

# Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme

Dr. Here Klosterhuis

Die Rentenversicherung (RV) hat ein anerkanntermaßen umfassendes, differenziertes und aussagefähiges Programm der Reha-Qualitätssicherung (QS) aufgebaut und in der Routinepraxis etabliert<sup>1,2</sup>. Innerhalb der Sozialversicherung hat die RV mit diesem QS-Programm eine Vorreiterrolle wahrgenommen. Die Reha-QS der RV ist von Anfang an darauf ausgerichtet, mit methodisch unterschiedlichen Verfahren möglichst viele verschiedene Aspekte der Qualität der Rehabilitation zu erheben und zu bewerten. Diese Datenerhebungen ermöglichen einen kontinuierlichen Prozess der Berichterstattung für die Reha-Einrichtungen, um ständige Qualitätsverbesserungen anzuregen. Die Instrumente und Verfahren der Reha-QS werden fortlaufend weiterentwickelt, ihr Anwendungsbereich wird stetig erweitert<sup>3</sup>. Die Qualitätsergebnisse können an vielen Stellen als positiv bewertet werden, dokumentieren aber andererseits durchgängig deutliche qualitative Unterschiede zwischen den Einrichtungen<sup>4</sup>. Die Notwendigkeit einer QS bleibt also weiterhin bestehen.

## 1. Dimensionen der Reha-Qualität

Die Dimensionen der Reha-Qualität und zugehörige Inhalte, Instrumente und Verfahren, wie sie in der Reha-QS genannt werden, finden sich in folgender Aufstellung:

- Qualität der rehabilitativen Versorgung (Behandlungsqualität)
  - Peer Review-Verfahren
  - Therapeutische Versorgung (Klassifikation therapeutischer Leistungen – KTL)
  - Reha-Therapiestandards (Reha-Leitlinien)
- Qualität aus Sicht des Rehabilitanden (Patientenorientierung)
  - Rehabilitandenzufriedenheit
  - Subjektives Behandlungsergebnis
- Qualität der Struktur und Organisation der Reha-Einrichtung
  - Strukturqualität (z.B. Personal, Ausstattung, Qualitätsmanagement)
- Qualitätssicherung „vor Ort“
  - Visitation

Von Anfang an war die Reha-QS der RV auf qualitätsbezogene indikationsspezifische Vergleiche der Reha-Einrichtungen ausgerichtet. Ihre Instrumente und Verfahren sind aber immer wieder auch kritisch diskutiert worden. Die in diesen Diskussionen geäußerten Vorschläge und Anregungen werden im Nachfolgenden aufgegriffen und sollen für die Weiterentwicklung der Reha-QS genutzt werden. Sowohl bei der Weiterentwicklung wie auch bei der Umsetzung der QS ist eine enge Einbeziehung der Reha-Einrichtungen anzustreben. Generell ist eine adressatengerechte, handlungsorientierende Aufbereitung und Übermittlung der Ergebnisse der QS von großer Be-

deutung. Der Aufwand, der durch QS bei allen Beteiligten entsteht, ist vor dem Hintergrund des erzielten zusätzlichen Nutzens kontinuierlich kritisch zu hinterfragen.

Die Reha-QS wird sich in der nächsten Zeit neben der inhaltlichen und organisatorischen Konsolidierung auch auf eine Verkürzung der Bearbeitungszeiten durch Optimierung der Abläufe und der Dokumentationsgrundlagen (u. a. vollständige Erfassung der Daten zur KTL, korrekte Zuordnung der Reha-Einrichtungen mit Institutionskennzeichen und Fachabteilungsschlüssel) konzentrieren müssen.

## 2. Stand der Berichterstattung zur QS der medizinischen Rehabilitation

### 2.1 Rehabilitandenbefragung

Eine qualitätsorientierte Befragung von Patienten zu Aspekten der Behandlung und Betreuung ist im Gesundheitswesen ein weit verbreitetes und akzeptiertes Instrument der QS<sup>5</sup>. Auch in der medizinischen Rehabilitation werden schon lange Befragungen

Dr. Here Klosterhuis ist Leiter des Bereichs Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund.

<sup>1</sup> Klosterhuis, Zander, Naumann (2009): Rehabilitation der Rentenversicherung – Inanspruchnahme und Qualitätssicherung. Die BG, Prävention, Organisation, Recht, 9/2009, S. 396–402.

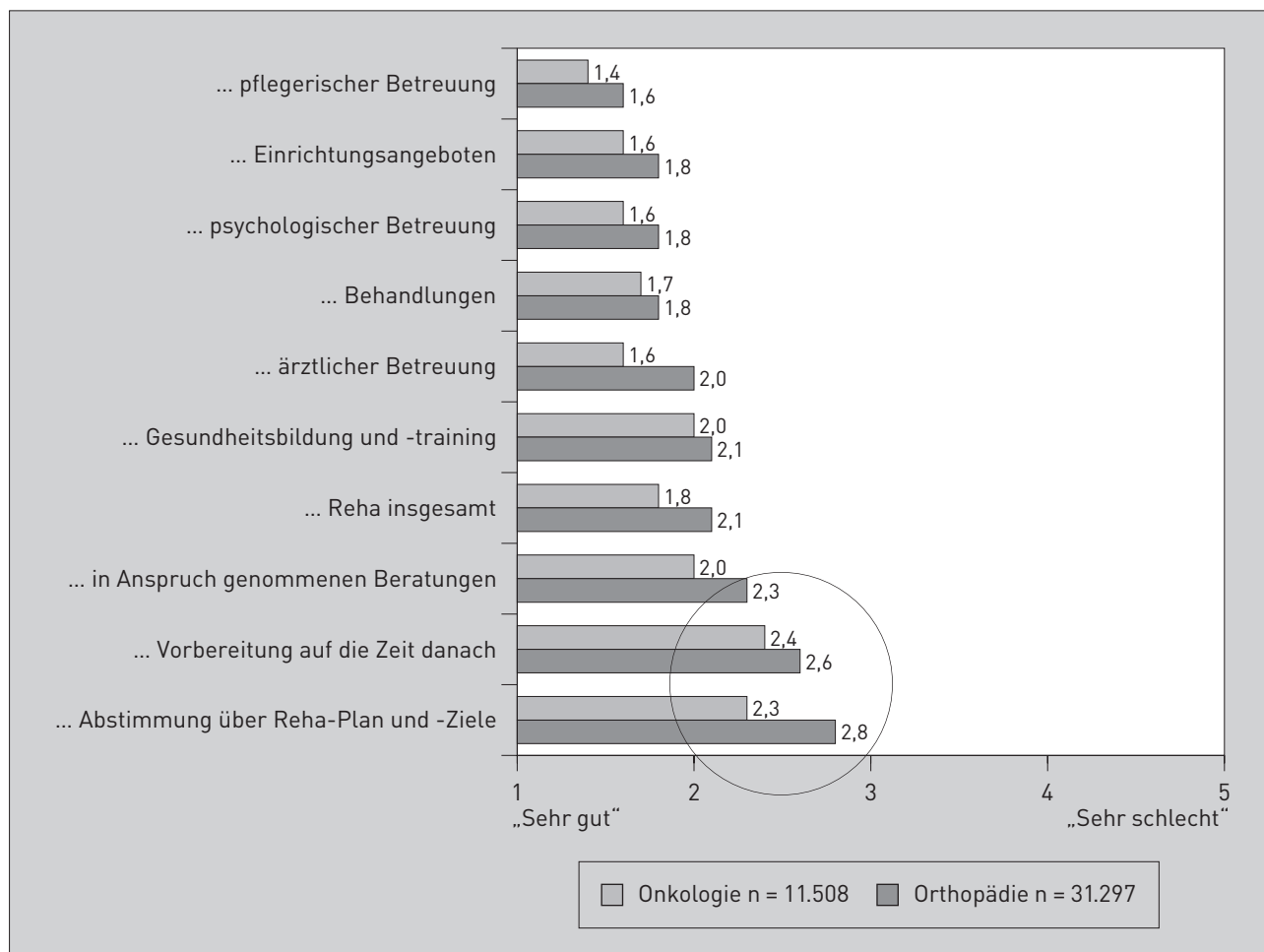
<sup>2</sup> Klosterhuis (2008): Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation. Prävention und Rehabilitation, Jg. 20, 4/2008, S. 184–192.

