

Allgemeine Fragen zu den Reha-Therapiestandards

Was sind Reha-Therapiestandards?

Die Reha-Therapiestandards sind eines der Instrumente der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung. Sie beinhalten Rahmenbedingungen einer medizinischen Rehabilitation und sichern den Einsatz von nachgewiesenen wirksamen (evidenzbasierten) Therapien. Das ermöglicht die wissenschaftliche (empirische) Überprüfung der erbrachten Therapieleistungen der Rehabilitation, sowie eine Bewertung der Prozessqualität einer Reha-Fachabteilung.

Wie sind die Reha-Therapiestandards aufgebaut?

Basierend auf dem Therapiekonzept der medizinischen Reha und den Ergebnissen der wissenschaftlichen Literaturrecherchen zur Wirksamkeit wurden für die Reha-Therapiestandards sogenannte evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) formuliert. Die Anzahl der entsprechenden ETM kann je nach RTS variieren.

Gibt es für jeden Reha-Therapiestandard die gleiche Anzahl an ETM?

Nein für jedes RTS wurden die evidenzbasierten Therapiemodule durch einen Expertenrat an die jeweiligen Anforderungen der Diagnosen des Geltungsbereichs angepasst

Wie werden An- und Abreisetage berücksichtigt?

Bei stationären Rehabilitationsleistungen wird ein Tag für die An- und Abreise von der Maßnahmedauer abgezogen.

Worauf beruhen die Auswertungen zu den Reha-Therapiestandards??

Die Auswertungen zu den Reha-Therapiestandards beruhen auf den in den Entlassungsberichten dokumentierten therapeutischen Leistungen nach der Klassifikation der therapeutischen Leistungen 2015. Fehlende oder fehlerhafte KTL-Codierungen oder Verschlüsselungen gehen nicht mit in die Auswertungen ein.

Was passiert mit den Daten, die nicht elektronisch übermittelt wurden?

In die Auswertungen zu den Reha-Therapiestandards können nur elektronisch vorliegende Daten einfließen analog zu den therapeutischen Leistungen, da diese die Basis der Reha-Therapiestandards sind. Elektronisch vorliegende Daten bedeutet, der Entlassungsbericht wurde per Datenfernübertragung von der Fachabteilung an den zuständigen Rentenversicherungsträger übermittelt. Nur beim RV-Träger DRV Bund werden bislang die therapeutischen Leistungen im Entlassungsbriefe, die postalisch übermittelt werden, elektronisch erfasst.

Was bedeutet der Geltungsbereich der Reha-Therapiestandards?

Die Reha-Therapiestandards sind diagnosebezogen konzipiert. Der Geltungsbereich bezieht sich auf den jeweiligen RTS und den diesen zugeordneten Erstdiagnosen (ICD-10) aus dem Entlassungsbericht. Zusätzlich sind Angaben zur Maßnahmedauer und evtl. zu vorgegebenen Nebendiagnosen enthalten.

Wie setzt sich die Vergleichsgruppe zusammen?

Da die Reha-Therapiestandards diagnosebezogen konzipiert sind, wird die Reha-Fachabteilung mit allen Fachabteilungen verglichen, die auch QS-Berichte zu dem jeweiligen RTS erhalten haben.

An wen kann ich mich wenden, wenn ich Verbesserungsvorschläge oder Kritik bezüglich der Reha-Therapiestandards habe?

An das Dezernat 0420 Reha-Wissenschaften. (evtl. Link?)

Gibt es eine Gewichtung der evidenzbasierten Therapiemodule?

Nein, für die Ermittlung der Qualitätspunkte einer Fachabteilung sind die evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) gleichgewichtet.

Wird eine Übererfüllung der Anforderungen bestraft?

Es geht bei den Reha-Therapiestandards um die Erfüllung von Mindestangaben. Eine „Übererfüllung“ wird somit nicht bestraft, sondern ist erwünscht.

Allgemeine Fragen zu den Evidenzbasierten Therapiemodulen?

