

# Externe Qualitätssicherungsprogramme der gesetzlichen Sozialversicherungen für die neurologische Rehabilitation – Übersicht der Vorgehensweisen und erste Ergebnisse

W. Schupp

*Fachklinik Herzogenaurach*

---

## Zusammenfassung

Unter dem Druck der gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen begann als erstes die GRV mit der Implementierung eines externen Qualitätssicherungsprogramms für die medizinische Rehabilitation. Auf diesen Vorarbeiten und Instrumenten bauten dann GKV und GUV für ihre externen Qualitätssicherungsprogramme auf, die dazu noch weitere für »ihre« medizinische Rehabilitation entwickelte Instrumente kombinierten. Grundlage für die Bewertung der Strukturqualität sind die räumliche, medizinisch-technische und personelle Ausstattung in Qualität und Quantität und sogenannte strukturnahe Prozessmerkmale. Die Prozessqualität wird vorwiegend im Peer-Review-Verfahren anhand eines ärztlichen Entlassungsberichts und durchgeführter Therapiemaßnahmen (nach KTL aufgelistet) bewertet. Die Ergebnisqualität wird von den verschiedenen Sozialversicherungsträgern unterschiedlich abgebildet: Einheitlich ist eine Patientenbefragung zu Inhalt und Zufriedenheit, jedoch mit unterschiedlichen Instrumenten. Die DRV Bund als Teil der GRV erfasst zudem den Erwerbsverlauf über zwei Jahre danach, die GKV hat darüber hinaus einen »Arztbogen« mit einer Vorher-Nachher-Messung eingeführt und die GUV zusätzlich die Institution des D-Arztes. Zur weiteren Validierung der Ergebnisse sind bei der GKV Visitationen vorgesehen, zur Erzielung fairer Klinikvergleiche nimmt sie eine Risikoadjustierung vor. Die Kritik an diesen externen Qualitätssicherungsprogrammen diskutiert insbesondere das Verhältnis zwischen Aufwand und Ergebnis, die Schwierigkeiten für ein Benchmarking zwischen Kliniken und die Validität der erhobenen Indikatoren für den Reha-Alltag und dessen Verbesserung. Aufgrund fehlender Konsequenzen für die Belegungssteuerung ist auch der Vertrag über Qualitätssicherung zwischen den Verbänden der Klinikbetreiber und der GKV gekündigt worden.

**Schlüsselwörter:** medizinische Rehabilitation, externe Qualitätssicherung, deutsche Sozialversicherungsträger, Vorgehensweise, erste Ergebnisse, Kritik, Übersichtsarbeit

## External quality assurance programmes for neurological rehabilitation established by the German Social Security Insurance Institutions – overview over procedures and first results

W. Schupp

### Abstract

Pressed by the health economic conditions the German Social Pension Insurance Institutions (GRV) implemented an external quality assurance programme (QAP) for inpatient medical rehabilitation as the first. Based on this work and the instruments developed German Social Health Insurances Association (GKV) and German Social Accident Insurances Association (GUV) built up their own external quality assurance programmes, they added self developed instruments, due to their own medical rehabilitation practice. Structural quality is checked by recording spatial, medical-technological and personal equipment in quality and quantity and so called structure like procedures. The process quality is mainly assessed by performing a peer review procedure based on the final medical report and the therapeutic measurement performed (listed up according to a predefined catalogue of therapeutic interventions (KTL)). The quality in results is differently monitored by the different Social Insurance Institutions: They commonly ask the patients, but with different questionnaires on content of and confidence with their rehabilitation. The Federal Pension Insurance Institute for Employees (DRV Bund) additional monitors a two year catamnese on staying in a job, the GKV included an additional physician's questionnaire for a pre-post-measure, and the GUV uses their special approved physician (»D-Arzt«) as an additional external assessor. For further validating the results of QAP, the GKV plans visitations to rehab clinics, it also performs a risk adjustment

for making comparison between clinics more fair. The critics to this external QAPs predominantly discuss the relationship between efforts and results, the difficulties for benchmarking between clinics and the validity of the indication variables measured for real day life in medical rehabilitation and its improvement. Because of missed consequences in admitting patients to rehabilitation institutions the association of rehab clinic owners had cancelled the contract for QAP with GKV.

**Key words:** medical rehabilitation, external quality assurance, German Social Security Insurance Institutes, procedures, first results, critics, overview

© Hippocampus Verlag 2006

## Einleitung

### Rahmenbedingungen und Entwicklungsschritte

Die medizinische Rehabilitation ist neben der ambulanten Versorgung und der Krankenhausbehandlung eine dritte eigenständige Säule in unserem Gesundheitsversorgungssystem. Obwohl sie im Vergleich zu den anderen beiden Versorgungssektoren nur ca. 3–4% der Ausgaben im Gesundheitssystem ausmacht, ist ihre Bedeutung in den letzten zehn Jahren nicht zuletzt durch wiederholte gesetzliche Maßnahmen im Umfang weiter zurückgedrängt und in ihren Inhalten verändert worden. Durch diese Prozesse kamen Leistungsträger und Leistungserbringer (vor allem die Rehabilitationskliniken) immer mehr unter Druck, die Sinnhaftigkeit und Nachhaltigkeit medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen unter den Kriterien der evidenzbasierten Medizin nachzuweisen. Verstärkt wird die Verbreitung von Qualitätssicherungsansätzen auch durch den Trend hin zu mehr Patientenorientierung und Nutzertransparenz (nach SGB IX) sowie durch die Erkenntnis, dass die komplexen Organisationen des Gesundheitssystems ohne Organisationsentwicklung den Anforderungen an das Gesundheitswesen in der Zukunft nur schwer gerecht werden können. Die in den letzten Jahren gesetzlich neu verankerten Regelungen zu externen, einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung sowie zum internen Qualitätsmanagement (z.B. § 135a Abs. 2 SGB V, § 20 SGB IX) sind ebenso wie die vom Sachverständigenrat 2003 [41] erneut hervorgehobene Bedeutung der Qualitätssicherung in der Rehabilitation Ausdruck und Abbild dieser Entwicklung [27]. Da die gesetzliche Rentenversicherung (GRV) in der medizinischen Rehabilitation bisher die Strukturverantwortung innehatte und auch wahrnahm, begann sie als erste, im Anschluss an die Ergebnisse ihrer Reha-Kommission [46] ein umfassendes Konzept zur externen Qualitätssicherung der von ihr belegten Rehabilitationseinrichtungen zu entwickeln. Dies ist inzwischen längst in flächendeckende Routine umgesetzt.

Mit zeitlicher Verzögerung begannen auch einige bundesweite gesetzliche Krankenversicherungen mit dem Aufbau eines externen Qualitätssicherungsprogrammes, das in Inhalten und Verfahrensweisen auf dem Programm der GRV aufbaute [27]. Dieses Programm wurde im Jahr 2000 von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen und ist seitdem verpflichtend

für alle Rehabilitationseinrichtungen, bei denen GKV-Versicherte die Hauptklientel ausmachen.

Etwa zur gleichen Zeit hat auch die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) nach entsprechenden Vorarbeiten ein Projekt zur externen Qualitätssicherung der von ihr belegten BGSW-Kliniken (BGSW = berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung) durchgeführt [37]. Die Ergebnisse wurden zur Weiterentwicklung des BGSW-Verfahrens [23] genutzt und werden darüber hinaus für die gesamten medizinischen Versorgungs- und Rehabilitationsketten der GUV diskutiert.

Tabelle 1 zeigt nochmals im Überblick die Entwicklung der externen Qualitätssicherungsprogramme in den verschiedenen Bereichen der Sozialversicherung. In diesem Artikel sollen für die stationäre und ambulante neurologische Rehabilitation die aktuellen Vorgehensweisen (getrennt nach GRV, GKV und GUV) vorgestellt, veröffentlichte Zwischenergebnisse präsentiert und Planungen zur Weiterentwicklung aufgezeigt werden. Im letzten Abschnitt sollen die unterschiedlichen Erfahrungen mit der Durchführung dieser Qualitätssicherungsprogramme zusammenfassend diskutiert und bewertet werden. Daraus ergibt sich ein Ausblick auf die weitere Entwicklung.

