Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung
zur Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation (Arge)

Qualitätssicherung
in der ambulanten medizinischen Rehabilitation

**Diskussionsforum zum Pilotprojekt
„Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation für die Indikationsbereiche muskuloskeletale, kardiologische und Abhängigkeitserkrankungen“**

am 18. November 2004

bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) in Berlin

Qualitätssicherung
in der ambulanten medizinischen Rehabilitation

Diskussionsforum am 18. November 2004 in Berlin

<u>Thema:</u> Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation für die Indikationsbereiche muskuloskeletale, kardiologische und Abhängigkeitserkrankungen“

Die Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung zur Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation (Arge) hatte im Rahmen der Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramms für den Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation zu einem Diskussionsforum zum o.g. Thema eingeladen.

Die ambulante medizinische Rehabilitation etabliert sich als ein sinnvolles Angebot neben der stationären Rehabilitation. Besonders in den Indikationen Orthopädie, Kardiologie und Abhängigkeitserkrankungen werden von Renten- und Krankenversicherung bundesweit ambulante Rehabilitationsstrukturen aufgebaut. Es besteht Einigkeit zwischen den Rehabilitationsträgern, dass parallel zum Aufbau der Versorgungsstrukturen nunmehr auch die gemeinsame Entwicklung von Qualitätssicherungsinstrumenten und -verfahren für den Bereich der ambulanten Rehabilitation erfolgen soll.

Um sowohl die Entwicklungsarbeiten als auch die Inhalte des Verfahrens auf eine breite Basis der Akzeptanz zu stellen und die damit verbundenen Abläufe möglichst transparent zu gestalten, legen wir als Rehabilitationsträger besonderen Wert auf einen engen und konstruktiven fachlichen Dialog mit allen Beteiligten.

Neben allgemeinen Grundlagen der Qualitätssicherung sollte die Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitationsträger thematisiert werden. Außerdem wurde der aktuelle Stand der Entwicklung und erste Erfahrungen mit dem Qualitätssicherungsverfahren durch die Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg sowie die Abteilung für medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf vorgestellt.

Darüber hinaus wurde ein Ausblick über die weiteren Umsetzungsschritte gegeben und im Rahmen des fachlichen Austausches über die Perspektiven des Verfahrens diskutiert.

Die einleitenden Vorträge zu diesem Themenkomplex haben wir in der vorliegenden Dokumentation zusammengefasst.

Wir möchten die Gelegenheit nutzen, um uns nochmals für die rege Teilnahme und die engagierte Diskussion bei den Teilnehmern des Forums zu bedanken.

Dr. Ulrike Beckmann
Für den Bereich der Gesetzlichen Rentenversicherung

Oliver Blatt
Für den Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherung

Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung zur Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation (Arge)

Programm

Diskussionsforum zum Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation“

am 18. November 2004 in Berlin

12.30 Uhr **Begrüßung**

12.40 Uhr **Grundlagen der Qualitätssicherung**
Wilfried Jäckel (AQMS)

13.00 Uhr **Zusammenarbeit der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung in der ambulanten Rehabilitation**
Ulrike Beckmann (BfA), Oliver Blatt (VdAK)

13.30 Uhr **Diskussion**

13.45 Uhr *P a u s e*

14.00 Uhr **Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation für die Indikationsbereiche muskuloskeletale und kardiologische Erkrankungen“**
Erik Farin, Wilfried Jäckel (AQMS)

14.30 Uhr **Diskussion**

15.00 Uhr **Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation für den Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen**
Uwe Koch, Stephan Kawski (UKE)

15.30 Uhr **Diskussion und Ausblick**

16.00 Uhr Ende der Veranstaltung

Ansprechpartner der Arge

Dr. Ulrike Beckmann
BfA, Dezernat 8012/H2321, 10704 Berlin
ulrike.beckmann@bfa.de

Ute Berghaus
BKK Bundesverband, Kronprinzenstr. 6, 45128 Essen
reha@bkk-bv.de

Oliver Blatt
VdAK, Frankfurter Str. 84, 53721 Siegburg
Oliver.Blatt@vdak-aev.de

Barbara Hassenkamp
LVA Westfalen, 48125 Münster
barbara.hassenkamp@LVA-Westfalen.de

Jens Thalau
AOK Bundesverband, Kortrijker Str. 1, 53177 Bonn
jens.thalau@bv.aok.de

Dr. Teresia Widera
VDR, Eysseneckstr. 55, 60322 Frankfurt
teresia.widera@vdr.de

Referenten

Dr. Erik Farin
Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Qualitätsmanagement u. Sozialmedizin (AQMS), Breisacher Str. 62, Haus 4, 79106 Freiburg
erik.farin@uniklinik-freiburg.de

Stefan Kawski
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Institut u. Poliklinik für Med. Psychologie, Martinistr. 52, 20246 Hamburg
kawski@uke.uni-hamburg.de

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), Institut u. Poliklinik für Med. Psychologie, Martinistr. 52, 20246 Hamburg
koch@uke.uni-hamburg.de

Prof. Dr. Wilfried H. Jäckel
Universitätsklinikum Freiburg, Abt. Qualitätsmanagement u. Sozialmedizin (AQMS), Breisacher Str. 62, Haus 4, 79106 Freiburg
jaeckel@uniklinik-freiburg.de

Diskussionsforum zum Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation“ am 18. November 2004 in Berlin

Dez. 8012

Herzlich Willkommen

bei der BfA

in Berlin

Arge QS ambulante Reha

Dez. 8012

Im Namen der

Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung zur Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation

Kontaktstelle:
BfA
Dr. Ulrike Beckmann
Dezernat 8012/H2321
10704 Berlin

Kooperation mit anderen Sozialleistungs-trägern in der Reha-Qualitätssicherung

Dez. 8012

Gemeinsame Erklärung

- der Spitzenverbände der GKV,
- der Spitzenverbände der UV,
- des VDR,
- der BfA und
- der Bundesknappschaft

über eine Zusammenarbeit in der Qualitäts-sicherung der medizinischen Rehabilitation

(Oktober 1999)

Kooperationsvertrag zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramm für die ambulante Rehabilitation

Dez. 8012

Spitzenverbände der Krankenkassen

- AOK-Bundesverband
- BKK-Bundesverband
- IKK-Bundesverband
- Bundesverband der landwirtschaftlichen KK
- Bundesknappschaft
- See-Krankenkasse
- VdAK
- AEV

sowie

- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
- Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

(Juni 2003)

Arge
QS
ambulante
Reha

Zusammenarbeit

Dez. 8012

bei den Entwicklungsarbeiten
an einem Qualitätssicherungsprogramm
für die ambulante medizinische Rehabilitation
zunächst für die Indikationsgebiete

- **Muskuloskeletale Erkrankungen**
- **Kardiologische Erkrankungen**
- **Abhängigkeitserkrankungen**

Arge
QS
ambulante
Reha

Pilotprojekte zur Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation

Dez. 8012

Projekt 1
MSK/Kardiologie
Prof. Jäckel, AQMS

Projekt 2
Abhängigkeitserkrankungen
Prof. Koch, UKE

Arge QS
ambulante Reha

(Januar 2004)

Gesamtziel eines QS-Programms für die ambulante Rehabilitation

Arge
QS
ambulante
Reha

Dez. 8012

Übergeordnetes Gesamtziel ist die Optimierung der Rehabilitation, die durch die Anregung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs mittels systematischer Einrichtungsvergleiche erreicht werden soll, wie auch im § 20 SGB IX gefordert.

Projektbeschreibung

„Qualitätssicherung für ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen für die Indikationsbereiche Muskuloskeletale Erkrankungen (MSK) und kardiologische Erkrankungen“

Projektbeschreibung „Qualitätssicherung für ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen für die Indikationsbereiche Muskuloskeletale Erkrankungen (MSK) und kardiologische Erkrankungen“

1 Hintergrund

1.1 Ziele des zu entwickelnden Qualitätssicherungsprogramms in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen

Auf der Basis der „Gemeinsamen Erklärung der Rehabilitationsträger über eine Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation" soll die Kooperation der Rehabilitationsträger – gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung – bei der Qualitätssicherung in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen mit abgestimmten und gemeinsam vereinbarten Instrumenten und Verfahren weiterentwickelt werden. Grundlage sollen die bisherigen Programme für die stationäre medizinische Rehabilitation sein.

Mit dem Qualitätssicherungsprogramm sollen alle Ebenen und Bereiche, die die Qualität der Rehabilitation beeinflussen, einbezogen werden. Das Programm ist gekennzeichnet durch einen umfassenden Ansatz, der die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Patientenzufriedenheit im Bereich der externen Qualitätssicherung durch die Rehabilitationsträger genauso wie Anstöße für das interne Qualitätsmanagement der Rehabilitationseinrichtungen selbst enthält.

Wichtigste Ziele des Qualitätssicherungsprogramms sind eine am Patienten orientierte Qualitätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation, eine Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens, die Erschließung von Leistungsreserven sowie die Förderung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Als übergeordnetes Gesamtziel ist die Optimierung der Rehabilitation anzusehen, die durch die Anregung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs mittels systematischer Einrichtungsvergleiche erreicht werden soll, wie auch im §20 Sozialgesetzbuch IX gefordert.

1.2 Reha-Qualitätsicherungsprogramm der Rentenversicherung (RV)

Das Qualitätssicherungsprogramm in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung wurde zunächst für die stationäre medizinische Rehabilitation entwickelt. Es stellt seit 1994 sicher, dass in allen Rehabilitationseinrichtungen der Rentenversicherung ein bundesweit vergleichbarer Qualitätsstandard eingehalten wird (Egner et al. 2002). Beteiligt sind bisher alle rentenversicherungseigenen und federführend belegten Einrichtungen, die stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation erbringen, zurzeit ca. 950 Kliniken oder eigenständige Fachabteilungen.

Die in der Routine eingesetzten Instrumente und Verfahren – Dokumentation „Strukturmerkmale“, Manual und Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale, Therapiezielkatalog, Patientenbefragung und Manual für Qualitätszirkel - wurden im Jahr 2000 veröffentlicht (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger). Die aktuell eingesetzten Instrumente können auf der Hompage der BfA (www.bfa.de) und des VDR (www.vdr.de) eingesehen werden.

Die Berichterstattung an die Rehabilitationseinrichtungen und die klinkbetreuenden Abteilungen der einzelnen Rentenversicherungsträger erfolgt regelmäßig als fester Bestandteil des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung.

