

Strukturierter Qualitätsdialog

- Der Strukturierte Qualitätsdialog mit Reha-Einrichtungen
als ein Instrument der Reha-Qualitätssicherung
der Deutschen Rentenversicherung
- 2. überarbeitete Auflage, 2017



Hinweis

Ansprechpartner

Die Betreuung der Qualitätssicherung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation erfolgt im Bereich 0430 – Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik Deutsche Rentenversicherung Bund 10704 Berlin.

Ansprechpartner* für die Reha-Qualitätssicherung

Dr. Margarete Ostholt-Corsten

Tel.: 030 865-31234

E-Mail: dr.margarete.ostholt-corsten@drv-bund.de

Anke Mitschele

Tel.: 030 865-33285

E-Mail: anke.mitschele@drv-bund.de

Sekretariat

Tel.: 030 865-32827 und 030 865-32219

Weitere Informationen zur Reha-Qualitätssicherung finden Sie im Internet unter:

www.deutsche-rentenversicherung.de

→ Infos für Experten → Sozialmedizin und Forschung → Reha-Qualitätssicherung

oder durch die Direkteingabe von:

www.reha-qs-drv.de

* Alle in der vorliegenden Broschüre verwendeten Berufs-, Personen- und Gruppenbezeichnungen gelten sowohl für Frauen als auch für Männer.

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	4
2	Einführung	6
3	Rentenversicherungsweit einheitliches System für die Bewertung der Qualität von Reha-Fachabteilungen	7
3.1	Rehabilitandenbefragung	8
3.1.1	Behandlungszufriedenheit	9
3.1.2	Subjektiver Behandlungserfolg	9
3.2	Peer Review	9
3.3	Therapeutische Versorgung (KTL)	10
3.4	Reha-Therapiestandards (RTS)	10
4	Der Strukturierte Qualitätsdialog der Deutschen Rentenversicherung	11
4.1	Auslösen	12
4.2	Ziele	13
4.3	Vorbereitung	13
4.4	Durchführung	15
4.5	Abschluss und Dokumentation	16
5	Besonderheiten für die Datenbasis und Kontrolldaten	18
6	Bedeutung der einheitlichen Fachabteilungsschlüssel	19
7	Nutzung weiterer Qualitätsindikatoren	20
8	Literatur	21
9	Anhang 1: RV-einheitliche Qualitätsindikatoren	22
9.1	Rehabilitandenbefragung	22
9.1.1	Behandlungszufriedenheit – Rehabilitandenbefragung	22
9.1.2	Subjektiver Behandlungserfolg – Rehabilitandenbefragung	24
9.2	Peer Review	25
9.3	Klassifikation therapeutischer Leistungen – KTL	27
9.4	Reha-Therapiestandards – RTS	29
10	Anhang 2: Prozessbeschreibung	32
11	Anhang 3: Dokumentationsvorlage	36

Die Zusammenarbeit zur Reha-Qualitätssicherung innerhalb der Rentenversicherung und deren rentenversicherungsweite Umsetzung erfolgt durch fünf Koordinatoren. Hierbei handelt es sich um Mitarbeiter der Regionalträger und der Deutschen Rentenversicherung Bund.

Herr Uwe Egner

Fachbereichsleiter Zentrale und Grundsatzaufgaben,
Abteilung Rehabilitation
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Frau Dr. Nathalie Glaser-Möller

Teamleiterin der Stabsstelle Reha-Strategie und Steuerung
Deutsche Rentenversicherung Nord
Lübeck

Frau Dr. Margarete Ostholt-Corsten

Leiterin des Bereichs Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik
Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Herr Ulrich Theißen

Fachbereichsleiter Reha-Management,
Abteilung Betriebswirtschaftliche Steuerung
Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Düsseldorf

Herr Michael Zellner

Leiter der Abteilung Kliniken
Deutsche Rentenversicherung Bayern Süd
München

**Wir danken den Mitgliedern der Projektgruppe
„Nutzung von Qualitätsindikatoren für die Belegung von medizinischen
Reha-Einrichtungen“:**

Herr Dr. Ulrich Eggens

Deutsche Rentenversicherung Berlin-Brandenburg
Berlin

Herr Uwe Egner

Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Herr Jürgen Huber

Deutsche Rentenversicherung Rheinland
Düsseldorf

Frau Dr. Marion Kalwa

Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Frau Kathrin Knau

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Bochum

Herr Ralf Knufinke

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
Bochum

Herr Marcus Maas

Deutsche Rentenversicherung Rheinland-Pfalz
Speyer

Frau Anke Mitschele

Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Frau Dr. Margarete Ostholt-Corsten

Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

Frau Dr. Katharina Roth

Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Würzburg

Herr Thorsten Siebert

Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen
Bremen

Herr Udo Wegmann

Deutsche Rentenversicherung Nordbayern
Würzburg

Frau Dr. Susanne Weinbrenner

Deutsche Rentenversicherung Bund
Berlin

1 Vorwort

Eine umfassende Reha-Qualitätssicherung ist seit mehr als 20 Jahren fester Bestandteil der Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung. Ziele aller qualitätssichernden Maßnahmen sind eine kontinuierliche Verbesserung der Leistungen und eine Weiterentwicklung der am Rehabilitanden orientierten medizinischen Rehabilitation. Eine größtmögliche Transparenz des Leistungsgeschehens ist dabei von großer Bedeutung.

Das Programm zur Reha-Qualitätssicherung in der Rentenversicherung stellt für diesen Zweck zahlreiche Berichtsinstrumente und Verfahren für die routinemäßige Anwendung zur Verfügung. Die Instrumente werden kontinuierlich überarbeitet und weiterentwickelt, zentral sind dabei die stärkere Berücksichtigung der Ergebnisqualität und die Optimierung der entsprechenden Instrumente.

Der Strukturierte Qualitätsdialog ist ein spezielles Instrument der Reha-Qualitätssicherung und eine weitere Form für einen direkten, persönlichen und partnerschaftlichen Austausch mit Reha-Einrichtungen.

Er findet Anwendung sowohl für die eigenen als auch für die Vertrags-einrichtungen der Rentenversicherung. Er unterstützt und ermöglicht die ganzheitliche Wahrnehmung einer Einrichtung in ihrer Komplexität und Leistungsfähigkeit, indem Ergebnisse der externen Qualitätssicherung und weitere Informationen einbezogen werden. Der Strukturierte Qualitätsdialog ist eine Aufgabe des federführenden Rentenversicherungsträgers. Wie beim Instrument Visitation unterrichtet der federführende Rentenversicherungsträger mitbelegende Rentenversicherungsträger über einen beabsichtigten Strukturierten Qualitätsdialog, ermöglicht auf Wunsch eine Teilnahme und informiert über Ergebnisse und Festlegungen.

Ziel eines gemeinsamen Qualitätsdialogs ist das Identifizieren von Handlungsfeldern mit Optimierungspotential, die einen Qualitätsverbesserungsprozess mit einer Einrichtung auslösen können.

Zentrales Element ist der partnerschaftliche Austausch über einrichtungsbezogene Qualitätsergebnisse mit der ärztlichen Leitung und der Verwaltungsleitung einer Einrichtung. Die Ergebnisse für Reha-Qualitätsindikatoren werden vom federführenden Rentenversicherungsträger vorgestellt. Auffällige Qualitätsdefizite sowie zu fördernde und auszubauende gute Ergebnisse werden erläutert. Bei nicht erfüllten Anforderungen oder Unterschreitung von definierten Schwellenwerten ist es die Aufgabe des federführenden Rentenversicherungsträgers darauf hinzuwirken, dass erwartete Veränderungen in einem zeitlichen Rahmen umgesetzt und messbar nachgewiesen werden. Die Einrichtung hat im Dialog die Möglichkeit, Gründe für Ergebnisse und ihre Position zu den Anforderungen und Erwartungen des Rentenversicherungsträgers ausführlich darzustellen.

Durch seinen Revisionscharakter und zugleich seine Anreizfunktion hat der Strukturierte Qualitätsdialog eine hohe Bedeutung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Für ein einheitliches Vorgehen in der Rentenversicherung sind eine rentenversicherungsweit einheitliche Interpretation von Qualitätsergebnissen, ein einheitliches Auslösen eines Strukturierten Qualitätsdialogs sowie verbindliche Regelungen für dessen Durchführung und Dokumentation erforderlich.

Eine von der Deutschen Rentenversicherung eingesetzte Projektgruppe hat mit dieser Zielstellung ein Konzept erarbeitet. Es wurden Qualitätsindikatoren und Schwellenwerte definiert, die einen Strukturierten Qualitätsdialog einheitlich auslösen und dessen strukturierte Durchführung einen für beide Partner vertretbaren Aufwand gewährleistet. Damit steht erstmalig ein rentenversicherungsweit abgestimmtes Instrument für den Umgang mit Qualitätsergebnissen zur Verfügung, das die von Leistungserbringern, Politik und Öffentlichkeit erwartete trägerübergreifende Transparenz und einheitliche Verfahrensweise gewährleistet.

Das Projekt wird in einer begleitenden Evaluation wissenschaftlich unterstützt. Als Handlungsleitfaden soll diese Broschüre die Etablierung des Instruments in die Routine der Reha-Qualitätssicherung unterstützen und durch ein einheitliches Vorgehen den Rahmen für Verbindlichkeit und Verlässlichkeit in der partnerschaftlichen Zusammenarbeit für dieses Handlungsfeld schaffen. Wir danken den Mitgliedern der Projektgruppe für ihre Arbeit.

Brigitte Gross

Direktorin
Deutsche Rentenversicherung
Bund

Thomas Keck

Erster Direktor
Deutsche Rentenversicherung
Westfalen

2 Einführung

Der in dieser Broschüre vorgestellte Strukturierte Qualitätsdialog als Instrument der externen Reha-Qualitätssicherung und -Qualitätsentwicklung der Deutschen Rentenversicherung ist ein zentrales Element für eine effektive und effiziente Erbringung medizinischer Rehabilitationsleistungen.

Mit dem Ziel einer ständigen Verbesserung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation setzt die Deutsche Rentenversicherung Instrumente und Verfahren der Reha-Qualitätssicherung (QS) ein. Alle rentenversicherungseigenen sowie die von der Deutschen Rentenversicherung federführend belegten Reha-Fachabteilungen nehmen verpflichtend am Reha-QS-Programm der Rentenversicherung teil.

§ 20 Absatz 1 SGB IX verpflichtet die Träger der Rehabilitation, gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer zu vereinbaren.

Grundlage für das entwickelte Instrument des Strukturierten Qualitätsdialogs der Deutschen Rentenversicherung ist die „Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX“ der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Die Empfehlungen sehen eine systematische und kontinuierliche Prüfung, Bewertung, Förderung und Verbesserung der Qualität einschließlich vergleichender Qualitätsanalysen vor.

Der rentenversicherungsweit einheitliche Strukturierte Qualitätsdialog ist ein geeignetes Instrument für eine Überprüfung einer zum Zeitpunkt der Zulassungsprüfung festgestellten qualitativen Eignung einer Reha-Einrichtung für eine Belegung durch die Rentenversicherung. Dabei wird das auf Qualität der Rehabilitation und die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit ausgerichtete Handeln der Deutschen Rentenversicherung konsequent mit dem hohen Stellenwert von Transparenz und Nachvollziehbarkeit bei der Auswahl zu belegender Einrichtungen verknüpft.

3 Rentenversicherungsweit einheitliches System für die Bewertung der Qualität von Reha-Fachabteilungen

Die Deutsche Rentenversicherung unterstützt mit dem umfassenden externen Qualitätssicherungsprogramm eine am Rehabilitanden orientierte Verbesserung der Qualität in der medizinischen Rehabilitation. Zentrale Merkmale sind die Nutzung von Routinedaten der Rentenversicherung, eine kontinuierliche Berichterstattung sowie die Einbeziehung möglichst vieler Rehabilitanden und Reha-Fachabteilungen. In verschiedenen Broschüren sind die konkreten Anforderungen an die erwartete Qualität der Rehabilitation in den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität definiert und erläutert. Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung werden auch indikationsspezifische Reha-Einrichtungsvergleiche für einzelne Qualitätsindikatoren durchgeführt.

Die Indikatoren und QS-Daten zur Bewertung der Qualität von Fachabteilungen sind den Reha-Fachabteilungen und den Rentenversicherungsträgern bekannt und vertraut. Das Konzept des Qualitätsoptimums und der Qualitätspunkte bietet anschauliche, vergleichende Darstellungen der Qualität von Reha-Fachabteilungen auf unterschiedlichen Ebenen. Es ermöglicht den Fachabteilungen, konkrete ergebnisorientierte Verbesserungsprojekte zu entwickeln und unterstützt damit zielgerichtet interne Managementprozesse. Die zusammenfassende Ergebnisdarstellung aller Reha-Fachabteilungen, die auf der Basis der Daten der externen Qualitätssicherung erzeugt wird, ist Grundlage für faire Vergleichsanalysen und eröffnet den Reha-Fachabteilungen, sich im Spektrum strukturell vergleichbarer Fachabteilungen einzuordnen.

In den Berichten ausgewiesene unterdurchschnittliche Qualitätsergebnisse werden nur bis zu einem definierten Schwellenwert toleriert und Handlungsfelder für Verbesserungen benannt.

Eine fachabteilungsbezogene Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen muss von den Trägern der Rentenversicherung und von den Reha-Einrichtungen gleichermaßen akzeptiert sein und generellen Erwartungen an eine inhaltliche Begründbarkeit, empirische Überprüfbarkeit, Transparenz, Einheitlichkeit und Angemessenheit genügen.