Jahr	Programm	Art des Verfahrens
1994	Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) für die stationäre Rehabilitation	externes QS-Verfahren
2000	Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die stationäre Rehabilitation (QS-Reha)	externes QS-Verfahren
2001	Qualitätssicherungsprogramm des Bundesverbands der Unfallkassen (BUK) und des Hauptverbands der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) in BGSW-Kliniken	externes QS-Verfahren
2004	Qualitätssicherung in der ambulanten Rehabilitation, initiiert von der Arbeitsgemeinschaft der GRV und GKV zur Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation	externes QS-Verfahren
2004	Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendrehabilitation, initiiert von der Arbeitsgemeinschaft der GRV und GKV zur Qualitätssicherung in der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen	externes QS-Verfahren

**Tab. 1:** Entwicklungsschritte der Qualitätssicherung im deutschen Rehabilitationssystem (nur externe Qualitätssicherungsverfahren), modifiziert nach [25]

## Abgrenzung externe Qualitätssicherung versus internes Qualitätsmanagement

Parallel zur Einführung von externen Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die Träger der gesetzlichen Sozialversicherung ist eine Vielfalt von Zertifizierungsmöglichkeiten für die Rehabilitationseinrichtungen entstanden. Zertifizierungsverfahren werden angeboten durch jeweilige wissenschaftliche Fachgesellschaften (z. B. DGNR), durch Verbände von Klinikbetreibern (z. B. DEGEMED, Bundesverband Deutscher Privater Krankenanstalten) und durch unabhängige kommerzielle Zertifizierungsinstitute. Mit diesen Zertifizierungs- und Akkreditierungssystemen versuchen die Leistungserbringer, die gesetzlich geforderte Qualitätssicherung der medizinischen Leistungen in ihren Einrichtungen zu belegen. Wie *Bak et al.* [1] in einer Übersichtsarbeit darlegten, besteht jedoch noch eine unzureichende Evidenz für den Zusammenhang zwischen Zertifizierung/Akkreditierung von Einrichtungen und den Ergebnissen der Behandlung. Eine erfolgreiche Zertifizierung/Akkreditierung belegt auch nach Meinung der gesetzlichen Sozialversicherungsträger [4, 11] nur, dass in der Klinik ein funktionierendes internes Qualitätsmanagement-System etabliert ist. Das heißt, die für die alltäglich zu erbringenden medizinischen Rehabilitationsleistungen notwendigen Prozesse sind entsprechend systematisch erfasst und in einem Qualitätshandbuch niedergelegt worden und werden regelmäßig geprüft. Auch die entsprechenden strukturellen Vorgaben sind sichergestellt (Struktur- und Prozessqualität). Den Leistungsträgern der medizinischen Rehabilitation liegt jedoch nach ihren Aussagen mehr am Ergebnis (z. B. funktionelle Verbesserung, Lebensstiländerung, Nachhaltigkeit) in der von ihnen belegten medizinischen Rehabilitationseinrichtung. Indikatoren für diese Ergebnisqualität versuchen sie mit ihren externen Qualitätssicherungsprogrammen nachzuprüfen und sicherzustellen.

Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation gegenüber den anderen Versorgungsbereichen im Gesundheitssystem unter Qualitätssicherungsaspekten

Eine systematische externe Qualitätssicherung, wie sie im Bereich der medizinischen Rehabilitation durchgeführt wird, existiert in den beiden anderen, sehr viel größeren Gesundheitsversorgungsbereichen, ambulante Versorgung und Krankenhausbehandlung, noch nicht. Da das System der medizinischen Rehabilitation seine Patienten jedoch aus diesen Versorgungsbereichen erhält und dahin wieder entlässt, ist eine abgrenzende Betrachtung der Schnittstellen sehr wichtig. Der Zustand des Patienten bei Aufnahme in die medizinische Rehabilitation und die Möglichkeiten der Nachsorge und Weiterbehandlung im ambulanten und stationären Bereich beeinflussen insbesondere den erreichbaren funktionellen gesundheitlichen Zugewinn und die Nachhaltigkeit des Rehabilitationsergebnisses.

*Fuchs* [17] hat unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben und der darauf aufbauenden Interpretationen und

Abreden Akutversorgung (Krankenhausbehandlung) gegen medizinische Rehabilitation anhand verschiedener Kriterien abgegrenzt (siehe Tab. 2). Eine Abgrenzung hin zur rehabilitativ orientierten ambulanten Krankenbehandlung hat *Beyer* [2] vorgelegt (siehe Tabelle 3). Gerade im Bereich Neurologie und Geriatrie sind Abgrenzungsfragen ungeklärt und die Diskussion noch offen [29].

## Qualitätssicherungsprogramm der GRV

### Inhalte und Vorgehensweise

Wie bereits erwähnt, hat die GRV 1994 im Anschluss an die Arbeiten der Reha-Kommission mit der Entwicklung ihres Qualitätssicherungsprogrammes begonnen, das anschließend stufenweise umgesetzt wurde [10]. Das ursprüngliche Programm beinhaltete fünf Punkte:

#### 1. *Strukturen und Konzepte der Rehabilitationskliniken*

Hierbei sollten als Merkmale der Strukturqualität systematisch die räumliche, personelle und medizinisch-technische Ausstattung der Kliniken erfasst werden. Gleichzeitig musste eine nach bestimmten Kriterien aufbereitete medizinisch-therapeutische Konzeption vorgelegt werden. Darauf aufbauend wurde ein Konzept entwickelt, das die verschiedenen Kliniken für weitere Vergleiche im Rahmen der nachfolgenden Programmpunkte in Vergleichsgruppen (annähernd strukturgleicher Kliniken) einteilte. In der Neurologie ergab sich empirisch nur eine Gruppe [21].

#### 2. *Patiententherapiepläne*

Hierbei sollten systematisch die in den einzelnen Kliniken durchgeführten Therapiemaßnahmen einerseits patientenbezogen und andererseits krankheits- bzw. behinderungsbezogen erfasst werden. Als Voraussetzung hierfür wurde eine für den gesamten Bereich der GRV gültige Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) [8] erstellt, nach der alle in den jeweiligen Rehabilitationseinrichtungen abgegebenen therapeutischen Leistungen kodifiziert werden müssen. Dieses Klassifikationssystem wurde inzwischen auch von der GKV übernommen und wird derzeit grundlegend für Gültigkeit ab 2007 überarbeitet [3]. Die patientenbezogenen Therapiepläne bilden eine empirische Basis für die Entwicklung von krankheits- oder diagnosebezogenen Leitlinien für die medizinische Rehabilitation [32], z. B. für Schlaganfall [43].

