

KLASSIFIKATIONEN UND ASSESSMENT IN DER REHABILITATION, 2025

Prof. Dr. med.
Jens-Uwe Niehoff



- Die Beurteilung des Krankheitsverlaufs von Patienten muss überprüfbar sein. Objektivität und Überprüfbarkeit klinischer Beobachtungen sind datengebunden und nur durch Personen und Institutionen möglich, die auf Daten Zugriff haben.
- Hierzu bedarf es standardisierter Messinstrumente und Assessmentverfahren. Deren Basis sind Selbsteinschätzungen der Patienten über Fragebögen, Skalen oder Tests und Fremdbeurteilungen. Die Bewertung der gewonnenen Daten setzt spezifische und akkreditierte Kompetenzen voraus.
- Insgesamt liefern Assessmentverfahren einen Beitrag zur Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation, wenn die Verfahren für diesen Zweck entwickelt wurden. Das ist bei vielen Verfahren nicht der Fall.
- In der Rehabilitation geht es dabei um die Beurteilung der Erreichung und Erreichbarkeit der Rehabilitationsziele.



- AGAST (Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment) (1995) (Hrsg.) Geriatrisches Basisassessment: Handlungsanleitungen für die Praxis. Schriftenreihe Geriatrische Praxis. München, MMV Medizin Verlag
- AMA (American Medical Association) (1990) (Ed) Guides to the evaluation of permanent impairment. Chicago IL,
- Biefang S, Potthoff P, Bellach BM, Buschmann-Steinhage R (1996) Prädiktoren des Rehabilitations- und Berentungsgeschehens - Ergebnisse einer Längsschnittstudie. Deutsche Rentenversicherung 1–2: 84–108
- Biefang S, Potthoff P, Schliehe F (1999) Assessmentverfahren für die Rehabilitation. Göttingen
- Brickenkamp R (1996) Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests, 2. überarbeitete und ergänzte Auflage. Göttingen
- Greve J, Jochheim KA, Schian HM (1997) Erhebungsverfahren zur beruflichen Integration behinderter Menschen - vom ERTOMIS-Verfahren zum IMBA-Informationssystem. Die Rehabilitation 36: 34–38
- Krämer KL, Maichl FP (1993) Scores, Bewertungsschemata und Klassifikationen in Orthopädie und Traumatologie. Stuttgart, New York, Thieme
- Schuntermann MF (1999) Behinderung und Rehabilitation: Die Konzepte der WHO und des deutschen Sozialrechts. Die neue Sonderschule 44 (1999) 5: 342–363



- Ziel der Rehabilitation ist die Wiedererlangung oder der Erhalt einer möglichst weitgehenden Selbständigkeit der Lebensführung im Sinne der Salutogenese. Entsprechend komplex umfasst Rehabilitation
 - medizinische, einschließlich psychologischer
 - berufliche und
 - soziale Handlungsoptionen
- Rehabilitation ist eine Interventionsleistung, die auf die Wiedererlangung oder den Erhalt der körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Möglichkeiten eines Individuums orientiert ist und in besonderer Weise die Mitwirkung des Patienten voraussetzt. Rehabilitation ist keine Therapie. Folglich dienen Assessments nicht der Therapiebewertung.
- Die Bewertung von Ergebnissen der Rehabilitation muss die Mitwirkungsfähigkeit der Patienten einschließen.



Folglich:

- Therapeutische und rehabilitative Interventionsziele sind zu unterscheiden.
- Die Überprüfung von Rehabilitationsergebnissen setzt deren standardisierte Dokumentation auf der Grundlage der ICF voraussetzt.
- Der Rehabilitationsbedarf und das Rehabilitationspotenzial müssen individuell bestimmt werden.
- Die zentralen Pfeiler für die Evaluation der Rehabilitation sind das positive und das negative Leistungsbild.



- Verfahren sollen möglichst einfach anzuwenden sein und keinen großen Schulungs- und Materialaufwand erfordern
- Assessment umfasst die systematische, standardisierte und kontrollierte Bewertung
 - des zu rehabilitierenden Zustandes (Indikation und Ziel der Rehabilitation)
 - der Anpassung der Maßnahmen (rehabilitativer Gesamtprozess) und
 - der Ergebnisse (Evaluation)
 - der Prognose
- Das setzt die Klassifikation von Indikationen, von Maßnahmen und Zielen voraus.
- Die wichtigste Klassifikation in der Rehabilitation ist (derzeit) die ICF.
- Jedes Assessmentverfahren ist hinsichtlich seiner Kompatibilität i Bezug zur ICF zu prüfen.



