

Dr. Boris Rapp

# Eine Frage der Zeit – die Reha-DRGs kommen

Aktuelle Konzepte für ein Rehabilitations-Klassifikationssystem im Überblick

***Auch in der Rehabilitation lassen sich inzwischen klare Tendenzen hin zur Entwicklung eines einheitlichen Klassifikationssystems erkennen. Der Weg dorthin unterscheidet sich allerdings deutlich von dem, der bei der DRG-Einführung beschritten wurde. War es beim DRG-System noch der Gesetzgeber, der federführend die Umstellung forderte und vorbereitete, sind es im Reha-Sektor derzeit die Leistungserbringer, die Kostenträger und die Verbände in Kooperation mit der Wissenschaft, die Konzepte und Modelle entwerfen und in Pilotprojekten auf Machbarkeit prüfen.***

## Hintergrund

Der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) als im Kern vollpauschaliertes System für die somatischen stationären Krankenhauspatienten wurde anfangs mit erheblicher Skepsis begegnet. Kritiker befürchteten „blutige Entlassungen“ und ein „großes Krankenhaussterben“. Bisher sind diese Voraussagen jedoch nicht eingetreten. Zwar zeigt sich die Verweildauer rückläufig, ebenso die Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland, doch gravierende Folgen auf die Versorgung der Patienten hat es bislang nicht gegeben. Erreicht hat das DRG-System dagegen eine in Deutschland bis dato nicht vorhandene Transparenz. Krankenhäuser werden aufgrund der einheitlichen Klassifikation hinsichtlich des Leistungsgeschehens miteinander vergleichbar. Die Konvergenzphase deckt in zahlreichen Einrichtungen beachtliche Effizienzreserven auf.

Die inhaltliche Konzeption der DRGs basiert auf der Bildung kostenhomogener Gruppen. Patienten, die ähnliche Kosten hervorrufen, werden in gleiche Gruppen eingeteilt. Dabei ist das System „diagnoseorientiert“; dies bedeutet, dass zunächst eine grundsätzliche Einteilung in Hauptdiagnosegruppen erfolgt, dann – meist in Abhängigkeit von Prozeduren – die Eingruppierung in eine Basis-DRG und erst im dritten Schritt eine Schweregradunterteilung, zum Beispiel aufgrund von Komorbiditäten. Die durch das Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (InEK) begleitete Lernphase des DRG-Systems lässt zunehmend erkennen, dass die Prozeduren eine immer größere Bedeutung erhalten; beispielhaft sind hier die komplizierenden Prozeduren, die intensivmedizinische Komplexbehandlung oder die zusatzentgeltfähigen Blutprodukte und Medikamente zu nennen. Wie sich das DRG-System weiterentwickeln wird, ist derzeit nicht absehbar. Die grundsätzliche Logik der Kostenhomogenität scheint sich jedoch fest etabliert zu haben.

Die Umstellung auf DRGs konnte in Deutschland so schnell erfolgen, weil im Wesentlichen das australische System

adaptiert wurde. Parallel gab und gibt es in zahlreichen anderen Ländern bereits DRG-ähnliche Systeme. In der Rehabilitation zeigt sich ein völlig anderes Bild. Der Rehabilitationssektor in Deutschland ist im weltweiten Vergleich einmalig. Funktionierende Klassifikationssysteme für die Rehabilitation stellen im Ausland eher die Ausnahme dar. Schwerpunktartig im amerikanischen und im australischen Raum haben sich rudimentäre Modelle etabliert, die allerdings in keiner Weise mit den DRG-Systemen vergleichbar sind. Für eine Einführung in Deutschland kann also prinzipiell nicht – analog zu den DRGs – auf ein ausländisches Reha-Klassifikationssystem zurückgegriffen werden. Dies hat unter anderem zur Entwicklung eigener wissenschaftlicher Konzepte geführt, die zum Teil schon vor einigen Jahren entstanden, aber erst heute wachsende Akzeptanz finden – sicher auch angesichts der erkennbar positiven Effekte der DRGs im Akutsektor.

## Warum ein Klassifikationssystem in der Rehabilitation?

Die Gründe, warum Leistungserbringer und Kostenträger zunehmend offener werden für die Einführung eines einheitlichen Klassifikationssystems in der Rehabilitation, sind vielfältig. Sie lassen sich zu den nachfolgend genannten „Pluspunkten“ zusammenfassen.

