

FAQ zum neuen Reha-QS-Instrument: „Strukturierter Qualitätsdialog“

1. FAQ – Allgemein	1
1.1. Was ist ein „Strukturierter Qualitätsdialog“?	1
1.2. Warum wurde das neue Instrument entwickelt?	1
1.3. Welches Ziel hat der Einsatz des Instruments und welcher Nutzen wird erwartet?	1
1.4. Wann sind Ergebnisse für Qualitätsindikatoren auffällig?	1
1.5. Wer informiert über auffällige Ergebnisse für Qualitätsindikatoren?	1
1.6. Findet das Instrument für alle Reha-Einrichtungen gleichermaßen Anwendung?	2
1.7. Gelten Besonderheiten für bestimmte Reha-Einrichtungen?	2
1.8. Für welche Zwecke werden Qualitätsergebnisse von Qualitätsindikatoren genutzt?	2
1.9. Werden Mitbeleger von Reha-Einrichtungen in das Verfahren einbezogen?	2
1.10. Welche Aufwände entstehen den Partnern durch das Verfahren?	2
1.11. Wie wird im Verfahren den Bestimmungen des Datenschutzes Rechnung getragen?	2
1.12. Wie wird das Verfahren dokumentiert?	3
1.13. Welche Dokumentenanhänge sind der Verfahrensdokumentation beizufügen und wer soll diese erhalten?	3
1.14. Wer sind die Ansprechpartner für Rückfragen zum Instrument und zum Verfahren?	3
2. FAQ – Für Rentenversicherungsträger	3
2.1. An wen sendet der Bereich 0430 die Information über eine Schwellenwertunterschreitung einer Fachabteilung und über welchen Kanal?	3
2.2. Warum wird zwischen einer Muss- und einer Soll-Verpflichtung für das Durchführen eines „Strukturierten Qualitätsdialogs“ unterschieden?	3
2.3. Muss ein „Strukturierter Qualitätsdialog“ immer im persönlichen Dialog stattfinden?	4
2.4. Kann der federführende RV-Träger einen „Strukturierten Qualitätsdialog“ auch aus anderen Gründen durchführen?	4
2.5. Woher bekomme ich die Information, wer mitbelegender RV-Träger ist?	4
2.6. Wie informiert der federführende RV-Träger Mitbeleger der RV im Verfahren?	4
2.7. Muss bei einer Schwellenwertunterschreitung für einen weiteren rv-einheitlichen Qualitätsindikator formal ein zweiter „Strukturierter Qualitätsdialog“ initiiert werden?	4
2.8. In welcher Form ist ein durchgeführter „Strukturierte Qualitätsdialog“ zu dokumentieren?.....	5
2.9. Was passiert, wenn am Ende eines „Strukturierten Qualitätsdialogs“ die gemeinsam definierten Ziele nicht erreicht werden?	5
2.10. Wo finde ich die Daten für die „Allgemeinen Angaben“ im Dokumentationsbogen?.....	5
3. FAQ – Für Reha-Einrichtungen	5
3.1. Erhält die Reha-Fachabteilung Gelegenheit zur Stellungnahme über Gründe für Qualitätsergebnisse?	5

- 3.2. Werden bei auffälligen Qualitätsergebnissen für mehrere, eigenständige Fachabteilungen einer Reha-Einrichtung jeweils eigene „Strukturierte Qualitätsdialoge“ durchgeführt? 6
- 3.3. Kann der federführende RV-Träger die Umsetzung konkreter Verbesserungsmaßnahmen verlangen? 6
- 3.4. Was ist zu tun, wenn nach Ansicht der Reha-Fachabteilung im Reha-QS-Programm ein falscher Fachabteilungsschlüssel hinterlegt ist? 6

1. FAQ – Allgemein

1.1. Was ist ein „Strukturierter Qualitätsdialog“?

Ein „Strukturierter Qualitätsdialog“ ist ein spezielles Instrument der externen Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung und weitere Form für einen direkten, persönlichen und partnerschaftlichen Austausch mit Reha-Einrichtungen.