Mit dem Konzept für eine einheitliche Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR) existiert in der Deutschen Rentenversicherung ein Bewertungssystem für Qualitätsergebnisse für die verschiedenen Verfahren und Instrumente des Programms zur Reha-Qualitätssicherung. Indikationsbezogen variieren die Ergebnisse für unterschiedliche Qualitätsindikatoren einzelner Reha-Fachabteilungen zum Teil deutlich. Das Bewertungskonzept ist im Sinne eines Excellence-Modells der European Foundation for Quality Management (EFQM) aufgebaut und fördert eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung in den Reha-Fachabteilungen durch die Orientierung an den Besten. Eine Orientierung an durchschnittlich erreichten Ergebnissen würde diese Anreize nicht setzen. Im Zeitverlauf wäre eher eine Annäherung an die Durchschnittswerte im Sinne einer „regression to the mean“ zu erwarten.

Die Qualitätsergebnisse basieren auf in Routineverfahren erhobenen Daten. Für die Qualitätsindikatoren werden Qualitätspunkte nach dem Prinzip eines Qualitätsoptimums (= 100 Qualitätspunkte) berechnet. Dies ermöglicht anschauliche und vergleichende Darstellungen der Qualität von Reha-Fachabteilungen.

Im Anhang 1 sind Berechnungen nach dem einheitlichen System für die Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen (BQR-Berechnungen) für die einzelnen Qualitätsindikatoren des Programms zur Reha-Qualitätssicherung erläutert und exemplarisch an Hand der Ergebnisse von Reha-Fachabteilungen eines Fachgebiets (Indikation) dargestellt.

Ergebnisse von Leistungsdaten der Qualitätssicherung aus dem Reha-QS-Programm der Deutschen Rentenversicherung werden routinemäßig durch einrichtungsbezogene Ergebnisberichte zur Verfügung gestellt. Diese Berichte werden an die federführenden Rentenversicherungsträger und an die Reha-Fachabteilungen übersandt. Eine Berichtschronik ermöglicht eine retrospektive Sicht auf die Entwicklung von Ergebnissen im Zeitverlauf.

Mit dem Konzept zur indikationsspezifischen Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen verfügt die Deutsche Rentenversicherung über ein transparentes Bewertungsschema, das die Qualitätsergebnisse in den verschiedenen Verfahren und Instrumenten verständlich darstellt und einen fairen Vergleich von Reha-Fachabteilungen gewährleistet.

Das Konzept beinhaltet aktuell fünf Qualitätsindikatoren, die im Folgenden kurz vorgestellt werden:

- Behandlungszufriedenheit
- subjektiver Behandlungserfolg
- Peer Review
- therapeutische Versorgung nach der Klassifikation
- therapeutischer Leistungen (KTL)
- Reha-Therapiestandards (RTS)

Weitergehende Erläuterungen können dem Anhang 1 dieser Broschüre entnommen werden.

3.1 Rehabilitandenbefragung

Die Rehabilitandenbefragung bezieht die Rehabilitanden als Experten ihrer eigenen gesundheitlichen Situation aktiv in den Verbesserungsprozess der Rehabilitation ein. Die Befragung wird als kontinuierliche monatliche Stichprobenerhebung unter Verwendung strukturierter Fragebögen durchgeführt. Jeweils 20 Rehabilitanden einer Fachabteilung werden zufällig ausgewählt, 8 bis 12 Wochen nach der Entlassung angeschrieben und zu ihrer Einschätzung der Rehabilitation und des Reha-Ergebnisses befragt. Das Erhebungsinstrument wird mit unterschiedlichen Fragebögen für somatische Indikationen und den Bereich Psychosomatik/Abhängigkeitserkrankungen in den Durchführungsformen der stationären und ganztägig ambulanten Rehabilitation sowie für die Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation eingesetzt.

Die Rehabilitandenbefragung in der medizinischen Rehabilitation gilt als ein bewährtes Instrument der Reha-Qualitätssicherung zur Messung der Ergebnisqualität. Die Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung werden im Rahmen des einrichtungsvergleichenden Informationssystems zur Reha-Qualitätssicherung an die federführenden Rentenversicherungsträger und die Reha-Fachabteilungen zurückgemeldet. Die Berichte fassen die Ein-

schätzungen der Rehabilitanden zusammen und stellen diese einer Gruppe vergleichbarer Reha-Fachabteilungen gegenüber. Damit hat die einzelne Fachabteilung die Möglichkeit, Stärken auszubauen sowie Schwachstellen zu erkennen und mögliche Defizite zu beseitigen.

Es werden zwei Qualitätsindikatoren gebildet:

3.1.1 Behandlungszufriedenheit

Mit der Behandlungszufriedenheit wird die subjektive Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot der Rehabilitation erfasst und systematisch in die Qualitätssicherung einbezogen. Dieses umfasst unter anderem die Zufriedenheit mit den Therapeuten, den Therapien und Schulungen sowie mit dem Ablauf der Rehabilitation.

Es ist bekannt, dass die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit entscheidende Faktoren der Motivation und der Prognose hinsichtlich der weiteren Erwerbstätigkeit nach einer Rehabilitation sind.

3.1.2 Subjektiver Behandlungserfolg

Mit dem weiteren Teil der Befragung – zum subjektiv wahrgenommenen Erfolg der Rehabilitation aus Rehabilitandensicht – wird die körperliche und seelische Veränderung durch die Rehabilitation erfragt, z. B. ob der Rehabilitand eine Entlastung bei den Krankheitssymptomen und sowohl eine körperliche als auch psychische Stärkung festgestellt hat. Die Rehabilitanden werden hinsichtlich der Wahrnehmung einer rehabedigten Verbesserung, beispielsweise ihres Gesundheitszustandes, den körperlichen und psychosomatischen Beschwerden, des gesundheitsförderlichen Verhaltens sowie der Leistungsfähigkeit im Beruf, in der Freizeit und im Alltag, befragt.

3.2 Peer Review

Im Peer Review-Verfahren wird die Qualität des Reha-Prozesses mit Hilfe von standardisierten Checklisten und anhand von Prozessmerkmalen geprüft. Von erfahrenen Reha-Medizinern des jeweiligen Fachgebietes (Peers) werden zufällig ausgewählte, anonymisierte ärztliche Entlassungsberichte sowie die Therapiepläne der Rehabilitanden einer Fachabteilung begutachtet. Qualitative Unterschiede zwischen den Fachabteilungen unterschiedlicher Einrichtungen und Schwachstellen in den Prozessverläufen werden transparent. Das Instrument findet Anwendung in der stationären und ganztätig ambulanten Rehabilitation.

Bewertet werden z. B. die Regelmäßigkeit der Behandlung, die fallgerechte Festlegung und Vermittlung von Behandlungszielen oder die Plausibilität sozialmedizinischer Schlussfolgerungen in allen Bereichen der Rehabilitation (Anamnese, Diagnostik, Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis, Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise sowie weiterführende Maßnahmen und Nachsorge). Abschließend erfolgt eine zusammenfassende Bewertung des gesamten Reha-Prozesses.

Für einen Vergleich der fachabteilungsbezogenen Bewertung mit den Ergebnissen für die indikationsgleichen Fachabteilungen der Vergleichsgruppe werden die von den Peers begutachteten Aspekte nach Mängelkategorien – von keine bis gravierende Mängel – klassifiziert. Für die als problematisch identifizierten Aspekte in den Kategorien deutliche und gravierende Mängel ist es die Aufgabe des federführenden Rentenversicherungsträgers, auf eine Qualitätsverbesserung hinzuwirken und ggf. Anreize hierfür zu schaffen.

3.3 Therapeutische Versorgung (KTL)

Das Instrument zur therapeutischen Versorgung nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) für die medizinische Rehabilitation wird seit vielen Jahren in der Routine der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung eingesetzt, um das therapeutische Leistungsspektrum der Reha-Fachabteilungen zu analysieren, zu dokumentieren und qualitativ zu bewerten. Die KTL gilt sowohl für die stationäre wie auch für die (ganztägig) ambulante medizinische Rehabilitation von Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern. Die routinemäßig erhobenen und ausgewerteten KTL-Daten werden jährlich an die federführenden Rentenversicherungsträger und die Reha-Fachabteilungen zurückgemeldet.

Auch dieses Instrument stellt die fachabteilungsbezogene Auswertung den Ergebnissen der Fachabteilungen einer Vergleichsgruppe gegenüber. Die Auswertungen schaffen eine Transparenz über die angemessene therapeutische Versorgung und können auch für die Weiterentwicklung der Reha-Qualitätssicherung genutzt werden.

3.4 Reha-Therapiestandards (RTS)

Mit den RTS für den Geltungsbereich verschiedener Gesundheitsstörungen oder Erkrankungen werden die Therapien der Rehabilitanden auf eine wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlage gestellt. Die RTS definieren Mindestanforderungen an die therapeutische Versorgung, die sich auf alle Rehabilitanden eines entsprechenden Geltungsbereiches (Erstdiagnosen ICD-10-GM) in einer Fachabteilung beziehen. Die in den einzelnen evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) geforderten Mindestanteile beziehen sich immer auf die Rehabilitanden der betrachteten Fachabteilung.

Die Auswertungen zu den RTS bilden die Zusammenfassung der in den Reha-Entlassungsberichten dokumentierten therapeutischen Leistungen ab.

Die Weiterentwicklung der RTS ist ein konsequenter Schritt zur qualitativen Verbesserung der rehabilitativen Versorgung. Medizinische Leitlinien spielen auch in der Diskussion um die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens eine wichtige Rolle. Sie sind definiert als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen für eine angemessene Vorgehensweise bei spezifischen gesundheitlichen Problemen.

4 Der Strukturierte Qualitätsdialog der Deutschen Rentenversicherung

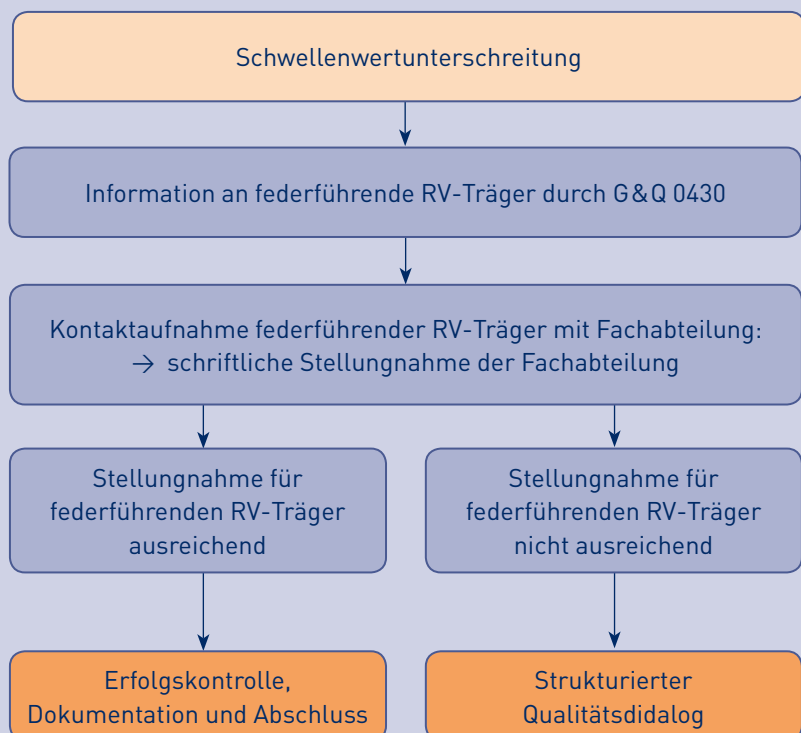
Die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Reha-Einrichtungen und Rentenversicherungsträgern auf dem Gebiet der medizinischen Rehabilitation ist von einer Vielzahl von Themen und Anlässen geprägt. Die einzelnen Rentenversicherungsträger haben hierfür unterschiedliche Vorgehensweisen, Formen und Routinen für den Dialog und die Zusammenarbeit mit Reha-Einrichtungen entwickelt und etabliert. Ihnen gemein ist die Ausrichtung auf eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität und damit die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation.

Bisher fehlte es an Festlegungen für rentenversicherungsweit einheitliche Reha-Qualitätsindikatoren und ein verbindliches Vorgehen, wenn auffällige oder nicht plausible Varianzen von Qualitätsergebnissen in der Leistungserbringung festgestellt wurden.

Mit dem einheitlichen Instrument Strukturierter Qualitätsdialog und der Festlegung auf die zunächst fünf vorgestellten Qualitätsindikatoren wird diese Lücke in der partnerschaftlichen Zusammenarbeit der Träger der Deutschen Rentenversicherung mit den Reha-Einrichtungen geschlossen.

Diese Broschüre beschreibt die Ziele und die formale Ausgestaltung des Strukturierten Qualitätsdialogs zwischen einem federführenden Rentenversicherungsträger und einer Reha-Einrichtung als Instrument der externen Qualitätssicherung. Ein vereinfachter schematischer Ablauf für das Auslösen eines Strukturierten Qualitätsdialogs ist in Abbildung 1 dargestellt. Die detaillierte Prozessbeschreibung ist im Anhang 2 abgebildet.

