

# **Assessment- und Klassifikationssysteme – notwendige Instrumente zur Basierung einer leistungsgerechten Vergütung von stationären Rehabilitationseinrichtungen**

von Harry Fuchs, Düsseldorf

## **Einleitung**

Der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten (BDPK) hat zur Weiterentwicklung der Vergütung im Bereich der medizinischen Rehabilitation einen Dienstleistungsauftrag zur „Entwicklung von Bewertungs- und Gewichtungskriterien für eine leistungsgerechte Vergütung“ öffentlich ausgeschrieben. Er hat die einschlägigen Institute insbesondere aus dem Bereich der Rehabilitationswissenschaften und der Ökonomie aufgefordert, sich in einem Wettbewerbsverfahren um den Auftrag zu bewerben, im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie Vorschläge zur Weiterentwicklung der Vergütung vorzulegen.

Ziel ist ein System der Vergütung der stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation, das die bisherigen tagesgleichen Pflegesätze ablöst und sich nach Art und Umfang der eingesetzten diagnostischen und therapeutischen Verfahren und Methoden ( quantitative Bemessung nach dem Ressourcenverbrauch, Mengengerüst ) sowie der nach Art und Ausprägung der Teilhabestörung erforderlichen Qualität ( qualitative Gewichtung ) bemisst. Mit Blick auf die monistische Finanzierung der medizinischen Rehabilitation werden des weiteren Indikatoren zur Bemessung und Gewichtung der investiven und Overhead-Kosten erwartet ( Administrationskomponente ).

Nicht angestrebt werden Pauschalen oder Komplexpauschalen im Sinne der in der Akutversorgung eingeführten DRG-Vergütung, was nicht ausschließt, für die leistungsgerecht ermittelten Vergütungen später pauschalierte Transferverfahren zu vereinbaren.

Gegenstand des erwarteten Angebots ist neben der Weiterentwicklung des Vergütungssystems auch die Beschreibung der erforderlichen Einführungsschritte einschl. des dafür erforderlichen Aufwands ( Umstellungskosten ).

## **2. Rahmenbedingungen**

Seit Anfang der 90er Jahre wird die gesundheitspolitische Diskussion von der Frage dominiert, wie die für die soziale und gesundheitliche Sicherstellung verfügbaren Mittel so zielgerichtet und wirksam eingesetzt werden können, dass auch in Zukunft trotz geringer werdender Mittel die hohe Qualität der Versorgung in Deutschland gewährleistet werden kann.

Man sollte deshalb annehmen, dass die allen Beteiligten des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems ihre gesamte verfügbare Kompetenz zielgerichtet dafür nutzen, die Leistungen und deren Qualitäten zu definieren, mit denen die vom Gesetzgeber erwarteten Ziele am wirksamsten und damit auch am wirtschaftlichsten zu erreichen sind. Wie die Entwicklung der integrierten Versorgung belegt, reden auch alle Beteiligten von der Qualität der Versorgung und deren Sicherstellung.

Tatsächlich ist jedoch vordringliches Ziel der Leistungsträger unter dem Stichwort Beitragsstabilität in der Krankenversicherung oder Kosteneinsparung in der Rentenversicherung die Absenkung der Vergütung der Leistungen. Selbst wenn sich die Leistungsträger in Verträgen, gemeinsamen Empfehlungen oder – wie vom BDPK erreicht – in der gemeinsamen Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenversicherung ( § 11 Abs. 3 ) zur Qualitätssicherung nach § 137d Abs. 1 SGB V zur Qualitätsorientierung ihres Handelns, d.h., auch der Vergütungsverhandlungen und Belegungssteuerung, verpflichten, werden die Vergütungsverhandlungen der Kassen entgegen dieser Selbstverpflichtung mit den einzelnen Leistungserbringern letztlich fast ausschließlich im Sinne von Preisvorgaben geführt, die selbst in der Politik zwischenzeitlich als nicht sachgerechte „Preisdictate“ bezeichnet werden.

Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat diese Entwicklung bereits im Rahmen seines Jahresgutachtens 2003 zur Kenntnis genommen und sich ausdrücklich für eigenständige – d.h., getrennte - Vergütungssysteme in der Akutversorgung und der Rehabilitation ( Tz 616 ) ausgesprochen. Er äußert in diesem Zusammenhang auch grundsätzliche Bedenken gegen die von den Krankenkassen insbesondere im Rahmen der Integrierten Versorgung zur Kostensenkung vereinbarten Komplexpauschalen und gegen die Orientierung der Vergütung der Rehabilitation am DRG-Vergütungssystem der Akutversorgung ( Tz 616 – 620 ) .

