verbunden ist die Einladung zu einer Erörterung am 23. März 2010 in Frankfurt a. M. und die Möglichkeit, im Vorfeld zu dem vorgelegten Entwurf Stellung zu nehmen.

Grund für die Überarbeitung der Rahmenvereinbarung ist das Urteil des Bundessozialgericht (BSG) vom 17.6.2008, B 1 KR 31/07 R, in dem dieses feststellt, dass es an einer gesetzlichen Grundlage fehlt, dass die Rahmenvereinbarung Leistungen begrenzt. Der Gesetzgeber hat weder selbst die Leistungen allgemein befristet, noch hat er diese Aufgabe gezielt dem Verordnungsgeber (BAR) übertragen.

Am 25. März 2009 hat die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen im Auftrag des Bundesministerium für Arbeit und Soziales festgestellt, dass *„auf untergesetzlicher Ebene ... die gemeinsamen Empfehlungen der BAR dahingehend geändert werden (sollen), dass individuelle Prüfungen des Einzelfalls möglich sind und sich hierüber an dem BSG-Urteil orientiert wird.“*

In dem vorliegenden Entwurf wurde neben einigen kleineren „redaktionellen“ Änderungen an verschiedenen Stellen diesen Vorgaben Rechnung getragen.

Darüber hinaus wurde auch versucht, aktuelle Fehlentwicklungen in der Umsetzung des Rehabilitationssports durch neue Formulierungen „aufzufangen“.

Der RSD nimmt im Folgenden zu den Änderungen bzgl. dieser beiden Themen Stellung.

Zum Abschluss wird ein Formulierungsvorschlag zur ärztlichen Betreuung in Herzsportgruppen zur Diskussion gestellt.

Leistungsanspruch auf Rehabilitationssport und Funktionstraining

Die neuen Vorgaben in Ziffer 4.4 definieren die bisherigen Leistungsmengen jetzt als „Richtwerte“. Im Einzelfall kann eine Bewilligung somit auch für weniger Übungseinheiten bzw. eine kürzere Dauer erfolgen. Weitere Verordnungen sind möglich, wenn die Leistungen notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind.

Der RSD begrüßt an sich die bisherigen Regelungen, die einerseits einen pauschalen Anspruch für jeden Behinderten bzw. von Behinderung bedrohten Menschen festlegen und andererseits diese Leistungen als Hilfe zur Selbsthilfe verstehen, so dass - im Regelfall - im Anschluss an eine einmalige Maßnahme Sport auf eigene Kosten fortgeführt werden soll.

Der RSD hält lebensbegleitenden, durch die Solidargemeinschaft finanzierten Sport aus grundsätzlichen Erwägungen nicht für sinnvoll.

Der RSD sieht aber auch die Möglichkeit, die vorgegebenen Richtwerte zu unterschreiten, als kritisch. So sehr dies im Einzelfall („junger Mann mit Rückenschmerzen“) plausibel erscheinen mag, so sehr konterkariert sie das eigentliche Ziel des Rehabilitationssports, nämlich die Betroffenen nachhaltig in den Sport einzubinden.

Erfahrung und wissenschaftliche Ergebnisse (z.B. Prof. Dr. Iris Pahmeier 2006) zeigen, dass die Bindungsquote im Gesundheitssport deutlich ansteigt, wenn „man mehr als ein Jahr dabei bleibt“. Dies liegt ganz wesentlich an dem Aufbau von sozialen Bindungen und an

der Integration in eine Gruppe Gleichgesinnter. Insofern konnte die bisherige, pauschale (Erst-) Verordnung viel erreichen, da die Betroffenen so i.d.R. rd. 11 Monate im Rehabilitationssport engagiert sind; die mittelfristige Bindungsquote im Anschluss an den Rehabilitationssport liegt bei rd. 25 %.

Der RSD hofft deshalb, dass in der praktischen Umsetzung auch weiterhin die einmalige Verordnung im Umfang der Richtwerte die Regel bleibt.

