

Rehabilitationskonzepte/Leitlinien und ihre zukünftige Bedeutung von Harry Fuchs, Düsseldorf

Einleitung

Der Gesetzgeber verwendet den Begriff der „Leitlinien“ im Zusammenhang mit der Durchführung von Rehabilitationsleistungen bisher erstmalig und ausschließlich im Recht der Krankenversicherung. Nach der am 1.1.2000 in Kraft getretenen Fassung des § 40 Abs. 3 SGB V gelten die Regelungen über die Regeldauer einer Rehabilitationsmaßnahme (Abs. 3, Satz 2) nicht, soweit die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich nach Anhörung der für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen in Leitlinien Indikationen festgelegt und diesen jeweils eine (von der gesetzlich definierten Regeldauer abweichende) Regeldauer zugeordnet haben.

Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreform 2000) wurde in § 137 e SGB V ein Koordinierungsausschuß eingeführt. Dieser wurde notwendig, um die vom Bundesausschuß Ärzte/Krankenkassen (§ 91 SGB V) und dem neuen Bundesausschuß Krankenhäuser/Krankenkassen (§ 137 c Abs. 2 SGB) zur ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung jeweils im ambulanten und stationären Bereich umfassenden Beschlüsse bzw. verabschiedeten Richtlinien zu koordinieren.

Der Koordinierungsausschuß soll nach § 137 e Abs. 3 SGB V u.a. insbesondere auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien die Kriterien für eine im Hinblick auf das diagnostische und therapeutische Ziel ausgerichtete zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung für mindestens 10 Krankheiten je Jahr beschließen, bei denen Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beseitigung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig beeinflussen kann. Nach Abs. 5 a.a.O. ist vor der Entscheidung des Koordinierungsausschusses u.a. den für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen auf der Bundesebene maßgeblichen Spitzenorganisationen Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Daraus ist zu schließen, daß der Gesetzgeber offensichtlich davon ausgeht, daß die Leistungskriterien sich auch auf die Inhalte von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen der Krankenversicherung erstrecken können oder sollen.

Obwohl diese Regelungen für den Bereich der Krankenversicherung und die in diesem Rahmen erzielten Ergebnisse keine unmittelbaren Aus- oder Bindungswirkungen auf oder für die übrigen Träger der medizinischen Rehabilitation entfalten, hat die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) 1998/99 das Forschungsprojekt „Erstellung von Leitlinien in der kardiovaskulären Rehabilitation“ des Instituts für Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsmanagement in Hannover unterstützt, in dem nationale und internationale Leitlinien zu den Themen „Rehabilitation bei coronarer Herzkrankheit“ und „Rehabilitation nach Schlaganfall“ auf ihre methodische Qualität und Übertragbarkeit auf deutsche Gegebenheiten überprüft wurden.

Leitlinien in der Medizin

Leitlinien in der Medizin sind systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Entscheidungshilfen für Ärzte und andere Berufe im Gesundheitswesen. Sie definieren Handlungs- und Entscheidungskorridore über eine angemessene Vorgehensweise bei speziellen **gesundheitlichen** Problemen mit dem Ziel einer wissenschaftlich gesicherten, rationalen Begründung für das Handeln im Sinne der **Evidenz-basierten Medizin** – EBM – (vgl. Helou, Korsuke´witz, Schwartz in die DAngVers 12/99, S. 563).

Nach Neubauer (Kurzfassung des Vortrages anl. der BfA-Tagung am 28./29.2.2000) beinhalten Leitlinien Angaben über notwendige und sinnvolle diagnostische und therapeutische Maßnahmen für definierte Krankheitsbilder. Damit werde aus gesundheitsökonomischer Sicht der Ressourcenverzehr nominiert. Diese Normierung der Leistungserstellung diene dem Ziel einer optimalen **medizinischen Versorgung**.