- 1. Leistungsgerechtigkeit:** Rehabilitationseinrichtungen müssen derzeit mit jedem Kostenträger eigene Vergütungssätze verhandeln. Hierbei wird in der Regel der gleiche Tagessatz innerhalb einer Indikation vereinbart, unabhängig davon, welche Diagnosen behandelt werden. Durch ein Klassifikationssystem ließe sich sowohl aus Sicht der Kostenträger als auch aus Sicht der Leistungserbringer eine gerechtere Verteilung der Mittel erreichen.
- 2. Transparenz:** Die mit den Kostenträgern vereinbarten Sätze sind nicht offiziell bekannt. Eine Reha-Klinik verfügt nicht über Informationen, wie die eigenen Vereinbarungen im Vergleich zu Wettbewerbern zu bewerten sind. Im Markt herrscht Intransparenz, das trifft für die Leistungserbringer untereinander zu, ebenso für die unterschiedlichen Kostenträger.
- 3. Steuerung:** Aufgrund der zunehmenden Komplexität der Leistungserbringung in der Rehabilitation – zum Teil mit Ansätzen einer Akutanalogie – werden die Aspekte der Steuerung vor Beginn der Rehabilitation besonders wichtig. Sowohl für die Kostenträger als auch für die Leistungserbringer kann es sinnvoll sein, die Patienten zielgerichtet in eine geeignete RehaMaßnahme zu steuern. Ein Klassifikationssystem kann bei dieser Beurteilung entscheidende Informationen liefern.

4. Benchmarking: Durch eine einheitliche, indikationsbezogenen klinikübergreifende Verwendung standardisierter Assessments, die im Rahmen eines Klassifikationssystems zum Einsatz kommen, sowie durch in sich homogene Fallgruppen wird die Grundlage für vergleichende Benchmarkings zwischen den Einrichtungen geschaffen. Eine ähnliche Entwicklung, wenn auch stark an ökonomischen Kennzahlen ausgerichtet, war im Bereich der Akutkrankenhäuser feststellbar.

5. Schnittstellenoptimierung: Der Trend zur sektorenübergreifenden Vernetzung schreitet immer weiter voran. Vor allem die Integrierte Versorgung ist hier ein gutes Beispiel. Durch ein verbindliches und allgemein anerkanntes Klassifikationssystem in der Rehabilitation lassen sich die Schnittstellen zwischen den Sektoren optimieren, insbesondere was die Fallsteuerung und die Abrechnungsmodalitäten betrifft.

## Grundsätzliche Gruppierungsvarianten für die Rehabilitation

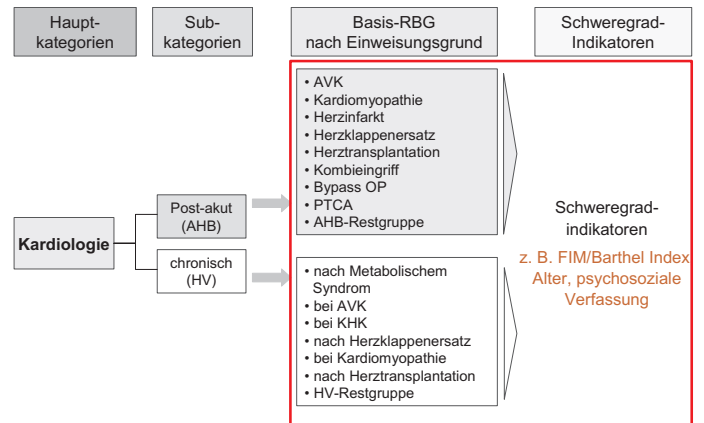
Wie bereits erwähnt, wurde die Gruppierung beim DRG-System für den akutstationären Sektor auf der Basis kostenhomogener Gruppen vorgenommen. Da sich die Rehabilitation vom Akutbereich jedoch grundlegend unterscheidet, sind hier konzeptionell mehrere Gruppierungsvarianten denkbar, zum Beispiel die

- Gruppierung nach Funktionsdefizit,
- Gruppierung nach Rehabilitationsbedarf,
- Gruppierung nach Rehabilitationsergebnis,
- Gruppierung nach Ressourcenverbrauch oder
- Gruppierung nach Kostenhomogenität.

Ziel ist es, in sich homogene, aber untereinander möglichst verschiedene Gruppen bzw. Klassen von Patienten zu identifizieren.

Bei jeder Klassifikation müssen grundsätzlich 2 Aspekte unterschieden werden: die Gruppierung und die Bewertung. In der Diskussion werden diese beiden strikt zu trennenden Elemente häufig miteinander vermischt. Bevor über die Bewertung von Klassifikationen gesprochen werden kann, muss zunächst eine solide Gruppierung der Fälle in homogene Gruppen erfolgen. Erst in einem zweiten Schritt können diese Gruppen dann beispielsweise ökonomisch bewertet werden. Die weiteren Ausführungen beziehen sich auf den Gruppierungsmechanismus, weil so früh ein Bezug zu eventuellen Bewertungen nicht sinnvoll ist und dem weiteren Entwicklungsprozess eher schadet. Es folgt eine kurze Übersichtsdarstellung der aktuellen Konzepte und Initiativen in Bezug auf die Entwicklung eines Reha-Klassifikationssystems. Die einzelnen Konzepte und Ansätze unterscheiden sich zum Teil erheblich und nicht alle decken sämtliche notwendigen Elemente für ein komplettes System ab.

