

Qualitätsentwicklung durch Qualitätssicherung – Erfahrungen aus zehn Jahren Qualitätssicherung der Rehabilitation

Von Dr. Ulrike Beckmann, Dr. Hère Klosterhuis, Anke Mitschele*

Ergebnis- und Qualitätsorientierung der gesundheitlichen Versorgung sind relevante Begriffe in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. Die gesetzliche Rentenversicherung (RV) hat sich für ihren Verantwortungsbereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation diesem Anspruch bereits frühzeitig gestellt. Mit der Realisierung eines bundesweiten Qualitätssicherungssystems in der Rehabilitation hat sie einen wichtigen Beitrag zur Durchsetzung einer qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung geleistet.

Qualitätssicherung der Rehabilitation ist mittlerweile auch gesetzlich verankert. Der Gesetzgeber verfolgt mit dem § 20 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) nicht nur das Ziel, die Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe auszubauen, sondern Qualitätssicherung soll eine unabdingbare Voraussetzung auch für die Bedarfsplanung sein. Zur Sicherung der Qualität der Rehabilitationsleistungen wird die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leis-

tungserbringer gefordert. Die Qualitätssicherungsaktivitäten in der medizinischen Rehabilitation der RV erfüllen diese Anforderungen des Gesetzgebers. Sie stehen für wesentliche inhaltliche und methodische Weiterentwicklungen.

1. Externe Qualitätssicherung der stationären Rehabilitation

Anfang 1994 hat die gesetzliche RV auf Initiative der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm für die stationäre medizinische Rehabilitation eingeführt. Es sollte sicherstellen, dass in allen von der RV belegten Rehabilitationseinrichtungen ein bundesweit vergleichbarer Qualitätsstandard eingehalten wird. Unter den rd. 950 am Qualitätssicherungsprogramm beteiligten Kliniken oder eigenständigen Fachabteilungen werden zz. 361 Einrichtungen von der BfA betreut. Das Programm wird seit 1997 routinemäßig eingesetzt und kontinuierlich erweitert. Dabei werden Weiterentwicklung und Ausbau von einem regelmäßigen Dialog mit den Leistungserbringern begleitet¹.

Wichtige Ziele des Qualitätssicherungsprogramms sind eine am Patienten orientierte Qualitätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation, eine Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens, die Erschließung von Leistungsreserven sowie insbesondere die Förderung des einrichtungsinternen Quali-

* Dr. med. Ulrike Beckmann und Dipl.-Soz. Anke Mitschele sind Mitarbeiterinnen des Dezernats Reha-Systementwicklung und -steuerung in der Abt. Rehabilitation der BfA, Dr. med. Dipl.-Soz. wiss. Hère Klosterhuis ist Leiter dieses Dezernates.

¹ Egner, Gewinn, Schliehe: Das bundesweite Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung – Erfahrungen aus einem mehrjährigen Umsetzungsprozess. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 96 (2002), S. 4–9.

tätsmanagements. Als übergeordnetes Ziel ist die Optimierung der Rehabilitation anzusehen, die durch die Anregung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs mittels systematischer Einrichtungsvergleiche erreicht werden soll.

Um eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung zu erreichen, wird den Verantwortlichen in den Rehabilitationseinrichtungen und beim Rentenversicherungsträger (RV-Träger) eine aussagekräftige Berichterstattung zur Qualitätssicherung zur Verfügung gestellt. Ein wesentlicher Teil dieses Informationssystems besteht aus der regelmäßigen Ergebnisberichterstattung an die beteiligten Rehabilitationseinrichtungen. Damit erhält jede Einrichtung die Möglichkeit, ihre Ergebnisse in Bezug auf bedeutende Qualitätsaspekte mit anderen Rehabilitationseinrichtungen zu vergleichen. Stärken und Schwachstellen können erkannt und zielgerichtet qualitätssichernde und -verbessernde Maßnahmen eingeleitet werden.

Die RV hat sich beim Aufbau der routinemäßigen Qualitätssicherung für die Rehabilitation durch eine Reihe von wesentlichen Zielstellungen leiten lassen. Qualitätssicherung soll möglichst kontinuierlich und umfassend durchgeführt werden.

Das bedeutet zum einen, dass möglichst viele unterschiedliche Aspekte der Qualität der rehabilitativen Versorgung berücksichtigt werden sollen. Zu diesen Qualitätsgesichtspunkten zählen u. a. die Qualität der rehabilitativen Versorgung, die Wahrnehmung der Qualität aus Sicht des Rehabilitanden, die Ergebnisqualität und die Qualität der Organisation in der Rehabilitationseinrichtung. Mit einem derartigen Spektrum von Qualitätsaspekten kann am ehesten eine angemessene Beurteilung der Situation in der Rehabilitationseinrichtung erreicht werden.

Zum anderen sollen möglichst viele Rehabilitanden und Rehabilitationseinrichtungen beteiligt werden, d. h., der Versorgungsbereich der Rehabilitation in der Verantwortung der RV wird weitgehend in die Qualitätssicherung einbezogen. Grenzen sind hier durch kleine Fallzahlen in Einrichtungen, die nur sporadisch belegt werden, gesetzt. Zum Beispiel werden von den Rehabilitanden der BfA etwa drei Viertel in Einrichtungen versorgt, die von verschiedenen Trägern der Rehabilitation genutzt werden und an einem anderen Qualitätssicherungsverfahren teilnehmen. Generell muss der Arbeitsaufwand der Qualitätssicherung für die Rehabilitationseinrichtungen in einem vertretbaren Rahmen bleiben.

