

# Indikationsleitlinien im Kontext von DMPs

Heiner Raspe  
Institut für Sozialmedizin  
UKSH, Campus Lübeck

DMP = strukturierte  
Behandlungsprogramme bei chronischen  
Krankheiten (§ 137 f SGB V)

## Auszuwählen nach

- Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten
- Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung
- Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien
- Sektorenübergreifender Behandlungsbedarf
- Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und
- Hoher finanzieller Aufwand der Behandlung

*Bisher: Diabetes mellitus Typ 2, Mamma-Carcinom,  
Koronare Herzkrankheit*

*Bald: Diabetes mellitus Typ 1, Asthma/COPD*

## 4. RSA-ÄndV: Anlage 1 (Juni 2002)

**Anlage 1**  
(zu §§ 28b bis 28g)

### **Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme für Diabetes mellitus Typ 2**

#### **1. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)**

##### **1.1 Definition des Diabetes mellitus Typ 2**

Als Diabetes mellitus Typ 2 wird die Form des Diabetes bezeichnet, die durch relativen Insulinmangel auf Grund einer Störung der Insulinsekretion entsteht und in der Regel mit einer Insulinresistenz einhergeht<sup>1</sup>.

##### **1.2 Diagnostik (Eingangsdiagnose)**

Die Diagnose eines Diabetes mellitus gilt als gestellt, wenn die folgenden Kriterien erfüllt sind:

- Nachweis typischer Symptome des Diabetes mellitus (z. B. Polyurie, Polydipsie, ansonsten unerklärlicher Gewichtsverlust) und
- Nüchtern-Glukose im Plasma (i. P.) (bzw. im Serum)  $\geq 7,0$  mmol / l ( $\geq 126$  mg / dl) oder Nicht-Nüchtern-Glukose i. P.  $\geq 11,1$  mmol / l ( $\geq 200$  mg / dl).

## Verankerung der Rehabilitation in DMPs

### **Diabetes mellitus Typ 2 (Anlage 1, 4. RSA-ÄndV)**

#### **1.8.4 Indikation für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme**

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist zu prüfen, ob der Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 von einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren kann.

Auch das Hausarztlexikon Diabetes Typ 2, München 2003, die Leitlinie der AKdÄ 2002 und die Nationale Versorgungsleitlinie 2002 sind nicht präziser.

## **z.B. Brustkrebs**

- 1.5 Nachsorge  
(auch sonst keine spezifischen Hinweise auf Rehabilitation)

## **z.B. Koronare Herzerkrankung**

- 1.6 Rehabilitation

Die kardiologische Rehabilitation ist der Prozess, bei dem herzkranken Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit sowie soziale Integration zu erlangen und aufrecht zu erhalten.

Die kardiologische Rehabilitation ist Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von KHK-Patienten. Die Zielvereinbarungen zwischen Arzt und Patient sollen Maßnahmen zur Rehabilitation, insbesondere zur Selbstverantwortung des Patienten, berücksichtigen.

(folgen Dimensionen und Inhalte)

# Reha-Indikationen bei KHK

## 1.7.4 Veranlassung einer Rehabilitationsmaßnahme

Eine Rehabilitationsmaßnahme (im Sinne von Ziffer 1.6) ist insbesondere zu erwägen:

- nach akutem Koronarsyndrom,
- nach koronarer Revaskularisation,
- bei Patienten mit stabiler Angina pectoris und dadurch bedingten limitierenden Symptomen nach Ausschöpfung konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen,
- bei Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz und dadurch bedingten limitierenden Symptomen nach Ausschöpfung konservativer, interventioneller und/oder operativer Maßnahmen.

# Ansatzpunkt der Indikationsleitlinie

## **Diabetes mellitus Typ 2**

### 1.8.4 Indikation für die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme

Im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms ist zu prüfen, ob der Patient mit Diabetes mellitus Typ 2 von einer Rehabilitationsmaßnahme profitieren kann.



