

Klassifikationssystem als Grundlage einer zukunftsfähigen Rehabilitation

Einführung in die Thematik von Harry Fuchs, Düsseldorf, anl. des **Seminars für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des Bundeskongresses des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e.V. am 27.6.2002 in Berlin**

1. Einleitung

Seit Anfang der 90er Jahre stellt sich u.a. auf dem Hintergrund der demographischen Entwicklung in Deutschland die Frage, 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.

Unter dem Stichwort Beitragssatzstabilität wurden seitdem in den verschiedenen Versorgungsbereichen Strategien mit dem Ziel entwickelt, das qualitativ angestrebte Ergebnis mit einem geringeren Kostenaufwand zu erreichen, d.h., die verfügbaren Mittel und die aus dem Versorgungsbedarf abgeleiteten Versorgungsziele und –inhalte in einen unmittelbaren Zusammenhang zu stellen.

2. Rahmenbedingungen

2.1 Qualitätsgesicherte Leistungserbringung

In allen Bereichen der sozialen und gesundheitlichen Sicherung wurde dieser Prozess unter dem Stichwort „qualitätsgesicherte Leistungserbringung“ in Gang gesetzt. Abgesehen davon, dass die rechtlichen Grundlagen in den entsprechenden Leistungsgesetzen für die Bereiche Gesundheitsversorgung, Rehabilitation und Pflege unterschiedlich gestaltet wurden, muss nach rd. 10 Jahren festgestellt werden, dass der Prozess in Deutschland 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.

Es fehlt in allen Bereichen unverändert an der Definition der konkreten Leistungsinhalte sowie der Maßstäben für die Qualität dieser Leistungen, die zugleich Basis einer systematischen Qualitätsprüfung und nachfolgenden Sicherung bzw. Weiterentwicklung der Qualität sein könnten.

Die Empfehlungen des „Runden Tisches“ im Gesundheitswesen vom 28.1.2002 zur Qualitätsverbesserung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung, bundesweit eine systematisch leitlinienbasierten Medizin zu bewirken und dafür einheitliche Leitlinien zu entwickeln, greifen dieses Problem auf. Bisher werden Leitlinien in der Medizin jedoch ausschließlich als Handlungs- und Entscheidungskorridor für ärztliches Handeln verstanden (vergl. unten Ziffer 2.4) und bewegen sich zudem inhaltlich auf einer eher abstrakten, wissenschaftlichen Ebene. Zur notwendigen Konkretisierung der Leistungen und Leistungsinhalte (Art, Umfang und Intensität der regelhaft eingesetzten Methoden und Verfahren) können sie in dieser Form nur bedingt beitragen. Leitlinien setzen selbstverständlich Qualitätsmaßstäbe. Mit Blick auf das hohe Abstraktionsniveau sind sie jedoch als Grundlagen für systematisierte Qualitätsprüf- und –sicherungsverfahren nur bedingt geeignet und bedürften auch insoweit einer weitergehenden Differenzierung.

Die Bereiche Rehabilitation und Pflege sind – in der Rehabilitation mehr noch als in der Pflege – nur sehr eingeschränkt durch ärztliches Handeln definiert. Die in diesen Versorgungsbereichen eingesetzten Verfahren und Methoden werden – z.T. sogar überwiegend –

durch nichtärztliche Berufsgruppen des Gesundheitswesens geprägt und entschieden. 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 – häufig der kleinere – eines interdisziplinären Teams. Mit Blick darauf, dass Rehabilitation und Pflege nicht oder nur randständig Gegenstand der ärztlichen Ausbildung und Erfahrungen sind, erscheint es wenig sachgerecht und zielführend, die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) mit der Entwicklung von Leitlinien und Pflegestandards für die Bereiche Rehabilitation und Pflege zu beauftragen.

Der Gesetzgeber hat der Tatsache, dass Aufgabenstellung, Selbstverständnis und Praxis der Leitlinien in der medizinischen Versorgung den über die Anforderungen der medizinischen Versorgung hinaus gehenden Anforderungen und Prozesse der medizinischen Rehabilitation im Bereich der Krankheitsfolgenbewältigung, d.h., der Störungen der Aktivitäten und Partizipation im Sinne der ICF, nicht erfassen können, bereits Rechnung getragen. Die in § 111a 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 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 in den Bereichen Rehabilitation und Pflege zu kurz greift.

Im übrigen reichen für die Qualitätssicherung vorwiegend quantitative Betrachtungen und Instrumente (d.h., die Erfassung einer bestimmten Menge von eingesetzten therapeutischen Verfahren, wie sie z.B. die zur Erhebung der Prozessqualität in der Rentenversicherung eingesetzte **Klassifikation Therapeutischer Leistungen - KTL** – ausweist) nicht aus. Wesentliches Merkmal qualitätsgesicherter Leistungserbringung ist die qualitative Betrachtung, d.h., in welchem Maße das mit den Leistungen angestrebte (Versorgungs-) Ziel erreicht werden konnte (Ergebnisqualität, Wirksamkeit).

Für den Bereich der Rehabilitation hat der Gesetzgeber 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) von der Krankenkasse das 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 das Projekt „Qualitätssicherung durch die Gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation“ (QS-GKV-Projekt) 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.

2.2 Bedarfsgerechte Leistungserbringung

Nach dem einfach zu verstehenden Grundsatz, dass man nur die Qualitäten messen und sichern kann, die man zuvor definiert hat bzw. für deren Messung und Sicherung man Maßstäbe gestaltet hat, finden sich die Ursachen für die Probleme der Qualitätssicherung in Deutschland in der Tatsache, dass in allen Versorgungsbereichen die Leistungsinhalte selbst nicht hinreichend konkretisiert sind, um daran Qualitätsmaßstäbe oder Sicherungsverfahren wirksam anknüpfen zu können.

2.2.1 Im Bereich der **Pflegeversicherung** sah § 72 Abs. 1 SGB XI die einrichtungsbezogene Konkretisierung von Art, Umfang und Inhalt der Pflegeleistungen in Versorgungsverträgen, § 75 Abs. 2 Nr. 1 SGB XI die allgemeine Konkretisierung der Inhalte der Pflegeleistungen in Verträgen der Spitzenverbände der Pflegekassen und der Leistungserbringer auf Landesebene sowie § 80 SGB XI die gemeinsame Vereinbarung einheitlicher Grundsätze und Maßstäbe für die Qualität und die Qualitätssicherung vor. Im Rahmen der Durchführung dieser Bestimmungen verharrten alle Verträge bzw. Grundsätze auf einem hohen Abstraktionsniveau. Jedenfalls enthält keine dieser Regelungen eine Konkretisierung der Leistungen nach Art, Umfang und Intensität der zur Durchführung der Leistungen regelhaft einzusetzenden pflegerischen Verfahren und Methoden. Unter dem Stichwort „Prozessqualität“ finden sich in diesen Regelwerken durchweg Allgemeinplätze, die z.T. nicht einmal eine inhaltliche Relevanz zu diesem Begriff haben.

Der Gesetzgeber sucht diese Unterlassungen durch das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) mit der Einführung einer Leistungs- und Qualitätsvereinbarung (LQV) zu heilen, die absolut die gleiche inhaltliche Konkretisierung des Leistungsgeschehens erwartet, die bisher bereits für die Versorgungs-, Leistungsverträge und QS- Grundsätze vorgeschrieben war. Ein Vertreter der Pflegekassen hat im Rahmen einer Anhörung des Landtages von Nordrhein-Westfalen erklärt, dass die Beteiligten bisher nicht in der Lage gewesen seien, diese Konkretisierung vorzunehmen. Dies korrespondiert mit dem Vorschlag des Berliner Memorandums der Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen vom 14.1.2000, dieses Kompetenzdefizit durch die Einrichtung eines Akkreditierungsrates im Pflegewesen zur Integration der verschiedenen Qualitätsanforderungen von Pflegestandards zu kompensieren. Da die Ursachen für die mangelnde Konkretisierung nach bisherigem Recht auch nach Inkrafttreten des PQsG unverändert fortbestehen, d.h., die bedarfsorientierte Konkretisierung der Leistungsinhalte einschl. der damit verbundenen Qualitätsmaßstäbe weiterhin nicht vorgenommen wird, ist zu befürchten, dass die derzeit eingesetzten Arbeitsgruppen zur Umsetzung des PQsG inhaltlich und qualitativ lediglich das frühere Verfahren bei der Entwicklung der Bundesrahmenempfehlungen nach § 75 Abs. 5 SGB XI a.F. zu den Leistungsverträgen wiederholen und keine wirkliche Verbesserung der Situation bewirken, so dass es in diesem Versorgungsbereich auch in Zukunft an den notwendigen Grundlagen für Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfungen mangelt.

