

Rehabilitation und Disease-Management-Programme

Referat zur Gemeinsamen Tagung des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte am 24.9.2003 in Berlin von Harry Fuchs Düsseldorf

1. Einleitung

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleiches (RSA) am 1.1.2002 werden in dem zwischen den Krankenkassen bestehenden Risikostrukturausgleich die Beitragsbedarfe der Versicherten gesondert ermittelt, die sich in akkreditierte Disease-Management-Programme für bestimmte chronische Erkrankungen eingeschrieben haben. Auf dieser Grundlage ergibt sich im Rahmen des RSA eine finanzielle Besserstellung der Krankenkassen, die vergleichsweise viele solcher eingeschriebenen Patienten versichern. Mit dieser zunächst finanzierungstechnischen Maßnahme wird einerseits das Ziel verfolgt, dass im Wettbewerb die Krankenkassen, die sich für die Versorgung chronisch Kranker einsetzen, für diesen besonderen Einsatz nicht noch finanziell bestraft werden.

Andererseits sollen mit der Einführung des Disease-Management's in der Versorgung hohe Qualitätsstandards durchgesetzt und Über-, Unter- und Fehlversorgung abgebaut werden. Insbesondere die Politik hat bei der Vermittlung dieser gesetzlichen Maßnahmen in der Öffentlichkeit das Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität für chronisch Kranke in den Mittelpunkt gestellt.

Chronisch Kranke erhalten ihre Versorgung in Deutschland im Rahmen des gegliederten Sozialleistungssystems nicht nur durch die Leistungen der Krankenversicherung und im Rahmen der Krankenbehandlung, sondern von verschiedenen Sozialleistungsträgern, insbesondere auch durch Leistungen zur Rehabilitation. Es liegt deshalb nahe, dass die Betroffenen unter Verbesserung ihrer Versorgung nicht nur die Verbesserung der Qualität der Krankenbehandlung, insbesondere der kassenärztlichen Versorgung, sondern ihrer gesamten Versorgung als chronisch kranke und behinderte Menschen verstehen. Dies dürfte eine Ursache für die Diskussion sein, wie denn die rehabilitative Versorgung in die strukturierten Behandlungsprogramme ein- bzw. angebunden wird.

Eine weitere Ursache für die Diskussion an der Schnittstelle zwischen Rehabilitation und DMP formuliert der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Gutachten 2001/2002, Band III), der bei der Langzeitbetreuung chronisch Kranker „ein deutliches Missverhältnis zwischen einer Überversorgung im kurativen Bereich einerseits und einer Unterversorgung im Bereich der Prävention und Rehabilitation andererseits“ feststellt. Nach seiner Auffassung (Gutachten 2003) ist „Ziel der DMP die Steuerung der Behandlung definierter Gesundheitsstörungen über sektorenspezifische Grenzen hinweg. Es wird angenommen, dass die systematische, integrierte, evidenzbasierte Patientenversorgung besonders bei chronischem Verlauf effektiver und effizienter als die fragmentierte Behandlung einzelner Krankheitsepisoden ist. Sämtliche Maßnahmen der Betreuung und Behandlung, aber auch der (Sekundär-)Prävention und Rehabilitation sollten eingeschlossen sein.“

2. Was versteht man unter Disease Management ?

In der Literatur existiert keine eindeutige Definition von Disease Management.

In den USA versteht man 1995 darunter das Maß der Ausprägung zu der Patienten, Leistungserbringer und andere Mitglieder des Professionellen Systems einer rationalen Therapiestrategie folgen (Luginbill, Eli Lilly).

Nach *Neuffer (1996)* ist es ein systematischer Ansatz mit dem Ziel, die Kosten im Gesundheitswesen zu senken und gleichzeitig qualitativ hochwertigere Ergebnisse

in der Versorgung zu erzielen. *Hunter (1997)* definiert Disease Management als einen strukturierten Ansatz, der den Patient mit seiner Erkrankung und seinem Krankheitsverlauf als therapeutische Einheit betrachtet und aus den drei Säulen Datenbasis (Krankheitskostenstruktur, Leitlinien), sektorenübergreifendes Gesundheitsverständnis und kontinuierlicher Qualitätsverbesserungsprozess besteht. *Deuser (1999)* sieht darin das populationsbezogene, prozessorientierte und sektorenübergreifende Management von Krankheitsbildern und Krankheitsverläufen. Die Ergebnisse werden mittels Outcomes Research gemessen.