Abbildung 1: Ablauf eines Strukturierten Qualitätsdialogs



4.1 Auslösen

Ein Strukturierter Qualitätsdialog mit einer Reha-Einrichtung wird bei auffälligen Ergebnissen für Indikatoren der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität ausgelöst. Für die rentenversicherungsweit festgelegten, einheitlichen Qualitätsindikatoren aus dem gemeinsamen Reha-QS-Programm erhält der federführende Rentenversicherungsträger vom Grundsatz- und Querschnittsbereich (G&Q) – Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik – der Deutschen Rentenversicherung Bund eine Benachrichtigung, wenn ein Ergebniswert einen definierten Schwellenwert unterschreitet. Die Benachrichtigungen erfolgen zweimal jährlich; nach dem Versand der Berichte zur Rehabilitandenbefragung und zum Peer Review im 1. Halbjahr und nach dem Versand der Berichte zur KTL und zu den RTS im 2. Halbjahr.

Die Deutsche Rentenversicherung hat auf der Grundlage von Analysen mit verschiedenen Datenmodellen absolute und relative Schwellenwerte für die rentenversicherungsweit einheitlichen Qualitätsindikatoren des Reha-QS-Programms festgelegt. Die Prüfung einer Unterschreitung des absoluten oder relativen Schwellenwertes erfolgt auf der Grundlage der Qualitätspunkte.

Eine Fachabteilung ist zum Zeitpunkt der routinemäßigen (jährlichen) Auswertung von Schwellenwertunterschreitungen

- **absolut auffällig**, wenn das fachabteilungsbezogene Ergebnis für einen Qualitätsindikator unter dem absoluten Schwellenwert von 50 Qualitätspunkten (QP) – von 100 möglichen QP als Optimum – liegt.
- **relativ auffällig**, wenn das fachabteilungsbezogene Ergebnis für einen Qualitätsindikator unter einem festgelegten relativen Schwellenwert liegt. Der relative Schwellenwert eines Qualitätsindikators ist erreicht, wenn der Wert für den Qualitätsindikator zu den 10% der schlechtesten Werte im Vergleich zu den Fachabteilungen der Vergleichsgruppe gehört.

Unterschreitet eine Fachabteilung einen Schwellenwert, informiert der Grundsatz- und Querschnittsbereich – Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik – der Deutschen Rentenversicherung Bund den federführenden Rentenversicherungsträger.

- Bei Unterschreiten des **absoluten** Schwellenwerts eines Qualitätsindikators **muss** der federführende Rentenversicherungsträger einen Strukturierten Qualitätsdialog mit der Fachabteilung durchführen.
- Bei Unterschreiten des **relativen** Schwellenwerts in mindestens zwei Qualitätsindikatoren **soll** der federführende Rentenversicherungsträger einen Strukturierten Qualitätsdialog mit der Fachabteilung durchführen.

Für Fachabteilungen, für die Auswertungen nur für einen oder zwei Qualitätsindikatoren vorliegen, reicht bereits ein relativ auffälliger Indikator aus, um einen Strukturierten Qualitätsdialog auszulösen. Ein Ausgleichsverfahren zwischen den verschiedenen Qualitätsindikatoren – etwa zwei gute Ergebniswerte (QP) für Qualitätsindikatoren gleichen einen schlechten Ergebniswert für einen Qualitätsindikator aus – ist nicht möglich.

Das Auslösen eines Strukturierten Qualitätsdialogs mit einer Reha-Einrichtung aus anderen Gründen, bleibt dem federführenden Rentenversicherungsträger unbenommen. Anlass hierfür können beispielsweise auffällige

Ergebnisse für andere – nicht rentenversicherungsweit festgelegte – Qualitätsindikatoren oder auffällige Varianzen aus vergleichenden Analysen des Rentenversicherungsträgers zwischen Qualitätsindikatoren sein, auch wenn der festgelegte absolute oder der relative Schwellenwert im Zeitpunkt der routinemäßigen Auswertung nicht unterschritten wird. Das Ergebnis einer Fachabteilung für einen Qualitätsindikator kann im Zeitverlauf relativ auffällig sein, wenn beispielsweise eine gravierende Abweichung der Werte zwischen zwei Auswertungszeitpunkten festgestellt wird.

Die für die Deutsche Rentenversicherung festgelegte Methodik für Schwellenwerte ist einfach, verständlich, in der Routine handhabbar und erfüllt die Anforderungen an eine Transparenz für die beteiligten Partner.

4.2 Ziele

Ziel des Strukturierten Qualitätsdialogs ist bei absolut oder relativ auffälligen Unterschreitungen von Schwellenwerten für Qualitätsindikatoren, auffällige Veränderungen von Qualitätsergebnissen zwischen zwei Auswertungszeitpunkten oder aus anderen Gründen, die Ursachen für die Auffälligkeit mit der Reha-Fachabteilung zu klären.

Hierbei sollen geeignete Maßnahmen für Korrekturen und Verbesserungen identifiziert und abgestimmt werden, um eine positive Entwicklung der Ergebnisse in Richtung der Anforderungen bzw. Erwartungen der Rentenversicherung zu bewirken. Der Strukturierte Qualitätsdialog ist auch geeignet, das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement einer Reha-Einrichtung zu fördern.

Im Strukturierten Qualitätsdialog nimmt der federführende Rentenversicherungsträger seine Beraterrolle wahr. Er unterstützt die Einrichtung mit seinen Erfahrungen über Strukturen und Abläufe anderer Einrichtungen und regt die Prüfung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung an. Zusätzlich wirkt der Rentenversicherungsträger mit Hilfe seiner Steuerungsmöglichkeiten an der erfolgreichen Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen mit.

Im Strukturierten Qualitätsdialog werden der Reha-Einrichtung auch mögliche Konsequenzen für die Einrichtungsauswahl, die weitere Belegung oder für Verhandlungen über die Anpassung der Höhe von Vergütungssätzen aufgezeigt, wenn sich die zukünftigen Ergebniswerte für Qualitätsindikatoren in einem definierten Zeitverlauf nicht in die erwartete Zielrichtung entwickeln oder konkret festgelegte Zielwerte nicht erreicht werden.

Der Strukturierte Qualitätsdialog als Instrument der externen Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung ist ein geeignetes Instrument für eine kontinuierliche Verbesserung der rehabilitativen Versorgung. Die Erfahrungen aus Strukturierten Qualitätsdialogen können auch genutzt werden, um die Qualitätssicherung der Rehabilitation methodisch weiterzuentwickeln und zu verbessern.

4.3 Vorbereitung

Ein Strukturierte Qualitätsdialog mit einer Reha-Einrichtung ist Aufgabe des federführenden Rentenversicherungsträgers. Für Reha-Einrichtungen mit mehreren Fachabteilungen, für die unterschiedliche federführende Rentenversicherungsträger festgelegt sind, soll zwischen den Rentenversicherungsträgern eine Koordination und Abstimmung über die Durchführung eines gemeinsamen Strukturierten Qualitätsdialogs erfolgen, um mehrfache Aufwände für die Beteiligten zu vermeiden.

Nach der Information durch den Grundsatz- und Querschnittsbereich – Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik – der Deutschen Rentenversicherung Bund über ein oder mehrere (absolut oder relativ) auffällige Ergebnisse für Qualitätsindikatoren einer Einrichtung informiert der federführende Rentenversicherungsträger zunächst die mitbelegenden Rentenversicherungsträger über einen beabsichtigten Strukturierten Qualitätsdialog und dessen Anlass. Der federführende Rentenversicherungsträger kann hier bereits seine Sichtweise zu den auffälligen Ergebniswerten oder ein internes Analyseergebnis anbringen. Die mitbelegenden Rentenversicherungsträger (RV-Mitbeleger) haben die Gelegenheit, über trägerintern dokumentierte Qualitätsergebnisse und Erfahrungen der Zusammenarbeit mit der Fachabteilung oder Einrichtung zu berichten.

Auf der Grundlage der verfügbaren Informationen beraten und entscheiden die Fachverantwortlichen beim federführenden Rentenversicherungsträger, ob für einen als auffällig identifizierten Qualitätsindikator einer Fachabteilung ein Strukturierter Qualitätsdialog durchgeführt werden soll. In den Dialog können auch weitere Aspekte aus der internen Qualitätssicherung des federführenden Rentenversicherungsträgers einbezogen werden. Hierfür können frühere Ergebnisse für Qualitätsindikatoren mitbetrachtet werden, um die Entwicklung im Zeitverlauf würdigen zu können. Zusammenhänge zwischen verschiedenen Qualitätsindikatoren können auffällige Ergebnisse erklären. Beispielsweise können Defizite in der personellen Ausstattung einer Berufs- oder Funktionsgruppe aus den routinemäßigen Personalstandsmeldungen einer Fachabteilung ein Anhaltspunkt für Defizite in der therapeutischen Versorgung der Rehabilitanden sein. Mit der erweiterten Sicht auf mehrere Qualitätsindikatoren können auch Auswirkungen auf die Rehabilitation in einer Fachabteilung besser eingeschätzt werden.

Die Reha-Fachabteilung wird über den beabsichtigten Strukturierten Qualitätsdialog und dessen Anlass informiert. Auffällige Ergebnisse für Qualitätsindikatoren werden konkret benannt und ggf. weitere relevante Informationen und Unterlagen bereitgestellt. Die Einrichtung wird aufgefordert zeitnah zu den auffälligen Qualitätsindikatoren Stellung zu nehmen und über initiierte oder beabsichtigte Verbesserungsmaßnahmen zu berichten.

Unter Einbeziehung der Stellungnahme der Reha-Einrichtung beraten die Fachverantwortlichen beim federführenden Rentenversicherungsträger erneut über die als auffällig identifizierten Qualitätsindikatoren. Es kann von einem persönlichen Qualitätsdialog mit der Einrichtung abgesehen werden, wenn Gründe für ein Qualitätsergebnis nachvollziehbar dargelegt und zwischenzeitliche Verbesserungen nachgewiesen oder initiierte Verbesserungsmaßnahmen, die eine positive Entwicklung erwarten lassen, dargestellt wurden. Diese Entscheidung des federführenden Rentenversicherungsträgers ist nachvollziehbar zu dokumentieren; die Einrichtung und die mitbelegenden Rentenversicherungsträger sind schriftlich zu informieren.

Entscheidet sich der federführende Rentenversicherungsträger hingegen für einen persönlichen Qualitätsdialog mit einer Einrichtung, ist die ärztliche und verwaltungsseitige Leitung der Fachabteilung bzw. Einrichtung schriftlich einzuladen. In der Einladung sind die zu erörternden Qualitätsindikatoren konkret zu benennen und ggf. über die mit der Aufforderung zur Stellungnahme übersandten Unterlagen hinaus ergänzende Informationen beizufügen. Die mitbelegenden Rentenversicherungsträger (Mitbeleger) sind über den Strukturierten Qualitätsdialog zu informieren, um eine Teilnahme zu ermöglichen. Eine angemessene Vorlaufzeit soll der Fachabteilung bzw. Einrichtung eine intensive, fachliche Vorbereitung ermöglichen.

Die Entscheidungsmöglichkeit des federführenden Rentenversicherungsträgers, ob ein persönlicher Qualitätsdialog durchgeführt wird, ermöglicht eine angemessene Berücksichtigung von Aktivitäten in der Routinezusammenarbeit mit einer Einrichtung und gewährleistet darüber hinaus das Recht des Rentenversicherungsträgers auf eigenverantwortliche Selbstbestimmung.

4.4 Durchführung

Ein Strukturierter Qualitätsdialog sollte persönlich durchgeführt werden. Ort für den Strukturierten Qualitätsdialog kann die Reha-Einrichtung oder der Sitz des federführenden Rentenversicherungsträgers sein. Die Entscheidung trifft der federführende Rentenversicherungsträger.

Bei erstmaliger Durchführung werden das Instrument und die Ziele des Qualitätsdialogs erläutert. Der Strukturierte Qualitätsdialog wird vom federführenden Rentenversicherungsträger geleitet und in einem partnerschaftlichen, vertrauensvollen und offenen Austausch geführt. Der Fachabteilung werden die auffälligen Qualitätsindikatoren vorgestellt.

Gemeinsam mit den Vertretern der Fachabteilung werden im Qualitätsdialog die Ziele und Meilensteine für einen Verbesserungsprozess festgelegt. Konkret sind Maßnahmen, erwartete Zwischenergebnisse, Fristen und Termine sowie die Instrumente, mit denen der Nachweis einer Verbesserung geführt werden soll, zu benennen. Auch sind aufgezeigte mögliche Konsequenzen für die weitere Zusammenarbeit festzuhalten, wenn sich die zukünftigen Ergebniswerte für Qualitätsindikatoren nicht in die erwartete Zielrichtung entwickeln oder konkret festgelegte Zielwerte nicht erreicht werden. Wird in der Erörterung zu einem Qualitätsindikator einvernehmlich festgestellt, dass ein Ergebnis von einer Einrichtung nicht zu vertreten ist oder von ihr nicht beeinflusst werden kann, wird der Sachverhalt ebenfalls dokumentiert. Der Qualitätsdialog wird von dem federführenden Rentenversicherungsträger dokumentiert. Der Federführer informiert die Mitbeleger über relevante Schritte im Verbesserungsprozess.

