

C. Petersen¹
 T. Widera²
 S. Kawski¹
 K. Kossow¹
 M. Glattacker³
 E. Farin³
 P. Follert⁴
 U. Koch¹

Sicherung der Strukturqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Structure Quality Assurance in In-patient Medical Rehabilitation of Children and Adolescents

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Qualitätssicherungsprogramme der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung in der medizinischen Rehabilitation sahen bisher die Einbeziehung von Einrichtungen für Kinder und Jugendliche nicht vor. Daher wurde ein gemeinsames Projekt der gesetzlichen Renten- und der Krankenversicherung zur Erfassung und Beschreibung der Strukturqualität von Kliniken zur stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen initiiert. Ziel des Projekts war eine Bestandsaufnahme und Analyse der aktuell vorhandenen Klinikstrukturen und die Entwicklung von Kriterien für eine Bewertung der Strukturqualität. Mit der Projektdurchführung wurden das Institut für Medizinische Psychologie in Hamburg und die Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin in Freiburg beauftragt. **Methodik:** Ein Fragebogen wurde in einem mehrschrittigen Verfahren unter Einbeziehung von Experten entwickelt, der allgemeine Angaben, Merkmale der Strukturqualität sowie strukturnahe Prozessmerkmale der Kliniken abdeckt. Die Erhebung wurde als Querschnittstudie geplant. Die Datenerfassung wurde vom 1.12.2004–15.3.2005 durchgeführt. **Ergebnisse:** Insgesamt lagen die Adressen von n = 177 Einrichtungen vor. Die Rücklaufquote beträgt 83,3%. Letztendlich konnten n = 79 Einrichtungen in die Auswertung einbezogen werden. Zusammenfassend unterstreichen die Ergebnisse die Heterogenität der Angebotsformen in der Kinder- und Jugendrehabilitation. **Schlussfolgerungen:** Die Ergebnisse ermöglichen eine Analyse der aktuellen Klinikstrukturen sowie einen ersten Vergleich von Kliniken auf Basis der erhobenen Strukturmerkmale.

Abstract

Background: So far, the routine programmes of the statutory pension and health insurance institutes for quality assurance in medical rehabilitation have not included facilities for children and adolescents. Thus, a conjoint project of the statutory pension and health insurance institutes to assess and to describe the structure quality of in-patient medical rehabilitation clinics for children and adolescents was initiated. The aim of the project was a survey and an analysis of the currently existing clinic structures and the development of criteria for an evaluation of the structure quality. The Institute of Medical Psychology in Hamburg and the Department of Quality Management and Social Medicine in Freiburg were engaged to conduct the project. **Method:** A questionnaire was developed in a multi-stage process with expert involvement which covers general information, characteristics of structure quality as well as structure affiliated process characteristics of clinics. The survey was planned as a cross-sectional study. Data collection was accomplished from 1.12.2004–15.3.2005. **Results:** A total of N = 177 facility addresses were available. The return rate was 83.3%. Eventually, N = 79 facilities were included in the analysis. In sum, the results underline the heterogeneity of services in the field of child and adolescent rehabilitation. **Conclusions:** The results allow an analysis of the current clinic structures as well as a first comparison of clinics on the basis of the assessed structure characteristics.

Institutsangaben

¹ Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Hamburg

² Deutsche Rentenversicherung – Bund

³ Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Freiburg

⁴ Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK) und Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V. (AEV)

Korrespondenzadresse

Dr. phil. Corinna Petersen · Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie · Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf · Martinistraße 52 – S 35 · 20246 Hamburg · E-mail: copeters@uke.uni-hamburg.de

Bibliografie

Rehabilitation 2006; 45: 1–9 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

DOI 10.1055/s-2005-915369

ISSN 0034-3536

Schlüsselwörter

Qualitätssicherung · Strukturqualität · Rehabilitation · Kinder · Jugendliche

Key words

Quality assurance · structure quality · rehabilitation · child · adolescent

Einleitung

Hinsichtlich der bestehenden Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche mit einer chronischen Erkrankung stellt die stationäre Rehabilitation einen wichtigen Eckpfeiler im Gesundheitssystem dar. In Deutschland existiert eine große Zahl von Rehabilitationskliniken, die Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen versorgen. Strukturelle Unterschiede zwischen Einrichtungen wirken sich dabei auf das Versorgungsangebot aus. Bislang standen allerdings keine umfassenden und klinikübergreifenden Informationen zur Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität rehabilitativer Einrichtungen dieses Versorgungsbereichs zur Verfügung. Von der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung wurde daher ein gemeinsames Projekt initiiert, das eine Datengrundlage zur Analyse der derzeitigen Klinikstrukturen der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen liefern soll. Die zentralen Projektaufgaben umfassen die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Strukturqualität sowie eines Kriterienkatalogs, die Durchführung einer Strukturserhebung sowie eine Versorgungsanalyse. Zusätzlich sollten in zehn Kliniken Visitationen durchgeführt werden, um durch eine Inaugenscheinnahme vor Ort und persönliche Gespräche mit Leitungskräften und Mitarbeitern der Klinik Informationen zu gewinnen, welche die Angaben zur Strukturqualität in dem eingesetzten Fragebogen qualitativ vertieften und validieren. Das Projekt wurde im März 2004 begonnen und endete am 15. Juli 2005. Mit der Projektdurchführung wurden das Institut für Medizinische Psychologie in Hamburg und die Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin in Freiburg beauftragt. Die Erfassung der Strukturqualität stellt einen wichtigen Teilaspekt der Qualitätssicherung in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen dar. Die Ergebnisse der vorliegenden Strukturanalyse ermöglichen eine erste Einschätzung der Strukturqualität der Einrichtungen auf der Basis vorläufig definierter Kriterien und gestatten die Entwicklung von Anforderungsprofilen. Anforderungsprofile sollen einen Abgleich der Angebotsstruktur der Kliniken und den Bedürfnissen und Besonderheiten der jungen PatientInnen in Hinblick auf Versorgung, Unterbringung, Betreuung, Diagnostik, Therapie und Vernetzung erleichtern. Der vorliegende Artikel fasst die wesentlichen Arbeitsschritte und Ergebnisse der Strukturserhebung in der stationären Kinder- und Jugendrehabilitation zusammen.

Entwicklung des Strukturfragebogens

Der zu entwickelnde Strukturfragebogen sollte sich im Grundsatz an den im Erwachsenenbereich entwickelten Instrumenten der Qualitätssicherung orientieren [1]. Erforderlich war allerdings eine Anpassung an die Besonderheiten der Kinder- und Jugendrehabilitation. Anzuführen sind u. a. die Vielfalt der Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter sowie Unterschiede zwischen verschiedenen Altersgruppen. Zur Ermittlung der Beson-