2.2.2 Im Bereich der **Akutversorgung** hat der Gesetzgeber die Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet und mit der Verpflichtung zur Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements sowie zur Teilnahme an einrichtungsübergreifenden, auf die Verbesserung der Ergebnisqualität ausgerichteten Qualitätssicherungsmaßnahmen konkrete Handlungspflichten begründet (§ 135 a SGB V). Abgesehen von Zertifizierungsverfahren, die auch in diesem Bereich zur Entwicklung und zum Nachweis des internen Qualitätsmanagements genutzt werden, befindet sich die Qualitätsorientierung der Leistungsinhalte weitgehend noch im Anfangsstadium.

Der durch das am 1.1.2000 in Kraft getretene GRG-GKV-2000 geschaffene Koordinierungsausschuss nach § 137e SGB V soll für mindestens 10 Krankheiten pro Jahr Kriterien für die Leistungserbringung der Vertragsärzte und Krankenhäuser festlegen. Die Kriterien beschreiben indikationsbezogene Behandlungskorridore und sollen auf der Grundlage evidenzbasierter, d.h., wissenschaftlich fundierter, Leitlinien eine rationale Diagnostik und Therapie wieder spiegeln. Damit würde erstmals eine regelhafte Konkretisierung der Leistungsinhalte der Akutversorgung vorgenommen. Die Aufgabe der Festlegung von Leistungskriterien unterscheidet den Koordinierungsausschuss grundlegend von den anderen Ausschüssen (Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen; Bundesausschuss Krankenhäuser/Krankenkassen) Deren Aufgabe ist es nämlich nicht, in ihren Richtlinien krankheitsbezogene Vorgaben zu machen, sondern Handlungsanweisungen für die Erbringung bestimmter Leistungen zu geben. Die Leistungskriterien des Koordinierungsausschusses greifen im Gegensatz zu den Handlungsanweisungen der Bundesausschüsse direkt in das Behandlungskonzept ein (vgl. dazu Zipperer, Forum für Gesellschaftspolitik, Oktober 2000, Seiten 249, 250).

Die Aufgabenstellung des Koordinierungsausschusses ist die unverzichtbare Ergänzung zu der mit den Diagnosis Related Groups (DRG) vorgenommenen Kategorisierung der Behandlungsfälle gleichen Aufwandes im Krankenhaus. Die Leistungskriterien des Koordinierungsausschusses klären nämlich, welcher Aufwand tatsächlich regelhaft mit einer DRG-Gruppe und der dafür gefundenen Vergütung verbunden ist. Sie bilden damit zugleich die Grundlage für die Qualitätsmaßstäbe und die –sicherung dieser Leistungen.

Mit Blick darauf, dass der Koordinierungsausschuss nur verpflichtet ist, Kriterien für jeweils 10 Krankheitsbilder pro Jahr festzulegen und er sich organisatorisch erst im Laufe des Jahres 2001 konstituiert hat, ist abzusehen, dass – ohne erneute politisches Eingreifen – in absehbarer Zeit nicht mit einem weitgreifenden Ergebnis zu rechnen ist. Zudem ist der Ausschuss stark wissenschaftsorientiert, was für sich gesehen noch nicht gewährleistet, dass die von ihm entwickelten Leistungskriterien auch bedarfsorientiert, d.h., im Sinne der mit den Leistungen Einsatz angestrebten Ziele wirksam sind.

Der „Runde Tisch“ im Gesundheitswesen hat deshalb in seiner 3. Sitzung am 28.1.2002 beschlossen, dass der auch künftig vom Gesetzgeber vorgegeben einheitliche Leistungskatalog durch die gemeinsame Selbstverwaltung der Leistungserbringer und Krankenkassen zu einem einheitlichen Versorgungsanspruch konkretisiert und einheitliche Mindestqualitätsstandards festgelegt werden sollen. Im übrigen sollen die Leitlinien künftig nicht mehr allein in der Verantwortung der Fachgesellschaften liegen, sondern von der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin (AQS) unter Beteiligung der Patientenorganisationen in Auftrag gegeben bzw. die Erstellung, Bewertung und Aktualisierung koordiniert werden.

2.2.3 Im Bereich der **Rehabilitation** gelten für die Rehabilitation der Krankenversicherung zunächst die für die Akutversorgung gemachten Ausführungen entsprechend, weil die Rechtsgrundlagen der Qualitätssicherung für Akutversorgung und Rehabilitation im Bereich der Krankenversicherung einheitlich geregelt sind. Zudem verpflichtet § 111a SGB V die Spitzenorganisationen der Leistungserbringer und Krankenkassen zur Konkretisierung der Ziele und Inhalte von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen in gemeinsamen Rahmenempfehlungen. Die bisher vereinbarten Rahmenempfehlungen beinhalten dazu jedoch nur die Absichtserklärung zur Vereinbarung indikationsspezifischer Konzepte in Anlagen zu den Rahmenempfehlung, ohne dass bisher auch nur Gespräche darüber aufgenommen worden wären.

Darüber hinaus verpflichtet § 20 Abs. 2 SGB IX die Leistungserbringer zu einem Qualitätsmanagement sowie die Rehabilitationsträger (Abs. 1) zu gemeinsamen Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen. § 13 Abs. 1 i.V.m. § 12 Nr. 1 SGB IX sieht nunmehr – entsprechend § 111a Nr. 1 SGB V -eine gemeinsame Empfehlung der Rehabilitationsträger über Gegenstand, Umfang und Ausführung der im Sinne des § 4 SGB IX geeigneten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen vor, wobei allerdings der bekannt gewordene interne Prioritätenkatalog der Rehabilitationsträger für die Entwicklung der Empfehlungen nach § 13 SGB IX diesen Sachverhalt bisher nicht aufgreift.

Danach darf davon ausgegangen werden, dass die Rehabilitationsträger – entgegen den bestehenden gesetzlichen Verpflichtungen – bis auf weiteres nicht daran gehen werden, die Leistungen der medizinischen Rehabilitation nach Art, Umfang und Intensität der eingesetzten Verfahren und Methoden zu konkretisieren. Andererseits sieht die Empfehlung des „Runden Tisches“ vom 28.1.2002 zur Qualitätsverbesserung in der medizinischen und pflegerischen Versorgung die Beteiligung der Rentenversicherung bei der Finanzierung der Leitlinien ausdrücklich vor, was zumindest die Vorstellung indiziert, dass die von der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin – unabhängig von deren (fraglicher) rehabilitativen Kompetenz – in Auftrag gegebenen Leitlinien sich auch auf die medizinische Rehabilitation erstrecken sollen.

2.2.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es bisher einerseits in allen Versorgungsbe-
reichen an der notwendigen regelhaften Konkretisierung der Leistungsinhalte mangelt, ande-
rerseits politische Initiativen darauf abzielen, diesem Mangel abzuweichen, ohne jedoch selbst
hinreichend zielgerichtet und wirksam zu erscheinen und – im Bereich der Rehabilitation –
den durch das SGB XI geänderten Rahmenbedingungen Rechnung zu tragen. Auch der
Frage, ob die Leistungen und ihre Inhalte mit dem tatsächlichen Bedarf korrespondieren,
wird als Element der Wirksamkeit und damit der Wirtschaftlichkeit der Leistung bisher keine
oder nur geringe Bedeutung beigemessen.

2.3 Medizinische Leitlinien/Leitlinien in der Rehabilitation

Leitlinien sind nach der Definition der BÄK/KBV 1997 systematisch entwickelte Entschei-
dungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitli-
chen Problemen. Leitlinien stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vor-
gehen von mehreren Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen
(ggf. unter Berücksichtigung von Patienten) erzielten Konsens zu bestimmten ärztlichen
Vorgehensweisen dar, und zwar auf der Grundlage systematischer Recherche und Bewer-
tung der wissenschaftlichen Evidenz. Leitlinien sind danach Orientierungshilfen im Sinne von
„Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen
werden kann oder muss.

Demgegenüber handelt es sich bei Richtlinien um Regelungen über das Handeln oder Unter-
lassen, die von einer dazu rechtlich legitimierten Institution erlassen, schriftlich fixiert und
veröffentlicht wurden und deshalb für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich, zwin-
gend zu beachten sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.