#### 3. *Peer-Review-Verfahren*

Beim Peer-Review-Verfahren sollen erfahrene Rehabilitationskliniker – sogenannte »Peers« – anhand von anonymisierten ärztlichen Abschlussberichten und Patiententherapieplänen nach einer strukturierten Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale den Reha-Verlauf und die dabei erzielten Ergebnisse bewerten: einerseits nach einer Mängelskala, andererseits nach Qualitätspunkten. Grundlage für die erste Checkliste

Versorgungaspekt	Akutversorgung	medizinische Rehabilitation
<b>Konzeption</b>	Bezugssystem ist i. d. R. das biomedizinische Krankheitsmodell. Vorrangige Ziele sind Diagnose und Linderung bzw. Heilung einer Erkrankung, woraus sich eine primär kurzfristige Zielperspektive ergibt. Zur Zielerreichung dienen (apparative) diagnostische Maßnahmen, medikamentöse und chirurgische Interventionen sowie Krankenpflege.	Zugrunde gelegt wird das biopsychosoziale Modell von Krankheit und Behinderung. Die Zielperspektive ist mit der Wiedereingliederung in Beruf, Familie und Gesellschaft mittel- bis langfristig ausgerichtet. Im Vordergrund der rehabilitativen Behandlung stehen v. a. übende und trainierende Verfahren, Beratung, psychologische Verfahren, Gesundheitsbildung und Patientenschulung sowie Medikamente und Hilfsmittel. Idealerweise findet auch eine Verknüpfung mit beruflicher und sozialer Rehabilitation statt.
<b>Zuweisung und Voraussetzung der Inanspruchnahme</b>	Die Einweisung erfolgt meist durch einen niedergelassenen Arzt, der i. d. R. auch das behandelnde Krankenhaus bestimmt. In Notfallsituationen ist auch eine direkte Einweisung möglich. Die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung wird letztendlich durch das Krankenhaus festgestellt (ggf. vom MDK nachgeprüft anhand G-AEP-Kriterien).	Die Zuweisung erfolgt auf Antrag nach Feststellung und Beurteilung des Rehabilitationsbedarfs (§ 10 SGB IX), Festlegung der Rehabilitationsziele (§§ 1, 4 Abs. 1 SGB IX) durch den Rehabilitationsträger. Das Verfahren umfasst die Festlegung von Art, Umfang, Beginn und Dauer sowie der behandelnden Einrichtung. Voraussetzung für die Inanspruchnahme ist die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten und eine voraussichtlich positive Rehabilitationsprognose bezüglich der festgelegten Rehabilitationsziele.
<b>Behandlungsprozess</b>	Struktur- und Prozessqualität sind durch das Ziel der bestmöglichen Gesundheit und deshalb überwiegend durch ärztlich-medizinische Aspekte geprägt. Abgeleitet aus dem Therapiekonzept ergibt sich, dass der größte Ressourceneinsatz zu Beginn der Behandlung entsteht. Idealtypisch erfolgt eine Abnahme der Therapiedichte gegen Ende des Aufenthalts. Mit zunehmendem Schweregrad einer Erkrankung geht i. d. R. eine Zunahme des Ressourceneinsatzes einher. Auch Multimorbidität kann durch höheren Ressourceneinsatz berücksichtigt werden. Die Behandlung endet, sobald der Patient entlassungsfähig ist; idealtypisch ist dies durch weitgehende Heilung erreicht.	Struktur- und Prozessqualität sind durch das Ziel der Wiederherstellung der bestmöglichen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und damit neben medizinischen überwiegend auch durch psychosoziale und pädagogische Aspekte geprägt. Der Ressourceneinsatz verteilt sich relativ gleichförmig über die gesamte Behandlungsdauer. Der Ressourcenbedarf ist nicht vom Schweregrad einer Erkrankung, sondern von der Ausprägung der Teilhabeeinträchtigung abhängig. Dagegen ergibt sich aus Multimorbidität i. d. R. ein erhöhter Behandlungsbedarf, da Nebenerkrankungen ggf. auch akutmedizinisch versorgt werden müssen. Als Ende einer rehabilitativen Behandlungsphase könnte die Befähigung eines Patienten, den Rehabilitationsprozess eigenständig fortsetzen zu können, gelten.
<b>Klassifikation</b>	Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD), Diagnosis Related Groups (DRG)	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), (ggf. funktions- oder behinderungsbezogene Fallgruppen)
<b>Verweildauer</b>	Eine Verkürzung der Verweildauer ist durch Optimierung von Behandlungsabläufen möglich. Allerdings besteht die Gefahr des Eintretens von (späteren) Komplikationen und anschließenden Wiederaufnahmen.	Eine Optimierung von Behandlungsabläufen zur Reduzierung der Verweildauer ist kaum möglich. Verweildauerkürzungen wirken kontraproduktiv im Sinne der auf die Teilhabe bezogenen Rehabilitationsziele.
<b>Wiederaufnahme und Verlegungen</b>	Die Wiederaufnahme eines Patienten nach Entlassung bzw. eine Verlegung zwischen zwei Krankenhäusern ist möglich und findet vergleichsweise häufig statt.	Wiederaufnahme bzw. Verlegung eines Patienten zwischen zwei Rehabilitationseinrichtungen sind eher selten (z. B. sog. Intervall-Rehabilitation).

Tab. 2: Übersicht der unterschiedlichen Aufgabenstellungen und Zielsetzungen der Kranken(haus)behandlung und medizinischen Rehabilitation, modifiziert nach [17, 41]

»rehabilitative Krankenbehandlung«	Rehabilitation in Einrichtungen
Das Team unter der Leitung eines Vertragsarztes besteht nur aus zugelassenen Leistungserbringern der ambulanten Versorgung, meist in freier Praxis. = vertragsärztliches Disease Management = Form einer »sektorinternen Integrierten Versorgung« = deutlich reduzierte Kosten, weil nur bezahlt wird, was benötigt wird	Das Team besteht aus allen Berufsgruppen, die zum Erreichen des indikationsbezogenen Rehabilitationsziels notwendig sind. Sie müssen in den Einrichtungen vorgehalten werden. Diese unterliegen besonderen Regelungen, z. B. den Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). = immer Überwindung von Versorgungssektoren erforderlich = hohe Vorhaltekosten der Einrichtungen
Die unterschiedlichen Therapieformen unterliegen den Richtlinien der vertragsärztlichen Versorgung und werden in einem multidisziplinären Therapieplan einzeln verordnet.	Die unterschiedlichen Therapieformen gehen über die Richtlinien und Möglichkeiten der ambulanten Versorgung hinaus und werden in einem interdisziplinären Rehabilitationsplan zusammengefasst.
Schnelle Erreichbarkeit des Angebotes und Kontinuität der Versorgung möglich; Langzeit- oder Dauerbehandlung möglich	Häufig aufwändiges Antrags- und Genehmigungsverfahren und immer zeitbegrenzte Behandlungsphase
Therapie nicht immer unter einem Dach, aber immer wohnortnah	Therapie unter einem Dach, auch wohnortfern oder stationär möglich
Berücksichtigung auch beruflicher und sozialmedizinischer Belange sowohl bei chronischen Erkrankungen mit kontinuierlichem koordiniertem Behandlungsbedarf als auch bei zeitbegrenzten, (früh)rehabilitativen Therapieangeboten mit niedrigschwelligem Zugangsweg	Immer zeitbegrenzte Leistung zur Rehabilitation der Krankheitsauswirkungen durch mehrdimensionalen, interdisziplinären und ganzheitlichen Behandlungsansatz, insbesondere auch zur Gestaltung sozialmedizinischer Lösungen
Modul der Krankenbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung	Rehabilitation in Einrichtungen, mit denen die Kostenträger einen Vertrag haben

Tab. 3: Abgrenzung der »rehabilitativen Krankenbehandlung« von der Rehabilitation in Einrichtungen, modifiziert nach [2]

waren die Vorgaben für den einheitlichen ärztlichen Entlassungsbericht für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen der GRV [9]. Diese erste Checkliste wurde in gemeinsamem Abstimmungsprozess mit der GKV zu einem gemeinsamen Instrument weiterentwickelt (siehe auch Unterpunkt »Prozessqualität: Peer-Review-Verfahren«). Jede Rehabilitationseinrichtung sollte einen »Peer« stellen. Diese wurden im Umgang mit der strukturierten Checkliste speziell geschult, um eine akzeptable Interrater-Reliabilität zu erreichen [27].

Jede Klinik muss aus einem Behandlungszeitraum nach einer Zufallsauslosung durch die für das Verfahren verantwortlichen Zentren der GRV anonymisiert ärztliche Abschlussberichte und Patiententherapiepläne zur Verfügung stellen. Diese werden dann randomisiert auf mehrere Peers verteilt, so dass die zusammenfassende Bewertung einer Klinik vom Urteil mehrerer Gutachter abhängt. Die Bewertung eines Behandlungsfalles anhand der strukturierten Checkliste benötigt 30–45 Minuten (Selbsterfahrung des Autors für neurologische Fälle).

