

Stellungnahme des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) zu den Anforderungen an die Ausgestaltung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) für chronisch Kranke anlässlich des Referentenentwurfs zur „4. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung“

1. Vorbemerkung

Der Koordinierungsausschuss hat am 13. Mai 2002 auf der Grundlage des § 137f Abs. 2 SGB V eine Empfehlung zu den Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2 beschlossen. Diese Empfehlung wurde am 10. Juni 2002 auf der Basis des weiteren Beratungsergebnisses des vom Koordinierungsausschuss gebildeten Arbeitsausschusses ergänzt und um die Anforderungen für die Indikation Brustkrebs erweitert. Mit in Krafttreten der „4. Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (4. RSAÄndV)“ würden zum 1. Juli 2002 erstmalig Disease-Management-Programme für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs anlaufen.

Um eine Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker zu fördern, ist die Durchführung der strukturierten Behandlungsprogramme an den Risikostrukturausgleich gekoppelt. Chronisch Kranke, die in ein zugelassenes Behandlungsprogramm für Diabetes mellitus Typ 2 oder Brustkrebs eingeschrieben sind, bilden eine gesonderte Versichertengruppe im Risikostrukturausgleich. Demzufolge können auch Ausgaben für ambulante und stationäre Vorsorgeleistungen nach § 23 Abs. 2 und Abs. 4 SGB V, wenn durch diese Leistungen die Verschlimmerung von Diabetes mellitus Typ 2 oder Brustkrebs verhindert werden soll (sog. Sekundärprävention, § 23 Abs. 1 Nr. 3, 2. Alternative SGB V), Leistungen zur ambulanten und stationären Rehabilitation nach § 40 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V sowie ergänzende Leistungen zur Rehabilitation nach § 43 SGB V bei der Ermittlung der standardisierten Leistungsausgaben für die in zugelassene strukturierte Behandlungsprogramme eingeschriebenen chronisch kranken Versicherten im Risiko-

strukturausgleich berücksichtigt werden (§ 4 Abs. 1 Nr. 11 des Referentenentwurfs zur 4. RSAÄndV).

Die Rentenversicherung begrüßt die Einrichtung von Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs und vor allem die Einbindung der Rehabilitation in die Behandlungsprogramme. Durch die Berücksichtigung von Rehabilitationsleistungen der GKV im Risikostrukturausgleich wird unseres Erachtens die Vernetzung der Rehabilitation im Rahmen des Versorgungsprozesses chronisch Kranker gefördert. Dieses Vorgehen wird befürwortet und unterstützt.

Angesichts der Bedeutung der medizinischen Rehabilitation ist in diesem Kontext auf die Notwendigkeit der Definition von Schnittstellen und Übergängen zwischen den Versorgungssektoren und zur Vernetzung von Akutmedizin und Rehabilitation hinzuweisen. Die Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung sind ein wichtiger Bestandteil in der Behandlungskette. Dies gilt besonders bei solchen chronischen Krankheiten, deren Folgen langfristige und schwerwiegende Auswirkungen auf die Integration der Betroffenen in Beruf und Alltag haben. Die Ziele der Rehabilitation in der Rentenversicherung sind gesetzlich festgelegt. Die Rehabilitationsleistungen sollen negative Auswirkungen von Krankheit und Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit beseitigen. Handlungsbedarf ist bereits dann gegeben, wenn eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorliegt.

Versicherte der Rentenversicherung erhalten medizinische Leistungen zur Rehabilitation, deren Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder körperlicher, geistiger oder seelischer Behinderung erheblich gefährdet oder gemindert ist und bei denen durch die Leistung voraussichtlich die Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet oder bei bereits geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert werden kann. Abgeleitet aus dem WHO-Konzept gehen in die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit (erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit) folgenden Aspekte ein:

- Ausmaß der Schädigung (Impairment) eines Organs/Organssystems in Funktion und Struktur (somatischer, kognitiver und psychosozialer Bereich)
- Ausmaß der funktionellen Einschränkung (Disability) einer Person in ihren Fähigkeiten (Behinderung in Beruf und Alltag) und
- Ausmaß der sozialen Beeinträchtigung (Handicap) aus Krankheitsfolgen (beruflicher Abstieg, Arbeitsplatzverlust, Frühberentung, soziale Isolierung, Verlust sozialer Unterstützung).

In der Rehabilitation liegt der Schwerpunkt der Behandlung in der Verbesserung, Erhaltung und bestmöglichen Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit des Menschen im Alltag und Berufsleben.