Die Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen
Fachgesellschaften (AWMF) erarbeiteten bisher über 1200 ärztliche Leitlinien, zu deren
Transparenz und Qualitätsförderung die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztli-
che Bundesvereinigung (KBV) 1999 gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesell-
schaft und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen das Deutsche Leitlinien-
Clearingverfahren (DLC) etablierten (vgl. Ollenschläger et al, Forum für Gesellschaftspoli-
tik, Oktober 200, Seiten 255 – 257).

Die Leitlinien sind danach im wesentlichen medizinwissenschaftlich geprägt und strukturieren
das ärztliche Handeln. Sie enthalten durchweg keine oder allenfalls auf Schnittstellenhinwei-
se begrenzte rehabilitativen Inhalte. Die Fokussierung auf die ärztliche Entscheidungs- und
Handlungspraxis indiziert, dass die auf die Aktivitäten und die Partizipation des Rehabilitan-
den im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit , Behinderungen und
Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gerichteten Leistungsinhalte
der medizinischen Rehabilitation, die vorwiegend von nichtärztlichen Berufsgruppen des
Gesundheitswesens gestaltet werden (vgl. oben Ziffer 2.1), nicht ins Blickfeld geraten und
allenfalls randständig Entscheidungsgegenstand von Ärzten im Bereich der Akutversorgung
sind.

Obwohl Schwartz (Kurzfassung des Vortrages anl. der BfA-Tagung am 28./29.2.200) aus-
drücklich bestätigt, dass der größte Teil der bislang in Deutschland publizierten Leitlinien von
Vertretern der Hochschul-Medizin entwickelt wurde und in erster Linie klinische Entschei-
dungshilfen für Probleme der fachärztlichen Versorgung liefern, bietet es sich nach seiner
Auffassung als Alternative zu einer Neuentwicklung evidenzbasierter Leitlinien für den Be-
reich der Rehabilitation an, als wesentlich zeit- und kostengünstigere Alternative die beste-
henden (akutmedizinischen) Leitlinien zu übernehmen bzw. anzupassen. Wenn jedoch die
Mehrzahl dieser Leitlinien – auch nach Schwartz - krankheits- bzw. diagnoseorientiert ist,
d.h., sie (nur) das ärztliche Handeln ausgehend von gesicherten Diagnosen oder Syndro-
men beschreibt, ist diese Empfehlung – abgesehen davon, dass bzgl. der Darstellung des
prozesshaften Verlaufs und der über die Krankenbehandlung hinausgehenden Leistungs-

inhalte im Rahmen diagnosedefinierter Leitlinien die gleichen methodischen Probleme bestehen wie bei der Abbildung des Rehabilitationsprozesses im Rahmen der DRG's - allein schon deshalb unschlüssig, weil auf diesem Hintergrund der Aufwand für die Ergänzung um die Rehabilitationsspezifika keinesfalls niedriger ist, als der für eine Neuentwicklung, die dann allerdings den Anforderungen der Bereiche Rehabilitation und Pflege auch umfassend gerecht würde.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass die Evidenzbasierung des Handelns im Bereich der medizinischen Rehabilitation über die medizinwissenschaftliche Evidenz hinaus den Maßstäben der ICF bzw. des SGB IX gerecht werden und spezifischen rehabilitationswissenschaftlichen Anforderungen genügen muss. Deshalb ist im Bereich der medizinischen Rehabilitation auch über die Grundsätze der Evidence-Based Medicine hinausgehend auf die Grundsätze der Evidenz-Based Health Care abzustellen.

Im übrigen ist die von Helou, Korsukéwitz, Schwartz vertretene 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, ist durch die Empfehlungen des „Runden Tisches“ vom 28.1.2002 überholt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Einbindung der medizinischen Rehabilitation in vornehmlich medizinwissenschaftlich basierte Leitlinien – etwa im Sinne der vom „Runden Tisch“ vorgesehenen Beteiligung der Rentenversicherung an der Finanzierung der Leitlinien zur medizinischen Versorgung – im Sinne der ICF bzw. den Vorgaben des SGB IX völlig unzureichend wäre. Notwendig ist die in § 111 a SGB V bzw. im SGB IX angelegte Entwicklung – rehabilitationswissenschaftlich – evidenzbasierter Konzepte , die sich – soweit medizinwissenschaftliche Aspekte für die medizinische Rehabilitation bedeutsam sind – auf die medizinischen Leitlinien stützen und im übrigen über die medizinische Versorgung hinausgehend auch alle Aspekte der Störungen der Aktivitäten und Partizipation eines Menschen einbeziehen.

Letztlich bleibt auch für den Bereich der medizinischen Rehabilitation zu klären, ob diese Konzepte – entsprechend den Leitlinien in der Medizin – nur den Charakter von Handlungsanweisungen für die Leistungserbringung haben, oder darüber hinausgehend Leistungskriterien vergleichbar denen des § 137 e SGB V darstellen, die unmittelbar in das Rehabilitationsgeschehen eingreifen.

3. Patientenklassifikation als Steuerung- und Managementinstrument

Die Diskussion der Rahmenbedingungen zeigt, dass es eines Instrumentariums bedarf, mit dem Leistungsbedarfe erhoben, kategorisiert und hinsichtlich der dazu erforderlichen Leistungsinhalte konkretisiert werden können.

Ein solches Instrumentarium dient zunächst der Transparenz, aber auch der Herstellung gemeinsamer Definitions- und Bewertungsmaßstäbe. 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 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 in den Bereichen Rehabilitation und pflege 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.

4. Nutzen für die Rehabilitationseinrichtungen

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

- 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.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass ein Patientenklassifikationssystem für die Träger von Rehabilitationseinrichtungen Management und Steuerungsressourcen beinhaltet, deren Nutzen weit über die z.T. in den Vordergrund getretene Diskussion über ein darauf basierendes Vergütungssystem hinaus geht.

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 Vergütungssystem für die stationäre Akutversorgung wird 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 nicht geeignet, den auf Art und Umfang der Krankheitsfolgen 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.

Soweit gegen die Entwicklung und Einführung eines Patientenklassifikationssystems im Bereich der Rehabilitation und Pflege mit den Argumenten und Begründungen aus dem Bereich der DRG-gestützten Pauschalvergütung im Krankenhaus und deren Einführung diskutiert wird (vgl. Heine, forum für gesundheitspolitik, Januar 2002, Seite 17), geht dies am Thema vorbei und wird deshalb auch nicht weiter vertieft.

Lediglich zur Frage der Pauschalvergütungen sei angemerkt, dass die Rehabilitationsträger die Frage der Veränderung des Vergütungssystems im Bereich der medizinischen Rehabilitation auch ohne Einführung eines Klassifikationssystems bereits mindestens seit Einführung der sogen. Komplexpauschale ernsthaft diskutieren. Im Interesse der Leistungsanbieter stellt sich allerdings die Frage, auf welchen durchsetzbaren Kriterien - ohne ein von beiden Seiten anerkanntes Klassifikationssystem – ein abstrahierendes, pauschalierendes Vergütungssystem mit der Zielsetzung einer leistungsgerechten Vergütung basieren könnte, ohne dass es – wie bereits teilweise in der Pflegeversicherung – zu monopolartigen Preisdiktaten der Kostenträger kommt. Im Bereich der Pflegeversicherung beruht die Diskussion über die Einführung des kanadischen Systems PLAISIR (ein erweitertes Personalbemessungssystem)

gerade auf der Erfahrung, dass ohne eine Systematisierung bzw. Kategorisierung der Leistungsbedarfe und -inhalte leistungsgerechte Vergütungen nicht mehr erreichbar sind.

Die oben zu den Rahmenbedingungen dargestellten Entwicklungen, insbesondere jedoch die Durchführung des SGB IX im Bereich der gemeinsamen Empfehlungen (§§ 12,13) und der Koordination (§ 10) werden „in eine Grundsatzdiskussion über die Inhalte und Notwendigkeiten der medizinischen Rehabilitation und in eine neue Selektion des Leistungsgeschehens“ (vgl. Heine, a.a.O, Seite 16) einmünden. Ein Patientenklassifikationssystem bietet 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 (§ 135a SGB V) richtet.