- Rehabilitationsindikationen (Rehabilitationsziel)
- rehabilitationsbegleitende Verlaufs- und Prozessdiagnostik (Verlaufsdokumentation)
- Ergebnisevaluation (Entlassungsbericht)



- Jeder Rehabilitateur bezieht seine Entscheidungen auf Assessmentprozeduren im Kontext des Rehabilitationsziels. Diese dürfen nicht den persönlichen Vorstellungen von „richtig“ oder „ideal“ folgen. Sie müssen mindestens im Klinikteam konsentiert sein.

Die Frage ist nicht ob, sondern wie die Rehabilitationsentscheidungen standardisiert werden können.

- Das wirft weitere Fragen auf:
 1. Nach welchen Maßstäben können „gleiche“ Befunde als „gleich“ bewertet werden?
 2. Welche Ergebnisse sind nach dem Stand des Wissens möglich?
 3. Welche Ziele leiten die Entscheidungen der Kostenträger und wie werden diese der Klinik kommuniziert?
 4. Was ist im Einzelfall bei und gemeinsam mit einem Patienten möglich?
 5. Welche Ressourcen stehen dem Patienten und der Klinik zur Verfügung?



- Wie und mit welchen Methoden kann der rehabilitationsrelevante Gesamtzustand eines Patienten beschrieben werden?
- Kann das Rehabilitationspotenzial prospektiv beurteilt werden (und ggf. wie und durch wen)?
- Wie ist zu sichern, dass individuelle Urteile, sowie emotionale und moralische Leitbilder des Fachpersonals nicht in die Beurteilungen einfließen?



- der Antragsteller ist prospektiv klassifizierbar gemäß
 - Beeinträchtigungsscore (körperlich, psychisch, sozialmedizinisch)
 - Zuordnung zu Bedarfs- und Prognoseklassen
 - zu erwartendem (und ggf. einzuforderndem und ggf. durch den Leistungsanbieter zu garantierendem) Rehabilitationsergebnis

Rechtfertigen gleiche Zustands- und Bedarfsklassen gleiche Aufwendungen und Kosten, folglich auch gleiche Preise?



- standardisierte und differenzierte Definition von rehabilitationsrelevanten Zuständen
- (in der Regel) Nutzung mehrdimensionaler Klassifikationen von Indikationen und Maßnahmen
- Entscheidungsvorbereitung zu notwendigen, erforderlichen und wirtschaftlichen Maßnahmen der Rehabilitation
- ergebnisoorientierte Indikationsentscheidungen
- prospektive Abschätzung möglicher Ergebnisse
- indikationsspezifische und ergebnisorientierte Preisbildung



- zielgenaue Angebotsprofilierung im Wirtschaftswettbewerb
- ausdefinierte Vertrags- und Finanzierungskonzepte
- Steuerbarkeit der Mitarbeiter (wirtschaftliches vs. fachliches Management)
- Definition wettbewerbsfreier Nischen (das machen nur wir)
- Begrenzung der Aufwandsvarianz mit trennscharfer Definition von Zusatzleistungen



- Assessments sind immer zielgebunden (Finalität) – Was soll in Bezug auf einen Zustand geschehen, bzw. erreicht werden (was ist mit Teilhabe im Einzelfall gemeint)?
- Aus der Zielbindung folgt zwingend eine Interessenbindung – aus Interessenbindungen folgen Interessenkonflikte.
- Etablierte Assessments lösen keine Konflikte, verhindern aber ggf. ihre Austragung (Assessments führen zur Normensetzung)
- Assessment verlangt Verlaufsdiagnostik, im Mittelpunkt steht die Ermittlung und Bewertung von Veränderungen.



- Validität
- Reliabilität
- Handhabbarkeit
- Aufwand
- Verstehbarkeit
- Sensitivität,
Spezifität,
Predictive value
- Was verbessert sich
für wen, wenn die
Assessmentprozedur
zum Einsatz kommt?
- Welcher
rechtsverbindliche
Rahmen existiert für
ein Assessment?
- Individualisierung vs.
Standardisierung



- Antrag mit Ausgangsbefunden
- antragstellerspezifisches Leistungsziel
- kostenträgerspezifisches Leistungsziel
- Indikations- und Leistungsentscheidung
- ggf. Auswahl des Anbieters (Auswahlkriterien?)
- Bewertung des Rehaergebnisses



- Aufnahmeassessment (standardisiert, individuell)
- Maßnahmeentscheidung (Team?, Integration der Maßnahmenträger: Ärzte, Physiotherapie, psychologische Beratung, Ernährungsberatung, Ergotherapie usw.)
- Intervention – Verlaufsbewertung – Interventionskorrektur
- Entlassungsassessment – Team, Abschlussgutachten
- durchgängige Dokumentation