Was sind ETM?

ETM bedeutet evidenzbasiertes (nachgewiesene Wirksamkeit) Therapie Modul. Die ETM beinhalten Mindestanforderungen und basieren auf der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Sie bilden in ihrer Gesamtheit den Rahmen, innerhalb dessen eine evidenzbasierte Rehabilitation erbracht werden soll. Bei der Auswahl der Leistungen kann und soll individuellen Bedarfen und besonderen Problemlagen der Betroffenen, wie z. B. Komorbidität, Rechnung getragen werden.

Struktur der ETM

Die ETM haben in allen Reha-Therapiestandards eine einheitliche Struktur. Sie definieren die therapeutischen Inhalte, formale Ausgestaltung, KTL-Leistungseinheiten, den Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden und Rehabilitandinnen und ergänzende Inhalte zu den Modalitäten der Leistungserbringung (KTL-Codes, Durchführung der ETM usw.).

- Therapeutische Inhalte:
- Formale Ausgestaltung: enthalten Mindestanforderungen an die formale Ausgestaltung, das heißt an Dauer (Mindestdauer) und gegebenenfalls Häufigkeit (Mindesthäufigkeit).
- Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden und Rehabilitandinnen: Das ist der prozentuale Anteil an Rehabilitanden und Rehabilitandinnen einer Reha-Fachabteilung, der therapeutische Leistungen aus den jeweiligen ETM mindestens in der angegebenen Menge

Was bedeuten die Mindestangaben in den ETM?

Um zukünftig eine evidenzbasierte Versorgung mit therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation sicherzustellen, enthalten alle evidenzbasierten Therapiemodule Mindestanforderungen an die formale Ausgestaltung (Dauer und Häufigkeit) und den Prozentanteil zu behandelnden Rehabilitand*innen. Mindestanteil, Mindestdauer und ggf. Mindesthäufigkeit definieren die untere Grenze des Leistungskorridors für eine adäquate Rehabilitation und sollte deshalb nicht unterschritten werden. Ein Überschreiten der Mindestanforderungen ist durchaus erwünscht und oft notwendig.

Wie werden die Leistungen in den ETM abgebildet?

Das Spektrum der therapeutischen Leistungen in den ETM wird über die KTL-Codes der KTL 2015 abgebildet. Dadurch ist ein verbindlicher Rahmen vorgegeben, der eine Vielzahl von therapeutischen Leistungen bzw. KTL-Codes zur Verfügung stellt.

Was versteht man unter dem Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Personen?

Das ist der prozentuale Anteil an Rehabilitanden und Rehabilitandinnen einer Reha-Fachabteilung mit entsprechender Zuordnung zum jeweiligen Geltungsbereich des RTS, der therapeutische Leistungen aus den jeweiligen ETM mindestens in der angegebenen Menge (Dauer und Häufigkeit) erhalten soll. Da es im Klinikalltag nicht immer alle Module im geforderten Umfang erbracht werden können, liegt der Mindestanteil unter 100%.

Müssen alle KTL-Codes eines ETM verwendet werden?

Nein, nicht alle angegebenen KTL-Codes eines ETM müssen verwendet werden. Unter dem Abschnitt KTL-Leistungseinheiten sind lediglich alle für des ETM in Frage kommenden therapeutischen Leistungen aus der KTL 2015 aufgelistet. Aus diesen können dem jeweiligen individuellen Bedarf entsprechend ausgewählt werden.

Wie werden die einzelnen ETMs bewertet?

Innerhalb der ETM werden nur Punkte für die Kategorien „vollständig erfüllt“ und „mindestens 2/3 erfüllt“ vergeben. Die Kategorien „unterhalb von 2/3 erfüllt“ und „ohne Leistungen“ werden mit 0 Punkten bewertet.

Allgemeine Fragen zu den Auswertungen der RTS

Welche Ein- und Ausschlusskriterien gelten bei dem QS-Bericht zu den Reha-Therapiestandards?