Die *Disease Management Association of America* versteht darunter einen multidisziplinären, kontinuierlichen Ansatz in der Gesundheitsversorgung für Populationen mit definierten Erkrankungen oder mit einem Risiko, bestimmte Erkrankungen zu entwickeln. Es unterstützt die Verbesserung des Arzt/Patienten-Verhältnisses, verhindert durch Prävention die Exazerbation und die Entwicklung von Komplikationen durch evidenzbasierte, kosteneffektive Therapiestrategien und umfasst einen kontinuierlichen Evaluationsprozess medizinischer, ökonomischer und patientenbezogener Outcomes.

Lauterbach (2001) entwickelt daraus in einem im Auftrage des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) erstellten Gutachten für Deutschland folgende Definition: „Disease Management ist ein systematischer, sektorenübergreifender und populationsbezogener Ansatz zur Förderung einer kontinuierlichen, evidenzbasierten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen über alle Krankheitsstadien und Aspekte der Versorgung hinweg. Der Prozess schließt die kontinuierliche Evaluation medizinischer, ökonomischer und psychosozialer Parameter sowie eine darauf beruhende kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsprozesses auf allen Ebenen ein.“

3. Disease Management im SGB V

Der Gesetzgeber verwendet den Begriff Disease-Management-Programme nur als Klammerzusatz und spricht im Übrigen von „strukturierten Behandlungsprogrammen“.

Während *Lauterbach (2001)* u.a. folgende Ziele strukturierter Behandlungsprogramme definiert

- Organisation kontinuierlicher und qualitativ hochwertiger Versorgung nach dem neuesten Stand der Wissenschaften
- Konzentration der Versorgung chronisch Kranker auf Ärzte und Einrichtungen, die über ausreichendes Erfahrungswissen verfügen
- Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung
- wirtschaftliche Entlastung durch Kosteneinsparungen
- Einführung einer evidenzbasierten Therapie zur Vermeidung bzw. Verringerung von Komplikationen und Komorbiditäten,

beschränkt sich der Gesetzgeber in § 137 f Abs. 1 Satz 1 SGB V auf das generelle Ziel, das mit den strukturierten Behandlungsprogrammen der Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessert werden soll, ohne dies weiter zu konkretisieren.

Stattdessen gibt der Gesetzgeber differenzierte Kriterien vor, die bei der Auswahl der chronischen Krankheiten, für die strukturierte Behandlungsprogramme durch den Koordinierungsausschuss nach § 137e Abs. 2 Satz 2 SGB V (jetzt Gemeinsamer Bundesausschuss gem. § 91 SGB V) empfohlen werden sollen, und bei der Ausgestaltung der Behandlungsprogramme zu beachten sind.

3.1 Bei der Auswahl der chronischen Krankheiten für die strukturierte Behandlungsprogramme zu empfehlen sind, sind nach § 137 f Abs. 1 Satz 2 SGB V zu berücksichtigen

- Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten
- Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien
- sektorenübergreifender Behandlungsbedarf
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufes durch Eigeninitiative des Versicherten
- hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.

Diese Kriterien korrespondieren deutlich mit den von *Lauterbach* definierten Zielen, sodass die strukturierten Behandlungsprogramme unter Berücksichtigung dieser Kriterien zweifelsfrei auf diese Ziele ausgerichtet sind.

3.2 Strukturierte Behandlungsprogramme müssen nach den unmittelbaren Vorgaben des Gesetzgebers in § 137 f Abs. 2 Satz 2 SGB V folgende Anforderungen erfüllen, um nach § 137g SGB V durch das Bundesversicherungsamt zugelassen werden zu können:

- Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors und, soweit vorhanden, unter Berücksichtigung - der auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien vom Korordinierungsausschuss beschlossenen Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für Krankheiten, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann (§ 137e Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V)
- Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen
- Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung des Versicherten in ein Programm, einschl. der Dauer der Teilnahme
- Schulung der Leistungserbringer und der Versicherten
- Dokumentation
- Bewertung der Wirksamkeit und der Kosten (Evaluation einschl. des Verfahrens).