Die Einführung eines Patientenklassifikationssystems im Bereich der Rehabilitation und Pflege verfolgt primär die vorstehend im Einzelnen erläuterten Ziele. Es wäre mit Blick auf die Bedarfsorientierung und Transparenz gerade im Interesse der Leistungserbringer nachgerade abwegig, die mit einem solchen System gewonnenen Daten nicht auch zur Grundlage eines oder mehrerer künftiger leistungsgerechter Vergütungssysteme in den Bereichen Rehabilitation und Pflege zu machen.

5. Anforderungen an ein Klassifikationssystem im Bereich der Rehabilitation¹

Zu den Klient/innen der Rehabilitation gehören ganz unterschiedliche Personen(gruppen) mit unterschiedlichen Bedarfen, denen mit medizinischen, berufsfördernden, sozial-integrativen, lebensstilbezogenen, pflegerischen, psychotherapeutischen usw. Leistungen entsprochen werden muss. Individuelle Lebensverläufe, differente Lebensstadien beziehungsweise Altersstufen tragen zur weiteren Differenzierung bei. Konsequenter Weise müssen rehabilitative Maßnahmen auf die Art, Schwere und Ausmaß der Behinderung/Schädigung reagieren und zudem altersgerecht gestaltet werden (von der Frühförderung behinderter Kinder über schulische Bildung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder, berufliche Erstausbildung behinderter Kinder, Umschulung von Unfallopfern, Langzeitrehabilitation chronisch kranker Menschen bis zur rehabilitativen Pflege alter Menschen). Alle diese Eigenarten sollen sich in dem Klassifikationssystem für diesen Versorgungsbereich widerspiegeln.

5.1 Zur Notwendigkeit einer operationalen Definition

Der notwendige Ausgangspunkt ist eine operationale Definition von Rehabilitation, wobei unterstrichen werden sollte, dass es bislang keine einheitliche Theorie der Rehabilitation gibt. Rehabilitation im sozialrechtlichen Sinne ist sehr umfassend bestimmt; die Praxis der unterschiedlichen Leistungsträger legt sie jedoch weiter oder enger aus. Inwieweit sich dies durch die Regelungen des SGB IX, insbesondere die gemeinsamen Empfehlungen nach § 13 SGB IX in absehbarer Zeit ändert, bleibt abzuwarten. Zwischen den Leistungsträgern, doch auch in der Praxis unterschiedlicher Einrichtungen und Berufsgruppen, existieren erhebliche Abgrenzungsprobleme. Nicht zuletzt trägt die Tatsache, dass Rehabilitation für einzelne Personen(gruppen) ganz unterschiedliche Erfordernisse mit sich bringt, zur Erschwernis der Bemühungen um die Definition bei.

Der Entwicklung eines zu den DRGs komplementären oder alternativen Systems der Klassifikation sollte eine Definition der Rehabilitation zugrunde liegen, die mindestens den im Folgenden beschriebenen Anforderungen genügt.

¹ Abschnitt 5: Auszug aus dem „Positionspapier zur Entwicklung von Patientenklassifikationssystemen für die Medizinische Rehabilitation“ von Vjenka Garms-Homolová, Ernst von Kardorff, Harry Fuchs, Markus Lungen, Karl Lauterbach

5.2 Kriterien für eine Definition von Rehabilitation

Die folgenden Kriterien beschreiben die Voraussetzungen für eine operationale Definition von Rehabilitation und zugleich für die Patientenklassifikation in diesen Versorgungsbereich.

5.2.1 *Kompatibilität mit den sozialrechtlichen Bestimmungen*

Unter der Überschrift *Rehabilitation* werden - unter Bezugnahme auf die gegenwärtige Rechtslage - alle Bemühungen zusammen gefasst, die sich darauf richten, Menschen, die von Geburt an, aufgrund von Unfällen, als Ergebnis chronischer Krankheit oder altersbedingt in verschiedenen Bereichen des Lebens beeinträchtigt und deshalb phasenweise oder dauerhaft auf Assistenz, Förderung, Therapie und Begleitung angewiesen sind. Unabhängig von der Ursache der Behinderung ("Finalitätsprinzip") hat jede der hier angesprochenen Personen das Recht auf Hilfe, um die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, die Teilhabe am Arbeitsplatz entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern (§ 4 SGB IX). Mit dieser allgemeinen, bewusst weit gefassten, auf die Gewährung von Hilfen und die Definition von Leistungsansprüchen gerichteten Bestimmung von Rehabilitation reagiert das Sozialrecht auf die *Heterogenität der Zielgruppen*. Wie bereits dargelegt, benötigen Betroffene und ihre Familien ganz unterschiedliche Maßnahmen sowie finanzielle Hilfen, um ihren besonderen behinderungsbedingten Erfordernissen und Bedürfnissen (*special needs*) in verschiedenen Lebensbereichen, in unterschiedlichen biographischen und familiären Situationen wie auch sozialen Lebenslagen bei der (Wieder-)Eingliederung in die Gesellschaft gerecht werden zu können.

5.2.2 *Verknüpfung von Rehabilitation und Prävention*

Hier sind Aufgabenbereiche der Rehabilitation angesprochen, die insbesondere die Sekundär- und Tertiärprävention berühren; die Formel, "Rehabilitation beginnt mit der Akutbehandlung" ist zwar richtig, verdeckt jedoch, dass sie im Rehabilitationsbereich häufig dazu dient, die Bevorzugung der akutmedizinischen Anteile (vor allem Diagnostik) zu legitimieren, bei gleichzeitiger Vernachlässigung der eigentlichen Rehabilitationsaufgaben (Stabilisierung des Rehabilitationsergebnisses, längerfristige Maßnahmen, berufliche, psychosoziale und lebensstilbezogene Förderung). Für den engeren Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen sind unter dem Aspekt des WHO-Gesundheitsmodells (vgl. Ottawa Charta 1986; Brundtland 2000) vor allem Aufgaben der für chronisch kranke und behinderte Menschen notwendigen längerfristigen Entwicklung angemessener Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Krankheit (psychosoziale Aspekte), Lebensstiländerungen und Gesundheitsbildung (z.B. Ernährungsumstellung; Bewegung; Stressvermeidung) sowie die Vernetzung und das Rehabilitationsmanagement bezogen vor allem auf die berufliche Rehabilitation, aber auch auf Wohnen und Freizeitgestaltung (Partizipation) bedeutsam.

5.2.3 *Sensitivität der Definition für die Heterogenität der Gruppen von Rehabilitanden/-innen*

Damit ist die Reaktionsfähigkeit auf kurzfristige, langfristige und phasenhafte Rehabilitationsverläufe mit jeweils unterschiedlichen Hilfebedarfen angesprochen: Die Schwere einer medizinischen Diagnose korreliert bei chronischen Krankheiten und Behinderungen nicht eins zu eins mit Wohlbefinden, Selbstversorgungs- und beruflicher Belastungsfähigkeit. Denn diese sind vor allem von der Stabilität und Instabilität der jeweiligen Lage, von differenten Phasenverläufen (aufwärtsgerichtete, z.B. Schlaganfall; abwärtsgerichtete, z.B. Demenzen; schwankende, z.B. psychische Krankheiten; gleichbleibende, z. B. Querschnittslähmung) abhängig. Auch familiäre Bewältigungs- und Versorgungsmustern („patterns“) sowie die mobilisierbare informelle Unterstützung haben einen entschei-

denden Einfluss. In der Kalkulation erforderlicher Kosten der Rehabilitation müssen diese Aspekte als variable Bestandteile der Rehabilitation berücksichtigt werden.

5.2.4 *Institutionelle Zuordnung von Rehabilitationsleistungen zu den entsprechenden Kostenträgern - Klarheit der Definitionselemente*

Für die Bereiche der medizinischen (Phase I), der medizinisch-beruflichen (Phase II) und für die soziale Rehabilitation müssen klare Zuordnungsrichtlinien und Verantwortlichkeiten der Kostenträger definiert werden; die Steuerung muss über ein Care-Management erfolgen, ohne dass den Rehabilitanden/-innen Nachteile entstehen oder sie sich selbst überlassen würden.

5.2.5 *Einbeziehung nicht-ärztlicher Kompetenz in die Rehabilitationsentscheidungen*

ist sowohl unter konzeptionellen wie auch unter Kostengesichtspunkten von Bedeutung. Die Mehrzahl aller Rehabilitationsleistungen wird nicht von Ärzt/innen erbracht, sondern von Ergo- und Physiotherapeut/innen, von Heil-, Sozial-, Rehabilitations- und Berufspädagog/innen, von Psycholog/innen, Motopäd/innen, Ernährungsberater/innen, Sportlehrer/innen, usw. Auch diesem Umstand müssen sowohl die Definition als auch die Klassifikationsversuche gerecht werden, wie dies auf der Basis des WHO-ICF-Systems vorgeschlagen wird.