<sup>3</sup> Von Manteuffel (2010): Medizinische Rehabilitation – Auf dem Weg zum Benchmarking. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, H. 18, S. A844–A845.

<sup>4</sup> Beckmann, Grünbeck, Naumann, Klosterhuis (2009): Aktuelle Ergebnisse aus der Qualitätssicherung der Sucht-Rehabilitation. Sucht aktuell, Jg. 16, H. 2, S. 29–34.

<sup>5</sup> Glattacker, Jäckel (2007): Evaluation der Qualitätssicherung – aktuelle Datenlage und Konsequenzen für die Forschung. Das Gesundheitswesen, Jg. 69, S. 277–283.

**Abb. 1: Rehabilitandenbefragung Somatik, Bericht 2009, Beurteilung von ...**



durchgeführt<sup>6</sup>. In den letzten Jahren sind in umfangreichen Weiterentwicklungsprojekten die verwendeten Fragebögen deutlich gestrafft und – vor allem im Hinblick auf Verständlichkeit – überarbeitet worden. Zum anderen ist auf vielfachen Wunsch der Reha-Einrichtungen eine neue Form der Rückmeldung entwickelt worden. Die Befragungsergebnisse werden jetzt – beginnend mit den somatischen Indikationen – erstmals in Bezug auf relevante Merkmale der Rehabilitanden adjustiert, so dass die Angaben besser über alle Einrichtungen vergleichbar sind. Außerdem wird die Rehabilitandenbefragung auch auf ambulante Reha-Einrichtungen ausgedehnt: in der berufsbeglei-

tenden ambulanten Such-Rehabilitation 2009, in der ganztägig ambulanten Rehabilitation 2010. Die Befragungsergebnisse zeigen durchweg eine positive Bewertung der Rehabilitation durch die Rehabilitanden (s. Abb. 1).

Deutlich schlechter wird allerdings die Abstimmung der Therapieplanung und -ziele mit den Patienten eingeschätzt<sup>7, 8</sup>. Außerdem beurteilen die Patienten die unterschiedlichen Reha-Einrichtungen weiterhin sehr differenziert.

Die Rehabilitandenbefragung ist immer wieder kritisch betrachtet worden. Zum einen wird generell die Befähigung des Patienten in Frage gestellt, sich zur Qualität der rehabilitativen Behandlung, die als vorwiegend ärztlich-medizinisch definiert wird, zu äußern. Zum anderen wurde der bisherige Fragebogen als zu lang und zu kompliziert kritisiert. Außerdem wurde moniert, dass Reha-Einrichtungen mit eher „schwieriger“ Klientel bei der Befragung systematisch benachteiligt würden. Alle Kritikpunkte wurden bei der Überarbeitung des Fragebogens berücksichtigt<sup>9</sup>. Das Befragungsinstrument wurde u. a. um etwa ein Drittel gestrafft. Die Verständlichkeit wurde in einem methodisch aufwendigen Prozess mit einer Vielzahl von Rehabilitanden intensiv ausgewertet

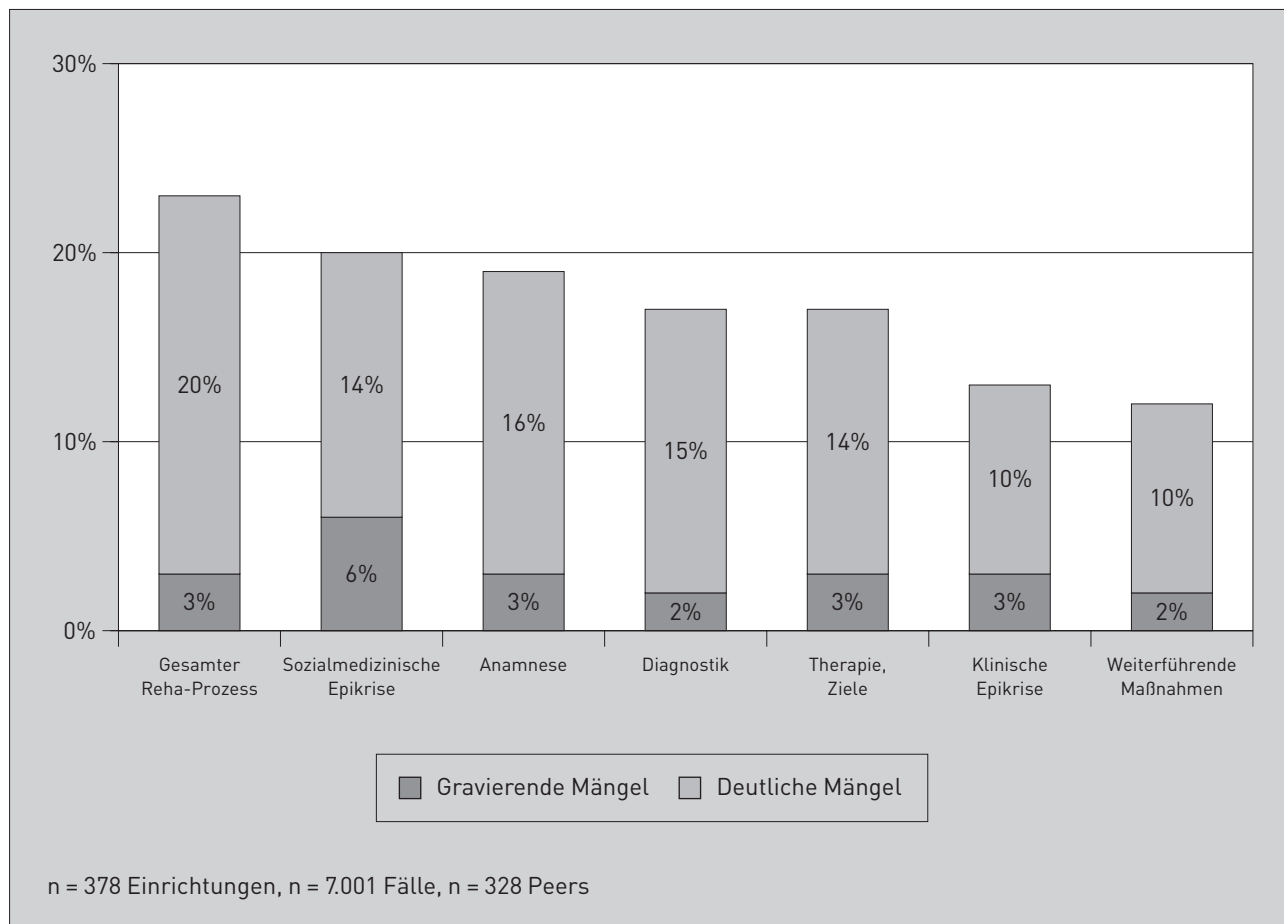
<sup>6</sup> Widera, Klosterhuis (2007): Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. RVaktuell, Jg. 54, H. 6, S. 177–182.