Zu diesen gesetzlichen Anforderungen enthält die nach § 266 Abs. 7 SGB V ergangene Rechtsverordnung Konkretisierungen für folgende Kriterien:

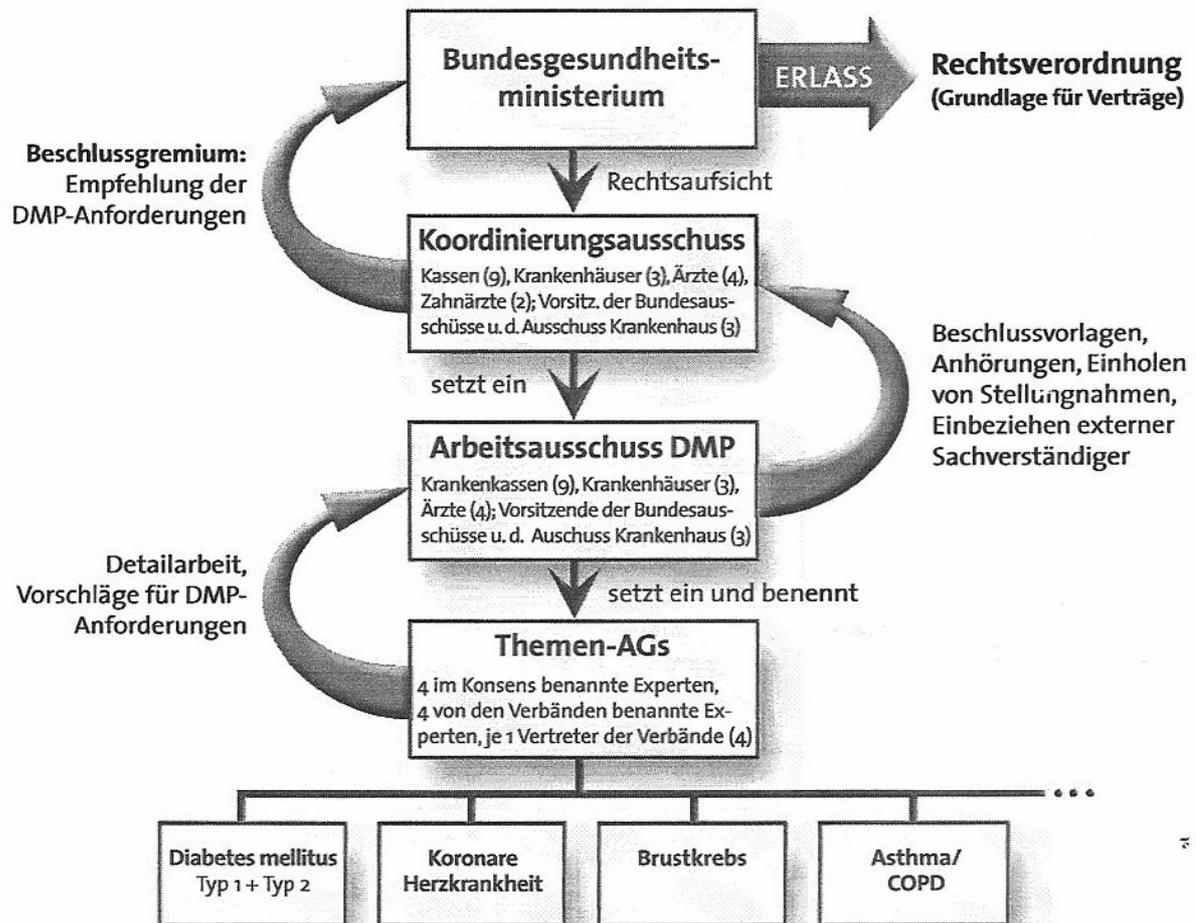
- Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien (§ 28b)
- Qualitätssicherungsmaßnahmen § 28c)
- Einschreibeverfahren (§ 28d)
- Schulung der Versicherten und Leistungserbringer (§ 28e)
- Dokumentation (§ 28f)
- Evaluation (§ 28g)

Die Verträge über strukturierte Behandlungsprogramme können vom Bundesversicherungsamt nur eine Zulassung erhalten, wenn mit ihnen die Erfüllung der in der Rechtsverordnung nach § 266 Abs. 7 SGB V konkret definierten Anforderungen nachgewiesen wird (§ 137g Abs. 1 Satz 1 SGB V). Im Übrigen muss zu diesem Zeitpunkt die externe Evaluation durch einen vom Bundesversicherungsamt bestellten Sachverständigen gewährleistet sein (§ 137 Abs. 4 SGB V).

3.4 Für die Versicherten ist die Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137g Abs. 3 Satz 1 SGB V freiwillig. Voraussetzung für die Einschreibung ist deshalb nach umfassender Information durch die Krankenkasse die schriftliche Einwilligung des Versicherten zur Teilnahme am Programm, zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der in der Rechtsverordnung nach § 166 Abs. 7 SGB V festgelegten Daten durch die Krankenkasse, die zur Evaluation beteiligten Sachverständigen und die beteiligten Leistungserbringer sowie zur Übermittlung dieser Daten an die Krankenkasse (§ 137f Abs. 3 Satz 2 SGB V)

3.5. Das Verfahren zur Entwicklung und Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme nach dem SGB V stellt sich wie folgt dar.