#### 4. Patientenbefragung

Hierbei wird ebenfalls eine zufällig ausgewählte Patientengruppe 8–12 Wochen nach Abschluss der Rehabilitation mit einem standardisierten Fragebogen postalisch befragt. Erfragt werden: Aspekte der Patientenzufriedenheit mit der Rehabilitation (u. a. mit der ärztlichen Betreuung, mit der Betreuung durch Pflegekräfte oder Psychologen, mit Behandlungen, Schulungen und Vorträgen), Rehabilitationsplan und -ziele, subjektive Probleme vor der Rehabilitation und Besserung dieser Probleme durch die Rehabilitation [39]. Dazu wird ein Katalog von subjektiven Beschwerden, zu körperlicher und psychischer Befindlichkeit und zu Schmerzaspekten vorgelegt sowie nach Lebensgewohnheiten, Erwerbstätigkeit, Leistungsvermögen im Alltag und im Arbeitsleben gefragt.

Die bei der Einführung des Gesamtprogramms noch diskutierte Befragung der (nach)behandelnden Ärzte (z. B. Hausärzte) wurde bis heute noch nicht aufgenommen.

#### 5. Qualitätszirkel und internes Qualitätsmanagement

Hierbei sollte systematische Hilfe zum Aufbau klinik-interner und klinikübergreifender externer Qualitätszirkel geleistet werden. Auch wurde geprüft, ob die als Qualitätszirkel gemeldeten Aktivitäten die Kriterien eines Instrumentes im Sinne eines internen Qualitätsmanagements erfüllten. Die Bemühungen der Rehabilitationseinrichtungen um den Aufbau eines solchen internen Qualitätsmanagements (siehe Abschnitt »Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation gegenüber den anderen Versorgungsbereichen im Gesundheitssystem unter Qualitätssicherungsaspekten«) sollten verstärkt und unterstützt werden. Nach einer einmaligen Erhebung wurde dies nicht mehr weiter verfolgt, da, wie oben ausgeführt, die Kliniken sich vermehrt selbst

um Zertifizierung und Akkreditierung als Ausdruck eines etablierten internen Qualitätsmanagements kümmerten. Mitarbeiterzufriedenheit und Teamentwicklung werden jetzt als weitere wichtige Bausteine im internen Qualitätsmanagement betrachtet [30].

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund (früher BfA) erfasste darüber hinaus in den von ihr belegten Rehabilitationseinrichtungen als weitere Qualitätsmerkmale: die therapeutische Versorgung anhand von KTL-Listen, die Struktur der Rehabilitanden und ihren sozialmedizinischen Verlauf nach Rehabilitation sowie die Laufzeit der ärztlichen Entlassungsberichte [28, 42]. Ziel ist es, daraus Rehabilitationsleitlinien zu entwickeln [32, 33].

#### Rückmeldungen an die Klinik

Ergebnisse aus diesen verschiedenen Verfahren melden die zuständigen Institutionen der GRV regelmäßig zur Verwertung im internen Qualitätsmanagement an die Rehabilitationskliniken zurück. Dabei wird immer auch dargestellt, wie die jeweilige Klinik im Vergleich zum Mittelwert aller mit ihr vergleichbaren Kliniken (siehe Unterpunkt »Strukturen und Konzepte der Rehabilitationskliniken«) abschneidet. Wenn möglich, werden Signifikanzen berechnet. Regelmäßige Rückmeldungen werden gegeben über:

- abgegebene therapeutische Leistungen pro Rehabilitand gemäß KTL
- Ergebnisse aus dem Peer-Review-Verfahren
- Ergebnisse der Patientennachbefragung

Die DRV Bund gibt zusätzlich noch an die von ihr belegten Kliniken Rückmeldung über die Rehabilitandenstruktur, den Erwerbsverlauf der Rehabilitanden in den ersten beiden Jahren nach der Maßnahme und über Arztbrieflaufzeiten.

Wie erste Auswertungen über die Veränderung einer Klinikbewertung in wiederholten Verfahren zeigen, wird die These, dies führe zu einer Verbesserung der durch das Verfahren gemessenen Qualität, gestützt [11]. Ob und wie diese Ergebnisse auf die Belegungssteuerung der GRV zurückwirken, ist nicht offensichtlich gemacht worden.

#### Weiterentwicklung

Ein wesentlicher Schwerpunkt für die Weiterentwicklung ist die Formulierung von indikationsbezogenen Leitlinien für die medizinische Rehabilitation [32, 33]. Derzeit werden von der DRV Bund Teilprojekte in vier Indikationsbereichen durchgeführt: Koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ II, chronische Rückenschmerzen und Schlaganfall [32]. Damit soll ein wichtiger Weg für die langfristige Optimierung der Prozessqualität der Rehabilitation in der GRV beschritten werden. *Schönle* [43] hat exemplarisch anhand von abgegebenen KTL-Leistungen in der Schlaganfall-AHB (Anschlussheilbehandlung) notwendige und relevante Therapiemodule identifiziert und verglichen,

wie diese in den einzelnen Kliniken erbracht worden sind. Auch zusammenfassende Angaben zur Therapiedichte sind dargestellt.

Nach Einschätzung leitender Repräsentanten der GRV rückt mit dem Qualitätssicherungsprogramm der Rehabilitand weiter in den Mittelpunkt. Er wird nach seiner Zufriedenheit und seiner Einschätzung zum Rehabilitationserfolg gefragt [40]. »Wie aber soll der Kunde ›Patient‹ seine Rolle als Mitgestalter des Rehabilitationsprozesses wahrnehmen? Er braucht hierfür Kriterien, Anhaltspunkte, mehr Patientensouveränität durch ein qualifiziertes Wunsch-, Wahl- und damit Teilhaberecht gemäß SGB IX.« Nur die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung könne die dafür notwendige Leistungs-Kosten-Transparenz herstellen, so *Seiter* [44]. Andererseits scheinen auch andere als nur medizinische Kriterien die Patientenzufriedenheit mit einer Einrichtung stark zu beeinflussen: Organisation und Unterbringung, Verpflegung und Service [22], die sogenannte Gesamtatmosphäre.

Kritisch wird angemerkt, dass das Qualitätssicherungsprogramm der GRV einen großen Verwaltungs- und Kostenaufwand nach sich zieht [36, 44].

Da die Listen und Ausdrücke für die vielfältigen Rückmeldungen zunehmend unübersichtlich und umfangreich werden, soll die wichtigste Information im Rahmen eines neuen Rehabilitations-Bewertungs-Systems [28] zusammengefasst werden. Diese soll die Qualitätssicherungsergebnisse verdichtet darstellen und damit die Interpretation dieser Ergebnisse erleichtern, sowohl für die Rehabilitationseinrichtungen als auch für die Einrichtungsbetreuung in der GRV. Es wird betont, dass ein solches Bewertungssystem nur in einem intensiven Dialog mit den Rehabilitationseinrichtungen, der Wissenschaft und den anderen Trägern entwickelt und eingeführt wird.

### Qualitätssicherungsprogramm der GKV (Qualitätsprofil)

#### Vorarbeiten

In den Jahren 1996/97 wurde in Zusammenarbeit zwischen der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen in Bayern und dem Verband Privater Krankenanstalten, LV Bayern, eine standardisierte Strukturerhebung in allen bayerischen Rehabilitationskliniken durchgeführt, die dann auch zu einer Revision der Versorgungsverträge nach §111 SGB V im Freistaat führte. Eine weiter geplante Erhebung zur Prozessqualität wurde nicht mehr durchgeführt, da ein bundeseinheitliches Konzept der GKV angestrebt wurde.