***Dies ist inhaltlich auszufüllen !***

## Ziele und Adressaten der Indikationsleitlinie(n)

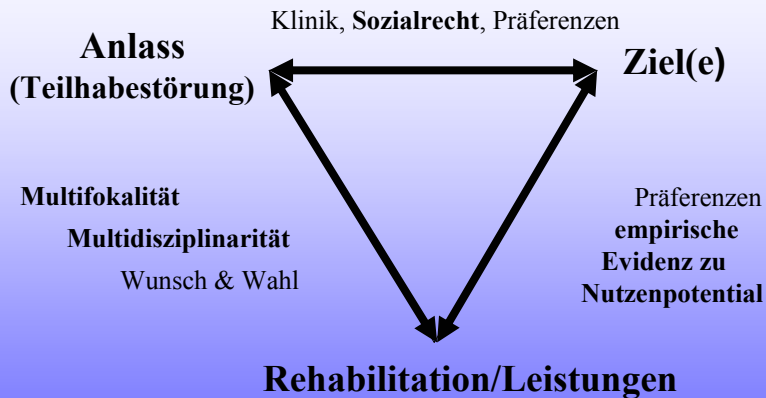
1. Präzisierung einer Indikationsregel zur Stellung eines Antrags auf medizinisch-berufliche Rehabilitation bei RV (GKV und anderen Rehaträgern) durch DMP-Patienten
2. Ärzte in DMPs, Kostenträger, kranke Versicherte  
Ärztliche Gutachter der RV, MDK

## Eine Indikationsleitlinie formuliert Empfehlungen zur Ermittlung von Bedarf an medizinischer Reha

Eine (stationäre oder ambulante) medizinische Reha ist eine komplexe multimodale Leistung eines multidisziplinären Teams unter ärztlicher Koordination und verhaltensmedizinischer Orientierung.

Sie ist („Lübecker Algorithmus“) nur indiziert, wenn eine komplexe Problemlage gegeben ist und ausreichend viele Patientenprobleme mit ausreichendem Nettonutzen von unterschiedlichen Berufsgruppen adressiert werden können.

## Zur Ermittlung von Rehabilitationsbedarf



(Bedarf setzt ein empirisch belegtes Nutzenpotential voraus)

## „Multifokalität“ bei Diabetes mellitus Typ 2

### Störungsbereiche

Pathologie  
Klinik primär  
sekundär  
Risikofaktoren

Komorbidität  
„ICF-Folgen“ I

A

P

### Beispiele (b)

BZ, HbA1c, Hochdruck, Fette ...  
Durst, Gewichtsverlust ...  
Neuro-, Makro-, Mikroangiopathie ...  
Bewegungsmangel, Ernährungsverhalten, Rauchen,  
Wissensdefizite, Stress ...  
Depressivität, Angst, Katastrophisieren  
Schmerzen, Hypomobilität, Sensibilität  
Sehen, Gehen, Sexualität, Auffassen  
Arbeits- und Erwerbsfähigkeit, Ehe,  
Theater ...

# Operationale Definitionen

Komponente	Operationale Definition
<b>Pathologie</b>	
Adipositas	BMI > 27.3/8
chron. Hyperglykämie	HbA1c > 6.5 %
Hypercholesterinämie	Gesamtcholesterin > 185 mg%
Hypertonie	RR > 140/85
<b>Risikofaktoren</b>	
Geringes Wissen	standardisierter Test (MC)
Bewegungsmangel	ärztliches Interview
Rauchen	ärztliches Interview
Essverhalten	standardisierter Test (FEV)
chronischer Stress	standardisierter Test (TICS)
<b>Komorbidität, Folgeprobleme</b>	
Depressivität	standardisierter Test (CESD)
Arbeitsplatzprobleme	TICS (s.o.)
rez. Hypoglykämien	ärztliches Interview

## Gesundheitszustand von berufstätigen LVA-Versicherten mit einem Diabetes Typ 2 (40 - 59 Jahre. 1999/2000)

Komponente	Häufigkeit (n = 191)
<b>Pathologie</b>	
Adipositas	77 %
chron. Hyperglykämie	78 %
Hypercholesterinämie	95 %
Hypertonie	69 %
<b>Risikofaktoren</b>	
Geringes Wissen	55 %
Bewegungsmangel	18 %
Rauchen	36 %
Pathologisches Essverhalten	18 %
chronischer Stress	25 %
<b>Komorbidität, Folgeprobleme</b>	
Depressivität	12 %
Arbeitsplatzprobleme	24 %
rez. Hypoglykämien	2 %

Dimension	Störungs/Problembereich	Zugang/Profession/ Programm
<b>Körperliche Funktionen und Strukturen</b>	BZ, HbA1c Blutdruck BMI Hyperlipidämie Folgekrankheiten der Mikro/Makroangiopathie	Diabetologie Medikamentöse Therapie Andere medizinische Disziplinen <i>Physiotherapie</i> <i>Fußbehandlung</i> <i>Sexualberatung</i>
<b>Krankheitsverhalten</b>	Ernährung Hypoglycämie Bewegung Compliance Rauchen	<i>Ernährungsberatung/training</i> <i>Wahrnehmungstraining</i> <i>Sporttherapie</i> <i>Schulung</i> <i>Raucherentwöhnung</i>
<b>Psyche, Mentales</b>	Krankheitswissen Dysfunktionale Kognitionen Depressivität Angststörungen	<i>Schulung</i> <i>Psychologe</i>
<b>Umweltfaktoren</b>	Soziale Stressoren Arbeitsplatzprobleme	<i>Psychologe</i> <i>Sozial/Berufsberatung</i>
<b>Begutachtung</b>	Arbeits- und Erwerbsfähigkeit Berufliche Reha	<i>Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung</i>

