



Gesundheitswesen aktuell 2013

Beiträge und Analysen

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Bettina Begerow, David Bühne, Rüdiger Meierjürgen, Achim Kleinfeld, Klaus Schüle,
Thorsten Freikamp

„Rehabilitationssport und Funktionstraining: Leistungen der GKV am Beispiel Osteoporose“

AUSZUG aus:

BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2013 (Seite 314-331)

Bettina Begerow, David Bühne, Rüdiger Meierjürgen, Achim Kleinfeld,
Klaus Schüle, Thorsten Freikamp

Rehabilitationssport und Funktionstraining

Leistungen der GKV am Beispiel Osteoporose

Der Beitrag analysiert zwei Leistungen der gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherung auf dem Gebiet der bewegungsorientierten Maßnahmen: den Rehabilitationssport und das Funktionstraining. Beide Maßnahmen haben zum Ziel, eine möglichst dauerhafte Teilhabe der Betroffenen am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben zu gewährleisten. Auf der Basis einer empirischen Datenanalyse wird am Beispiel von Osteoporose-Betroffenen überprüft, wie sich Funktionstraining und Rehabilitationssport mit Blick auf den Gesundheitszustand, die Zuweisung und die Inanspruchnahme der Angebote sowie auf subjektiv wahrgenommene Effekte der Betroffenen unterscheidet.

Ausgangslage

Die gesundheitliche Bedeutung von körperlicher und sportlicher Aktivität in der Prävention und Rehabilitation ist heute unbestritten. Ihr Stellenwert wird angesichts der Zunahme chronisch degenerativer Erkrankungen und wachsender Multimorbidität weiter ansteigen. Der Rehabilitationssport (RS) und das Funktionstraining (FT) sind anerkannte, niedrighschwellige und bewegungsorientierte Maßnahmen für behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen sowie für chronisch kranke Personen, bei denen eine Beeinträchtigung am Leben in der Gesellschaft noch nicht eingetreten, aber zu erwarten ist. Das gemeinsame Ziel beider Leistungen ist eine möglichst dauerhafte Teilhabe der Betroffenen am Leben in Gesellschaft und Arbeitsleben (Teilhabe nach der UN-Behindertenrechtskonvention).

Die gesetzlichen Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen erbringen Rehabilitationssport und Funktionstraining als sogenannte ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 44 Absatz 1 Nummer 3 und 4 SGB IX, um das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern. Bei medizinischer Notwendigkeit wird Rehabilitationssport beziehungsweise

Funktionstraining ärztlich verordnet und dem jeweils zuständigen Kostenträger zur Bestätigung der Kostenübernahme vorgelegt. In der Gesetzlichen Krankenversicherung werden diese Leistungen solange erbracht, wie die Leistungen im Einzelfall notwendig, geeignet und wirtschaftlich sind. Der Leistungsumfang differiert nach Erkrankungen beziehungsweise individuellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Mobilität oder Selbstversorgung. Im Jahr 2011 betragen allein die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung für Rehabilitationssport und das Funktionstraining etwa 170 Millionen Euro (BAR 2013).

Um zu gewährleisten, dass die beiden Leistungen nach einheitlichen Grundsätzen erbracht und gefördert werden, haben die Rehabilitationsträger mit den maßgeblichen Leistungserbringern im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation eine Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining geschlossen (BAR 2011). Darin werden die Ziele, die Inhalte und die Umsetzungsregelungen der beiden Leistungen beschrieben.

Die in der Rahmenvereinbarung definierten Ziele und Kriterien lassen eine grundsätzlich stärker organzentrierte Ausrichtung des Funktionstrainings erkennen. Rehabilitationssport ist dagegen ganzheitlich ausgerichtet und kommt grundsätzlich bei allen Erkrankungen in Betracht. Das Funktionstraining kann insbesondere bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane angezeigt sein. Der Rehabilitationssport wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich; das Funktionstraining dagegen wirkt besonders mit den Mitteln der Krankengymnastik beziehungsweise Ergotherapie gezielt auf spezielle körperliche Strukturen (Muskeln, Gelenke...) der behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen (BAR 2011).

In der Diskussion um den Rehabilitationssport und das Funktionstraining werden gleichwohl immer wieder Stimmen laut, dass es in der Praxis schwierig ist, beide Leistungen voneinander zu unterscheiden. Sportverbände beklagen, dass es bei der Verordnung immer wieder zu

Missverständnissen komme (Landessportbund NRW 2011). In der Rehabilitations- und Versorgungsforschung haben die beiden Leistungen bislang wenig Aufmerksamkeit gefunden. So liegen noch keine vergleichenden Untersuchungen über die Adäquanz der beiden Angebote, die Allokation der Teilnehmer, deren Gesundheitszustand sowie die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der beiden Maßnahmen vor.