5.2.6 *Rehabilitationskonzepte müssen interdisziplinär und untereinander anschlussfähig gestaltet sein.*

Dies bedeutet die Verankerung der Rehabilitationsleistungen in einem integrierten Rahmenkonzept. Leistungen werden dann nicht von den Angeboten der Institution her definiert, sondern Rehabilitationsbedarfe von Patient/innen können im Sinne funktionaler Äquivalenz als Aufgaben unterschiedlicher Institutionen verstanden werden.

5.3 Operationalisierung von gruppenbezogenen Leistungsbedarfen in der Rehabilitation: Konzeptionelle Überlegungen

Eine Operationalisierung der Leistungen setzt zunächst die Erstellung von Leistungskatalogen für die einzelnen Rehabilitationsbereiche (Medizin, Pädagogik, Pflege) voraus. Die Abgrenzung ist dabei zunächst fachlich vorzunehmen und anschließend leistungsrechtlich aufzuschlüsseln; eine Zuordnung zu einzelnen Berufsgruppen hängt von den jeweiligen institutionellen Gegebenheiten ab.

Die Gewährung von Leistungen (Leistungspaketen) ist individuell an die jeweilige Situation der Rehabilitand/innen vom zuständigen Fachpersonal – idealerweise von einem/r Rehabilitationsmanager/in im Rahmen eines individuellen Rehabilitationsplans – zu leisten. Dabei sind die Erforderlichkeit und Angemessenheit entsprechend dem Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen zu bestimmen. Da sich aus der medizinischen Diagnose einer Krankheit etwa nach ICD-10 oder nach DSMR-IV ein spezifischer Rehabilitationsbedarf nicht unmittelbar ableiten lässt, wird stattdessen der Weg einer funktionellen Problemdiagnose vorgeschlagen, wie er sich aus der ICF ableiten lässt, weil sich Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf am besten aus dieser eigens für die Rehabilitation entwickelten Klassifikation entwickeln lassen. Der Vorteil der funktionalen Klassifikation der ICF besteht darin, individuelle Einschränkungen unter dem Gesichtspunkt der alltäglichen Anforderungen an die weitgehend selbständig gestaltete Lebensbewältigung mit oder trotz einer chronischen Krankheit / Behinderung zu ermitteln und mit erforderlichen Fördermaßnahmen verknüpfen zu können. Darüber hinaus ermöglicht die Betrachtung des funktionalen Status auch die Beachtung der strukturellen Hindernisse in der Umwelt der Rehabilitanden/innen, die Selbstbestimmung und Selbständigkeit behindern (z.B. Mobilitätshindernisse; Zugänglichkeit zu Hilfen in Abhängigkeit von regionalen Angeboten, sozialer Unterstützung usw.).

Der Nachteil dieses Systems ist im Hinblick auf die Intention der Klassifikationen, die zu den DRGs kompatibel oder mit ihnen integrierbar wäre, die derzeit noch ausstehende ausreichende Operationalisierung der Kategorien, mit denen die ICF arbeitet, und die

Notwendigkeit, das System zu einem nicht nur konzeptionell, sondern auch empirisch einsetzbaren Instrument weiterzuentwickeln. Für die aktuellen Erfordernisse der Praxis muss eine zum Charakter der Rehabilitation und dem ICF – Konzept passende Methode gefunden werden.

Bei der Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs wird entsprechend diesem WHO-Konzept (vgl. ICF) danach gefragt, inwieweit die dort genannten vier zentralen Bereiche gestörter Integrität bei den jeweiligen Zielgruppen gegeben sind:

- Störungen und Einschränkungen der körperlichen Integrität (physische Strukturen und Funktionen)
- Störungen und Einschränkungen der seelischen Integrität
- Störungen und Einschränkungen der leistungsbezogenen Integrität (v.a. berufliche Leistungen und Leistungen der alltäglichen Selbstversorgung)
- Störungen der sozialen Integrität (z.B. eingeschränkte Möglichkeiten der Partizipation)

Zusätzlich muss bestimmt werden, inwieweit die sogenannten Kontextfaktoren (Bildungsvoraussetzungen, Zugangsmöglichkeiten zu Hilfeangeboten, institutionelle Arrangements, externe Mobilitätsbarrieren, usw.) an der Einschränkung von Selbständigkeit, Partizipation und Selbstbestimmung beteiligt und in den zu entwickelnden Maßnahmenpauschalen durch gezielte Interventionen, Hilfen- und Bildungsmaßnahmen zu berücksichtigen sind.

Für die Belange der Rehabilitation eignet sich Definitionsschema der ICF als ein vor allem konzeptioneller Rahmen für die Beschreibung der Hilfebedarfgruppen. Dieser Rahmen umspannt

- den spezifischen Unterstützungsbedarf unter dem Gesichtspunkt individueller Einschränkungen in zentralen Lebensbereichen (Alltagsversorgung, Fähigkeiten und Motivation zur Berufsaufnahme) als Folge funktioneller Defizite (körperlich, geistig, seelisch) sowie
- die vorhandenen Ressourcen (familiäre Unterstützung, besondere individuelle Kompetenzen, Umfeldressourcen) und
- das Streben nach gesellschaftlicher Teilhabe und Selbstbestimmung unter der Berücksichtigung der individuellen Faktoren und gesellschaftlichen Barrieren.

5.4 Zielbestimmungen der Rehabilitation und Verknüpfung mit einem Klassifikationssystem

Zu den allgemeinsten Zielbestimmungen der Rehabilitation gehören

- (Wieder-)Eingliederung der Rehabilitanden,
- Herstellung möglichst weitgehender Selbständigkeit,
- Sicherung von Selbstbestimmung und Möglichkeiten der Partizipation am gesellschaftlichen Leben.

Rehabilitation orientiert sich ferner am sogenannten "Normalisierungsprinzip" mit der Intention, behinderte und kranke Menschen nicht gesellschaftlich auszugrenzen und sie in ihrer jeweils sehr unterschiedlichen ausgeprägten lebenslangen Betreuungsbedürftigkeit zu unterstützen. Diese Zielbestimmungen müssen weiter differenziert werden, besonders in zwei Aspekten:

- Rehabilitation endet nicht mit der Pflege; insofern gelten für Rehabilitationsbedarfe in der Pflege eigene Kriterien. Jedoch sollte die Pflege von Rehabilitation nicht abgekoppelt werden: Im Gegensatz zur jetzigen Praxis sollten rehabilitierbare Pflegeempfänger/innen Zugang zur Rehabilitation erhalten können. Denkbar ist auch, Rehabilitation **nach** Pflege zu gewähren. Klassifikationssysteme auf einer gemeinsamen Basis für diese beiden Versorgungsbereiche haben sich in der Praxis bereits bewährt ;
- Rehabilitation umfasst bei chronisch erkrankten Menschen, bei nach Unfällen, oder von Geburt an behinderten Menschen lebenslange Förderung zur Erreichung des Rehabilita-

tionsziels; dabei ist eine Spezifizierung der individuellen Rehabilitationsziele in Richtung eines möglichst weitestgehend selbständigen und selbstbestimmten Lebens mit der Behinderung erforderlich. Sie ist zusätzlich in gruppenbezogene Hilfebedarfe zu übersetzen.

Alle Rehabilitationsziele müssen darüber hinaus in drei Richtungen detailliert werden:

- sie müssen handlungsbezogen in rehabilitationsmedizinische, -pädagogische, berufliche, usw. Maßnahmepakete überführbar sein;
- sie müssen regionalen Versorgungsangeboten (Einrichtungen, Diensten, Versorgern) und den für bestimmte Maßnahmen zuständigen Berufsgruppen zugeordnet werden können;
- sie müssen mit Kosten (oder besser noch: mit Preisen) versehen und in Rahmenpauschalen fixiert werden können;
- sie müssen im Prozess der Rehabilitation überprüfbar gestaltet und flexibel angepasst werden können;
- sie dürfen das Maß des Erforderlichen nicht überschreiten.