1.2. Warum wurde das neue Instrument entwickelt?

Qualitätsergebnisse aus dem rv-weit einheitlichen Reha-QS Programm der Deutschen Rentenversicherung wurden von den RV-Trägern bisher unterschiedlich interpretiert und trägerspezifische Vorgehensweisen, Formen und Routinen der Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Qualitätssicherung entwickelt. Das Instrument etabliert rv-weit verbindliche Regelungen und gewährleistet ein einheitliches Vorgehen.

1.3. Welches Ziel hat der Einsatz des Instruments und welcher Nutzen wird erwartet?

Das Instrument hat die Sicherung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Leistungen zur med. Rehabilitation sowie eine Weiterentwicklung der am Rehabilitanden orientierten med. Rehabilitation zum Ziel. Auffällige Ergebniswerte für Qualitätsindikatoren sollen gemeinsam mit einer Reha-Einrichtung analysiert und ggf. ein Verbesserungsprozess initiiert werden. Für identifizierte Handlungsfelder mit Optimierungspotential sollen erwartete Veränderungen in einem zeitlichen festgelegten Qualitätsverbesserungsprozess umgesetzt und messbar nachgewiesen werden. Gute Ergebnisse für Qualitätsindikatoren sollen gefestigt und ausgebaut werden. Die Wirkweise und Praktikabilität des Instruments wird in einem wissenschaftlich begleiteten Pilotprojekt über ca. 2 Jahre evaluiert.

1.4. Wann sind Ergebnisse für Qualitätsindikatoren auffällig?

Ergebnisse für Qualitätsindikatoren sind auffällig, wenn festgelegte Schwellenwerte unterschritten werden. Die Rentenversicherung hat für die rv-weit einheitlichen Qualitätsindikatoren aus dem Reha-QS-Programm einen absoluten und einen relativen Schwellenwert definiert. Der absolute Schwellenwert einer Fachabteilung liegt bei 50 von 100 möglichen Qualitätspunkten (QP). Der relative Schwellenwert bezeichnet den Wert, unter dem die 10 % der Fachabteilungen mit den schlechtesten Ergebnissen für einen der festgelegten Qualitätsindikatoren liegen.

1.5. Wer informiert über auffällige Ergebnisse für Qualitätsindikatoren?

Die für eine Reha-Einrichtung oder für eine Fachabteilung einer Reha-Einrichtung beim Grundsatz- und Querschnittsbereich (Bereich 0430 - Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik) der DRV Bund im Mail-Verteiler für QS-Berichte gespeicherten Empfänger eines federführenden RV-Trägers werden elektronisch benachrichtigt, 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 sowie nach dem Versand der Berichte zur KTL und zu den RTS im 2. Halbjahr.

1.6. Findet das Instrument für alle Reha-Einrichtungen gleichermaßen Anwendung?

Ja. Der „Strukturierte Qualitätsdialog“ findet Anwendung sowohl für eigene als auch für Vertragseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung. Auch die jeweilige Durchführungsform – ganztägig ambulant oder stationär – ist hierfür ohne Bedeutung.

1.7. Gelten Besonderheiten für bestimmte Reha-Einrichtungen?

Für neu zugelassene oder kleine medizinische Reha-Einrichtungen/-Fachabteilungen sowie für Fachabteilungen mit seltenem Indikationsgebiet gelten hinsichtlich der Datenbasis für Auswertungen zu Ergebnissen von Qualitätsindikatoren und für Kontrolldaten zur Feststellung von Veränderungen Besonderheiten. Details können dem Kapitel 5 der Broschüre „Strukturierter Qualitätsdialog“ entnommen werden.