Vor diesem Hintergrund soll im Folgenden exemplarisch der Rehabilitationssport und das Funktionstraining bei Osteoporose näher untersucht werden. Osteoporose zählt zu den häufigsten Stoffwechselerkrankungen des Knochens. Die Prävalenz der Osteoporose liegt bei postmenopausalen Frauen bei etwa sieben Prozent im Alter von 55 Jahren und steigt auf 19 Prozent im Alter von 80 Jahren an. Für Männer liegen in Deutschland keine entsprechenden Angaben vor (Deutsche Gesellschaft für Osteologie 2009).

Die BEST-Studie schätzt die Prävalenz von Osteoporose, ermittelt über Osteoporose-Diagnosen, osteoporosebedingte Frakturen und Arzneimittelverordnungen, bei den über 50-Jährigen auf 14 Prozent im Jahr 2009 insgesamt und 24 Prozent bei Frauen beziehungsweise sechs Prozent bei Männern (Hadji et al. 2013). In dem vorliegenden Beitrag wurde Osteoporose als Krankheitsbild zum einen aufgrund der hohen Prävalenz ausgewählt, zum anderen werden für Betroffene sowohl Leistungen des Rehabilitationssports als auch des Funktionstrainings angeboten. Im Mittelpunkt der empirischen Analyse steht der Vergleich der jeweiligen Teilnehmerstruktur, der Gesundheitszustand der Teilnehmer und die gesundheitlichen Wirkungen der Maßnahmen.

Ziele, Inhalte und Durchführung des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings

Seit etwa 40 Jahren werden der Rehabilitationssport und das Funktionstraining als ergänzende Leistungen zur Rehabilitation zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erbracht. Die Ziele und Inhalte sowie Kriterien der Umsetzung sowie die Qualifikation der Übungsbeziehungsweise Gruppenleiter werden seit dem Jahr 1981 in der von den

Rehabilitationsträgern auf der Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation geschlossenen Rahmenvereinbarung festgelegt. In den Übersichten 1 und 2 sind die beiden Leistungen auf der Grundlage der aktuellen Rahmenvereinbarung des Jahres 2011 synoptisch gegenübergestellt. Beide Leistungen zielen darauf ab, die Teilnehmer möglichst dauerhaft in die Gesellschaft und das Arbeitsleben zu integrieren, positiv auf eine Erkrankung beziehungsweise Behinderung einzuwirken und auf einen gesundheitsbewussten Lebensstil hinzuwirken. Die in Gruppen durchgeführten Maßnahmen sollen zu langfristig selbstständigem und eigenverantwortlichem Bewegungstraining motivieren.

Die Qualifizierung der Übungsleiter wird für den Rehabilitationssport überwiegend über eine fachbereichsbezogene Fortbildung durch den Deutschen Behindertensportverband (DBS), die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e. V. (DGPR) beziehungsweise deren Landesvertretungen gewährleistet. Qualifikationen aus Berufsausbildungen oder anderen Ausbildungsgängen können ebenfalls anerkannt werden. Es existieren keine beruflichen Zugangsvoraussetzungen, daher finden sich unter den Übungsleitern sowohl Quereinsteiger als auch Sportwissenschaftler/-lehrer und Physiotherapeuten. Die Qualifizierung der Gruppenleiter für das Funktionstraining erfolgt insbesondere durch die Selbsthilfeverbände (bei Osteoporose beispielsweise durch den Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose – BfO). Grundsätzlich kommen für die Gruppenleitung Personen aus dem Berufsfeld der Physiotherapie und Ergotherapie sowie vergleichbar qualifizierte Therapeuten mit einer Fortbildung im Krankheitsbild in Betracht.

Wie die zwei Übersichten zeigen, bestehen trotz dieser Unterschiede eine Reihe weiterer Gemeinsamkeiten, etwa im Hinblick auf die angestrebte Hilfe zur Selbsthilfe oder die Durchführung als Gruppenangebot. So können zudem etwa im Bereich der Osteoporose die Maßnahmen sowohl im Rehabilitationssport als auch im Funktionstraining in Form von Trocken- und Wassergymnastikangeboten durchgeführt werden. Die Verordnung erfolgt zudem über niedergelassene Vertragsärzte auf dem einheitlichen

Verordnungsvordruck Muster 56 sowie durch Ärzte der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des Entlassungsberichtes.