- A. Instrumente die vom Anlass der Rehabilitation unabhängige Zustände des konkreten Patienten messen = generische Instrumente = Personenklassifikationen)
- B. Krankheitsspezifische Instrumente (Fallklassifikationen)



- Klassifikationen sind Ordnungssysteme. Sie spiegeln den jeweiligen Erkenntnisstand über einem Sachbereich und folgen praktischen Handlungsinteressen.
- Die Klassen eines Ordnungssystems sind mit vereinbarten Klassennamen benannt. Deren Kenntnis ist die Voraussetzung einer Verständigung innerhalb des Anwendungsfelds einer Klassifikation. Vereinbarte Klassifikationen stellen den Nutzer vor die Aufgabe, einen Sachverhalt vorgegebenen Klassen richtig zuzuordnen.



Klassifikationen spielen im Teilbereich der professionellen medizinischen, rehabilitativen und pflegerischen Dienstleistungen und ihres Managements eine wachsende Rolle, weil nur mittels Klassifikationen

- Versorgungsbedarfe reproduzierbar beschrieben und dokumentiert werden können
- Versorgungsstrukturen und -prozesse sowie -ergebnisse verglichen und optimiert werden können
- Analysen und geordnete Handlungsorientierungen möglich werden
- Informationen gesammelt, gespeichert und wiedergefunden werden können
- Handeln normiert, vereinbart und überprüft werden kann



- Internationale Klassifikation der Krankheiten und Gesundheitsprobleme – International Classification of Diseases (aktuell noch ICD 10)
- Internationale Klassifikation der psychischen Störungen (Kapitel V der ICD 10)
- Internationale Klassifikation der onkologischen Krankheiten (ICD-O)
- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – International Classification of Functioning (ICF)



- International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)
- Operationsschlüssel (OPS)
- Klassifikation von Laboruntersuchungen und Befunden (LOINC)
- Klassifikation von Medizinprodukten – Universal Medical Device Nomenclature System (UMDNS)
- Einheitlicher Bewertungs- und Bemessungsmaßstab (EBM)
- Clinical Risk Groups (CRG)
- Diagnosis Related Groups (DRG)
- Rehabilitanden Management Kategorien (RMK)
- Risk Adjustment Models (RAM)
- Risk Adjusted Categories (RAC)
- Adjusted Clinical Groups (ACG)
- Diagnostic Cost Groups (DCG)
- Pharmacy based-Cost Groups (PCG)
- Episode Risk Groups (ERG)
- Disability Payment System (DPS)



- Internationale Klassifikation der primärmedizinischen Versorgung (ICPC)
- International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC)
- International Classification of Processes in Primary Care (ICPPC)
- Reason for Visit Classification of Care (RVC)



- Fallklassifikationen und Personenklassifikationen
- Beispiele:
 - ICF
 - Resident Assessment Instrument (RAI)
 - Rehabilitandenmanagementkategorien (RMK)
 - Rehabilitations-Behandlungsgruppen (RBG)
 - Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL)



- Erfassung der Lebensqualität
- Hilfebedarf
- Versorgungsqualität
- Motivation, Behandlungserwartung
- individuelle Ressourcen (physisch, psychisch, kognitiv, sozial ...)
- Problemverarbeitung
- subjektives Gesundheitserleben und –verhalten
- Rehabilitations- und Ergebniszufriedenheit
- Aktivitäten des täglichen Lebens



- behinderungsspezifische Indikationen und Verläufe
- Diagnostik positiver und negativer Leistungsbilder
- krankheitsspezifische Leistungs- und Mobilitätsmessung
- berufliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit



- Grundlage für die Qualitätssicherung der Rehabilitation in der DRV:
 - standardisierte Dokumentation zur umfassenden Abbildung der erbrachten Leistungen mit Angabe von Häufigkeit und Dauer (Beschreibung der Reha-Prozesse in der Klinik)
 - Berichte der Klinik zum Vergleich therapeutischen Leistungen bezüglich gleicher Fallgruppen und vergleichbarer Einrichtungen

(Interessanterweise benutzt die DRV den Begriff Therapie und macht so zur Rehabilitation keinen Unterschied) .



- Die individuelle Varianz der Rehabilitanden ist nur unter massiver Eingrenzung der individuellen Problemlagen zu begrenzen
- Vergleichsprobleme „gleicher“ Ergebnisse
- Das Ziel „gleiche Preise“ für „gleiche Indikationen“ kaum zu erreichen
- Das Ziel „gleiche Ergebnisse“ bei „gleichen Indikationen“ kaum zu erreichen