Die RV stellt die Ergebnisse ihrer externen Reha-Qualitätssicherung den Rehabilitationseinrichtungen einrichtungsbezogen für die interne Qualitätssicherung zur Verfügung. Die Nutzer der Ergebnisse werden durch die Mitarbeiter der RV, die die Qualitätssicherungsaktivitäten konzipieren, organisieren und durchführen, umfassend beraten. Damit ist eine hohe Transparenz des Vorgehens gegeben. Zugleich sind diese Informationen für die einrichtungsbetreuenden Mitarbeiter bei den RV-Trägern eine wichtige

Grundlage ihrer Arbeit. Sie werden insbesondere zur Vorbereitung von Visitationen in den Rehabilitationseinrichtungen genutzt (vgl. unter 1.4).

Zusätzlich zu der kontinuierlichen routinemäßigen Qualitätsberichterstattung werden die Daten der Qualitätssicherung für versorgungsorientierte, epidemiologische und wissenschaftliche Zwecke ausgewertet. Durch die Kombination beispielsweise von Rehabilitandenbefragungsdaten und weiteren Routinedaten der RV sind vielfältige Fragestellungen bearbeitbar.

Die Qualitätssicherung wird kontinuierlich inhaltlich und methodisch weiterentwickelt, z. B. durch die Überarbeitung der verwendeten Befragungsinstrumente, aber auch durch die Konzipierung neuer Qualitätssicherungsinstrumente, wie den Leitlinien zur Rehabilitation. Die Finanzierung dieser Arbeit durch die RV gewährleistet inhaltliche Unabhängigkeit und ist der Verantwortung des Leistungsträgers für die externe Qualitätssicherung geschuldet.

Wesentlich erscheint die Erarbeitung einer zusammenfassenden Bewertung der aufgeführten Qualitätsindikatoren. Dabei geht es um die Entwicklung von definierten Mindestanforderungen bzw. Qualitätsstandards, die einen fairen und nachvollziehbaren Vergleich der Rehabilitationseinrichtungen und ihre angemessene Beurteilung ermöglichen. Diesem Ziel dient die Entwicklung eines Rehabilitationsbewertungssystems (RBS, vgl. unter 2.4).

Von der BfA wird das gemeinsame Programm der RV – Strukturhebung, Peer Review, Rehabilitandenbefragung – sukzessive um weitere qualitätsrelevante Ergebnisse u. a. aus Routinedaten, Rehabilitations-Leitlinien, KTL-Dokumentation, Laufzeit der E-Berichte, Rehabilitandenstruktur, Verlauf nach Rehabilitation, Beschwerdehäufigkeit ergänzt². Diese Form der Berichterstattung wird kontinuierlich verbessert und den Erfordernissen der Rehabilitationspraxis angepasst, in deren Mittelpunkt eine konsequente Patientenorientierung steht.

Im Folgenden werden einige beispielhafte Ergebnisse der Qualitätsberichterstattung vorgestellt.

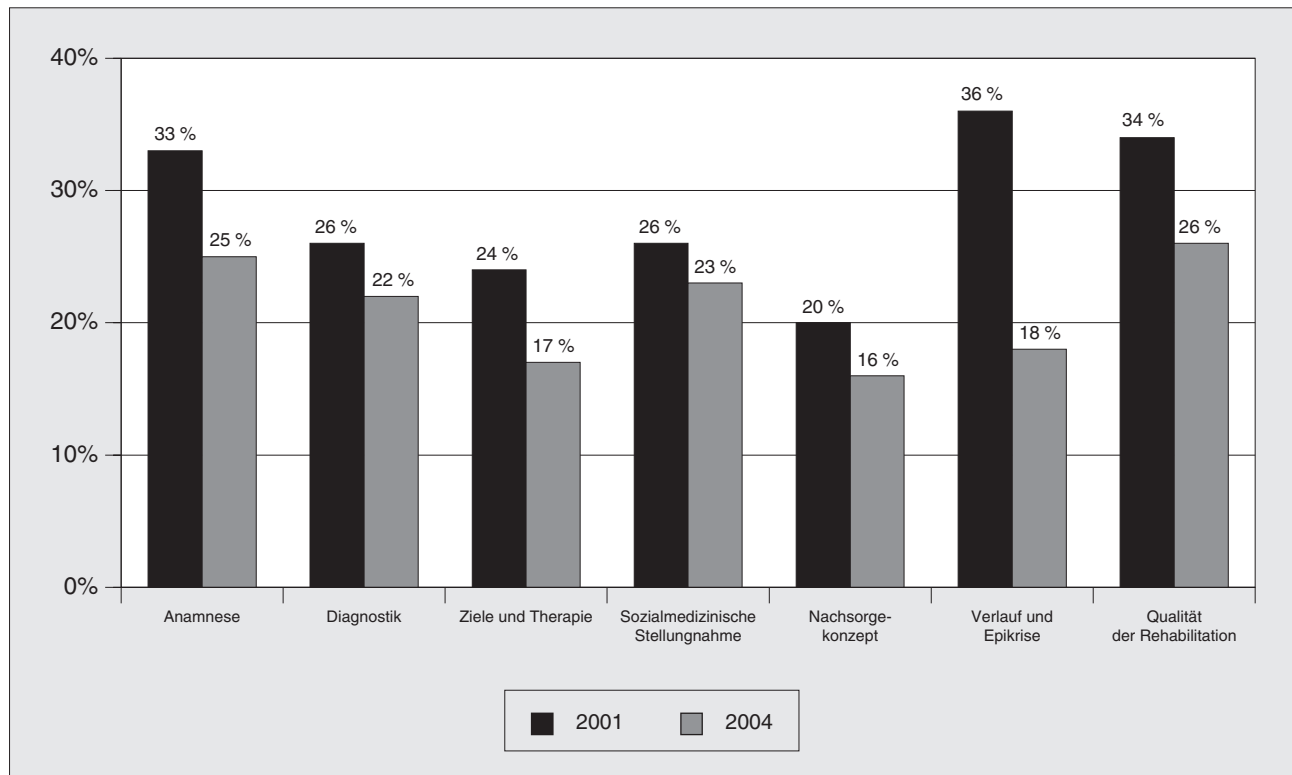
1.1 Qualität der rehabilitativen Versorgung – Peer Review