5.5 Entwicklung des Rehabilitationsmanagements

Die Förder- und Integrationsbedarfe im Bereich der Rehabilitation lassen sich nicht unter Zuhilfenahme von Diagnosen klassifizieren, denn jeder solchen Diagnosegruppe würde eine ganze Palette von Hilfebedarfen identifizierbar sein. Auch das institutionell definierte Rehabilitationsschemata (Akutklinik - AHB – Nachsorge) erscheint nur begrenzt hilfreich. Vielmehr müssen individuelle "Rehabilitationspakete" innerhalb des gegebenen finanziellen Rahmens flexibel "geschnürt" werden. Diese Herangehensweise erfordert ein systematisches Rehabilitationsmanagement, das von einzelnen Leistungsträgern vorgehalten werden sollte. Die im SGB IX hierzu vorgesehenen Informations- und Beratungsstellen können diese Aufgabe nur dann übernehmen, wenn in einer verbindlichen Vereinbarung die Zuständigkeiten von regionalen Rehabilitationsmanagern festgelegt werden.

Aus der Zuordnung einzelner Maßnahmen zum individuellen Rehabilitationsbedarf wird sowohl eine zielgenaue als auch eine passfähige Komplexleistung definierbar. Alle Rehabilitationsleistungen sind *Komplexleistungen*, die unterschiedliche medizinische Maßnahmen (z.B. physiotherapeutische Anwendungen), Bewegungsübungen (z.B. Ergotherapie, Sporttherapie), arbeitsmedizinische Diagnostik und Leistungserprobung, psychologische Beratung, Gesundheitsbildung (z.B. Ernährungsberatung) und/oder sehr spezielle Fördermaßnahmen (z.B. Logotherapie) sowie Sozialberatung und Nachsorgeplanung umfassen. Viele von diesen Leistungen – ob im Kontext einer Klinik oder in der Praxis eines niedergelassenen Arztes - sind keine medizinischen Leistungen im engeren Sinne und müssen deshalb nicht von Ärzt/innen und schon gar nicht von einer einzigen Einrichtungen erbracht werden.

5.6 Erfolgskriterien

Als das generelle Ziel der Rehabilitation gilt die (Wieder-)Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft unter der Bezugnahme auf die ICF. Dieses Ziel ist handlungsbezogen formuliert: als eine möglichst weitgehende Sicherung der alltäglichen Selbstversorgung durch Stabilisierung des Zustandes, durch Förderung konkreter beruflicher Wiedereingliederung, durch Sicherung der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Durch ein geeignetes Patientenklassifikationssystem wird die Möglichkeit einer individuellen, nach Maßnahmen aufgeschlüsselten und gleichzeitig „gruppenwertorientierten“ Erfolgskontrolle möglich.

5.7 Qualitätssicherung, Partizipation, Kostentransparenz und Kontrolle

Berechenbarkeit und Transparenz sollen unverzichtbare Elemente eines sozial orientierten Versorgungssystems sein. Sie haben zwei wichtige Funktionen: sie sollen die Bürger/innen

an die Übernahme der Verantwortung für die eigene Gesundheit heranzuführen und sie befähigen, eine größere Kontrolle über die Versorgung auszuüben.

6. Internationale Erfahrungen

Eine Wissenschaftlergruppe² hat mit Förderung durch den Bundesverband Deutscher Privatkrankeanstalten untersucht, ob und welche Auswirkungen international die Einführung eines DRG im Bereich der Akutversorgung für die Versorgungsbereiche Rehabilitation und Pflege hatte. Dabei ist zu bedenken, dass weltweit in keinem Land die versorgungsstrukturelle Entwicklung im Bereich der Rehabilitation so ausgeprägt ist wie in Deutschland. International werden die Auswirkungen der Einführung eines DRG-Systems deswegen eher im Bereich der Pflege als im Bereich der Rehabilitation nachvollziehbar. Das gilt ebenso für die reaktive Entwicklung weiterführender Klassifikationssysteme.

6.1 Grundsätzliche Feststellungen³

Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der Vielzahl von Ländern, in denen DRG's bereits eingesetzt wurden lässt sich konstatieren:

- Die DRGs repräsentieren kein universelles Klassifikations- und Vergütungssystem. Sie erweisen sich jeweils nur für Teile der Gesundheitssysteme verwendbar: Vor allem die Rehabilitation, Psychiatrie und Langzeitversorgung entziehen sich dieser Systematik.
- Auch für Akutkrankenhäuser gilt in keinem Land bisher nur dieses System (Selbmann 2001).
- Jedes der Länder und Versorgungssysteme, das mit DRGs arbeitet, blickt auf eine lange Entwicklungs- und Optimierungszeit zurück, wobei die Entwicklung niemals „fertig“ ist: Das System muss kontinuierlich weiter modifiziert und angepasst werden.

Probleme der Angemessenheit ergeben sich überall dort, wo die Klassifikation die folgenden Gegebenheiten berücksichtigen muss:

- Versorgung in Einrichtungen mit *langen Verweildauern* ihrer Klient/innen,
- Klienten/innen mit einem *hohen Aufwand menschlicher Arbeit* (Pflege, Lebensbegleitung und persönliche Intervention),
- Stark differierende Problem- und Lebenslagen der Nutzer, große Spannweite von Bedarfen und in jeder Hinsicht eine große Heterogenität (auch hinsichtlich der möglichen Leistungserbringung)
- Krankheitsverläufen mit *unterschiedlichen Charakteristika* (aufsteigende, konstante, phasenhafte, abwärtsgerichtete Krankheitslinien) und zeitlich unterschiedlich hohem Behandlungs-, Rehabilitations- und Stabilisierungsaufwand,
- umfangreichen Stützungsmaßnahmen des unmittelbaren sozialen Umfeldes der Klienten/innen, z.B. der Angehörigen
- *Begrenzte Möglichkeit* des Einsatzes neuer medizinischer Technologien beziehungsweise der Technologieeinsatz bleibt ohne einen wesentlichen Einfluss auf die Verweildauer.
-

Angesprochen sind hier die Rehabilitation, Versorgung chronisch Kranker, Langzeitversorgung, Psychiatrie und Geriatrie. Deshalb wurden zahlreiche Versuche unternommen, entweder die DRGs so zu verändern, dass sie mindestens in Teilen dieser Versorgungssysteme Anwendung finden können, oder speziell dafür komplementäre Klassifikationssysteme und Fallpauschalerverfahren zu entwickeln. Das Hauptproblem besteht darin, dass die bei DRGs eingesetzten patientenbezogenen Daten wie Diagnosen, Operationen und Alter im akutstationären Bereich ausreichend gut geeignet sind, um den durchschnittlich zu erwartenden Behandlungsaufwand zu ermitteln. In den oben genannten Bereichen wie Rehabilitation ist dies jedoch nicht der Fall. Auf der Basis der bei DRG eingesetzten patienten-

² vgl. Fußnote 1

³ Abschnitte 6.1 ff: Auszug aus dem Positionspapier vgl. Fußnote 1

tenbezogenen Daten lassen sich keine aufwandshomogenen Gruppen bilden. Vielmehr sind zusätzliche Daten notwendig, wie beispielsweise das Behandlungs-/Rehabilitationsziel. Aus diesen zusätzlichen Daten ergibt sich zwangsläufig ein anderes Codierungssystem und ein von DRG abweichendes Klassifizierungssystem.

6.2 Ergänzungen der DRG-Systeme, komplementäre Ansätze und Alternativen

In der hier vorgestellten Auswahl werden lediglich die Instrumentarien berücksichtigt, die für die Rehabilitation, Psychiatrie, Geriatrie, Versorgung chronisch Kranker und die pflegerische Langzeitversorgung bestimmt sind. Nicht aufgenommen werden jene Systeme, die eine vergleichbare Funktion wie die DRGs haben, jedoch nicht von den US-amerikanischen DRGs abgeleitet wurden (wie z. B. GHM – Groupes Homogènes Malades in Frankreich – vgl. Institut für Medizinisch Ökonomisches Consulting 2001). Ebenso außer Acht bleiben die Ergänzungen der DRGs, die für spezifische Bereiche der Akutintervention bestimmt sind, etwa für die Transplantationsmedizin und Dialyse (Beispiel: VMDP Victorian Maintenance Dialysis Program). Ferner werden nicht die Instrumente und Assessments vorgestellt, die zwar häufig in der Rehabilitation und der (pflegerischen oder geriatrischen) Versorgung verwendet werden, nicht jedoch zum Zwecke der Klassifizierung in dem hier dargestellten Sinne (vgl. z.B. die von Sidney Katz konzipierte ADL-Skala – Katz 1968; der Barthel-Index – Mahoney & Barthel 1965; die unterschiedlichen Kurzinstrumente zur Messung des mentalen Status; oder die in der Pflege bekannten ATLS und AEDLs. Eine Übersicht findet sich bei Bowling 1991; Niehörster et al. 1997 und bei einer Reihe weiterer Autoren).