Übersicht 1: Ziele des Rehabilitationssports und Funktionstrainings

Zielsetzungen	Reha-Sport	Funktionstraining
möglichst dauerhafte Integration in die Gesellschaft und das Arbeitsleben (Teilhabe)	+	+
Verbesserung von Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit	+	
Erhalt und Verbesserung von Funktionen und Hinauszögern von Funktionsverlusten einzelner Organsysteme/Körperteile		+
Schmerzlinderung und Bewegungsverbesserung		+
Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung	optional	+
Hilfe zur Selbsthilfe (Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen, Stärkung des individuellen Verantwortungsbewusstseins und dauerhafte Motivation zum [eigenverantwortlichen] Bewegungstraining)	+	+
Durchführung in Gruppen (zur Förderung gruppenspezifischer Effekte, Unterstützung des Erfahrungsaustauschs und Stärkung des Selbsthilfcharakters der Leistung)	+	+

Quelle: eigene Darstellung nach BAR 2011

Die Neufassung der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining aus dem Jahr 2011 lässt im Vergleich zur Vereinbarung des Jahres 2003 eine weitere inhaltliche und methodische Annäherung der beiden Leistungen erkennen, auch hinsichtlich einer ganzheitlichen Ausrichtung und der Hinwendung zur modernen ressourcenorientierten biopsychosozialen ICF-Klassifikation (International Classification of Functioning, Disability and Health). Da jedoch auch die Zielgruppe für beide Leistungen identisch beziehungsweise keine

diagnosespezifische Teilnehmerkriterien formuliert wurden, erschweren diese Überschneidungen dem Verordner und interessierten Patienten, das passende Angebot auszuwählen. Die Nutzung desselben Verordnungsformulars untermauert diese Entscheidungshürde.

Übersicht 2: Kriterien für die Durchführung des Rehabilitationssports beziehungsweise Funktionstrainings

	Reha-Sport	Funktionstraining
Zielgruppe	angezeigt für Personen, die über die notwendige Mobilität sowie physische und psychische Belastbarkeit für Übungen in der Gruppe verfügen	
	grundsätzlich bei jeder Erkrankung angezeigt	besonders bei Erkrankungen oder Funktionseinschränkungen der Stütz- und Bewegungsorgane
Mittel	wirkt mit den Mitteln des Sports und sportlich ausgerichteter Spiele ganzheitlich	wirkt mit den Mitteln der Krankengymnastik und/oder der Ergotherapie auf spezielle körperliche Strukturen
Leistungsumfang	gemäß der Rahmenvereinbarung grundsätzlich abhängig von der individuellen Erforderlichkeit	
Durchführung	in der Regel durch die örtlichen Rehabilitationssportgruppen	in der Regel durch örtliche Funktionstrainingsgruppen der Deutschen Rheuma-Liga, des BfO und der DVMB
Leitung	Übungsleiter mit Qualifikationsnachweis für die Durchführung des Rehabilitationssports	Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Ergotherapeuten oder vergleichbar qualifizierte Therapeuten mit anerk. Zusatzausbildung
Dauer	mindestens 45 Minuten	Trockengymnastik: mindestens 30 Minuten, Wassergymnastik: mindestens 15 Minuten

Quelle: eigene Darstellung nach BAR 2011

Methodik

Im Mittelpunkt des Beitrags steht eine vergleichende empirische Analyse der beiden Leistungsarten am Beispiel der Osteoporose. Diese soll insbesondere Aufschluss geben über

- die Teilnehmerstruktur,
- die Inanspruchnahme der Angebote,
- den Gesundheitszustand der Teilnehmer,
- die Zufriedenheit der Teilnehmer und
- die subjektiv wahrgenommenen gesundheitlichen Effekte.

Die zu prüfenden Hypothesen lauten: Osteoporose-Gruppen im Rehabilitationssport und Funktionstraining unterscheiden sich hinsichtlich

- des Gesundheitszustandes der teilnehmenden Osteoporose-Betroffenen,
- des Zuweisungsvorgangs und der Inanspruchnahme der Angebote sowie
- der subjektiv wahrgenommenen Effekte.

Die Datenerhebung erfolgte anhand eines Fragebogens für die Teilnehmer an Rehabilitationssportgruppen und Funktionstrainingsgruppen im Regierungsbezirk Köln. Der Fragebogen ist vom Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln (iqpr) entwickelt worden und umfasst 77 Items. In die Untersuchung sind ausschließlich (der Bezeichnung nach) reine Osteoporose-Gruppen des Bundesselbsthilfeverbandes für Osteoporose (BfO) und des Behindertensportverbandes Nordrhein-Westfalen (BSNW) eingebunden.

Zum Zeitpunkt der Befragung waren im Regierungsbezirk Köln mehr als 1.000 Personen in den vom BfO organisierten Funktionstrainingsgruppen aktiv. In die Erhebung wurden 36 Gruppen an 20 Standorten (maximal zwei Gruppen pro Standort) einbezogen. Aus insgesamt 528 versandten Fragebögen ging ein Rücklauf von etwa 54 Prozent hervor. Zum gleichen Zeitpunkt wurden 24 Vereine mit insgesamt 40 reinen Osteoporose-

Rehabilitationssportgruppen identifiziert. Insgesamt sind 600 Fragebögen mit einem Rücklauf von etwa 25 Prozent versandt worden. Im Vorfeld wurden die eingesetzten Instrumente einer externen Prüfung unterzogen sowie in Einzelauswertung auf Verständnis, Plausibilität und Bearbeitungszeit geprüft. Das Studienprotokoll wurde von der zuständigen Ethikkommission der Deutschen Sporthochschule Köln positiv bewertet.