So entstehen die Inhalte der Disease-Management-Programme (DMP):



Grafik: AOK-Mediendienst

3.5 Die bisher in Kraft gesetzten strukturierten Behandlungsprogramme (Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Koronare Herzerkrankungen) weisen folgende einheitliche Gliederung auf

- Definition des Krankheitsbildes
- Diagnostik
- Therapie
 - Therapieziele
 - Therapieplanung
- Therapeutische Maßnahmen
- Rehabilitation
- Kooperation der Versorgungsebenen
- Qualitätssichernde Maßnahmen
- Teilnahmevoraussetzungen
- Schulungen
- Dokumentation
- Evaluation

Dabei wird das Krankheitsbild ohne jedweden Ansatz bezogen auf Krankheitsfolgen

oder Beeinträchtigungen der Teilhabe definiert.

Die **Diagnostik** erstreckt sich ausschließlich auf die medizinischen Aspekte, eine Diagnose der Beeinträchtigung der körperlichen, seelischen und sozialen Integrität bzw. der Integrität der Aktivitäten und Leistungen im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist nicht vorgesehen. In den Entwürfen der DMP Asthma bronchiale bzw. COPD wird erstmals eine Berufsanamnese bzw. der berufs-, tätigkeits- sowie umgebungsbezogenen Auslöser von Atemnot und Husten vorgesehen. Als Grundlage eines Rehabilitations-Screenings oder gar –assessments sind diese Kriterien jedoch völlig unzureichend.

Bei den **Therapiezielen** handelt es sich ausschließlich um Ziele im Sinne der Erreichung einer bestmöglichen Gesundheit, wie z.B. im DMP KHK

- Reduktion der Sterblichkeit
- Reduktion der kardiovaskulären Morbidität, Vermeidung von Herzinfarkten, und der Entwicklung von Herzinsuffizienz
- Steigerung der Lebensqualität durch Vermeidung von Angina-pectoris-Beschwerden und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

Auf die Förderung der Selbstbestimmungsfähigkeit und die gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtete Therapieziele, d.h., Therapieziele im Sinne der Aufgabenstellung medizinischer Rehabilitation, sind in den DMP`s nicht enthalten.

Die **Therapeutischen Maßnahmen** enthalten Therapieformen wie körperliches Training, psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung oder Atem- und Physiotherapie, die sowohl zur Krankenbehandlung, wie auch zur Rehabilitation oder Prävention oder im Rahmen der pflegerischen Versorgung eingesetzt werden können.

In jüngerer Zeit ist insbesondere von Vertretern der Krankenversicherung zu hören, dass der Einsatz solcher Therapieformen im Rahmen der DMP doch belege, dass die Rehabilitation integraler Bestandteil der DMP sei.

Dem ist entgegen zu halten, dass die Durchführung eines bestimmten therapeutischen Verfahrens noch nichts über die Art der Versorgung aussagt. Die unterschiedlichen Ziele, die in den unterschiedlichen Versorgungsgebieten anzustreben sind, erfordern eine jeweils unterschiedliche Ausprägung des therapeutischen Verfahrens hinsichtlich seiner Durchführung und Intensität. D.h., dass erst die mit dem Ressourceneinsatz verfolgten Ziele ein therapeutisches Verfahren als Bestandteil eines bestimmten Versorgungsbereiches kennzeichnen. Werden – wie im Rahmen der DMP - mit den dort eingesetzten therapeutischen Verfahren ausschließlich akutmedizinische Ziele verfolgt, sind sie bei ihrer Ausführung entsprechend ausgeprägt, sodass es sich um Methoden der akutmedizinischen Versorgung und nicht der Rehabilitation handelt. Erst wenn die gleichen Verfahren bei ihrer Ausführung so ausgeprägt sind, dass sie Ziele der Rehabilitation erreichen können, handelt es sich um rehabilitationsmedizinische Verfahren.

Die **Rehabilitation** wird in allen DMP`s im Abschnitt Kooperation der Versorgungssektoren dahingehend abgehandelt, dass der DMP-zertifizierte Arzt prüfen soll, ob der Patient – beim DMP Diabetes mellitus Typ 1 noch beschränkt auf die therapeutischen Ziele des DMP – von der Durchführung medizinischer Rehabilitationsleistungen profitieren kann.

