

## Risikofaktor Bewegungsmangel – Aktueller Wissensstand und Verhalten der Krankenkassen. Ein Gegensatz?

In den letzten 100 Jahren wurden Methoden zur Bestimmung der körperlichen Leistungsfähigkeit entwickelt und seit 50 Jahren werden in prospektiven Studien Probanden und Patienten in großen Längsschnittstudien kontrolliert. Die Daten der letzten 15 Jahren unterstützen die These, dass die körperliche Leistungsfähigkeit eines Menschen eng mit seiner körperlichen Aktivität korreliert und in einer deutlich verringerten Morbidität und Mortalität, zum Beispiel an kardiovaskulären und Stoffwechselerkrankungen, Neoplasien oder Osteoporose, resultiert (1, 5). Körperliche Fitness hängt auch von persönlichen Faktoren wie genetischer Prädisposition, Alter, Geschlecht, und Erkrankungen ab und ist ein Indikator für den Lebensstil. Die Bestimmung der körperlichen Fitness als max. Sauerstoffaufnahme oder als max. ergometrische Leistungsfähigkeit erlaubt eine prospektive Abschätzung des Gesamtrisikos (1, 4, 5).

Wir können auch in der Sekundärprävention von kardiovaskulären Erkrankungen durch den Einsatz von regelmäßigem körperlichen Training eindrucksvolle Erfolge erzielen. In großen Metaanalysen wurde bewiesen, dass die Mortalität von Patienten mit koronarer Herzerkrankung durch lang dauernde Interventionsprogramme um bis zu 40% abnimmt und auch das Risiko von nicht tödlichen Komplikationen um etwa 25-30% verringert wird (1, 3, 4, 5). Wir würden nun annehmen, dass alle gesellschaftlichen Anstrengungen unternommen werden, körperliche Aktivität "als Medikament" zu fördern. So existieren in Deutschland etwa 6000 ambulante Herzgruppen. Diese geraten aber erstaunlicherweise in das Fadenkreuz der Krankenkassen, die gesetzlich die Finanzierung dieser Gruppen sicherstellen müssen. Nach einer Anweisung des Bundesversicherungsamtes werden nun offenkundig zunehmend Patienten beim Vorlegen einer Wiederholungsbescheinigung für den Rehabilitationssport die Kostenzusagen verweigert, obwohl das Bundesversicherungsamt nur Folgendes festgestellt hat (2): "Mehrere Kassen beteiligen sich an den Kosten für den Rehabilitationssport bei Versicherten, die diese Leistungen seit mehreren Jahren aufgrund von Wiederholungsverordnungen ununterbrochen in Anspruch nehmen. Die Krankenkasse kann als ergänzende Leistung zur Rehabilitation den Rehabilitationssport fördern, der Versicherten ärztlich verordnet und in Gruppen unter ärztlicher Betreuung ausgeübt wird, jedoch nur so lange wie der Behinderte während dieser Übung der Überwachung durch den Arzt und der Anleitung durch den Übungsleiter bedarf. Die einzelne Verordnung von Rehabilitationssport erstreckt sich im allgemeinen auf einen Zeitraum von 6 Monaten, in Ausnahmefällen auf längstens 12 Monate. Rehabi-

litationssport kann wiederholt verordnet werden, sofern dies zur Erreichung oder Sicherung des Rehabilitationszieles erforderlich ist."

Die Rechtslage ist, dass die Kassen bei medizinischer Begründung auch Wiederholungsverordnungen genehmigen müssen, diese aber jeweils für maximal 6 Monate ausgesprochen werden dürfen. In diesem Heft findet

sich eine Stellungnahme des Deutschen Behindertensportverbandes, in der die Verordnung von Rehabilitationssport erläutert wird (6). Bei der koronaren Herzerkrankung sollten Folgeverordnungen bis zu 3 Jahren möglich sein, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.

In der Realität werden aber gerade ältere, multimorbide Patienten in den Herzgruppen verbleiben müssen, weil sie anders nicht mehr fähig sind, Sport zu betreiben und davon zu profitieren. Wir müssen erreichen, dass die Vorteile von Herzsport auch unseren älteren, behinderten Patienten weiterhin zugute kommen. Die Krankenkassen sind aufgerufen, eine effiziente und nachweislich lebensverlängernde Maßnahme mit sehr niedrigen Tagestherapiekosten von unter 60 Cent nicht aus einseitigen Kostengesichtspunkten zu behindern, wenn sie sich nicht dem Verdacht aussetzen wollen, das Leben und das Wohlbefinden ihrer Mitglieder aus Kostengründen gefährden zu wollen.

*Prof. Dr. Jürgen M. Steinacker  
Dr. Susanne Reißnecker*

### Literatur:

1. Blair SN, Kohl HW III, Barlow CE, et al.: Changes in physical fitness and all-cause mortality: a prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 273 (1995) 1093-8.
2. Bundesversicherungsamt - Prüfdienst Krankenversicherung. Jahresbericht 2000. Bonn, 2001
3. O'Connor GT, Buring JE, Yusuf S, et al.: An overview of randomized trials of rehabilitation with exercise after myocardial infarction. *Circulation* 80 (1989) 234-244
4. Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, et al.: Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev* (2001) CD001800
5. Myers J, Prakash M, Froelicher V, et al.: Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *New Engl J Med* 346 (2002) 793-801
6. Zimmer M, Rittthaler F: Verordnung von Rehabilitationssport. *Dtsch Z Sportmed* 53 (2002) 302



Prof. Dr. J. M. Steinacker, Sektion Sport- und Rehabilitationsmedizin, Med. Klinik und Poliklinik Universitätsklinikum, Ulm