<sup>7</sup> Meyer, Brüggemann, Widera (2008): Rehabilitation braucht Zielorientierung – aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. RVaktuell, Jg. 55, H. 3, S. 94–99.

<sup>8</sup> Meyer, Pohontsch, Maurischat, Raspe (2008): Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Jacobs-Verlag, ISBN: 978-3-89918-166-1.

<sup>9</sup> Widera (2010): Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung – neue Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung. RVaktuell, Jg. 57, H. 4, S. 153–159.

**Abb. 2: Peer Review Somatik, Bericht 2010, Stationäre und ambulante Reha – Orthopädie: Reha-Entlassungsberichte mit deutlichen und gravierenden Mängeln (Bereiche)**



und verbessert. Analysen ergaben, dass nur ein sehr kleiner Teil der befragten Rehabilitanden Hilfe beim Ausfüllen des Fragebogens benötigt. Außerdem wurde der Einfluss der Rehabilitandenstruktur bei der neuen Rückmeldung mit Hilfe adjustierter Kennzahlen berücksichtigt. Anzumerken ist, dass die Effekte der Adjustierung bei der Mehrzahl der Reha-Einrichtungen nicht sehr groß ausfallen, d. h., dass die Rehabilitandenstruktur dieser Reha-Einrichtungen nicht sehr stark voneinander abweicht bzw. das Antwortverhalten spezieller Gruppen ähnlicher ist als vermutet.

## 2.2 Peer Review-Verfahren

Das Peer Review-Verfahren im Programm der QS zeichnet sich dadurch aus, dass im Rahmen einer Einzelfallprüfung durch Auswertung von Entlassungsberichten und Therapieplänen eine Stichprobe von Rehabilitationsverläufen nachvollzogen und überprüft wird<sup>10</sup>. An dieser quasi „gegenseitigen“ Prüfung sind leitende Ärzte von Reha-Einrichtungen als Peers (Gutachter) direkt beteiligt. Das Verfahren wird von intensiven sozialmedizinischen Schulungen der Peers auf der Grundlage umfassender Materialien begleitet. Die RV hat mit diesem Verfahren in den letzten Jahren einen Stamm von knapp 1 000 geschulten

Gutachtern aufgebaut, die eine mehrtägige sozialmedizinische Schulung absolviert und sich mit den Erwartungen der RV an einen guten Rehabilitationsprozess vertraut gemacht haben. In den letzten Jahren ist zusätzlich für diesen Kreis leitender Ärzte und Oberärzte noch eine spezielle jährliche Informationsveranstaltung eingerichtet worden. Die Ergebnisse der Reha-Einrichtungen in Peer Review-Verfahren haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert (s. Abb. 2), sind aber noch keineswegs für alle Reha-Einrichtungen zufriedenstellend.

Inhaltlich zeigt sich wie bei der Rehabilitandenbefragung Verbesserungsbedarf bei der Patientenorientierung (s. Tabelle 1).

Die Kritik am Peer Review bezieht sich darauf, dass seine Einführung eine problematische Umfangsvermehrung der Reha-Entlassungsberichte ausgelöst habe, die mit inhaltlich standardisierten Floskeln und Textbausteinen ohne Aussagekraft verbunden gewesen sei. Das mag in Einzelfällen sicher zu beobachten gewesen sein, allerdings gibt es keine empi-

<sup>10</sup> Baumgarten, Klosterhuis (2007): Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer Review-Verfahren ausgewertet – bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. RVaktuell, Jg. 54, H. 5, S. 152–154.

**Tabelle 1: Peer Review Somatik, Bericht 2010, Was wird kritisch beurteilt?  
Gravierende Mängel in den Reha-Entlassungsberichten – Orthopädie – (Items)**

Item	Merkmal	Anteil gravierender Mängel	
		stationär n = 253	ambulant n = 125
B 6.5	Aussagen zur Übereinstimmung von Beschwerden und erhobenen Befunden	29 %	30 %
E 10.1.3	Selbsteinschätzung des Patienten zur Teilhabe am Arbeitsleben	20 %	19 %
A 2.2.2	Subjektive Beeinträchtigung der Aktivitäten/Teilhabe im Beruf	18 %	17 %
B 6.1.3	Beeinträchtigungen der Aktivitäten	17 %	17 %
A 2.3	Krankheitsverständnis und Informationsstand des Patienten/ Krankheitsverarbeitung	16 %	19 %
F 11.3	Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben	18 %	15 %
A 4.3	Sozialanamnese: Teilhabe	16 %	13 %

rischen Belege dafür, dass dies die Regel ist. Mehrfache Befragungen der Peers, wie sie Länge und Aussagekraft der Reha-Entlassungsberichte einschätzen, führten zu anderen Ergebnissen.

Generell bleibt die Frage der Verbesserung der medizinischen Dokumentation auf der Tagesordnung. Der immer wieder geäußerte Verdacht, im Peer Review-Verfahren würde von den Reha-Einrichtungen systematisch manipuliert, konnte bis heute in keinem konkreten Fall verifiziert werden. Mittelfristig sind auch alternative Organisationsformen (z. B. stärkerer Indikationsbezug, Konzentrierung auf Reha-Einrichtungen mit problematischen Ergebnissen) des Peer Review zu prüfen, die alle Beteiligten entlasten, ohne die Aussagekraft des Verfahrens zu schwächen.