In den Entwürfen der DMP Asthma bronchiale bzw. COPD soll eine Rehabilitationsmaßnahme bei einem bestimmten Schweregrad der Erkrankung oder nach Ausschöpfung bestimmter Therapiemaßnahmen erwogen werden. Diese Regelung verstößt gegen geltendes Rehabilitationsrecht weil das SGB IX den Bedarf und die Durchführung von Rehabilitationsleistungen an das Vorliegen bestimmter, durch die Krankheit verursachter Funktionsstörungen und die Erreichbarkeit von Zielen im Sinne der Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bindet. Der mit einer Diagnose verbundene Schweregrad einer Krankheit ist allenfalls ein Indiz für eine Funktionsstörung, das Ausschöpfen bestimmter akutmedizinischer Interventionen für den Zugang zur Rehabilita-

tion völlig bedeutungslos. Die beabsichtigten Regelungen bleiben auch hinter den entsprechenden Regelungen aus der kurz vor dem Abschluss stehenden Richtlinien über die Verordnung von Rehabilitationsleistungen nach § 93 SGB V zurück.

Im DMP KHK ist darüber hinaus eine Definition von Rehabilitation und Rehabilitationszielen enthalten, die zwar mit der Definition von Gesundheit der Rehabilitation, nicht aber mit der Definition der WHO zur Rehabilitation (ICF) und den entsprechenden Inhalten im deutschen Behinderten- und Rehabilitationsrecht (SGB IX) zu vereinbaren ist.

Zusammenfassen ist festzuhalten, dass die strukturierten Behandlungsprogramme nach ihrer gesetzlichen Definition ein Instrument zur Qualifizierung der Akutversorgung sind. Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker Menschen im Sinne von DMP bedeutet nach geltendem Recht ausschließlich die Verbesserung des Behandlungsverlaufs und der Qualität der akutmedizinischen Versorgung.

Strukturierte Behandlungsprogramme sind danach das Instrument, mit dem die ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erreicht werden kann, wie sie nach §§ 12, 72 Abs. 2 SGB V ohnehin schon Selbstverständnis der kassenärztlichen Versorgung hätte sein müssen.

4. Rehabilitation stellt spezifische Anforderungen

Die medizinische Rehabilitation gehört zu einem anderen Rechts- und Vertragsraum als die Krankenbehandlung (Sachverständigenrat 2002/2003, Lf., Tz. 611), der – wie die nachfolgende Tabelle zeigt – im Verhältnis zur Akutversorgung deutlich unterschiedliche Rahmenbedingungen setzt:

| Versorgungsaspekt | Akutversorgung | Medizinische Rehabilitation |
|---|--|--|
| Konzeption | Konzeptionelles Bezugssystem ist i. d. R. das bio-medizinische Krankheitsmodell. Vorrangige Ziele sind Diagnose und Linderung bzw. Heilung einer Erkrankung, woraus sich eine primär kurzfristige Zielperspektive ergibt. Zur Zielerreichung dienen (apparative) diagnostische Maßnahmen, medikamentöse und chirurgische Interventionen sowie Krankenpflege. | Zugrunde gelegt wird das bio-psycho-soziale Modell von Krankheit und Behinderung. Die Zielperspektive ist mit der Wiedereingliederung in Beruf, Familie und Gesellschaft mittel- bis langfristig ausgerichtet. Im Vordergrund der rehabilitativen Behandlung stehen v.a. übende und trainierende Verfahren, Beratung, psychologische Verfahren, Gesundheitsbildung und Patientenschulung sowie Medikamente und Hilfsmittel. Idealerweise findet auch eine Verknüpfung mit beruflicher und sozialer Rehabilitation statt. |
| Versorgungsaspekt | Akutversorgung | Medizinische Rehabilitation |
| Zuweisung und Voraussetzung der Inanspruchnahme | Die Einweisung erfolgt meist durch einen niedergelassenen Arzt, der i. d. R. auch das behandelnde Krankenhaus bestimmt. In | Die Zuweisung erfolgt auf Antrag nach Bewilligung und Begutachtung durch den Rehabilitationsträger. Das Verfahren umfasst die Festlegung von |