Zur Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität von Rehabilitationsleistungen wurde ein Verfahren zur Begutachtung durch Fachkollegen aus Rehabilitationseinrichtungen – Peer Review – entwickelt³. Die Rehabilitationsleistungen werden anhand von Entlassungsberichten und Patiententherapieplänen mittels einer Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale bewertet. Im Einzelnen bewertet der Peer sechs

² Beckmann, Pallenberg, Klosterhuis: „Berichte zur Qualitätssicherung“ – Informationen der BfA für die Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms. DAngVers 47 (2000), S. 88–98.

³ Jäckel, Protz, Maier-Riehle, Gerdes: Qualitäts-Screening im Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung. DRV 9–10 (1997), S. 575–591.

Abb. 1: Qualität der rehabilitativen Versorgung – Peer-Review-Verfahren 2001 und 2004 – gravierende und deutliche Mängel in den ärztlichen Entlassungsberichten



Quelle: QS 2001 (n = 1.549 E-Berichte, n = 86 kardiologische Einrichtungen), 2004 (n = 1.492 E-Berichte, n = 79 kardiologische Rehabilitationseinrichtungen).

qualitätsrelevante Bereiche des Rehabilitationsprozesses: Anamnese, Diagnostik, Therapieziele und Therapie, klinische Epikrise, sozialmedizinische Epikrise, weiterführende Maßnahmen und Nachsorge⁴. Dazu kommt die zusammenfassende Bewertung der Qualität des gesamten Rehabilitationsprozesses.

Die bisher gültigen Checklisten und Manuale für das Peer Review der RV und der Krankenkassen wurden in Expertengruppen überarbeitet. Unter weitgehender Beibehaltung der Gliederung der Peer-Review-Checkliste wurden die qualitätsrelevanten Prozessmerkmale dem „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht der gesetzlichen RV“ angepasst. Insgesamt konnten die Anforderungen des Peer-Review-Verfahrens gestrafft und auf das Wesentliche des individuellen Falles fokussiert werden^{5, 6, 7}. Damit wird einerseits die Arbeit der Peers bei der Begut-

achtung erleichtert. Andererseits steht den Rehabilitationseinrichtungen eine indikationsbezogene, inhaltliche Ausformulierung zur Prozessdokumentation zur Verfügung.

Ein wichtiger Bestandteil der Qualitätssicherung sind auch die regelmäßig stattfindenden mehrtägigen Schulungen der Peers. Diese Treffen haben sich als Form einer qualitätsorientierten Auseinandersetzung mit relevanten Aspekten einer effektiven Rehabilitation sehr bewährt.

Die Ergebnisse des Peer Reviews – z. B. für die von der gesetzlichen RV betreuten kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen – zeigen, dass im Jahr 2004 etwa ein Viertel der Kliniken immer noch deutliche und gravierende Mängel bei der zusammenfassenden Bewertung der Rehabilitation aufweisen. Im Verlauf der letzten Jahre konnte allerdings eine deutliche Verbesserung der Ergebnisse verzeichnet werden (s. Abb. 1).

1.2 Qualität aus Sicht des Rehabilitanden – Rehabilitandenbefragung

Um die Patientenorientierung der Rehabilitation auch bei der Qualitätssicherung zu gewährleisten, wird die Einschätzung der Rehabilitanden zur Zufriedenheit und zum Ergebnis der Rehabilitation mit einer routinemäßigen Rehabilitandenbefragung in das Qualitätssicherungsprogramm einbezogen. Pro Klinik bzw. Fachabteilung und Entlassungsmonat werden in der Regel 20 Rehabilitanden zufällig aus-