In den PROTOS-Studien [19] wurden in verschiedenen Indikationsbereichen (Orthopäde, Kardiologie, Neurologie) Prozess- und Ergebnisanalysen der medizinischen Rehabilitationsabläufe innerhalb verschiedener Kliniken einer Klinikgruppe vorgelegt, u. a. auch in der Neurologie. Diese sollten zur Formulierung von pauschalierten Vergütungssystemen für bestimmte Fallgruppen in der medizinischen Rehabilitation beitragen.

Für die gerade im Bereich der GKV besonders wichtige Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation zur Akutkran-

kenhausbehandlung einerseits und zur ambulanten Versorgung andererseits wird auf den Abschnitt »Abgrenzung der medizinischen Rehabilitation gegenüber den anderen Versorgungsbereichen im Gesundheitssystem unter Qualitätssicherungsaspekten« verwiesen.

#### Inhalte und Vorgehensweisen

Für das externe Qualitätssicherungsprogramm (»QS-Reha«) der GKV wurde das Konzept des Qualitätsprofils entwickelt [15]. Zwischen dem Qualitätsprofil-Konzept und dem Qualitätssicherungsprogramm der GRV bestehen Überschneidungen, da einzelne Instrumente des Qualitätsprofils (z. B. das Peer-Review-Verfahren) auch in diesem Programm Anwendung finden. Unterschiede sind unter anderem darin zu sehen, dass das Qualitätsprofil-Konzept in stärkerem Maße Indikatoren der Ergebnisqualität umfasst, patientenbezogene Risikoadjustierungsverfahren beinhaltet und ein Visitationsmodul enthält [13]. Tabelle 4 zeigt die Instrumente des Qualitätsprofils im Überblick.

Qualitätsdimension	Instrument/Verfahren	Stichprobe
<b>Ergebnisqualität</b>	– IRES-Fragebogen (Kurzversion 24) (Vorlage zu drei Messzeitpunkten: Aufnahme, Entlassung, 6-Monats-Katamnese) – »Arztbogen« (individuelle Zielparameter mit Aufnahme-, Entlasswert), FIM oder Barthel-Index plus kognitive Items aus EBI	n = 200 konsekutiv aufgenommene Patienten einer Klinik
<b>Prozessqualität</b>	– Peer-Review-Verfahren (Prüfung Abschlussbericht und Therapiepläne anhand Checkliste)	n = 20 Fälle aus jeder Klinik (Zufallsauswahl aus einem Dreimonatszeitraum)
<b>Strukturqualität</b>	– Einrichtungsbezogene Erhebung von Qualitätsmerkmalen (IST-Zustand) und Abgleich mit vorab definierten »Basiskriterien« der Strukturqualität (SOLL-Zustand)	alle Kliniken
<b>Patientenzufriedenheit</b>	– Patientenfragebogen	n = 200 konsekutiv aufgenommene Patienten einer Klinik
<b>Mitarbeiterzufriedenheit</b>	– Mitarbeiterfragebogen (optional)	alle Mitarbeiter
<b>(dimensionsübergreifend)</b>	– Visitationen (Klinikbegehung durch einen klinischen und einen Qualitätsmanagement-Experten)	in einer Zufallsstichprobe der am Programm beteiligten Kliniken (ca. 20 % geplant)

Tab. 4: Die Instrumente des Qualitätsprofils im Überblick, modifiziert nach [13]

#### Strukturqualität

In einem strukturierten, mehrstufigen Konsensusprozess zwischen Vertretern der GRV, der GKV und der Rehabilitationseinrichtungen wurden gemeinsame Bewertungskriterien für die Strukturqualität erstellt. Die Bewertungskriterien sind fachübergreifend formuliert, fachspezifisch operationa-

liert und getrennt für somatische und psychosoziale Indikationsbereiche aufgelistet. Unterschieden werden »Basis-kriterien« (BK), die grundlegende Qualitätsanforderungen für eine qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitation wiedergeben, und »Zuweisungssteuerungskriterien« (ZW), die keine Qualitätskriterien darstellen, aber für die Zuweisungssteuerung relevant sein können [13]. Bei den verschiedenen Indikationen kann ein Kriterium einmal BK, einmal ZW sein. Inhaltlich werden mit den BK und ZW folgende Bereiche abgedeckt:

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

Weiterhin werden strukturnahe Prozessmerkmale festgelegt und abgefragt. Gefordert werden:

- ein verbindliches, schriftlich ausgearbeitetes Klinikkonzept, das regelmäßig überarbeitet und aktualisiert wird
- schriftlich ausgearbeitete Therapiekonzepte für die wichtigsten Indikationsgruppen der Klinik/Abteilung, die ebenfalls regelmäßig und bedarfsorientiert überarbeitet und aktualisiert werden müssen
- ein schriftlich fixiertes Pflegekonzept
- ein internes Qualitätsmanagement. Die Einrichtung muss einen Qualitätsmanagementbeauftragten haben, der unmittelbar der Klinikleitung bzw. Geschäftsführung unterstellt ist, definierte Aufgaben besitzt und über festgelegte Kapazitäten verfügt. Ein internes Qualitätsmanagementsystem muss etabliert sein, eine Zertifizierung/Akkreditierung wird aber nicht verlangt. Nach mündlichen Aussagen verschiedener Repräsentanten der GKV [4] ist dies jedoch als gewichtiger Hinweis für ein funktionierendes internes Qualitätsmanagement zu werten.

Für die interne Kommunikation und Personalentwicklung werden weiter gefordert [26]:

- regelmäßige Konferenzen der Mitglieder der Klinikleitung untereinander und mit Abteilungs- bzw. Gruppenleitern
- regelmäßige Besprechungen von Teams und Stationen bzw. von Abteilungs-/Gruppenleitern mit ihren Mitarbeitern
- ein verbindlicher Schulungs- und Fortbildungsplan für die Mitarbeiter
- regelmäßige interne Teamfortbildungen einschließlich regelmäßigen Reanimationstrainings
- schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter

Die Erfüllung der Qualitätsanforderungen wird mit einem von den Klinikleitungen zu bearbeitenden Strukturbogen erfasst, der die Erfüllung der relevanten Bewertungskriterien abfragt. Dazu erfolgen zur weiteren Validierung und Differenzierung Telefoninterviews. Eine Validierung der

schriftlichen Angaben der Klinikleitung kann zusätzlich im Rahmen von stichprobenartigen Visitationen (siehe Abschnitt »Visitationen«) erfolgen. Als Resultat der Auswertung dieser Erhebung ergibt sich für jede Klinik ein Prozentsatz erfüllter Basis-kriterien (BK) bzw. Zuweisungssteuerungskriterien (ZW) pro Unterdimension der Strukturqualität.

Teil der Erhebung der Struktur und der strukturnahen Prozessmerkmale ist auch, dass die Rehabilitationseinrichtungen einen internen Qualitätsbericht durch ihren Qualitätsmanagementbeauftragten nach einer vorgegebenen Kriterienliste erstellen lassen und an das Studienzentrum weiterleiten müssen. Die Kriterienliste entspricht den üblichen Vorgaben an solche internen Qualitätsberichte aus den verschiedenen Qualitätsmanagementsystemen.

#### *Prozessqualität: Peer-Review-Verfahren*

Das Peer-Review-Verfahren ist den Methoden der Qualitätssicherung der GRV entnommen. Die Grundlage der Prüfung durch die »Peers« bildet eine von GRV und GKV gemeinsam abgestimmte »Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale« [47] sowie ein dazugehöriges Manual mit indikationsspezifisch operationalisierten Bewertungskriterien. Die Liste enthält 19 (15) Items für Anamnese, 7 (7) für Diagnostik, 11 (11) für Therapieziele/Therapie, 4 (4) für klinische Epikrise, 7 (2) für sozialmedizinische Epikrise und 4 (3) für weiterführende Maßnahmen/Nachsorge (in Klammer jeweils die Zahlen für nicht (mehr) im Erwerbsleben stehende Rehabilitanden). Das Verfahren sieht vor, dass die Prozessqualität einer Klinik anhand einer Stichprobe von 20 Entlassungsberichten (samt den zugehörigen Therapieplänen nach KTL (siehe Unterpunkt »Patiententherapiepläne«)) geprüft wird, die mittels einer Zufallsauswahl aus den Entlassungsberichten eines definierten Zeitraums gezogen wird. Diese Berichte werden anonymisiert nach einem randomisierten Verfahren postalisch an Peers anderer Kliniken versandt, die sie nach den o.g. Kriterien beurteilen müssen [13], vergleichbar dem Vorgehen der GRV.