### 2.3 Therapeutische Versorgung

Die RV hat sich bereits vor mehr als zehn Jahren dazu entschlossen, in der medizinischen Rehabilitation eine hohe Transparenz der Leistungserbringung zu realisieren<sup>11</sup>. Damit besteht für diesen Versorgungsbereich die Möglichkeit einer umfassenden und differenzierten Abbildung und Bewertung des Versorgungsgeschehens. Die von der RV entwickelte und in die Routinedokumentation der Reha-Einrichtungen eingeführte KTL ist in den letzten Jahren unter breiter Beteiligung der Reha-Einrichtungen und der

Rentenversicherungsträger (RV-Träger) aktualisiert und grundlegend überarbeitet worden<sup>12</sup>. Ihr Routineeinsatz ist von den Reha-Einrichtungen akzeptiert. Die Daten der KTL sind mittlerweile für eine Vielzahl von inhaltlichen Fragestellungen in Bezug auf eine bedarfsgerechte Rehabilitation genutzt worden.

Die dokumentierten Leistungen belegen, dass die medizinische Rehabilitation der RV multimodal und multiprofessionell durchgeführt wird. Allerdings zeigen aktuelle Auswertungen der KTL auch, dass es deutliche Unterschiede im Leistungsgeschehen zwischen den Reha-Einrichtungen gibt. Die Entwicklung und Einführung von allgemeinen Bewertungskennzahlen der KTL, die einen verbindlichen Rahmen für die Leistungserbringung vorgeben, wird dazu beitragen, diese Varianz zu reduzieren.

Kritische Äußerungen zur Dokumentation der KTL beziehen sich vor allem auf die Validität der Dokumentation und mögliche Manipulationen. Vergleichende Untersuchungen von Daten der KTL, Ergebnissen der Rehabilitandenbefragung und Visitationen haben bisher keine systematischen Manipulationsversuche aufdecken können. Ein gravierendes Problem besteht allerdings darin, dass die RV-Träger z. B. in unterschiedlichem Ausmaß Daten der KTL erfassen. Hier ist für die nähere Zukunft eine vollständige Erfassung der Daten aller Entlassungsberichte aller RV-Träger anzustreben. Die Sicherung der Dokumentationsqualität wird auch in Zukunft einer intensiven Anwenderbetreuung bedürfen.

### 2.4 Reha-Therapiestandards/Reha-Leitlinien

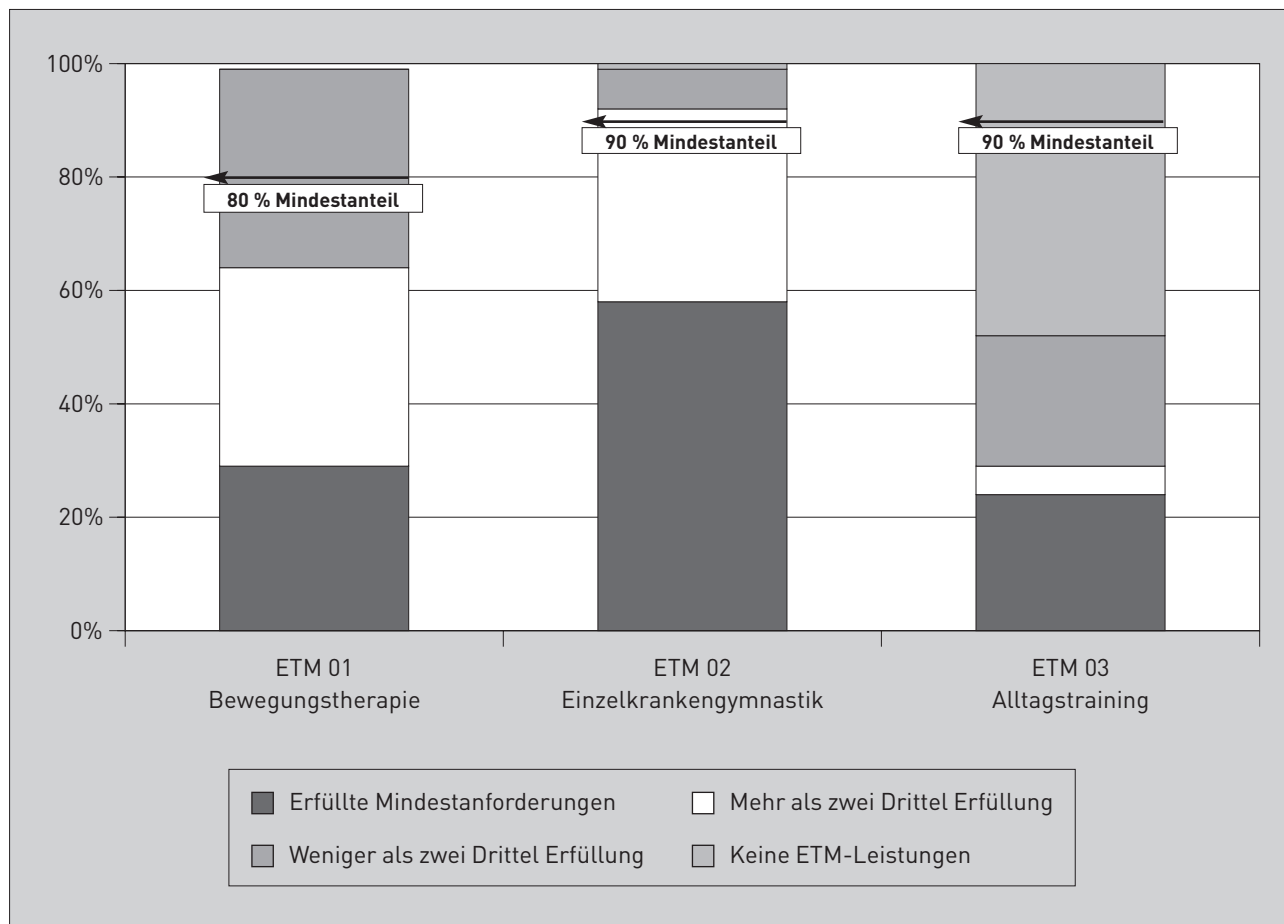
Die Entwicklung und Implementierung von indikationsspezifischen Vorgaben für die therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation (Reha-Leitlinien, Reha-Therapiestandards) stellt ein innovatives Element der Reha-QS dar<sup>13</sup>. Es ist ein besonderer Vorzug der Dokumentation der Rehabilitation der RV, dass diese inhaltlichen Anforderungen

<sup>11</sup> Zander, Beckmann, Somhammer, Klosterhuis (2009): Therapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation – mehr Transparenz mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen. *RVaktuell*, Jg. 56, H. 5/6, S. 186–194.