| | | |
|--------------------------------|--|--|
| | Notfallsituationen ist auch eine direkte Einweisung möglich. Die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung wird letztendlich durch das Krankenhaus festgestellt. | Art, Umfang, Beginn und Dauer sowie der behandelnden Einrichtung. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten |
| Behandlungsprozess | Abgeleitet aus dem Therapiekonzept ergibt sich, dass der größte Ressourceneinsatz zu Beginn der Behandlung entsteht. Idealtypisch erfolgt eine Abnahme der Therapiedichte gegen Ende des Aufenthalts. Mit zunehmendem Schweregrad einer Erkrankung geht i. d. R. die Zunahme des Ressourceneinsatzes einher. Auch Multimorbidität kann durch höheren Ressourceneinsatz berücksichtigt werden. Die Behandlung endet, sobald der Patient entlassungsfähig ist; idealtypisch ist dies durch weitgehende Heilung erreicht. | Der Ressourceneinsatz verteilt sich relativ gleichförmig über die gesamte Behandlungsdauer. Im Einzelfall . wenn der Patient belastbarer wird . ist auch eine Zunahme der Therapiedichte möglich. Zwischen dem Schweregrad einer Erkrankung und dem Ressourceneinsatz besteht in der Rehabilitation keine eindeutige Beziehung. Dagegen ergibt sich aus Multimorbidität i. d. R. ein erhöhter Behandlungsbedarf, da Nebenerkrankungen ggf. auch akutmedizinisch versorgt werden müssen. Als Ende einer rehabilitativen Behandlungsphase könnte die Befähigung eines Patienten, den Rehabilitationsprozess eigenständig fortsetzen zu können, gelten. |
| Struktur- und Prozessqualität | ist weit überwiegend durch medizinische Anforderungen definiert | ist weit überwiegend durch psychosoziale Anforderungen definiert |
| Verweildauer | Eine Verkürzung der Verweildauer ist durch Optimierung von Behandlungsabläufen möglich. Allerdings besteht die Gefahr des Eintretens von (späteren) Komplikationen und anschließenden Wiederaufnahmen | Eine Optimierung von Behandlungsabläufen zur Reduzierung der Verweildauer ist nur begrenzt möglich. Eine Verweildauerverkürzung führt i. d. R. zur Reduktion von Therapiequantität und Behandlungsqualität. |
| Wiederaufnahme und Verlegungen | Die Wiederaufnahme eines Patienten nach dessen Entlassung bzw. eine Verlegung zwischen zwei Krankenhäusern ist möglich und findet vergleichsweise häufig statt. | Wiederaufnahme bzw. Verlegung eines Patienten zwischen zwei Rehabilitationseinrichtungen sind eher selten |

Quelle: Sachverständigenrat in Anlehnung an Haaf, H.-G. (2002a) u. eigene Ergänzung

Diese unterschiedlichen Anforderungen und Rahmenbedingungen bewirken in den jeweiligen Versorgungssektoren Struktur- und Prozessqualitäten, die – auch aus wirtschaftlichen Gründen – zielgerichtet auf die jeweiligen Anforderungen ausgerichtet sind und sich nur in Teilbereichen überlappen bzw. multidisziplinär nutzbar sind.

Die Verlagerung von Aufgaben aus einem Versorgungssektor in einen angrenzenden erfordert deshalb zwangsläufig auch eine qualitative Anpassung der dort vorgehaltenen Ressourcen.

Seit Inkrafttreten des Sozialgesetzbuches, Teil IX, am 1.7.2001 richten sich auch im Bereich der Krankenversicherung die Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach den Bestimmungen dieses Gesetzes, da im Sozialgesetzbuch, Teil V, insbesondere zu den Zielen, dem Gegenstand, dem Umfang und der Ausführung dieser Leistungen keine abweichenden Regelungen enthalten sind (§ 7 SGB IX).

§ 4 Abs. 2 Satz 1 SGB IX verpflichtet die Krankenkassen im Sinne einer zwingend zu beachtenden Leistungsvoraussetzung dazu, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur zur Erfüllung der in § 4 Abs. 1 SGB IX genannten Ziele zu gewähren (im Verhältnis zu § 4 SGB IX enthält das SGB V keine abweichende Zielbeschreibung, sodass spezifische Ziele des SGB V nicht zu beachten sind).

Nach § 10 Abs. 1 Satz 2 SGB IX sind die Leistungen der medizinischen Rehabilitation darauf auszurichten, den Betroffenen die den Zielen der §§1, 4 Abs. 1 SGB IX **entsprechende umfassende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft** zu ermöglichen.

Darüber hinaus schreibt § 27 SGB IX den Krankenkassen vor, dass die Zielsetzungen der medizinischen Rehabilitation (§ 26 Absatz 1 SGB IX) auch bei Leistungen der ambulanten und stationären Krankenbehandlung, d.h., auch für die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V gelten.