Feste Gruppen & technische Geräte

2.4 Satz 2 neu

„Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppenspezifische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter der Leistung zu stärken.“

4.7 Aufzählung Punkt 3 geändert

„(Vom Rehabilitationssport und 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. Eine Ausnahme stellt insoweit das Training auf Fahrradergometern in Herzgruppen dar.“

Die Wurzeln des Sports für Menschen mit Beeinträchtigungen reichen bis in das vorletzte Jahrhundert zurück. In Folge der beiden Weltkriege - mit hunderttausenden Kriegsverehrten - mussten im Bereich des Sports als auch in der Rehabilitation neue Wege beschritten werden. Da nach dem zweiten Weltkrieg die staatlichen Förderungsmaßnahmen zunächst zusammengebrochen waren, organisierten sich ab 1947 Verehrten-Sportgemeinschaften direkt auf Initiative der Betroffenen. Auch wenn der organisierte Sport diesen Strukturen zunächst eher ablehnend gegenüberstand, wurde 1960 der Deutsche Verehrtensportverband e.V. als Nachfolger der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Verehrtensport in den Deutschen Sportbund e.V. als Verband (damals noch) mit besonderer Aufgabenstellung integriert.

In der Folge orientierte sich die praktische Umsetzung und Entwicklung des Verehrten-, über den Behinderten- bis hin zum Rehabilitationssport an den Gegebenheiten und Strukturen des organisierten Vereinssports: Die positive Einflussnahme auf die konditionellen Grundeigenschaften Kraft, Ausdauer, Koordination und Flexibilität erfolgte in zeitlich und räumlich festgelegten (Sport-) Gruppen. An (Sport-) Geräten konnte i.d.R. nur das genutzt werden, was in einer Schulkturnhalle vorhanden war.

Erst seit einigen Jahren verfügen Vereine zunehmend über eigene Räumlichkeiten, die meist auch mit entsprechend „marktgerechter“ Infrastruktur ausgestattet werden.

Bis zum Jahr 2003 fand Rehabilitationssport nur in sehr wenigen professionellen, gewerblichen bzw. freiberuflichen Strukturen (Kliniken, Reha-Zentren, Physiotherapie-Praxen) statt.

Dies lag daran, dass eine direkte Zulassung dieser Leistungsanbieter nicht möglich war, da die Kostenträger das Anerkennungsverfahren grundsätzlich an den organisierten Sport „delegiert“ hatten, dessen Basisvoraussetzung die Existenz eines gemeinnützigen und rechtsfähigen Sportvereins darstellt. Vereinzelt wurden im Umfeld dieser Strukturen

Sportvereine gegründet, die in der Folge für ihre Angebote über die Landesverbände des Deutsche Behindertensportverband e.V. die Anerkennung erhalten haben.

Insbesondere seit 2003 gibt es die Möglichkeit, sich in Seminaren über die Grundlagen und Möglichkeiten des Rehabilitationssports und der damit verbundenen Sportvereinsgründung in allen Aspekten zu informieren. Dies wurde auch von einer großen Anzahl an Einrichtungen genutzt, so dass sich in den letzten Jahren mehrere hundert neue Sportvereine innerhalb des organisierten Sports an der Versorgung der Versicherten mit Rehabilitationssport beteiligen.

Auch wenn die überwiegende Zahl dieser neuen Anbieter in Übereinstimmung mit den gesetzlichen und untergesetzlichen Normen agiert, muss (leider) festgestellt werden, dass es eine nicht unerhebliche Anzahl an Anbietern gibt, die die Verordnung für Rehabilitationssport nutzen, andere Leistungen „abrechenbar“ zu machen. Dies trifft insbesondere auf das Einzeltraining an den Geräten zu: Versicherte absolvieren im Rahmen des Rehabilitationssports das „klassische Fitnessstraining“ überwiegend an Ergometern und Sequenztrainingsgeräten.

Grundsätzlich entsteht den Versicherten dabei sicher kein Schaden. Es entspricht nur nicht den Vorgaben der Rahmenvereinbarung, die gerade und zu Recht ein nachhaltiges Sporttreiben durch das Einbinden in einen sozialen Kontext erreichen will.

Sehr häufig wird so zu Lasten der Solidargemeinschaft lediglich ein (Fitness-) Studiobeitrag subventioniert. Unterstützt wird diese Praxis durch Geschäftsmodelle, in denen „Zentralvereine“ sog. „Abteilungen“ überregional akquirieren, in denen dann der „Vereins-Rehabilitationssport“ stattfinden soll.

Bereits die Rahmenvereinbarungen in der bisherigen Fassung lässt jedoch solche Praktiken nicht zu:

2.4 „Rehabilitationssport umfasst Übungen, die in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden.“

4.7 „Vom Rehabilitationssport und Funktionstraining ausgeschlossen sind Maßnahmen, die vorrangig oder ausschließlich ... Übungen an technischen Geräten, z.B. Sequenztrainingsgeräten, beinhalten.“

Durch entsprechende Kontrollen und konsequent angewandte Sanktionen - bis hin zum Entzug der Anerkennung - könnte bereits aktuell ausreichend gehandelt werden.