derheiten der Kinder- und Jugendrehabilitation im Vergleich zur Erwachsenenrehabilitation wurde zunächst eine Literaturrecherche in den Datenbanken PSYINDEX, PubMed und im Internet durchgeführt. Anschließend wurden zehn Experten interviewt und bereits bestehende Fragebogen der Qualitätssicherungsprogramme der Deutschen Rentenversicherung, der gesetzlichen Krankenversicherung sowie der gesetzlichen Unfallversicherung zur Strukturserfassung gesichtet. Auf dieser Grundlage wurde eine erste Version des Strukturfragebogens erstellt. Die Ergebnisse der einzelnen Arbeitsschritte wurden der auftraggebenden Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung (ARGE) zurückgemeldet. Ein Pretest der ersten Fragebogenversion diente dazu, die Verständlichkeit und Angemessenheit der Fragen sowie die Vollständigkeit des Bogens zu überprüfen und gegebenenfalls letzte Ergänzungs- oder Modifikationswünsche aufzunehmen. Bei der Auswahl der Pretesteinrichtungen wurde darauf Wert gelegt, dass sowohl verschiedene Trägerschaften (GRV/GKV/kirchliche Träger), Altersgruppen (Kinder/Jugendliche) als auch Behandlungsschwerpunkte (spezialisierte Kliniken mit den Indikationsschwerpunkten Neurologie oder Orthopädie/Kliniken mit einem breiteren Indikationsspektrum) vertreten waren. Der Fragebogen wurde an insgesamt 14 Einrichtungen versandt, zurückgesendet wurden zwölf Bogen. Die Pretestergebnisse bildeten die Basis für die Erstellung einer zweiten Fragebogenversion, die im Rahmen eines Expertentreffens diskutiert und entsprechend verändert wurde. Diese dritte Version des Fragebogens wurde für die Strukturserhebung eingesetzt. Ein auf der Grundlage der Struktursergebnisse und eines zweiten Expertentreffens überarbeitetes Instrumentarium liegt mit der derzeit aktuellen, vierten Fragebogenversion vor. Abb. 1 stellt die Entwicklung zusammenfassend dar.

Entwicklung eines Kriterienkatalogs zur Erstellung von Anforderungsprofilen

Eine Aufgabe des Projektes war es u. a. auf Basis der Analyse der Strukturdaten, einen Kriterienkatalog zu erstellen, aus dem hervorgeht, ob es sich bei entsprechenden Merkmalen um ein Basiskriterium, ein Zuweisungssteuerungskriterium oder um kein diesbezüglich relevantes Kriterium handelt. Ein Basiskriterium ist dabei als eine Mindestanforderung, die als unumgänglich für die Durchführung einer qualitativ angemessenen Rehabilitation betrachtet wird, definiert. Zuweisungssteuerungskriterien hingegen sollen einrichtungsspezifische Besonderheiten abbilden, die für die gezielte Zuweisungssteuerung bei einzelnen rehabilitativen Indikationsgruppen von Bedeutung sind [1]. Ein Zuweisungssteuerungskriterium kann beispielsweise das Vorhandensein einer adäquaten Ausstattung für die Aufnahme von Patienten mit einer Sehbehinderung sein. Ein Expertentreffen, zu dem Vertreter verschiedener Gruppen (Kliniker, Rehabilitationsträger, MDK) eingeladen wurden, diente zur Erarbeitung eines ersten vorläufigen Kriterienkatalogs. Hierzu wurden die einzelnen Strukturmerkmale des Fragebogens dahingehend überprüft, ob

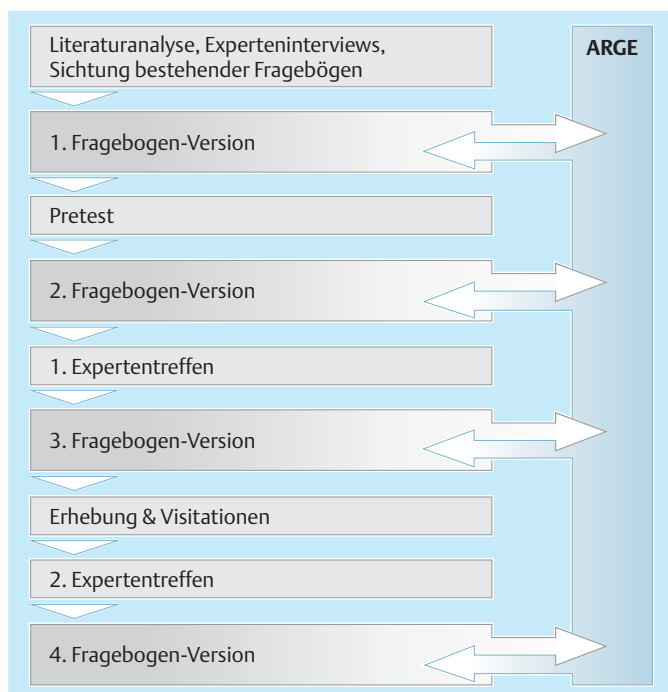


Abb. 1 Entwicklung des Strukturfragebogens.

es sich um ein Basis- bzw. Zuweisungssteuerungskriterium handeln soll. Der Kriterienkatalog wurde zur Information an verschiedene Fachgesellschaften versendet.

Die Ergebnisse der nachfolgenden Strukturerhebung und Visitationen wurden in einem weiteren Schritt dazu genutzt, den Grad der Erfüllung dieser vorläufig formulierten Kriterien zu überprüfen und den Stellenwert von Strukturmerkmalen und Bewertungskriterien noch einmal zu überprüfen. Die bisher in dem Erhebungsbogen hinterlegten Qualitätskriterien müssen in der Folge auf Basis der Ergebnisse aus der Strukturerhebung so kalibriert werden, dass die Basiskriterien die Mindestvoraussetzungen einer qualitativ hochwertigen medizinischen Rehabilitation seitens der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung wiedergeben und für den Einsatz in den externen Qualitätssicherungsverfahren angewandt werden können.

Basis- und Zuweisungssteuerungskriterien decken zum einen Merkmale der Strukturqualität und zum anderen strukturnahe Prozessmerkmale ab. Die Merkmale der Strukturqualität umfassen:

- allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung,
- medizinisch-technische Ausstattung,
- Patientenbetreuung, Diagnostik, therapeutische Behandlungen, Schulungen,
- personelle Ausstattung.

Strukturnahe Prozessmerkmale umfassen:

- konzeptionelle Grundlagen,
- internes Qualitätsmanagement,
- interne Kommunikation und Personalentwicklung,

Die Basis- und Zuweisungssteuerungskriterien wurden für die einzelnen Indikationen bzw. indikationsübergreifend (generisch) definiert. Indikationsübergreifend wurden n = 31 Basis-

und Zuweisungssteuerungskriterien für die Strukturdimension „Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung“, n = 6 Kriterien für die Dimension „Medizinisch-technische Ausstattung“, n = 35 Kriterien für die Dimension „Patientenbetreuung, Diagnostik, Therapeutische Behandlungen, Schulungen“, n = 14 Kriterien für die Dimension „Personelle Ausstattung“, n = 4 Kriterien für die Dimension „Konzeptuelle Grundlagen“, n = 10 Kriterien für die Dimension „Internes Qualitätsmanagement und n = 7 Kriterien für die Dimension „Interne Kommunikation und Personalentwicklung“ vorgeschlagen. Auf der Grundlage des vorläufigen Kriterienkatalogs ist eine erste Bewertung der Strukturqualität möglich. Es werden nicht nur Strukturmerkmale erfasst und dokumentiert, sondern die Strukturqualität einer Rehabilitationsklinik kann so durch den Anteil vorhandener Strukturkriterien sowohl individuell als auch im Vergleich zu den anderen Rehabilitationseinrichtungen beschrieben werden.

Strukturerhebung

Methode

Die Strukturerhebung wurde als Ein-Zeitpunkt-Befragung geplant und im Zeitraum vom 1.12.2004 bis 15.3.2005 durchgeführt.