Hinsichtlich erwarteter Zwischenergebnisse für auffällige Qualitätsindikatoren aus dem Programm zur Reha-Qualitätssicherung ist zu beachten, dass neue, qualifizierte Ergebnisberichte häufig erst nach einem Jahr oder später vorliegen. Für den Indikator „Peer Review“ sind dies verfahrensbedingt zwei Jahre. Grundsätzlich hat ein Berichtsergebnis für die Bewertung eines Qualitätsindikators einer Einrichtung bis zum Vorliegen eines neuen, aktuellen Berichts aus dem Reha-QS-Programm Gültigkeit. Um dennoch anhand von Zwischenergebnissen die Entwicklung für die Qualitätsindikatoren „KTL“ und „RTS“ und die Eignung von Verbesserungsmaßnahmen beurteilen zu können, sollen auch Daten aus Erhebungen des internen Qualitätsmanagements einer Reha-Einrichtung berücksichtigt werden können. Weiterhin können mit Hilfe von E-Berichten unterjährig Veränderungen im Rehabilitationsprozess und der Ausprägung von Prozessmerkmalen durch den federführenden Rentenversicherungsträger beurteilt werden.

Bei auffälligen Ergebnissen für die Qualitätsindikatoren aus dem Instrument „Rehabilitandenbefragung“ können vom Grundsatz- und Querschnittsbereich – Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik – der Deutschen Rentenversicherung Bund auf Anforderung quartalsweise Auswertungen zur Verfügung gestellt werden. Diese Einzelauswertungen lassen tendenzielle Veränderungen erkennen; sie sind nicht adjustiert und weisen keine Qualitätspunkte aus. Die Daten der externen Rehabilitandenbefragung unterscheiden sich von internen Befragungen der Rehabilitanden durch die Fachabteilung. Dies begründet sich durch unterschiedliche Erhebungszeitpunkte, einen unterschiedlichen Kreis der Befragten und eine fehlende Adjustierung.

Die Reha-Fachabteilung nimmt innerhalb von vier Wochen nach Eingang der Dokumentation über den Strukturierten Qualitätsdialog schriftlich Stellung und informiert über eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen für Qualitätsindikatoren und den dadurch erwarteten Ergebnisverbesserungen. Sie erläutert, mit Hilfe welcher Instrumente die erwarteten Verbesserungen nachgewiesen werden.

Die Reha-Fachabteilung berichtet dem federführenden Rentenversicherungsträger sechs Monate nach Eingang der Dokumentation über den Strukturierten Qualitätsdialog schriftlich über die Wirkung der eingeleiteten einrichtungsinternen Verbesserungsmaßnahmen und stellt Zwischenergebnisse zur Verfügung.

Bei Bedarf kann der federführende Rentenversicherungsträger die Reha-Fachabteilung zu einem weiteren Dialog einladen, wenn z. B. die bereitgestellten Zwischenergebnisse aus den Verbesserungsmaßnahmen erkennen lassen, dass die Maßnahmen für eine Zielerreichung nicht Erfolg versprechend erscheinen.

Die Reha-Fachabteilung stellt dem federführenden Rentenversicherungsträger zum vereinbarten Ende des Qualitätsverbesserungsprozesses die dokumentierten Qualitätsdaten aus den einrichtungsinternen Verbesserungsmaßnahmen zur Verfügung. Der federführende Rentenversicherungsträger überprüft Verbesserungen der Qualität auf der Grundlage von aktuellen Routineberichten aus dem Programm zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung sowie weiteren internen Routinedaten des Rentenversicherungsträgers.

Der federführende Rentenversicherungsträger stellt zum vereinbarten Ende des Qualitätsverbesserungsprozesses die auffälligen Qualitätsergebnisse den neuen Werten gegenüber und prüft in einem Soll-Ist-Abgleich das Erreichen der festgelegten Zielwerte und eine Abweichung. Bei Bedarf kann der federführende Rentenversicherungsträger die am Strukturierten Qualitätsdialog Beteiligten zu einem Abschluss-Qualitätsdialog einladen.

4.5 Abschluss und Dokumentation

Der Strukturierte Qualitätsdialog mit Qualitätsverbesserungsprozess für eine Reha-Einrichtung endet mit der Entscheidung über den Abschluss durch den federführenden Rentenversicherungsträger. Dieser Abschluss wird in jedem Fall schriftlich dokumentiert und die Mitbeleger hierüber informiert. Ob zusätzlich ein persönliches Abschlussgespräch geführt wird, entscheidet der federführende Rentenversicherungsträger. Die Beteiligten werden von diesem informiert, Mitbelegern ist eine Teilnahme zu ermöglichen.

Für die schriftliche Dokumentation des Strukturierten Qualitätsdialogs mit Qualitätsverbesserungsprozess stellt der Grundsatz- und Querschnittsbereich – Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik – der Deutschen Rentenversicherung Bund eine einheitliche elektronische Dokumentvorlage zur Verfügung. Eine gemeinsame Ablagedokumentation gewährleistet den Zugang zu den Informationen eines Qualitätsdialogs sowie die Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Verfahrens.

Im Dokumentationsbogen werden alle relevanten Daten, Begründungen und Entscheidungen durch den federführenden Rentenversicherungsträger festgehalten. Ein Muster des Dokumentationsbogens ist dem Anhang 3 beigelegt.

Ein standardisierter Dokumentationsbogen ermöglicht ein zentrales, regelmäßiges Reporting in der Rentenversicherung über das Instrument „Strukturierter Qualitätsdialog“ und den Nachweis der Veränderung von primär auffälligen Qualitätsindikatoren.

Im Bogen sollen dokumentiert werden:

1. auffällige Qualitätsindikatoren
2. Gründe und Ursachen für Qualitätsdefizite
3. Sichtweisen/Positionen der Beteiligten
4. vereinbarte Maßnahmen zur Verbesserung von Ergebnissen für Qualitätsindikatoren
5. erwartete Ergebnisse/Zielwerte für Qualitätsverbesserungen
6. Termine für Zwischenergebnisse und Abschlussergebnisse
7. Art und Form für den Nachweis einer Qualitätsverbesserung
8. Überprüfung anhand aktueller Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren
9. Konsequenzen

5 Besonderheiten für die Datenbasis und Kontrolldaten

Für neu zugelassene Einrichtungen stehen erste, routinemäßige Ergebnisberichte aus dem Programm zur Reha-Qualitätssicherung für rentenversicherungseinheitliche Qualitätsindikatoren in der Regel nicht sofort zur Verfügung. In diesen Fällen soll der federführende Rentenversicherungsträger für eine Beurteilung der Entwicklung der verschiedenen Qualitätsdimensionen der Rehabilitation – zwischen neun und zwölf Monaten nach Aufnahme der Belegung – hilfsweise ergänzende Qualitätsindikatoren heranziehen können. Hierfür stehen beispielsweise ärztliche Entlassungsberichte (E-Berichte), Daten über die durchschnittliche Laufzeit bis zur Übersendung der E-Berichte an den Rentenversicherungsträger, Visitationen, Beschwerden, Konzeptkontrollen etc. zur Verfügung.

Speziell bei kleinen medizinischen Einrichtungen sowie bei Fachabteilungen für seltene Indikationen kann es vorkommen, dass nicht für alle festgelegten Qualitätsindikatoren Ergebnisse zur Verfügung stehen. Die Deutsche Rentenversicherung hat aus diesem Grunde das erforderliche Quorum für die Berichtsinstrumente der Qualitätsindikatoren „KTL“ und „RTS“ auf 25 erforderliche Fälle (E-Berichte) gesenkt. Um speziell für kleine Suchteinrichtungen den Anteil mit Qualitätsberichten zu erhöhen, sollen bis zu 10 Fragebögen pro belegendem Rentenversicherungsträger gezogen werden.

6 Bedeutung der einheitlichen Fachabteilungsschlüssel

In den Instrumenten des Programms zur Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung werden für die rentenversicherungsweit einheitlichen Reha-Qualitätsindikatoren routinemäßig vergleichende Qualitätsanalysen auf der Basis indikationsbezogener Vergleichsgruppen durchgeführt. Als Zuordnungsmerkmal zu einer Vergleichsgruppe wird der Fachabteilungsschlüssel verwendet.

Der Fachabteilungsschlüssel klassifiziert die medizinische Gebiets- oder Teilgebietsbezeichnung einer Reha-Abteilung und gewährleistet zusammen mit dem Institutskennzeichen die konkrete fachabteilungsbezogene Zuordnung. Dem Fachabteilungsschlüssel liegt der Fachgebietsschlüssel der Bundespflegesatzverordnung zu Grunde, der um Reha-relevante Abteilungsschlüssel erweitert wurde.

Der vierstellige Fachabteilungsschlüssel wird vom federführenden Rentenversicherungsträger mit der Reha-Fachabteilung vereinbart und an den Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund mitgeteilt. Die für eine Reha-Fachabteilung vergebenen Fachabteilungsschlüssel werden zentral in der Reha-Einrichtungsdatenbank (QS-REDA) erfasst. Daraus wird die Reha-QS-Berichterstattungs-Dokumentation (REBDA) erstellt und in der aktuellen Version den Rentenversicherungsträgern mit jeder Reha-QS-Berichterstattung übersandt.

Für die korrekte Zuordnung zu den Vergleichsgruppen ist eine einheitliche und ausschließliche Verwendung des für eine Fachabteilung vom Federführer vergebenen Fachabteilungsschlüssels zwingend. Dieser Fachabteilungsschlüssel wird bei jeder Bewilligung an die Reha-Einrichtung übermittelt und muss bei der Fertigung des ärztlichen Entlassungsberichts durch die Reha-Einrichtung übernommen werden. Mitbeleger sind gehalten, den vom Federführer vorgegebenen Fachabteilungsschlüssel aus der REBDA zu übernehmen. Dem Federführer wird empfohlen, den Fachabteilungsschlüssel regelhaft im einrichtungsbezogenen Schriftverkehr anzugeben (z. B. Vergütungssatzanpassungen). Sollte der Reha-Einrichtung eine unterschiedliche Verwendung von Fachabteilungsschlüsseln auffallen, wird empfohlen dies dem Federführer und dem Mitbeleger mitzuteilen.

7 Nutzung weiterer Qualitätsindikatoren

In der Praxis der Zusammenarbeit von Reha-Fachabteilungen und federführendem Rentenversicherungsträger können die RV-einheitlichen Qualitätsindikatoren durch weitere Qualitätsindikatoren ergänzt werden, die für eine qualitativ hochwertige rehabilitative Versorgung von Bedeutung sind. Mit der Reihenfolge der Aufzählung ist keine Wertung verbunden.

- Visitationen
- Strukturqualität (inkl. Personal)
- Sozialmedizinischer Verlauf
- Beschwerden von Rehabilitanden
- Laufzeit der Reha-Entlassungsberichte
- Zeitdauer bis zum Reha-Antritt
- Therapeutische Konzepte
- AHB-Verlegungszeit
- Verweildauer
- Reha-Forschungsaktivitäten der Reha-Einrichtungen
- Fortbildungsquote (externe und interne Fortbildungen für Mitarbeiter)
- Team- und Mitarbeiterorientierung in der Einrichtung
- Innovationen
- Qualität der Zusammenarbeit mit der Einrichtung

Auffälligkeiten in diesen Kategorien können Anlass sein, einen Strukturierten Qualitätsdialog auszulösen. Sie können auch unterstützend in einen bestehenden Strukturierten Qualitätsdialog einfließen. Die Entscheidung obliegt dem federführenden Rentenversicherungsträger.

8 Literatur

Fachverband Sucht e.V. (2016) (Hrsg.) FVS-Nachrichten: Reha-Bewertungssystem der DRV: Gewichtung der Qualitätsindikatoren und grundsätzliche Anforderungen aus Sicht der Verbände der Leistungserbringer. Sucht aktuell, Jg. 23, H1/2016, S. 97.

Kleineke V, Stamer M, Zeisberger M, Brandes B, Meyer T (2015) Interdisziplinäre Zusammenarbeit als ein Merkmal erfolgreicher Rehabilitations-einrichtungen – Ergebnisse aus dem MeeR-Projekt1. Die Rehabilitation, Jg. 54, S. 266–272.

Röhrig B, Salzwedel A, Linck-Eleftheriadis S, Völler H, Nosper M (2015) Outcome-basierte Einrichtungsvergleiche in der stationären kardiologischen Rehabilitation – Ergebnisse aus dem Projekt EVA-Reha® Kardiologie. Die Rehabilitation, Jg. 54, S. 45–52.

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2014): Handbuch zur Reha-bilitandenbefragung – Befragung nach medizinischer Rehabilitation – Broschüre.

Beckmann U, Zander J, Klosterhuis H (2014): Aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – am Beispiel der orthopädischen und kardiologischen Rehabilitation. In: Eiff W v, Greitemann B, Karoff M (Hrsg.): Rehabilitationsmanagement. Klinische und ökonomische Erfolgsfaktoren. 1. Auflage, Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer, S. 266–285.

Neuderth S, Saupe-Heide M, Brückner U, Gross B, Wenderoth N, Vogel H (2012) Wissenschaftliche Begleitung der Weiterentwicklung des Visitationsverfahrens für Reha-Kliniken der Deutschen Rentenversicherung Bund – Das Projekt „Visit II“. Die Rehabilitation, Jg. 51, S. 171–180.

Widera T, Beckmann U (2011): Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der medizinischen Rehabilitation. In: Leitfaden Medizinische Rehabilitation, Elsevier, München: Urban & Fischer Verlag, 1. Auflage, S. 37–45.

Klosterhuis H (2010): Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme. RVaktuell, Jg. 57, H.8, S. 260–268.

Klosterhuis H, Baumgarten E, Beckmann U, Erbstößer S, Lindow B, Naumann B, Widera T, Zander J (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. Die Rehabilitation, Jg. 49, Nr. 6, S. 356–367.