1.8. Für welche Zwecke werden Qualitätsergebnisse von Qualitätsindikatoren genutzt?

Qualitätsergebnisse für rv-weit einheitliche Qualitätsindikatoren werden zukünftig in einem einheitlich gewichteten Parameter „Qualität“ zusammengefasst für die Einrichtungsauswahl der RV-Träger herangezogen. Ein weiterer Anwendungsbereich können Verhandlungen mit einer Reha-Einrichtung über eine Vergütungssatzanpassung sein. Dem „Strukturierten Qualitätsdialog“ kommt für die transparente, faire und nachvollziehbare Nutzung von Qualitätsergebnissen in der Deutschen Rentenversicherung dadurch eine besondere Bedeutung bei.

1.9. Werden Mitbeleger von Reha-Einrichtungen in das Verfahren einbezogen?

Wie beim Instrument „Visitationen“ werden Mitbeleger der Rentenversicherung vom federführenden RV-Träger über die beabsichtigte Einleitung eines „Strukturierten Qualitätsdialogs“ für eine Fachabteilung, deren Qualitätsergebnisse sowie Stellungnahmen, Festlegungen und Entscheidungen im Verfahren informiert. Auf Wunsch ermöglicht der Federführer für eine Fachabteilung RV-Mitbelegern auch eine Teilnahme am Strukturierten Qualitätsdialog.

1.10. Welche Aufwände entstehen den Partnern durch das Verfahren?

Die strukturierte und standardisierte Durchführung des Verfahrens gewährleistet für die Partner einen vertretbaren Aufwand. Die bisher bei einzelnen RV-Trägern auf diesem Feld der Zusammenarbeit mit Reha-Fachabteilungen praktizierten unterschiedlichen Vorgehensweisen, Formen und Routinen eines Dialogs, werden durch das rv-weit einheitliche Verfahren ersetzt.

1.11. Wie wird im Verfahren den Bestimmungen des Datenschutzes Rechnung getragen?

Bis zu einer datenschutzrechtlichen Regelung für den Bereich der Deutschen Rentenversicherung über den Umgang mit Daten aus der externen Reha-Qualitätssicherung für eine Reha-Fachabteilung, muss der federführende RV-Träger, der mit einer Reha-Fachabteilung einen Basis- oder Anschlussvertrag nach § 21 SGB IX geschlossen hat, das Einverständnis der Reha-Fachabteilung zur Weitergabe von QS-Daten an mitbelegende RV-Träger im konkreten Einzelfall einholen. Das Einverständnis einer Reha-Fachabteilung sollte mit der Aufforderung zur Stellungnahme für die auffälligen QS-Ergebnisse erfolgen.

1.12. Wie wird das Verfahren dokumentiert?

Für die Verfahrensdokumentation übersendet der Bereich 0430 des Grundsatz- und Querschnittsbereichs der DRV Bund, zusammen mit der Information über eine Schwellenwertunterschreitung, an den federführenden RV-Träger eine elektronische, standardisierte Formatvorlage. Die Verfahrensdokumentation wird für Statistik- und Berichtszwecke des Bereichs 0430 zur Reha-Qualitätssicherung genutzt und hat darüber hinaus eine Revisionsfunktion.

1.13. Welche Dokumentenanhänge sind der Verfahrensdokumentation beizufügen und wer soll diese erhalten?

Die Verfahrensdokumentation ist vom federführenden RV-Träger fortzuschreiben. Relevante Dokumente, z. B. Stellungnahmen der Reha-Fachabteilung, Schreiben, Protokolle und Vermerke des federführenden RV-Trägers, sind der Dokumentation als Anhang hinzuzufügen. Die Verfahrensbeteiligten in der Rentenversicherung, Mitbeleger und/oder der Bereich 0430, sind über den jeweiligen Verfahrensstand zu informieren. Von der Reha-Fachabteilung bereitgestellte interne Statistiken oder Auswertungen über Ergebnisveränderungen für Qualitätsindikatoren im Verbesserungsprozess verbleiben beim federführenden RV-Träger.