Abbildung 1: Gruppierungssystematik für RBG am Beispiel Kardiologie (nach Neubauer)



## Rehabilitations-Behandlungs-Gruppen (RBG)

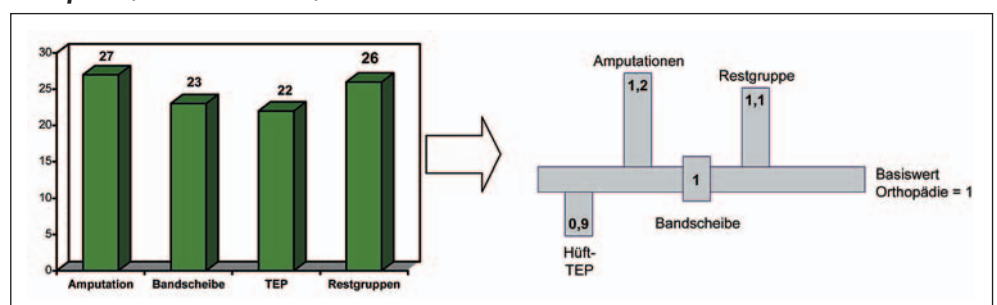
Der Ansatz der Rehabilitations-Behandlungs-Gruppen (RBG) wurde von Prof. Dr. Günter Neubauer von der Universität der Bundeswehr in München entwickelt. Kern dieses Systems ist die Bildung kostenhomogener Behandlungsfallgruppen unter Berücksichtigung der reha-medizinischen Plausibilität.

In einem ersten Schritt werden die medizinisch relevanten Obergruppen (Basis-RBG) durch Experten-Konsentierung definiert (Abbildung 1).

Anschließend werden auf der Basis von Klinikstichproben individuelle Profile der Patienten ermittelt, aus denen die relevanten Schweregradindikatoren statistisch identifiziert werden. Auf dieser Grundlage erfolgt die RBG-Gruppenbildung. Ähnlich wie bei den DRGs werden die Gruppen primär kostenseitig definiert. Da die Kostenrechnung in vielen Rehabilitationseinrichtungen noch unterdurchschnittlich ausgeprägt ist, wird bei der ersten Ermittlung hilfsweise von der Hypothese ausgegangen, dass sich über die Verweildauer in der stationären Rehabilitation der ökonomische Aufwand eines Patienten und die Ausgabenunterschiede ausreichend gut abbilden lassen. Auf der Basis einer empirischen Verweildaueranalyse lassen sich daher erste Rumpf-Relativgewichte bilden, die im weiteren Prozess weiterentwickelt werden können (Abbildung 2).

Erste empirische Ergebnisse konnten von Prof. Neubauer für die Bereiche der kardiologischen, der orthopädischen und der neurologischen Rehabilitation vorgelegt werden. Zur Weiterentwicklung des RBG-Konzeptes und der Eva-

Abbildung 2: Ermittlung von Relativgewichten auf Basis von Verweildauerdifferenzen am Beispiel Orthopädie (Quelle: Neubauer)



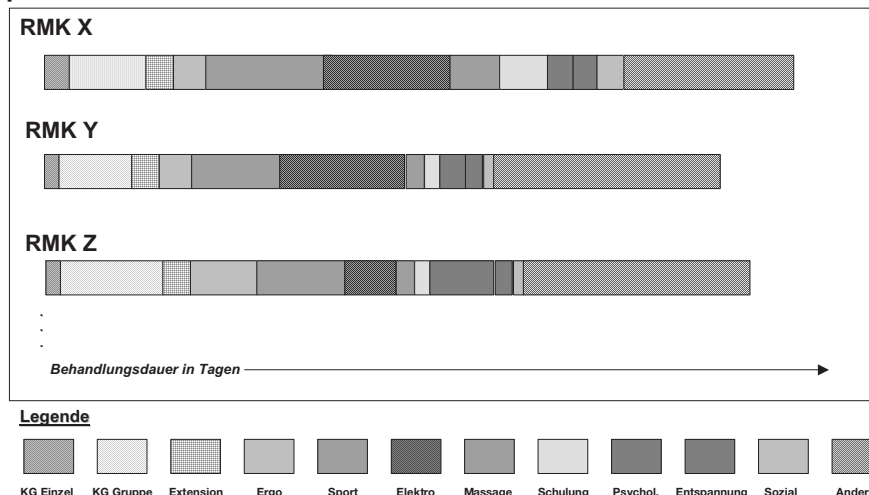
uation einer möglichen, flächendeckenden Einführung läuft derzeit ein vom VPKA Bayern initiiertes Pilotprojekt unter Beteiligung mehrerer großer Krankenkassen und Leistungserbringer (Rehakliniken und Klinikketten). Es betrifft die Indikationen Kardiologie und Orthopädie. Mit ersten Ergebnissen dieser Initiative ist aber nicht vor Jahresende zu rechnen.

## Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK)

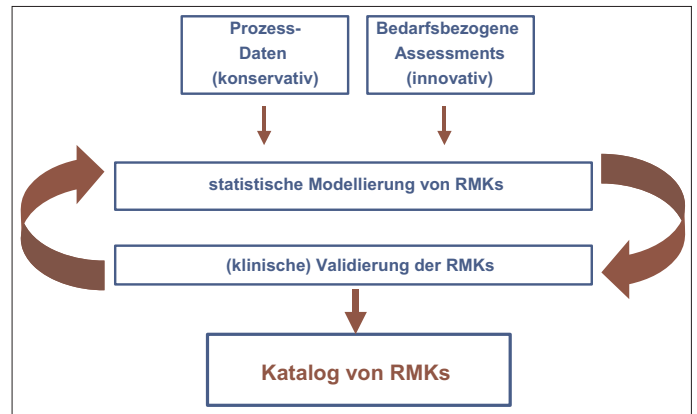
Im Gegensatz zu den DRGs und den RBG, bei denen als primäres Klassifikationskriterium eine Kostenorientierung in Form von homogenen Gruppen stattfindet, stehen bei den von Prof. Dr. Werner Müller-Fahrnow, Charite – Universitätsmedizin Berlin, entwickelten Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) die leistungs- bzw. die bedarfsorientierten Elemente im Vordergrund. Die Kostenbewertung kommt als nachgeordnete Aufgabe zur Fallgruppendefinition zum Einsatz.

Die RMK weisen – ebenso wie die RBG – eine gewisse methodische Kompatibilität zu den DRGs auf, da sie die Hauptdiagnose eines Patienten als grundlegendes Gruppierungsmerkmal berücksichtigen. Bei den RMK erfolgt die Gruppierung jedoch – anders als bei den DRGs – nicht auf der Basis der Kosten, sondern auf der Basis des reha-spezifischen diagnostischen und therapeutischen Leistungsaufkommens. Die Prozeduren während der Rehabilitation werden dabei als grundsätzliches Merkmal in die Gruppenbildung einbezogen. Bei der RMK-Bildung wird auf die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) zurückgegriffen. Dies geschieht aus 2 Gründen: Zum einen sind die KTL-Schlüssel bundesweit definiert und eingesetzt. Zum anderen ist die KTL das derzeit am weitesten entwickelte Instrument zur Abbildung der rehabilitativen Kernleistungen. Die KTL-Schlüssel dienen als Indikator für den Ressourcenverbrauch. Hierbei geht die Forschergruppe um Prof. Müller-Fahrnow davon aus, dass die Anteile der Leistungsvarianz der erbrachten KTL-Leistungen, die sich klinikübergreifend patientenbezogen erklären lassen, einen spezifischen Behandlungsstandard beschreiben, nach dem Patienten bereits heute „implizit“ behandelt werden.

**Abbildung 3: Stark vereinfachte und schematische Darstellung von RMK-Leistungspaketen (ohne Korridore) (nach Müller-Fahrnow)**



**Abbildung 4: Schematische Darstellung der RMK-Bildung (Quelle: Müller-Fahrnow)**



Diese impliziten Standards sollen empirisch entwickelt werden. Auf der Basis dieser Annahmen werden für jede RMK typische Leistungspakete modelliert (Abbildung 3). Letztere können beispielsweise so aussehen, dass die Leistungsanteile für jede therapeutische Leistungskategorie (etwa Ergotherapie, Sporttherapie, Krankengymnastik) quantitativ ausgeführt werden und gleichzeitig qualitativ beschrieben wird, welche Leistungsarten in dieser Kategorie durchzuführen sind. Bei der quantitativen Beschreibung erfolgt jeweils die Definition einer „Von-bis-Spanne“ (Leistungskorridor).

Die Vorgehensweise bei der Entwicklung der RMK ist – wie Abbildung 4 zeigt – mehrstufig: Neben der empirischen Auswertung von Prozessdaten kommen in einer Pilotphase auch bedarfsbezogene Assessments zur Anwendung, zu denen zum Beispiel der Harris Hip Score, der Funktionsfragebogen Hannover (FFbH), die Stanford-Skalen, das Screening-Instrument MBO (SIMBO), die Fishbain-Items oder der Gesundheitsfragebogen SF 36 zählen.

Neben einer statistischen Modellierung aus diesem Datenmaterial erfolgt in einem weiteren Schritt eine klinische Validierung der gebildeten RMK durch Expertenbefragung und Abgleich mit vorhandenen Behandlungsleitlinien. In formaler Analogie zum DRG-System wird – wie bei den RBG – eine Unterscheidung in Hauptgruppen (Major Categories MDC), Basisgruppen und Subkategorien vorgenommen, was insbesondere die Abbildung eines Gruppierungsalgorithmus über einen Grouper erleichtert.