Die neuen Formulierungen werden den Missbrauch nicht verhindern: Wer sich heute schon nicht an Normen hält, wird dies sicherlich auch morgen nicht tun, gerade wenn die Wahrscheinlichkeit „entdeckt zu werden“ unverändert bleibt und nicht geänderte Sanktionen die Abschreckungswirkung nicht erhöhen.

Auf der anderen Seite kann bei den Anbietern, die normenkonform agieren, die Änderung durchaus positiv aufgenommen werden:

Da neben der als Sachleistung zur Verfügung gestellten Leistung Rehabilitationssport nur dann weitere Kosten für den Versicherten anfallen können, wenn er mit dem Leistungserbringer Sonderleistungen, die über die Vertragsleistung hinaus gehen, vertraglich vereinbart hat, schafft die Ausgrenzung der Angebote mit Geräteunterstützung Klarheit.

Möchten die Versicherten zusätzlich zum Rehabilitationssport das „Training an den Geräten“ durchführen, so müssen sie sich dieses „dazu kaufen“.

Der RSD hält diese Klarheit in organisatorischer, prozessualer Sicht für sinnvoll, die mit Sicherheit die Diskussionen um Zuzahlung, (Zwangs-) Vereinsmitgliedschaft etc. eindämmen wird.

Der RSD möchte aber trotzdem auf die absehbaren Konsequenzen hinweisen:

Es ist zu hoffen, dass das „Gerätetraining“ dann auch in einem „informativen, kundenorientierten Gespräch“ angeboten wird und nicht die aggressive Verkaufsrhetorik des „hard selling“ mit seinem hohen Suggestiv-Anteil zur Anwendung kommt, die die Interessen des Anbieters in den Vordergrund stellt und den Kundennutzen nur sekundär berücksichtigt.

Die Gefahr, dass dann der Rehabilitationssport nur „pro forma“ stattfindet, mit Unterschrift „bestätigt“ wird und so weiterhin ein Studiobeitrag durch Krankenkassenerstattungen subventioniert wird, bleibt bestehen.

Darüber hinaus sind die getroffenen Formulierungen unklar.

Es ist nicht definiert, was eine „feste Gruppe“ ausmacht:

Ist damit gemeint, dass der Sport zu einer festgelegten Zeit beginnt, an einem festgelegten Ort stattfindet, eine festgelegte Dauer hat und von einem bestimmten Übungsleiter über die gesamte Zeitdauer angeleitet wird?

Oder bedeutet dies, dass ein Wechsel aus einer einmal festgelegten Gruppe („Montag 10:00 Uhr“) in eine andere („Dienstag 10:00 Uhr“) nicht mehr möglich sein darf. Sollte dies damit gemeint sein, muss mit Nachdruck darauf hingewiesen werden, dass dies - auch wenn es inhaltlich wünschenswert sein kann - für die Praxis absolut realitätsfremd ist. So würden z.B. persönliche Bedürfnisse der Versicherten („Schichtarbeiter“), die Entwicklung der Belastbarkeit der Versicherten (Wechsel in eine leistungsstärkere, aber auch leistungsschwächere Gruppe) und sozialdynamische Prozesse (Versicherter kommt in einer Gruppe nicht zurecht) keine Berücksichtigung finden.

Ebenso fehlt weiterhin eine Definition für „technisches Gerät“. Es werden beispielhaft eine Reihe von „Gegenständen“ aufgeführt. Ausgehend von dem Beispiel „Hantelbank“ stellt sich die Frage, ob ein technisches Geräte durch seine Funktion bestimmt wird (dann wäre auch ein „Pezziball“ ein technisches Gerät) oder durch sein Gewicht (dann wäre auch eine „Turnbank“ ein technisches Gerät) oder reicht seine physische Existenz, also seine „Anfassbarkeit“ aus (dann wäre auch eine Hantel und sogar ein Sprungseil ein technisches Gerät).

Hierdurch zeigt sich die Schwäche, dem Missbrauch mit Hilfe der vorgeschlagenen restriktiven Formulierungen beizukommen, da diese inhaltlich einen Rückschritt bedeuten.