Rehaindikation bei > 6/11 benötigten Zugängen/Berufsgruppen

## Die Evidenzlage pro rehabilitatione

### The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

JANUARY 30, 2003

VOL. 348 NO. 5

#### Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes

Peter Gæde, M.D., Pernille Vedel, M.D., Ph.D., Nicolai Larsen, M.D., Ph.D., Gunnar V.H. Jensen, M.D., Ph.D., Hans-Henrik Parving, M.D., D.M.Sc., and Oluf Pedersen, M.D., D.M.Sc.

# Die Steno-2 Studie: Hintergrund und Methoden

## BACKGROUND

Cardiovascular morbidity is a major burden in patients with type 2 diabetes. In the Steno-2 Study, we compared the effect of a targeted, intensified, multifactorial intervention with that of conventional treatment on modifiable risk factors for cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes and microalbuminuria.

## METHODS

The primary end point of this open, parallel trial was a composite of death from cardiovascular causes, nonfatal myocardial infarction, nonfatal stroke, revascularization, and amputation. Eighty patients were randomly assigned to receive conventional treatment in accordance with national guidelines and 80 to receive intensive treatment, with a stepwise implementation of behavior modification and pharmacologic therapy that targeted hyperglycemia, hypertension, dyslipidemia, and microalbuminuria, along with secondary prevention of cardiovascular disease with aspirin.

## „A targeted, intensified, multifactorial intervention“

Zielbereich	Ziel
Ernährungsverhalten	Fett < 30 % der täglichen Kalorien, gesättigte Fettsäuren < 10 %
Physische Aktivität	3 – 5 x 30 min/Woche „light to moderate exercises“
Rauchen (Patient & Angehörige)	Beendigung
Mikroalbuminurie	ACE-Hemmer, ATII-Rezeptor Antagonist
Koronare Herzerkrankung	ASS, Vitamine & Mineralien
HbA1c	Orale Antidiabetika, Insulin
Hochdruck	Schrittweise Medikation
Hypercholesterinämie	Statine

# Das Team

Interventionsgruppe: Arzt, Schwester, Diät- assistentin  
im Diabeteszentrum („intensive multifactorial intervention  
involving strict treatment goals“, WV alle 3 Monate)

Kontrollgruppe: Hausarzt mit Möglichkeit der  
Facharztüberweisung, Leitlinien-gestützt

# Hauptergebnis

	Kardiovaskuläre Ereignisse		N
	ja	nein	
Multifaktorielle Intervention	19	61	80
Konventionelle Behandlung	35	45	80

Absolutes Risiko IG = 24 %, absolutes Risiko KG = 44 %; Relatives Risiko  
relative Risikoreduktion = 45 %; absolute Risikoreduktion 20 %, NNR = 5

# Schlussfolgerung (nach achtjähriger Beobachtung)

## CONCLUSIONS

A target-driven, long-term, intensified intervention aimed at multiple risk factors in patients with type 2 diabetes and microalbuminuria reduces the risk of cardiovascular and microvascular events by about 50 percent.

auf unsere Rehabilitation übertragbar?

## Dimensionen des Rehabedarfs - die makroskopische Perspektive -

Krankheit oder Behinderung? Drohende  
Teilhabe-Störung?

Multifokale Störung (ICF, Risikofaktoren, Komorbidität)?

Chronischer Verlauf?

erhebliche Gefährdung der EF?

keine vorgängige akutmedizinische Indikation?

evidenzbasierte Rehaleistung?

individuelle Erfolgswahrscheinlichkeit (Rehaprognose)?

positive Rehamotivation?

keine Ausschlussgründe?

Rehafähigkeit?

# Die klassische Lehre

Zur Klärung der Notwendigkeit und der Zielsetzung einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation sind folgende Voraussetzungen sozialmedizinisch zu prüfen

- die Rehabilitationsbedürftigkeit
- die Rehabilitationsfähigkeit
- die Rehabilitationsprognose

BAR Rahmenempfehlungen vom 20. Oktober 2000

Das Hauptproblem der „Neuen Lehre“: Evidenzbasierung!  
Individuelle Rehaprognose