Zur Weiterentwicklung des RMK-Ansatzes läuft seit dem Frühjahr 2006 ein von den Klinikgruppen MEDIAN Kliniken GmbH & Co. KG, MediClin AG und Paracelsus Kliniken GmbH finanziertes Pilotprojekt, das von der Deutschen Rentenversicherung Bund unterstützt wird. Der erste große Projektteil, der sich auf die Indikation Orthopädie beschränkt, wird im Frühjahr 2007 abgeschlossen sein.

## Function-Related-Groups (FRGs)

Der Ansatz der Function-Related-Groups (FRGs) wurde schwerpunktmäßig in den

**Übersicht 1: Grundschemata FIM-FRG Version 2.0 (nach Stineman et al.)**

Nr.	Rehabilitation Impairment Category (RIC) Rehabilitationsklasse	Anzahl FRGs	Variablen für FRG- Eingruppierung
1	Schlaganfall	9	FIM motorisch/kognitiv Alter
2	Schädel (nicht traumatisch)	4	FIM motorisch/Alter
3	Schädel (traumatisch)	5	FIM motorisch/kognitiv
4	Rückenmark (nicht traumatisch)	4	FIM motorisch
5	Rückenmark (traumatisch)	4	FIM motorisch
6	Guillain-Barré	2	FIM motorisch
7	Neurologisch	2	FIM motorisch
8	Fraktur untere Extremität	4	FIM motorisch/kognitiv
9	Gelenkersatz	7	FIM motorisch/kognitiv Alter
10	Sonstige Orthopädie	2	FIM motorisch
11	Amputation untere Extremität	2	FIM motorisch
12	Andere Amputation	1	-
13	Osteoarthritis	2	FIM motorisch
14	Rheumatoide Arthritis	2	FIM motorisch
15	Herz	2	FIM motorisch
16	Lunge	3	FIM motorisch
17	Schmerzen	2	FIM motorisch
18	Polytrauma	2	FIM motorisch
19	Polytrauma m. Schädel/Rückenmarksverletzung	3	FIM motorisch/kognitiv
20	Sonstige	3	FIM motorisch
	Reine Diagnostik	2	FIM motorisch
<b>Gesamt</b>		<b>67</b>	

USA entwickelt. Hierbei stellt der Grad der Funktionseinschränkung bei einem Patienten das führende Gruppierungskriterium dar. Die Zuordnung zu den einzelnen FIM-FRGs erfolgt unter Berücksichtigung folgender Patientendaten:

- Medizinische Hauptdiagnose,
- FIM-Indizes kognitiv und/oder motorisch,
- Alter des Patienten.

In der FIM-FRG Version 2.0 (Übersicht 1) wird – ausgehend von 20 Rehabilitationsklassen (Rehabilitation Impairment Categories), welche hauptsächlich die Indikationen Neurologie, Muskel-Skelett-System, Herz/Lunge und Polytrauma umfassen – eine Schweregradunterteilung über die oben genannten Parameter in insgesamt 67 FRGs vorgenommen.

Der Funktionale Selbstständigkeitsindex (FIM, Functional Independence Measure) ist ein – inzwischen auch in Deutschland verbreitetes – Instrument, mit dem funktionelle Einschränkungen von Patienten anhand von 18 Merkmalen gemessen werden (Übersicht 2). Dabei wird eine einheitliche Skala mit 7 Ausprägungen angewendet; als Ge-

**Übersicht 2: Übersicht Funktionen des Funktionalen Selbstständigkeitsindex (FIM)**

MOTORISCHE FUNKTIONEN (13 bis 91 Punkte)		
<b>Selbstversorgung</b>	Essen und Trinken	1 bis 7
	Körperpflege	1 bis 7
	Baden, Duschen und Waschen	1 bis 7
	Ankleiden Oberkörper	1 bis 7
	Ankleiden Unterkörper	1 bis 7
	Intimhygiene	1 bis 7
<b>Kontinenz</b>	Blasenkontrolle	1 bis 7
	Darmkontrolle	1 bis 7
<b>Transfers</b>	ins Bett, auf Stuhl oder Rollstuhl	1 bis 7
	auf Toilettensitz	1 bis 7
	in Dusche oder Badewanne	1 bis 7
<b>Fortbewegung</b>	Gehen oder Rollstuhlfahren	1 bis 7
	Treppensteigen	1 bis 7
KOGNITIVE FUNKTIONEN (5 bis 35 Punkte)		
<b>Kommunikation</b>	Verstehen	1 bis 7
	Ausdruck (sich verständlich machen)	1 bis 7
	Soziales Verhalten	1 bis 7
<b>Soziales</b>	Problemlösungsfähigkeit	1 bis 7
	Gedächtnis	1 bis 7

**Übersicht 3: Bewertungsskala des Funktionalen Selbstständigkeitsindex (FIM)**

Keine Hilfspersonen erforderlich	
7	Völlige Selbstständigkeit
6	Eingeschränkte Selbstständigkeit (Hilfsvorrichtung oder Sicherheitsbedenken)
Eingeschränkte Unselbstständigkeit	
5	Supervision oder Vorbereitung
4	Kontakthilfe
3	Mäßige Hilfestellung
Völlige Unselbstständigkeit	
2	Erhebliche Hilfestellung
1	Vollständige Hilfestellung

samtindex ergibt sich ein Wert zwischen 18 und 126. Wenn mehrmals gemessen wird, beispielsweise zu Beginn und am Ende einer Behandlung, kann die Veränderung in FIM-Punkten berechnet werden (Übersicht 3).