<sup>12</sup> Bitzer, Dörning, Beckmann, Somhammer, Zander, Klosterhuis (2006): Verbesserte Dokumentation als Grundlage für Reha-Qualitätssicherung – Weiterentwicklung der Klassifikation therapeutischer Leistungen. *RVaktuell*, Jg. 53, H. 9/10, S. 398–406.

<sup>13</sup> Klosterhuis (2008): Welchen Beitrag zur Verbesserung der Suchtbehandlung leistet die Reha-Leitlinie zur Alkoholabhängigkeit der Deutschen Rentenversicherung? Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V., Bd. 31, S. 30–40.

**Abb. 3: Reha-Therapiestandards Hüft- und Kniegelenkersatz – Bericht 2010, Ausgewählte Therapiemodule, Reha 2008**



nicht nur formuliert und mitgeteilt werden, sondern auch empirisch überprüft werden können. Damit ergibt sich die Möglichkeit, die Reha-Einrichtungen sehr gezielt auf die Einhaltung der Therapievorgaben hinzuweisen. Eine solche nachhaltige Implementierung von Therapiestandards ist in der medizinischen Versorgung selten gegeben.

Für eine Reihe von Indikationen (Alkoholabhängigkeit, koronare Herzkrankheit, chronischer Rückenschmerz etc.) sind in einem breiten Diskussionsprozess mit Wissenschaftlern und Experten aus den Reha-Einrichtungen Reha-Therapiestandards entwickelt worden. Ein häufiger Kritikpunkt bezog sich auf die Begrifflichkeit: Eine Verwechslung mit fachwissenschaftlichen, in der Regel akut-medizinischen Leitlinien sei naheliegend. Diesen Einwänden hat die RV entsprochen und bezeichnet die inhaltlichen Anforderungen jetzt als Reha-Therapiestandards. Die Notwendigkeit solcher inhaltlicher Vorgaben ergibt sich aus dem Befund einer sehr heterogenen Leistungserbringung in den Reha-Einrichtungen. Das Ausmaß dieser Varianz kann vom Leistungsträger unter Qualitätsaspekten nicht akzeptiert werden.

Weitere Einwände thematisieren eine angeblich zu weit gehende Standardisierung der Therapie. Da-

gegen muss betont werden, dass die Anforderungen bewusst so gewählt wurden, dass die Reha-Einrichtungen ausreichend Spielräume für eine individuelle Therapiegestaltung auch unter Berücksichtigung der Komorbidität behalten (vgl. Abb. 3). Die aktuellen Ergebnisse in den einzelnen Indikationen zeigen durchgängig noch erhebliche Abweichungen zwischen den Anforderungen der Reha-Leitlinie und der aktuellen Versorgungssituation.

Die Auswirkungen, die eine Implementation der Reha-Therapiestandards in den Reha-Einrichtungen z.B. für die Rehabilitandenzufriedenheit oder die Leistungserbringung für alle Rehabilitanden mit sich bringen können, sind sorgfältig zu beobachten und zu bewerten<sup>14</sup>. Die Entwicklung der Reha-Therapiestandards ist unter breiter Beteiligung von Experten fortzuführen. Die Erweiterung der Reha-QS um Reha-Therapiestandards ist ein wichtiger Schritt zur stärkeren Evidenzbasierung der Rehabilitation und wird die Legitimation der Rehabilitation stärken. Die RV übernimmt damit auch unter diesem Aspekt eine Vorreiterrolle in der Reha-QS.

<sup>14</sup> Bitzer, Brüggemann, Klosterhuis, Dörning (2006): Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie für die Rehabilitation bei koronarer Herzkrankheit. Die Rehabilitation, Jg. 45, H. 4, S. 203–212.

## 2.5 Sozialmedizinischer Verlauf nach Rehabilitation

Die Zielsetzung der Rehabilitation der RV besteht darin, Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen und Erwerbstätigkeit zu sichern. In der RV besteht aufgrund einer umfassenden Datenbasis die Möglichkeit, die Erreichung dieses Rehabilitationsziels auch empirisch zu überprüfen. Mit der Reha-Statistik-Datenbasis kann für jeden Rehabilitanden nachvollzogen werden, ob er im Beobachtungszeitraum berentet wurde, verstarb oder mit Beitragszahlungen im Erwerbsleben verblieb<sup>15</sup>. Bei den Beiträgen können auch solche aus Arbeitslosigkeit, langfristiger Arbeitsunfähigkeit etc. identifiziert werden.

Die Ergebnisse dieses sozialmedizinischen Verlaufs, der auch einrichtungsbezogen dargestellt werden kann, belegen für die meisten Rehabilitanden den Verbleib im Erwerbsleben nach einer medizinischen Rehabilitation. Allein diese Angabe als Erfolg der Rehabilitationseinrichtungen darzustellen ist problematisch, weil eine Reihe von weiteren Einflussfaktoren zu berücksichtigen ist, insbesondere die regionale Arbeitsmarktlage. Auch sind etwaige Unterschiede im Schweregrad der Erkrankung der behandelten Rehabilitanden zwischen den Reha-Einrichtungen mit Routinedaten nur bedingt vergleichbar. Die einrichtungsbezogenen Auswertungen zum sozialmedizinischen Verlauf nach Rehabilitation sollen künftig als ein Teil der Berichterstattung zur Reha-QS rentenversicherungswest etabliert werden. Die Interpretation der Ergebnisse muss aber mit den genannten Einschränkungen erfolgen.

## 2.6 Rehabilitandenstruktur

Die Reha-QS bezieht sich auf alle durchgeführten Reha-Leistungen der RV. Das macht es möglich, den Reha-Trägern und den Reha-Einrichtungen detaillierte Informationen zu den Rehabilitanden zu geben. Auf diese Weise können auch die einrichtungsbezogenen Ergebnisse zur QS besser eingeschätzt werden, da die entsprechenden Daten auch für die Vergleichsgruppen mitgeteilt werden. Im Bericht zur Reha-QS „Rehabilitandenstruktur“ werden z.B. Angaben zur Indikationsstruktur, zu soziodemographischen Parametern, zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit, aber auch zur Belegungsstruktur dargestellt. So ist z.B. die Frage nach „schwierigen“ Rehabilitanden mit diesen Daten z.T. beantwortbar. Der QS-Bericht zur

Rehabilitandenstruktur wird sowohl von den Reha-Trägern als auch von den Reha-Einrichtungen als wichtige und nützliche Information gewürdigt.

## 3. Konzeptionelle Ansätze zur QS der medizinischen Rehabilitation

Folgt man einer anderen Systematik qualitätssichernder Maßnahmen, lassen sich die dargestellten Instrumente und Verfahren wie folgt einordnen:

### 3.1 Strukturqualität

Die Erfüllung konkreter Anforderungen an die sachliche und personelle Ausstattung medizinischer Versorgungseinrichtungen gilt als wesentliche Grundlage für eine qualitativ abgesicherte Versorgung<sup>16, 17</sup>. Für die Reha-QS der RV ist in den vergangenen Jahren ein Strukturhebungsbogen entwickelt und eingesetzt worden, mit dem in differenzierter Weise räumliche, personelle, apparative und organisatorische Merkmale in den Reha-Einrichtungen abgebildet werden können. Die von der RV getroffenen Festlegungen für konkrete Kriterien der Strukturqualität dienen dazu, die einrichtungsbezogene Strukturqualität als wesentliches Element der QS darzustellen.