Beckmann U, Klosterhuis H, Lindow B (2008): Bewertungskonzept für medizinische Reha-Einrichtungen In: Deutsche Rentenversicherung Bund, Hrsg. Tagungsband, „Evidenzbasierte Rehabilitation – zwischen Standardisierung und Individualisierung“, 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 3. bis 5. März 2008 in Bremen. DRV-Schriften als Band 77: S. 146–148.

Klosterhuis H (2008): Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, Jg. 20, No. 4/2008, S. 184–192.

9 Anhang 1: RV-einheitliche Qualitätsindikatoren

9.1 Rehabilitandenbefragung

Die Qualitätspunkte einer Reha-Fachabteilung werden in der Bericht-erstattung nur dann vergleichend dargestellt, wenn mindestens 25 Reha-bilitanden der Fachabteilung eine Aussage jeweils zu mehr als der Hälfte der Bereiche getroffen haben. Macht ein Rehabilitand keine Angaben zu dem jeweiligen Bereich, reduziert sich die Anzahl der Bereiche, die in die Gesamtbewertung einbezogen werden.

Die Rehabilitandenzusammensetzung kann das Ausmaß der Zufriedenheit und des subjektiven Behandlungserfolgs beeinflussen. Um die Auswirkungen zu berücksichtigen, wird zunächst geprüft, welche rehabilitandenbezo-genen Merkmale einen Einfluss auf die Ergebnisse der Rehabilitandenbefra-gung haben. Diese Merkmale werden dann zur Adjustierung herangezogen, um faire Einrichtungsvergleiche sicherzustellen. Die Adjustierung wird nach dem Verfahren der Regressionsanalyse – getrennt für jede Indikation – vor-genommen. Auf Grundlage der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe ergibt sich aus der Adjustierung ein erwarteter Wert der Fachabteilung. Der Unterschied zwischen Vergleichsgruppenmittelwert und dem erwarteten Wert einer Fachabteilung ist also auf die spezifische Rehabilitandenstruk-tur (z.B. mehr Rehabilitanden, die zur Rehabilitation aufgefordert wurden) der Abteilung zurückzuführen. Es erfolgt nun ein Abgleich von tatsächlich beobachteten und – unter Berücksichtigung der Adjustierungsvariablen – erwarteten Werten. Ist das beobachtete Rehabilitandenurteil besser als das Merkmalsprofil der Rehabilitanden erwarten lässt, wird die Differenz der beiden Werte zum Durchschnittswert der Vergleichsgruppe addiert. Analog erfolgt ein Abzug, wenn das beobachtete Rehabilitandenurteil schlechter ausfällt als zu erwarten wäre. Diese „korrigierten“ Werte werden in der Ergebnisdarstellung aufgeführt.

Um bei den Vergleichen zwischen einrichtungsbezogenen Werten und den Werten der Vergleichsgruppe zufällige und nicht zufällige Abweichungen unterscheiden zu können, wird für die Qualitätsindikatoren „Behandlungs-zufriedenheit“ und „subjektiver Behandlungserfolg“ der Rehabilitanden-befragung die statistische Sicherheit eines Unterschieds mittels Mann-Whitney-U-Tests auf dem 95 %-Niveau bestimmt.

9.1.1 Behandlungszufriedenheit – Rehabilitandenbefragung

Für die Behandlungszufriedenheit erfolgt die Berechnung der Werte reha-bilitandenbezogen auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (schlecht) jeweils für alle Bewertungsbereiche. Die Umrechnung in Qualitätspunkte erfolgt entsprechend der Formel „(5 – Zufriedenheitswert) * 25“. Nur wenn alle Rehabilitanden in der Rehabilitandenbefragung mit allen Aspekten der rehabilitativen Versorgung sehr zufrieden sind (1, sehr gut), werden für die Behandlungszufriedenheit 100 Qualitätspunkte errechnet. Sowohl für die somatischen Indikationen wie auch im Bereich Psychosomatik/Sucht wird ein Gesamtzufriedenheitsindex gebildet.

Basis sind die Befragungsbereiche zur Zufriedenheit der Rehabilitanden mit

- der ärztlichen Betreuung
- der psychologischen (Somatik) bzw. der psychotherapeutischen Betreuung (Psych./Sucht)
- der pflegerischen Betreuung (stationär)
- der fachtherapeutischen Betreuung (ganztägig ambulant)
- der Gesundheitsbildung und dem -training
- den durchgeführten Behandlungen

- den in Anspruch genommenen Beratungen
- der Abstimmung über Reha-Plan und -Ziele
- den Einrichtungsangeboten
- der Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha
- den Verhaltensempfehlungen (Alltag, Beruf) (stationär)
- der Einführung in den Reha-Ablauf und dem Therapie-Ablauf (ganztägig ambulant)
- den Rahmenbedingungen der Reha (ganztägig ambulant)
- der Reha insgesamt

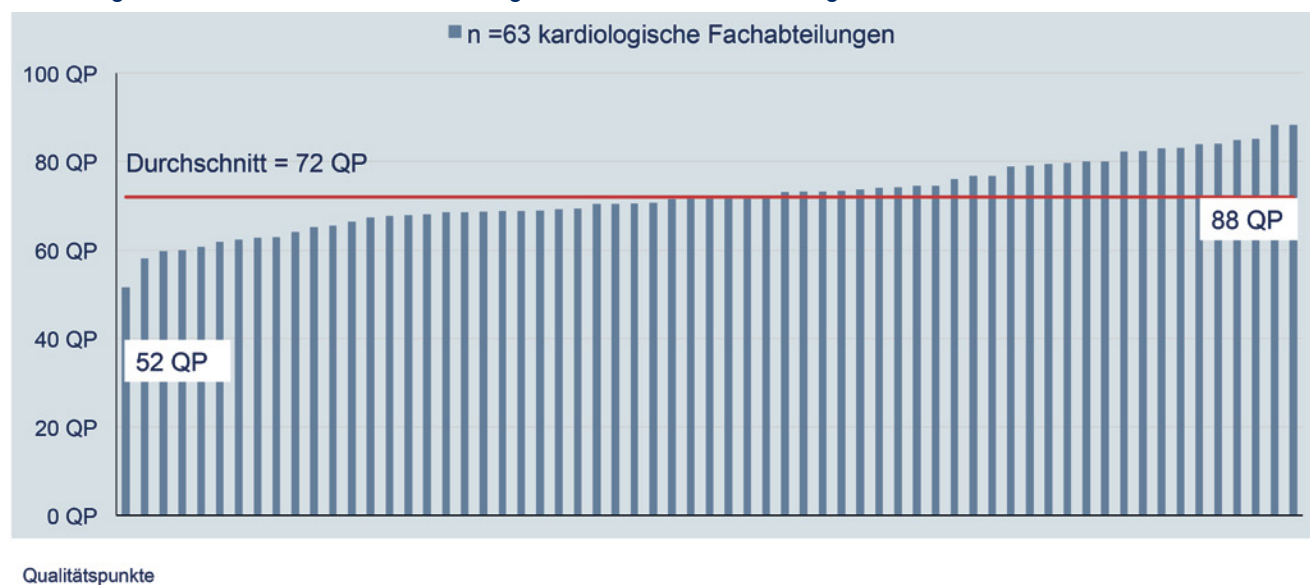
Zur Berechnung der Qualitätspunkte wird hier exemplarisch für einige Werte der 5-stufigen Skala der Rehabilitandenzufriedenheit dargestellt, welchen Werten diese auf der Qualitätspunkteskala von 0 bis 100 entsprechen.

Tabelle 1: Umrechnung der 5-stufigen Zufriedenheitsskala in Qualitätspunkte														
Zufriedenheitswert	1	1,1	1,2	1,3	1,4	...	2	2,1	2,2	...	4,7	4,8	4,9	5
Qualitätspunkte	100	97,5	95	92,5	90	...	75	72,5	70	...	7,5	5	2,5	0

Das Gesamturteil eines Rehabilitanden ergibt sich aus dem arithmetischen Mittelwert der Zufriedenheitswerte.

Die Ergebnisdarstellung in Qualitätspunkten von 63 kardiologischen Fachabteilungen bezogen auf den Indikator Behandlungszufriedenheit ist beispielhaft in Abbildung 2 dargestellt. Die niedrigste Zahl an Qualitätspunkten betrug 52 Qualitätspunkte und die höchste 88, im Mittel wurden 72 Qualitätspunkte erreicht. Auch in den anderen Indikationen findet sich eine ähnliche Heterogenität.

Abbildung 2: Qualitätsindikator „Behandlungszufriedenheit“ – Kardiologie



9.1.2 Subjektiver Behandlungserfolg – Rehabilitandenbefragung

Der subjektive Behandlungserfolg erreicht dann sein Optimum, wenn alle Rehabilitanden in der routinemäßigen Befragung der Reha-Qualitätssicherung sämtliche auf sie zutreffenden, gesundheitlichen Probleme als durch die Reha-Maßnahme „gebessert“ ansehen. Folgende Bereiche werden einbezogen:

Verbesserung ...

- des allgemeinen Gesundheitszustandes
- der psychosomatischen Beschwerden
- der körperlichen Beschwerden – (Somatik)
- der Leistungsfähigkeit (Beruf, Freizeit, Alltag)
- des gesundheitsförderlichen Verhaltens
- der kurzfristigen Abstinenz (Sucht)
- der voraussichtlichen langfristigen Abstinenz (Sucht)
- des Reha-Erfolgs insgesamt

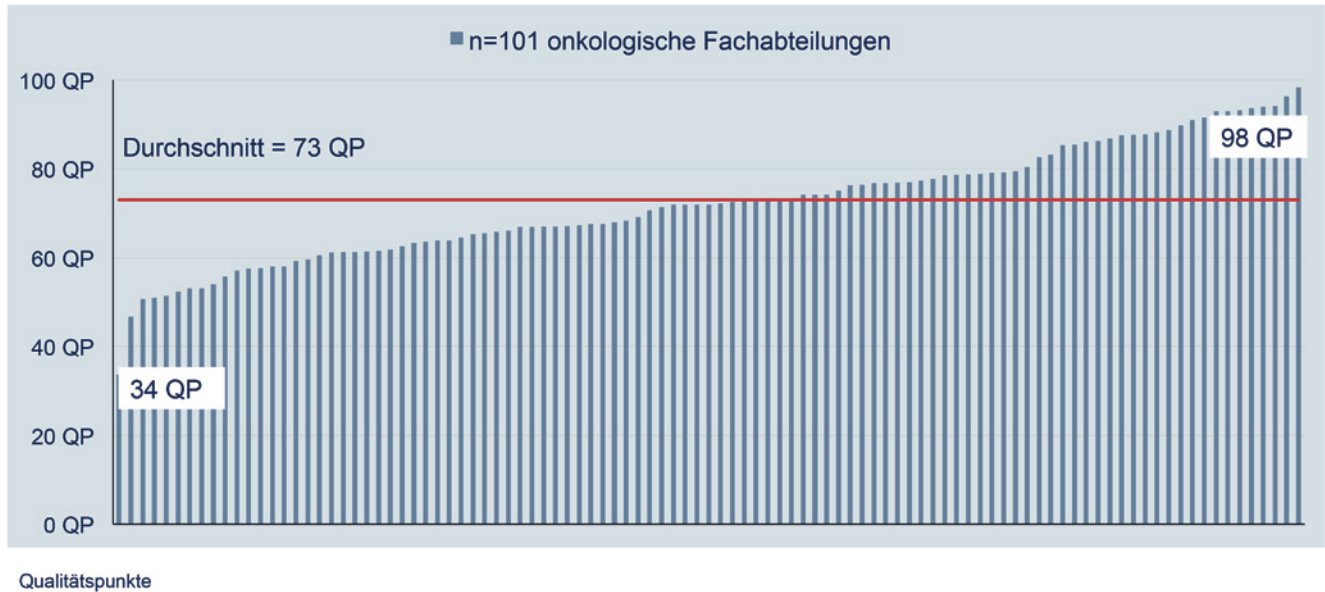
Die Berechnung der Erfolgsbewertung erfolgt ebenfalls rehabilitandenbezogen. Macht ein Rehabilitand keine Angaben zu dem jeweiligen Bereich, reduziert sich die Anzahl der Bereiche, die in die Gesamtbewertung einbezogen werden. Der Qualitätsindikator „Subjektiver Behandlungserfolg“ wird aus den Anteilen der Rehabilitanden, die eine Besserung in den oben genannten Bereichen angeben, gemittelt. Die Umrechnung des Anteils „Verbesserung“ (Angabe in Prozent) in die Qualitätspunkteskala von 0 bis 100 erfolgt entsprechend des folgenden Beispiels:

Tabelle 2: Umrechnung der Angabe „Verbesserung“ (in Prozent) in Qualitätspunkte										
Rehabilitandenurteil zur Besserung der ...	100 %	97 %	90 %	...	75 %	70 %	...	5 %	2 %	0 %
Qualitätspunkte	100	97	90	...	75	70	...	5	2	0

Die Abbildung 3 zeigt die in Qualitätspunkten dargestellten Ergebnisse bezüglich des Indikators „Subjektiver Behandlungserfolg“. In 101 stationären onkologischen Fachabteilungen wurden durchschnittlich 73 Qualitätspunkte erreicht.