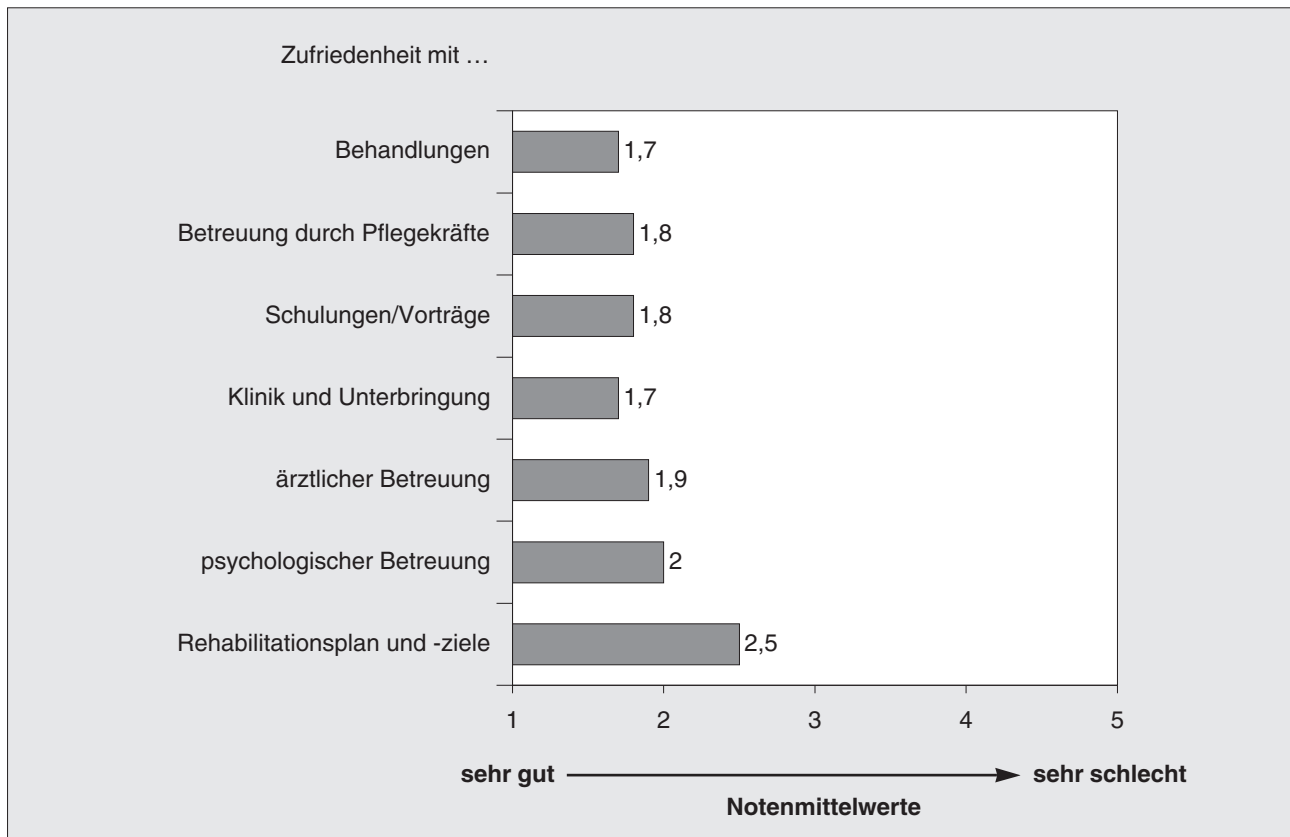
⁴ Kawski, Dorenburg, Beckmann: Peer Review zur Beurteilung der Prozessqualität im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen. Sucht aktuell 2 (2001), S. 18–22.

⁵ Kruihthoff, Kawski, Koch: Ergebnisse und Weiterentwicklung des aktuellen Peer-Review-Verfahrens (Indikationsbereich Psychosomatik) In: VDR (Hrsg.) 12. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Rehabilitation im Gesundheitssystem vom 10. bis 12. 3. 2003 in Bad Kreuznach (2003), S. 153–154.

⁶ Kawski, Koch: Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland – Entwicklungsstand und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 47, 2 (2004), S. 111–117.

⁷ Farin, Carl, Jäckel, Rütten-Köppel, Maier-Riehle, Berghaus: Die Weiterentwicklung des Peer-Review-Verfahrens in der medizinischen Rehabilitation. Die Rehabilitation 43, 3. (2004), S. 162–166.

Abb. 2: Qualität aus Sicht des Rehabilitanden: Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Behandlung und Betreuung



* Kardiologische Rehabilitationskliniken mit überwiegendem AHB-Anteil.
Quelle: Patientenbefragung 1. Halbjahr 2004 (n = 2.478), Benotung von 1 bis 5.

gewählt und 8 bis 12 Wochen nach Abschluss der Rehabilitation angeschrieben⁸.

Für einen Befragungszeitraum werden im somatischen Indikationsbereich rentenversicherungswert insgesamt mehr als 57000 Fragebögen pro Halbjahr versandt. Der Rücklauf beträgt nach einmaliger Erinnerung im Durchschnitt 68%. Im Indikationsbereich psychische einschließlich Abhängigkeitserkrankungen werden über 17000 Patienten angeschrieben, der Rücklauf beträgt etwa 55%. Im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen – insbesondere bei Drogenabhängigkeit – liegt die Rücklaufquote erwartungsgemäß deutlich unter dem Gesamtdurchschnitt⁹.

Die aktuellen Ergebnisse – z. B. für kardiologische Einrichtungen mit überwiegendem AHB-Anteil – zeigen über Jahre im Durchschnitt eine hohe Zufriedenheit der Patienten mit den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Abb. 2 zeigt die Ergebnisse des ersten Halbjahres 2004. Die Zufriedenheitswerte liegen durchschnittlich zwischen 1,7 und 2,5 (1 = „sehr gut“, 2 = „gut“). Allerdings werden die einzelnen Rehabilitationseinrichtungen durchaus unterschiedlich beurteilt.

Problematisch erscheint das eher negative Urteil der Rehabilitanden über die Abstimmung der Therapieziele und -planung mit ihnen während der Rehabilitation. Dieser Themenbereich wird in einer wis-

senschaftlichen Untersuchung durch das Institut für Sozialmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (Campus Lübeck) betrachtet. Dabei geht es um die Frage, welche Erwartungen die Rehabilitanden mit diesen Fragen verbinden und warum die Ergebnisse aus den Rehabilitationseinrichtungen diesen Vorstellungen z. z. noch nicht entsprechen. Die Weiterentwicklung der Rehabilitandenbefragung sieht eine Überarbeitung des Fragebogens und der Rückmeldung vor. Dabei stehen die Verständlichkeit des Rehabilitandenfragebogens und die Aussagekraft der einrichtungsbezogenen Rückmeldungen der Befragungsergebnisse im Mittelpunkt.