Nach Schwartz (ebenfalls Kurzfassung des Vortrages anl. der o.a. Tagung) wurde der größte Teil der bislang in Deutschland publizierten Leitlinien von Vertretern der Hochschul-Medizin entwickelt und liefert in erster Linie klinische Entscheidungshilfen für Probleme der fachärztlichen Versorgung. Die Mehrzahl der Leitlinien sei dementsprechend krankheits- bzw. diagnoseorientiert, d.h. beschreibe das ärztliche Handeln ausgehend von gesicherten Diagnosen oder Syndromen. Die meisten der bislang in Deutschland entwickelten Leitlinien befaßten sich mit kurativ- bzw. akutmedizinischen Aspekten der medizinischen Versorgung. Leitlinien zur Rehabilitation und Prävention seien zahlenmäßig noch stark unterrepräsentiert.

Helou, Korsuke´witz, Schwartz vertreten die Auffassung (vgl. DAngVers a.a.O, S. 564), daß die Vergabe der Bezeichnung Leitlinie entweder medizinischen Fachgesellschaften, ärztlichen Standesorganisationen, staatlichen Institutionen oder den internen Leitlinien lokaler Anwender vorbehalten sein sollten, um den Begriff „Leitlinie“ vor Beliebigkeit zu schützen und ihn von den üblichen im medizinischen Lehrbüchern und Zeitschriften abgegebenen Empfehlungen abzugrenzen.

Wegen des mit der Entwicklung von Leitlinien verbundenen methodischen, finanziellen und personellen Aufwandes biete sich als Alternative zu einer Neuentwicklung evidenzbasierter Leitlinien für den Bereich der Rehabilitation als wesentlich zeit- und kostengünstigere Alternative die Übernahme und ggfls. Anpassung bestehender Leitlinien an.

Die bestehenden Leitlinien basieren entweder unmittelbar auf dem Leitlinienkonzept der US-amerikanischen Agency for Health Care Policy and Research (AHCPH) oder entsprechen ihm in den formulierten Selektionskriterien inhaltlich und formal.

Betrachtet man Methodik, Inhalt und Struktur der AHCPH-Leitlinien, so findet man bei den berücksichtigten Outcomes fast ausschließlich auf die Krankheit und die Krankenbehandlung bezogene Kriterien. Auch die Interventionen im Bereich Aufklärung und Beratung oder Verhalten beziehen sich auf den Krankheitsprozeß und nicht auf die Folgen der Krankheit.

Der rehabilitative Versorgungsauftrag geht über die Krankenbehandlung hinaus

In konsequenter Anlehnung an die Definition der WHO in der kurz vor der Verabschiedung stehenden Fassung des ICDH – 2 sind chronisch Kranke, behinderte und von Behinderung bedrohte Menschen solche, deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben infolge einer Beeinträchtigung von anatomischen Strukturen und körperlichen, geistigen und seelischen Funktionen (Wahrnehmung, Erleben, Fühlen) sowie der im alltäglichen Leben und Beruf geforderten Aktivitäten und Leistungen vorübergehend oder voraussichtlich für längere Zeit eingeschränkt oder aufgehoben ist.

Der Versorgungsauftrag der Krankenversicherung im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist danach nicht nur auf die Unterstützung der Krankenbehandlung oder den Erfolg der Krankenbehandlung beschränkt, sondern erstreckt sich darüber hinausgehend insbesondere auf die Bewältigung der Folgen von Krankheit sowie die Integration der chronisch Kranken und Behinderten in das alltägliche Leben und den Beruf. Neben den Strukturqualitäten müssen insbesondere die Prozeßqualitäten der medizinischen Rehabilitation darauf ausgerichtet und geeignet sein, diese Ziele zu erreichen.

Obwohl der Gesetzgeber diese weitergehende Zielsetzung des Versorgungsauftrages der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Einfügung des Tatbestandes der Verhütung

einer Verschlimmerung durch das Gesetz vom 22.12.1999 erneut unterstrichen hat, haben die Krankenversicherung, aber auch andere Systembeteiligte demgegenüber die Versorgung mit medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen auf die Krankenbehandlung und deren Erfolg orientiert. Sie stützen sich dabei – nach unserer Auffassung unzutreffend - auf § 27 SGB V.