Er begründet seine Bedenken damit, dass durch die Vereinbarung von Komplexpauschalen die notwendige Qualität der Rehabilitationsleistungen nicht mehr gewährleistet sein könnte und die Rehabilitationseinrichtungen auf die von einigen Rehabilitationsträgern „diktierten“ Preise mit einem Abbau der Qualität reagieren ( Tz 623 ). Der Sachverständigenrat sieht deshalb im Bereich der Vergütung von stationären Leistungen der medizinischen Rehabilitation Reformbedarf ( Tz 616 ), der mit Hilfe wissenschaftlicher Untersuchungen dringlich aufgearbeitet werden sollte ( Tz 624 ) .

Letztlich ist darauf hinzuweisen, dass bereits § 21 Abs. 1 Nr. 2 SGB IX die Übernahme von Grundsätzen der Rehabilitationsträger zur Vereinbarung von Vergütungen in die Versorgungsverträge mit den Rehabilitationseinrichtungen vorsieht. Dies wird allerdings erst durchgesetzt werden können, wenn im Sinne dieser Vergütungsgrundsätze zunächst ein Vergütungssystem entwickelt wird, das u.a. den vom Sachverständigenrat gesehenen Anforderungen genügt.

Der BDPK hat mit seiner Ausschreibung sowohl die Hinweise des Sachverständigenrates aufgegriffen, wie auch offensichtlich die in § 21 Abs. 2 SGB IX enthaltene Möglichkeit der Vereinbarung von Bundesrahmenverträgen zur Vergütung im Blickfeld.

### **3. Bedarfsorientierung der Vergütung**

Der Gesetzgeber geht in der jüngeren Sozialgesetzgebung, z.B. im Bereich der Pflegeversicherung, davon aus, dass der Leistungserbringer eine „leistungsgerechte Vergütung“ erhalten muss. Nach Auffassung des BDPK kann im Bereich der medizinischen Rehabilitation von einer leistungsgerechten Vergütung ausgegangen werden, wenn der zur Ausführung einer Leistung ( § 17 SGB IX ) vom Leistungserbringer eingesetzte Ressourcenverbrauch vergütet wird, der im Rahmen der funktionsbezogen ausgeführten Leistung ( §§ 10, 17 SGB IX ) entsprechend dem individuellen Rehabilitationsbedarf erforderlich ist, um die Rehabilitationsziele ( §§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX ) zu erreichen.

Basis der Vergütung wird danach der ökonomische Zusammenhang zwischen zielorientiertem individuellen Leistungsbedarf und dem dazu funktionsbezogen erforderlichen Ressourcenverbrauch. Von der Vergütung ausgeschlossen sind damit alle Aufwendungen, die nicht bedarfsgerecht, zielgerichtet, wirksam und wirtschaftlich sind.

Auch der Sachverständigenrat geht von der Bedarfsorientierung der Vergütung im Bereich der Rehabilitation aus und hält es deshalb für notwendig, Maßnahmen zur möglichst umfassenden und systematischen Erfassung des Bedarfs zu entwickeln ( Tz 624 ). Die Ausschreibung des BDPK zeigt, dass auch die Leistungserbringer die Entwicklung solcher Systeme für dringlich halten. Die Entwicklung geeigneter Systeme erfordert jedoch eine Legitimation sowie einen Auftrag durch den Gesetzgeber und benötigt danach noch einen Entwicklungszeitraum von mehreren Jahren ( nach Untersuchungen unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen ca. 5 – 7 Jahre einschl. Praxiserprobung ) mit einem Kostenvolumen, mit dem ein Unternehmensverband der Leistungserbringer allein finanziell eindeutig überfordert ist. Zudem ist es mit Blick auf die Pflicht der Leistungserbringer – z.B. nach §§ 10 SGB IX, 111 SGB V – ihre Leistungen bedarfsgerecht zu erbringen, auch ihre Aufgabe, sich an den Kosten zur Entwicklung eines systematischen Bedarfserfassungssystems zu beteiligen.