1.3 Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die Umsetzung eines einheitlichen Qualitätssicherungsverfahrens für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung begann mit dem gemeinsamen Pilotprojekt der Spitzenverbände der Krankenkassen im Jahre 2000. Dabei wurden die Indikationsbereiche der kardiologischen sowie der muskuloskeletalen Erkrankungen in den Fokus gestellt. Seitdem wird das Verfahren unter wissenschaftlicher Begleitung und Einbindung medizinischer Experten auf weitere Indikationsbereiche ausgeweitet und weiterentwickelt. Nach derzeitigen Planungen sollen spätestens im Jahre 2005 alle von der GKV federführend belegten stationären Einrichtungen in das Verfahren eingebunden sein.

Die entwickelten Qualitätsinstrumente decken die Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ab und können auf der Homepage der Spitzenverbände der Krankenkassen eingesehen werden. Die in das Verfahren eingebundenen stationären Einrichtungen erhalten nach Abschluss der Prüfungen einen umfassenden Qualitätsreport der die klinikbezogenen Ergebnisse enthält, aber auch klinikvergleichende Elemente berücksichtigt. Bestandteil des Verfahrens sind u.a. neben einer Prüfung der Strukturqualität und ausführlichen Patientenbefragungen ebenso das Peer-Review-Verfahren sowie eine arztseitige Einschätzung des Rehabilitationserfolges.

2 Durchführung des Projektes

2.1 Konzeptionsphase

Es sollen Instrumente und Verfahren eines gemeinsamen Qualitätssicherungsprogramms für den Bereich der ambulanten Rehabilitation auf der Basis der „BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“ in der aktuellen Fassung (vgl. www.bar-frankfurt.de) beispielhaft für folgende Indikationsgebiete neu und weiterentwickelt werden:

- Muskuloskeletale Erkrankungen (MSK)
- Kardiologische Erkrankungen

Diese Instrumente und Verfahren sollen später auf weitere Indikationsgebiete übertragbar sein und ggf. modifiziert werden können.

2.2 Pilotphase

In dieser Phase werden die entwickelten Instrumente und Verfahren an durch die Mitglieder der Arge zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen, die sich freiwillig beteiligen, für die Indikationsgebiete MSK und Kardiologie erprobt, so dass gegebenenfalls Modifikationen noch vor der Routineeinführung durchgeführt werden können. Der Auftragnehmer benennt die erforderliche Anzahl von Rehabilitationseinrichtungen pro Indikation.

Die Auftraggeber sprechen die Einrichtungen hinsichtlich einer Beteiligung an. Rechte und Pflichten zwischen Auftragnehmer und den sich beteiligenden Einrichtungen sollen Gegenstand separater Vereinbarungen zwischen Auftragnehmer und Einrichtungen sein.

Zunächst werden in der Konzeptionsphase Instrumente und Verfahren für das Indikationsgebiet Abhängigkeitserkrankungen erarbeitet und bewertet, anschließend wird die Entscheidung über deren Erprobung gefällt.

2.3 Vorbereitung der Routine

Es sind mindestens zwei Vorschläge zur Durchführung des Qualitätssicherungsprogramms in der Routine - d.h. mit allen von der RV oder GKV federführend betreuten Rehabilitationseinrichtungen - zu erarbeiten. Die Routine soll einerseits durch ein unabhängiges Institut anderseits durch die Leistungsträger, die die technischen Voraussetzungen hierzu erfüllen, selbst durchgeführt werden können. Insbesondere ist ein trägerübergreifendes Konzept zur Datenerhebung, -erfassung, -analyse, -organisation und -haltung unter Berücksichtigung der oben genannten Vorschläge zu erarbeiten. Auch trägerspezifische Auswertungen müssen möglich sein.

3 Instrumente und Verfahren

Die in den Qualitätssicherungsprogrammen für den Bereich der stationären Rehabilitation eingesetzten bzw. entwickelten Instrumente und Verfahren sollen als Basis für die Entwicklung im Bereich der ambulanten Rehabilitation dienen. Dabei ist vorgesehen, die spezifischen stationären Bereiche zu streichen und v.a. die spezifischen Besonderheiten der ambulanten Rehabilitationsform auf allen Ebenen und Bereichen zu ergänzen oder geeignete „Alternativ-Instrumente und –Verfahren“ zu nutzen. Die Instrumente berücksichtigen das umfassende WHO-Krankheitsfolgenmodell, das die Darstellung des subjektiven Krankheitsverständnisses, die Bedeutung der Krankheitsfolgen für den Rehabilitanden in Alltag und Beruf, seine besonderen Fähigkeiten und Stärken sowie seine Zukunftsvorstellungen beinhaltet.

An einzelnen Punkten ist es sicherlich erforderlich, die unterschiedliche Zielsetzung der einzelnen Reha-Träger zu berücksichtigen. Es sollte deshalb in den entwickelten Instrumenten deutlich werden, welche Teile als Kerndaten genutzt werden, d.h. für alle Bereiche genutzt, und welche Daten modular für einzelne Träger eingesetzt werden.

Es ist davon auszugehen, dass die Verfahren (z. B. Stichprobenziehung) modifiziert werden müssen. Qualitätssicherungsverfahren für den Bereich der ambulanten Rehabilitation fordern eine besondere Berücksichtigung der methodischen Probleme, die mit der im Vergleich zur stationären Rehabilitation kleinen Einrichtungsgröße und Fallzahl verbunden sind.

3.1 Strukturbewertung

Basis für das zu entwickelnde Instrument sollte der auf Spitzenverbandsebene von der Arbeitsgruppe "Harmonisierung der Strukturerhebungsbögen“ zur Zeit erarbeitete gemeinsame Strukturerhebungsbogen sein.

Auch bei der Erhebung der Strukturqualität in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sollen Basis- und Zuweisungskriterien berücksichtigt werden. Auf der Grundlage der Daten sollten die Rehabilitationseinrichtungen nach verschiedenen Struktur- und Patientenmerkmalen in geeignete Gruppen zusammengefasst werden können, die die Grundlage für Einrichtungsvergleiche bilden sollen.

3.2 Peer Review-Verfahren oder geeignete Alternativen

Zur Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität sollen durch Fachkollegen aus Rehabilitationseinrichtungen die erbrachten Rehabilitationsleistungen begutachtet werden (Peer Review-Verfahren). Die Rehabilitationsleistungen werden anhand von Entlassungsberichten und individuellen Patiententherapieplänen bewertet.

Eine Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale soll alle qualitätsrelevanten Bereiche des Rehabilitationsprozesses enthalten:

- Anamnese
- Diagnostik
- Therapieziele und Therapie
- Klinische Epikrise
- Sozialmedizinische Epikrise (spezifische Versionen für RV und GKV)
- Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge

Dazu ist eine zusammenfassende Bewertung der Qualität des gesamten Rehabilitationsprozesses zu ergänzen.

Geeignete Alternativen zur Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität können entwickelt und erprobt werden.

3.3 Patientenbefragung

Es sind zwei Verfahrensmodelle vorgesehen, wobei in der einen Hälfte der Einrichtungen das Verfahrensmodell 1 und in der anderen Hälfte der Einrichtungen das Verfahrensmodell 2 angewandt werden soll.

Modell 1:

Die Patientenbefragung auf der Basis der RV-Version bezieht die Einschätzung des Rehabilitanden zu Zufriedenheit und Ergebnis der Rehabilitation in das Qualitätssicherungsprogramm ein. Die Patienten werden 8-10 Wochen nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme einmalig befragt. Der Fragebogen erfasst Auskünfte zu allgemeinen Angaben zur Rehabilitation, zum Klinikaufenthalt, zu gesundheitlichen Beschwerden, zu gesundheitsbedingten Einschränkungen im Beruf und Alltag, zu den Lebensgewohnheiten, zur Erwerbstätigkeit, zum Leistungsvermögen und zur Rente. Aus den Routinedaten (v.a. Entlassungsberichte) werden von den Rentenversicherungsträgern Kovariablen zur Patientenstruktur in die Auswertungen mit einbezogen. Es ist zu prüfen, ob eine Ergänzung eines Messzeitpunktes (bei Aufnahme) als Modifikation dieses Modells sinnvoll ist.

Modell 2:

Modell 2 gründet sich auf dem QS-Verfahren der GKV. Zur Messung der Ergebnisqualität wird ein Patientenfragebogen eingesetzt. Patienten, die im Rahmen der 6-monatigen Patientenaufnahmephase fortlaufend aufgenommen werden, füllen den Fragebogen aus. Der Fragebogen wird den Patienten zu drei Messzeitpunkten vorgelegt: bei der Aufnahme, bei Entlassung und 6 Monate nach der Entlassung. Daneben wird ein Fragebogen zur Patientenzufriedenheit eingesetzt. Der Fragebogen wird von den Patienten bei Entlassung ausgefüllt. Er soll die Zufriedenheit des Patienten mit dem Angebot und den Leistungen einer Rehabilitationseinrichtung erfassen. Dabei sind auch ereignisbezogene Items integriert. Diese Items sollen zusätzliche, von der subjektiven Patientenzufriedenheit unabhängigere Informationen liefern, die eng mit Prozess- und Strukturaspekten verknüpft sind.

Der Aufwand beider Modelle ist zu dokumentieren, um den Sozialleistungsträgern die Entscheidungsgrundlage für das Vorgehen in der Routine unter Berücksichtigung der trägerspezifischen Bedingungen zu bieten.

3.4 Arzt-/Therapeutenbefragung

Bei Aufnahme und Entlassung sollten individuelle Zielparameter mittels eines Erfassungsbogens erhoben werden. Die Einbeziehung dieser Dokumentation in das Peer Review sollte untersucht werden, um diese Unterlagen im einrichtungsbezogenen Informationssystem für Vergleiche nutzen zu können. Es ist vorgesehen, den Aufwand zu dokumentieren.

3.5 Visitationen

Eine standardisierte Dokumentation der Visitationen sowie eine Visitations-Checkliste sind zu entwickeln, die die trägerspezifischen Verfahren (externe oder träger-interne Durchführung der Visitation) berücksichtigen.

4 Zeitplan

Beginn 1. März 2004 mit einer Laufzeit von 21 Monaten,

davon:

- Konzeptionsphase 6 Monate
- Pilotphase 12 Monate
- Vorbereitung der Routine 3 Monate

Projektbeschreibung

„Qualitätssicherung für ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen“

Projektbeschreibung
„Qualitätssicherung für ambulante medizinische Rehabilitationsleistungen Indikationsberich Abhängigkeitserkrankungen “

1 Hintergrund

1.1 Ziele des zu entwickelnden Qualitätssicherungsprogramms in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen

Auf der Basis der „Gemeinsamen Erklärung der Rehabilitationsträger über eine Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation" soll die Kooperation der Rehabilitationsträger – gesetzliche Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung – bei der Qualitätssicherung in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen mit abgestimmten und gemeinsam vereinbarten Instrumenten und Verfahren weiterentwickelt werden. Grundlage sollen die bisherigen Programme für die stationäre medizinische Rehabilitation sein.