Der Datensatz (446 Fälle; Gesamtrücklauf von rund 40 Prozent) wurde um 47 Fälle bereinigt, die nicht verwertbare Angaben zu auswertungsrelevanten Items enthielten oder mehr als 30 Prozent fehlende Werte aufwiesen (29 Fälle). Da Osteoporose-Gruppen grundsätzlich auch für Personen mit anderen Krankheitsbildern offen sind, finden sich unter den Teilnehmenden nicht nur Osteoporose-Betroffene. Im Rahmen der vorliegenden Ergebnisdarstellung werden allerdings ausschließlich diejenigen Personen betrachtet, bei denen nach eigener Angabe eine ärztlich diagnostizierte Osteoporose vorliegt (303 Fälle). Dies betrifft rund 73 Prozent der Befragten im Rehabilitationssport und 77 Prozent im Funktionstraining.

Ergebnisse

Teilnehmerstruktur und subjektiver Gesundheitszustand

Wie beim Krankheitsbild Osteoporose zu erwarten, nehmen überwiegend Frauen (95 Prozent) in einem fortgeschrittenen Lebensalter an den Maßnahmen teil (Tabelle 1). Insgesamt befinden sich rund 65 Prozent der Befragten in einem Alter von mindestens 70 Jahren, zwölf Prozent haben sogar bereits das 80. Lebensjahr überschritten. Ein Vergleich der Altersverteilung im Rehabilitationssport und Funktionstraining liefert signifikante Unterschiede (Signifikanzniveau $\leq 0,05$), welche auf die Anteile in der Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren zurückzuführen sind (zehn Prozent im Rehabilitationssport und zwei Prozent im Funktionstraining).

Die bei den erhobenen Parametern zum allgemeinen und osteoporose-spezifischen Gesundheitszustand festgestellten signifikanten Unterschiede betreffen ausschließlich die Angaben zum Zeitpunkt, seit dem eine

ärztlich diagnostizierte Osteoporose vorliegt (Signifikanzniveau $\leq 0,05$). Während die Erkrankung im Rehabilitationssport häufiger vor drei bis fünf Jahren diagnostiziert wurde (28 Prozent beim Rehabilitationssport und 18 Prozent beim Funktionstraining), liegt die Diagnosestellung im Funktionstraining überwiegend mehr als fünf Jahre zurück (66 Prozent beim Funktionstraining und 57 Prozent beim Rehabilitationssport).

55 Prozent der Teilnehmenden waren bisher von keiner (ihnen bekannten) osteoporotischen Fraktur betroffen. Die verbleibenden Personen berichten von ein bis drei (35 Prozent) beziehungsweise mehr als drei solcher Frakturen (acht Prozent), wobei die letzte Fraktur bei rund 47 Prozent dieser Personen innerhalb der vergangenen zwei Jahre auftrat. Der subjektive Gesundheitszustand liegt auf einer Skala von 1 bis maximal 10 im Durchschnitt bei 5,6 (Standardabweichung 1,8), wobei die mittleren Werte im Rehabilitationssport und Funktionstraining nur um 0,09 Punkte voneinander abweichen.

Die in den vergangenen vier Wochen vorliegenden Schmerzen bewerten rund 25 Prozent der Befragten als „stark“ oder „sehr stark“, weitere 45 Prozent berichten von „mäßigen“ Schmerzen. Weiterhin wurde die im genannten Zeitraum aus Schmerzen resultierende Beeinträchtigung erhoben. Rund 31 Prozent empfanden sich hierbei als „ziemlich“ oder „sehr“ und 38 Prozent als „mäßig“ beeinträchtigt.

Wahrgenommene Einschränkungen und körperliche Veränderungen, die der Erkrankung zugeschrieben werden, schlagen sich insbesondere im Bereich der körperlichen Aktivitäten (beispielsweise Ausübung sportlicher Aktivitäten, Hobbys, Gartenarbeit) sowie bei Aktivitäten im Haus (etwa beim Staubsaugen, Geschirrspülen) nieder.