Stichprobe

In die Strukturerhebung wurden Kliniken, die stationäre Maßnahmen der Kinder- und Jugendrehabilitation entweder mit einem oder mehreren Behandlungsschwerpunkten durchführen, einbezogen. Von der Erfassung ausgeschlossen wurden:

- Einrichtungen, die *nur* Erwachsene behandeln,
- *reine* Vorsorgeeinrichtungen,
- *reine* Mutter-/Vater-/Kind-Einrichtung sowie
- Kliniken, die nur in Einzelfällen Kinder- und Jugendrehabilitationen durchführen.

Die Adressen der entsprechenden Einrichtungen wurden im Rahmen von Verbandsabfragen durch die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) und durch die beteiligten Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) gewonnen und durch das Hamburger Institut zusammengeführt. Zusätzlich wurde vom Hamburger Institut eine Internetrecherche durchgeführt, die Suchmaschinen sowie Einrichtungsverzeichnisse von Klinikträgern sowie des Arbeitskreises Gesundheit einbezog. Diese Einrichtungen wurden im Rahmen einer Zusatzbefragung angeschrieben. Insgesamt wurden n = 177 Einrichtungen von der GRV und den Spitzenverbänden der GKV ermittelt. Es erwiesen sich acht Adressen als doppelt und wurden folglich aus dem Datensatz entfernt. Von den verbleibenden n = 169 Einrichtungen sagten n = 37 (21,9%) ihre Teilnahme ab. Als häufigste Begründung für eine Absage wurde von Seiten der entsprechenden Kliniken angegeben, keine Maßnahmen der Kinder- und Jugendrehabilitationen durchzuführen. Von den übrigen n = 132 Einrichtungen sendeten n = 22 den Bogen nicht bzw. erheblich nach dem Erhebungszeitraum zurück und gelten daher als Non-Responder. Damit liegt die Rücklaufquote der Fragebogen mit n = 110 von insgesamt n = 132 potenziellen Einrichtungen bei 83,3%. Angemerkt werden muss, dass die Rücklaufquote vermutlich unterschätzt wird, da wahrscheinlich nicht alle Non-Responder zur eigentlichen Zielgruppe gehören. Von den verbleibenden

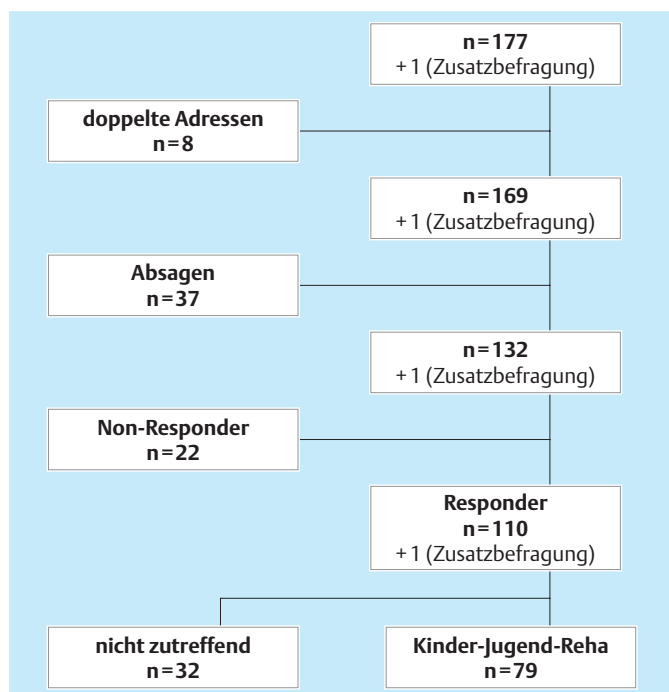


Abb. 2 Stichprobengewinnung

Tab. 1 Aufbau des Strukturbogens

A allgemeine Angaben	
I	Adressen und Leitung
II	strukturelle Einordnung
III	Versorgungsvertrag und vereinbarte Bettenkapazitäten
IV	Belegung im vorigen Kalenderjahr
V	durchschnittliche Gesamtauslastung
VI	Betten und Unterbringung
B Merkmale der Strukturqualität	
I	allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung
II	medizinisch-technische Ausstattung
III	therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung
IV	personelle Ausstattung
C strukturnahe Prozessmerkmale	
I	konzeptionelle Grundlagen
II	internes Qualitätsmanagement
III	interne Kommunikation und Personalentwicklung

n = 110 Kliniken wurden n = 32 Kliniken aus der Datenanalyse ausgeschlossen, da diese die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Nur eine Klinik der Zusatzbefragung erfüllte die Einschlusskriterien und wurde folglich in den Hauptdatensatz übernommen. Insgesamt wurden somit n = 79 Einrichtungen identifiziert, die die Datenbasis für die im nächsten Kapitel dargestellten Ergebnisse bilden. Abb. 2 stellt die Stichprobengewinnung noch einmal im Überblick dar.

Fragebogen

Die Version des Strukturbogens, die im Rahmen der hier beschriebenen Befragung eingesetzt wurde, besteht aus drei thematischen Abschnitten: allgemeine Angaben, Merkmale der Strukturqualität und strukturnahe Prozessmerkmale (s. Tab. 1).

Prozedere

Die postalische Versendung der Fragebogen durch das Institut für Medizinische Psychologie erfolgte am 30.11.2004. Falls keine Antwort nach Ablauf der vorgegebenen Frist (15.1.2005) vorlag, wurden die jeweiligen Einrichtungen mindestens zweimal telefonisch durch Mitarbeiterinnen des Instituts für Medizinische Psychologie um Rücksendung gebeten. Bei erfolgloser Erinnerung wurden die entsprechenden Kliniken entweder durch eine Mitarbeiterin des AOK-Bundesverbandes oder der BfA telefonisch kontaktiert oder mit einem Schreiben des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR)¹ zur Teilnahme aufgefordert. Aufgrund des langsamen Rücklaufes wurde die Rückgabefrist um insgesamt zwei Monate ausgedehnt. Der offizielle Annahmeschluss für die Fragebogen war am 15.3.2005. Die Fragebogen für die Zusatzbefragung wurden am 20.12.2004 versendet.