Mit dem Qualitätssicherungsprogramm sollen alle Ebenen und Bereiche, die die Qualität der Rehabilitation beeinflussen, einbezogen werden. Das Programm ist gekennzeichnet durch einen umfassenden Ansatz, der die Bereiche Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie Patientenzufriedenheit im Bereich der externen Qualitätssicherung durch die Rehabilitationsträger genauso wie Anstöße für das interne Qualitätsmanagement der Rehabilitationseinrichtungen selbst enthält.

Wichtigste Ziele des Qualitätssicherungsprogramms sind eine am Patienten orientierte Qualitätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation, eine Erhöhung der Transparenz des Leistungsgeschehens, die Erschließung von Leistungsreserven sowie die Förderung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements. Als übergeordnetes Gesamtziel ist die Optimierung der Rehabilitation anzusehen, die durch die Anregung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs mittels systematischer Einrichtungsvergleiche erreicht werden soll, wie auch im §20 Sozialgesetzbuch IX gefordert.

1.2 Reha-Qualitätsicherungsprogramm der Rentenversicherung (RV)

Das Qualitätssicherungsprogramm in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung wurde zunächst für die stationäre medizinische Rehabilitation entwickelt. Es stellt seit 1994 sicher, dass in allen Rehabilitationseinrichtungen der Rentenversicherung ein bundesweit vergleichbarer Qualitätsstandard eingehalten wird (Egner et al. 2002). Beteiligt sind bisher alle rentenversicherungseigenen und federführend belegten Einrichtungen, die stationäre medizinische Leistungen zur Rehabilitation erbringen, zurzeit ca. 950 Kliniken oder eigenständige Fachabteilungen.

Die in der Routine eingesetzten Instrumente und Verfahren – Dokumentation „Strukturmerkmale“, Manual und Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale, Therapiezielkatalog, Patientenbefragung und Manual für Qualitätszirkel - wurden im Jahr 2000 veröffentlicht (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger). Die aktuell eingesetzten Instrumente können auf der Hompage der BfA (www.bfa.de) und des VDR (www.vdr.de) eingesehen werden.

Die Berichterstattung an die Rehabilitationseinrichtungen und die klinkbetreuenden Abteilungen der einzelnen Rentenversicherungsträger erfolgt regelmäßig als fester Bestandteil des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der gesetzlichen Rentenversicherung.

1.3 Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Die Umsetzung eines einheitlichen Qualitätssicherungsverfahrens für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung begann mit dem gemeinsamen Pilotprojekt der Spitzenverbände der Krankenkassen im Jahre 2000. Dabei wurden die Indikationsbereiche der kardiologischen sowie der muskuloskeletalen Erkrankungen in den Fokus gestellt. Seitdem wird das Verfahren unter wissenschaftlicher Begleitung und Einbindung medizinischer Experten auf weitere Indikationsbereiche ausgeweitet und weiterentwickelt. Nach derzeitigen Planungen sollen spätestens im Jahre 2005 alle von der GKV federführend belegten stationären Einrichtungen in das Verfahren eingebunden sein.

Die entwickelten Qualitätsinstrumente decken die Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ab und können auf der Homepage der Spitzenverbände der Krankenkassen eingesehen werden. Die in das Verfahren eingebundenen stationären Einrichtungen erhalten nach Abschluss der Prüfungen einen umfassenden Qualitätsreport der die klinikbezogenen Ergebnisse enthält, aber auch klinikvergleichende Elemente berücksichtigt. Bestandteil des Verfahrens sind u.a. neben einer Prüfung der Strukturqualität und ausführlichen Patientenbefragungen ebenso das Peer-Review-Verfahren sowie eine arztseitige Einschätzung des Rehabilitationserfolges.

2 Durchführung des Projektes

Es sollen Instrumente und Verfahren eines gemeinsamen Qualitätssicherungsprogramms für den Bereich der ambulanten Rehabilitation auf der Basis der „BAR-Rahmenempfehlungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation“ in der aktuellen Fassung (vgl. www.bar-frankfurt.de) sowie der „Vereinbarung über die Zusammenarbeit der GKV und RV bei der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker in der aktuellen Fassung für die Indikation Abhängigkeitserkrankungen neu und weiterentwickelt werden.

3 Instrumente und Verfahren

Die in den Qualitätssicherungsprogrammen für den Bereich der stationären Rehabilitation eingesetzten bzw. entwickelten Instrumente und Verfahren sollen als Basis für die Entwicklung im Bereich der ambulanten Rehabilitation dienen. Dabei ist vorgesehen, die spezifischen stationären Bereiche zu streichen und v.a. die spezifischen Besonderheiten der ambulanten Rehabilitationsform auf allen Ebenen und Bereichen zu ergänzen oder geeignete „Alternativ-Instrumente und –Verfahren“ zu nutzen. Die Instrumente berücksichtigen das umfassende WHO-Krankheitsfolgenmodell, das die Darstellung des subjektiven Krankheitsverständnisses, die Bedeutung der Krankheitsfolgen für den Rehabilitanden in Alltag und Beruf, seine besonderen Fähigkeiten und Stärken sowie seine Zukunftsvorstellungen beinhaltet.

An einzelnen Punkten ist es sicherlich erforderlich, die unterschiedliche Zielsetzung der einzelnen Reha-Träger zu berücksichtigen. Es sollte deshalb in den entwickelten Instrumenten deutlich werden, welche Teile als Kerndaten genutzt werden, d.h. für alle Bereiche genutzt, und welche Daten modular für einzelne Träger eingesetzt werden.

Es ist davon auszugehen, dass die Verfahren (z. B. Stichprobenziehung) modifiziert werden müssen. Qualitätssicherungsverfahren für den Bereich der ambulanten Rehabilitation fordern eine besondere Berücksichtigung der methodischen Probleme, die mit der im Vergleich zur stationären Rehabilitation kleinen Einrichtungsgröße und Fallzahl verbunden sind.

Es könnten die umfangreichen Routinestatistiken und die vorhandenen Katamnesedaten genutzt werden, um den Behandlungseinrichtungen im Suchtbereich keine Doppeldokumentation zuzumuten. Ein „schlankes“ Qualitätssicherungsprogramm ist notwendig, um den Aufwand für die Qualitätssicherung in ein vertretbares Verhältnis zu den erbrachten Leistungen

zu bringen. Da im Bereich der ambulanten Rehabilitation die Indikation Abhängigkeitserkrankungen sowohl die längste Erfahrung als auch die größten Fallzahlen besitzt, wurden die Entwicklungen der BfA bereits in dieser Indikation begonnen.

3.1 Strukturbewertung

Basis für das zu entwickelnde Instrument sollte der auf Spitzenverbandsebene von der Arbeitsgruppe "Harmonisierung der Strukturerhebungsbögen“ zur Zeit erarbeitete gemeinsame Strukturerhebungsbogen sein.

Auch bei der Erhebung der Strukturqualität in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sollen Basis- und Zuweisungskriterien berücksichtigt werden. Auf der Grundlage der Daten sollten die Rehabilitationseinrichtungen nach verschiedenen Struktur- und Patientenmerkmalen in geeignete Gruppen zusammengefasst werden können, die die Grundlage für Einrichtungsvergleiche bilden sollen.

3.2 Peer Review-Verfahren oder geeignete Alternativen

Zur Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität sollen durch Fachkollegen aus Rehabilitationseinrichtungen die erbrachten Rehabilitationsleistungen begutachtet werden (Peer Review-Verfahren). Die Rehabilitationsleistungen werden anhand von Entlassungsberichten und individuellen Patiententherapieplänen bewertet.

Eine Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale soll alle qualitätsrelevanten Bereiche des Rehabilitationsprozesses enthalten:

- Anamnese
- Diagnostik
- Therapieziele und Therapie
- Klinische Epikrise
- Sozialmedizinische Epikrise (spezifische Versionen für RV und GKV)
- Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge

Dazu ist eine zusammenfassende Bewertung der Qualität des gesamten Rehabilitationsprozesses zu ergänzen.

Geeignete Alternativen zur Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität können entwickelt und erprobt werden.

3.3 Patientenbefragung

Es sind zwei Verfahrensmodelle vorgesehen, wobei in der einen Hälfte der Einrichtungen das Verfahrensmodell 1 und in der anderen Hälfte der Einrichtungen das Verfahrensmodell 2 angewandt werden soll.

Modell 1:

> Die Patientenbefragung auf der Basis der RV-Version bezieht die Einschätzung des Rehabilitanden zu Zufriedenheit und Ergebnis der Rehabilitation in das Qualitätssicherungsprogramm ein. Die Patienten werden 8-10 Wochen nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme einmalig befragt. Der Fragebogen erfasst Auskünfte zu allgemeinen Angaben zur Rehabilitation, zum Klinikaufenthalt, zu gesundheitlichen Beschwerden, zu gesundheitsbedingten Einschränkungen im Beruf und Alltag, zu den Lebensgewohnheiten, zur Erwerbstätigkeit, zum Leistungsvermögen und zur Rente. Aus den

Routinedaten (v.a. Entlassungsberichte) werden von den Rentenversicherungsträgern Kovariablen zur Patientenstruktur in die Auswertungen mit einbezogen. Es ist zu prüfen, ob eine Ergänzung eines Messzeitpunktes (bei Aufnahme) als Modifikation dieses Modells sinnvoll ist.

Modell 2:

Modell 2 gründet sich auf dem QS-Verfahren der GKV. Zur Messung der Ergebnisqualität wird ein Patientenfragebogen eingesetzt. Patienten, die im Rahmen der 6-monatigen Patientenaufnahmephase fortlaufend aufgenommen werden, füllen den Fragebogen aus. Der Fragebogen wird den Patienten zu drei Messzeitpunkten vorgelegt: bei der Aufnahme, bei Entlassung und 6 Monate nach der Entlassung. Daneben wird ein Fragebogen zur Patientenzufriedenheit eingesetzt. Der Fragebogen wird von den Patienten bei Entlassung ausgefüllt. Er soll die Zufriedenheit des Patienten mit dem Angebot und den Leistungen einer Rehabilitationseinrichtung erfassen. Dabei sind auch ereignisbezogene Items integriert. Diese Items sollen zusätzliche, von der subjektiven Patientenzufriedenheit unabhängigere Informationen liefern, die eng mit Prozess- und Strukturaspekten verknüpft sind.