Die Varianz zwischen den einrichtungsbezogenen Ergebnissen war jedoch sehr groß: Die höchste Bewertung einer Reha-Einrichtung lag bei 98 Qualitätspunkten, die niedrigste bei nur 34.

Abbildung 3: Qualitätsindikator „subjektiver Behandlungserfolg“ – Onkologie



9.2 Peer Review

Im Peer Review ist die Prozessqualität dann optimal, wenn alle im Verfahren beurteilten Reha-Entlassungsberichte keinerlei Mängel aufweisen und mit den maximalen Punkten bewertet werden. Einbezogen werden die Mängelkategorien sowie die Bewertungspunkte der sechs Bereiche der Checkliste:

- Anamnese
- Diagnostik
- Reha-Ziele, Reha-Verlauf und Reha-Ergebnis
- Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise
- Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge
- Gesamter Reha-Prozess

Die Berechnung des Peer Review erfolgt einzelfallbezogen auf der Basis der individuellen Reha-Entlassungsberichte und Therapiepläne. Bewertet ein Peer einen Bereich nicht, z. B. wegen fehlender Therapiepläne, so reduziert sich die Anzahl der Bereiche, die in die Gesamtbewertung einbezogen werden. Im Peer Review wird ein Gesamtmittelwert aller Beurteilungsskalen (Mängelkategorien und Bewertungspunkte) der Checkliste gebildet. Hierzu werden zunächst die Werte der 4-stufigen Skala der Mängelkategorien den Qualitätspunkten zugeordnet.

Tabelle 3: Umrechnung der 4-stufigen Mängelkategorien in Qualitätspunkte

Mängelkategorien	Kein Mangel	Leichter Mangel	Deutlicher Mangel	Gravierender Mangel
Qualitätspunkte	100	67	34	0

Die Umrechnung der 11-stufigen Bewertungspunkteskala in die Qualitätspunkteskala von 0 bis 100 erfolgt entsprechend der nachfolgenden Tabelle.

Tabelle 4: Umrechnung der 11-stufigen Bewertungsskala in Qualitätspunkte											
Bewertungspunkte	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
Qualitätspunkte	100	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0

Zur Bildung des Gesamtqualitätspunktwertes werden die Punkte beider Bewertungen aller Bereiche gemittelt, wie die folgende Abbildung 4 verdeutlichen soll.

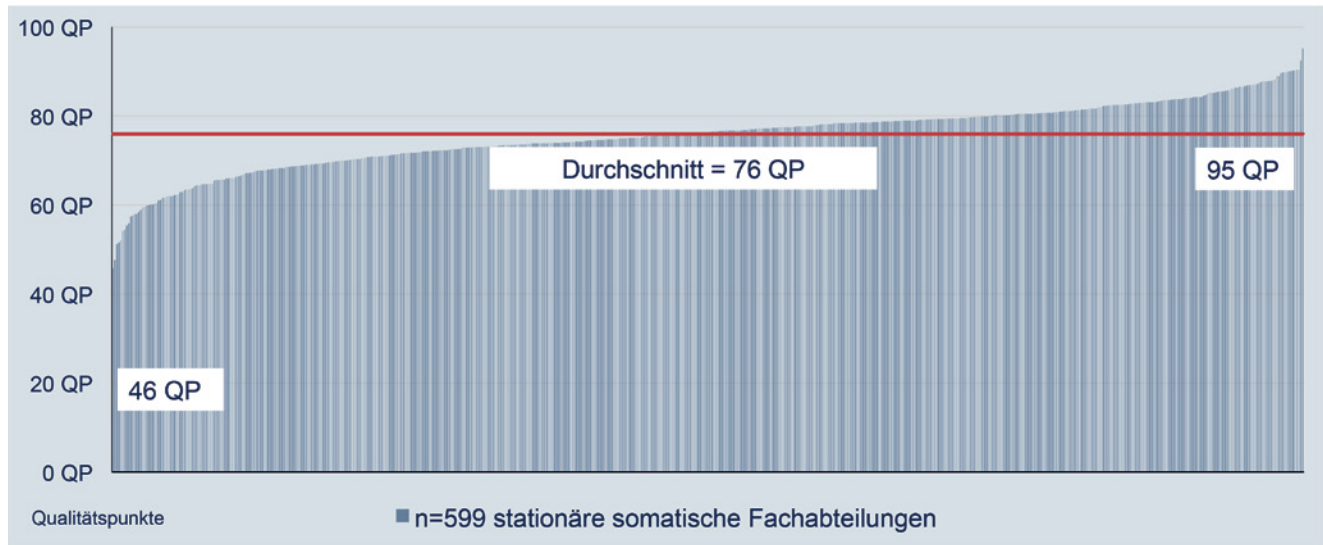
Abbildung 4: Qualitätsindikator „Peer Review“ – Somatik



Die Qualitätspunkte einer Reha-Fachabteilung werden nur dann vergleichend dargestellt, wenn mindestens 10 Fälle dieser Fachabteilung eine Bewertung jeweils zu mehr als der Hälfte der Bereiche enthielten. Eine Adjustierung erfolgt hier nicht, da einerseits der Peer bei der qualitativen Bewertung des individuellen Reha-Prozesses bereits die personenbezogenen und sozialmedizinisch relevanten Merkmale (wie z. B. Alter, Rentenanstrenger, Komorbidität, Anschlussrehabilitation) berücksichtigt. Andererseits wird bei jedem Peer Review-Verfahren die Interrater-Reliabilität geprüft.

Die Abbildung 5 zeigt beispielhaft die Ergebnisse bezüglich des Qualitätsindicators „Peer Review“. In 599 stationären somatischen Fachabteilungen wurden Rehabilitationsfälle anhand der Dokumentation in den Reha-Entlassungsberichten bewertet und fachabteilungsbezogen rückgemeldet. Die höchste Bewertung einer stationären Reha-Fachabteilung lag bei 95 von 100 möglichen Qualitätspunkten, die niedrigste bei nur 46. Durchschnittlich wurden 76 Qualitätspunkte erreicht.

Abbildung 5: Qualitätsindikator „Peer Review“ – Somatik



9.3 Klassifikation therapeutischer Leistungen – KTL

Die Qualität der therapeutischen Versorgung einer Reha-Fachabteilung wird im Bericht zur Reha-Qualitätssicherung „Therapeutische Versorgung – KTL Dokumentation“ dargestellt. Die von einer Reha-Fachabteilung erbrachten und nach der KTL dokumentierten therapeutischen Leistungen werden differenziert aufgeführt und denen einer Gruppe vergleichbarer Fachabteilungen gegenüber gestellt. KTL-Kennzahlen, die einen orientierenden Rahmen der Leistungserbringung bezogen auf die Therapiedichte (Leistungsdauer und -menge) und die multimodulare Leistungserbringung (Leistungsverteilung) vorgeben, sind einerseits zur Bewertung der therapeutischen Versorgung unabdingbar.

Andererseits sollen sie Anreize bieten, gravierende Einrichtungsunterschiede, die sich nicht durch unterschiedliche Therapiekonzepte, Rehabilitandenstrukturen oder Dokumentationsgewohnheiten begründen lassen, zu verringern. Zur Bewertung der therapeutischen Versorgung wurden unter Berücksichtigung langjähriger empirisch ermittelter Ergebnisse indikationsspezifische „Zielkorridore“ entwickelt. Die therapeutische Versorgung wird dann als optimal angesehen, wenn die drei KTL-Teilkennzahlen

- Leistungsmenge (Leistungen pro Woche)
- Leistungsdauer (Stunden pro Woche)
- Leistungsverteilung (verwendete KTL-Kapitel)

bei allen Rehabilitanden im indikationsbezogen vorgegebenen Zielkorridor liegen. Eine Berechnung erfolgt, wenn aus einer Reha-Fachabteilung mindestens 25 Reha-Entlassungsberichte mit mindestens einem gültigen KTL-Code sowie einer Mindestaufenthaltsdauer von sieben Tagen vorliegen. Für jeden Rehabilitanden werden die Punktwerte der drei Teilkennzahlen (QP1, QP2, QP3) berechnet. Die Summe der Teilkennzahlen wird durch drei dividiert und anschließend als Gesamt-Qualitätspunktwert ausgewiesen entsprechend der Formel „ $QP = (QP1 + QP2 + QP3) / 3$ “. Die Tabellen 5 bis 7 zeigen die Umrechnungen der durchgeführten therapeutischen Leistungen zu Qualitätspunkten. Die hierin aufgeführten Zielkorridore wurden für die Ausgabe 2007 der KTL bestimmt. Für die seit dem 1.1.2016 gültige Ausgabe 2015 wird eine Überarbeitung der Korridore erfolgen.

Tabelle 5: KTL-Teilkennzahl Leistungsmenge – indikationsspezifische Zielkorridore

Fachabteilungen (RE)	0 Punkte	10 Punkte	30 Punkte	50 Punkte	100 Punkte Ziel- korridor Beginn	100 Punkte Ziel- korridor Ende	75 Punkte	30 Punkte	10 Punkte	0 Punkte
Orthopädische RE	< 10	10–15,3	15,3–20,7	20,7–26	26	48	48–65,0	65,0–82,0	82,0–99	> 99
Kardiologische RE	< 10	10–15,3	15,3–20,7	20,7–26	26	45	45–63,0	63,0–81,0	81,0–99	> 99
Internistische RE	< 10	10–14,3	14,3–18,7	18,7–23	23	48	48–65,0	65,0–82,0	82,0–99	> 99
Onkologische RE	< 10	10–14,7	14,7–19,3	19,3–24	24	46	46–63,7	63,7–81,3	81,3–99	> 99
Gastro- enterologische RE	< 10	10–16,3	16,3–22,7	22,7–29	29	47	47–64,3	64,3–81,7	81,7–99	> 99
Neurologische RE	< 10	10–14,3	14,3–18,7	18,7–23	23	39	39–59,0	59,0–79,0	79,0–99	> 99
Pneumologische und dermatologische RE	< 10	10–16,7	16,7–23,3	23,3–30	30	56	56–70,3	70,3–84,7	84,7–99	> 99
Psychosomatische/ psychotherapeutische RE	< 10	10–14,0	14,0–18,0	18,0–22	22	35	35–56,3	56,3–77,7	77,7–99	> 99
RE für Entwöhnungs- behandlungen	< 10	10–11,7	11,7–13,3	13,3–15	15	30	30–53,0	53,0–76,0	76,0–99	> 99
RE für Kinder und Jugendliche	< 10	10–16,0	16,0–22,0	22,0–28	28	70	70–79,7	79,7–89,3	89,3–99	> 99

Qualitätspunkte zwischen 10 und 99 Leistungseinheiten, vereinfacht dargestellt

Tabelle 6: KTL-Teilkennzahl Leistungsdauer – indikationsspezifische Zielkorridore

Fachabteilungen (RE)	0 Punkte	10 Punkte	30 Punkte	50 Punkte	100 Punkte Ziel- korridor Beginn	100 Punkte Ziel- korridor Ende	75 Punkte	30 Punkte	10 Punkte	0 Punkte
Orthopädische RE	< 4	4–7,3	7,3–10,7	10,7–14	14	28	28–34,7	34,7–41,3	41,3–48	> 48
Kardiologische RE	< 4	4–7,0	7,0–10,0	10,0–13	13	25	25–32,7	32,7–40,3	40,3–48	> 48
Internistische RE	< 4	4–7,0	7,0–10,0	10,0–13	13	32	32–37,3	37,3–42,7	42,7–48	> 48
Onkologische RE	< 4	4–6,7	6,7–9,3	9,3–12	12	27	27–34,0	34,0–41,0	41,0–48	> 48
Gastro- enterologische RE	< 4	4–7,0	7,0–10,0	10,0–13	13	32	32–37,3	37,3–42,7	42,7–48	> 48
Neurologische RE	< 4	4–7,0	7,0–10,0	10,0–13	13	23	23–31,3	31,3–39,7	39,7–48	> 48
Pneumologische und dermatologische RE	< 4	4–7,7	7,7–11,3	11,3–15	15	40	40–42,7	42,7–45,3	45,3–48	> 48
Psychosomatische/ psychotherapeutische RE	< 4	4–7,7	7,7–11,3	11,3–15	15	30	30–36,0	36,0–42,0	42,0–48	> 48
RE für Entwöhnungs- behandlungen	< 4	4–8,3	8,3–12,7	12,7–17	17	31	31–36,7	36,7–42,3	42,3–48	> 48
RE für Kinder und Jugendliche	< 4	4–7,3	7,3–10,7	10,7–14	14	45	45–46,0	46,0–47,0	47,0–48	> 48