Auf dieser Grundlage wird die medizinische Rehabilitation nur als Bestandteil der Krankheits- und Gesundheitsversorgung und damit auch der entsprechenden Versorgungsstrukturen verkannt. Unter sozial- und gesundheitsökonomischen Gesichtspunkten ist eine wirksame und wirtschaftliche Versorgung mit Rehabilitationsleistungen jedoch nur dann gewährleistet, wenn die entsprechenden Versorgungsstrukturen und die im Rahmen dieser Versorgungsstrukturen erbrachten Leistungen insgesamt geeignet sind, die Integration und Teilhabe chronisch Kranker und Behinderter in das gesellschaftliche Leben bzw. den Beruf zu bewirken. Dazu bilden medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation, die Versorgung mit Leistungen zur Krankenbehandlung sowie sonstige Hilfen zur Teilhabe ein modulares Versorgungsnetz.

Medizinische Leitlinien versus Rehabilitationskonzepte

Medizinische Leitlinien sehen bisher die Erfassung der für die Krankheitsfolgenbewältigung, aber auch die Sekundär- und Tertiärprävention unverzichtbaren Elemente der Struktur- und Prozeßqualität (Methoden, Inhalte, Strukturen im Sinne der AHCP- Leitlinien) nicht vor und sind deshalb nur für die Darstellung der Kriterien im engeren Sinne von Krankheit und medizinischer Versorgung geeignet. Die weitere Diskussion wird zeigen, daß die Dokumentation der für die Krankheitsfolgenbewältigung notwendigen Kriterien keine geringere Dimension umfaßt als die für die medizinische Versorgung, so daß es durchaus völlig offen ist, ob die Übernahme der medizinischen Leitlinien für die Rehabilitation tatsächlich die zeit- und kostengünstigere Alternative ist.

Daß an die Krankenversorgung und die medizinische Rehabilitation deutlich unterschiedliche inhaltliche Anforderungen zu stellen sind, war dem Gesetzgeber schon bei der Definition von Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in § 107 Abs. 1 und 2 SGB V bewußt.

Für den Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen hat er zudem mit § 111a SGB V die Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Leistungserbringer verpflichtet, in Gemeinsamen Rahmenempfehlungen die Ziele und Inhalte von Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen zu konkretisieren, d.h., Rahmenkonzepte für die Rehabilitation zu erstellen.

Es ist leider nicht von der Hand zu weisen, daß die Rechtsentwicklung im Bereich der Rehabilitation der Krankenversicherung zeitweise stärker zwischen einem medizinischen und zeitweise einem stärker auf die Krankheitsfolgenbewältigung ausgerichteten Verständnis von Rehabilitation schwankt. Im Gesetz GKV-Gesundheitsreform 2000 sind beide Ansätze zu finden. Während einerseits durch die Klarstellung in § 11 SGB V eine noch deutlichere Ausrichtung auch der Rehabilitation der Krankenversicherung in Richtung Krankheitsfolgenbewältigung vorgenommen wurde, weisen andererseits die versorgungsstrukturellen Regelungen diese Rehabilitation als Bestandteil der Krankenversorgung und nicht als ein Segment der Eingliederung Behinderter und damit der Bewältigung von Krankheitsfolgen aus. Hier besteht im Zusammenhang mit der Entwicklung des Teiles IX des Sozialgesetzbuches Klarstellungsbedarf.

Letztlich darf die Entwicklung der medizinischen Rehabilitation im Bereich der Krankenversicherung nicht zu einer weiteren Auseinanderentwicklung der Rehabilitation in Deutschland führen.

Einheit der Rehabilitation

Im Gegensatz zu der – allerdings vornehmlich im Bereich der Krankenversorgung – geäußerten Auffassung, sind weniger das gegliederte System der Rehabilitation oder die Abgrenzung zwischen Akutversorgung und Rehabilitation und die daraus vermeintlich rekrutierenden Schnittstellenprobleme, als vielmehr das in den verschiedenen Versorgungsbereichen vorhandene, z.T. völlig unterschiedliche Verständnis von Rehabilitation und der durch Rehabilitation zu erreichenden Versorgungsziele, insbesondere medizinischer Rehabilitation sowie die danach z.T. sogar konträren Anforderungen an die Struktur, Prozeß- und Ergebnisqualität rehabilitativer Versorgungsinhalte ursächlich für die immer wieder beklagten sogen. Schnittstellenprobleme.