Da die Bereitschaft der Leistungserbringer zur Entwicklung eines Bedarfserfassungssystems eher unklar bis ablehnend ist, die vom Sachverständigenrat zutreffend beschriebenen negativen Konsequenzen des derzeitigen Vergütungssystems jedoch eine zeitnahe Weiterentwicklung im Bereich der medizinischen Rehabilitation zwingend erfordern, hat sich der BDPK dafür entschieden, mit seiner Ausschreibung zunächst diesen Problembereich einseitig anzugehen.

Nach dem Text der Ausschreibung soll der vom Sachverständigenrat empfohlenen Bedarfsorientierung des Vergütungssystems bis zur Entwicklung entsprechender Erfassungssysteme offensichtlich mit der – im Übrigen von den Leistungserbringern selbst vertretenen – Hypothese Rechnung getragen werden, dass die erbrachten Leistungen und Leistungsbestandteile bedarfsorientiert erbracht wurden und die dazu vorhandenen Datengrundlagen – z.B. der KTL der Rentenversicherungsträger – deshalb zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems bis auf weiteres herangezogen werden können.

### **3. Die „qualitätsgesicherten Leistungserbringung“ als Basis der Vergütung**

Mit Blick auf die Kostenentwicklung wurde in allen Bereichen der sozialen und gesundheitlichen Sicherung der Prozess der „qualitätsgesicherte Leistungserbringung“ in Gang gesetzt. Abgesehen davon, dass die rechtlichen Grundlagen dafür in den entsprechenden Leistungsgesetzen für die Bereiche Krankenversorgung, Rehabilitation und Pflege unterschiedlich gestaltet wurden, muss nach rd. 10 Jahren festgestellt werden, dass der Prozess in allen Versorgungsbereichen über die Vorgabe von Verfahrensregelungen zur Qualitätssicherung, die Installation von Managementkompetenz mittels Zertifizierungsverfahren, z.T. aufwendige Datensammlungen sowie vergleichende Qualitätsanalysen nicht hinausgekommen ist.

Nach dem einfach zu verstehenden Grundsatz, dass man nur die Qualitäten messen und sichern kann, die man zuvor definiert und für deren Messung und Sicherung man Maßstäbe gestaltet hat, mangelt es bisher an den notwendigen qualitativen Maßstäben und der Transparenz, die unabdingbare Voraussetzung für einen zielgerichteten, wirksamen und wirtschaftlichen Mitteleinsatz sind.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation enthalten die vorhandenen Qualitätssicherungsverfahren der Rehabilitationsträger vorwiegend quantitative Betrachtungen und Instrumente d.h., die Erfassung einer bestimmten Menge von eingesetzten therapeutischen Verfahren (so z.B. die zur Erhebung der Prozessqualität in der Rentenversicherung, aber auch in Teilen der Krankenversicherung eingesetzte **Klassifikation Therapeutischer Leistungen - KTL** –). Wesentliches Merkmal qualitätsgesicherter Leistungserbringung ist jedoch die qualitative Betrachtung, d.h., in welchem Maße das mit den Leistungen angestrebte (Versorgungs-) Ziel erreicht werden konnte (Ergebnisqualität, Wirksamkeit), die bisher in den vorhandenen Qualitätssicherungsverfahren nicht ausreichend operationalisiert ist.

Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation hat der Gesetzgeber u.a. deshalb mit dem SGB IX individuelle Rehabilitationsziele für die Leistungsgewährung vorgegeben (§§ 4, 10 Abs. 1 Satz 2, 26), aus denen qualitative Maßstäbe für die Qualitätssicherung abgeleitet werden können. Die im März 2001 vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände Krankenversicherung (MDS) beschlossenen Begutachtungs-Richtlinien Vorsorge und Rehabilitation tragen dem bereits insoweit Rechnung, als dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) das von der Krankenkasse angestrebte Rehabilitationsziel (Ziffer 1.3.1.2, Seite 15) zu benennen ist (Ziffer 11.1 Nr. 13, Seite 59), auf das der MDK die Begutachtung ausrichtet. Obwohl die Krankenversicherung danach im Einzelfall – zumindest formal – medizinische Maßnahmen zur Rehabilitation zielgerichtet einleitet und die Leistung im Sinne des SGB IX auf vorgegebene Rehabilitationsziele ausrichtet, knüpft die „Qualitätssicherung durch die Gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation“ (QS-GKV) für die Beurteilung der erreichten Ergebnisqualität nicht an diesen konkreten Zielvorgaben an, sondern stützt sich auf eine Vielzahl von eher medizinischen Verlaufs- und Prognosekriterien, deren

Relevanz für die Ergebnisorientierung im Sinne der Rehabilitationsziele nur teilweise nachvollziehbar ist.