#### *Patientenzufriedenheit*

Patientenzufriedenheit stellt ein komplexes psychologisches Konstrukt dar, welches von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird, die alle erfasst werden müssen. Anteile dieses Instrumentes sind auch aus dem Methodenrepertoire der GRV entliehen. Ergänzt wurde der Bogen um sogenannte »ereignisorientierte Fragen«, die qualitätsrelevante, vom Patienten beobachtbare Ereignisse während des Rehabilitationsverlaufes in den Mittelpunkt stellen (z. B. die Zeit von der Aufnahme bis zum ersten Arztkontakt, bis zur ersten Therapie, die Häufigkeit der Visiten). Ziel ist es, den Patienten als »Zeugen« des Rehabilitationsalltags anzusprechen, um die psychologische Komplexität und Vieldeutigkeit von globalen Zufriedenheitsurteilen zu umgehen. Inhaltlich werden die Bereiche ärztliche Betreuung, pflegerische Betreuung, psychologische Betreuung, Therapien/Behandlungen, Schulungen/Gesundheitsprogramm,

interne Organisation sowie nicht medizinische Dienstleistungen erfasst [13].

### Ergebnisqualität

1. Da die *Qualitätsmessung* sich auf eine breitere Klasse von Erkrankungen und Einrichtungen beziehen soll, sollen zusätzlich zu erkrankungsspezifischen *Messverfahren* generische Maße, die möglichst über alle Erkrankungen und alle beteiligten Einrichtungen hinweg einsetzbar sind, kombiniert mit diesen für die jeweilige Erkrankung spezifischen Verfahren eingesetzt werden. Sie sollen insbesondere auch Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe (Partizipation) erfassen. Die Kombination von generischen und erkrankungsspezifischen Messverfahren hängt jedoch auch von den in den verschiedenen Indikationsbereichen bereits verfügbaren und standardisierten Verfahren ab. In der ersten Stufe werden in der Neurologie nur FIM oder Barthel-Index mit zusätzlichen kognitiven Items aus dem erweiterten Barthel-Index (EBI) eingesetzt.
2. *Ergebnisqualität von Seiten des Patienten*: Hier findet der IRES-Fragebogen [18] Verwendung, der in einer überarbeiteten Kurzversion (IRES-24) eingesetzt wird und von Patienten zu drei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 6 Monate nach Entlassung) zu bearbeiten ist [13]. In der Neurologie und auch Geriatrie existiert auch eine Angehörigenversion, wenn der Patient den Fragebogen aus Krankheitsgründen zu den Messzeitpunkten nicht selbst bearbeiten kann. Inhaltlich werden Bewertungskriterien aus IRES abgefragt, die für künftiges Inanspruchnahmeverhalten von medizinischen Leistungen oder für Lebensqualität relevant sind [13].
3. *Ergebnisqualität von ärztlicher Seite*: Der »Arztbogen« dient der arztseitigen Erfassung der Effektivität der Behandlungsmaßnahme. Dieser ist im Gegensatz zum IRES-Fragebogen krankheitsspezifisch konzipiert, das heißt es liegen für die verschiedenen Indikationsbereiche der medizinischen Rehabilitation spezifische Versionen vor. Der Bogen für die Neurologie dient zum einen der Erfassung patientenbezogener Basisvariablen (Diagnose, Schweregrad der Erkrankung, Multimorbidität, Zeitabstand zum Akutereignis, Art der Maßnahme etc.), die als sogenannte »Confounder« im Rahmen einer Risikoadjustierung (siehe Kapitel »Risikoadjustierung für systematische Klinikvergleiche«) zu beachten sind. Ferner gibt der »Arztbogen« eine Auswahlliste möglicher Therapieziele vor, die teils erkrankungsspezifisch, teils generisch formuliert sind und sich an die ICF anlehnen. Hier muss der Arzt zusammen mit dem therapeutischen Team und dem Patienten entsprechende Therapieziele vereinbaren und fixieren. Bei Entlassung wird dann beurteilt, ob und inwiefern diese Therapieziele erreicht worden sind. Therapieziele können auf den drei Ebenen der ICF (Funktionen/Strukturen, Aktivitäten, Teilhabe), im Bereich der Krankheitsverarbeitung oder im Bereich der Gesundheitserziehung/Lebensstiländerung formuliert werden.

Die Erfassung der Ergebnisqualität ist nach Einschätzung der GKV der große Unterschied zum Qualitätssicherungsprogramm der GRV. Die Ergebnisse der arztseitigen Messung werden zwar in das Programm integriert, nicht aber in wertende Vergleiche einbezogen, da die Datenquelle nicht neutral ist, sondern bezüglich der Resultate eine klare Interessenlage besteht [25]. Pro Rehabilitationseinrichtung werden ca. 200 konsekutiv aufgenommene Patienten in die Studie einbezogen. Sie bzw. ihre Angehörigen erhalten zu den vorgenannten Messzeitpunkten die entsprechenden Fragebögen zur Patientenzufriedenheit und zur patientenbezogenen Ergebnisqualität. Patienten, die gewisse Einschlusskriterien (z. B. ausreichende deutsche Sprachkenntnisse zum Ausfüllen der Fragebögen) nicht erfüllen oder keine Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie abgeben, gelten als »Drop out«-Fälle. Für sie ist jedoch auch ein entsprechender Arztfragebogen bei Aufnahme mit vergleichbaren Daten wie für die eingeschlossenen Patienten auszufüllen. Lediglich die Beurteilung bei Entlassung fällt kürzer aus. Dieser »Drop out«-Fragebogen ist jedoch wichtig wegen der Risikoadjustierung (siehe Abschnitt »Risikoadjustierung für systematische Klinikvergleiche«).

### Visitationen

Bei einer Visitation wird eine externe, von Fachpersonal vor Ort durchgeführte Bewertung der Rehabilitationseinrichtung vorgenommen. Die Bewertungsgrundlage einer Visitation wird durch praxisnahe Leitlinien oder vorab definierte Qualitätskriterien gebildet, teilweise aber auch durch die Berufserfahrung der Visatoren [25]. Unabhängig vom Qualitätssicherungsprogramm wurden seitens der GRV bereits seit langem Visitationen in den von ihnen belegten Einrichtungen durchgeführt, dieses Vorgehen wurde entsprechend weiterentwickelt und in dieses Programm einbezogen. Da Visitationen nach diesem Konzept relativ aufwendig sind, werden die Visitationen in der Regel nur in einer zufällig bestimmten Teilmenge der Einrichtungen (vorgesehen ca. 20%) durchgeführt [25].

### Risikoadjustierung für systematische Klinikvergleiche

Der Klinikvergleich stellt eine methodische Herausforderung dar, da sichergestellt werden muss, dass Kliniken aufgrund struktureller Besonderheiten (z. B. besonders multimorbide, schwer erkrankte Patienten) keine Nachteile erleiden und dass in den Einrichtungen keine unerwünschten Selektionsprozesse – wie z. B. der Ausschluss von »schwierigen Patienten« aus der Datenerhebung – gefördert werden [13]. Erforderlich ist eine Methode der sogenannten Risikoadjustierung, die diejenigen Faktoren erfasst und kontrolliert, die einen Einfluss auf den Behandlungserfolg besitzen, aber nicht von der Klinik beeinflusst werden können (sog. »Confounder«), wie z. B. Alter, Geschlecht, oder Art und Schwere der Erkrankung bei Beginn der Behandlung. Daraus ergibt sich, dass die zu kontrollierenden Confounder üblicherweise zum Aufnahmezeitpunkt zu erheben sind (siehe auch Abschnitt »Ergebnisqualität«).