Das FRG-System hat in den USA verschiedene alternative Ansätze bzw. Weiterentwicklungen erfahren. Bei den LOS-FRGs (LOS = Length of Stay) wird als abhängige Variable die Verweildauer der Patienten verwendet, als unabhängige Variable stützt man sich hierbei auf 5 Aktivitäten des täglichen Lebens. Hieraus entstanden 33 Fallgruppen für die Rehabilitation. Eine weitere Entwicklung sind die DMF-FRGs (DMF = Discharge Motor FIM), bei denen Patienten in gleiche Gruppen eingeteilt werden, die vergleichbare Funktionsleistungen (motorischer FIM) bei der Entlassung erwarten lassen (139 Fallgruppen). Schließlich wurden auch noch „GAIN-FRGs“ entwickelt, bei denen ein Zielerreichungsgrad berücksichtigt wird. Diese Ergebnismessung bezog sich auf die Änderung des mittels motorischen FIM gemessenen funktionalen Status während der Rehabilitation (74 Fallgruppen).

Eine direkte Übertragung der FRG-Systeme auf deutsche Verhältnisse in der Rehabilitation ist nicht ohne größere Anpassungen möglich. Das Hauptproblem hierbei liegt darin, dass das FRG-System sehr stark an der Pflege ausgerichtet ist. Es dient im Wesentlichen der Erfassung von schweren Fällen. Aus diesem Grund würde es bei der Anwendung in der Rehabilitation in Deutschland zu erheblichen so genannten Deckeneffekten kommen. Viele Ziele der deutschen Rehabilitation sind unterhalb der angeführten schweren Pflegezustände einzuordnen. Als Beispiele sind der Erhalt der Erwerbsfähigkeit bzw. die medizinisch-berufliche Orientierung zu nennen. Die FRG-Systematik ist nicht messgenau genug, um diese weniger schweren, nicht primär pflegerelevanten Zustände abzubilden.

Als ergänzendes Element sind die FRGs aber prinzipiell verwendbar, was sich insbesondere auch in der EVA-Reha-Initiative (siehe Seite 668) zeigt, bei der in leicht modifizierter Form die Impairment-Kategorien zum Einsatz kommen. Prinzipiell denkbar, wenn auch mit Einschränkungen, ist die FRG-Systematik ebenfalls für pflegeintensive Indikationen, zum Beispiel die Geriatrie.

**Weitere Systeme des Auslandes**

Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang auch die Australian National Subacute and Non-Acute Classification

(AN-SNAP), die in Australien unter anderem für den Bereich der Rehabilitation eingeführt wurde. Diese Klassifikation deckt sowohl die ambulante als auch die stationäre Betreuung ab und unterscheidet 4 Fallarten für den Bereich „Subakut“, zu denen „Palliative Care“, „Rehabilitation“, „Psychogeriatric Care“ und „Geriatric Evaluation and Management“ zählen, sowie eine Fallart im Bereich „Nicht-Akut“ („Maintenance Care“). Eine Besonderheit von AN-SNAP ist, dass hierbei die vorrangigen Ziele der Behandlung, also im Bereich „Subakut“ die Verbesserung der Lebensqualität bzw. die Verbesserung des funktionellen Status, im Vordergrund steht, nicht etwa die führende Diagnose des Patienten.

Für den Bereich der stationären Rehabilitation wurden 32 Klassen gebildet, die nach folgenden Kriterien gesplittet sind:

- Unterscheidung, ob Evaluations-/Diagnostik- oder Therapieaufenthalt,
- Funktionelle Einschränkung („functional impairment codes“),
- Motorischer und kognitiver FIM,
- Alter des Patienten.

Mit den Resource Utilization Groups (RUGs) wurde in den USA ein Modell entwickelt, das die Ressourcenintensität bei einem Patienten als Basis für die Patientenklassifikation verwendet. Dieses System gruppiert Patienten mit einem vergleichbaren rehabilitativen Ressourcenverbrauch in homogene Gruppen. Die Abstufung erfolgt dabei hierarchisch absteigend in Bezug auf den notwendigen Rehabilitationsbedarf (Übersicht 4).