Während im Zentrum der kurativen Medizin die Abklärung und Behandlung einer Krankheit steht, ist die Rehabilitation auf die Behinderung und deren Minderung oder Beseitigung, d.h., die Behandlung der Krankheitsfolgen bezogen auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, ausgerichtet. Während die kurative Medizin als Ziel die bestmögliche Gesundheit anstrebt, besteht das Ziel der medizinischen Rehabilitation deshalb nach § 26 Absatz 1 SGB IX i.V.m. §§ 1, 2 und 4 SGB IX stets in der Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Daraus folgt, dass sich jede rehabilitative Maßnahme – auch im Zusammenhang mit strukturierten Behandlungsprogrammen – nicht an den Diagnosen orientieren darf. **Sie muss immer und stets an den Funktionsdefiziten und deren möglichst weitgehender Restitution ausgerichtet sein** (vgl. §§ 2 Absatz 1, 4 Absatz 1 SGB IX); Diagnosen stellen für die medizinische Rehabilitation allenfalls ein Mittel der Orientierung dar. Die dafür geeigneten, reha-spezifischen diagnostischen und therapeutischen Instrumente stellt die rehabilitative Medizin bereit, als Basis-Klassifikationssystem ist der ICF anerkannt und eingeführt, das SGB IX baut auf ihm auf.

Demgegenüber orientieren sich die DMP bisher ausschließlich an der akutmedizinischen Diagnose und nicht an den für die rehabilitative Intervention typischen Funktionsdefiziten des Patienten (vgl. §§ 2, 4 SGB IX – handicap-orientierter Ansatz nach ICF-Klassifikation).

5. DMP und Rehabilitation

Wenn strukturierte Behandlungsprogramme entsprechend ihrer Zielsetzung „über alle Stadien und Aspekte der Versorgung“ hinweg eine kontinuierliche, evidenzbasierte Versorgung gewährleisten sollen, müssen sie die sich aus der Rehabilitation und dem Rehabilitationsrecht ergebenden spezifischen Anforderungen akzeptieren und integrieren.

Voraussetzung für die Verknüpfung von Rehabilitation und DMP ist bei allen Beteiligten die Akzeptanz, dass Krankenbehandlung und medizinische Rehabilitation nach geltendem Recht unterschiedliche Aufgaben und Ziele verfolgen und deshalb die DMP beiden Aufgabenstellungen und Zielen Rechnung tragen müssten.

Konkret bedeutet dies z.B., dass die DMP

- Therapieziele der Rehabilitation im Sinne der medizinischen Rehabilitation nach §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX aufnehmen müssten
- im Rahmen der Diagnostik Art und Umfang der Teilhabestörungen im Sinne der ICF feststellen und daraus die Rehabilitations-/Therapieziele ableiten müssten
- im Rahmen der Therapieplanung und der eingesetzten therapeutischen Verfahren rehabilitativ ausgeprägte Methoden aufnehmen müsste, die entsprechend dem festgestellten funktionsbezogenen Rehabilitationsbedarf geeignet erscheinen, die Rehabilitationsziele zu erreichen.

Dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Einbeziehung der medizinischen Rehabilitation in die DMP`s auch eine entsprechende **rehabilitationswissenschaftliche Evidenzbasierung und –bewertung** erfordert. Die Evidenz einer Leistung muss sich auf ihre Wirksamkeit bezogen auf die mit ihr angestrebten Ziele erstrecken. Maßstab für die in § 137f Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V geforderte Evidenz können deshalb für die medizinische Rehabilitation nicht die Ziele der Krankenbehandlung und darauf abzielende medizinwissenschaftliche Feststellungen, sondern nur die Teilhabeziele der medizinischen Rehabilitation (§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX) und die Wirksamkeit der Leistungen bezogen auf diese Teilhabeziele sein. Die in Deutschland seit vielen Jahrzehnten in großer Zahl durchgeführten rehabilitationswissenschaftlichen Studien bieten dazu eine gute Grundlage.

Die Umsetzung der genannten Anforderungen der Rehabilitation dürfte durch eine bloße Erweiterung der akut-medizinischen Anforderungen in der vorhandenen Gliederung der DMP kaum sachgerecht möglich sein, so dass es nahe liegt, den Anforderungen für die akutmedizinische Versorgung eine parallele Anforderung für die rehabilitationsmedizinische Versorgung anzugliedern.

Dennoch bestehen erhebliche Zweifel, dass die rehabilitationsmedizinischen Anforderungen im Rahmen oder im Verbund mit niedergelassenen Arztpraxen erfüllt werden können, weil es bisher flächendeckend nicht in ausreichender Zahl ambulante bzw. stationäre Rehabilitationsangebote gibt, mit denen in Kooperation diese Anforderungen erfüllt werden könnten.