Der Einsatz von Trainingsgeräten ist in der Versorgung von Patienten inzwischen nicht nur unstrittig („gerätegestützte Krankengymnastik“, „MTT/MAT“ innerhalb von amb./stat. Rehabilitation und EAP) und Konsens. Ursache hierfür sind in erster Linie die hervorragenden Möglichkeiten technischer Geräte bei der Steuerung der Intensität des Trainingsreizes.

Grundsätzlich ist die Dosierung der Trainingsintensität auf verschiedene Weise möglich. Unterschiedliche Ausgangstellungen oder Ausführungen der Bewegung sind hier wichtige Mittel, die jedoch nicht bei allen Übungen anwendbar bzw. sinnvoll sind. Auch Trainingspartner können gut Reizintensitäten setzen und verändern. Allerdings ist dabei eine gezielte Steuerung insbesondere für bewegungsunerfahrene Teilnehmer - wie sie im Rehabilitationssport sehr häufig anzutreffen sind - schwierig zu realisieren.

Auch die Nutzung von „Turnhallenausstattung“ bietet vielfältige Möglichkeiten zur zielgerichteten Steuerung der Trainingsintensität, verbindet sich aber nicht selten mit enormem Aufwand und/oder einem erhöhten Verletzungsrisiko.

Insofern ist aus trainingsmethodischer Sicht der generelle Ausschluss des Einsatzes technischer Geräte im Rehabilitationssport wenig sinnvoll. Er reduziert die Möglichkeiten des Übungsleiters für eine zielgerichtete und abwechslungsreiche Gestaltung der Übungsveranstaltungen erheblich.

Darüber hinaus wird das „Gerätetraining“ von den Versicherten inzwischen auch erwartet und als qualitativ hochwertige Versorgung gesehen.

Insofern ist die Validität der - telefonischen - Befragung von Versicherten durch Kostenträger mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht gegeben: Gerade zufriedene Versicherte werden auf die Frage nach dem Einsatz von Trainingsgeräten dazu tendieren, diesen Einsatz quantitativ wie qualitativ zu überhöhen, weil sie denken, „ihrer“ Einrichtung/ „ihrem“ Verein etwas Gutes zu tun ... und weil sie nicht wissen und beurteilen können, ob der Gymnastikstab und der Turnkasten ein erlaubtes Trainingsmittel oder ein verbotenes „technisches Gerät“ sind oder nicht.

Es ist nicht die Beschaffenheit eines Gerätes Ursache dafür, dass aus einem sinnvollen, normenkonformen Rehabilitationssport ab einem bestimmten Punkt plötzlich ein nicht mehr zugelassenes Angebot entsteht, es ist alleine die Organisationsform!

Eine Anzahl Versicherte, die jeder auf einer Gymnastikmatte liegend, unter Beaufsichtigung/Beobachtung eines Übungsleiters, 45 Minuten lang einen individuellen Trainingsplan abarbeiten, wäre erlaubt, da es sich um eine „feste Gruppe“ handelt und auch keine „technischen Geräte“ zur Anwendung kommen. Dies entspricht jedoch weder dem Verständnis von Rehabilitationssport des RSD, noch dem „Geist“ der Rahmenvereinbarung.

Gewollt ist das „gemeinsame Üben“, nicht das „individuelle Trainieren“. Ob jedoch alle Teilnehmer das gleiche Gerät („Sprungseil“) nutzen oder zwischen verschiedenen Geräten („Pezziball“ -> „Hantelbank“ -> „Matte“ -> „Turnbank“ -> etc.) wechseln und somit das trainingsmethodische Prinzip des Zirkeltrainings nutzen, spielt für die beabsichtigten Effekte bzw. Ziele keine Rolle.

Die willkürliche Festlegung auf bestimmte Geräte - offensichtlich sind technische Geräte, die der Verbesserung von Koordination und Flexibilität dienen, erlaubt; ein Liege- oder Handkurbelergometer im Herzsport wiederum verboten - und keine klare Definition und Festlegung der gewünschten Organisationsform sind nicht wirklich sinnvoll.

Da ein vorrangiges Ziel des Rehabilitationssports auch die Stärkung der Motivation des Versicherten darstellt, so dass er nach Abschluss der Maßnahme auf eigene Kosten in der bestehenden Gruppe weitermacht, sollte dieser auch Spaß und Freude machen. Dieses Ziel erreicht man u.a. durch Abwechslung während einer Übungsstunden d.h. auch durch den Einsatz vielfältiger Trainingsmittel; dies lernt jeder Übungsleiter als Basiswissen während seiner Ausbildung.