In die Auswertungen zu den Berichten der RTS werden alle Fachabteilungen eingeschlossen, für die mindestens 25 Reha-Entlassungsbriefe im Jahr mit folgenden Bedingungen vorliegen:

- Mindestens eine gültige KTL-Codierung
- Aufenthaltsdauer 7 Tage und mehr
- höchstens 112 Leistungen pro Woche, entsprechend nicht mehr als 16 pro Tag
- höchstens 84 Stunden Therapie pro Woche, entsprechend nicht mehr als 12 pro Tag
- mindestens 5 Leistungen pro Woche
- mindestens 2 Stunden pro Woche

Wie berechnen sich die Leistungen pro Woche?

Zuerst wird die Maßnahmedauer (MSDA) berechnet:

MSDA (in Tagen) = Endedatum - Beginndatum (minus 1 Tag für stationäre Rehabilitationen)

Leistungen pro Woche = (Anzahl aller Leistungen / MSDA) * 7

Die Dauer pro Woche berechnet sich analog.

Existieren Mindestfallzahlen? Quoren?

Ja, denn die Erzeugung eines fachabteilungsspezifischen Berichts sowie die Durchführbarkeit bestimmter statistischer Analysen sind an bestimmte Mindestfallzahlen (Quoren) gebunden. Für die Reha-Therapiestandards ist eine Mindestfallzahl von 25 Entlassungsberichten mit elektronisch erfassten KTL-Daten für Rehabilitanden der Deutschen Rentenversicherung im Geltungsbereich der RTS definiert.

Fragen zur Berechnung der Qualitätspunkte

Warum werden Qualitätspunkte berechnet?

Die Qualitätspunkte dienen als ein einheitliches Maß verschiedener Qualitätsindikatoren, die in die Bewertung der Reha-Fachabteilungen einfließen und ermöglichen einen Vergleich der Reha-Fachabteilungen der gleichen Indikation.

Wie berechnen sich die Leistungen pro Woche?

Zuerst wird die Maßnahmedauer (MSDA) berechnet:

MSDA (in Tagen) = Endedatum - Beginndatum (minus 1 Tag für stationäre Rehabilitationen)

Leistungen pro Woche = (Anzahl aller Leistungen / MSDA) * 7

Wie berechnet sich die Dauer pro Woche?

Die Dauer pro Woche berechnet sich analog.

Zuerst wird die Maßnahmedauer (MSDA) berechnet:

MSDA (in Tagen) = Endedatum - Beginndatum (minus 1 Tag für stationäre Rehabilitationen)

Dauer pro Woche = (Dauer aller Leistungen / MSDA) * 7

Wie werden die Qualitätspunkte berechnet?

Zur Ermittlung der Qualitätspunkte wird pro ETM Anzahl und Dauer der dokumentierten Leistungen mit den Mindestanforderungen verglichen. Rehabilitanden bis zum geforderten Mindestanteil erhalten hierzu 100 Punkte bei voller Erfüllung und 50 Punkte bei mindestens 2/3 Erfüllung. Aus dem Quotienten der Summe der Punkte und der Anzahl Rehabilitanden, die sich aus dem in dem RTS geforderten Mindestanteil ergibt, berechnet sich der ETM-Wert. Die Qualitätspunkte für die Reha-Therapiestandards werden aus dem Quotienten der Summe aller ETM-Werte des Therapiestandards und der Anzahl der ETM bestimmt.