Das Problem der bisher – in allen Versorgungssektoren - unzureichend entwickelten qualitativen Maßstäbe für das Leistungsgeschehen greifen die Empfehlungen des „Runden Tisches“ im Gesundheitswesen vom 28.1.2002 zur Qualitätsverbesserung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung mit dem Vorschlag auf, bundesweit eine systematisch leitlinienbasierte Medizin zu bewirken und dafür einheitliche Leitlinien zu entwickeln. Danach sollen auch künftig der vom Gesetzgeber vorgegebene einheitliche Leistungskatalog durch die gemeinsame Selbstverwaltung der Leistungserbringer und Krankenkassen zu einem einheitlichen Versorgungsanspruch konkretisiert und einheitliche Mindestqualitätsstandards festgelegt werden.

Leitlinien in der Medizin werden jedoch ausschließlich als Handlungs- und Entscheidungskorridore für ärztliches Handeln verstanden und bewegen sich zudem inhaltlich auf einer eher abstrakten, wissenschaftlichen Ebene.

Anders als in der Krankenversorgung sind die Inhalte und Anforderungen des Versorgungsektors Rehabilitation nicht allein durch ärztliches Handeln definiert. Die in diesem Versorgungsbereich eingesetzten Verfahren und Methoden werden – z.T. sogar überwiegend – durch nichtärztliche Berufsgruppen des Gesundheitswesens geprägt und gestaltet. Das in diesen Versorgungsbereichen eingesetzte Methodenspektrum verfolgt überwiegend das Ziel, über die Behandlung von Krankheiten hinaus Störungen der Aktivitäten und Teilhabe der betroffenen Menschen zu adaptieren bzw. zu kompensieren. In diesem Rahmen ist der Arzt und sein Entscheidungs- und Handlungskorridor nur ein Teil eines interdisziplinären Teams.

Der Gesetzgeber hat deshalb der Tatsache Rechnung getragen, dass Aufgabenstellung, Selbstverständnis und Praxis der medizinischen Leitlinien den über die Anforderungen der medizinischen Versorgung hinaus gehenden Anforderungen der teilhabeorientierten medizinischen Rehabilitation im Bereich der Krankheitsfolgenbewältigung, d.h., der Störungen der Aktivitäten und Partizipation im Sinne der ICF, nicht oder nur eingeschränkt erfassen können.

Die in § 111b Nr. 1 SGB V vorgeschriebenen gemeinsamen Rahmenempfehlungen der Spitzenorganisationen der Krankenkassen und Leistungserbringer sowie die nach §§ 12, 13 SGB IX von den Rehabilitationsträgern zu vereinbarenden gemeinsamen Empfehlungen verpflichten deshalb zur Konkretisierung der Ziele und Inhalte, aber auch der Qualitätsmaßstäbe der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation. Der Gesetzgeber hat in diesem Zusammenhang bewusst den Begriff der „Leitlinien“ nicht verwendet, weil diese Bezeichnung medizinwissenschaftlich belegt ist und für die Konkretisierung des Leistungsgeschehens aus den dargestellten Gründen der Interdisziplinarität im Bereich Rehabilitation zu kurz greift.

Trotz dieser gesetzlichen Vorgaben enthalten die bisher nach § 111b SGB V vereinbarten Rahmenempfehlungen jedoch nur die Absichtserklärung zur Vereinbarung indikationsspezifischer Konzepte in Anlagen zu den Rahmenempfehlung, ohne dass bisher auch nur Gespräche darüber aufgenommen worden wären.

Abgesehen von den aus dem Bereich der Rentenversicherung bekannt gewordenen Aktivitäten zur Entwicklung von Rehabilitationsleitlinien, sind bisher keine Ansätze zu erkennen, dass die Rehabilitationsträger ihrer Pflicht zur Vereinbarung einer gemeinsamen Empfehlung über die nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitliche Leistungserbringung (Rehabilitationskonzepte/Rehabilitationsleitlinien) in absehbarer Zeit nachkommen.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bisher im Bereich der medizinischen Rehabilitation keine trägerübergreifende Definition vorhanden ist, was denn in den verschiedenen Indikationsbereichen differenziert nach Ausprägung der Teilhabebeeinträchtigungen jeweils Gegenstand, Umfang und Ausführung der zu vergütenden „qualitätsgesicherten Leistung“, d.h. des zur Erreichung des Leistungszieles erforderlichen Ressourceneinsatzes und –verbrauchs, ist.