1.14. Wer sind die Ansprechpartner für Rückfragen zum Instrument und zum Verfahren?

Für Rückfragen stehen Frau Dr. Margarete Ostholt-Corsten und Frau Anke Mitschele aus dem Bereich 0430 Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der DRV Bund zur Verfügung. Darüber hinaus stehen die in der Broschüre aufgeführten Mitglieder der Projektgruppe „Nutzung von Qualitätsindikatoren für die Belegung von medizinischen Reha-Einrichtungen (PGNQR)“ zur Verfügung.

2. FAQ – Für Rentenversicherungsträger

2.1. An wen sendet der Bereich 0430 die Information über eine Schwellenwertunterschreitung einer Fachabteilung und über welchen Kanal?

Der Bereich 0430 - Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der DRV Bund versendet die Information über eine Schwellenwertunterschreitung elektronisch an die im Mailverteiler für QS-Berichte einer Fachabteilung gespeicherten Empfänger des federführenden RV-Trägers. Darüber hinaus informiert der Bereich 0430 zweimal jährlich die Geschäftsführer der Rentenversicherungsträger über die Anzahl der Unterschreitungen (summarische Übersicht) des absoluten und relativen Schwellenwertes.

2.2. Warum wird zwischen einer Muss- und einer Soll-Verpflichtung für das Durchführen eines „Strukturierten Qualitätsdialogs“ unterschieden?

Für die meisten Qualitätsindikatoren im Programm der Deutschen Rentenversicherung zur Reha-Qualitätssicherung sind abgestufte Erfüllungsgrade oder tolerierte Abweichungskorridore für erwartete Merkmale und Anforderungen definiert. Dadurch wird Reha-Fachabteilungen für die praktische Umsetzung ein Handlungs- und Gestaltungsrahmen eingeräumt und eine Experimentiermöglichkeit gegeben. Genauso verhält es sich mit den Schwellenwerten als Auslöser für einen „Strukturierten Qualitätsdialog“. Die Unterschreitung eines Schwellenwertes ist absolut

auffällig, wenn weniger als die Hälfte eines Qualitätsoptimums erreicht wurde. Ein solches Leistungsergebnis entspricht nicht der Erwartung der Rentenversicherung an eine qualitativ hochwertige Rehabilitation und wird grundsätzlich nicht akzeptiert. Bei einer Unterschreitung eines berechneten relativen Schwellenwertes besteht, unter Würdigung der Stellungnahme der Reha-Fachabteilung, für den federführenden RV-Träger hingegen ein Ermessensspielraum.

2.3. Muss ein „Strukturierter Qualitätsdialog“ immer im persönlichen Dialog stattfinden?

Ein „Strukturierter Qualitätsdialog“ sollte im persönlichen Dialog (Gespräch) durchgeführt werden. Die Entscheidung trifft der federführende RV-Träger. Ein persönlicher Dialog hat gegenüber einem schriftlichen Dialog die Vorteile, dass das Instrument und seine Ziele besser erläutert und Fragen unmittelbar beantwortet werden können. Auch kann eine offene, vertrauensvolle und partnerschaftliche Atmosphäre in einem persönlichen Dialog die Akzeptanz und Verlässlichkeit für eine gemeinsam vereinbarte Vorgehensweise und Festlegungen positiv fördern.

2.4. Kann der federführende RV-Träger einen „Strukturierten Qualitätsdialog“ auch aus anderen Gründen durchführen?

Ja. Einem federführenden Rentenversicherungsträger bleibt unbenommen, auch aus einem anderen Anlass als einer Schwellenwertunterschreitung und auch für nicht rv-weit einheitlich festgelegte Qualitätsindikatoren, mit einer Reha-Fachabteilung einen „Strukturierten Qualitätsdialog“ durchzuführen. Beispielsweise, wenn eine gravierende Verschlechterung von Ergebniswerten im Zeitverlauf zwischen zwei Auswertungsintervallen festgestellt wird.