6.2.1 Komplementäre Systeme zu den australischen DRGs

Tabelle 1: Australische Ergänzungen zu den DRGs

| Name | Basisinstrumentarium | Anwendungsbereich | Charakteristika & Entwicklungsstand |
|---|--|--|---|
| CRAFT=Case Mix Rehabilitation and Funding Tree | VIMD= Victorian Inpatient Minimum Data Set | Rehabilitation, besonders im stationären Bereich | 16 Subgruppen, in Entwicklung und Erprobung (in Rehabilitationshäusern in Victoria) seit 1998, nicht abgeschlossene Entwicklung |
| AN-SNAP = Australian National Sub-Acute and Non – Acute Patient Classification System | Methode zur Erfassung der Ziele, des Funktionsstatus und Lebensqualität (vgl. Lee et al. 1998) | Palliative Versorgung, Rehabilitation, Psychogeriatric, Geriatrie, Erhaltende Versorgung, Nachtpflege und ambulante Versorgung | Eine Ergänzung der australischen DRGs; Erprobt am mehr als 30.000 Fällen (Reha und Pflege), fortschreitende Entwicklungsarbeit |

6.2.2 Systeme in der Psychiatrie

Das für die ambulante psychiatrische Behandlung/Rehabilitation entwickelte und modellhaft erprobte System der personenbezogenen Hilfen (IBRP = Individueller Behandlungs- und Rehabilitationsplan) stellt ein differenziertes Instrument dar, mit dessen Hilfe der Aufwand für die Rehabilitation kalkuliert werden kann (Kauder u.a. 1998; Gromann 2001). Die Durchführung ist allerdings sehr aufwendig. Mit Akzeptanzproblemen in der Praxis ist zu rechnen. Offen bleibt auch die Frage der „methodischen Güte“ (Reliabilität und Validität) des Instruments sowie seine Eignung für das gesamte Spektrum von Rehabilitationsbedürftigkeit. Eine besondere Qualität des Instruments liegt in seinem ganzheitlichen und

lebensweltgerechten Konzept und in der Betonung des Ineinandergreifens verschiedener Hilfen und Hilfeformen.

Weitere Systeme aus dem Psychatriebereich wurden von Lauterbach & Lungen (2000) besprochen und evaluiert.

6.2.3 Systeme mit einer relevanten Internationalen Verbreitung

Tabelle 2: Klassifikationssysteme mit internationaler Anwendung

| Name | Basisinstru-mentarium | Anwendungsbereich | Charakteristika & Entwicklungsstand |
|--|--|---|---|
| FRGs = Function Related Groups | FIM – Functional Independence Measure mit 18 Subskalen, misst funktionale Beeinträchtigung und das Unabhängigkeitsniveau | Rehabilitation (besonders geeignet für die stationäre Rehabilitation) und Langzeitpflege im ambulanten und stationären Bereich (auch für Qualitätsmanagement geeignet) | Seit rund 8 Jahren erprobt und durch Gutachten positiv beurteilt. Höchste Reliabilitätsscores; von HCFA im Bereich der stationären Rehabilitation eingesetzt; bestimmte Modifikationen sind noch im Gange |
| RUG III – System (Ressource Utilization Groups) (und RUG III HC) | MDS RAI 2.0 (Minimum Data Set des Resident Assessment Instruments) rund 300 Items; mehrdimensionales Assessment mit Schwerpunkt auf der Funktionsfähigkeit und dem Klientenzustand | Langzeitpflege und Geriatrie; das RUG III HC ist für die häusliche pflegerische Versorgung bestimmt (auch für Qualitätsmanagement geeignet) | Ein auf Initiative von HCFA entwickeltes System; wird seit 1992 in den stationären Einrichtungen in zahlreichen Ländern eingesetzt (neben USA z. B. Spanien, kanadische Provinzen, einige Schweizer Kantone, Teile von England, Israel, Korea usw.) |
| PAC – Patient Assessment Instrument for Postacute Care | MDS RAI PAC (Minimum Data Set des Resident Assessment Instrument für die postakute Versorgung); Schwerpunkte: Bedürfnisse des Patienten und Versorgungsbedarf | Postakute / Subakute Versorgung – in unserem Sinne Rehabilitation und Nachsorge – angeschlossen ist das „Quality of Care Monitoring System im für stationäre Rehabilitation - IRFs“ | wird in USA im Bereich von Medicare verwendet; zunehmend mehr auch in anderen Ländern erprobt |

| | | | |
|---|---|---|---|
| OASIS = Outcome Assessment Information Set | dto – ein multidimensionales Assessment Instrument mit 79 Items zum Wohnen, zur Gesundheit, zu sozialen Bedingungen und zu therapeutischer Intervention | Häusliche Versorgung für Erwachsene; Basis für die Zertifizierung der ambulanten Gesundheitseinrichtungen durch HCFA; angeschlossen ist die „OBQI – Outcome basierte Qualitätsverbesserungsmethode“ | Beginnende Anwendung nach einer zehnjährigen Entwicklungsperiode im Auftrag von HCFA, weitere Entwicklungsarbeiten erforderlich; nicht überall akzeptiert, da aufwendig |
| PLAISIR = Instrumentarium zur Aufwands- und Zeitmessung | Entwickelt als „Bedarsassessment“ von Tilquin et al. (1982) | Normative (externe) Zeitmessung in der stationären Altenpflege. Personalbemessung. | Entwickelt in Kanada, geprüft in Spanien, derzeit verwendet in frankophonen Kantonen der Schweiz und in der Provinz Quebec, dort allerdings als ein auslaufendes Modell. In Deutschland vom Kuratorium Deutsche Altershilfe erprobt, vom BMFSFJ als das gesetzlich vorgeschriebene Personalbemessungsinstrument propagiert. |

7. Entwicklung in Deutschland

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt kann festgestellt werden, dass nur zwei der in Abschnitt 6 dargestellten Systeme so weit ausgereift sind, dass ihr Einsatz in Deutschland empfohlen werden könnte. Beide Basisinstrumente dieser Systeme existieren in deutscher Sprache und die deutschen Versionen wurden einer Evaluation, z. T. auch Reliabilitätsuntersuchungen, unterzogen. In vielen Einrichtungen hierzulande werden die Basisinstrumente für die Erstellung von Rehabilitations – beziehungsweise auch Pflegeplänen und für die Therapieevaluation (FIM) sowie Qualitätssicherung (RAI) eingesetzt.

7.2 Evaluation der Eignung von FRGs und der RUG III Familie für die Verwendung in Rehabilitationseinrichtungen in der Geriatrie und Pflege in Deutschland⁴

7.2.1 Function Related Groups

Diese Klassifikation basiert vorwiegend auf einem Assessment System genannt FIM — Functional Independence Measure. Dieses standardisierte, umfassende Assessment wurde ursprünglich von Stinemann et al. 1994a,b; Granger et al. 1996; Carter 1994; Kahn et al. 1990; Fiedeler et al. 1997 entwickelt, und zwar für die Erhebung standardisierter Patientendaten in der Neurologie. Sehr bald wurde erkannt, dass dieses Assessment in der Rehabilitation ganz allgemein gut verwendbar ist. Erfahrungen konnten in stationären Einrichtungen jeder Art gesammelt werden. Das FIM kann in Praxis eines niedergelassenen Mediziners, aber auch in der ambulanten Rehabilitation und pflegerischen Versorgung (Erfahrungen in Deutschland), eingesetzt werden. Aufgrund individueller Daten wird ein Ist-Zustand und der individuelle Leistungsprofil des Klienten erhoben, ferner auch die

⁴ Ziffern 7.2.1 und 7.2.2: Auszug aus dem Positionspapier vergl. Fußnote 1

Kompensationsmuster und Integrationspotentiale aufgezeigt, die für die Bestimmung der Rehabilitationsstrategie relevant sind. Daten dieses Assessment werden heute für die Case-Mix-Abbildung und für die Klassifikation der Rehabilitationsklient/innen zum Zwecke von RPPs (= Rehabilitation Prospective Payment) verwendet. Darüber hinaus eignet sich das Instrument für die Messung der Rehabilitationsoutcomes, dieses sowohl auf der Ebene des Individuums als auch der Einrichtungen oder Leistungserbringer. Das FRG-System hat den Vorteil, dass es auch ganz besonderen Klientengruppen Rechnung trägt, etwa denen mit sehr hohem und jenen mit geringem Verbrauch (outlier), oder den Personen mit ungewöhnlichen Krankheitsbildern und den Klienten, die mehrere Leistungserbringer nacheinander in Anspruch nehmen.