Definition wichtiger Variablen:

1. Mindestanforderungen: beinhalten die formale Ausgestaltung der ETM, das heißt die Dauer (z.B. 180 Minuten) und Häufigkeit (z.B. pro Woche oder pro Reha).
2. Mindestanteil entsprechend durchzuführender Rehabilitationen (oder zu behandelnder Rehabilitanden und Rehabilitandinnen) ist der prozentuale Anteil der Rehabilitationen (oder der Rehabilitanden und Rehabilitandinnen), der die Mindestanforderungen vollständig erfüllen soll. (z.B. 80% aller Rehabilitand*innen im jeweiligen Zeitraum)
3. Der definierte Mindestanteil an Rehabilitand*innen ist gleichzeitig der maximale Anteil an Rehabilitand*innen für die Berechnung der Q-Punkte

Berechnung: Bei jedem ETM des RTS werden die dokumentierten Leistungen mit den Mindestanforderungen verglichen. In die Berechnung gehen nur die Rehabilitand*innen bis zum geforderten Mindestanteil der zu behandelnden Rehabilitand*innen ein. Bei Vollerfüllung erhält jeder Rehabilitand*in 100 Punkte bzw. bei 2/3 Erfüllung 50 Punkte. Der sich daraus ergebene Wert wird durch den berechneten Mindestanteil (der zu behandelnden Rehabilitand*innen) dividiert. Das ergibt den jeweiligen ETM-Wert. Alle ETM Werte werden im Anschluss addiert und

durch die Anzahl der ETM dividiert. (bei RTS Kinder -und Jugendliche gibt es eine Ausnahme) Das ergibt die Q-Punkte des RTS.

Zur Veranschaulichung ein fiktives Beispiel - ETM 1 Bewegungstherapie:

- Mindestdauer der Bewegungstherapie beträgt 180 Minuten
- Mindesthäufigkeit der Bewegungstherapie ist 1 mal pro Woche
- Mindestanteil der zu behandelnden Rehabilitand*innen beträgt 80%
- 100 Rehabilitand*innen gehen in die Auswertungen ein (n= 100)

Der erste Schritt ist die Berechnung des Mindestanteils der zu behandelnden Rehabilitand*innen, das heißt wie viel meiner Rehabilitand*innen müssen die 180 Minuten (Mindestdauer) pro Woche (Mindesthäufigkeit) erfüllen, um 100 Punkte zu bekommen? Dieser berechnete Anteil wird in die Auswertungen einbezogen. Hier 80% von 100 = 80 Rehabilitand*innen.

Zweiter Schritt ist die Berechnung des ETM-Werts: wenn z. B. 80 Rehabilitand*innen die Mindestanforderungen voll erfüllen, erhält man 100 Punkte pro Rehabilitand*innen = 8000 Punkte. Diese Punkte werden dann durch den Mindestanteil der zu behandelnden Rehabilitanden des ETM dividiert. $8000 / 80 = 100$ (ETM-Wert)

Wenn z. B. 50 Rehabilitand*innen die Mindestanforderungen vollständig erfüllen und 30 Rehabilitand*innen die Mindestanforderungen zu 2/3 erfüllen, erhalte ich 5000 Punkte (für die voll erfüllten Mindestanforderungen) und 1500 Punkte (für die zu 2/3 erfüllten Mindestanforderungen) = 6500 Punkte. Der ETM Wert beträgt hier 81,25 ($6500 / 80$).

Dieses Verfahren erfolgt analog bei allen ETM des RTS. Anschließend werden alle ETM-Werte aufsummiert und durch die Anzahl der ETM dividiert. Das ergibt dann die Q-Punkte.

Wie wird bei der Berechnung des Mindestanteils der Rehabilitand*innen gerundet?

Bei der Berechnung des Mindestanteils der zu behandelnden Rehabilitand*innen wird abgerundet, wenn das Ergebnis größer als Null ist. Das heißt bei einer fiktiven Anzahl von 237 Fällen und einem Mindestanteil von 90% wären das 213,3 Rehabilitand*innen. Der Mindestanteil wäre dementsprechend 213 Rehabilitand*innen.

Wieso gehen in die Auswertung der ETM nur 180 Rehabilitand*innen obwohl 213 Rehabilitand*innen das ETM voll erfüllt haben?

Der jeweilige Prozentsatz des Mindestanteils der Rehabilitand*innen ist gleichzeitig das Maximum der Anzahl an Rehabilitand*innen, die in die Berechnung des ETM-Wertes für die QP eingehen.