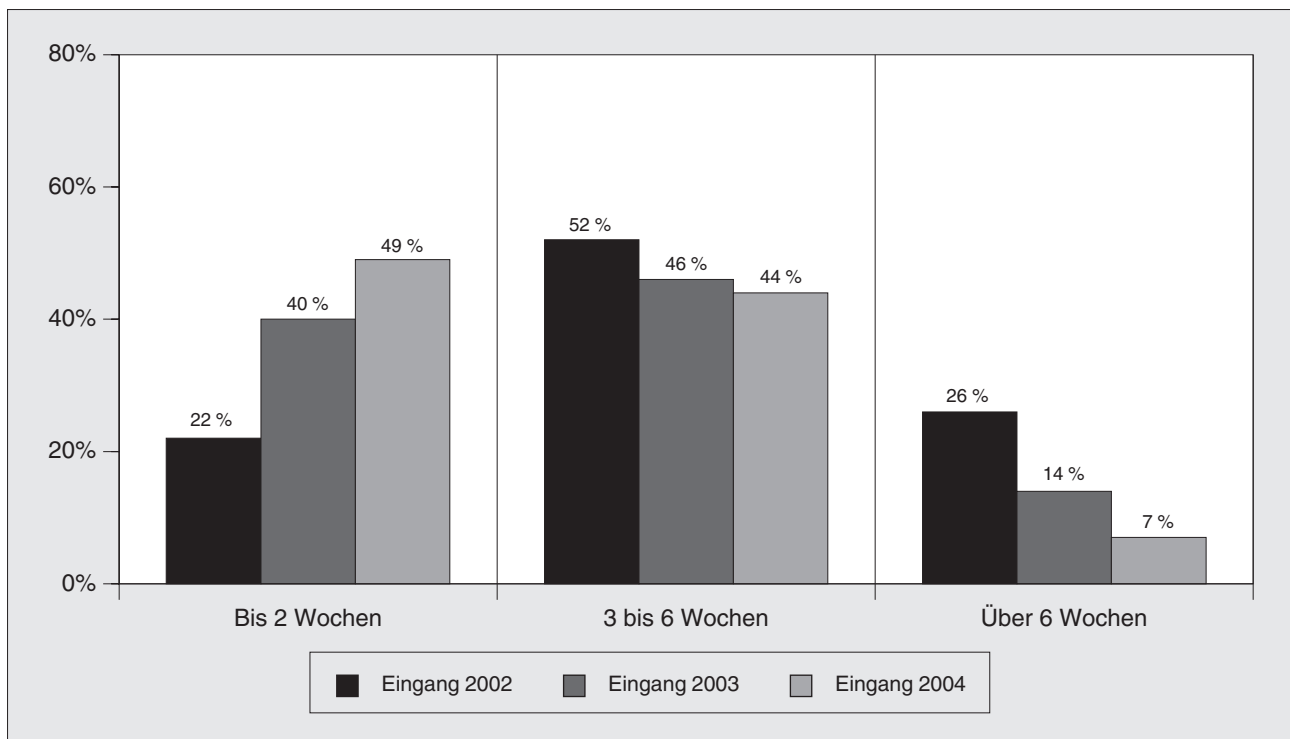
1.3 Qualität der Organisation in der Rehabilitationseinrichtung – Laufzeit der Entlassungsberichte

Als ein Qualitätsmerkmal der Rehabilitationseinrichtungen wird von der BfA auch die Laufzeit der Entlassungsberichte, d. h. der Zeitraum vom Entlassungstag bis zum Eingang des Entlassungsberichts in der BfA, angesehen. Als Zielgröße für diese Laufzeit

⁸ Dorenburg, Huck-Langer, Nischan, Winnefeld: Kontinuierliche, klinikvergleichende Patientenbefragung im Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung: Konzept, Methodik, Erfahrungen. Forum Sozial- und Gesundheitspolitik (2001), S. 361–369.

⁹ Winnefeld, Nischan: Stationäre Sucht-Rehabilitation aus Patientensicht – Patientenbefragungen im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der BfA. Sucht aktuell 1 (2002), S. 34–40.

Abb. 3: Qualität der Organisation in der Rehabilitationseinrichtung – Laufzeit der Entlassungsberichte



Quelle: Entlassungsberichtsdateien BfA 2002: n = 233.452 (1–11.02), 2003: n = 197.906 (1–9.03), 2004: n = 172.917 (1–9.04) E-Berichte.

wird ein Zeitraum von 14 Tagen angegeben. Die von der BfA belegten Einrichtungen haben in den letzten Jahren regelmäßig im Rahmen der „Berichte zur Qualitätssicherung“ einrichtungsbezogene Auswertungen zur Laufzeit ihrer Entlassungsberichte erhalten. Durch dieses systematische, zielgerichtete Vorgehen konnten in den letzten drei Jahren deutliche Verbesserungen erzielt werden, wie Abb. 3 verdeutlicht.

Der ärztliche Entlassungsbericht informiert den RV-Träger, den weiterbehandelnden Arzt und andere Sozialleistungsträger über den Behandlungsprozess und dokumentiert und bewertet die Rehabilitation und das Behandlungsergebnis aus sozialmedizinischer Sicht. Der Entlassungsbericht ist eine Entscheidungsgrundlage bei der Prüfung nachfolgender Leistungen und eine wichtige Informationsbasis für die weitergehende ärztliche Behandlung. Nur eine zeitnahe Weiterverarbeitung kann eine gute Versorgung der Versicherten ermöglichen.

Zum einen ist dies sicher ein Erfolg der wiederholten Rückmeldung an die Einrichtungen, die dadurch die Möglichkeit haben, sich im Vergleich mit anderen Einrichtungen einzuordnen und ggf. die Laufzeit zu verkürzen. Zum anderen sind in den letzten drei Jahren im Fall von sehr schlechten Laufzeitwerten Sanktionen angekündigt und in sehr wenigen Fällen auch verhängt worden. Nach wie vor besteht – trotz der generellen Verbesserung – für eine Reihe von Ein-

richtungen ein erhebliches Verbesserungspotential bei der Laufzeit der Entlassungsberichte.