Die Beseitigung dieses Defizits muss deshalb Gegenstand der Weiterentwicklung der Vergütung sein. In der Ausschreibung des BDPK werden dazu im Zusammenhang mit der angestrebten qualitativen und quantitativen Gewichtung der Vergütung Lösungsvorschläge erwartet.

#### **4. Das DRG-System ist für die Rehabilitation keine geeignete Grundlage**

Patientenklassifikationssysteme – auch nicht das DRG-System - sind für sich gesehen keine Vergütungssysteme. Der Gesetzgeber spricht deshalb zu Recht auch in § 17b Abs. 2 KHG nicht von einem DRG-Vergütungssystem (auch wenn dies im Sprachgebrauch immer wieder kolportiert wird), sondern von „einem Vergütungssystem, das sich an einem international eingesetzten Vergütungssystem“ orientiert, das ein Patientenklassifikationssystem zur Grundlage hat, nämlich das der Diagnosis Related Groups ( DRG ). Das darauf basierende Vergütungssystem für die stationäre Akutversorgung wurde erst durch das vom Bundestag am 14. 12.2001 verabschiedete Gesetz zur Einführung eines diagnose-orientierten Fallpauschalensystems ( DRG-System ) in den deutschen Krankenhäusern geschaffen.

Das auf Diagnosen und Schweregrade von Erkrankungen basierenden DRG-System ist methodisch nicht geeignet, den auf Art und Umfang der Krankheitsfolgen, dem Ausmaß der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und den daraus abgeleiteten Rehabilitationszielen basierenden rehabilitativen Prozess mit interdisziplinärem Ressourcenaufwand abzubilden. So kann z.B. der medizinisch hohe Ressourceneinsatz bei einer DRG in der höchsten Schweregradgruppe einen relativ geringen Ressourcenaufwand in der medizinischen Rehabilitation erfordern, wenn z.B. entweder die Krankheitsfolgen trotz der Schwere der Erkrankung nur zu einer geringen Beeinträchtigung im Bereich der Aktivitäten und der Partizipation geführt haben oder z.B. gerade wegen hochgradig unveränderbarer Beeinträchtigungen das Rehabilitationsziel auf eine Erhaltung geringer Restressourcen reduziert ist. Umgekehrt kann bei einem medizinisch niedrigen Ressourceneinsatz bei einer DRG ohne schwere oder schwerste CC ein hoher Ressourcenaufwand in der medizinischen Rehabilitation erforderlich sein, um z.B. eine weitere Chronifizierung einer Erkrankung zu verhindern oder z.B. eine weitgehende Kompensation oder Adaption eingetretener Schädigungen zu gewährleisten.

Ebenso wenig wie das DRG-System zur Klassifizierung der Inhalte von Rehabilitation und Pflege geeignet ist, ist das darauf basierende Vergütungssystem auf diese Bereiche übertragbar. Die Vergütungssysteme für die Bereiche Rehabilitation und Pflege müssen nämlich der Interdisziplinarität und dem prozesshaften Leistungsgeschehen Rechnung tragen.

Gleichwohl versuchen die Krankenkassen beim Abschluss von Verträgen über die Integrierte Versorgung vornehmlich Komplexpauschalen zu vereinbaren, die sich aus der DRG-basierenden Fallpauschale zur Vergütung der akutmedizinischen Leistungen des Krankenhauses ergänzt um einen frei verhandelten Kostenteil für die Rehabilitationsleistungen zusammensetzen. Abgesehen von den dazu an anderer Stelle referierten grundsätzlichen Bedenken des Sachverständigenrates gegen solche Komplexpauschalen stellt sich im Interesse der Leistungserbringer generell die Frage, auf welche Weise - ohne ein von beiden Seiten anerkanntes Instrument zur Beurteilung des rehabilitativen Ressourcenverbrauchs bzw. -einsatzes (Klassifikationssystem) - der rehabilitative Leistungsanteils im Rahmen eines abstrahierenden, pauschalierenden Vergütungssystems mit der Zielsetzung einer leistungsgerechten Vergütung systematisch und nachhaltig durchgesetzt werden kann. Die dazu vergleichbaren Erfahrungen im Bereich der Pflegeversicherung zeigen, dass es im Rahmen systematischer Vergütungspauschalierung noch wesentlich stärker und konsequenter als bisher zu monopolartigen Preisdiktaten der Kostenträger kommt, denen die Leistungserbringer nicht einmal mittelfristig existentiell standhalten können. Die von einem großen Teil der Leistungserbringer im Bereich der Pflegeversicherung geforderte – zwischenzeitlich gescheiterte - Einführung des kanadischen Klassifikationssystems PLAISIR beruhte auf der Erfahrung, dass ohne eine