Analyse

Die Datenmaske wurde in SPSS (Version 12.0) erstellt. Die Fragebogen wurden bei Dateneingabe direkt auf fehlende oder unplausible Antworten überprüft und die Einrichtungen – falls notwendig – per Fax angeschrieben. Der Gesamtdatensatz wurde im Anschluss ein zweites Mal auf Richtigkeit der Dateneingabe hin überprüft. Die Ergebnisse der Visitation wurden genutzt, um gegebenenfalls Angaben zu korrigieren. Es liegen folglich stichprobenmäßig validierte Daten vor. Für die Analyse der allgemeinen Merkmale wurden die Daten zunächst deskriptiv ausgewertet. Zu ausgewählten Merkmalen werden hierzu Häufigkeiten (absolut und in gültigen Prozenten), Minimum und Maximum der Werte bzw. Mittelwerte, Standardabweichungen und Median dargestellt. Der Range bezeichnet die Spannweite tatsächlich möglicher Werte. Einige Abbildungen stellen die Verteilungen in Form eines so genannten Box- and Whisker-Plots, oder einfach nur Boxplots, dar. Dieser wird zur Darstellung der Verteilung einer Variablen und zum Vergleich der Verteilungen mehrerer Gruppen hinsichtlich einer Variablen verwendet. Insgesamt erhält man mit einer derartigen Darstellung einen unmittelbaren Eindruck über die wichtigsten Eigenschaften einer Verteilung wie Zentrum, Streuung, Symmetrie oder Schiefe. Es werden Minimum, Maximum, Quartile, Extremwerte („Ausreißer“) und der Median dargestellt. Die „Box“ (das Rechteck) umfasst 50% der Verteilung bzw. den Interquartilsabstand 25–75% der Werte. Der Median, also der Wert, der genau in der Mitte der Verteilung liegt (50% der gesamten Werte liegen oberhalb bzw. unterhalb der Linie), wird als Linie in der Box gekennzeichnet. Der maximale bzw. minimale Wert wird als Linie außerhalb der Box dargestellt. Ausreißer, d. h. Werte, die betragsmäßig so hoch oder niedrig liegen, dass sie das Gesamtbild verfälschen, werden als Extremwerte durch einen Kreis oder Sternchen dargestellt. Zum besseren Verständnis stellt Abb. 3 die Erläuterungen zum Box-Plot grafisch dar.

Hinsichtlich der Auswertung der Strukturmerkmale wird die vorläufige Kriterienliste zugrunde gelegt und die prozentuale Erfüllung der Kriterien in Bezug auf die gesamte Stichprobe und getrennt für die verschiedenen Indikationsgruppen beschrieben. Die im Folgenden berichtete „Erfüllungsquote“ bildet hier also

¹ Am 1. Oktober 2005 wurde der VDR und die BfA zu der Nachfolgeorganisation „Deutsche Rentenversicherung Bund“ zusammengeschlossen.

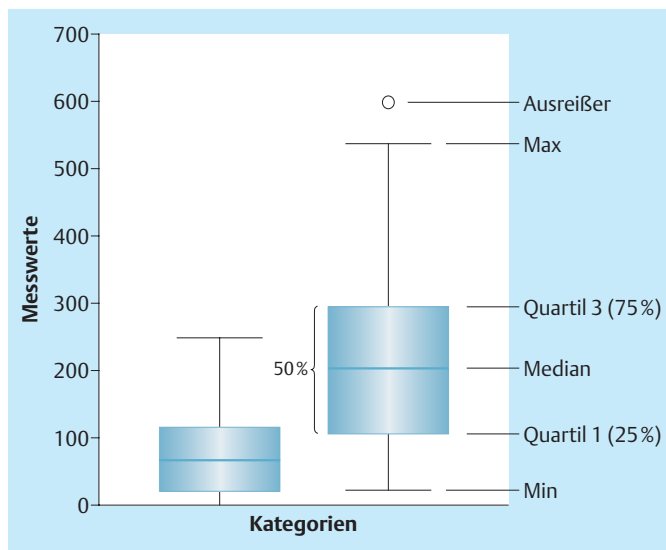


Abb. 3 Erläuterungen zum Box-Plot.

auf Basis der für die Auswertungen in diesem Projekt zugrunde gelegten vorläufigen Basiskriterien ab. Es werden die Basiskriterien pro Dimension zu einem Index summiert. Die Einteilung der Indikationsgruppen erfolgte über die Frage nach behandelten „reha-begründenden Indikationen“. Die Antwortmöglichkeiten „ja“ und „ja, in Kooperation“ sowie „ja, standardisiertes Konzept“ und „ja, klinikspezifisches Konzept“ wurden für die Auswertung zusammengefasst und als vorhanden bzw. erfüllt gewertet.

Ergebnisse

Bundeslandverteilung

Die meisten Einrichtungen sind in Norddeutschland verortet. Norddeutschland können $n = 29$ (36,7%), Westdeutschland $n = 10$ (12,7%), Ostdeutschland $n = 20$ (25,3%), Süddeutschland $n = 18$ (22,8%) und dem Ausland (Schweiz und Österreich) $n = 2$ (2,5%) Einrichtungen zugeordnet werden.

Leistungserbringung

Die Einrichtungen wurden gebeten darüber Auskunft zu geben, in welcher Art von Einrichtung die Leistungserbringung erfolgt. Alle einbezogenen Einrichtungen gaben an, die Leistung in einer eigenständigen Klinik/Rehabilitationseinrichtung für Kinder und Jugendliche zu erbringen; *zusätzlich* werden weitere Arten der Leistungserbringung benannt (Mischformen der Leistungserbringungen):

- nur Kinder- und Jugendrehabilitation ($n = 52$),
- Kinder- und Jugendrehabilitation & Vorsorgeeinrichtung ($n = 5$),
- Kinder- und Jugendrehabilitation & Mutter-Kind-Einrichtung ($n = 7$),
- Kinder- und Jugendrehabilitation & Erwachsenen-Einrichtung ($n = 7$),
- Kinder- und Jugendrehabilitation, Vorsorge- & Mutter-Kind-Einrichtung ($n = 4$),
- Kinder- und Jugendrehabilitation, Erwachsenen- & Mutter-Kind-Einrichtung ($n = 2$),

- Kinder- und Jugendrehabilitation & (Akut-)Krankenhaus ($n = 2$).

Über die Hälfte der Einrichtungen (66%) gibt an, mehrere Behandlungsschwerpunkte zu vertreten. Insgesamt geben 19 Einrichtungen (24%) an, eine Einrichtung mit nur einem Behandlungsschwerpunkt zu sein. Von $n = 8$ Einrichtungen fehlt eine Angabe zur Anzahl der Behandlungsschwerpunkte. Diese könnten nur über Art und Anzahl der angegebenen Indikationen geschlossen werden.

Belegung im vorigen Kalenderjahr

Die Einrichtungen sollten zur Klärung der Frage nach der Belegung im vorigen Kalenderjahr die prozentuale Verteilung der Beleger/Kostenträger angeben. Die Summe dieser Angaben sollte 100% ergeben. Die Belegungsanteile schwanken zwischen 0 und 99% für die verschiedenen Beleger bzw. Kostenträger. Dabei geben acht Einrichtungen 0% Belegungsanteile durch die gesetzliche Rentenversicherung und eine Einrichtung 0% durch die gesetzliche Krankenversicherung an. Nach den Angaben der prozentualen Belegung gibt es keine Klinik, die nur von der GRV belegt wird, und es gibt keine Klinik, die nur von der GKV belegt wird. Die Einrichtungen werden zu durchschnittlich 50% von der Rentenversicherung und zu durchschnittlich 38% von der Krankenversicherung belegt. Auf andere Kostenträger entfallen nur Anteile von durchschnittlich $\leq 5\%$ der Belegungen.

Betten und Unterbringung

Die Einrichtungen wurden gebeten, Angaben zur Bettenanzahl für die stationäre Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zu machen. Insgesamt verfügen die Einrichtungen im Mittel über 84 Betten für die Kinder- und Jugendrehabilitation. Fünf Einrichtungen geben weniger als zehn Betten an. Insgesamt verfügt die Hälfte der Einrichtungen, für die Angaben vorliegen, über mehr als 75 Betten zur Kinder- und Jugendrehabilitation. Der Maximalwert beträgt 220 Betten. Für Begleitkinder verfügen 50% der Einrichtungen, die hier eine Angabe machen, über weniger als 15 Betten. Rollstuhlfahrgerechte und allergenarme Zimmer stehen, wie erwartet, eher selten zur Verfügung. Wenn sie in einer Einrichtung vorhanden sind, dann meist als 1- oder 2-Bett-Zimmer. Insgesamt verfügen $n = 34$ Einrichtungen über keine rollstuhlfahrgerechten und $n = 37$ Einrichtungen über keine allergenarmen Zimmer. Die Verfügbarkeit von rollstuhlfahrgerechten Zimmern respektive allergenarmen Zimmern erhöht sich, wenn orthopädische bzw. pneumologische oder dermatologische Patienten behandelt werden.