2.5. Woher bekomme ich die Information, wer mitbelegender RV-Träger ist?

Die Information, welcher RV-Mitbeleger außer dem federführenden RV-Träger eine Fachabteilung belegt, erhalten Sie in den QS-Berichten zur Rehabilitandenstruktur. In diesem fachabteilungsbezogenen QS-Bericht sind die mitbelegenden RV-Träger mit der Anzahl der durchgeführten Reha-Maßnahmen in dem Auswertungsjahr gelistet (Kapitel C.2.1 Übersicht).

2.6. Wie informiert der federführende RV-Träger Mitbeleger der RV im Verfahren?

Form und Kanal der Information an RV-Mitbeleger über eine beabsichtigte Vorbereitung, die Durchführung und die Nachbereitung eines „Strukturierten Qualitätsdialogs“, bestimmt der federführende RV-Träger. Für Zwecke eines Verfahrensnachweises wird vom Bereich 0430 eine elektronische Vorlage zur Dokumentation der einzelnen Prozessschritte bereitgestellt.

2.7. Muss bei einer Schwellenwertunterschreitung für einen weiteren rv-einheitlichen Qualitätsindikator formal ein zweiter „Strukturierter Qualitätsdialog“ initiiert werden?

Nein. Wenn vom Bereich 0430 unterjährig eine Information an den federführenden RV-Träger über eine Schwellenwertunterschreitung für einen weiteren Qualitätsindikator gegeben wird, kann der weitere auffällige Qualitätsindikator in das Verfahren mit der Fachabteilung aufgenommen werden. Sofern es sich um eine andere, eigenständige Fachabteilung der Reha-Einrichtung handelt, ist eine Beteiligung weiterer RV-Mitbeleger zu prüfen. Die Verfahrensregelungen in der Broschüre für den „Strukturierten Qualitätsdialog“ finden Anwendung und sind zu beachten.

2.8. In welcher Form ist ein durchgeführter „Strukturierte Qualitätsdialog“ zu dokumentieren?

Zu unterscheiden ist die Verfahrensdokumentation und die interne Dokumentation des federführenden RV-Trägers über geführte Dialoge und Korrespondenz mit einer Reha-Fachabteilung. Für die Verfahrensdokumentation stellt der Bereich 0430 des Grundsatz- und Querschnittsbereichs der DRV Bund eine elektronische, standardisierte Formatvorlage zur Verfügung. Der „Strukturierte Qualitätsdialog“ mit einer Reha-Fachabteilung selbst, ist in einer dem federführenden RV-Träger freibleibenden Form zu dokumentieren. In der Routine der RV-Träger sind Protokolle, Vermerke und Schreiben über die mit einer Reha-Fachabteilung kommunizierten Sachverhalte etabliert. Hierbei sind die konkret beratenen Qualitätsindikatoren, Begründungen und Sichtweisen der Partner zu Ergebnissen und Anforderungen sowie vereinbarte Meilensteine und Ziele festzuhalten. Die Formatvorlage zur Verfahrensdokumentation ist für eine Weitergabe an die Reha-Einrichtung nicht geeignet.

2.9. Was passiert, wenn am Ende eines „Strukturierten Qualitätsdialogs“ die gemeinsam definierten Ziele nicht erreicht werden?