Disease-Management-Programme können aus Sicht der Rentenversicherung dazu beitragen ein adäquates Versorgungsnetz für chronisch Kranke zu realisieren, wenn u. a. folgende Anforderungen erfüllt werden:

- Einbeziehung (früh-)rehabitativer Elemente in die Akutversorgung, im Krankenhaus entsprechend § 39 Abs. 1 Satz 3 HS 2 SGB V in der Fassung des SGB IX, soweit im Einzelfall erforderlich ebenfalls im ambulanten Bereich
- Definition von Schnittstellen und Übergängen zwischen den Versorgungssektoren, insbesondere zur Vernetzung von Akutmedizin und medizinischer Rehabilitation, zur Realisierung der Prinzipien „Reha vor Rente“ und „Reha vor Pflege“
- Berücksichtigung sozialmedizinischer Aspekte (z. B. Prüfung, ob im Einzelfall Behinderung besteht/droht oder ob die Erwerbsfähigkeit gefährdet ist)
- Stärkung der Sekundär- und Tertiärprävention zur (soweit irgend möglich) Verhinderung der Chronifizierung von Erkrankungen
- Einbindung von Patientenschulung in alle Versorgungsphasen.

2. Indikationsspezifische Aspekte zur medizinischen Rehabilitation bei Diabetes mellitus Typ 2

Mit der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms wird seitens des BMG das Ziel verfolgt, eine „qualitativ hochwertige und gut koordinierte Versorgung“ für chronisch Kranke zu erreichen. Im strukturierten Behandlungsprogramm Diabetes mellitus Typ 2 soll dies vor allem über die Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V) erfolgen. Tz. 1.8 der Anlage 1 zu §§ 28b bis 28g des Referentenentwurfs zur 4. RSAÄndV spezifiziert diesbezüglich die Kooperation der Versorgungssektoren. Neben der Überweisung vom Hausarzt zum jeweils qualifizierten Facharzt oder in eine diabetologische Schwerpunktspraxis bzw. diabetologisch spezialisierte Einrichtung (Tz. 1.8.1), wird die Überweisung an eine auf die Behandlung diabetischen Fußes spezialisierte Einrichtung (Tz. 1.8.2), die Einweisung in ein Krankenhaus (Tz. 1.8.3) sowie die Indikation für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme (Tz. 1.8.4) und die Indikation für die Durchführung psychotherapeutischer Maßnahmen (Tz. 1.8.5) benannt. Hervorzuheben ist der Punkt Indikation für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme (Tz. 1.8.4), der festlegt, dass *„im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms zu prüfen ist, ob der Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 von einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren kann“*.

Da somatische, verhaltensbezogene und psychosoziale Faktoren die Manifestation des Diabetes mellitus in Ausprägung und Verlauf entscheidend beeinflussen, ihre Kenntnis für die geeignete Wahl der Behandlungselemente und für die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung wichtig sind, hat die medizinische Rehabilitation in ihrem komplexen, interdisziplinären und auf langfristige Ziele ausgerichteten Ansatz zentrale Bedeutung. Den Kontextfaktoren und Krankheitsrisiken werden die persönlichen Ressourcen gegenübergestellt, deren Stärkung eine wichtige Voraussetzung für einen optimalen Behandlungserfolg ist. Es soll eine angemessene Krankheitsverarbeitung erreicht und eine gesundheitsgerechte Verhaltensweise gefördert werden, dabei werden arbeitsspezifische und soziale Anforderungen in den Reha-Prozess einbezogen. Des Weiteren ist dem individuell zu ermittelnden Bedarf an weiterführenden Maßnahmen, gezielten Nachsorgekonzepten oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben Rechnung zu tragen.

Aspekte zur Reha-Indikationsstellung bei Diabetes mellitus Typ 2

Insbesondere bei Typ-2-Diabetikern sind im Rahmen der Diagnostik häufig bereits Folgeschäden nachweisbar, auch wenn subjektive Krankheitszeichen noch fehlen. Vor allem sind hierbei die neurologischen, vaskulären, ophthalmologischen, nephrologischen und kardiologischen Aspekte zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass bereits in diesen Stadien eine erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit vorhanden sein kann. Zudem ist Diabetes mellitus Typ 2 häufig mit Multimorbidität gekoppelt.