Qualitätspunkte zwischen 4 und 48 Stunden pro Woche, vereinfacht dargestellt

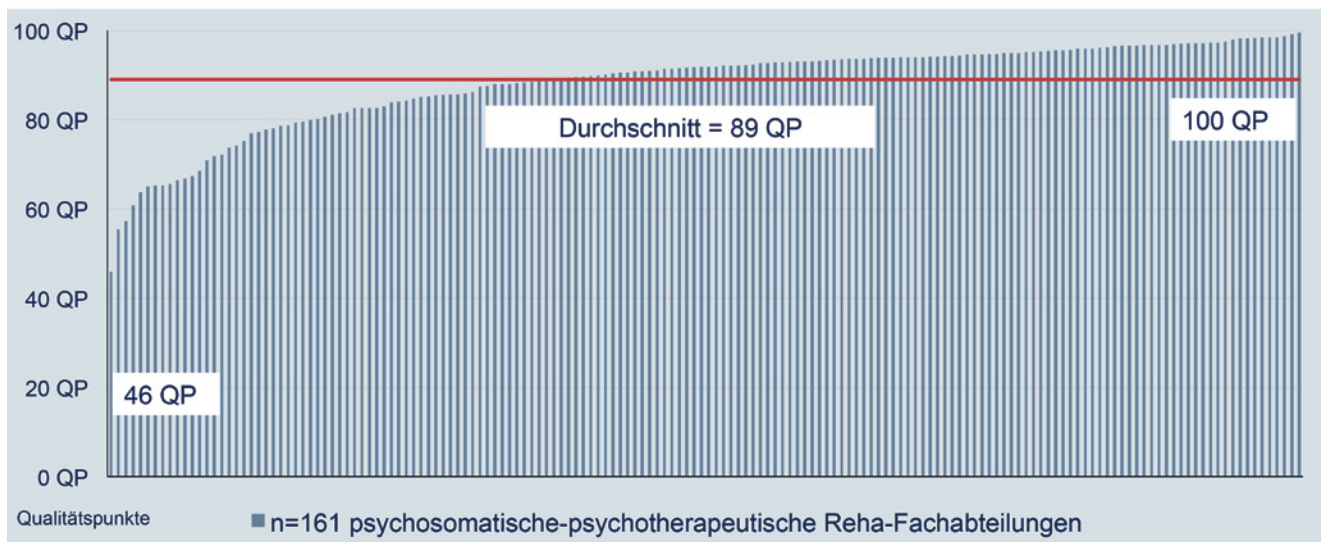
Tabelle 7: KTL-Teilkennzahl Leistungsverteilung – indikationsspezifische Zielkorridore

Fachabteilungen (RE)	0 Punkte	10 Punkte	30 Punkte	50 Punkte	100 Punkte Zielkorridor Beginn
Orthopädische RE	1	2	3–4	5–6	7–11
Kardiologische RE	1	2	3–4	5–6	7–11
Internistische RE	1	2	3–4	5–6	7–11
Onkologische RE	1	2	3–4	5–6	7–11
Gastroenterologische RE	1	2	3–4	5–6	7–11
Neurologische RE	1	2	3–4	5–6	7–11
Pneumologische und dermatologische RE	1	2	3–4	6–7	7–11
Psychosomatische/ psychotherapeutische RE	1	2–3	4–5	6–7	8–11
RE für Entwöhnungsbehandlungen	1	2–3	4–5	5–6	8–11
RE für Kinder und Jugendliche	1	2	3–4	5–6	7–11

Qualitätspunkte für 2 bis 11 Kapitel-Nennungen

In der Abbildung 6 werden beispielhaft die Ergebnisse bezüglich des Qualitätsindikators „Therapeutische Versorgung“ dargestellt. Die niedrigste Punktzahl liegt bei 46 Qualitätspunkten und die höchste bei 100 von 100 möglichen Qualitätspunkten, im Mittel wurden 89 Qualitätspunkte erreicht.

Abbildung 6: Qualitätsindikator „Therapeutische Versorgung“ – Psychosomatik



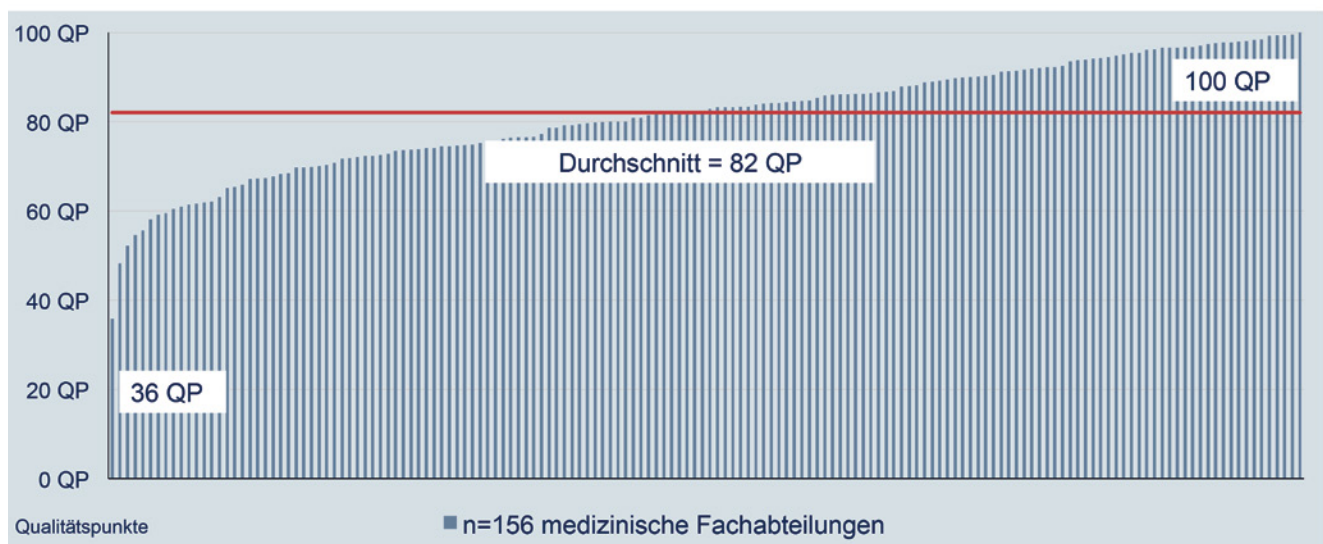
9.4 Reha-Therapiestandards – RTS

Mit der Bewertung der Ergebnisse der RTS steht ein weiterer Qualitätsparameter zur therapeutischen Versorgung zur Verfügung. In Abgrenzung zu der KTL-Bewertung werden bei der überwiegenden Zahl der Therapiestandards nur die Rehabilitanden in die Auswertung einbezogen, bei denen die erste Diagnose auf Blatt 1 (ICD 10-GM) des Reha-Entlassungsberichts im Geltungsbereich der Therapiestandards liegt. Bei einigen Therapie-

standards werden aufgrund des konditionalen Zusammenhangs die ersten beiden Diagnosen sowie die Verfahrensart AHB berücksichtigt. Ansonsten sind ebenfalls Mindestfallzahlen und Mindestaufenthaltsdauern für die einzelnen Therapiestandards festgelegt. Weitere Voraussetzungen wie z. B. Altersgrenzen bei den Therapiestandards für die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen sind im Einzelnen in den Publikationen aufgeführt. Gleichzeitig muss bei der Bewertung darauf geachtet werden, dass das Ziel, eine evidenzorientierte Therapie zu fördern, unterstützt wird. Wie bei der KTL-Bewertung erfolgt die Berechnung zunächst einzelfallbezogen. Für jeden Rehabilitanden, der in die Berechnung eingeht, wird für jedes evidenzbasierte Therapiemodul (ETM) der Therapiestandards berechnet, in welchem Umfang die festgelegten Mindestanforderungen erfüllt wurden. Dabei werden alle definierten Bedingungen (Dauer und Frequenz) berücksichtigt. Bei jedem ETM werden für die Anzahl von Rehabilitanden Punkte vergeben, die sich aus der Gesamtzahl der Rehabilitanden im Geltungsbereich und dem im ETM festgelegten Mindestanteil ergibt. Sind aus einer Reha-Fachabteilung beispielsweise insgesamt 100 Rehabilitanden im Geltungsbereich und der Mindestanteil für das ETM ist mit 40 % festgelegt, gehen maximal 40 Rehabilitanden in die Auswertung ein, unabhängig davon, wie viele der 100 die Mindestanforderungen tatsächlich erfüllt haben.

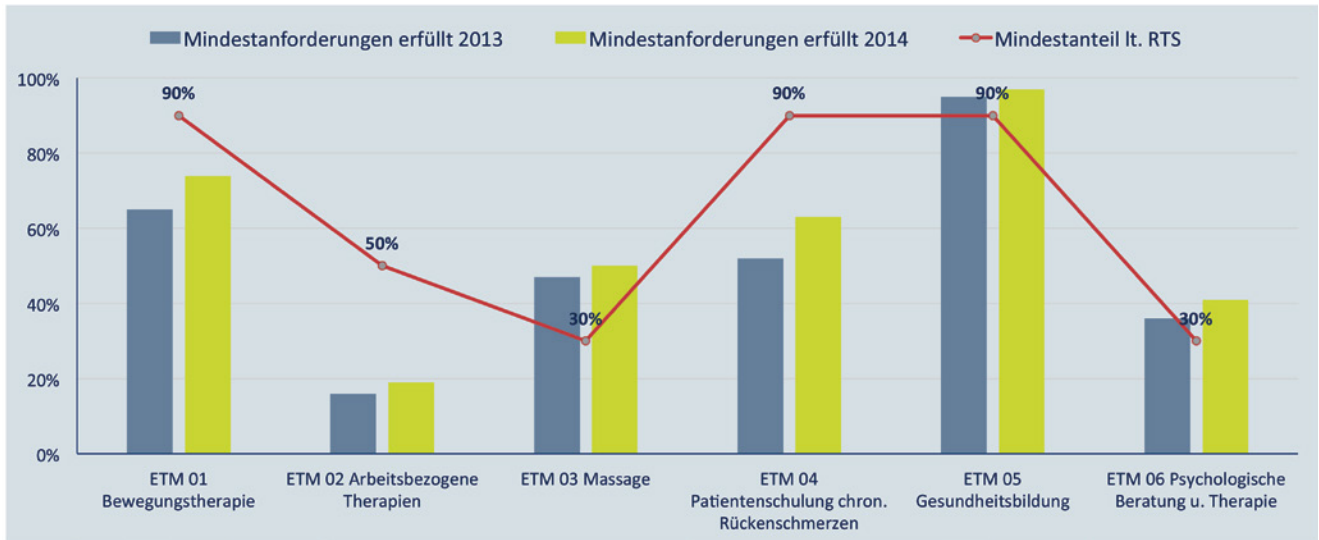
Werden die Mindestanforderungen erfüllt oder übertroffen, werden 100 Punkte für das ETM vergeben. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt demnach 100 und kann nicht durch Überschreiten der Mindestanforderungen erhöht werden. Werden die Anforderungen zu mindestens zwei Dritteln aber nicht vollständig erfüllt sind es 50 Punkte. Bei niedrigerer Erfüllung fallen keine Punkte an. Die Qualitätspunkte für die Reha-Therapiestandards ergeben sich aus dem Quotienten der Summe der Punkte aller ETM der Therapiestandards und der Anzahl der ETM. Damit wird deutlich, dass jedes ETM – unabhängig vom für die Erfüllung der Anforderungen erforderlichen Aufwand – aufgrund seiner Bedeutung für den gesamten Reha-Prozess mit dem gleichen Gewicht in das Ergebnis eingeht. Infolge der unterschiedlichen Zielstellung sowie der Selektion der Rehabilitanden steht die Berechnung der Qualitätspunkte nicht im Widerspruch zu der Vorgehensweise bei der KTL-Bewertung. Auch für diesen Qualitätsindikator zeigen sich in einer vergleichenden Darstellung erhebliche Einrichtungsunterschiede. So variiert die Anzahl der Qualitätspunkte von 156 medizinischen Fachabteilungen bei einem Mittelwert von 82 zwischen 36 und 100 (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: Qualitätsindikator „Reha-Therapiestandards“ – Depressive Störungen



Gleichwohl lässt sich generell im Zeitverlauf eine Annäherung der Erfüllungsgrade an die Mindestanforderungen feststellen. Die Abbildung 8 zeigt für die Therapiestandards „Chronischer Rückenschmerz“ die Veränderung der Ergebnisse im Jahresvergleich in ausgewählten Therapiemodulen unter Berücksichtigung der Mindestanforderungen.