Die meisten Einrichtungen (36%) geben an, die Begleitpersonen in den Zimmern der Kinder unterzubringen, gefolgt von der Unterbringung in 2-Zimmer-Appartments. Eine Unterbringung in einem anderen/separaten Gebäude erfolgt im Vergleich seltener (29%).

Reha-begründende Indikationen und Altersspektrum

Zur Ermittlung des Indikationsspektrums wurden die Einrichtungen gebeten, die Patientenanzahlen getrennt für verschiedene Indikationen aufzuführen. Wie in Tab. 2 dargestellt, wurde am häufigsten als reha-begründende Indikationen Stoffwechsel- bzw. endokrinologische, pneumologische, dermatologische und psychosomatische/psychiatrische Erkrankungen angegeben. Sie

Tab. 2 Anzahl der Einrichtungen mit entsprechenden Indikationen und stationär behandelten Fällen im Jahr 2003 (Mehrfachnennungen)

Indikationen	Anzahl der Einrichtungen		Anzahl der Patienten		
	n	%	Min	Max	M (SD)
Stoffwechsel/Endokrinologie	45	56,9	4	1201	235,6 (246,93)
– Adipositas mit Folgeerkrankung	40		1	1112	
– Diabetes mellitus	14		3	325	
Pneumologie	40	50,6	13	1786	441,7 (413,38)
– Asthma bronchiale	36		5	1260	
– Mukoviszidose	13		1	233	
Dermatologie	40	50,6	2	1710	209,4 (285,94)
– Neurodermitis	34		1	630	
– Psoriasis vulgaris	20		0	40	
Psychosomatik/Psychiatrie	38	48,1	2	1429	190,4 (263,52)
– Essstörungen	21		1	270	
– ADHS	32		2	280	
Orthopädie	24	30,4	2	2750	234,0 (575,83)
– Skoliosen	21		1	2750	
Neurologie und Neuropädiatrie	19	24,1	2	814	259,2 (273,16)
Kardiologie	16	20,3	2	136	46,8 (44,84)
Gastroenterologie	11	13,9	1	42	19,6 (14,71)
– chronisch-entzündliche Darmerkrankungen	8		1	17	
Nephrologie/Urologie	10	12,6	1	114	32,6 (38,89)
Onkologie	9	11,4	2	533	171,1 (177,15)
Rheumatologie	7	8,9	3	2250	334,6 (844,76)
andere	33	41,8	2	998	140,5 (225,38)

werden jeweils von zirka der Hälfte der Einrichtungen behandelt. Im Gegensatz dazu wird die Behandlung von onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen von n=9 bzw. n=7 Einrichtungen abgedeckt. In Bezug auf das gesamte Indikationsspektrum wurden im Mittel am meisten Patienten mit pneumologischen Erkrankungen behandelt. 33 (42%) der Einrichtungen geben an, auch andere reha-begründende Indikationen zu behandeln, die jedoch nicht immer benannt werden. Von diesen n=33 Einrichtungen geben n=9 Einrichtungen an, ausschließlich „andere Indikationen“ behandelt zu haben. Einen Überblick über die Angaben zum Indikationsspektrum gibt Tab. 2.

Alterspektrum

Die Altersgruppe 11–14 Jahre ist am häufigsten in der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen vertreten (s. Abb. 4). Das durchschnittliche Alterspektrum reicht von einem bis 18 Jahre. Patienten, die älter als 14 Jahre alt sind, werden in der Regel nicht mehr begleitet. Fünf Einrichtungen konnten zu den Altersgruppen keine Angaben machen.

Schule

86% der Einrichtungen bieten Schulunterricht an, wobei die durchschnittlichen Schulstunden pro Woche und Schulkind stark schwanken (Min=3 h, Max=30 h). Als Fremdsprachen werden Englisch (17 Nennungen), Latein (15 Nennungen), Französisch (14 Nennungen), Russisch (6 Nennungen), Spanisch (3 Nennungen), und Dänisch, Italienisch, Griechisch (jeweils 1 Nennung) angeboten. Weitere Fächer im Angebot decken ein breites

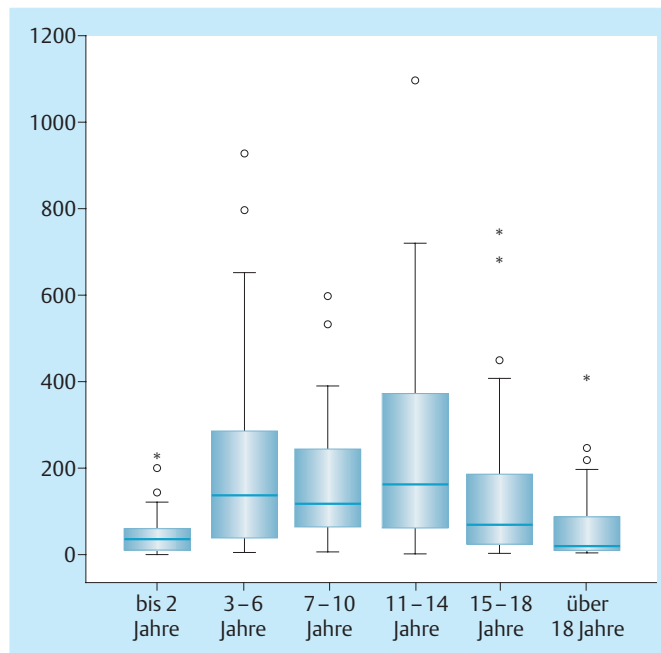


Abb. 4 Altersgruppen und Patientenanzahl.

Spektrum ab, z.B. Sachunterricht, Naturwissenschaften, Geschichte, Kunst, Musik und Religion. Andere Schulformen werden von n=13 Einrichtungen angegeben, darunter fallen u.a. Berufsvorbereitungsmaßnahmen, Vorschule, Schulkindergarten, Waldorfschule und Sprachschule.