7.2.2 RUG III – System (und PAC)

Dieses in einer internationalen Kooperation entwickelte und in einer Reihe von Ländern mit gänzlich unterschiedlichen Versorgungssystemen (UK, USA, Kanada, Schweiz, Spanien, Tschechien usw. – vgl. Carpenter et al. 1995; Fries et al. 1994 etc.) erprobte System, gehört zu der RAI-Instrumentenfamilie, die der integrierten Versorgung auch eine integrierte Information anbietet (Hirdes 1997; . www.hcfa.gov). Die Besonderheit besteht darin, dass für die Klassifikation und Berechnung der „Ressourcenverbrauchsgruppen“ Daten verwendet werden, die auch **sonst** bei der Therapieplanung, beim Case-Management und bei der Pflegeplanung, bei der Prozessevaluation und Messung der Outcome - Qualität – genutzt werden können, wodurch sich der bürokratische Aufwand reduziert. Es kann unterstrichen werden, dass die Daten (etwa 300 Punkte des MDS RAI 2.0 – vgl. Morris et al. 1995 und Garms-Homolová & Gilgen 2000) problemlos von den Mitarbeiter/innen in einem **normalen, alltäglichen Arbeitsprozess** erhoben werden können, beziehungsweise auch müssen. Ein dritter Vorteil besteht darin, dass die RUGs nicht nur für die stationäre, sondern auch für die ambulante Langzeitversorgung und für die Rehabilitation (PAC – vgl. Tabelle 3) zur Verfügung stehen. Auf der Grundlage eines MDS (Minimum Data Set) wird festgestellt, wie sich das jeweilige Patientenkollektiv zusammensetzt (Case-Mix) und welche Charakteristika es aufweist. Mit Hilfe der Kombination von Patientencharakteristika werden homogene Gruppen identifiziert, die im Hinblick auf den Ressourcenverbrauch (speziell den Zeit- und Qualifikationsaufwand) differieren. Erst dann kommen Kosten ins Spiel, und zwar sowohl die für die Kostendeckung zur Verfügung stehenden Sätze, als auch der tatsächliche Kostenaufwand.

Eine positive Eigenart dieses Systems ist seine Unabhängigkeit: Der relative Ressourcenverbrauch der verschiedenen Gruppen bleibt ungeachtet der kulturellen Unterschiede und ungeachtet der unterschiedlichen Versorgungssysteme konsistent und stabil. Der Entwicklung der RAGs-III liegt die Arbeit von mehr als sieben Jahren zugrunde. Der Algorithmus basiert auf umfassenden Zeitstudien, in denen die patientenspezifische Zeit direkt und indirekt erhoben wurde. Ebenso wurde die Zahl der Therapeuten, Ärzte, Transporthelfer und anderer Mitarbeiter gemessen, und bei der Konstruktion der Algorithmen berücksichtigt. Die RAG III-Algorithmen erklären etwa 55% der Varianz des Zeitaufwands und es soll noch einmal unterstrichen werden, dass sie sich in verschiedenen Ländern sehr gut bewährt haben. Parallel zu dem RUGs III wurden Qualitätsindikatoren entwickelt, die eine interne Qualitätskontrolle, jedoch auch ein Benchmarking und externe Qualitätskontrollen möglich machen. Zudem eignet sich das RUG III – System für die Personen, die Hilfe zur Pflege benötigen und für die Gruppen von Klienten hervorragend, bei denen eine periodische Überprüfung (kurz-, mittel-, und langfristig) angezeigt ist.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die FRG- und die RUG-III-Systeme neben Ihrer Validität und hoher Reliabilitätscores viele positive Merkmale aufweisen:

- Sie existieren auf deutsch.

- Sie stellen die Verbindung zwischen den individuellen Bedarfscharakteristika und den für die Kostendeckung verfügbaren Kostensätzen her, wobei tatsächlich entstehende Kosten und aufgewendete Ressourcen mit einbezogen werden.
- Sie sind imstande, einen sehr hohen Prozentsatz der zu versorgenden Population abzudecken, also auch einen großen Teil der Fälle mit speziellen Bedarfen.
- Sie lassen sich – je nach Auswahl zusätzlicher Kontextvariablen - an regionale Besonderheiten (Stadt–Land, Gehälter der Leistungserbringer, Art des Versorgungssetting) ohne große Probleme anpassen (FIM) beziehungsweise bleiben trotz Differenzen unabhängig (RUG-III).
- Die volle Ausnutzung dieser „Vorteile“ hängt (speziell bei FRG) von der Auswahl zusätzlicher Variablen und Indikatoren ab, die bei der Fallklassifikation und Fallgewichtung berücksichtigt werden.
- Nicht zu vergessen sind die parallel vorhandenen Qualitätsindikatoren, die speziell für das RAI (d. h. die RUGs), partiell auch für das FIM zur Verfügung stehen.
- Sie sind DRG – kompatibel (Lauterbach et al. 2000). Dadurch ist es möglich, die in der Praxis zu beobachtende Tendenz zu Komplettangeboten, das heißt der Erbringung von rehabilitativen und akutstationären Leistungen durch einen Träger, zu steuern. Der Verzahnung der Sektoren wird damit ein entscheidendes Instrument bereit gestellt.
- Empirische Cross – Walks zwischen den beiden Systemen zeigen eine hohe Korrelation und gegenseitige „Erklärungs-Power“. Diese Feststellung mag für die Aufgabenstellung der Entwicklung eines Klassifikationssystem im derart heterogenen Bereich der Rehabilitation und Langzeitversorgung nicht ohne Bedeutung sein.
- Studien zeigen, dass sich beide Systeme zur Operationalisierung und empirischen Umsetzung des ICDH eignen (Hirdes 1996).

7.2.3 Facit

Nach dem Ergebnis der Untersuchungen der Wissenschaftlergruppe kann festgestellt werden, dass im internationalen Bereich Systeme existieren, deren Methodenspektrum der Entwicklung eines deutschen Systems zu Grunde gelegt werden kann. Für den Bereich der Pflege ist insbesondere das System RUG auch inhaltlich so ausgeformt, dass für einen flächendeckenden Einsatz in Deutschland nur noch ein geringer zusätzlicher Entwicklungsaufwand besteht.

Für den Bereich der Rehabilitation besteht hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung ein erheblicher Entwicklungsbedarf. Dieser darf jedoch auch nicht überbewertet werden, weil große Teile der verschiedenen, in der Rehabilitationspraxis bereits eingesetzten Instrumente bzw. im Rahmen der Rehabilitationswissenschaften derzeit entwickelten Instrumente in die Systematik und Methodik der internationalen Systeme eingepasst werden kann.

7.3 Weiteres Vorgehen

Nach der Analyse der internationalen Entwicklung und Erfahrungen durch die vorliegende Studie bedarf es nunmehr – wie übrigens auch nach Inkrafttreten des § 17b Abs. 2 KHG für die Einführung des DRG-Systems – einer Machbarkeitsstudie, in der die notwendigen Entwicklungsschritte, der damit verbundene Entwicklungsaufwand sowie die zu erwartenden Kosten analysiert und konkretisiert werden.

Die Initiative für die weitere Entwicklung kann sowohl unmittelbar von der Selbstverwaltung der Rehabilitationsträger z.B. auf der Grundlage einer gemeinsamen Empfehlung nach § 13 SGB IX unter Beteiligung der Spitzenorganisationen der Leistungserbringer, aber auch vom Gesetzgeber durch die Gestaltung einer gesetzlichen Verpflichtung der Beteiligten zur Entwicklung und Einführung eines solchen Systems bis zum 1.1.2007

ausgehen.

Derzeit befasst sich mit dieser Frage konkret eine Arbeitsgruppe der SPD-Fraktion des Deutschen Bundestages unter Vorsitz des Abgeordneten Lewering.