Der Aufwand beider Modelle ist zu dokumentieren, um den Sozialleistungsträgern die Entscheidungsgrundlage für das Vorgehen in der Routine unter Berücksichtigung der trägerspezifischen Bedingungen zu bieten.

3.4 Arzt-/Therapeutenbefragung

Bei Aufnahme und Entlassung sollten individuelle Zielparameter mittels eines Erfassungsbogens erhoben werden Die Einbeziehung dieser Dokumentation in das Peer Review sollte untersucht werden, um diese Unterlagen im einrichtungsbezogenen Informationssystem für Vergleiche nutzen zu können. Es ist vorgesehen, den Aufwand zu dokumentieren.

3.5 Visitationen

Eine standardisierte Dokumentation der Visitationen sowie eine Visitations-Checkliste sind zu entwickeln, die die trägerspezifischen Verfahren (externe oder träger-interne Durchführung der Visitation) berücksichtigen.

4 Zeitplan

Beginn 1. März 2004 mit einer Laufzeit von 12 Monaten.

Prof. Dr. Wilfried Jäckel

AQMS, Universitätsklinikum Freiburg

Grundlagen der Qualitätssicherung

QS Ambulante Reha

Berlin, 18.11.2004

Grundlagen der Qualitätssicherung

Wilfried H. Jäckel

Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg
Hochrhein-Institut für Rehabilitationsforschung

These

- In keinem anderen Bereich des Gesundheitsversorgungssystem gibt es ein vergleichsweise **umfassendes, wissenschaftlich fundiertes und flächendeckend implementiertes** Qualitätssicherungsprogramm.

Gliederung

- Definition von Qualität
- Geschichte der Qualitätssicherung (QS)
- Begründung für QS in der Reha
- Besonderheiten der QS-Programme in der Reha

Qualitätssicherung durch HRI / AQMS - Projekte -

BfA und VDR	Prüfung der Prozeßqualität
BARMER	Qualitätsprofile von 40 AHB-Kliniken
AOK Baden-Württemberg	Qualitätsprofile von 13 Kliniken
AOK-Klinik GmbH	Qualitätsprofile der eigenen Einrichtungen
MGW	Qualitätsprofile von 63 Einrichtungen
Spitzenverbände GKV	Einheitliches Verfahren zur QS in stat. Reha
ISQ	QS in Physiotherapieschulen
BfA	Leitlinien in Rehabilitation bei Rückenschmerzen
GKV und RV	QS in der ambulanten Reha

Gliederung

- Definition von Qualität
- Geschichte der Qualitätssicherung (QS)
- Begründung für QS in der Reha
- Besonderheiten der QS-Programme in der Reha

- **Wirtschaft:**
  - Qualität ist wenn der Kunde zurück kommt, nicht das Produkt
- **Gesundheitsversorgung:**
  - Qualität ist wenn der Patient zurück kommt, nicht der Rechtsanwalt

Gute Qualität

- Erreichen definierter Ziele
- Keine Verschwendung von Ressourcen
- Keine vermeidbaren Risiken
  - für Patienten
  - für Mitarbeiter

Nomenklatur

- Qualitätskontrolle
- Qualitätssicherung
- Total quality management

Gliederung

- Definition von Qualität
- Geschichte der Qualitätssicherung (QS)
- Begründung für QS in der Reha
- Besonderheiten der QS-Programme in der Reha

Geschichte der QS in der Reha

1994 QS-Programm der Rentenversicherung

2000 QS-Programm der Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung

2004 QS-Programm der RV und GKV in der ambulanten Reha

Qualitätssicherungsprogramme in der Rehabilitation

QS-Programm VDR / BfA	QS-Programm GKV	QS-Programm UVV

Gliederung

- Definition von Qualität
- Geschichte der Qualitätssicherung (QS)
- Begründung für QS in der Reha
- Besonderheiten der QS-Programme in der Reha

Begründung für Qualitätssicherung

- Gesetzlicher Auftrag
- Konkurrenz der Anbieter
- Neue Vergütungsformen
- Forderung nach Transparenz der Angebote im Gesundheitssystem

Begründung für Qualitätssicherung

- Gesetzlicher Auftrag
- Konkurrenz der Anbieter
- Neue Vergütungsformen
- Forderung nach Transparenz der Angebote im Gesundheitssystem
- Verbesserung der Qualität

Gliederung

- Definition von Qualität
- Geschichte der Qualitätssicherung (QS)
- Begründung für QS in der Reha
- Besonderheiten der QS-Programme in der Reha

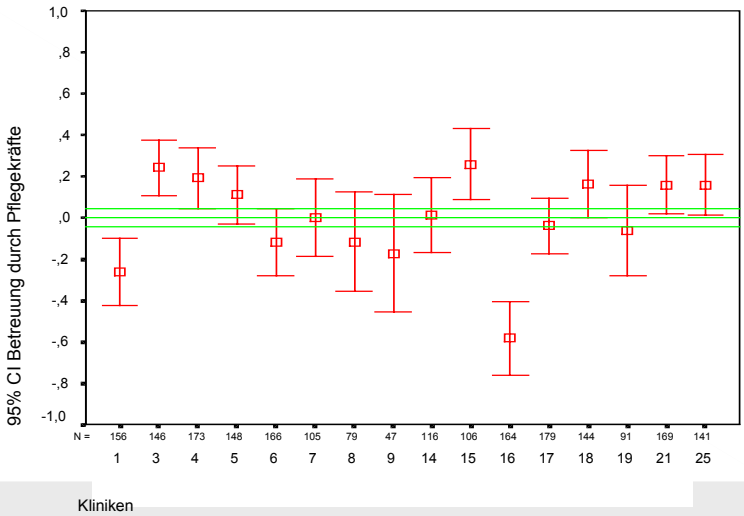
Indikationen

- Muskuloskelettale Krankheiten
- Kardiologie
- Psychosomatik
- Sucht
- Neurologie
- Gastroenterologie / Stoffwechsel
- Onkologie
- Pneumologie
- Dermatologie

Diagnosen

- **Nicht nur Tracerdiagnosen !!**

Patientenzufriedenheit (Betreuung Pflege)
(Muskuloskelettale Erkrankungen)



Routine-Einsatz

- ~ 950 Kliniken im QS-Programm der RV
- Über 150 Kliniken im QS-Programm der GKV

Dr. Ulrike Beckmann

BfA Berlin

Zusammenarbeit der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung in der ambulanten Rehabilitation

Diskussionsforum zum Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation“ am 18. November 2004 in Berlin

Dez. 8012

Zusammenarbeit der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung in der ambulanten Rehabilitation

Dr. Ulrike Beckmann
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
Dez. 8012/H 2321, 10704 Berlin
Tel.: 030 865-21836
Fax: 030 865-27482
email: ulrike.beckmann@bfa.de

Dez. 8012

Gliederung

- Rahmenbedingungen
- Einheitliches Qualitätssicherungs-programm in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung
- Ausblick

Ziele der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung

Dez. 8012

- Auswirkungen der Krankheit auf die Erwerbsfähigkeit verringern
- vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindern
- dauerhafte (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben erreichen

Medizinische Rehabilitation 2003 Gesetzliche Rentenversicherung

Dez. 8012

Anträge auf Leistungen	**1.362.199**
Abgeschlossene Leistungen	**845.618**
darunter Entwöhnungsbehandlungen	51.123
Aufwendungen (in Mio. EURO)	**3.088,4**
darunter Entwöhnungsbehandlungen	527,0

Externe Qualitätssicherung durch die Rentenversicherungsträger

Dez. 8012

- Personelle, apparative, räumliche Ausstattung
- Patientenbefragungen (z.B. 15% aller BfA)
- Forderung nach Ausbau der Qualitätssicherung in der Rehabilitation (1993)
- Rentenversicherungsweite Einführung des Reha-Qualitätssicherungsprogramms (1994)
- Routineeinsatz der entwickelten Instrumente und Verfahren (seit 1997)

Allgemeine Ziele des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung

Dez. 8012

- Am Patienten orientierte generelle Qualitätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation
- Bedarfsgerechte Versorgung
- Kontinuierliche Qualitätsentwicklung
- Transparenz des Leistungsgeschehens
- Erschließung von Leistungsreserven
- Förderung des internen Qualitätsmanagements

Grundlagen des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der RV

Dez. 8012

- Routineprogramm mit Federführungsprinzip
- Wissenschaftliche Begleitung
- Regelmäßiges Informations- und Berichtswesen mit klinikvergleichendem Ansatz
- Förderung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs

Beteiligte Einrichtungen im Reha-Qualitätssicherungsprogramm

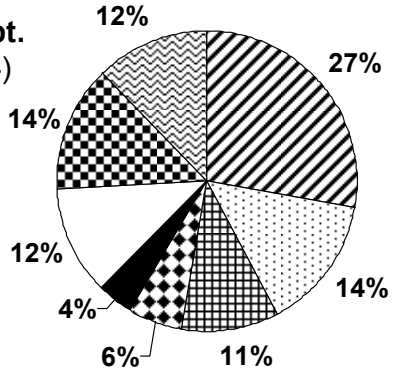
Dez. 8012

- stationäre medizinische Rehabilitation für Erwachsene (950, davon 350 BfA)
  - eigene Rehabilitationskliniken der Rentenversicherung
  - federführend betreute Vertragsrehabilitationskliniken

Durch die BfA betreute Einrichtungen im Reha-Qualitätssicherungsprogramm

Dez. 8012

353 Kliniken/Fachabt.
(Stand: Oktober 2004)



Orthopädie	Kardiologie	Onkologie
Neurologie	Pulmologie	sonstige Somatik
Sucht	Psychosomatik	

www.bfa.de

Instrumente und Verfahren www.vdr.de im Reha-Qualitätssicherungsprogramm

Dez. 8012

- Erfassung der Struktur und Optimierung der Zuweisungssteuerung - Strukturerhebungen
- Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität durch Einzelfallbeurteilungen - Peer Review
- Erfassung der Ergebnisqualität mittels - Patientenbefragungen
- Trägerspezifische Ergänzungen

Zentrale Merkmale der Strukturerhebung

Dez. 8012

- **Voraussetzung für Prozess- und Ergebnisqualität**
- **Daten für Belegung und Zuweisung**
- **Daten für die Bildung von Vergleichsgruppen**