Systematisierung bzw. Kategorisierung der Leistungsbedarfe und -inhalte leistungsgerechte Vergütungen im Rahmen pauschalierender Vergütungsverfahren nicht mehr erreichbar sind.

Die künftige Entwicklung der Rahmenbedingungen, insbesondere jedoch die Durchführung des SGB IX im Bereich der gemeinsamen Empfehlungen ( §§ 12,13 ) und der Koordination ( § 10 ) werden im Bereich der medizinischen Rehabilitation „in eine Grundsatzdiskussion über die Inhalte und Notwendigkeiten der medizinischen Rehabilitation und in eine neue Selektion des Leistungsgeschehens“ einmünden. Spezifische Klassifikationssysteme Im Bereich der Rehabilitation bieten das Instrumentarium dafür, diese Diskussion auf der Grundlage objektiver Kriterien und Transparenz zu führen, was sich nach allen Erfahrungen nicht gegen die Leistungserbringer und die von diesen zu gewährleistende Leistungsqualität richtet.

## **5. „Rehabilitationsklassifikationssystem“ als umfassendes Managementinstrument**

Gesundheitspolitisch und ökonomisch, aber auch im Interesse der betroffenen Menschen ist es unverzichtbar, die verfügbaren Mittel und Leistungen künftig „treffsicher“ so zielgenau einzusetzen, dass sie einerseits den bei einem Betroffenen tatsächlich vorhandenen Bedarf decken, andererseits aber auch wirklich geeignet sind, die mit den Betroffenen gemeinsam festzulegenden (Leistungs-)Ziele tatsächlich zu erreichen.

Dies setzt voraus, dass der Bedarf an Teilhabe und Teilhabeleistungen genauer erkannt und festgestellt sowie die erforderlichen und Leistungen zur Teilhabe gezielt und zielgerichtet angeboten werden. Um dies zu Gewährleisten wird in der Fachöffentlichkeit, aber auch im politischen Raum über die Entwicklung und Einführung geeigneter Instrumente diskutiert. Dabei wird häufig ein „Rehabilitationsklassifikations-System“ genannt, bei dem es sich jedoch nicht um ein Instrument, sondern um die Vernetzung verschiedener Instrumente handelt. Notwendig ist die Operationalisierung in drei Bereichen, nämlich der

- Identifikation des individuellen Bedarfs (Patientenklassifikation)
- Identifikation von Zielgruppen nach Ressourcenbedarf und –aufwand (Leistungsklassifikation)
- erforderliche Transparenz für Vergütungssysteme (Vergütungsklassifikation)

Grundlage und gemeinsame sprachliche Basis für diese Assessment- und Klassifikationssysteme ist die Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) .

Dass es im Bereich der medizinischen Rehabilitation den Bedarf für ICF-orientierte Assessment- und Klassifikationssysteme gibt, zeigen die vielfältigen Initiativen und Versuche, die ICF selbst zu einem entsprechenden System zu operationalisieren. Abgesehen davon, dass die ICF dazu methodisch nicht geeignet ist, erfordern die unterschiedlichen Anwendungsbereiche eine jeweils zielgerichtete methodische und inhaltliche Ausprägung der einzusetzenden Instrumente. Es wird nicht möglich sein, die ICF im Sinne eines umfassenden Assessment- und Klassifikationssystems für alle Anwendungsfelder zu instrumentieren oder zu operationalisieren. Notwendig ist deshalb die zielgerichtete Entwicklung von Instrumenten für die jeweiligen Anwendungsfelder ( Bedarfsassessment – Patientenklassifikation, Leistungs- und Vergütungsklassifikation ) auf der Basis der ICF.