Strukturmerkmale: Eignung der allgemeinen Angaben zur Teilgruppenauswahl

Im Rahmen eines zukünftigen Qualitätssicherungsverfahrens sollen auch Vergleiche der Strukturqualität zwischen den Rehabilitationseinrichtungen möglich sein. Deshalb müssen Merkmale identifiziert werden, anhand derer sich die Einrichtungen in Teilgruppen zusammenfassen lassen. Die vorherige Deskription hat gezeigt, dass eine enorme Vielfalt und Heterogenität in Hinblick auf die allgemeinen Angaben der Einrichtungen zu verzeichnen ist. Diese Heterogenität ist bei der Bestimmung von Teilgruppen für einen Vergleich zu berücksichtigen. Als potenzielle Variablen zur Bildung von Teilgruppen kommen prinzipiell die Art der Leistungserbringung, das Altersspektrum, die Bettenanzahl und das Indikationsspektrum bzw. die Anzahl der Indikationskombinationen in Betracht. Bei einer Gruppenbildung spielen allerdings sowohl inhaltliche als auch statistische Überlegungen eine Rolle. Im Rahmen des Expertentreffens wurde im Konsens beschlossen, die Indikationen als Basis für eine Gruppeneinteilung zu nutzen. Dieses Merkmal eignet sich insofern für die Einteilung von Gruppen, als dass ausreichend große Gruppengrößen gewährleistet sind. Die folgenden Indikationsgruppen wurden gebildet: Pneumologie (=Pneumo), Dermatologie (=Derma), Stoffwechsel/Endokrinologie (=Stoff), Kardiologie (=Kardio), Neurologie und Neuropädiatrie (=Neuro), Gastroenterologie (=Gastro), Onkologie (=Onko), Orthopädie (=Ortho), Psychosomatik/Psychiatrie (=Psycho), Nephrologie/Urologie (=Nephro), Rheumatologie (=Rheuma) und andere Indikationen. Für die vorliegende Auswertung wurde festgelegt, dass wenn ein Patient mit der entsprechenden Indikation behandelt wurde, die Einrichtung dieser Indikationsgruppe zugeordnet wird.

Ein zu den Indikationsgruppenwerten vergleichsweise niedriger bzw. positiver Gesamtwert ist vor allem durch $n = 9$ Einrichtungen zu erklären, die nur in die Kategorie „andere Indikationen“ aufgenommen wurden, nicht aber in eine weitere spezielle Indikationsgruppe. Weiterhin wirkt sich die mehrfache Einordnung von Einrichtungen auf den Gesamtwert aus, denn beispielsweise gut ausgestattete Einrichtungen, die auch mehrere Indikationen abdecken, sind auch mehrfach vertreten und vice versa. Die Mehrfachnennung wirkt sich somit sowohl in positiver als auch negativer Richtung aus. Anzumerken ist, dass für die dargestellten Indikationsteilgruppen je nach Qualitätsdimension zum Teil eine unterschiedliche Anzahl von Kriterien relevant ist, da generische und indikationsspezifische Strukturmerkmale zusammen ausgewertet werden. Deshalb kann man die Unterschiede zwischen den Indikationen an dieser Stelle nicht bewertend analysieren, sondern nur beschreiben.

Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung

Diese Strukturqualitätsdimension fokussiert auf die technischen und räumlichen Gegebenheiten der Kliniken allgemein sowie die spezialisierte Ausstattung für bestimmte Personengruppen. Einen rollstuhlfahrgerechten Zugang in die Einrichtung wiesen über alle $n = 79$ Einrichtungen $n = 57$ Kliniken auf. Therapeutische Funktionsräume für jede Einzel- und Gruppenbehandlung sowie eine Funktionsraum für die krankengymnastische Einzelbehandlung sind in neun von elf Indikationsbereichen in allen Kliniken vorhanden. Die jugendgerechte Ausstattung wird von $n = 76$ der befragten Einrichtungen vorgehalten. Spielplätze im Freien sind für alle Indikationen bei 100% der Kliniken vorhanden. Alle Kliniken von drei Indikationen (Kardiologie, Gastroenterologie und Onkologie) verfügen über Sportplätze; jedoch sinkt die Quote vorhandener Merkmale auch für die anderen Indikationen nicht unter 80%. Abb. 5 gibt einen Überblick über die Verteilung bezüglich des hier gebildeten Index „Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung“.

Medizinisch-technische Ausstattung

Die Dimension beschreibt das Vorhandensein verschiedener medizinisch-technischer Ausstattungsmerkmale. Abb. 6 zeigt, dass onkologische, orthopädische und rheumatologische Einrichtungen ein im Vergleich zu den anderen Indikationsgruppen hohen Anteil der Kriterien mit geringer Varianz zwischen den Einrichtungen aufweisen. Allerdings sind auch über die Indikationen hinweg einige Ausreißer zu verzeichnen.

Patientenbetreuung, Diagnostik, therapeutische Behandlungen, Schulungen

Die Kriterien dieser Strukturqualitätsdimension bezieht sich auf die Betreuung der Patienten durch Fachpersonal, medizinische sowie psychologische Diagnostik, therapeutische Angebote und krankheitsspezifische Schulungskonzepte. Abb. 7 zeigt, dass ein 100%iges Vorhandensein nur in den Indikationsbereichen Kardiologie und Onkologie erreicht wird. Die Indikationsbereiche Pneumologie, Stoffwechsel und Dermatologie sind durch eine im Vergleich zu den anderen Gruppen höhere Anzahl von Ausreißern mit einer niedrigeren Erfüllung der Kriterien gekennzeichnet.

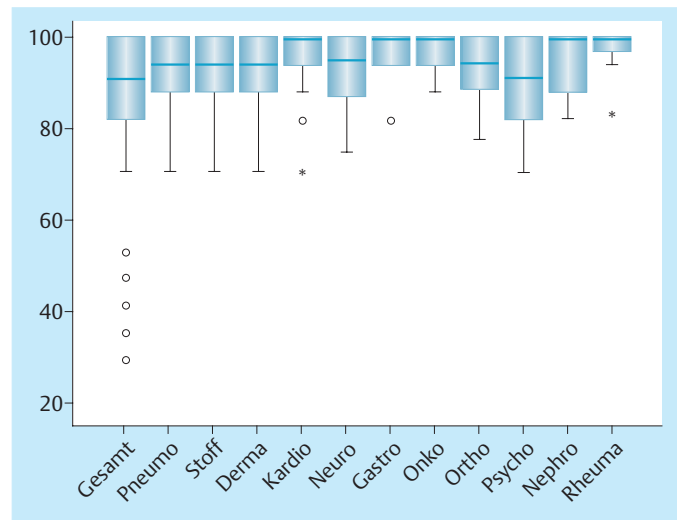


Abb. 5 Index „Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung“.

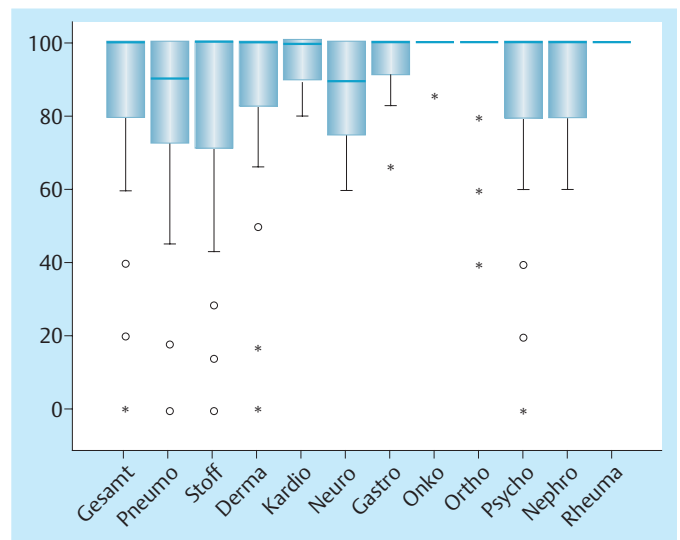


Abb. 6 Index „Medizinisch-technische Ausstattung“.