Basis der Eingruppierung sind Teile des Resident Assessment Instrument (RAI), das in seiner Ursprungsform ein Qualitätsinstrument darstellt. Mit den RAI-Instrumenten kann der Pflegebedarf eines Patienten bestimmt werden. Ein Modul des RAI ist das so genannte MDS (Minimum Data Set), das aus 300 Elementen besteht, die gemeinsam von allen Berufsgruppen und ggf. den Angehörigen ausgefüllt werden. Teil des MDS ist der ADS-Score (Aktivitäten des täglichen Lebens), der als eine generelle Determinante für die Klassifizierung der Patienten in einer der insgesamt 44 Untergruppen der 7 RUG III-Oberkategorie verwendet wird.

Sowohl die AN-SNAP als auch das System der RUG/RAI finden derzeit in Deutschland nur wenig Beachtung. An den Bemühungen um eine flächendeckende Einführung deutscher RAI-Adaptationen beteiligt sich unter anderem Prof. Dr. Vjenka Garms-Homolová von der Alice Salomon Fachhochschule Berlin. Derzeit ist jedoch nicht damit zu rech-

#### Übersicht 4: RUG III-Oberkategorien und Anzahl der Untergruppen

Nr.	RUG III-Kategorien	Anzahl Untergruppen
1	Geringer bis extrem hoher Rehabilitationsbedarf	14
2	Umfassende Versorgung	3
3	Spezieller Versorgungsbedarf	3
4	Klinisch komplexe Bedarfslage	6
5	Kognitive Beeinträchtigungen	4
6	Verhaltensauffälligkeiten	4
7	Körperliche Beeinträchtigungen	10

# Kontrolle ist gut. Controlling ist besser!

GSD: ausgereifte IT-Lösungen für erfolgreicheres Klinik-Management im Wettbewerb. [www.gsd.de](http://www.gsd.de)

nen, dass sich die AN-SNAP oder das RUG/RAI-System oder Teile daraus hierzulande etablieren werden.

## Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ist eine von der WHO entwickelte Systematik zur Erfassung der funktionalen Gesundheit, deren Hauptziel nicht die Abbildung in Vergütungssystemen beinhaltet. Der Begriff „Klassifikation“ darf dabei nicht verwechselt werden mit den Ansätzen zu den Reha-Klassifikationen, wie sie oben beschrieben wurden. Die ICF ist primär – ähnlich dem ICD-Katalog – ein Schlüsselverzeichnis. Sie stellt keine Klassifikation dar, die versucht, in sich homogene Gruppen oder Klassen von Patienten zu bilden. Im Rahmen der in diesem Beitrag behandelten Reha-Klassifikationssysteme ist die ICF daher nur ein mögliches Hilfsmittel. Sie selbst bietet keine Ansätze zur Bildung von Patientengruppen.

Die ICF trägt dem Umstand Rechnung, dass die Indikation einer Rehabilitationsmaßnahme im Wesentlichen durch die Auswirkungen einer Krankheit im Alltag sowie durch die Faktoren, die darauf Einfluss nehmen, beeinflusst wird. Sie ist die weiterentwickelte Form der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH), die erstmals 1980 von der WHO veröffentlicht wurde.

Die ICF-Klassifikation besteht aus 2 Teilen, der „Funktionsfähigkeit und Behinderung“ sowie den „Kontextfaktoren“. Funktionsfähigkeit meint hierbei alle Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe und bezeichnet die „positiven“ Aspekte der Interaktion zwischen einer Person mit einem bestimmten Gesundheitszustand und deren individuellen Kontextfaktoren. Behinderung ist ein Oberbegriff für Schädigungen sowie Beeinträchtigungen der Akti-

vität und Teilhabe und bezeichnet die „negativen“ Aspekte der angesprochenen Interaktion. „Kontextfaktoren“ stellen letztlich den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar, sie lassen sich in die Komponenten Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren einteilen.

Die ICF-Klassifikation ist als Ergänzung zur ICD (Diagnosenkatalog) zu sehen. Sie ist ein komplexes Schema zur einheitlichen Kodierung und Gruppierung von Gesundheitskomponenten sowie zur Darstellung des Zusammenhangs zwischen diesen Komponenten.

Ob und inwieweit sich die ICF-Klassifikation auch für die ökonomische Bewertung und die Integration in ein umfassendes Klassifikationssystem eignet und nutzen lässt, wird sich erst im Verlauf der nächsten Jahre zeigen.

## Ergebnisorientierte Vergütung in der Rehabilitation

In einem Forschungsprojekt des Hochrhein-Instituts für Rehabilitationsforschung in Bad Säckingen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen Sachsen, der Barmer Ersatzkasse sowie der Trägergesellschaften m&i-Klinikgruppe Enzensberg und Wittgensteiner Kliniken AG werden derzeit die Möglichkeiten einer ergebnisorientierten Vergütung in der Rehabilitation evaluiert.

