



Bundesverband Rehabilitationssport / RehaSport Deutschland e.V.  
Gartenfelder Straße 29-37 · Gebäude 31 · 13599 Berlin

Berlin, 24. April 2014

Bundesarbeitsgemeinschaft  
für Rehabilitation e.V.  
Bernd Giraud  
Solmsstraße 18 – Gebäude E  
60486 Frankfurt am Main

ausschließlich per Mail an [bernd.giraud@bar-frankfurt.de](mailto:bernd.giraud@bar-frankfurt.de)  
cc [marcus.schian@bar-frankfurt.de](mailto:marcus.schian@bar-frankfurt.de)

### **Schreiben des BMAS zu „Herzsportgruppen“**

Sehr geehrter Herr Giraud,

wir erlauben uns, bzgl. Ihrer Anfrage vom 10. April 2014 wie folgt zu antworten:

Bei der Betreuung von Teilnehmern/-innen in Herzgruppen gibt es folgende, grundlegende Aufgaben:

1. Trainingsphysiologische Steuerung der äußeren Belastung, um, möglichst individuell, eine adäquate innere Beanspruchung zu provozieren,
2. Überwachung und Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes,
3. Notfallmedizinische Versorgung, insbesondere bei akuten kardiovaskulären Ereignissen.

Aktuell werden diese Aufgaben von einem Team aus Arzt/Ärztin und Übungsleiter/-in wahrgenommen; die formalen Mindestvoraussetzungen sind in Ziffer 12.2 und 13.1. der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011 bzw. in den Qualifikationsanforderungen Übungsleiter/-in Rehabilitationssport vom 1. Januar 2012 beschrieben.

MDB Volker Klein wünscht, dass über eine Alternative zu einer ärztlichen Begleitung nachgedacht werden soll, da sich oft keine Ärzte finden und in der Folge Herzgruppen geschlossen werden. So soll der Arzt durch einen ausgebildeten Rettungssanitäter/-in ersetzt werden, der sogar die schnellere und bessere Hilfe leisten könne.

Im Einzelfall mag dies für akute Notfallsituationen sogar zutreffen: Ein gezielt geschulter Ersthelfer, insbesondere Rettungssanitäter/-in, Rettungsassistent/in oder Notfallsanitäter/-in, kann im Sinne der Patientensicherheit ggf. mehr leisten, als ein Arzt, der lediglich über eine Approbationsurkunde, jedoch über keinerlei praktische Erfahrung, gerade bei akuten kardiovaskulären Ereignissen, verfügt.

Es ist jedoch i.d.R. davon auszugehen, dass ein so ausgebildeter Ersthelfer nur über geringe Kompetenzen im Hinblick die sportpraktische Gestaltung und die gesundheitliche Beurteilung der Teilnehmer verfügt. Zusätzlich ist zu bezweifeln, ob sich entsprechend ausgebildetes Personal finden lässt, welches dann, letztendlich ohne weitere Aufgaben, nur auf den Notfall wartend, während der Herzgruppen anwesend ist.

Geschäftsführender Vorstand:  
Thomas Roth  
Prof. Dr. Jörg-Rüdiger Blau  
Sabine Knappe

Fon +49 30 2332099 66  
Fax +49 30 2332099 53  
[tr@rehasport-deutschland.de](mailto:tr@rehasport-deutschland.de)  
[www.rehasport-deutschland.de](http://www.rehasport-deutschland.de)

Amtsgericht Charlottenburg VR 26529 B  
Berliner Volksbank  
IBAN DE43100900007363905000  
USt-IdNr. DE256253846

So wünschenswert solch eine Überlegung als Alternative zur Schließung von Herzgruppen auch grundsätzlich sein mag, so wenig wäre diese durch die aktuelle Gesetzeslage abgedeckt:

Der Gesetzgeber hat nun einmal in § 44 Abs. 1 Nummer 3 SGB IX für den Rehabilitationssport die ärztliche Betreuung und Überwachung festgeschrieben.

Dies setzt voraus, dass der Arzt zu den Patienten in Kontakt tritt, über die individuellen Befunde und das jeweilige Trainingsprogramm informiert ist und sich ein Bild über den aktuellen Zustand der Teilnehmer und die Übungsmaßnahmen verschafft, um die Tätigkeit des Übungsleiters fachübergreifend zu begleiten und ggf. gemeinsam mit diesem die Ausgestaltung des Übungsprogramms dem jeweils aktuellen Gesundheits- und Trainingszustand der Patienten individuell anzupassen.

Die Rahmenvereinbarung hat die entsprechende Konkretisierung in Ziffer 12.2 vorgenommen.

**Insofern sehen wir aktuell keinen Spielraum, auch nicht im Rahmen eines Modellprojekts, von den aktuell geltenden Vorgaben, d.h. der zwingenden ärztlichen Präsenz, abzuweichen.**

Es ist jedoch sicherlich zulässig und angezeigt, grundsätzlich zum einen die derzeit geforderte Doppelbetreuung sowie zum anderen die ärztliche Betreuung und Überwachung in Frage zu stellen.

Die Präsenz von zwei Personen ist organisatorisch nicht zwingend erforderlich und wirtschaftlich eine Belastung.

Es ist daher zu überlegen, ob die notwendigen Kompetenzen (siehe oben: „1. – 3.“) nicht auch in einer Person gebündelt werden könnten; auf Grund der erforderlichen Leitung durch den Arzt/Ärztin, könnte dies aktuell nur bei diesem möglich sein.

Hierzu müsste er bzw. sie die sportpraktische Berechtigung, Herzgruppen anzuleiten, mitbringen bzw. erwerben; z.B. durch Abschluss der Ausbildung Herzgruppenleiter/in der DGPR.

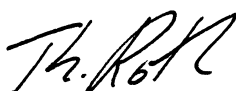
Zur Optimierung der Kompetenzen im Notfall halten wir ergänzend z.B. den Nachweis eines Advanced Cardiac Life Support Kurses (gem. American Heart Association) für sinnvoll.

Nach unserer Auffassung spräche dann weder aus Qualitätsaspekten, noch aus Sicht der Patientensicherheit etwas dagegen, dass ein so qualifizierter Arzt alleine Herzgruppen betreut; ggf. könnte so die Betreuung von Herzgruppen für Ärzte/Ärztinnen inhaltlich und wirtschaftlich attraktiver ausgestaltet werden.

Grundsätzlich könnten wir uns auch mit der Vision eines nicht ärztlichen Herzgruppenleiters, der analog dem Rettungsassistenten/-in bzw. Notfallsanitäter/-in spezifische ärztlich-medizinische Kompetenzen erwirbt und somit alleine Herzgruppen anleitet, anfreunden.

Grundlage hierfür wäre jedoch zunächst der politische Wille der aktuell mit der Ausgestaltung des Herzgruppen beteiligten Player auf den Gesetzgeber einzuwirken und die (zwingende) ärztliche Betreuung und Überwachung aus den gesetzlichen Vorgaben herauszunehmen.

Ich verbleibe  
mit einem freundlichen Gruß



Thomas Roth  
1. Vorstand