Daher ist für die Reha-Indikationsstellung in der Regel eine gezielte und ausführliche Anamnese erforderlich. Insbesondere sind u. a. eine umfassende Ernährungsanamnese zu erheben, krankheitsrelevante berufsbezogene Faktoren und spezielle Kontext- bzw. Risikofaktoren zu eruieren. Dabei ist auf psychische/soziale Faktoren zu achten, die ggf. für eine gestörte Krankheitsverarbeitung von Bedeutung sind. Darüber hinaus sind selbstverständlich die indikationsübergreifenden Aspekte (Begleitkrankheiten) zu berücksichtigen.

Für die sozialmedizinische Beurteilung, ob im Einzelfall eine Indikation zur medizinischen Rehabilitation bei Diabetes mellitus Typ 2 bestehen kann, haben folgende Aspekte besondere Bedeutung:

- Funktionseinschränkungen und oder Fähigkeitsstörungen im Alltag bzw. für die berufliche Tätigkeit aufgrund der Erkrankung
- Verlauf der Erkrankung mit Beurteilung der Diabetes-bedingten Folgestörungen unter Berücksichtigung der bisherigen Therapie
- spezielle Risikokonstellationen (z.B. Rauchen), ggf. weitere, Diabetes-unabhängige Krankheiten oder Multimorbidität
- Dauer, Häufigkeit und Ursachen der Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Kontextfaktoren (Umwelt- und/oder personbezogene Faktoren), z.B. besondere berufliche Aspekte
- Fragen zur Krankheitsakzeptanz, Probleme bei der Krankheitsbewältigung
- Bisherige ambulante (vertragsärztliche) Therapie
- Erfordernis der Koordination mehrerer Therapieformen
- Hoher Schulungsbedarf.

Die Frage, ob eine Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet werden sollte, ist anhand der individuell gegebenen somatischen, psychischen und beruflichen/sozialen Aspekte der Erkrankung und ihrer Auswirkungen zu beantworten.

Die Rehabilitation bei Diabetes mellitus ist integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung von Diabetikern, wobei für eine langfristige Stabilisierung das in der Rehabilitation bewährte diagnostische und therapeutische Management, insbesondere das erlernte Selbstmanagement, zu Hause kontrolliert weitergeführt werden sollte. So leistet die Rehabilitation einen wichtigen Beitrag dazu, Lebensqualität und Lebenserwartung von Diabetikern weiter zu verbessern und gleichzeitig das Ziel zu erreichen, die Erwerbsfähigkeit des Versicherten zu erhalten, zu verbessern oder wieder herzustellen. Die Rehabilitation bei Diabetes mellitus orientiert sich darüber hinaus an den besonderen Erfordernissen und Bedürfnissen bei Typ-1 und Typ-2-Diabetikern sowie an den speziellen Gesichtspunkten, wie z. B. Multimorbidität oder berufliche Faktoren. Für Kinder und Jugendliche mit Diabetes hat die Rentenversicherung ein spezielles Rehabilitationskonzept erarbeitet.

3. Indikationsspezifische Aspekte für die medizinische Rehabilitation bei Mammakarzinom

Bei den in Anlage 3 zu §§ 28b bis 28g des Referentenentwurfs zur 4. RSAÄndV beschriebenen Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Brustkrebs wird die medizinische Rehabilitation im Rahmen der Versorgungskette nicht konkret genannt. Die unter Tz. 1.4 (Therapie) genannten reha-spezifischen Maßnahmen (Physiotherapie, Lymphdrainage, sozialmedizinische Maßnahmen) sind als rehabilitative Elemente im Rahmen der kurativen Versorgung zu

verstehen, insofern wird hier der stärkeren Verzahnung zwischen den Versorgungsebenen Rechnung getragen. Unter Tz. 1.8 (Kooperation der Versorgungssektoren) wird Rehabilitation über die „...*interdisziplinäre, professionen-, sektorenübergreifende Betreuung in qualifizierten Einrichtungen*...“ nur indirekt angesprochen. Die medizinische Rehabilitation sollte aber als eigenständige Leistung in der Versorgungskette ausdrücklich erwähnt werden.

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe der Rentenversicherung bei Mammakarzinom

- Die Rentenversicherung erbringt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Versicherte und Rentenbezieher mit Mammakarzinom nach § 15 SGB VI, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der §§ 10 und 11 SGB VI vorliegen.