Tabelle 1: Darstellung der Teilnehmergruppen im Rehabilitationssport und Funktionstraining bei diagnostizierter Osteoporose (Anteile in Prozent)

Merkmal	Ausprägung	Reha-Sport (n=102)	Funktionstraining (n=201)	Gesamt (n=303)
Alter*	40 bis 49 Jahre	1,0	0,5	0,7
	50 bis 59 Jahre	9,8	2,0	4,6
	60 bis 69 Jahre	29,4	28,9	29,0
	70 bis 79 Jahre	46,1	57,7	53,8
	80 Jahre oder älter	12,7	10,9	11,6
	keine Angabe	1,0	0	0,3
Geschlecht	Frauen	92,2	96,0	94,7
	Männer	5,9	1,5	3,0
	keine Angabe	2,0	2,5	2,3
Zeitpunkt der Diagnose**	unter einem Jahr	5,9	3,0	4,0
	1 bis 2 Jahre	15,7	11,9	13,2
	3 bis unter 5 Jahre	28,4	17,9	21,5
	5 Jahre oder älter	57,1	65,7	59,4
	keine Angabe	2,9	1,5	2,0
Anzahl osteoporotischer Frakturen	keine	58,8	52,7	54,8
	1 bis unter 3	32,4	36,3	35,0
	3 und mehr	4,9	9,5	7,9
	keine Angabe	3,9	1,5	2,3
Zeitpunkt der letzten osteoporotischen Fraktur	unter einem Jahr	15,8	14,1	14,6
	1 bis unter 2 Jahre	36,8	27,2	30,0
	2 Jahre und mehr	47,4	55,4	53,1
	keine Angabe	0	3,3	2,3
		(n=38)	(n=92)	(n=130)
subjektiver Gesundheitszustand (1 bis 10)	Mittelwert (Standardabweichung)	5,5 (1,8)	5,6 (1,8)	5,6 (1,8)
Schmerzstärke innerhalb der vergangenen 4 Wochen	keine Schmerzen	4,9	10,9	8,9
	sehr leicht	9,8	7,5	8,3
	leicht	9,8	8,0	8,6
	mäßig	44,1	45,3	44,9
	stark	23,5	21,4	22,1
	sehr stark	2,9	3,5	3,3
	keine Angabe	4,9	3,5	4,0
Beeinträchtigung durch Schmerzen innerhalb der vergangenen 4 Wochen	überhaupt nicht	6,9	10,4	9,2
	ein bisschen	16,7	18,4	17,8
	mäßig	40,2	36,3	37,6
	ziemlich	26,5	22,4	23,8
	sehr	3,9	8,5	6,9
	keine Angabe	5,9	4,0	4,6

Quelle: eigene Berechnung, Signifikanzniveau * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Die Verordnung und Inanspruchnahme der Leistungen

In Tabelle 2 sind Informationen über das Zuweisungsgeschehen und die Inanspruchnahme der Angebote im Rehabilitationssport und Funktionstraining dargestellt. Entgegen der zu prüfenden Hypothese finden sich hierbei an keiner Stelle statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Leistungen.

Insgesamt wird deutlich, dass im vorliegenden Kollektiv nahezu jede zweite Person die Kosten des Angebotes selbst trägt und damit keine finanziellen Leistungen der Rehabilitationsträger in Anspruch nimmt. Der Anteil der Selbstzahler liegt bei rund 46 Prozent. Die durchschnittliche Teilnahmedauer liegt bei fast acht Jahren. 91 Prozent der Befragten geben an, das Angebot wöchentlich oder sogar mehrfach pro Woche zu besuchen. Diese Ergebnisse lassen sich auf eine ausgeprägte Gruppenbindung zurückführen, welche wiederum eine mögliche Erklärung für die vorgefundene Tendenz zum Verbleib in der aktuellen Gruppe bietet. Fast drei Viertel (73 Prozent) der Befragten geben an, bisher kein weiteres Angebot für Osteoporose im Bereich der ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation besucht zu haben.

Unter den verordnenden Ärzten dominieren niedergelassene Fachärzte (56 Prozent) vor Hausärzten (38 Prozent). In knapp zwei Prozent der Fälle erfolgt die Verordnung über Ärzte von Rehabilitationseinrichtungen. Der Zugang zu den Gruppen scheint in den überwiegenden Fällen anhand von Verordnungen zu erfolgen, denn auch 65 Prozent der Selbstzahler geben an, in der Vergangenheit bereits ein von den Krankenkassen übernommenes Angebot besucht zu haben.

Zur Bewertung der Effekte der beiden Leistungen wurden auf einer sechsstufigen Skala von 1 („trifft überhaupt nicht zu“) bis 6 („trifft voll zu“) 18 Items gebildet, die auf den Dimensionen motorische Fähigkeiten, Selbsthilfe und Krankheitsbewältigung sowie einem Gesamtwert zusammengefasst wurden (Abbildung 1). Die dargestellten Skalenwerte (61 Prozent Varianzaufklärung nach Faktorenanalyse) verdeutlichen, dass die

Tabelle 2: Teilnahme und Zuweisungsverfahren (Anteile in Prozent)