Während z.B. Unfall- und Rentenversicherung, aber auch die Kinder- und Jugendhilfe ihre Rehabilitationsziele, rehabilitativen Versorgungsstrukturen und – qualitäten auf die Bewältigung von Krankheitsfolgen und die Integration ausrichten, orientiert die Krankenversicherung – entgegen ihrem in § 11 SGB V weiter gefaßten Auftrag – auf Krankenbehandlung. Allein dies macht schon deutlich, daß die aus dem Bereich der Krankenversicherung bzw. der Akutversorgung immer wieder geforderte Integration der medizinischen Rehabilitation in die Krankenversicherung oder die Übertragung einer Vorleistungspflicht bzw. Steuerungsverantwortung wegen der qualitativ völlig unterschiedlichen Verständnisse von Rehabilitation die Probleme nicht nur nicht lösen, sondern – mit Blick auf die nicht der WHO-Definition entsprechenden Praxis der Krankenversicherung - eher verschärfen würde.

Ziel der künftigen Strukturpolitik muß es deshalb sein, in allen Zweigen der Sozialversicherung durch verpflichtende Vernetzung der Rehabilitationsträger im Bereich der Versorgungsstrukturentwicklung eine gemeinsame und einheitliche fachliche Kompetenz zur Rehabilitation, insbesondere auch zur medizinischen Rehabilitation zu entwickeln. Dies ist auch mit Blick darauf unverzichtbar, daß die Krankenversicherung bedingt durch die demographische Entwicklung in absehbarer Zeit quantitativ den überwiegenden Anteil des Rehabilitationsbedarfs zu bewältigen haben wird. Der bis dahin verbleibende Zeitraum von 10 bis 15 Jahren erscheint gerade ausreichend, die dafür flächendeckend erforderliche Kompetenz im Rahmen einer Vernetzung aller Rehabilitationsträger herzustellen.

Wirtschaftliche Versorgung

Jede Form von Rehabilitation ist geeignet, Kosten in anderen Bereichen sozialer Leistungen zu vermeiden oder zu mindern. Dies gilt insbesondere für die Prävention und die medizinische Rehabilitation.

Die rehabilitationswissenschaftliche Abteilung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger hat verschiedentlich zur kostenmindernden Wirkung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, insbesondere zur Verminderung von Kosten der Berentung veröffentlicht.

In der Zeit, in der medizinische Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden, fallen gleichzeitig keine Kosten der Akutversorgung an. Der Umfang dieser Einsparungen wird auf jährlich etwa 0,5 Mrd. DM geschätzt, so daß sich medizinische Maßnahmen der Rehabilitation durch parallele Einsparungen in der Akutversorgung zu einem nicht unerheblichen Teil selbst refinanzieren (vgl. Anlage zum Abschlußbericht der vom Präsidium der SPD eingesetzten Alterssicherungskommission). In den Stellungnahmen der Spitzenverbände der Krankenversicherung zu Gesetzgebungsvorhaben im Bereich der Rehabilitation sind im Bereich der Kostenbeurteilung durchweg die Mehrkosten, nicht jedoch die Gegenrechnung von Kostenersparnissen ausgewiesen.

Es gibt zwar keine im wissenschaftlichen Sinne fundierten Nachweise dafür, daß medizinische Rehabilitation auch in der unmittelbar an die Leistungserbringung anschließen-

den Zeit Kosten der Akutversorgung reduziert. Der wissenschaftliche Nachweis ist insbesondere deswegen bisher nicht möglich, weil nur wenige Krankenkassen administrativ in der Lage sind, eine versichertenbezogene Beitragsdeckungs-/Kosten-/Leistungsrechnung durchzuführen. Gleichwohl zeigen verschiedene wissenschaftliche Studien ernst zunehmende Tendenzen auf erhebliche Einsparvolumina in den ersten zwei Jahren nach Durchführung einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme auf (vgl. auch dazu Anlage zum Abschlußbericht der SPD-Alterssicherungskommission).

Bereits Ende der 80er Jahre gaben Untersuchungen zum Verhältnis niedergelassener Ärzte zur stationären Rehabilitation deutliche Hinweise darauf, daß die Durchführung solcher Maßnahmen nachfolgend erhebliche Auswirkungen auf die Bilanzergebnisse ärztlichen Praxen und deswegen auch auf das Verhalten niedergelassener Ärzte bei der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen hat.