Weiterentwicklung der Strukturerhebung

Dez. 8012

- **Gemeinsame Erhebungsinstrumente von Renten- und Krankenversicherung im stationären Bereich** (somatische sowie psychosomatische und Abhängigkeitserkrankungen)
- **Für den Bereich der RV: Überprüfung der Bewertungskriterien anhand der Ergebnisse der für 2005 geplanten flächendeckenden Strukturerhebung**

Zentrale Merkmale des Peer Review

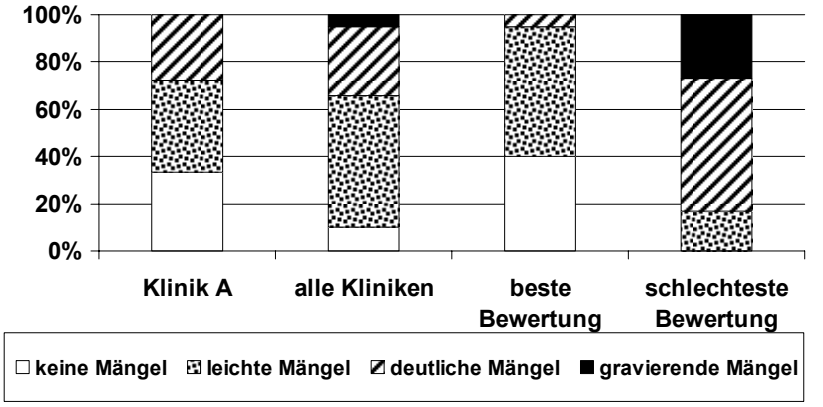
Dez. 8012

- Beurteilung der Prozessqualität indikations-bezogen durch erfahrene Fachkollegen
- Beurteilung erfolgt anhand definierter Kriterien (Manual und Checkliste)
- Standardisiertes "Material" (Entlassungsbericht und Therapieplan)
- Zufallsstichprobe von 20 Fällen pro Klinik

Ergebnisbericht „Peer Review“ Beispiel Indikation Orthopädie 2001

Dez. 8012

Zusammenfassende Bewertung Reha-Prozess



Weiterentwicklung des Peer Review

Dez. 8012

- Harmonisierung der Instrumente zwischen Renten- und Krankenversicherung
- Anpassung an ICF, d.h. Berücksichtigung des biopsychosozialen Krankheitsfolgen-modell bei der Operrationalisierung der qualitätsrelevanten Prozessmerkmalen

Zentrale Merkmale der Patientenbefragung

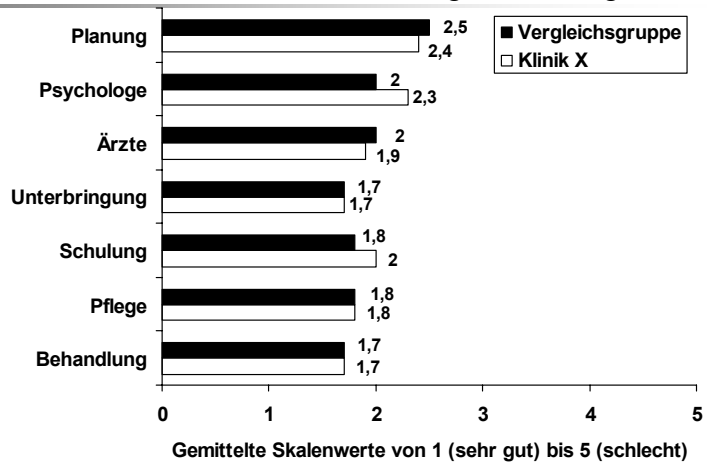
Dez. 8012

- **Bewertung der Rehabilitation aus Betroffenen-Sicht**
- **zufällig ausgewählte Patienten (**über 100.000 Fragebogen pro Jahr, Rücklauf etwa 65 Prozent)
- **schriftliche Befragung 8-12 Wochen nach Abschluss der Rehabilitation**
- **Zufriedenheit des Patienten mit Behandlungs-prozess und Bewertung des Ergebnisses**

Patientenbefragung 2002- Orthopädie: einzelne Klinik im Vergleich zur Gruppe

Dez. 8012

Zufriedenheit mit Behandlung/Betreuung



Quelle: Patientenbefragung 1. Halbjahr 2002

Weiterentwicklung Patientenbefragung

Dez. 8012

- **Bisher keine Harmonisierung der Instrumente und Verfahren zwischen Renten- und Krankenversicherung, da grundsätzliche Unterschiede bestehen**
- **Weiterentwicklung der RV**
  - überarbeiteter und gestraffter Fragebogen
  - methodisch verbesserte Klinikvergleiche
  - neues Rückmeldekonzept

Input für das interne Qualitätsmanagement

Dez. 8012

Bearbeitung und Analyse der Ergebnisse aus den Qualitätssicherungsberichten

⇩

Einleitung zielgerichteter qualitätsverbessernder Maßnahmen, um Konzepte und Ergebnisse des rehabilitativen Handelns unter Qualitäts-aspekten zu betrachten.

Ausblick

Dez. 8012

- **Verstärkte Aktivitäten zur Messung der Ergebnisqualität**
- **Modifikation der Instrumente und Verfahren unter Berücksichtigung der Reha-Leitlinien**
- **Ausbau der Kooperation der Rehabilitationsträger**
  - QS der ambulanten medizinischen Rehabilitation
  - QS medizinische Rehabilitation für Kinder

Oliver Blatt

VdAK

Zusammenarbeit der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung in der ambulanten Rehabilitation

Diskussionsforum zum Pilotprojekt
„Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation“

Zusammenarbeit der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung in der ambulanten Rehabilitation

Oliver Blatt

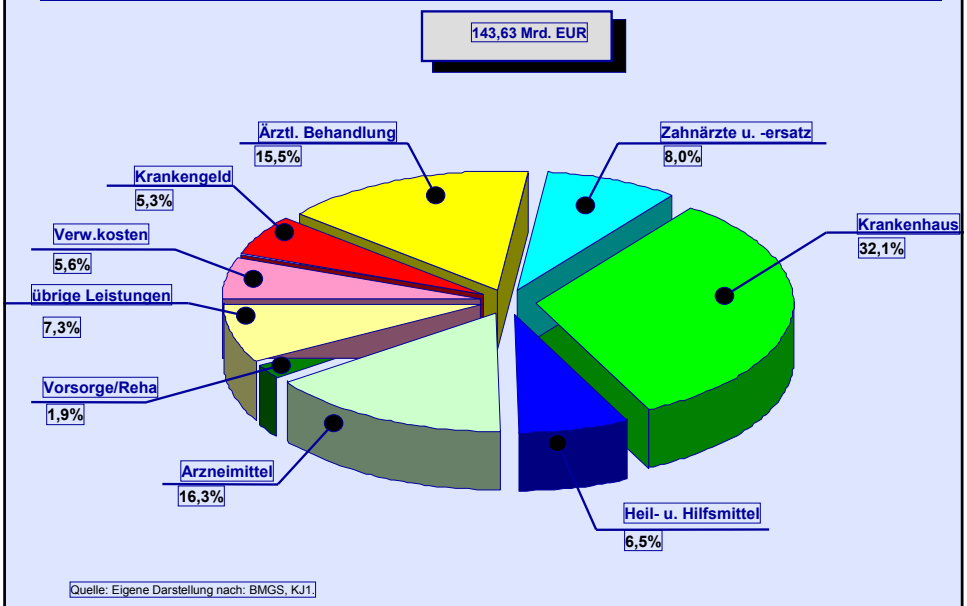
Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK)

Medizinische Rehabilitation in der GKV (1)

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

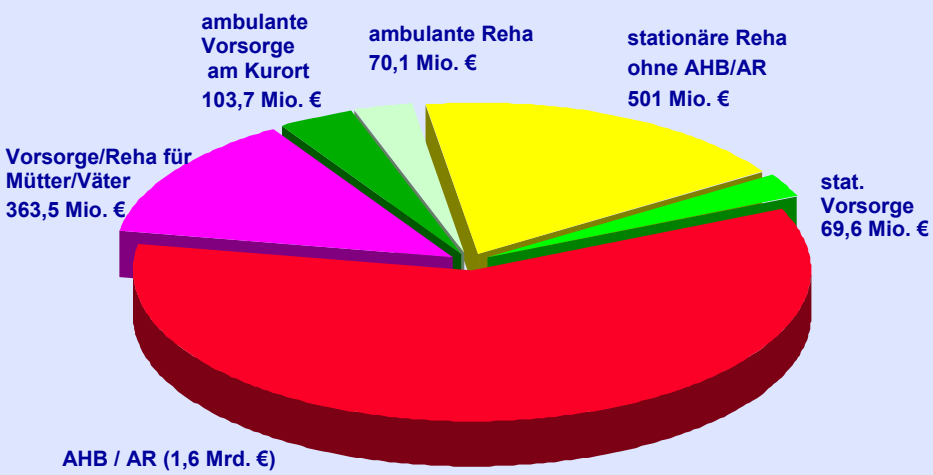
- **Ambulante** Rehabilitation einschl. AHB/AR
- **Stationäre** Rehabilitation einschl. AHB/AR
- Rehabilitation von **Kindern/Jugendlichen**
- Rehabilitation für **Mütter/Mutter-Kind** bzw. Väter/Vater-Kind
- **Ergänzende Leistungen** zur Rehabilitation
  - Rehasport/Funktionstraining (§ 44 SGB IX)
  - Patientenschulung
  - Nachsorge

Med. Rehabilitation in der GKV (2)



Quelle: Eigene Darstellung nach: BMGS, KJ1.