Neben einer Integration der medizinischen Rehabilitation in die DMP bieten sich verschiedene weitere Alternativen zur Vernetzung der medizinischen Rehabilitation mit den DMP an:

- Verordnung von ambulanter und stationärer Rehabilitation durch den DMP-zertifizierten Arzt auf der Grundlage von rehabilitationswissenschaftlichen Indikationsleitlinien
- Angebot spezifischer ambulanter und stationärer, auf die DMP-Indikation ausgerichteter medizinischer Rehabilitationsleistungen, die gezielt mit den strukturierten Behandlungsprogrammen korrespondieren und ggfls. eine individualisierte Behandlungsdauer aufweisen
- Angebot DMP-ergänzender Rehabilitationsmodule auf der Basis des § 26 Abs. 3 SGB IX, z.B.
 - Hilfen zur Unterstützung bei Krankheits- und Behinderungsverarbeitung
 - Aktivierung von Selbsthilfepotentialen
 - Hilfen zur seelischen Stabilisierung und Förderung der sozialen Kompetenz, u.a. durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen
 - Training lebenspraktischer Fähigkeiten
 - Anleitung zur Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

- Kooperationsverträge zwischen DMP-zertifiziertem Arzt und Rehabilitationseinrichtungen zur Erbringung von DMP-Teilleistungen, wenn z.B. die in den DMP vorgesehenen therapeutischen Verfahren im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung nicht, nicht in der erforderlichen Qualität oder in ausreichender Zahl angeboten werden können (z.B. in den neuen Bundesländern)

Die bisher in den DMP vorgesehene Prüfung, ob ein Patient von Rehabilitationsleistungen profitieren kann, ist völlig unspezifisch. Das Institut für Sozialmedizin am Universitätsklinikum Lübeck (Prof. Dr. Raspe) hat deswegen in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften und der Gesellschaft für Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. Indikationsleitlinie genannte Hinweise für Ärzte entwickelt, die ihnen bei der Durchführung des DMP Diabetes mellitus Typ 1 Maßstäbe zur Beurteilung an die Hand gibt, wann die Verordnung von Rehabilitation angezeigt ist.

Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und qualifizierten Einleitung medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen aus einem strukturierten Behandlungsprogramm erscheint es nachgerade geboten, solche Indikationsleitlinien für die Verordnung von Rehabilitationsleistungen für alle in Kraft tretenden DMP zu entwickeln. Auf dieser Grundlage würde zunächst der allgemeine Bedarf zur Einleitung von medizinischen Rehabilitationsleistungen entsprechend den Maßstäben des SGB IX geklärt.

Darüber hinaus dürfte sich in Ergänzung der strukturierten Behandlungsprogramme auch indikationspezifischer Rehabilitationsbedarf ergeben (z.B. in einer auf Stoffwechselerkrankungen spezialisierten Rehabilitationseinrichtungen), der mit Blick auf die vor und nach der medizinischen Rehabilitation im Rahmen des DMP erbrachten Leistungen durch ein spezifisches Rehabilitationsangebot mit zielgerichteter Prozessqualität und ggfls. verkürzter Dauer gedeckt werden kann.

Die DMP-ergänzenden Rehabilitationsmodule auf der Basis des § 26 Abs. 3 SGB IX können eine wichtige Ergänzung der DMP mit Leistungen darstellen, die üblicher Weise nicht Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung sein. So ist z.B. nicht nachzuvollziehen, dass nach den bisherigen Regelungen ein strukturiertes Behandlungsprogramm einfach für beendet erklärt wird, wenn der Berechtigte nicht teilnimmt. Dabei wäre zunächst zu klären, aus welchen Gründen die Teilnahme nicht fortgesetzt wird und ob nicht durch entsprechende Anleitung und Motivation bzw. Hilfen zur Krankheitsverarbeitung zunächst die Grundlagen für die Teilnahme geschaffen werden müssten.

Die gegen den Einsatz solcher DMP-ergänzenden Rehabilitationsmodule von den Krankenkassen vorgetragene Feststellung, die Leistungen nach § 26 Abs. 3 SGB IX könnten nur im Rahmen von rehabilitativen „Komplexleistungen“ als deren Bestandteil erbracht werden, entbehren jedweder rechtlichen Grundlage. Abgesehen davon, dass jedes dieser Module bereits für sich gesehen eine ambulante Rehabilitationsleistung sein könnte, handelt es bei den Inhalten des § 26 Abs. 3 SGB IX ihrer Natur nach bereits um Leistungen, die in der Regel vor oder nach einer Komplexleistung zu erbringen sind.