Es ist deshalb gerade unter wirtschaftlichen und gesundheits- bzw, sozialökonomischen Gesichtspunkten dringend geboten, die wirtschaftliche und wirksame Erbringung von Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation zu Lasten akutmedizinischer Versorgungsanteile ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen auszubauen.

Dies erfordert – im Gegensatz zu der in der politischen Diskussion immer wieder zu hörenden Auffassung - keinen zusätzlichen Aufwand, weil sich die Kosten der Rehabilitation nach unserer Überzeugung durch Kostenvermeidung bzw. Kostensenkung in anderen Leistungsbereichen refinanzieren.

Bedarfsgerechter Versorgungsgrad / Unterversorgung

Auf dem Hintergrund des bisher Vorgetragenen, ist das Angebot an rehabilitativen, aber auch präventiven Dienstleistungen und Einrichtungen in Deutschland insgesamt unzureichend.

Mit Blick darauf, daß insbesondere auch die Prozeßqualitäten der vorhandenen Rehabilitationsangebote zu einem erheblichen Teil nicht oder nur bedingt geeignet sind, Folgen von Krankheiten zu adaptieren bzw. zu kompensieren oder für die Integration in Beruf und Gesellschaft erforderliche Verhaltens-, Verhältnis- und Lebensstiländerungen zu begründen, besteht nach unserer Auffassung eine erhebliche Unterversorgung.

Dies gilt in besonderem Maße für die durch Methoden der Sekundär- und Tertiärprävention, d.h., insbesondere auch verhaltensmedizinisch geprägte medizinische Rehabilitation in frühen Stadien chronischer Erkrankungen. Durch die von der alten Bundesregierung vorgenommenen Einschnitte in das Rehabilitationsrecht sind gerade diese langfristig Kosten senkenden Maßnahmen entweder ganz entfallen oder durch die Verkürzung auf 21 Behandlungstage in ihrer Wirkung erheblich eingeschränkt worden.

Damit werden den Betroffenen insbesondere zur Krankheitsfolgenbewältigung unverzichtbare Methoden und Verfahren vorenthalten und vermeidbare Nachteile für die Integration chronisch Kranker und Behinderter, aber auch ökonomisch vermeidbare Folgekosten, insbesondere im Bereich der Akutversorgung in Kauf genommen.

Überversorgung / Fehlversorgung

Die bisherigen Ausführungen begründen, daß bei einem Teil der Rehabilitationsträger Zielprofile und - daran ausgerichtet, allerdings durchaus auch noch sehr unterschiedliche – konkrete Vorstellungen zu den zur Zielerreichung erforderlichen Struktur- und Prozeßqualität der Rehabilitationsleistungen bestehen. Bei anderen Rehabilitationsträgern, insbesondere im Bereich der Krankenversicherung sind rehabilitationsspezifische Ziele, an denen die Struktur- und Prozeßqualität des Leistungsangebotes orientiert werden könnte, häufig nicht eindeutig nachvollziehbar. Die von den Leistungserbringern erwarteten Versorgungsinhalte bewegen sich deshalb je nach Rehabilitationsträger zwischen vorwiegend akutmedizinischen

und zielorientiert rehabilitationsspezifischen Qualitäten, sie sind durchweg unterschiedlich, z.T. sogar gegensätzlich.

So werden von der Unfall- und Rentenversicherung nach ihrer Rehabilitationszielsetzung für selbstverständlich gehaltene Versorgungsstrukturen und Angebotsqualitäten von Vertretern der Krankenversicherung als Über- oder Akutversorgung eingeschätzt, während umgekehrt Versorgungsstrukturen und –qualitäten der Krankenversicherung von Vertretern der Unfall- und Krankenversicherung als unzureichende „Badekurangebote“ eingestuft.

Solange die Rehabilitationsträger ein gemeinsames, an der auf Krankheitsfolgenbewältigung und Integration ausgerichteten Definition der Weltgesundheitsorganisation orientiertes Verständnis von Rehabilitation nicht entwickelt haben, bestehen keinerlei Maßstäbe für die Beurteilung, ob die vorhandenen Rehabilitationsangebote oder Teile dieser Angebote Ausdruck einer Über- oder Fehlversorgung sind. Dies gilt übrigens in gleicher Weise für die Beurteilung der Qualität des vorhandenen Angebotes, da aus den gleichen Gründen auch hierfür gemeinsame Beurteilungsmaßstäbe nicht vorhanden sind.