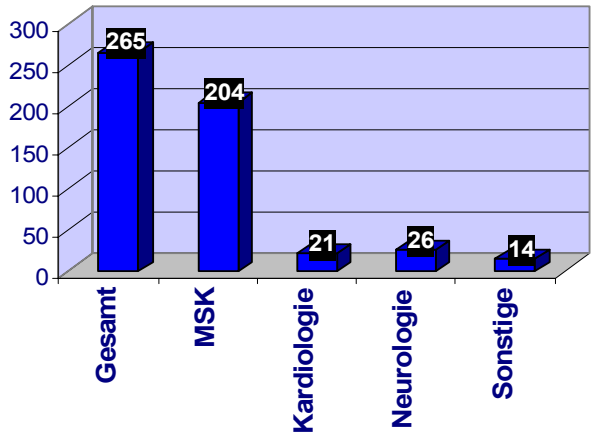
Medizinische Rehabilitation in der GKV (3)



Summe: 2,7 Mrd €

Ambulante Rehabilitation in der GKV

Zulassung auf Grundlage der BAR-Rahmenempfehlungen



Rechtliche Rahmenbedingungen der QS (1)

- **§ 20 SGB IX**
  - alle Rehabilitationsträger legen Grundsätze der externen QS und des internen QM fest
  - vergleichende Qualitätsanalysen
- **§ 135a SGB V (ambulant und stationär)**
  - Teilnahme an externen einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung
  - Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (QM)
- **§ 137d SGB V (ambulant und stationär)**
  - QS-Vereinbarung zu Grundlagen der QS und über Anforderungen an internes QM

Bedeutung von Qualität (2)

Erwartungen an die Qualitätssicherung

- **Transparente** Versorgungsabläufe
- **Vergleichende** Qualitätsanalysen
- Sicherung eines **bedarfsgerechten** Angebotes
- Abbau von Über- und Unterinanspruchnahme
- **Transparente Entscheidungen** bei der GKV/RV
- **Qualitätswettbewerb**
- **Anpassung/Weiterentwicklung** von Rehabilitationskonzepten
- **Förderung und Stärkung** des Versorgungssektors

Das externe QS-Verfahren der GKV

QS Reha®

Qualitäts-Sicherung
medizinische Rehabilitation

www.qs-reha.de

Inhalte QS-Reha (1)

Leitgedanken der Qualitätssicherung

Umfassend:	**Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität**
Vergleichend:	**Klinikvergleiche**
Einheitlich:	**Einheitliche(r) Instrumente/Maßstab**
Detailliert:	**Defizite identifizierbar, Input für QM**

Messinstrumente und QS-Dimensionen

Ergebnisqualität

→ Arztbogen (2 Punkt-Messung)
IRES-Fragebogen (3 Punkt-Messung)
+ ggf. indikationsspezifische Fragebögen

Patientenzufriedenheit

→ Fragebogen mit ereignisorientierten Items

Strukturqualität

→ Strukturbogen
Visitationen

Prozessqualität

→ Peer Review
Verfahren

Inhalte QS-Reha (2)

Leitgedanken der Qualitätssicherung

Umfassend:	**Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität**
Vergleichend:	**Klinikvergleiche**
Einheitlich:	**Einheitliche(r) Instrumente/Maßstab**
Detailliert:	**Defizite identifizierbar, Input für QM**

Klinikvergleich

Prinzip des „fairen“ Vergleiches

- **Klinikvergleiche** frei von patientenspezifischen Einflussgrößen (=Risikoadjustierung) wie z.B. Alter, Geschlecht, Schulabschluss,Schweregrad der Erkrankung etc.
- **Vergleiche** nur in der jeweiligen Indikation
- **Klinikvergleich** als Grundlage für Auswahl der Einrichtung (Patient, Leistungsträger)

Inhalte QS-Reha (3)

Leitgedanken des QS-Reha-Verfahrens

Umfassend:	**Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität**
Vergleichend:	**Klinikvergleiche**
Einheitlich:	**Einheitliche(r) Instrumente/Maßstab**
Detailliert:	**Defizite identifizierbar, Input für QM**

Einheitlichkeit

These:
Aus wirtschaftlicher Sicht ist die Zulassung durch GKV und RV für die Einrichtung (lebens-)notwendig !

daher:

muss auch Qualitätssicherung trägerübergreifend einheitlich ausgestaltet sein !!

Sieben Kassenarten und die Rentenversicherung:
ein QS-Verfahren im ambulanten Bereich

=

Einheitliche(r) Standard / Messverfahren

Inhalte QS-Reha

Leitgedanken des QS-Reha-Verfahrens

Umfassend:	**Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität**
Vergleichend:	**Klinikvergleiche**
Einheitlich:	**Einheitliche(r) Instrumente/Maßstab**
Detailliert:	**Defizite identifizierbar, Input für QM**

Rückmeldung der QS-Ergebnisse

Klinikbezogene Qualitätsergebnisse

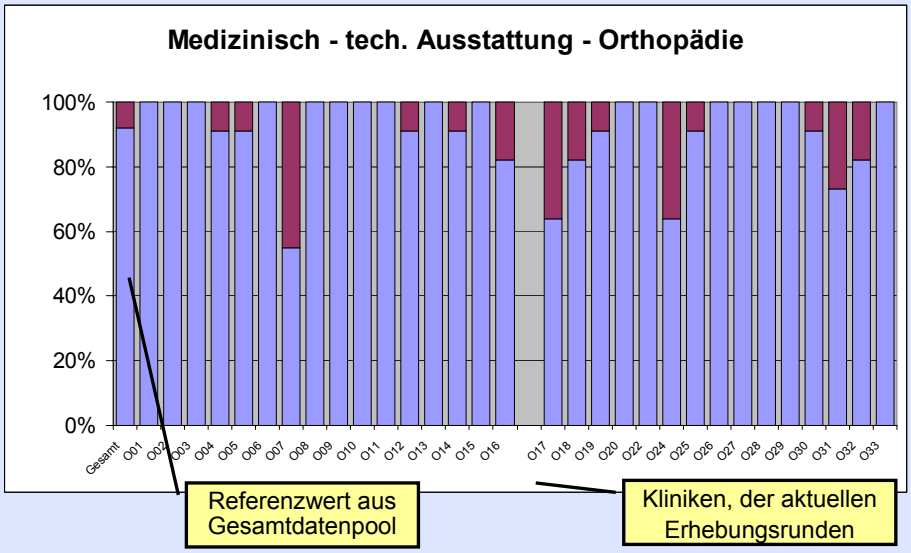
- Enthält **detaillierte Angaben** über die Qualitätsergebnisse der Einrichtung **jeder Qualitätsdimension**
- Enthält **vergleichende Analysen** mit anderen Einrichtungen (derselben Indikation)
- Zeigt Schwachstellen und Stärken der Einrichtung auf
- Input für internes Qualitätsmanagement
- Basis für **Qualitätsdialog** mit den Einrichtungen

Beispiel aus dem QS-Reha-Verfahren der GKV

Die QS-Synopse

Struktur-qualität		Prozess-qualität		Ergebnis-qualität		Patienten-zufriedenheit		Mitarbeiter-zufriedenheit	
Gesamt	92% der BKs[1] erfüllt	Gesamt 14% gravierende Mängel	●	Gesamt – kurzfristig	●	Gesamt	●	Gesamt	▲
				Gesamt – mittelfristig	●				
Räumliche Ausstattung	86% der BKs[1] erfüllt	Anamnese 10% gravierende Mängel	●	Somatischer Status *(kurzfristig)*	●	Ärztliche Betreuung	●	Betriebsklima	▲
Medizinisch-technische Ausstattung	100% der BKs erfüllt	Diagnostik 8% gravierende Mängel	●	Funktionaler Status *(kurzfristig)*	▼	Pflegerische Betreuung	▲	Führungsstil des Vorgesetzten	▲
Therapeut. Behandl./ Schulungen/ Patientenbetreuung	95% der BKs erfüllt	Therapieplanung 12% gravierende Mängel	●	Psychosozialer Status *(kurzfristig)*	●	Psychologische Betreuung	●	Interne Organisation und Kommunikation	▲
Personelle Ausstattung	82% der BKs erfüllt	Sozialmed. Stellungnahme 32% gravierende Mängel	▼	Somatischer Status *(mittelfristig)*	●	Behandlungen	▼		
Konzeptionelle Grundlagen	100% der BKs erfüllt	Nachsorge 12% gravierende Mängel	●	Funktionaler Status *(mittelfristig)*	●	Gesundheitsprogramm	●		
Internes Qualitätsmanagement	86% der BKs erfüllt	Verlauf und Epikrise 12% gravierende Mängel	●	Psychosozialer Status *(mittelfristig)*	●	Nichtmedizin. Dienstleistungen	●		

QS-Ergebnisse im QS-Reha-Verfahren der GKV



Qualitätssicherung - für wen?

Für den Patienten/Versicherten

Mitbestimmung bei Auswahl der Einrichtung
(§ 9, SGB IX)

→ Daten werden gemäß QS-Vereinbarung nach § 137d SGB V zugänglich sein

Für den Leistungserbringer

Transparenz über Versorgungsabläufe in den Einrichtungen, Schwachstellenanalyse, Kostensenkung, Input für internes QM

→ Qualität verbessert die Wettbewerbsposition

Qualitätssicherung - für wen?

Für die Leistungsträger (Beleger)

Ausrichtung der **Belegung und Preisgestaltung** an der Qualität ausrichten

→ Optimaler Einsatz der immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen (§ 12 SGB V - Wirtschaftlichkeitsgebot)

→ Im Rahmen von Qualitätsdialogen werden die Ergebnisse aus dem QS-Reha Verfahren vor Ort umgesetzt.

Dr. phil. Dipl. Psych. Erik Farin

AQMS, Universitätsklinikum Freiburg

Das Projekt
Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation
(Indikationen muskuloskeletale und kardiologische Erkrankungen)

Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS)
Dr. phil. Dipl. Psych. Erik Farin

Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation für die Indikationsbereiche muskuloskeletale und kardiologische Erkrankungen“

Übergeordnete Zielsetzungen des Projekts

- Entwicklung eines für Renten- und Kranken-versicherung einheitlichen Qualitätssicherungs-programms (Berücksichtigung von Trägerspezifika ggf. durch Instrumentenmodule)
- Berücksichtigung der Erfahrungen der Qualitäts-sicherung in der stationären Rehabilitation (ohne die Besonderheiten der ambulanten Rehabilitation zu vernachlässigen)

Gesamtzeitplan

	1. Quartal 2004	2. Quartal 2004	3. Quartal 2004	4. Quartal 2004	1. Quartal 2005	2. Quartal 2005	3. Quartal 2005	4. Quartal 2005
Vorbereitungsphase ***(Gewinnung Einrichtungen, Bildung Expertengruppe etc.)***								
Konzeptphase MSK und Kardiologie (zum Abschluss Zwischenbericht)								
Pilotphase MSK und Kardiologie (mit 24 Einrichtungen)								
Vorbereitung der Routine, Abschlussbericht								
Nachmeldung der 6-Monats-Katamnese-Daten (Modell 2)								

AQMS

Konzeptionsphase

AQMS

Zusammensetzung Expertengruppe

- drei kardiologische und drei orthopädische Chefärzte aus den am Projekt beteiligten Einrichtungen
- zwei „externe“ Experten (Prof. Hahmann, Prof. Greitemann)
- insgesamt drei medizinische Vertreter der RV und des MDK