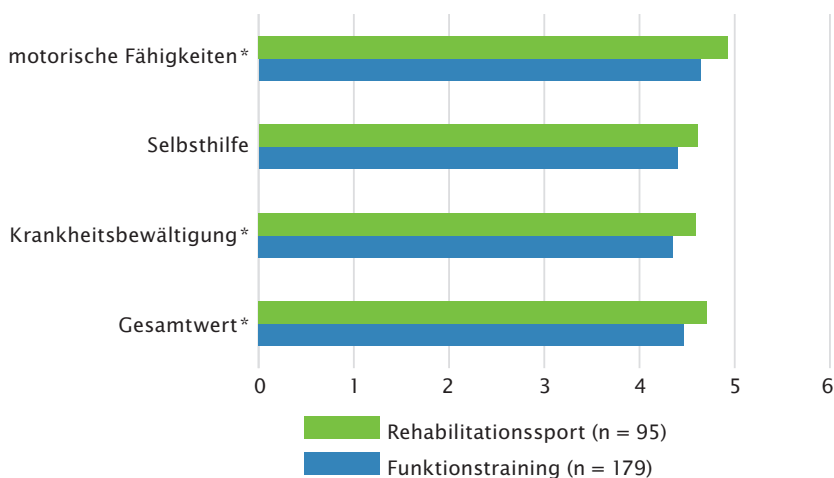
Merkmal	Ausprägung	Reha-Sport	Funktions- training	Gesamt
Gesamtgruppe		n=102	n=201	n=303
Regelung der Kostenübernahme	Verordnung	50,0	52,2	51,5
	Selbstzahler	50,0	44,3	46,2
	keine Angabe	0	3,5	2,3
Wahrnehmung des Angebots	mehrmals pro Woche	14,9	18,6	16,2
	einmal pro Woche	73,6	76,5	74,6
	etwa einmal in 2 Wochen	1,0	2,0	1,3
	keine Angabe	10,4	2,9	7,9
Dauer der Kurs- teilnahme in Jahren	Mittelwert	M 7,0	M 8,3	M 7,8
	(Standard- abweichung)	SD 7,4 (n=92)	SD 6,5 (n=181)	SD 6,9 (n=273)
Personen m. Verordnung		n=51	n=105	n=156
Handelt es sich um eine Folgeverordnung?	ja	45,1	45,7	45,5
	nein	41,2	29,5	33,3
	keine Angabe	13,7	24,8	21,2
antragstellender Arzt	Hausarzt	41,2	36,2	37,8
	Facharzt	56,9	55,2	55,8
	Arzt Reha-Einricht.	2,0	1,9	1,9
	keine Angabe	0	6,7	4,5
Selbstzahler		n=51	n=89	n=140
vorherige Kosten- übernahme durch Verordnung	ja	62,7	66,3	65,0
	nein	29,4	30,3	35,0
	keine Angabe	7,8	3,4	5,0

Quelle: eigene Berechnung

Angebote sowohl auf körperlicher als auch auf psychosozialer Ebene als sehr hilfreich und gewinnbringend erlebt werden. Der höchste Effekt wird jeweils den motorischen Fähigkeiten zugeschrieben, hier liegen die Durchschnittswerte bei 4,9 (Rehabilitationssport) beziehungsweise 4,6 (Funktionstraining). Bei den Skalen Selbsthilfe und Krankheitsbewältigung liegen die berichteten Effekte bei etwa 4,6 (Rehabilitationssport) beziehungsweise 4,4 (Funktionstraining). Zu erkennen ist darüber hinaus, dass die Skalenwerte im Rehabilitationssport jeweils 0,2 bis 0,3 Punkte

oberhalb derer im Funktionstraining liegen. Signifikante Unterschiede finden sich bei den Skalen „motorische Fähigkeiten“ (Signifikanzniveau $\leq 0,05$), „Krankheitsbewältigung“ (Signifikanzniveau $\leq 0,05$) und im Gesamtwert der subjektiven Effekte (Signifikanzniveau $\leq 0,05$).

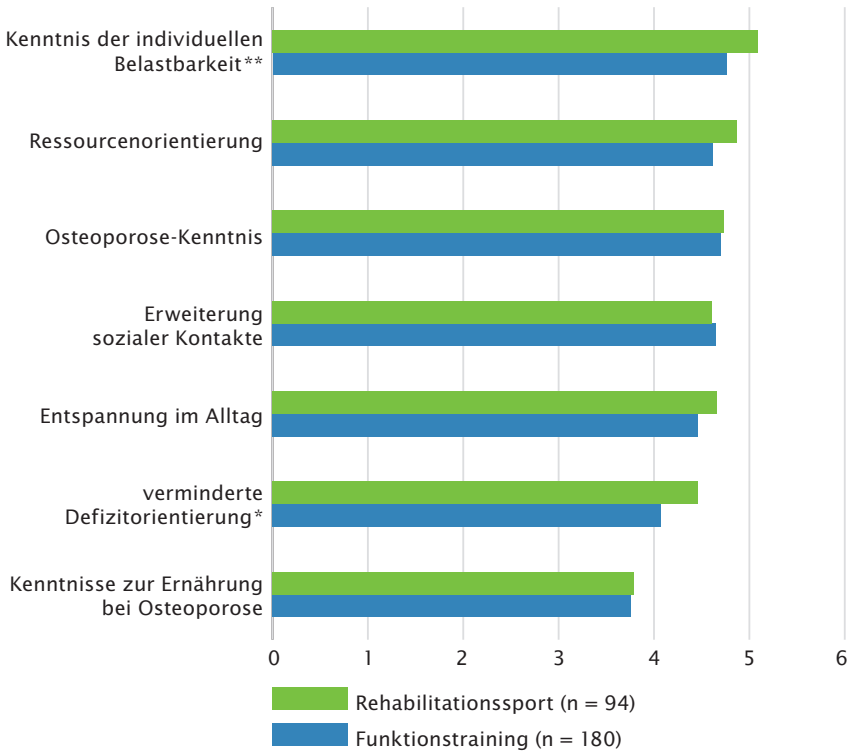
Abbildung 1a: Subjektive Effekte im Rehabilitationssport und Funktionstraining (Hauptdimensionen)