Abbildung 8: Qualitätsindikator „Reha-Therapiestandards“ – Chronischer Rückenschmerz
evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) – Zeitvergleich



10 Anhang 2: Prozessbeschreibung

Symbole



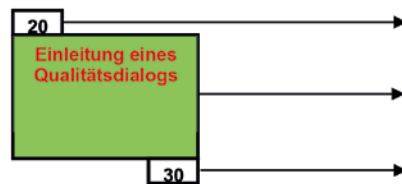
Legende

Start

Verzweigung

Ende

Phase



20 = Ziffer für die Phase

Bezeichnung

30 = Ziffer nachfolgende Phase

Arbeitsschritt

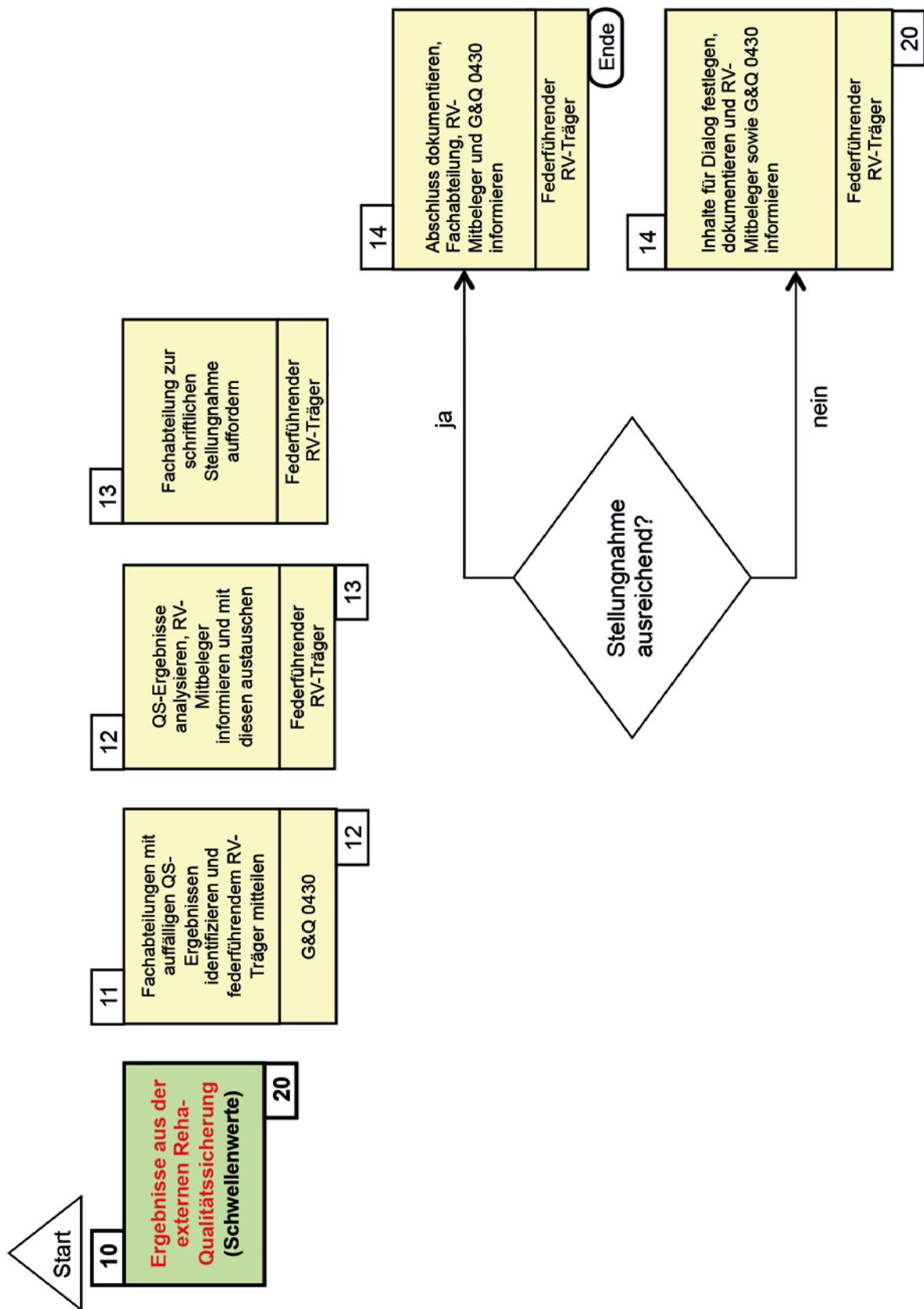


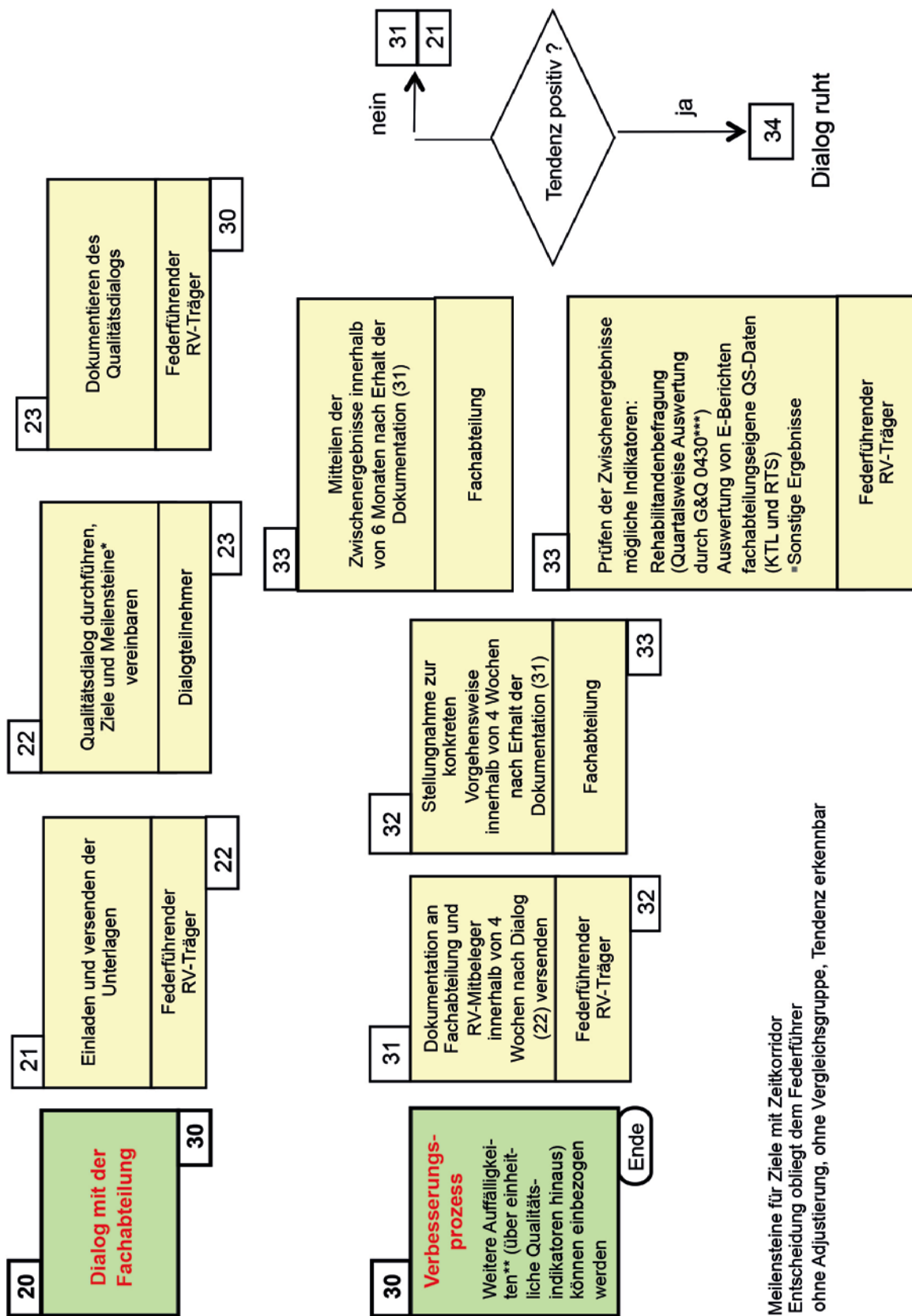
21 = Ziffer für den Arbeitsschritt

Inhalt

Aufgabenträger

22 = nachfolgender Arbeitsschritt

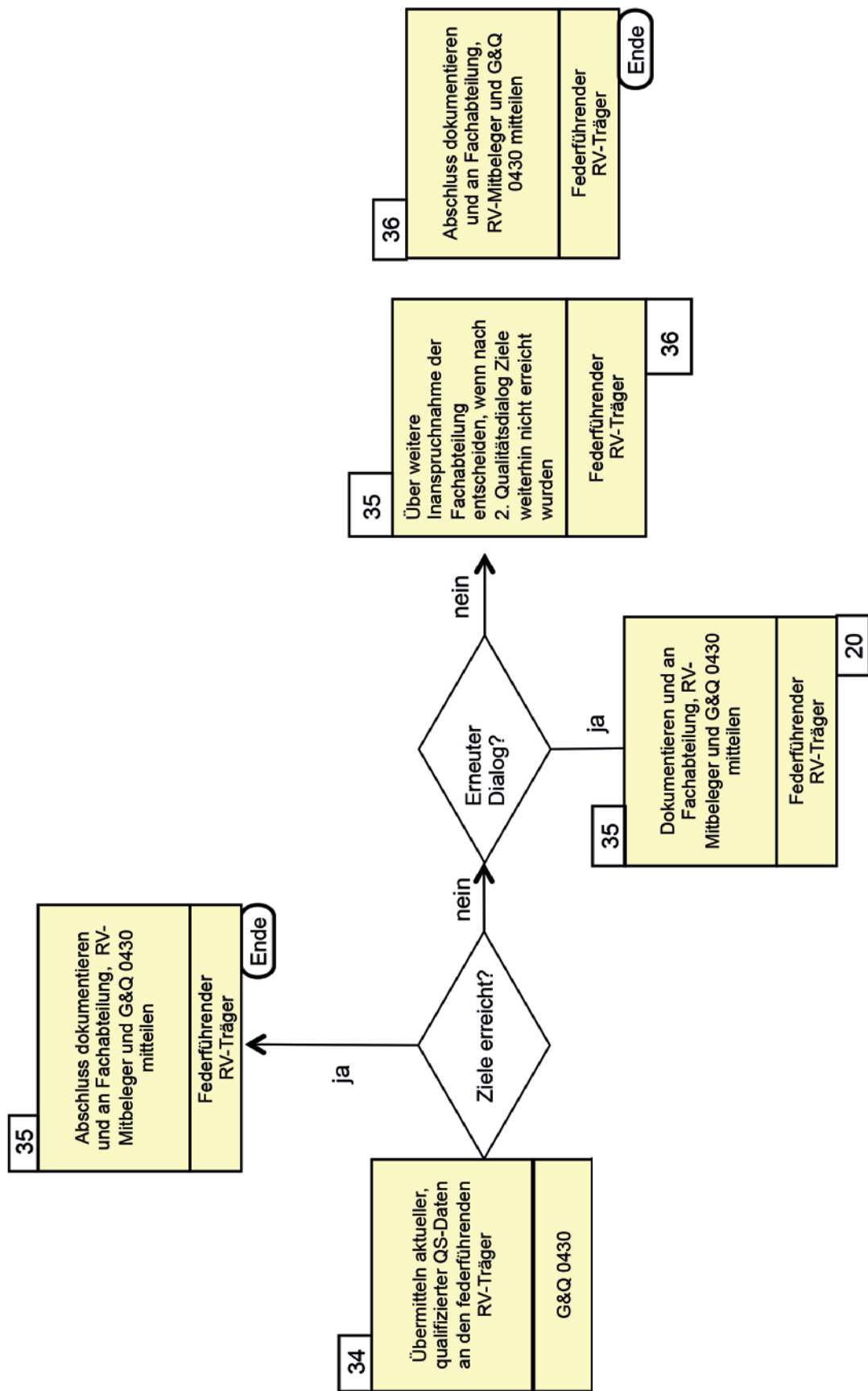




* Meilensteine für Ziele mit Zeitkorridor

** Entscheidung obliegt dem Federführender

*** ohne Adjustierung, ohne Vergleichsgruppe, Tendenz erkennbar



11 Anhang 3: Dokumentationsvorlage

Allgemeine Angaben

Name der Einrichtung

Fachabteilung

Anschrift

Institutionskennzeichen Reha-Einrichtungsschlüssel (RESC)

Fachabteilungsschlüssel

QS-Nummer Einrichtungs-ID (E_ID)

Ansprechpartner Federführer

Ansprechpartner Fachabteilung

Verwaltungsleitung

Ärztliche Leitung

Mitbeleger

1. Auffälligkeit

Mitteilung vom Bereich 0430	(Datum)	
QS-Indikatoren		
Werte		QP
Weitere Auffälligkeiten		
Information an Mitbeleger	(Datum)	
Ansprechpartner (an wen?)		

2. Schriftliche Stellungnahme Fachabteilung (FA)

2.1 Aufforderung FA zur schriftl. Stellungnahme	(Datum)	
2.2 Eingang schriftl. Stellungnahme	(Datum)	
→Stellungnahme als Anhang		
2.3 QS-Dialog	ja ☐ nein ☐	(Datum)
→Dokumentation als Anhang		
2.4 Information an Bereich 0430	(Datum)	
2.5 Information an (Haupt)-Mitbeleger	(Datum)	

3. Strukturierter Qualitätsdialog

3.1 Einladung an Ärztliche Leitung und Verwaltungsleitung der FA	(Datum)	
3.2 Durchführung	(Datum)	
3.3 Festlegen der Ziele, Meilensteine	(Datum)	
→Dokumentation als Anhang		
3.4 Information an (Haupt)-Mitbeleger	(Datum)	

4. Verbesserungsprozess

4.1 Stellungnahme der FA	(Datum)	
→Dokumentation als Anhang		
4.2 Mitteilung Zwischenergebnisse FA	(Datum)	
→Dokumentation als Anhang		
4.3 Überprüfung der Zwischenergebnisse, positive Tendenz ja/nein		
☐ Ja: Dialog ruht	(Datum)	
☐ Nein: ggf. 2. Verbesserungsprozess	(Datum)	
→Dokumentation als Anhang		
4.4 Information an (Haupt)-Mitbeleger	(Datum)	

5. Überprüfung anhand aktueller Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren (0430 und/oder Federführer)

Ziel erreicht:

QS-Indikatoren:

Werte QP

5.1 ☐ Ja: Abschluss

5.2 ☐ Teilweise: ggf. erneuter Dialog

5.3 ☐ Nein: ggf. erneuter Dialog

5.4 ☐ Ziel nicht erreicht nach 2. Qualitätsdialog: Entscheidung über weitere Inanspruchnahme

→Dokumentation als Anhang

Information an Bereich 0430	(Datum)	
Information an (Haupt)-Mitbeleger	(Datum)	

Notizen

Notizen



**Deutsche
Rentenversicherung**
Rehabilitation –
mit Sicherheit Qualität