Ablauf des Konsensusprozesses

Expertentreffen in Bad Säckingen (Mai 2004)

1. Postalische Abstimmungsrunde an einem erweiterten Expertenkreis (zusätzlich weitere leitende Ärzte/innen der am Projekt beteiligten Reha-Zentren und zwei weitere externe Experten; Juni 2004)
2. Postalische Abstimmungsrunde (Juli 2004)
3. Postalische Abstimmungsrunde bezüglich einiger noch offener Details (August 2004)

Das Messkonzept

Ergebnis-qualität	• „Arztbogen“ *(arztseitige Ergebnis-messung, zwei Messzeitpunkte)* • Patientenfragebogen *(generische und erkrankungsspezifische Verfahren, 1/2/3 Messzeitpunkte)*
Prozess-qualität	• Peer Review – Verfahren
Struktur-qualität	• IST-SOLL-Abgleich auf der Basis definierter Bewertungskriterien *(BK/ZW)*
Patienten-zufriedenheit	• Patientenfragebogen
ferner: Visitationen in ca. 20% der Einrichtungen	

AQMS

Strukturqualität

AQMS

Strukturqualität: Basiskriterien und Zuweisungskriterien

BK *= Basiskriterium der Strukturqualität, gibt eine zentrale Qualitätsanforderung für eine ambulante Reha-Einrichtung*

ZW *= Zuweisungssteuerungskriterium: unterstützt die zielgerichtete Zuweisung*

Festlegung hat vorläufigen Charakter, gilt für die Pilotphase

AQMS

Strukturqualität

- Entwicklung auf der Basis der vorliegenden Version der trägerübergreifend erarbeiteten Strukturqualitäts-Kriterien für stationäre Reha-Einrichtungen
- unter Berücksichtigung der aktuellen BAR-Rahmenempfehlungen
- insgesamt für muskuloskeletale Erkrankungen 100 BKs und 12 ZWs, für kardiologische Erkrankungen 100 BKs und 11 ZWs

AQMS

Strukturqualitätskriterien (Ausschnitt „Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung“)

Kriterium	BK/ZW	
	MSK	Kardio
barrierefreier Zugang in die Einrichtung	BK	BK
Umkleideräume mit abschließbaren Schließfächern, getrennt für Männer und Frauen	BK	BK
Duschräume und WCs, getrennt für Männer und Frauen	BK	BK

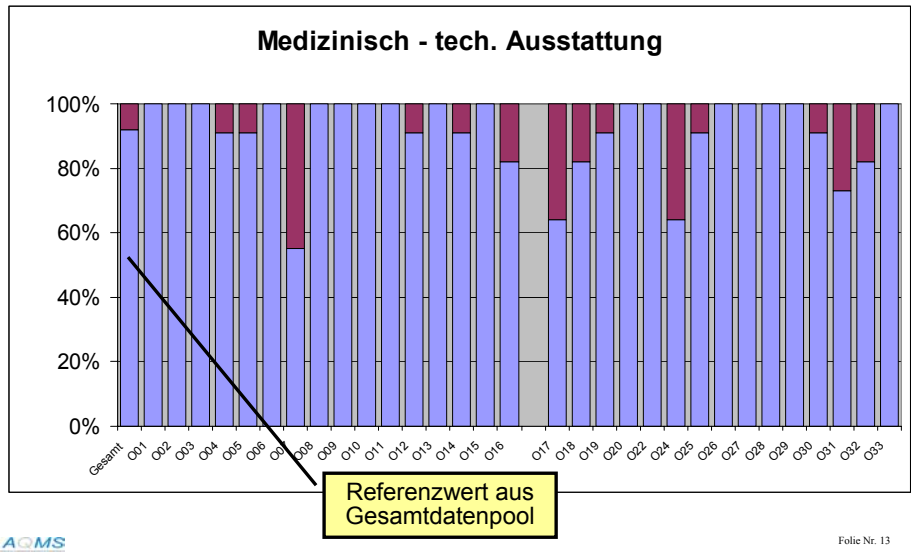
AQMS

Strukturqualitätskriterien (Ausschnitt „Therapeutische Behandlungen“)

Kriterium	BK/ZW		Anmerkungen
	MSK	Kardio	
Visite durch einen Facharzt/-ärztin (mindestens 1 mal pro Woche)	BK	BK	Patienten müssen einzeln gesehen werden
Erstuntersuchung am ersten Behandlungstag und vor der ersten Behandlung	BK	BK	
Erstuntersuchung durch Facharzt spätestens am dritten Behandlungstag	BK	BK	
ärztliche Abschlussuntersuchung und ärztliches Abschlussgespräch	BK	BK	frühestens am vorletzten Behandlungstag
regelmäßige Patientenvorstellung/ Fallbesprechung im Rehateam	BK	BK	mindestens 1mal pro Woche

AQMS

Beispiele der Ergebnisse zur Strukturqualitätsprüfung



AQMS

Visitationen

AQMS

Konzept der Visitationen

Ziel

- qualitative Vertiefung der mit den quantitativen Verfahren erfassten Daten *(z.B. Existenz vs. Qualität/Umsetzung eines Therapiekonzepts)*
- Validierung der Angaben im Strukturqualität-Erhebungsbogen
- „kollegiales Feedback“ durch einen unabhängigen Externen

Visitoren

- zwei Visitoren: ein erfahrener Rehabilitationsmediziner (Chefarzt), ein QM-Experte
- Eingangsinformation: Strukturqualitäts-Bogen, interner Qualitätsbericht

Konzept der Visitationen

Durchführung

- in 20% der beteiligten Reha-Zentren (Zufallsauswahl)
- kurzfristige Ankündigung

Visitations-Checkliste

- Beurteilung der Erfüllung der Kriterien (erfüllt, mit Einschränkung erfüllt, nicht erfüllt)

Typischer Ablauf einer Visitation

8.30 - 10.30 Uhr	Gespräch mit der Einrichtungsleitung und Detailplanung des Tages
10.30 - 12.30 Uhr	Visitationsrundgang durch das Haus gemäß dem Ablaufplan der Visitoren
12.30 - 13.30 Uhr	Mittagspause
13.30 - 15.30 Uhr	Gespräche mit Mitarbeitern gemäß dem Ablaufplan der Visitoren
15.30 – 16.15 Uhr	interne Besprechung der Visitoren
16.15 – 17.00 Uhr	abschließendes Gespräch mit der Einrichtungsleitung

Ca. 3-4 Wochen nach der Visitation erhält die Einrichtung einen detaillierten, schriftlichen Visitationsbericht

Prozessqualität: Peer Review - Verfahren

Peer Review - Verfahren

- Beurteilung der Prozessqualität einer Reha-Einrichtung durch erfahrene Kollegen („Peers“)
- Beurteilung erfolgt anhand definierter, von Experten entwickelter Kriterien („Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale“ mit Manual)
- Bewertungsgrundlage: in der Regel anonymisierter Entlassbericht, individueller Therapieplan und ggf. weitere Unterlagen aus der Patientenakte

Vorgenommene Änderungen an der RV/GKV-Peer Review-Checkliste aus dem stationären Bereich

- Berücksichtigung der spezifischen Möglichkeiten der ambulanten Rehabilitation im Manualtext
- Die Terminologie der Checkliste und des Manuals wurde an die ICF angepasst; frühere Bezüge zur ICIDH wurden durch solche zur ICF ersetzt.

Vorgenommene Änderungen an der RV/GKV-Peer Review-Checkliste aus dem stationären Bereich

- Erfassung der „Zuweisungsqualität“: Einschätzung des Peers, ob die Entscheidung der zuweisenden Institution, den Patienten einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung zuzuweisen, richtig war
- ergänzende freitextliche Bewertungen/Empfehlungen durch den Peer zu jedem Behandlungsfall: einzelfallbezogene Rückmeldung zu Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten

Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit

Ergebnisqualität: Zugänge

Kombination von

- patientenseitigem Zugang und
- arztseitigem Zugang

Ergebnisqualität: Design

Prüfung von drei Modellen:

Modelle 1a und 1b: Ein bzw. zwei Messzeitpunkte: 8 Wochen nach der Reha plus Prüfung eines Messzeitpunkts Aufnahme *(direkte vs. indirekte Veränderungsmessung)*

Modell 2: drei Messzeitpunkte: Aufnahme, Entlassung, 6 Monate nach der Reha

Messzeitpunkte und Inhalte der Befragungen (Überblick)

	Aufnahme	Entlassung	8 Wochen nach Entlas-sung	
patien-ten-seitig	Gesund-heitsstatus *(z.B. IRES + indik.spez. Ergänzungen)*		wie Aufnahme +dir. Verände-rungsmessung + Patienten-zufriedenheit	
arzt-seitig	Confounder, Zielparameter *(Eingangs-werte, Ziele)*	Zielparameter *(Entlassungs-werte, Ziel-erreichung)*		

Modell 1

Trennung nach Modell 1a und 1b in der Auswertung

	Aufnahme	Entlassung		6 Monate nach Entlas-sung
patien-ten-seitig	Gesund-heitsstatus *(z.B. IRES + indik.spez. Ergänzungen)*	wie Aufnahme + Patienten-zufriedenheit		wie Aufnahme
arzt-seitig	Confounder, Zielparameter *(Eingangs-werte, Ziele)*	Zielparameter *(Entlassungs-werte, Ziel-erreichung)*		

Modell 2

Organisation

- für beide Indikationen Zufallszuweisung der Einrichtungen zu den zwei Modellen (vertrag-lich abgesichert)
- Einrichtungsvergleiche können nur innerhalb des jeweiligen Modells durchgeführt werden
- Aufwandsdokumentation und Analyse der Kosten-Nutzen-Relation für die Modelle 1a, 1b und 2

Ergebnisqualitätsmessung

- patientenseitig (indirekte Veränderungsmessung)
- patientenseitig (direkte Veränderungsmessung)
- arztseitig

Ergebnisqualität – Patient (indirekte Veränderungsmessung)

IRES-3 (generisches Instrument)

→ **Nutzung der Vorteile eines generischen Ansatzes**

+ erkrankungsspezifisches Instrument

MSK: **SMFA**

Kardio: **MacNew**

→ **Nutzung der Vorteile erkr.spezif. Verfahren**

+ **Reha-Ziele** aus Patientensicht

→ **ziel- und patientenorientierte Ergebnismessung**

+ **FRQ-B** (Berufliche Rollenqualität)

+ **KoMo-Score** (Patientenversion)