### Mitarbeiterzufriedenheit

Die Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit gehört eigentlich zum internen Qualitätsmanagement. Sie wurde in das Qualitätsprofil aufgenommen, da nach den Initiatoren eine strikte Trennung zwischen externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement für die Ziele des Programms nicht funktional sei und Mitarbeiterzufriedenheit durchaus Einfluss habe auf die Patientenversorgung [13]. Vorgesehen ist der »Fragebogen zur Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken« (MiZu-Reha) [12]. Dieser erfasst Aspekte wie Betriebsklima, Führungsstile der Vorgesetzten, interne Organisation und Kommunikation und ihre Schwachstellen und die Zufriedenheit mit der eigenen Arbeitstätigkeit in verschiedenen Aspekten [16]. Aufgrund von Vorerfahrungen aus Pilotprojekten und Einwänden verschiedener Verbände, insbesondere der Leistungserbringer, wird dieses Element nur optional angeboten. Ob es zukünftig durch eine Bewertung der Teamentwicklung abgelöst wird [30], ist noch in Diskussion.

### Erste Ergebnisse

Vor kurzem ist die zweite Datenerhebungsphase mit einer erweiterten Anzahl von Kliniken in den verschiedenen Indikationsbereichen abgeschlossen worden. Vorangegangen war eine Datenerhebung mit anderen Kliniken, die stärker Pilotcharakter hatte. Daraus wurden inzwischen Ergebnisse aus den Strukturhebungen in den Indikationsbereichen Orthopädie [25] und Neurologie [21] veröffentlicht. Der Erfüllungsgrad der Basiskriterien in den verschiedenen Dimensionen ist im Mittel über alle Kliniken hinweg überall relativ hoch. Bei den Klinikvergleichen zeigt sich jedoch, dass insbesondere die Kriterien für das interne Qualitätsmanagement noch deutlich differieren. Größere Schwankungen gibt es auch für den Bereich der therapeutischen Behandlungen [21].

### Weiterentwicklung

Die gesamten erfassten Daten sollen, wie vom Konzept her angedacht, in einem Qualitätsprofil zusammengefasst werden. In einer Synopse [13] wird dargestellt, wieviel Prozent der Basiskriterien aus den verschiedenen Unterdimensionen der Strukturhebung erfüllt sind, wie die Ergebnisse der Patientenbefragung zur Zufriedenheit und zum Rehabilitationsergebnis aussehen, wie die Klinik im Peer-Review-Verfahren abschneidet und ggf. wie die Arztbewertung der Reha-Ergebnisse aussieht. Falls durchgeführt, wird auch noch das Ergebnis einer Visitation hinzugefügt. Bei der Ergebnisdarstellung wird zusätzlich angegeben, ob die Klinik in dem jeweiligen Kriterium signifikant nach oben oder unten vom Durchschnitt ihrer Vergleichsgruppe abweicht. Nach Ankündigungen von Repräsentanten der GKV bei Vorstellung dieses Konzeptes [4] soll dieses Qualitätsprofil bei Belegungssteuerung und Preisverhandlungen mit den Rehabilitationseinrichtungen Berücksichtigung finden. Da dies bisher aber nicht geschehen ist, wurde der entspre-

chende Vertrag inzwischen von Seiten der Verbände der Klinikbetreiber gekündigt.

### Qualitätssicherung der gesetzlichen Unfallversicherung

#### Vorarbeiten

Gestützt auf den gesetzlichen Auftrag, eine »Rehabilitation aus einer Hand« mit »allen geeigneten Mitteln« zu erbringen, ist die Behandlung unfallverletzter Patienten nach Einschätzung der GUV durch eine qualitativ hochstehende Versorgung mit unterschiedlichen, sich ergänzenden qualitätssichernden Elementen gekennzeichnet, niedergelegt in sogenannten »Denkschriften« [23, 35]. Im Hinblick auf die Qualitätssicherungs-Aktivitäten anderer Sozialleistungsträger gab der Bundesverband der Unfallkassen (BUK) 1998 ein Projekt in Auftrag, mit dem Ansatzpunkte für eine externe Qualitätssicherung durch die Unfallversicherung erarbeitet werden sollten [37]. Aufbauend auf diesen Analysen wurde im Jahr 2000 vom Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG) und vom Bundesverband der Unfallkassen (BUK) ein Modellprojekt zur externen Qualitätssicherung in den Kliniken zur berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW) der Unfallversicherung ins Leben gerufen. Bei der Entwicklung dieses Qualitätssicherungsprogramms wurde in erster Linie ebenfalls auf die Vorarbeiten der GRV zurückgegriffen. Die Entscheidung, Aktivitäten externer Qualitätssicherung zunächst auf die BGSW-Kliniken zu begrenzen, wurde vor dem Hintergrund getroffen, dass hier an einer übersichtlichen Anzahl von Kliniken und für relevante Indikationen (Traumatologie/Orthopädie und Neurologie) Maßnahmen im Rahmen eines Modellprojekts erprobt werden konnten, um die Erkenntnisse schließlich auch in anderen Bereichen der Behandlungs- und Versorgungskette der Unfallversicherung zu nutzen [37]. Die BGSW-Kliniken der Unfallversicherung überschneiden sich zu einem nicht geringen Anteil mit den im AHB-Verfahren belegten Einrichtungen der GRV bzw. mit den in Anschlussrehabilitationsverfahren belegten Einrichtungen der GKV.

Um die Rahmenbedingungen für eine externe Qualitätssicherung durch die GUV abzuklären, wurde 2000 eine Vorbefragung in allen zu diesem Zeitpunkt zur BGSW zugelassenen Kliniken durchgeführt [37]. Diese sind aufgrund bestimmter Kriterien, die die apparative, personelle und strukturelle Ausstattung betreffen, vom zuständigen Landesverband als BGSW-Klinik zugelassen. Der Behandlungsprozess kann systembedingt individuell durch die Versicherungsverwaltung und den Berufshelfer überwacht werden, der den Patienten bereits am Krankenbett besuchen und bezüglich Fragen beruflicher und sozialer (Wieder)Eingliederung beraten sollte. Die Ergebnisqualität kann im Einzelfall durch den Durchgangsarzt (D-Arzt) kontrolliert werden, der den Patienten vor und nach der BGSW-Behandlung betreut. Für neurologische Patienten ergibt sich hier die Schwierigkeit, dass D-Ärzte immer nur Unfallchirurgen/Orthopäden sind und es keine neuro-

logisch-neurochirurgischen D-Ärzte gibt. Dieses Problem der fehlenden fachkundlichen D-ärztlichen Betreuung in der Neurologie/Neurochirurgie ist bis heute nicht gelöst. Grundüberlegungen für die externe Qualitätssicherung der GUV waren:

- sinnvolle Nutzung der organisatorischen Struktur der GUV
- Harmonisierung mit Qualitätssicherungsprogrammen anderer Sozialleistungsträger
- möglichst geringe Belastung der Kliniken durch Datenerhebungen [37]

Eine fallbezogene Schnittstellenanalyse wurde begleitend zum Modellprojekt durchgeführt [20]. Im Rahmen dieses Teilprojektes wurden 100 zufällig ausgewählte BGSW-Fälle einer Aktenanalyse unterzogen. Als wichtigstes Ergebnis war festzuhalten, dass die BGSW mit einem hohen Anspruch von Seiten der GUV verbunden ist. Andererseits ließen sich im Detail Unklarheiten bezüglich Definitionskriterien und Vorgaben erkennen: Unter der Kategorie »BGSW« wurden faktisch sehr unterschiedliche Maßnahmen durchgeführt [37]. Dies betraf die Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems noch viel stärker als die Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Aufgrund dieser Ergebnisse aus den Vorstudien ergab sich, dass die Einführung einheitlicher BGSW-Definitionskriterien und hierfür einheitlicher Formulare (von der Einweisung bis zum Entlassungsbericht) sowohl bereits eine entscheidende qualitätsverbessernde Maßnahme darstellen als auch eine unabdingbare Voraussetzung für weitere externe Qualitätssicherungsprogramme sind [38]. Im Projekt zur externen Qualitätssicherung der GUV in ihren BGSW-Kliniken wurden diese neuen einheitlichen BGSW-Berichte (Aufnahmebericht/-anzeige, Kurzentlassungsbericht, ausführlicher Entlassungsbericht) standardmäßig eingesetzt. Die Kriterien für die Zulassung am BGSW-Verfahren für Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems sind neu gefasst worden [23].