1.4 Qualitätssicherung vor Ort – Visitationen

Zur Ergänzung von Instrumenten und Verfahren der externen Qualitätssicherung haben Visitationen der Rehabilitationseinrichtungen bei der BfA eine lange Tradition und einen hohen Stellenwert. Visitationen bieten – anders als die bisher beschriebenen Bestandteile der Qualitätssicherung – die Möglichkeit, durch die Begehung einer Einrichtung einen unmittelbaren Eindruck von den konkreten örtlichen Gegebenheiten zu bekommen. Diese Eindrücke ergänzen die bereits vorliegenden Informationen über den Leistungsstand der Einrichtung. Zusätzlich können Stärken und Schwächen direkt mit der Leitung besprochen und dadurch Impulse für die interne Qualitätssicherung gegeben werden. Dieses Visitationsverfahren, das durch eine wissenschaftliche Evaluation¹⁰ methodisch weiterentwickelt wurde, übernimmt eine Brückenfunktion zwischen externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement. Die Anforderungen der Leistungsträger werden verdeutlicht und münden in eine konkrete Bewertung.

2. Weiterentwicklung der Reha-Qualitätssicherung

2.1 Leitlinien zur Rehabilitation

Im Rahmen der Dokumentation der BfA werden die durchgeführten Therapieeinheiten quantitativ und qualitativ differenziert beschrieben. Mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) liegt

¹⁰ Lubenow, Brückner, Hagemann, Baron: Visitationen der BfA in Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation – Beschreibung, Weiterentwicklung und Ausblick. DAngVers 5 (2005), S. 237–242.

ein umfassendes, für die Rehabilitationsmedizin repräsentatives Leistungsverzeichnis vor, das die Leistungseinheiten inhaltlich definiert und zum Teil Mindestanforderungen der Leistungserbringung festlegt¹¹. Derzeit wird die KTL im Rahmen eines Weiterentwicklungsprojektes aktualisiert und überarbeitet.

Die BfA fördert seit einigen Jahren in mehreren Projekten die Erstellung evidenzbasierter und empirisch abgesicherter Reha-Leitlinien^{12, 13}, die sich wesentlich auf diese dokumentierten Leistungen stützen. Das Reha-Leitlinienprogramm ist Teil einer längerfristigen Strategie zur Qualitätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation¹⁴.

Das Hauptaugenmerk des Reha-Leitlinienprogramms der BfA liegt auf der Prozessqualität innerhalb der Rehabilitation. Um diese zu verbessern, werden aus wesentlichen Indikationsgebieten exemplarisch relevante Krankheitsbilder (bisher: koronare Herzkrankheit – KHK –, Mama-Karzinom, Schlaganfall, Diabetes mellitus Typ 2, chronischer Rückenschmerz und Abhängigkeitserkrankungen) für die Reha-Leitlinienerstellung ausgewählt. Die entsprechenden indikationsbezogenen Teilprojekte sind einheitlich strukturiert und in aufeinander folgende Phasen gegliedert^{15, 16, 17, 18, 19}.

In der ersten Phase werden aus der Literatur evidenzbasierte Handlungsempfehlungen hinsichtlich rehabilitationsrelevanter Interventionen ermittelt. Danach wird die Versorgungsrealität in den Rehabilitationseinrichtungen mit den Vorgaben aus der Literatur verglichen. Das erfolgt durch die Auswertung der KTL-Daten, die routinemäßig in jedem Entlassungsbericht dokumentiert werden und detailliert beschreiben, welche therapeutischen Leistungen der einzelne Rehabilitand erhalten hat. Anhand dieser realen Leistungsdaten kann überprüft werden, ob eine leitliniengerechte Versorgung erfolgt ist. Die bisherigen Auswertungen zeigen deutliche Abweichungen zwischen den Anforderungen der Leitlinien und der Versorgungsrealität in der Rehabilitation. Allerdings werden auch erhebliche Unterschiede zwischen den Rehabilitationseinrichtungen deutlich.

Die Entwicklung der Leitlinie für koronare Herzkrankheiten (KHK-Leitlinie) ist am weitesten fortgeschritten. Den kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen wurden bereits einrichtungsbezogene KTL-Auswertungen mit einem speziellen Fragebogen zur KHK-Reha-Leitlinie und zur Berichterstattung übersandt. In den Ergebnissen dieser Befragung zeigte sich der Wunsch nach einer stärkeren Beteiligung der jeweils eigenen Rehabilitationseinrichtung bei der Leitlinienerstellung. Nach Ansicht der befragten Ärzte werden die therapeutischen Inhalte durch die KTL-Leistungen angemessen widerspiegelt. Die Leitlinienanforderungen zum Mindestanteil zu behandelnder Rehabilitanden wurden tendenziell als zu hoch eingeschätzt.

Für das Unterschreiten der Leitlinienanforderungen wurden von den Rehabilitationseinrichtungen auch Verschlüsselungsprobleme verantwortlich gemacht. Die Antworten der Rehabilitationseinrich-

tungen zur KHK-Reha-Leitlinie und den statistischen Tabellen werden ausgewertet und bei der Überarbeitung der Leitlinie berücksichtigt.

2.2 Ambulante Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation ist im Verantwortungsbereich der gesetzlichen RV in den letzten Jahren stark ausgebaut worden²⁰. Mittlerweile hat der Anteil ambulanter Rehabilitationen gerade in Ballungszentren ein beachtenswertes Niveau erreicht. Bisher existierte allerdings noch kein umfassendes Programm der Qualitätssicherung für diesen Versorgungsbereich. Erste Untersuchungen der Versorgungsqualität ambulanter Rehabilitationseinrichtungen fanden deutliche Qualitätsunterschiede und erheblichen Verbesserungsbedarf²¹.

Gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung haben beschlossen, die Entwicklung der Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation abgestimmt, um sicherzustellen, dass die Rehabilitationsträger künftig vergleichbare Qualitätsanforderungen an die ambulante Rehabilitation stellen. Mit der Erarbeitung eines gemeinsamen Qualitätssicherungsprogramms für die ambulante Rehabilitation der Indikationsbereiche muskuloskeletale und kardiologische Erkrankungen wurde die Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Uni-

¹¹ Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalten, Bundesknappschaft, Seekasse im Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (2000).

¹² Bitzer, Aster-Schenck, Klosterhuis, Dörning, Rose: Entwicklung einer evidenzbasierten Leitlinie zur kardiologischen Rehabilitation – Phase 1: Bewertende Literaturanalyse. *Die Rehabilitation* 41 (2002), S. 226–236.

¹³ Brüggemann: Das Reha-Leitlinienprogramm der BfA. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen* 99, 1 (2005), S. 47–50.

¹⁴ Klosterhuis: Rehabilitations-Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung der Rehabilitation. Quelle: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen* 99 1 (2005), S. 41–46.

¹⁵ Raspe, Ganten: Leistungen der medizinischen Rehabilitation bei Diabetes mellitus vor dem Hintergrund evidenzbasierter Behandlungsleitlinien: Eine Evaluation auf der Basis von Routinedaten der BfA. *Die Rehabilitation* 42, 2 (2003), S. 94–108.

¹⁶ Weis, Bartsch: Entwicklung von Leitlinien der Rehabilitation von Patientinnen nach Mamma-Karzinom. In: VDR. 13. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium – Selbstkompetenz – Ziel und Weg der Rehabilitation. DRV-Schriften 52 (2004), S. 288. Frankfurt am Main: VDR.

¹⁷ Brüggemann, Klosterhuis, Köhler: Leitlinien in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. *Sucht Aktuell* 2 (2004), S. 55–64.

¹⁸ Schönle, Kattein, Brüggemann, Klosterhuis: Aktueller Stand der rehabilitativen Versorgung von Patienten nach Schlaganfall. *Rehabilitation* 43, 4 (2004), S. 187–198. 120.

¹⁹ Gülich, Brüggemann, Klosterhuis, Jäckel: Leitlinienentwicklung in der Rehabilitation bei Rückenschmerzpatienten – Phase 3: Konkretisierung der Therapiemodule. DRV-Schriften 52 (2004), S. 292–294.

²⁰ Keck: Rehabilitation der BfA – aktueller Stand und Perspektiven. In: BfA (Hrsg.) *Rehabilitation 2005. Neue Anforderungen aus Beruf und Gesellschaft*. Rehabilitationsforum der BfA (2005), S. 26–44.

²¹ Nischan, Klosterhuis, Bürger: Die Qualität der Versorgung in der ambulanten orthopädischen Rehabilitation – Ergebnisse einer Patientenbefragung. *DAngVers* 10 (2003), S. 486–492.

versitätsklinikums Freiburg beauftragt und im Bereich Abhängigkeitserkrankungen das Institut für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Abgestimmte Instrumente und Verfahren sollen entwickelt werden auf der Basis der „BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“ bzw. der „Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Kranken- und Rentenversicherung bei der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“. Darüber hinaus bieten die jeweiligen bisherigen Programme für die stationäre medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung die Grundlage für die Neu- bzw. Weiterentwicklung der Qualitätssicherung der ambulanten Rehabilitation, selbstverständlich unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Zielsetzungen der Rehabilitationsträger.

2.3 Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Wie für die ambulante Rehabilitation wurde auch für die Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten und -verfahren der medizinischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche eine Kooperation zwischen der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung beschlossen.

Voraussetzung für die Durchführung des Projekts ist in einer ersten Phase zunächst die Erfassung aller von der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung belegten Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche sowie die Analyse von Klinikstrukturen und Patientencharakteristika. Zusätzlich werden Experten aus Rehabilitationseinrichtungen, von Fachgesellschaften und Leistungsträgern zu Besonderheiten und strukturellen Gegebenheiten der Kinder- und Jugendrehabilitation befragt. Im Rahmen des Projektes werden außerdem qualitätsrelevante Strukturmerkmale expertengestützt nach Basis- und Zuweisungskriterien bewertet, um Klinikvergleiche bezüglich der Strukturqualität zu ermöglichen.

Die Ergebnisse der Strukturhebung stellen eine wichtige Informationsbasis für die inhaltliche und methodische Vorbereitung möglicher weiterer Programmpunkte dar. Das konkrete Vorgehen zur Realisierung des Gesamtprojektes wird erst nach Abschluss der ersten Phase entschieden.

2.4 Rehabilitationsbewertungssystem

Die Qualität der erbrachten Rehabilitationsleistungen soll in Zukunft ein weiterer wichtiger Faktor bei der Bewertung von Rehabilitationseinrichtungen und der Steuerung der Rehabilitation sein. Deshalb wird z. B. von der BfA ein RBS entwickelt, in das neben den Ergebnissen des Reha-Qualitätssicherungsprogramms, wie Rehabilitandenbefragung, Peer Review etc., auch weitere in der BfA vorhandene einrichtungsbezogene Informationen, wie Beschwerdebäu-

figkeit, Laufzeit der ärztlichen Entlassungsberichte, Leitlinien zur Rehabilitation etc., einfließen sollen. Am 14. 4. 2005 fand zu diesem Thema ein Experten-Workshop mit Vertretern von wissenschaftlichen Instituten, Fachverbänden, Rehabilitationseinrichtungen und der Renten- und Krankenversicherung statt.