Unter wissenschaftlicher Begleitung wurde ein Instrument zur Ergebnismessung entwickelt und in einer Pilotstudie an 100 Schlaganfall-Patienten statistisch abgesichert. Mit diesem Instrument, dem „Selbstständigkeits-Index für die Geriatrische und Neurologische Rehabilitation“ (SINGER), kann erfasst werden, inwieweit die Rehabilitationsziele möglichst weitgehender Selbstständigkeit im alltäglichen Leben nach einem Schlaganfall erreicht werden. Das Instrument zeichnet sich nach Aussagen der Barmer Ersatzkasse vor allem dadurch aus, dass unterschiedliche Beurteiler eine sehr gute Übereinstimmung erzielen, wenn sie dieselben Patienten beurteilen.

Seit Herbst 2005 wird im Rahmen einer Pilotstudie in mehreren neurologischen Rehabilitationskliniken erprobt, ob dieses Verfahren auch in einem größeren Maßstab praktikabel ist und welche Konsequenzen sich daraus für die Kliniken ergeben. Die Ergebnisse dieser Pilotphase liegen noch nicht vor. Ziel ist die Entwicklung eines wissenschaftlichen Vergütungssystems, das insbesondere für die Kliniken finanzielle Anreize schafft.

## EVA-Reha

Bei der „EVALuation der REHAbilitation“ (EVA-Reha) wird durch wissenschaftliche Messinstrumente der Krankheitsverlauf in der Rehabilitation genau erfasst und überprüft. Die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz (MDK RLP) entwickelte Software „Eva-Reha“ (Evaluation der Rehabilitation) ist seit Anfang 2003 für die Bereiche der neurologischen und der geriatrischen Rehabilitation verfügbar. Ziel von EVA-Reha ist es, Verlauf und Erfolg der Rehabilitation metrisch abzubilden. Hierbei werden umfassende patientenspezifische Informationen

dokumentiert, die zum Teil direkt mit der entwickelten Software ausgewertet werden können. Dazu zählen neben den Diagnosen auch die Altersstruktur, der Fallmix, der Grad der Beeinträchtigung bei der Aufnahme sowie die dokumentierten KTL-Leistungen. Verschiedene Assessments, zum Beispiel der FIM, wurden ebenfalls integriert. Interessanterweise ist auch eine Einteilung der Patienten nach Schädigungsgruppen möglich. Hierbei wurde vom MDK Rheinland-Pfalz das System der Impairment-Kategorien der FRGs in leicht modifizierter Form implementiert.

Seit Anfang 2006 wird das Verfahren strukturiert in von der Techniker Krankenkasse (TK) ausgewählten Piloteinrichtungen eingesetzt, mit denen die TK bevorzugt zusammenarbeitet. Wenn eine Klinik am EVA-Reha-Programm teilnimmt, kann dies zum Gütesiegel für TK-Versicherte werden.

Bei dem EVA-Reha-Konzept handelt es sich primär nicht um ein Klassifikationssystem im eigentlichen Sinne. Es enthält aber zahlreiche Elemente, die sich für die Weiterentwicklung zu einem Klassifikationssystem prinzipiell eignen. Darüber hinaus ist die umfangreiche Datenbasis insbesondere für Zwecke der Evaluation und Qualitätssicherung sowie als Basis für Kostenträgerverhandlungen und interne Maßnahmen der Kostenrechnung geeignet.

## Fazit

Mehrere aktuelle Initiativen und Konzepte widmen sich derzeit der Entwicklung eines einheitlichen Klassifikationssystems für die Rehabilitation. Unter den Initiatoren finden sich Leistungserbringer, Kostenträger, Fachverbände und die Wissenschaft. Anders als im DRG-Bereich wurde hier im ersten Schritt auf die Übernahme eines ausländischen Systems verzichtet. Das liegt vor allem daran, dass die vorhandenen ausländischen Systeme einen sehr hohen Bezug – zum Teil sogar ausschließlich – zu dem pflegerischen Aufwand eines Patienten haben und sie nicht in der Lage sind, die breiten Rehabilitationsinhalte der deutschen Reha-Landschaft abzubilden.

In Deutschland laufen mehrere große Pilotprojekte zur Erprobung eines eigenen, einheitlichen Klassifikationssystems. Dazu zählen der kostenorientierte RBG-Ansatz von Prof. Neubauer aus München und das bedarfsorientierte RMK-Konzept von Prof. Müller-Fahrnow aus Berlin. Es bleibt abzuwarten, welcher der Entwürfe sich letztendlich bundesweit durchsetzen wird. Wichtig ist, dass alle Beteiligten sich mittelfristig mit breiter Akzeptanz auf einen Ansatz einigen. Erst dann wird es vermutlich möglich sein, auch den Gesetzgeber davon zu überzeugen, dass „Reha-DRGs“ ein sinnvolles Steuerungs-, Finanzierungs- und Benchmarking-Instrument darstellen können.

---

(Literatur beim Verfasser)

---

Anschrift des Verfassers:

Dr. Boris Rapp,  
MediClin – Strategische Planung/Produktentwicklung,  
Okenstraße 27, 77652 Offenburg,  
E-Mail: boris.rapp@mediclin.de ■