Die Reha-Fachabteilung ist im „Strukturierten Qualitätsdialog“ auf mögliche Konsequenzen hinzuweisen, wenn sich ein Ergebniswert für einen Qualitätsindikator in einem definierten Zeitraum nicht in die erwartete Zielrichtung entwickelt hat oder ein konkret festgelegter Zielwert nicht erreicht wird. Bei der Würdigung von Ergebniswerten werden für den Qualitätsindikator relevante Rahmenbedingungen und Einflussfaktoren vom federführenden RV-Träger angemessen berücksichtigt. In die Entscheidung des federführenden RV-Trägers können auch „weiche Einflusskriterien“ aus dem strategischen Bereich einfließen. Beispielsweise ein Engagement einer Fachabteilung oder Einrichtung bei der Förderung, Weiterentwicklung und Forschung auf dem Feld der Rehabilitation oder in der Aus-, Fort-, und Weiterbildung für am Reha-Prozess beteiligte Berufsgruppen.

2.10. Wo finde ich die Daten für die „Allgemeinen Angaben“ im Dokumentationsbogen?

Der federführende RV-Träger verfügt in der Regel über alle Daten für die allgemeinen Angaben zu einer Reha-Fachabteilung. Der überwiegende Teil der Daten kann dem Datenkorrekturblatt der Reha-QS-Berichte der DRV Bund und die Angaben über Mitbeleger kann dem Bericht über die Rehabilitandenstruktur entnommen werden.

3. FAQ – Für Reha-Einrichtungen

3.1. Erhält die Reha-Fachabteilung Gelegenheit zur Stellungnahme über Gründe für Qualitätsergebnisse?

Bei einer festgestellten Unterschreitung eines Schwellenwertes für einen Qualitätsindikator erhält die Reha-Fachabteilung im Verfahren zunächst eine Möglichkeit zur schriftlichen Stellungnahme. Bei einer Entscheidung des federführenden RV-Trägers für die Durchführung eines „Strukturierten Qualitätsdialogs“ besteht anschließend die Möglichkeit, die Position im persönlichen Dialog mit dem Federführer und RV-Mitbelegern darzustellen.

3.2. Werden bei auffälligen Qualitätsergebnissen für mehrere, eigenständige Fachabteilungen einer Reha-Einrichtung jeweils eigene „Strukturierte Qualitätsdialoge“ durchgeführt?

Verfahren der externen Reha-Qualitätssicherung sollten für alle Beteiligten möglichst aufwandsarm durchgeführt werden. Auffällige Qualitätsergebnisse für mehrere, eigenständige Fachabteilungen einer Reha-Einrichtung sollten daher in einem gemeinsamen „Strukturierten Qualitätsdialog“ behandelt werden. Dies macht häufig auch Sinn wegen der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Fachabteilungen oder einer gemeinsamen Nutzung zentraler Strukturen und Dienste in einer Reha-Einrichtung. Ein gemeinsamer Qualitätsdialog sollte insofern auch dann durchgeführt werden, wenn für Fachabteilungen unterschiedliche federführende RV-Träger festgelegt sind.

3.3. Kann der federführende RV-Träger die Umsetzung konkreter Verbesserungsmaßnahmen verlangen?

Nein. Der federführende RV-Träger hat im Verfahren eine Beraterrolle. Er unterstützt die Reha-Einrichtung mit seinen Erfahrungen. Er kann die Prüfung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung anregen. Zusätzlich kann er mit Hilfe seiner Steuerungsmöglichkeiten an deren erfolgreicher Umsetzung mitwirken.

3.4. Was ist zu tun, wenn nach Ansicht der Reha-Fachabteilung im Reha-QS-Programm ein falscher Fachabteilungsschlüssel hinterlegt ist?

Für eine Klärung ist Kontakt mit dem federführenden RV-Träger aufzunehmen. Den Fachabteilungsschlüsseln im Fachabteilungsschlüsselverzeichnis der Deutschen Rentenversicherung liegen die Fachgebietsschlüssel der Bundespflegesatzverordnung mit den medizinischen Gebiets- und Teilgebietsbezeichnungen zugrunde. Ein korrekter Fachabteilungsschlüssel gewährleistet die richtige Zuordnung einer Fachabteilung zur Vergleichsgruppe der Fachabteilungen und ist daher von großer Wichtigkeit.