Wegen der fehlenden verbindlichen Beurteilungsmaßstäbe ist es derzeit faktisch ausgeschlossen, für den Bereich der medizinischen Rehabilitationsversorgung eine tragfähige und haltbare Beurteilung zur Über- oder Fehlversorgung vornehmen zu können.

Dies gilt auch für Diskussionspaare wie wohnortnahe oder wohnortferne Angebotsstrukturen bzw. ambulante Rehabilitation versus stationärer Rehabilitation.

Es gibt genügend indikationsspezifische Beispiele dafür, daß – übrigens unabhängig vom Lebensalter – die eine oder andere Angebotsform im Einzelfall wirksamer oder wirtschaftlicher sein kann. Entscheidend ist, welches Rehabilitationsziel im Einzelfall angestrebt werden soll und ob der zur Erreichung dieses Rehabilitationszieles im Rahmen der Prozeßqualität erforderliche Methodeneinsatz in dieser oder jener Angebotsstruktur wirtschaftlicher und wirksamer vorgehalten werden kann. Dabei zeigt die Erfahrung, daß immer dann, wenn Verhaltens-, Verhältnis- oder Lebensstiländerungen, aber auch umfangreiche Adaptionsprozesse zur Erreichung des Rehabilitationszieles erforderlich sind, zumindest eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme als Basis des weiteren Prozesses unverzichtbar ist.

Ebenso ideologisch belastet ist die Frage der frühen Rehabilitation im Krankenhaus. Der Einsatz rehabilitativer Methoden während der Krankenhausbehandlung ist Bestandteil der Krankenhausbehandlung und der Kosten der Akutversorgung. Daß dies bisher kein Selbstverständnis ist, ist kein strukturelles Problem, sondern das Ergebnis des Verhaltens und der Praxis der Krankenversicherung bei Budgetverhandlungen im Krankenhaus.

Ebenso erfordert der Zustand der Patienten für den Einsatz rehabilitativer Methoden während der Krankenhausbehandlung keine Investitionen in Gymnastikhallen oder Schwimmbäder, d.h., die Strukturqualität des Krankenhauses, sondern die Sicherstellung der gebotenen und nach dem Zustand der Patienten in dieser Phase überhaupt nur möglichen rehabilitativen Therapieverfahren, d.h., der Prozeßqualität. Da die medizinische Rehabilitation die therapeutischen Verfahren zwischenzeitlich indikationsspezifisch ausgeprägt und weiterentwickelt hat, plädieren wir nachdrücklich dafür, daß den Patienten diese Prozeßqualität während der Krankenhausbehandlung nicht durch einen indikationsübergreifende Methodeneinsatz vorenthalten wird. Durch Kooperation mit indikationsspezifisch kompetenten Rehabilitationseinrichtungen z.B. über Integrationsverträge, kann die indikationsspezifische Prozeßqualität der frühen Rehabilitation im Krankenhaus gewährleistet werden, ohne daß jedes Krankenhaus dafür ökonomisch unsinnig Parallelstrukturen aufbaut.

Facit

Auch im Bereich der Rehabilitation insgesamt und damit auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation ist eine Normierung des Ressourcenverzehr und dafür eine regelhafte Konkretisierung des Leistungsgeschehens unverzichtbar. Diese darf sich allerdings nicht auf die Methodik, Inhalte und Strukturen der medizinischen Krankenversorgung beschränken, sondern muß das gesamte für die auf Integration und Krankheitsfolgenbewältigung ausgerichtete Zielerreichung der Rehabilitation ausgerichtete Spektrum erfassen, auf das die medizinischen Leitlinien und deren Methodik bisher nicht ausgerichtet sind.

Die weitgehende Übernahme oder Anpassung medizinischer Leitlinien beinhaltet zweifelsfrei die Gefahr, die eigentliche Aufgabenstellung und Zielsetzung der Rehabilitation, nämlich Integration und Krankheitsfolgenbewältigung, auszublenden und das überholte, auf die Krankenbehandlung focussierte medizinische Verständnis von Rehabilitation zu stärken.