Die persönlichen Voraussetzungen für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 10 SGB VI liegen dann vor, wenn die Erwerbsfähigkeit der Versicherten aufgrund der Karzinomkrankung erheblich gefährdet oder gemindert ist und durch die Rehabilitationsleistung bei erheblicher Gefährdung der Erwerbsfähigkeit eine Minderung der Erwerbsfähigkeit abgewendet oder bei geminderter Erwerbsfähigkeit diese wesentlich gebessert oder wieder hergestellt oder deren wesentliche Verschlechterung abgewendet werden kann.

- Daneben erbringen die Rentenversicherungsträger gemäß § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI als sonstige Leistungen zur Teilhabe „Nach- und Festigungskuren wegen Geschwulsterkrankungen“ für Versicherte, Rentenbezieher sowie für ihre Angehörigen. Diese Leistungen werden aufgrund der „Gemeinsamen Richtlinien der Träger der Rentenversicherung nach § 31 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VI für die Erbringung von onkologischen Nachsorgeleistungen bei malignen Geschwulst- und Systemerkrankungen (Ca-Richtlinien)“ erbracht.

Im Gegensatz zu den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 15 SGB VI brauchen dabei die persönlichen Voraussetzungen nach § 10 SGB VI nicht vorzuliegen (§ 31 Abs. 2 Satz 1 SGB VI). Die persönlichen Voraussetzungen für eine Nachbehandlung liegen vor, wenn die durch die Erkrankung oder deren Therapie bedingten körperlichen, seelischen, sozialen und beruflichen Behinderungen positiv beeinflussbar sein sollten (§ 2 Nr. 3 Ca-RiLi). Einer positiven Einwirkung auf die Erwerbsfähigkeit der Betroffenen bedarf es also nicht. Somit können Nachsorgeleistungen von der Rentenversicherung auch für Versicherte, Rentenbezieher und ihre Angehörigen erbracht werden, die nicht im Erwerbsleben stehen oder deren Wiedereingliederung ins Erwerbsleben nicht (mehr) in Betracht kommt.

Aspekte der Rehabilitationsbedürftigkeit

Ob im Einzelfall Rehabilitationsbedürftigkeit vorliegt, ergibt sich aus der zusammenfassenden Bewertung aller wesentlichen sozialmedizinischen Faktoren. Die Reha-Indikation bei Versicherten mit Mammakarzinom wird unter Berücksichtigung der funktionalen Gesundheit anhand verschiedener Aspekte getroffen. Im Vordergrund stehen dabei die entweder im Zusammenhang mit der Grunderkrankung und ggf. Begleiterkrankungen oder im Rahmen von Nebenwirkungen der Therapie (Operation, Strahlentherapie, Medikamentöse Therapie, insbesondere Chemotherapie und/oder Hormontherapie) aufgetretenen Funktionseinschränkungen und Fähigkeitsstörungen. Das bedeutet, dass die Reha-Bedürftigkeit - wie bei anderen Indikationen auch - nicht primär anhand der Diagnose selbst festgestellt wird, sondern aufgrund der Krankheits-/Therapiefolgen mit den möglichen unterschiedlichen Auswirkungen auf den Ebenen der Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe.

Durch die Diagnose „Brustkrebs“ wird das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen in der Regel plötzlich und einschneidend verändert. Wie auch bei anderen onkologischen Erkrankungen gibt es für Patientinnen mit Mammakarzinom vielfältige Überschneidungen im Bereich der somatischen und psychosozialen Auswirkungen. Bei den körperlichen Beschwerden stehen die krankheits- und therapiebedingten Bewegungseinschränkungen und Schmerzen im Tumor- und Schulter-Arm-Bereich mit Lymphödem im Vordergrund. Dabei sind die möglichen vielfältigen lokalen und systemischen Nebenwirkungen der Behandlung zu berücksichtigen.

Neben den körperlichen Beschwerden, ausgelöst durch den Tumor selbst oder die Therapiemaßnahmen, begleiten die Patientinnen bei der lebensbedrohlichen Erkrankung Unsicherheit und Angst. Die Lebensziele und die Familienplanung müssen neu geordnet werden. Probleme der Krankheitsbewältigung spielen eine zentrale Rolle. Besonders zu berücksichtigen sind die Beeinträchtigung des Körperbildes, familiäre und Partnerschaftsprobleme sowie unterschiedliche psychosoziale Störungen, die von Erschöpfung, anhaltender Antriebslosigkeit bis hin zur Depression reichen können.

Die Versicherten sollen durch die medizinische Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit oder Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst selbständig in seinem persönlichen Lebenskontext auszuüben.