Personelle Ausstattung

Hinsichtlich der personellen Ausstattung ist zu vermerken, dass in beinahe allen Kliniken entweder der/die leitende Arzt/Ärztin selbst oder ein/e Facharzt/-ärztin Pädiater ist. Hinsichtlich der im Haus vorhandenen Facharztqualifikationen geben beispielsweise im Bereich Physikalische und Rehabilitative Medizin in einigen Indikationsgruppen (Pneumologie, Stoffwechselerkrankungen, Dermatologie und Psychosomatik/Psychiatrie) weniger als 35% der Einrichtungen an, diese vorzuhalten. Auch die indikationsspezifischen Kriterien bezüglich der im Haus vorhandenen Schwerpunkte werden von nur wenigen Einrichtungen als vorhanden angegeben (z. B. verfügen nur 13% der Einrichtungen für Stoffwechselerkrankungen über einen Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie).

Konzeptionelle Grundlagen

Die konzeptionellen Grundlagen umfassen Klinik-, Behandlungs-, Therapie- und Supervisionskonzepte sowie eine Patientendokumentation. 90% der abgefragten Kriterien werden durchgängig von allen Einrichtungen erfüllt.

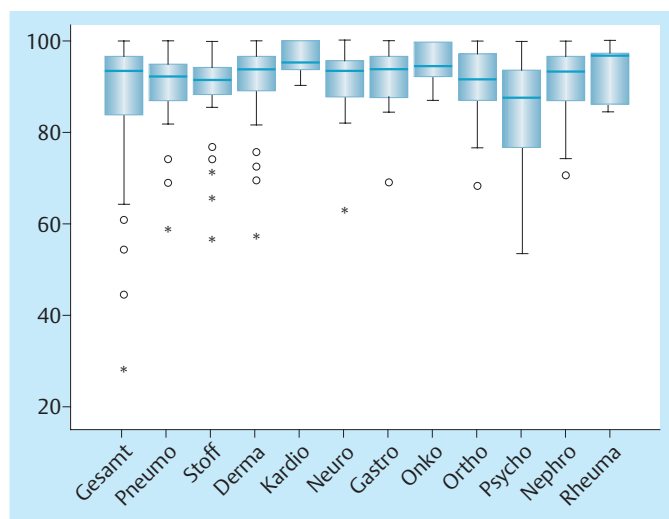


Abb. 7 Index „Patientenbetreuung, Diagnostik, therapeutische Behandlungen, Schulungen“.

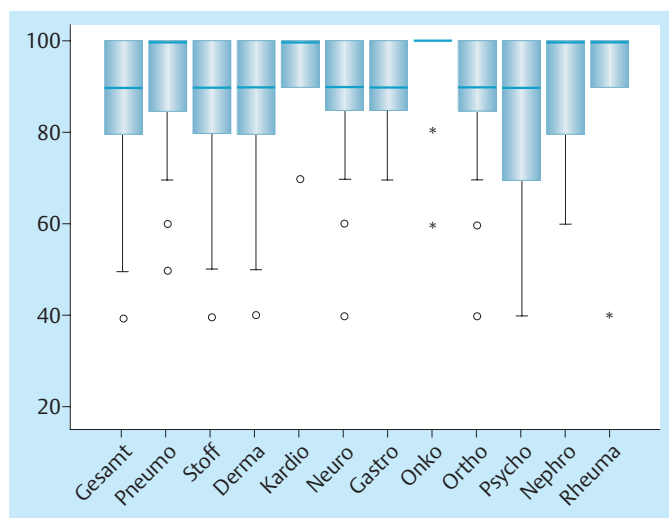


Abb. 8 Index „Internes Qualitätsmanagement“.

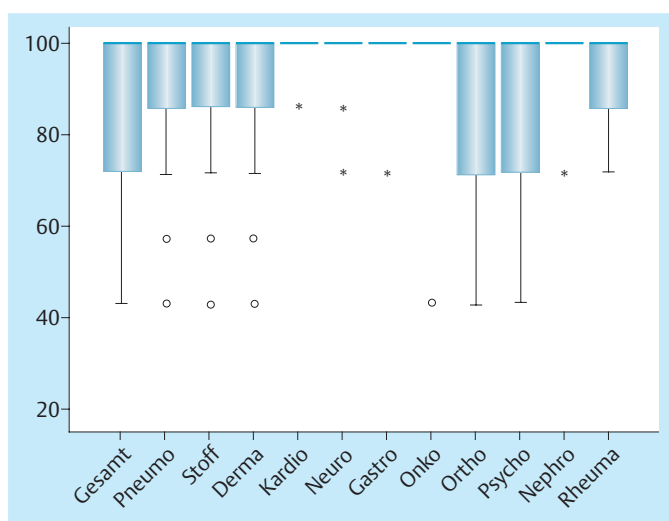


Abb. 9 Index „Interne Kommunikation und Personalentwicklung“.

Internes Qualitätsmanagement

Die Dimension „Internes Qualitätsmanagement“ setzt sich aus einem sehr breiten Bereich von Qualitätsmerkmalen zusammen. So wird danach gefragt, ob ein Qualitätsmanagementbeauftragte/r oder Hygienebeauftragte/r vorhanden sind bzw. ob Dokumentationsverfahren eingesetzt werden. Das Vorhandensein der Merkmale dieser Dimension kann als mittel bis hoch interpretiert werden. Abb. 8 veranschaulicht, dass einige Einrichtungen durch Extremwerte in Richtung eines niedrigen Erfüllungsgrades dieser Merkmale gekennzeichnet sind, was daran liegt, dass einrichtungsinterne Qualitätsmanagementaktivitäten zwar initiiert aber bisher noch nicht vollständig umgesetzt wurden.

Interne Kommunikation und Personalentwicklung

Bezüglich der internen Kommunikation und Maßnahmen zur Personalentwicklung geben alle Kliniken über die unterschiedlichen Indikationsbereiche hinweg an, dass regelmäßige Besprechungen der Mitglieder der Klinikleitung untereinander sowie der Klinikleitung mit Abteilungs- bzw. Gruppenleitern/-innen stattfinden. Die Kriterien „schriftlich festgelegte Regeln zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter/-innen“ und „schriftliche Fixierung von Stellen- und Aufgabenbeschreibungen“ werden in einigen Indikationsbereichen von allen Kliniken erfüllt, für andere Indikationen liegen die Erfüllungsquoten unter 60%. Abb. 9 spiegelt den hohen Erfüllungsgrad in den Indikationsgruppen Kardiologie, Neurologie/Neuropädiatrie, Gastroenterologie sowie Nephrologie/Urologie wider.

Diskussion

Die Qualitätssicherungsprogramme der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung in der medizinischen Rehabilitation sahen bisher die Einbeziehung von Einrichtungen für Kinder und Jugendliche nicht vor. Da diese Form der Rehabilitation einen wichtigen Beitrag im Rahmen der medizinischen und psychosozialen Versorgung chronisch kranker, behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher leistet, wurde ein Projekt zur Erhebung und Analyse der Klinikstrukturen von Einrichtungen zur stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen initiiert, das eine Datengrundlage zur Abschätzung der derzeitigen Ausgestaltung und dem Umfang der Angebote liefert. Mit der Projektdurchführung wurden das Institut für Medizinische Psychologie in Hamburg und die Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin in Freiburg beauftragt. Ziele des Projektes beinhalteten neben der Bestandsaufnahme der Einrichtungen die Entwicklung eines Strukturboogens, eine umfassende Versorgungsanalyse sowie die Durchführung von Visitationen zur Validierung und Vertiefung der schriftlich erhobenen Daten. Weiterhin umfasste der Projektauftrag im Hinblick auf eine spätere Anwendung im Rahmen der externen Qualitätssicherung eine erste Zuordnung der Strukturmerkmale zu den beiden Kriteriengruppen „Basiskriterien“ und „Zuweisungssteuerungskriterien“.