### **5.1 Nutzen eines Klassifikationssystems für die Rehabilitationseinrichtungen**

Patientenklassifikationssysteme lassen sich auch innerhalb einer Rehabilitationseinrichtung bzw. eines Unternehmens, das Träger mehrerer Einrichtungen ist, als Management-, Planungs- und Steuerungsinstrument nutzen. Dies gilt für die

- Ressourcenbereitstellung

- Ressourcenzuteilung
- Patientenbezogene Interventionsplanung/ Patientensteuerung
- Leistungsbezogene Kostenkalkulation
- Benchmarking

und darüber hinaus für die

- Organisations- und Strukturentwicklung einer Einrichtung
- Arbeitsablauforganisation
- Personal- und Personaleinsatzplanung ( ggfls. in Verbindung mit einem Personalbemessungsverfahren ).

Selbstverständlich erzeugt ein solches System die differenzierte Daten- und Informationsgrundlage für die interne und externe Qualitätssicherung sowie das Qualitätsmanagement.

Es ist festzuhalten, dass Klassifikationssysteme für die Träger von Rehabilitationseinrichtungen Management und Steuerungsressourcen beinhalten, deren Nutzen weit über die derzeit in den Vordergrund getretene Diskussion über ein darauf basierendes Vergütungssystem hinaus gehen.

## **5.2 Nutzen eines Klassifikationssystems für die Rehabilitationsträger**

Mit Blick auf die – auch nach Inkrafttreten des SGB IX – zwischen den verschiedenen Rehabilitationsträgern immer noch unterschiedliche Rehabilitationsphilosophie und –praxis ist ein Klassifikationssystem auch ein wichtiges Instrument zur Schaffung eines Höchstmasses an Gemeinsamkeit z.B. im Rahmen der Durchführung des § 13 SGB IX.

Auf der Grundlage der klassifizierenden Bedarfserhebung ergeben sich die Entscheidungsgrundlagen für die regionale wie überregionale Durchführung des Sicherstellungsauftrages der Rehabilitationsträger gem. § 19 SGB IX sowie die erforderlichen Abstimmungsprozesse mit der Krankenhausplanung ( Landeskrankenhausgesetze ) einerseits bzw. der Planungsverantwortungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz ( §§ 8 Abs. 2, 9 SGB XI ) andererseits.

Die Zuordnung eines Rehabilitanden zu einer bestimmten Bedarfs- bzw. Aufwandsgruppe kann mit Blick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zur zielgerichteten Steuerung im Einzelfall, aber auch zur Lösung des Over- bzw. Under-User-Problems im Rahmen kollektiver Reha-Screening-Verfahren genutzt werden.

Die Definition von Bedarfsgruppen mit vergleichbarem Aufwand kann im Rahmen der Durchführung des § 21 SGB IX ( Verträge mit Leistungserbringern ) die gebotene Transparenz der vereinbarten Leistungsinhalte und –qualitäten gewährleisten und damit letztlich auch als Grundlage für ein oder mehrere Vergütungssystem(e) dienen.

Patientenklassifikationssysteme sind danach auch für die Rehabilitationsträger Steuerungs- und Managementsysteme, die

- der aufwandsgerechten Ressourcenbereitstellung ( -planung )
- der effizienten ( bedarfsbezogenen ) Ressourcenzuteilung und der damit verbundenen Patientensteuerung
- einer fachgerechten und effektiven Interventionsplanung und Maßnahmendurchführung
- als Basis zur leistungsbezogenen Kostenkalkulation innerhalb eines Rahmenbudgets
- ggfls. zu Kosten- und Leistungsvergleichen verschiedener Anbieter ( Benchmarking )

dienen sowie sich

- verbunden mit wissenschaftlich fundierten Zielvorgaben und Qualitätsindikatoren zur Evaluation der Effekte von Leistungen beziehungsweise der Strategien von Maßnahmen ( Überprüfung der Zielerreichung ) sowie zur Outcome-Messung ( Wirkungsmessung ) eignen.

Die Einführung eines Patientenklassifikationssystems im Bereich der medizinischen Rehabilitation dient zugleich der Lösung der zu den Rahmenbedingungen aufgeworfenen Fragen und Probleme, weil je nach Ausgestaltung und eingesetztem Methodenspektrum, neben der Bedarfsdefinition und Kategorisierung auch die Beschreibung der Konzepte/Leitlinien unmittelbarer Bestandteil des Gesamtsystems ist.