### 3.2 Prozessqualität

Die Prozessqualität der medizinischen Rehabilitation wird mit mehreren Instrumenten der QS bewertet. So wird im Rahmen der Rehabilitandenbefragung nach Behandlungen, Beratungen etc. und deren Beurteilung durch die Patienten gefragt. Auch im Peer Review bewertet der ärztliche Gutachter anhand eines detaillierten Manuals Fragen nach der Qualität des Reha-Prozesses etc. Durch die Auswertung der dokumentierten therapeutischen Leistungen und deren Bewertung im Rahmen des QS-Berichts zur therapeutischen Versorgung und durch die Einführung von Reha-Therapiestandards ist außerdem eine umfassende Darstellung und Bewertung des therapeutischen Geschehens während der Rehabilitation möglich. Die Visitation als konkrete Einrichtungsbegehung vor Ort integriert diese unterschiedlichen Herangehensweisen an die Prozessqualität und erweitert sie um eigene Eindrücke. Dabei werden auch Aspekte der Strukturqualität berücksichtigt und die Reha-Einrichtung möglichst angemessen bewertet.

Der Prozess der Rehabilitation ist selbstverständlich nicht auf den Aufenthalt in der Reha-Einrichtung beschränkt. Sowohl vorausgehende als auch insbesondere nachgelagerte Leistungen werden als Bestandteile der Rehabilitation mit wesentlichem Einfluss auf das Ergebnis im Sinne einer Sicherung der anhaltenden Erwerbsfähigkeit verstanden. Deshalb wird mittelfristig auch die Nachsorge sowohl bezüglich Inanspruchnahme und Umfang als auch bezüglich Indikationsstellung und Ausgestaltung in die Reha-QS einzubeziehen sein<sup>18</sup>.

<sup>15</sup> Klosterhuis, Zollmann, Grünbeck (2004): Verlaufsorientierte Auswertungen zur Rehabilitation – aktuelle Ergebnisse aus der Reha-Statistik-Datenbasis. DRV, Jg. 59, H. 5, S. 287–296.

<sup>16</sup> Klein, Farin, Jäckel, Blatt, Schliehe (2004): Bewertungskriterien der Strukturqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. Rehabilitation, Jg. 43, S. 100–108.

<sup>17</sup> Lindow, Grell (2008): Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Erhebung 2007. Konzept, Methode, Ergebnisse. DRV-Schriften, Band 77, S. 150–151, [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de).

<sup>18</sup> Köpke (2008): Nachsorge in der Rehabilitation – Anmerkungen zu einem zentralen Element der Qualitätssicherung. RVaktuell, Jg. 55, H. 8, S. 228–233.

### 3.3 Ergebnisqualität

Die Bewertung der Ergebnisqualität der medizinischen Rehabilitation ist in den letzten Jahren im Rahmen der QS immer wieder intensiv und auch kontrovers diskutiert worden<sup>19, 20</sup>. Während zum einen darauf verwiesen wird, dass bereits heute mit den eingesetzten Instrumenten der QS z. B. der Behandlungserfolg aus Sicht des Rehabilitanden ermittelt und bewertet werden kann, wird andererseits argumentiert, dass die wesentliche Zielstellung der medizinischen Rehabilitation der RV die berufliche Wiedereingliederung ist und jeder Behandlungserfolg daran zu messen sei. Die RV plant hierzu ein Projekt, das den Zusammenhang zwischen subjektivem Behandlungserfolg und beruflicher Wiedereingliederung untersuchen soll.

Des Weiteren ist ein Gemeinschaftsprojekt von RV und gesetzlicher Krankenversicherung zur „Sicherung der Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen“ durchgeführt worden. Nach einer Expertenbefragung zur Messung von Reha-Outcome bzw. Reha-Ergebnisqualität, einem Expertenworkshop zur Ergebnisqualität in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen und Analysen der verschiedenen Optionen bei der Messung der Ergebnisqualität (Datenzugang, Messzeitpunkte, Indikationsspezifität, Dimensionen der Outcome-Instrumente etc.) wurde die Datenerhebung durchgeführt. Die Ergebnisse dieses Projektes werden dazu beitragen, die QS der Kinder- und Jugendlichenrehabilitation weiterzuentwickeln.

### 4. QS der beruflichen Rehabilitation

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) sind ein wichtiges Instrument zur Sicherung der Erwerbsfähigkeit und der Berufstätigkeit der Versicherten der RV<sup>21</sup>. Konzeptionelle Weiterentwicklungen zielen u. a. auf eine weitere Individualisierung der Maßnahmen. Die Reha-QS der RV für die berufliche Rehabilitation bietet dafür wichtige Hilfestellungen. Im letzten Jahrzehnt stieg die Anzahl der Anträge auf LTA und der Bewilligungen in der RV kontinuierlich. Die Inanspruchnahme ist von verschiedenen Faktoren abhängig: Zum einen vom Gesundheitszustand des Versicherten, zum anderen aber auch von Änderungen gesetzlicher Bestimmungen. Zudem spielen Faktoren wie Arbeitsplatzsituation, Schichtzugehörigkeit und soziales Umfeld eine Rolle. Die demographische Entwicklung wird voraussichtlich auch in den nächsten Jahren zu weiteren Steigerungen führen.

Unter den LTA findet sich eine Vielzahl von Leistungen, wobei die arbeitsplatzsichernden Leistungen eine zunehmende Priorität haben. Der Anteil der beruflichen Bildungsmaßnahmen dagegen sank in den letzten Jahren. Die spezifischen Bedingungen der LTA – Vielfalt von Leistungsarten, viele Leistungserbringer etc. – müssen bei der Erarbeitung von Konzepten zur QS berücksichtigt werden. Als vorrangig

wird zum einen die Qualität der beruflichen Bildungsleistungen aus Sicht der Teilnehmer angesehen, wofür ein Befragungsinstrument entwickelt wurde. Zum anderen sind Berechnungen zur Ergebnisqualität auf Basis der Routinedaten vordringlich. Deshalb wurde gemeinsam von der Bundesagentur für Arbeit, der Unfallversicherung, der RV und den Leistungserbringern ein Konzept zur Reha-Träger übergreifenden Messung des Erfolgs von beruflichen Bildungsmaßnahmen auf Basis der Routinedaten erarbeitet. Ziel der QS bei LTA ist eine regelmäßige, einrichtungsbezogene Berichterstattung mit Ergebnisberichten zur QS, um den Einrichtungen Hinweise zu Verbesserungen zu geben.