Quelle: eigene Berechnung, Signifikanzniveau * $p \leq 0,05$

Auch auf der Ebene der 18 Items bestätigt sich die positive und vielfältig wahrgenommene Wirkung der Angebote. Die bei den Skalenwerten vorgefundene Differenz zwischen den Leistungen zeigt sich auch an dieser Stelle. Hier sei exemplarisch auf die Skala „Selbsthilfe“ verwiesen. Während die Effekte auf überwiegend hohem Niveau rückgemeldet werden, bestehen fast durchgehend geringfügige Unterschiede zugunsten des Rehabilitationssports, welche bei sieben von 18 Items signifikant ausfallen. Trotz der vorgefundenen Unterschiede ermöglichen die vorliegenden Daten somit keine Rückschlüsse auf eine unterschiedliche inhaltliche oder methodische Schwerpunktsetzung innerhalb der Leistungen.

Abbildung 1b: Subjektive Effekte im Rehabilitationssport und Funktionstraining (Einzelskalen am Beispiel der Selbsthilfe)



Quelle: eigene Berechnung, Signifikanzniveau * $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

Diskussion und Fazit

Die Rahmenvereinbarung der BAR über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining empfiehlt Struktur- und Prozessqualitäten für die Durchführung beider Leistungen und ist zum einen hinweisgebend für die Träger dieser Leistungen, zum anderen auch für Ärzte und Anbieter. Beide Leistungen weisen eine Reihe von Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Ziele und Kriterien ihrer Umsetzung auf. Eine trennscharfe Abgrenzung

ist daher in der Praxis nicht einfach. In dem vorliegenden Beitrag wurde am Beispiel der Osteoporose die Teilnehmerstruktur, deren Gesundheitszustand sowie die Effekte der beiden Leistungen erhoben und verglichen.

Entgegen der Annahme, dass im Funktionstraining eher stärker beeinträchtigte Personen anzutreffen seien, unterscheiden sich die in den Osteoporosegruppen befragten Personen im Rehabilitationssport und Funktionstraining nur bei zwei der erhobenen gesundheitsrelevanten Aspekten. So liegt die ärztliche Diagnose im Funktionstraining potenziell länger zurück, wobei dies möglicherweise mit dem geringfügig höheren Lebensalter der hier Trainierenden assoziiert ist. Zudem empfinden sich im Funktionstraining mehr Personen infolge der Osteoporose als sehr von körperlichen Beeinträchtigungen betroffen. Weitere bedeutende Faktoren, wie Frakturen, das Betroffensein von Schmerzen oder auch subjektive Einschränkungen, weisen dagegen keine signifikanten Unterschiede auf. Unter Bezugnahme auf die in der Rahmenvereinbarung definierten Mittel der Leistungen wären insbesondere an dieser Stelle Unterschiede zu erwarten.

Auch hinsichtlich des Zuweisungsgeschehens und der Inanspruchnahme der Angebote konnten keine Unterschiede identifiziert werden. Ähnliches gilt für die subjektiven Effekte. Unter Annahme von unterschiedlichen inhaltlichen und methodischen Schwerpunkten wäre sowohl auf Skalen- als auch auf Item-Ebene mit Abweichungen in dem Niveau der berichteten Effekte zu rechnen. Tatsächlich aber weisen die Daten sehr starke Ähnlichkeiten auf. Die bei den meisten Items vorgefundenen Unterschiede zugunsten des Rehabilitationssports sind dagegen als unspezifisch zu interpretieren. Auch wenn nicht sichergestellt werden kann, dass alle für die Versorgungssteuerung bei Osteoporose bedeutsamen Faktoren erhoben wurden, weisen die Ergebnisse doch darauf hin, dass keine zielgerichtete Zuweisung zu den Leistungen erfolgt. Möglicherweise resultiert die Entscheidung für oder gegen eine Leistung häufig vielmehr aus der Verfügbarkeit eines wohnortnahen Angebotes.