Der Strukturbogen wurde in einem mehrstufigen Verfahren unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Kinder- und Jugendrehabilitation entwickelt. Der gesamte Entwicklungsprozess ist gekennzeichnet durch die Einbindung von Experten und zahlreichen Rückmeldeschleifen zur Arbeitsgemeinschaft der gesetzli-

chen Renten- und Krankenversicherung (ARGE). Die Einbeziehung von verschiedenen Perspektiven hat sich dabei als äußerst hilfreich erwiesen und zur Qualität des Fragebogens beigetragen. Der Strukturbogen erfasst Merkmale zu den drei Bereichen „allgemeine Angaben“, „Merkmale der Strukturqualität“ sowie „strukturnahe Prozessmerkmale“ der Einrichtungen. Ein Vorschlag für eine Kriterienliste wurde ebenfalls expertengestützt entwickelt. Hier stand vor allem ein konsensuelles Vorgehen bei den Expertentreffen im Vordergrund. Damit steht nach der abschließenden Bearbeitung ein Fragebogeninstrument zur Verfügung, das für den Einsatz im Rahmen der externen Qualitätssicherung genutzt werden kann. Über ggf. weitere Anpassungen und den Einsatz in der Routine der Qualitätssicherung müssen die Rehabilitationsträger entscheiden.

Ergebnisse aus Strukturhebungen liefern eine breite Informationsbasis. Für Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihrer Beeinträchtigung besonderer Ausstattungserfordernisse bedürfen, kann zukünftig gezielt mithilfe der erfragten Kriterien eine entsprechende Einrichtung identifiziert werden. Die Analyse der Strukturhebung verdeutlicht, dass die derzeitige Versorgungslandschaft in der Kinder- und Jugendrehabilitation durch eine Heterogenität in Bezug auf die Ausgestaltung der Leistungserbringung sowie des Indikations- und Altersspektrum gekennzeichnet ist. In Ergänzung dazu und zur Validierung der schriftlichen Angaben wurden in zehn zufällig ausgewählten Einrichtungen Visitationen durchgeführt. Diese führten dazu, dass nach der externen Begutachtung vor Ort im Mittel ca. sechs Kriterien pro Einrichtung anders beurteilt wurden. Da diese Kriterien aber sowohl eine Veränderung zum Positiven als auch zum Negativen beinhalteten, kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Einrichtungen tendenziell geantwortet haben.

Eine wichtige Aufgabenstellung des Projektes lag in der Stellung einer verlässlichen Dokumentation, die eindeutig dem Bereich der stationären medizinischen Kinder- und Jugendrehabilitation zugeordnet werden kann. Dieser Schritt erwies sich als schwierig. Die Gewinnung der Adressen der anzuschreibenden Einrichtungen war ein aufwändiger Prozess. Der durchgeführte Ansatz zur Stichprobengewinnung beruhte dabei auf zwei Zugängen. Zum einen auf einer Verbandsabfrage und zum anderen auf einer Internetrecherche. Dies führte zu einer Stichprobe von $n = 177$ Einrichtungen. Die $n = 110$ Kliniken, die Daten zur Verfügung stellten, wurden einem sukzessiven Prüfungsverfahren unterzogen. Die Prüfung erfolgte anhand der Angaben zur Leistungserbringung und einer Überprüfung durch die Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung (ARGE). Die endgültigen $n = 79$ Einrichtungen, welche die Datengrundlage für die vorliegenden Analysen bilden, decken einen weiten Bereich der stationären rehabilitativen Versorgung von Kindern und Jugendlichen ab. Nicht alle Unsicherheiten bezüglich der Stichprobenszusammensetzung können derzeit vollkommen ausgeräumt werden, allerdings können die vorliegenden Angaben von $n = 79$ Einrichtungen als eine solide Ausgangsbasis gewertet werden, die für weitere Projektschritte zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens genutzt werden können.

Die in den $n = 79$ Einrichtungen gesammelten Angaben erlauben eine differenzierte Beschreibung von so wichtigen Bereichen wie räumlichen, personellen Merkmalen wie auch des Leistungsangebots. Als eine Schwäche der vorliegenden Untersuchung ist anzufügen, dass bei Selbstangaben dieser Art, Tendenzen der positiven Selbstdarstellung nicht auszuschließen sind. Besonders dann, wenn zwischen den Auftraggebern und den Einrichtungen finanzielle Abhängigkeiten bestehen.

Insgesamt stellt die Heterogenität der Angebotsformen in der Kinder- und Jugendrehabilitation für die Qualitätssicherung eine große Herausforderung dar, weil dadurch die Bildung angemessener Referenzgruppen für Einrichtungvergleiche erschwert wird. Dies ist auch bei den Überlegungen zur Entwicklung weiterer Dimensionen und Verfahren der externen Qualitätssicherung zu berücksichtigen. Nichtsdestotrotz ermöglichen die Ergebnisse der Strukturhebung einen ersten Überblick der aktuellen Klinikstrukturen sowie eine auf Basis der vorläufig festgelegten Kriterien erfolgte erste vergleichende Gegenüberstellung der beteiligten Rehabilitationseinrichtungen. Die Entwicklung von Anforderungsprofilen in Form von Basis- und Zuweisungssteuerungskriterien gibt Hinweise, welche Qualitätsanforderungen von Einrichtungen der stationären medizinischen Kinder- und Jugendrehabilitation erfüllt sein sollten. Vor einer Übernahme dieser Kriterien in die Routine der Qualitätssicherungsprogramme muss aber zuvor nochmals eine ausführliche Prüfung und Analyse der Ergebnisse dieser Strukturhebung durch die Rehabilitationsträger erfolgen.

Die Strukturhebung versteht sich als erster Schritt der Entwicklung eines umfassenden externen Qualitätssicherungsprogramms im Kinder- und Jugendbereich. Aufbauend auf der Analyse der strukturellen Voraussetzungen können in der Folge Instrumente und Verfahren zur Erfassung von Prozess- und Ergebnisqualität konzipiert werden. Aus den geschilderten strukturellen Besonderheiten (Heterogenität bezüglich der Diagnose- und Altersgruppen) lässt sich bereits jetzt ableiten, dass eine einfache Übertragung der in anderen Indikationsbereichen entwickelten Instrumente und Verfahren, wie z.B. Peer-Review-Verfahren oder Patientenbefragung, nicht einfach möglich sein wird. Niedrige Fallzahlen, die erforderliche Spezifität der einzelnen erforderlichen Behandlungsmaßen, aber auch die Notwendigkeit, Entwicklungsaspekte zu berücksichtigen, erschweren eine direkte Übernahme und Anpassung der vorhandenen Verfahren.

Literatur

- 1 Klein K, Farin E, Jäckel WH, Blatt O, Schliehe F. Bewertungskriterien der Strukturqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. *Rehabilitation* 2004; 43: 100 – 108
- 2 Kowski S, Koch U. Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 2004; 47: 111 – 117