Dass die Qualität der Therapie, der Struktur und der Organisation in den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen bei der Bewertung der Rehabilitationseinrichtungen, ihrer Belegung und Vergütung eine zentrale Rolle spielen soll, wurde von den Experten begrüßt. Eine Orientierung der Belegung an der Vergütung ohne Berücksichtigung von Qualitätsaspekten würde nach ihrer Ansicht generell zu einem Sinken der Qualität der Behandlung und zu einer Nivellierung bestehender Qualitätsunterschiede z. B. hinsichtlich der Ausstattung, personeller Ressourcen und dem Behandlungsspektrum führen. Insofern sahen die Experten in den Arbeiten zum Bewertungssystem auch eine Unterstützung der internen Qualitätsentwicklung, da tendenziell die Motivation zur Erbringung von hoher Qualität gefördert und die Investition in finanzielle und personelle Ressourcen zur Qualitätssteigerung gerechtfertigt wird.

Noch sind eine Reihe inhaltlicher und methodischer Fragen zu klären. Die RV-Träger sind sich einig, die Entwicklung eines RBS fortzusetzen.

3. Qualitätssicherung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Auch für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, d. h. berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, wurde die Entwicklung von Verfahren und Methoden zur Qualitätssicherung begonnen. Ziel ist der Aufbau einer systematischen und umfassenden Qualitätssicherung analog zur medizinischen Rehabilitation unter Nutzung bereits entwickelter Verfahren und Instrumente sowie unter Beachtung der Besonderheiten der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hierzu gehören insbesondere die Vielfältigkeit der Leistungsarten und ihre Unterschiedlichkeit, denn das Leistungsspektrum reicht von einer einmaligen finanziellen Unterstützung bis zur 24-monatigen Qualifizierungsmaßnahme.

3.1 Rehabilitandenbefragung nach beruflichen Bildungsmaßnahmen

Im Forschungsprojekt „Entwicklung eines katamnestischen Erhebungsbogens zur Beurteilung von Ergebnissen und Prozessen der Beruflichen Rehabilitation“ des Lehrstuhls Versorgungssystemforschung und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der Charité, durchgeführt im Auftrag der BfA und des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) unter Beteiligung der Landesversicherungsanstalten Westfalen und Rheinprovinz, wurde ein Rehabilitandenfragebogen entwickelt, getestet und den Berufsförderungswerken vorgestellt²². Es ist geplant, den Fragebogen unter Einbezug möglichst vieler regionaler RV-Träger in einer zweijährigen

²² Hansmeier, Radoschewski: Qualitätssicherung bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben – Entwicklung eines Rehabilitandenfragebogens. DAngVers 8 (2005), S. 371.

Pilotphase einzusetzen. Die Rehabilitanden werden sowohl zur Zufriedenheit mit den durchgeführten beruflichen Bildungsmaßnahmen wie auch zur Eingliederung auf dem Arbeitsmarkt nach Beendigung der Maßnahme befragt. Für den Routineeinsatz wird z. B. ein Erhebungs-, Auswertungs- und Rückmeldekonzept entwickelt.

3.2 Evaluation des individuellen Förder- und Integrationsplans

In diesem Forschungsprojekt, das von den gleichen Institutionen initiiert und finanziert wurde, geht es darum, ein seit 2001 in den Berufsförderungswerken eingesetztes Dokumentationsinstrument – den individuellen Integrations- und Förderplan (IFP) – umfassend zu evaluieren und Konsequenzen für eine Präzisierung und Optimierung abzuleiten. Der IFP ist ein Instrument zur Dokumentation des Verlaufs der beruflichen Rehabilitation. Die Analyse von IFP-Dokumenten hinsichtlich Vollständigkeit und Inhalt sowie eine Fallstudie zu Abbrüchen der Rehabilitation gab Aufschluss darüber, wie der IFP in der Praxis angewendet wird. Hierzu wurden zusätzlich in einer qualitativen Untersuchung Anwender des IFP befragt. Erste Ergebnisse des Projektes schreiben dem IFP folgende mögliche Funktionen zu: Prozessstrukturierung, Prozesskontrolle, Abschlussdokumentation und Empowerment, die in unterschiedlichem Umfang erreicht werden können.

3.3 Der Erfolg von beruflichen Bildungsmaßnahmen

In trägerübergreifenden Arbeitsgruppen der Renten- und Unfallversicherung und der Bundesagentur für Arbeit unter Beteiligung von Berufsbildungs- und

Berufsförderungswerken wurde ein Konzept zur Erfolgsmessung von beruflichen Bildungsmaßnahmen entwickelt. Dieses Konzept soll grundsätzlich von allen Trägern gleichermaßen umgesetzt werden können und den Erfolg von Bildungsmaßnahmen zum einen am Abschluss der Maßnahme und zum anderen an der beruflichen Eingliederung auf dem Arbeitsmarkt messen. Außerdem wurde rentenversicherungsintern eine Arbeitsgruppe gebildet, die das trägerübergreifende Konzept für die RV um Auswertungsmöglichkeiten ergänzen soll, die die rentenversicherungseinheitliche Reha-Statistik-Datenbasis besitzt. Ziel dieser Arbeitsgruppe ist die Durchführung einer Auswertung und Rückmeldung zum Jahresende 2006 mit den bis dahin vorliegenden Daten aller RV-Träger.

4. Ausblick

Die Qualitätssicherung der medizinischen und beruflichen Rehabilitation durch die gesetzliche RV unterliegt auch künftig einem kontinuierlichen Gestaltungsprozess. Zum einen werden die bereits eingesetzten bewährten Instrumente und Verfahren überarbeitet und aktualisiert. Zum anderen werden für Versorgungsbereiche der medizinischen Rehabilitation, wie die ambulante Rehabilitation oder die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Qualitätssicherungsverfahren entwickelt und routinemäßig eingesetzt. Dabei orientiert sich die RV an den bewährten Prinzipien der bisher erfolgreich durchgeführten Qualitätssicherung der stationären medizinischen Rehabilitation. Darüber hinaus werden für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Zukunft Qualitätssicherungsinstrumente erarbeitet und schrittweise eingeführt.