### **5.3 Anforderungen an Klassifikationssysteme im Bereich der Rehabilitation**

Die Entwicklung von Assessment- und Klassifikationssystemen im Bereich der Rehabilitation, Teilhabe und Pflege muss für die Erhebung und Bewertung von Inhalten und Kriterien kurzfristiger, langfristiger und phasenhafter Verläufe mit unterschiedlichen Leistungszielen und Leistungsinhalten geeignet sein. Dabei korreliert der hinsichtlich des Leistungsinhaltes und –umfanges häufig weniger bedeutsame Schweregrad einer Erkrankung/medizinischen Diagnose bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen nicht deckungsgleich mit dem aus dem Umfang der Beeinträchtigung im Sinne der ICF abgeleiteten Leistungsbedarf.

Die bisher vorhandenen Instrumente ( z.B. KTL-System der Rentenversicherung ) erscheinen demgegenüber mit Blick auf die inter- und multidisziplinären Anforderungen im Bereich von Teilhabe und medizinischer Rehabilitation nicht komplex genug und sind zudem institutionszentriert, medizinlastig und nicht anschlussfähig an weiterführende Maßnahmen oder Systeme.

Auf diesem Hintergrund müssen die für die Teilhabe und medizinische Rehabilitation zu entwickelnden Klassifikationssysteme neben der Basierung auf der ICF spezifische Maßstäbe bzw. Kriterien erfüllen bzw. aufweisen, die den besonderen Anforderungen dieses Versorgungssektors Rechnung tragen.

Der BDPK hat dazu ein "Positionspapier zur Entwicklung von Patientenklassifikationssystemen für die medizinische Rehabilitation" finanziert, das erkennbar auch Grundlage seiner Ausschreibung der Studie zur Weiterentwicklung der Vergütung ist. Hinsichtlich der nachzuweisenden spezifischen Anforderungen eines Rehabilitations-Klassifikationssystems wird auf dieses Positionspapier verwiesen, das in seiner Substanz in Arbeit und Sozialpolitik veröffentlicht wurde ( vergl. Fuchs/Garms-Homolová/von Kardorff/Lügen/Lauterbach in Arbeit und Sozialpolitik 3/4, 2002, S, 22ff ).

### **6. Stand der politischen Diskussion**

Im Bereich der Teilhabe und medizinischen Rehabilitation wurde bereits während des Gesetzgebungsverfahrens zum SGB IX die Verpflichtung der Systembeteiligten zur Entwicklung von Klassifikationssystemen thematisiert, aber zunächst nicht weiter verfolgt, weil abgewartet werden sollte, wie die Beteiligten die im SGB IX enthaltenen, in diesem Zusammenhang bedeutsamen Rahmenregelungen ( u.a. Orientierung der Feststellung des individuellen Leistungsbedarfs an der ICF (§10), Vereinbarung eines weitgehend einheitlichen, ICF-orientierten Assessment- und Begutachtungsverfahrens (§12) ) umsetzen.

Nachdem diese Erfahrungen vorliegen und den politischen wie rechtlichen Vorgaben nicht gerecht werden können, stellt die Koalitionsarbeitsgruppe „Behindertenpolitik“ der Regierungsfractionen in ihren „Eckpunkten zur Fortentwicklung des SGB IX“ fest, dass

„die Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes und der Behinderung einer Person sowie der Beeinträchtigung der Aktivitäts- und Partizipationsmöglichkeiten sowie der relevanten Kontextfaktoren dient. Die ICF bietet dabei die Grundlage, auf der die Träger Maßstäbe zur einheitlichen, zielgerichteten und wirksamen Leistungserbringung entwickeln müssen, um ihren gestellten Aufgaben wie auch den Zielen Koordination, Kooperation und Konvergenz gerecht zu werden“.

Die ausdrückliche Einbeziehung der Ziele Koordination, Kooperation und Konvergenz soll verdeutlichen, dass es dabei nicht nur um die verbale Ausgestaltung von Zieldefinitionen, sondern auch um deren gemeinsame Operationalisierung, d.h., die Entwicklung der erforderlichen Instrumente wie z.B. Assessment- und Klassifikationssysteme zur Bedarfsfeststellung oder Leistungsklassifikation auf der Grundlage der ICF geht.