→ **Erfassung relevanter „Confounder“**

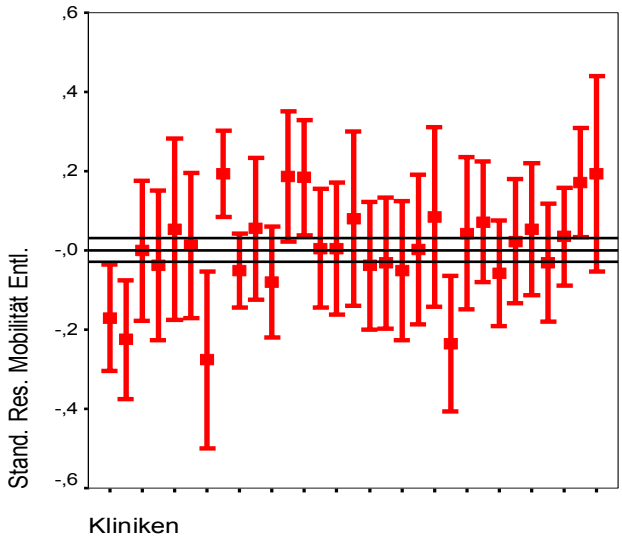
Ergebnisqualität – Patient (direkte Veränderungsmessung)

- Fragen zur erlebten Veränderung, angelehnt an die Skalen des IRES-Fragebogens (damit ein Vergleich direkte – indirekte Ergebnismessung möglich ist)

Ergebnisqualität – Arztbogen

- allg. patientenbezogene Angaben (z.B. Diagnose, Fallgruppe, AU-Zeiten)
- Confounder der Reha-Effekte (z.B. Reha-Motivation, Komorbidität)
- Veränderung des Gesundheitsstatus zwischen Aufnahme und Entlassung (Ratingskalen)
- Erfassung der Reha-Ziele aus Arztsicht (zielorientierte Ergebnismessung, Abgleich mit Patientenzielen)
- Einige wenige somatische Outcomeparameter (für Kardiologie: Blutdruck, Cholesterin etc.)

Mögliche Darstellung der Einrichtungsvergleiche



AQMS

1

Patientenzufriedenheit

AQMS

Folie Nr. 32

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

nach einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme

AQMS

Der Fragebogen

Grundlagen des Fragebogens:

- Fragebogen zur Rehabilitationszufriedenheit (Raspe et al. 1997)
  - Revisionen:
    Qualitätssicherungsprogramm der RV (Koch et al. 2000) und
    Qualitätssicherungsprogramm der GKV (AQMS 2001)
  - Erweiterung: ambulante Rehabilitation im Rahmen einer BfA-Katamnesestudie durch Bürger et al. (2002)
- KTQ-Empfehlungen zur Patientenbefragung (VdAK/AEV 2000)

AQMS

Der Aufbau des Fragebogens

- Allgemeine Fragen
- Die Aufnahme
- Der Rehabilitationsverlauf
  - Kontakte zum Behandlungsteam
  - Organisation der Behandlung
  - Organisation der Einrichtung
- Die Entlassung
- Gesamtbeurteilung

Pilotphase

Pilotphase (12 Monate)

es nehmen teil:

15 Einrichtungen mit der Indikation muskulo-skeletale Erkrankungen

9 Einrichtungen mit der Indikation kardiologische Erkrankungen

→ pro Modell der Ergebnisqualitätsmessung 4-5 bzw. 7-8 Einrichtungen

AQMS

Pilotphase: Zeitplan

Monat	8/04	9/04	10/04	11/04	12/04	1/05	2/05	3/05	4/05	5/05	6/05	7/05	8/05	9/05
Projektvorstellung vor Ort														
Erhebungsphase Ergebnisqualität/Pat. zufriedenheit														
Datenerhebung Katamnese (8 Wochen/ 6 Mon.)														
Erhebungsphase Peer Review														
Erhebung Strukturqualität														
Visitationen														
Dateneingabe und -ausw.														

Anm.: Da die Katamnese-Datenerhebung bis zum 12. Monat dauert, kann die diesbezügl. Eingabe/Auswertung erst in der Phase der Routinevorbereitung erfolgen

AQMS

Prof. Dr. Dr. Uwe Koch

UKE, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Das Projekt
Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation
(Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen)

Pilotprojekt „Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation für den Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen“ „QS-aRS“

Prof. Dr. Dr. U. Koch
Stephan Kawski

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Institut für Medizinische Psychologie (UKE)

Vorangegangene Arbeiten

- Qualitätssicherungsprogramm der RV (ab 1994)

  Instrumenten- und Verfahrensentwicklungen
  (Strukturqualität, Patiententherapiepläne)

  Indikationsspezifische Anpassungen
  (Peer Review, Patientenbogen)

- Qualitätssicherungsprogramm der GKV (ab 2002):

  Indikationsspezifisch Anpassungen und Neuentwicklungen

- Weitere aktuelle Forschungsprojekte:

  Vergleichende Evaluation ambulant / stationär

  Katamnesebefragung von Sucht-Patienten

Ambulante Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen

- Spezifische Historie und Voraussetzungen
- Heterogene Einrichtungsgrößen
- Ungleiche regionale Verteilungen
- Varianz von Maßnahmendauer und Settings
- Teilweise geringe Fallzahlen

Kerndaten über das
Pilotprojekt

- Dauer: 9 Monate + 3monatige Verlängerung
- Weiterentwicklungen und Anpassungen
- Abschätzung von Verfahrensmodellen
- Vorschlag für Durchführung der weiteren Phasen
- (Explorative Versorgungsanalyse)
- 2 Expertentreffen
- schriftliche Abstimmungen

Expertensitzungen des Pilotprojektes

Expertinnen/-en und Beteiligte

Frau Dr. J. Feldkamp STZ / Hummel, Hamburg
Herr R. Dunst Beratungsstelle Heidelberg / Evangelische Stadtmission
Herr T. Köhler Caritas Suchtberatungsstelle Brilon
Herr B. Wemken Verband betrieblicher Sozialberatung
Frau M. Wied Fachambulanz der Diakonie in Düsseldorf
Herr D. Jünger Fachambulanz der Caritas in Neuss
Frau D. Schwarz Suchtberatung Lichtenberg (SPI)
Herr Dr. M. Beutel Therapiezentrum Münzesheim
Herr Dr. M. Wernado Soteria Klinik Leipzig GmbH
Frau Dr. W. Funke Kliniken Wied
Herr Dr. R. Hüllinghorst DHS
Herr F. Ammer Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
Frau C. Bender Kompetenz Centrum Psychiatrie/Psychotherapie der MDK Gemeinschaft
Herr H. Gerwinn LVA Westfalen
Herr R.-B. Lappe LVA Westfalen
Frau Dr. U. Beckmann Bundesversicherungsanstalt für Angestellte
Frau Dr. T. Widera VDR
Herr J. Thalau AOK-Bundesverband
Herr J. Harder Seekasse

Qualitätskonzept für ambulante Suchtrehabilitation

Erfasste Qualitätsdimensionen

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität
- Patientenzufriedenheit
- Mitarbeiterzufriedenheit (optional)

Qualitätskonzept für ambulante Suchtrehabilitation

Instrumente und Verfahren

a) Strukturqualität:
   Erfassung, Bewertung, Visitation

b) Prozessqualität:
   Peer Review-Verfahren (mit alternativem Verfahrnesmodell)

c) Ergebnisqualität:
   Patientenbefragung, Arzt-/Therapeutenbefragung

d) Patientenzufriedenheit:
   Patientenbefragung

e) Mitarbeiterzufriedenheit

QS-aRS: Anpassungen / Entwicklungen

Verfahrensspezifische Aufgaben

- Strukturqualität: Anpassung der Kriterien
- Peer Review: Fragen des Verfahrensmanagements
- Patientenbefragung:
  Vergleich der Verfahrensmodelle
  Modularisierung der Instrumente
- Arzt-/Therapeutenbogen: Aktualisierung
- Visitationen: Standardisierung / Dokumentation
- Mitarbeiterzufriedenheit: Aggregierung

QS-aRS: Anpassungen / Entwicklungen
Strukturqualität

- Integration von Kriterien aus QS-Reha, GRV-Programm, KDS
- Diskussion in zwei Expertenworkshops
- Fokussierte schriftliche Rückmeldungen durch „Kleingruppen"
- schriftliche Rückmeldungsrunde

→ kurzes Erhebungsinstrument / Bewertung von Kriterien, die durch den Kostenträger abgedeckt sind

QS-aRS: Anpassungen / Entwicklungen
Prozessqualität

- Prüfung der Übernahme des Peer Review - Verfahrens
- Diskussion in einem Expertenworkshop
- schriftliche Rückmeldungen durch „Kleingruppen"

→ Grundsätzliche Übernehmbarkeit

→Angemessenheit der Dimensionen

→ Fokus auf Kriterien, die durch den Kostenträger abgedeckt sind

<u>anstehende Aufgabe</u>: angemessenes Verfahrensmodell

QS-aRS: Anpassungen / Entwicklungen
Ergebnisqualität

- Setting-angemessene Erhebungsverfahren
- Grundlagen: eingeführte Instrumente
- Methodische und inhaltliche Diskussionen in den Expertenworkshops

→ Passung von Verfahren und Instrumenten

→anstehende Aufgabe: angemessenes Verfahrensmodell

QS-aRS: Anpassungen / Entwicklungen
Patientenzufriedenheit

- Analogie zum Verfahren im Bereich ambulante somatische Rehabilitation
- Grundlagen: eingeführte Instrumente (stationär)
- Ereignisbezogene Kriterien
- Vorstellung / Diskussion in Expertenworkshops
- Schriftliche Rückmeldungen

→ Passung von Verfahren und Instrumenten

QS-aRS: Ausblick

Instrumente und Verfahren

a) Strukturqualität:
Umsetzung der schriftlichen Rückmeldungen

b) Prozessqualität:
Umsetzung der schriftlichen Rückmeldungen
(statistische Abschätzung von alternativen Verfahrensmodellen)

c) Ergebnisqualität:
Verfahrensmodell, Absicherung durch Versorgungsanalyse

d) Patientenzufriedenheit:
Umsetzung der schriftlichen Rückmeldungen

e) Mitarbeiterzufriedenheit:

Aspekte einer begleitenden

Explorativen Versorgungsanalyse

- Anzahl von Einrichtungen im Bereich
- Behandlungskapazitäten
- Behandlungsdauer und -settings
- Fallzahlen in den Einrichtungen
- Grundlagen der Leistungserbringung
- Trägerschaft