Es spricht deshalb nach Auffassung des RSD nichts gegen das Einbinden von „technischen Geräten“ in den Rehabilitationssport, solange diese Übungen nicht überwiegen.

Der RehaSport Deutschland e.V. schlägt deshalb folgende Formulierungen vor:

2.4

„Rehabilitationssport umfasst Übungen, die in der Gruppe im Rahmen regelmäßig abgehaltener Übungsveranstaltungen durchgeführt werden. Das gemeinsame Üben in festen Gruppen ist Voraussetzung, um gruppenspezifische Effekte zu fördern, den Erfahrungsaustausch zwischen den Betroffenen zu unterstützen und damit den Selbsthilfecharakter zu stärken. Eine feste Gruppe ist definiert durch einen festgelegten zeitlichen Beginn, eine festgelegte Dauer, einen festgelegten Ort und die über die gesamte Zeitdauer gegebene Anleitung und Betreuung durch einen Übungsleiter. Kommen während einer Übungsstunde zur gleichen Zeit verschiedene Trainingsmittel zur Anwendung, so soll das trainingsmethodische Prinzip des Zirkeltrainings Anwendung finden. Auch Maßnahmen, die einem krankheits- / behinderungsgerechten Verhalten und der Bewältigung psychosozialer Krankheitsfolgen dienen (z.B. Entspannungsübungen), sowie die Einübung im Gebrauch technischer Hilfen können Bestandteil des Rehabilitationssports sein. Die einzelnen Maßnahmen sind dabei auf die Erfordernisse der Teilnehmer/ -innen abzustellen.“

4.7

„Vom Rehabilitationssport und Funktionstraining ausgeschlossen sind Maßnahmen, die vorrangig oder ausschließlich Übungen an technischen Geräten beinhalten. Ein technisches Gerät besteht aus mindestens zwei starren Elementen, die über mindestens eine mechanische Verbindung miteinander verbunden sind. Bälle, Bänder, Matten, Turnbank etc. sind keine technischen Geräte; technische Geräte sind z.B. Sequenztrainingsgeräte, Geräte mit Seilzugtechnik, Arm-/Beinpresse, Laufband, Ruderggerät, Crosstrainer). Kommen zur gleichen Zeit verschiedene Trainingsmittel zum Einsatz, so soll der Anteil an Übungen in einem Trainingszirkel (siehe 2.4 Satz 4) mit technischen Geräten weniger als 50 % betragen. Eine Ausnahme stellt insoweit das Training auf Ergometern in Herzgruppen dar.“

Ärztliche Betreuung / Überwachung des Rehabilitationssports in Herzgruppen

12.2

„Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen ist die ständige Anwesenheit eines/einer betreuenden Arztes/Ärztin während der Übungsveranstaltungen erforderlich.“

In vielen Einrichtungen finden in verschiedenen, direkt nebeneinander liegenden Bereichen einer räumlichen Einheit zeitgleich mehrere Herzsportgruppen statt. In zahlreichen Gesprächen hat sich der Konsens herausgebildet, dass z.B. in einer Dreifachturnhalle bei drei Herzsportgruppen nicht drei Ärzte anwesend sein müssen.

Der RehaSport Deutschland e.V. schlägt deshalb folgende Formulierung vor:

12.2

„Beim Rehabilitationssport in Herzgruppen ist die ständige, persönliche Anwesenheit eines/einer betreuenden Arztes/Ärztin während der Übungsveranstaltungen erforderlich. Die ständige, persönliche Anwesenheit ist gegeben, wenn der/die betreuende Arzt/Ärztin mehrere Rehabilitationssportgruppen betreut, die gleichzeitig in verschiedenen, direkt nebeneinander liegenden Bereichen einer räumlichen Einheit stattfinden. Während der Übungsveranstaltung widmet sich der /die betreuende Arzt/Ärztin ausschließlich der Betreuung der Gruppe/n.“

Berlin, 8. März 2010

**Bundesverband Rehabilitationssport
RehaSport Deutschland e.V.**

Spandauer Damm 130 - 14050 Berlin
Fon +49 30 30678 103 - Fax +49 30 30678 121

info@rehasport-deutschland.de
www.rehasport-deutschland.de

Vorstand:
Thomas Roth - Dr. Jörg-Rüdiger Blau - Sabine Lindert