Unabhängig von der Frage der Differenzierung der Leistungen sind die vorliegenden Ergebnisse als sehr erfreulich zu interpretieren. Der Rehabilitationssport und das Funktionstraining leisten eine vielfältige und als wertvoll erlebte Unterstützung zum Erhalt von Selbstversorgung und Leistungsfähigkeit bei älteren und gesundheitlich stark eingeschränkten Osteoporose-Betroffenen. Beide Maßnahmen geben Anlass zum Informationsaustausch, sie stellen eine soziale Verbindlichkeit dar und tragen nicht zuletzt zum Erhalt des Aktivitätsradius und der dafür notwendigen motorischen Fähigkeiten bei. Die Befragten geben eine regelmäßige und aktive Teilnahme an, fühlen sich überwiegend optimal beansprucht und bewerten die Förderung ihrer motorischen Fähigkeiten, gesundheitlichen Potenziale und der Krankheitsbewältigung als positiv.

Die ausgesprochen lange Dauer der Inanspruchnahme und der überraschend hohe Anteil an Selbstzahlern weisen auf eine hohe Akzeptanz der Leistungen sowie auf einen eigenverantwortlichen Umgang der Teilnehmer mit ihrer Gesundheit hin. Dieser konzeptionell angestrebte Übergang von einer ergänzenden Leistung zur Rehabilitation der Krankenkassen zum eigenverantwortlichen Bewegungstraining im Sportverein oder in der Selbsthilfegruppe scheint in den untersuchten Organisationsformen fließend zu sein.

Insgesamt legen die Ergebnisse der empirischen Analyse des Rehabilitationssports und des Funktionstrainings bei Osteoporose den Schluss nahe, entweder Kriterien für eine trennscharfe Unterscheidung und eine passgenaue Zuweisung zu den jeweiligen Leistungen zu entwickeln oder zu prüfen, ob die beiden Leistungen zu vereinheitlichen sind.

Eine Unterscheidung der Leistungen ist immer dann geboten, wenn unterschiedliche (rehabilitations-)medizinische Versorgungsbedarfe bestehen, die eine Trennung erforderlich machen. Differenzierte und verbindliche Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität könnten in diesem Fall Leistungsträgern und -anbietern, Ärzten und Betroffenen eindeutige und transparente Entscheidungen eröffnen. Der Nachweis, dass eine

Leistungsdifferenzierung notwendig ist, dürfte – wie die Ergebnisse des vorliegenden Beitrags zeigen – zumindest für die Osteoporose nicht einfach zu führen sein. Sofern beide Leistungen auch künftig Bestand haben, sollte deren Qualität über Qualifizierungs- und Schulungsmaßnahmen der zuweisenden Ärzte und der Leistungserbringer gefördert werden. Dies setzt nicht zuletzt die Entwicklung von unterstützenden Materialien und Curricula voraus.

Der weitreichende Vorschlag, beide Leistungen zu vereinheitlichen, würde die Transparenz und Akzeptanz der ergänzenden Leistungen der Rehabilitation fördern sowie vermutlich die Verordnungs-, Finanzierungs- und Abrechnungsmodalitäten vereinfachen und den Zugang für die Betroffenen erleichtern. Die Umsetzung könnte allerdings nur im Rahmen einer gesetzlichen Neuregelung und im Einvernehmen mit dem organisierten Rehabilitationssport und der Selbsthilfe erfolgen.

Im vorliegenden Beitrag konnten nur exemplarisch der Rehabilitationssport und das Funktionstraining bei Osteoporose einbezogen werden. Zur Verallgemeinerung der Ergebnisse sind weitergehende Analysen über das gesamte Spektrum der Leistungen des Rehabilitationssports und Funktionstrainings erforderlich. Die Rehabilitations- und Versorgungsforschung hat bislang den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vernachlässigt. Es sind weitergehende Forschungsanstrengungen geboten. Sofern sich die Ergebnisse insgesamt bestätigen, sollte eine Neuordnung der Leistungen kein Tabuthema sein.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation – BAR (Hrsg.) (2013): Tendenz steigend. Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe. In: Reha-Info. 1/2013. S. 7–8.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation–BAR (2011): Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011. Frankfurt am Main.
- Deutsche Gesellschaft für Osteologie (2009): Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Frauen ab der Menopause, bei Männern ab dem 60. Lebensjahr“. <http://awmf.org>.
- Hadji, P., S. Klein und H. Gothe et al. (2013): Epidemiologie der Osteoporose: Bone Evaluation Study (BEST). In: Deutsches Ärzteblatt. Jahrgang 110, Heft 4. S. 52–57.
- Landessportbund Nordrhein-Westfalen (2011): Unterschied von Rehabilitationssport und Funktionstraining. Merkblatt für Sportvereine und für Ärzte.