#### 4.1 Befragung nach beruflicher Bildung: Berliner Fragebogen

Mit dem „Berliner Fragebogen“ wird die Qualität von Bildungsleistungen aus Teilnehmersicht erhoben<sup>22</sup>. Dazu werden alle Teilnehmer ein halbes Jahr nach dem Ende ihrer Maßnahme per Post befragt. Im Herbst 2009 wurde die erste einrichtungsbezogene Auswertung für den Befragungszeitraum verschickt. Es ist künftig eine regelmäßige Berichterstattung zur QS mit den Ergebnissen des Berliner Fragebogens vorgesehen.

Insgesamt werden die Maßnahmen als gut bewertet, jedoch werden die individuelle Förderung durch die Bildungseinrichtung, die Vorbereitung der Integration (s. Abb. 4) sowie die Betreuung nach der Maßnahme kritisiert. Die Ergebnisse sind darüberhinaus einrichtungsspezifisch unterschiedlich und können als Ausgangspunkt für konkrete Veränderungen verwendet werden. Zwischenzeitlich wurde der Fragebogen überarbeitet. Die gesetzliche Unfallversicherung will das Instrument ebenfalls einsetzen, die Bundesagentur für Arbeit setzt ein Instrument ein, das zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit Fragen des Berliner Fragebogens enthält.

#### 4.2 Ergebnisqualität der beruflichen Rehabilitation auf der Basis von Routinedaten

Aufgrund der umfassenden, vollständigen Datenbasis und der differenzierten Auswertungsmöglichkeiten eignen sich Routinedaten auch für den Einsatz in

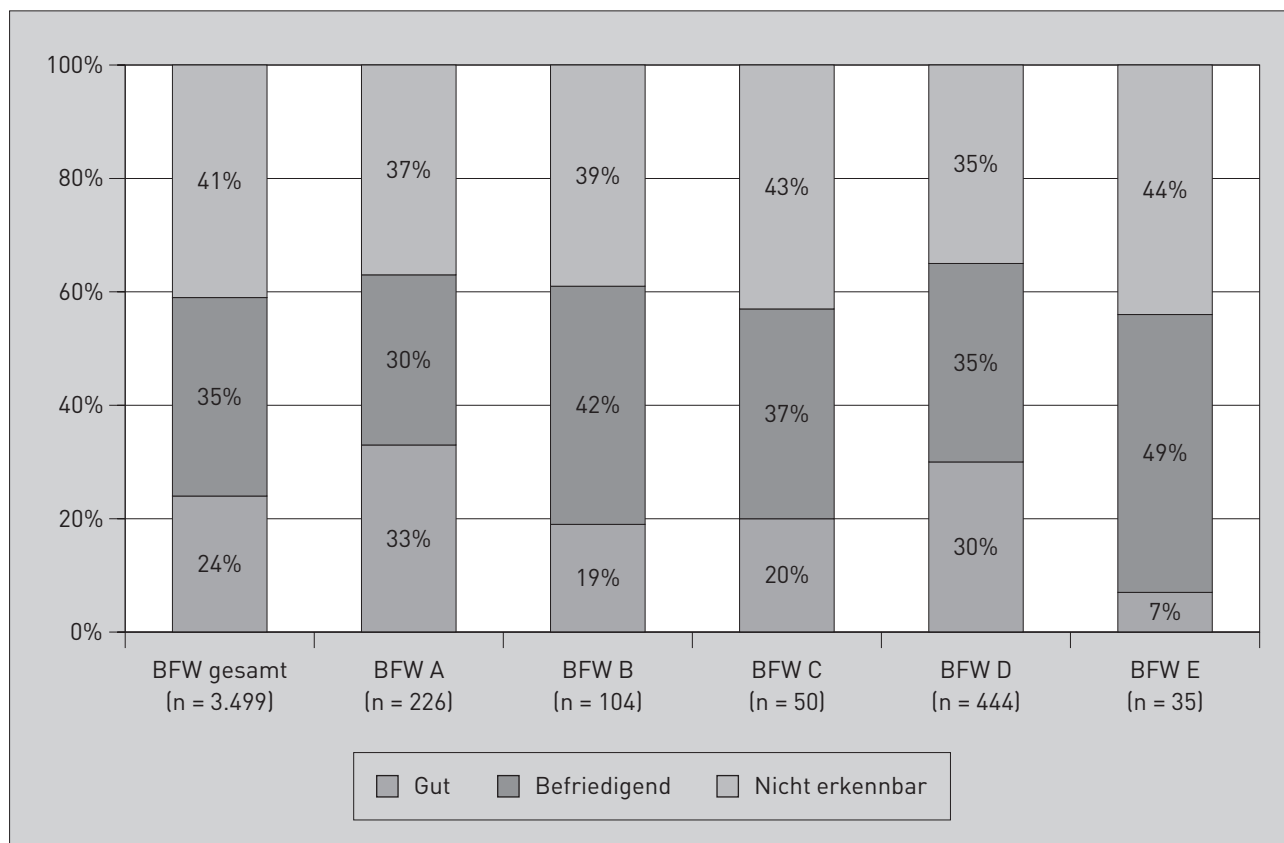
<sup>19</sup> Deutsche Rentenversicherung (2009): Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. Publikation zum Workshop am 25.11.2008. DRV Bund (Hrsg.), auch als Online-Dokument unter: [www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de).

<sup>20</sup> Widera (2009): Workshop „Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung“ am 25.11.2009 bei der Deutschen Rentenversicherung Bayern Süd in München. RVaktuell, Jg. 56, H. 3, S. 98–99.

<sup>21</sup> Erbstößer, Verhorst, Lindow, Klosterhuis (2008): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben durch die Deutsche Rentenversicherung – ein Überblick. RVaktuell, Jg. 55, H. 11, S. 343–350.

<sup>22</sup> Erbstößer, Klosterhuis, Lindow (2007): Berufliche Rehabilitation aus Teilnehmersicht – aktuelle Ergebnisse des Berliner Fragebogens. In: RVaktuell, 10/2007, S. 362–366.

**Abb. 4: Berliner Fragebogen, Bericht 2009, Beurteilung der Integrationsvorbereitung**



der QS<sup>23</sup>. Die Ergebnisqualität von beruflichen Bildungsleistungen kann einerseits in Form des Abschlussresultates der Leistung, andererseits über die nach der Leistung erfolgende Wiedereingliederung dargestellt werden. Die meisten Leistungen werden erfolgreich abgeschlossen. Wenn Abbrüche erfolgen, so meist aus gesundheitlichen Gründen. Die Wiedereingliederungsquoten nach der Maßnahme steigen im zeitlichen Abstand zur Beendigung der Leistung. Es ist vorgesehen, regelmäßig einrichtungsspezifische Berichte mit Angaben zur Teilnehmerstruktur, zum Ergebnis der Leistung sowie zur Wiedereingliederung zu erstellen.

#### 4.3 Projekt „Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation“ (LBR)

Bislang werden die Leistungsträger nicht systematisch über den Rehabilitationsprozess und über die im Rahmen eines solchen Prozesses durchgeführten Maßnahmelemente informiert. Zur Erhöhung der Transparenz ist eine Dokumentation der während der Maßnahme durchgeführten Leistungselemente zweckmäßig. Die Vorteile liegen darin, in das Leistungsgefüge einer beruflichen Bildungsmaßnahme sowohl inhaltlich als auch hinsichtlich der Zeitdauer

bestimmter Elemente eine stärkere Transparenz sowie einen systematischen Einblick zu erhalten und das Leistungsgeschehen der Einrichtungen besser vergleichen und bewerten zu können.

Das Projekt enthält die Entwicklung einer Klassifikation der im Verlauf einer beruflichen Rehabilitation erbrachten Leistungseinheiten und der sog. Qualitätsmerkmale zur Beschreibung der Leistungselemente (Angaben zur Dauer der Leistung, Berufsgruppen etc.). Es sollen ebenfalls diagnostische Leistungen wie z. B. Assessments einbezogen werden. Darüberhinaus sind zum Einsatz der Klassifikation eine anwenderorientierte EDV-Version sowie ein Dokumentationsverfahren erforderlich. Das Projekt „Leistungsklassifikation in der beruflichen Rehabilitation“ wird in der zweiten Hälfte des Jahres 2010 beginnen.

Die zunehmende Individualisierung und Flexibilisierung der Leistungserbringung wird neue Anforderungen an die QS mit sich bringen. Mittelfristig werden in die QS weitere Qualitätsdimensionen einbezogen werden. Es wird davon ausgegangen, dass die Ergebnisse der externen QS in das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen integriert werden.

#### 5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die RV hat in den zurückliegenden Jahren ein umfassendes Programm der Reha-QS entwickelt und in die Routinepraxis der medizinischen Rehabilitation implementiert. Instrumente und Verfahren werden

<sup>23</sup> Bestmann, Erbstöber, Rothe, Zollmann, Rauch (2006): Rehabilitationsträgerübergreifende Messung der Ergebnisqualität von beruflichen Bildungsmaßnahmen. DRV-Schriften, Bd. 64, www.deutsche-rentenversicherung.de.



hierbei kontinuierlich überarbeitet. Die Qualitätsergebnisse fallen ganz überwiegend positiv aus, allerdings bestehen durchgängig große Einrichtungsunterschiede. Die Ergebnisse der Reha-QS sind in den letzten Jahren verstärkt dazu benutzt worden, die Qualität der eigenen Reha-Einrichtungen der RV weiterzuentwickeln. Nach dem Konzept zur „Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen“ (BQR) werden Qualitätskennzahlen ermittelt und in der einrichtungsbezogenen Berichterstattung zur QS genutzt.

Generell ist verstärkt darauf hinzuwirken, dass die Bearbeitungszeiten für die Berichte zur Reha-QS verkürzt werden. Die Einbeziehung der Rehabilitanden mit ihrem Urteil und ihren Erfahrungen in die Reha-QS wird durch die Rehabilitandenbefragung realisiert. Dieser Patientenorientierung kommt ein hoher Stellenwert zu, daher wird die Rehabilitandenbefragung auf weitere Versorgungsbereiche (z. B. ambulante Reha<sup>24</sup>, Kinder- und Jugendlichenrehabilitation) ausgedehnt.

Im Peer Review-Verfahren ist weiter auf eine intensive Beteiligung der leitenden Ärzte aus den Reha-Einrichtungen hinzuwirken. Das Verfahren wird dazu genutzt, den Ärzten die Anforderungen der RV an eine qualitativ abgesicherte Rehabilitation nahezubringen. Peer-Schulungen werden regelmäßig durchgeführt, um möglichst vielen Ärzten eine Beteiligung zu ermöglichen. Es ist zu prüfen, ob durch eine andere Organisation des Peer Review (z. B. indikationsspezifische Aufteilung des Verfahrens) die Belastung aller Beteiligten reduziert werden kann, ohne den Nutzen für die QS zu reduzieren.

Die KTL hat sich als wichtiges Instrument zur Transparenz der Leistungserbringung während der medizinischen Rehabilitation bewährt. Vordringlich ist die komplette Erfassung der Daten der KTL aller Entlassungsberichte durch alle RV-Träger sicherzustellen. Durch verbindliche Bewertungskennzahlen wird die Bedeutung der KTL für eine angemessene Leistungserbringung der Reha-Einrichtung wachsen.

Die Entwicklung und Einführung der Reha-Therapiestandards ermöglicht es u. a., sich mit den Reha-Einrichtungen über die inhaltlichen Grundlagen einer qualitativ abgesicherten Rehabilitation zu verständigen. Die Einhaltung dieser Vorgaben wird routinemäßig überprüft und Abweichungen werden mit den Reha-Einrichtungen erörtert. Die Legitimation der medizinischen Rehabilitation der RV wird durch diesen empirisch nachvollziehbaren Bezug auf wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit rehabilitativer Leistungen gestärkt. Die Berichte zur QS zur Rehabilitandenstruktur und zum sozialmedizinischen Verlauf stellen für die Reha-Träger und die Reha-Einrichtungen wichtige Zusatzinformationen bereit. Mit diesen Informationen sind die erzielten Qualitätsergebnisse besser einzuschätzen.

Der weitere Verlauf nach Rehabilitation gibt zusätzliche Information über die Rehabilitanden, ihren Verbleib im Erwerbsleben, Beratungen etc. Diese Daten sind unter dem Vorbehalt weiterer Einflussfaktoren (u. a. regionale Arbeitsmarktlage) auf die Erwerbstätigkeit zu interpretieren. Strukturanforderungen an die Reha-Einrichtungen werden von der RV festgelegt und in Strukturhebungen überprüft. Auch die Visitationsverfahren der RV-Träger werden zz. mit dem Ziel möglicher Vereinheitlichung gesichtet und systematisch abgeglichen.

Für LTA ist ebenfalls ein Befragungsinstrument entwickelt und in die Praxis der Reha-QS eingeführt worden. Die differenzierte Erfassung und Bewertung der in der beruflichen Rehabilitation erbrachten Leistungseinheiten wird neue Möglichkeiten der QS für diesen Bereich eröffnen. Die bundesweit angewandten einheitlichen Verfahren der QS schaffen Transparenz und setzen auch ein gesundheitspolitisches Zeichen für die Qualität der medizinischen und beruflichen Rehabilitation der RV.

---

<sup>24</sup> Baumgarten, Lindow, Klosterhuis (2008): Wie gut ist die ambulante Rehabilitation? Aktuelle Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung. RVaktuell, Jg. 55, H. 11, S. 335–342.