#### Inhalte und Vorgehensweisen

##### Strukturerhebung

Durch die Befragungen im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der GRV hatte ein großer Teil der BGSW-Kliniken bereits Daten zur räumlichen, apparativen und personellen Klinikausstattung systematisch zusammengestellt. Die vorliegenden Daten wurden durch die GUV mit genutzt und um einige unfallversicherungsspezifische Fragen ergänzt. Eine darauf basierende Strukturerhebung aller BGSW-Kliniken erfolgte in den Jahren 2001 und 2002 [31]. Bereits hier wurde wie für die Strukturerhebung der GKV nach Basiskriterien (BK) und Zuweisungssteuereungskriterien (ZW) differenziert. Diese Bewertung als BK oder ZW in Orthopädie/Traumatologie bzw. Neurologie wurde in Expertenrunden erarbeitet.

Um die Zuweisungssteuerung zu optimieren, wurde aus den Ergebnissen dieser Strukturerhebung ein EDV-gestütz-

tes BGSW-Klinikverzeichnis entwickelt. Dieses soll es in Zukunft Sachbearbeitern der GUV, Sozialdiensten in Akutkliniken und zuweisenden Durchgangsarzten ermöglichen, Kliniken anhand bestimmter Kriterien (z.B. bestimmte Therapieverfahren, Wohnortnähe) zu suchen. Somit sollten Patienten gezielter in die Einrichtungen überwiesen werden können, die für das individuelle Rehabilitationsproblem über eine angemessene strukturelle Ausstattung verfügen. Das Klinikverzeichnis wurde mittlerweile in Form einer CD-Rom (»ZURUV®« = Zuweisungssteuerung in der Rehabilitation der Unfallversicherung») umgesetzt.

##### Prozessqualität: Peer-Review-Verfahren

Im Modellprojekt der GUV wurde das von der GRV bereits praktizierte Peer-Review-Verfahren übernommen und modifiziert. Aufgrund der besonderen organisatorischen Struktur der Behandlungsabläufe in der GUV wurde das Verfahren zu einem »erweiterten Peer-Review-Verfahren« weiterentwickelt [37]. Der D-Arzt ist in Zusammenarbeit mit der Verwaltung der GUV generell für die Steuerung der gesamten Heilbehandlung zuständig. Er ist »Herr des Verfahrens«, weist den Patienten in die BGSW-Klinik ein und übernimmt auch danach die weitere Betreuung und Behandlung. Somit muss durch ihn als weitere Beurteilungsgrundlage für die Behandlungsqualität der BGSW-Klinik auch eine Dokumentation des Gesundheitszustandes des Patienten vor und nach der BGSW-Behandlung zur Verfügung stehen. Diese Befunde konnten dem Peer somit idealtypisch neben den Befunden aus der BGSW-Klinik zur Verfügung gestellt werden [37]. Aufgrund der fachgebundenen Qualifikation der D-Ärzte war dieses Vorgehen jedoch nur in der Traumatologie/Orthopädie sinnvoll. Für die Neurotraumatologie zeigten sich ausgeprägte systemimmanente Defizite. Nach Möglichkeit erhielt der Peer folgende Unterlagen (sofern erstellt):

- Erstbericht durch den Durchgangsarzt (Formular F 1000)
- Ergänzungsberichte zum F 1000, z.B. Ergänzungsbericht Kopfverletzung 11002 (für Neurologie)
- Entlassungsbericht der Akutklinik für die stationäre Akutbehandlung einschließlich Operationen
- Überweisung des Patienten in die BGSW durch den D-Arzt (F 2150)
- Aufnahmebericht der BGSW-Klinik (BGSW-Bericht, Teil 1)
- Kurz-Entlassungsbericht der BGSW-Klinik (BGSW-Bericht, Teil 2)
- Ausführlicher Entlassungsbericht der BGSW-Klinik (BGSW-Bericht, Teil 3), einschl. sozialmedizinischer Stellungnahme und positivem und negativem Leistungsbild
- Kopie des Therapieplans oder einer summarischen Therapieauflistung aus der BGSW-Klinik
- Messblätter der BGSW-Klinik nach der Neutral-0-Methode im Bereich Orthopädie/Traumatologie (F 4222, F 4224)

- Mitteilung des D-Arztes über das Ergebnis der BGSW bei erster Wiedervorstellung nach der BGSW (BGSW-Formular 5)

Für das Peer-Review-Verfahren der GUV wurde die damals aktuelle Checkliste aus dem Peer-Review-Verfahren der GRV in mehreren Expertensitzungen für die Zwecke der GUV mittels einer modifizierten Delfi-Methodik wesentlich überarbeitet und gekürzt. Dabei kam es zu Umformulierungen und Zusammenfassungen, Streichungen und andererseits auch Ergänzungen. Auf der Basis dieser erarbeiteten Checkliste und des zugehörigen Manuals wurden entsprechende Peer-Schulungen durchgeführt. Anhand vielfältiger Anregungen der Teilnehmer bei der Peer-Schulung wurden Checkliste und Manual im Anschluss an diese Schulungsveranstaltung nochmals überarbeitet und mit der das Projekt begleitenden Arbeitsgruppe aus Ärzten und Vertretern der GUV abgestimmt. Dies führte dann zur »Erprobungsversion« von Checkliste und Manual [37]. Sie umfasste für die beiden Indikationsbereiche Orthopädie/Traumatologie und Neurologie schließlich insgesamt 31 qualitätsrelevante Prozessmerkmale aus den Bereichen Anamnese (8 Prozessmerkmale), Diagnostik (5 Prozessmerkmale), Therapieziele und Therapie (7 Prozessmerkmale), Aussagen zur Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft (8 Prozessmerkmale), Vorschläge für nachfolgende Maßnahmen (1 Prozessmerkmal) und Abschlussbefund und kritische Würdigung des Reha-Prozesses (2 Prozessmerkmale). Die für die Bewertung der einzelnen Prozessmerkmale zur Verfügung stehenden Mängelkategorien und Qualitätspunkte entsprachen den Instrumenten von GRV und GKV. Zusätzlich konnten noch handschriftliche Kommentare angeführt werden.

Für das Modellprojekt wurden neben 13 orthopädisch/traumatologischen 12 neurologische BGSW-Kliniken durch die GUV ausgewählt, die jeweils auch einen Peer stellen mussten. Aus einem bestimmten Zeitabschnitt wurden randomisiert jeweils 15 BGSW-Fälle ausgewählt, deren gesamte BGSW-Berichte (siehe Unterpunkt »Vorarbeiten«) und Therapiepläne anonymisiert an die Studienzentrale geschickt werden mussten. Diese beschaffte zusätzlich die bei der jeweiligen GUV-Verwaltung vorhandenen ergänzenden medizinischen Unterlagen (v. a. D-Arzt-Berichte) über den jeweiligen Versicherten, wobei sie wegen der Anonymität auf die Mithilfe der BGSW-Kliniken angewiesen war. In einem randomisierten Prozess wurden die Unterlagen jeder Klinik auf mehrere Peers verteilt, jeder Fall wurde gleichzeitig von mindestens zwei Peers begutachtet. Das gesamte Verfahren wurde in zwei Erhebungszeiträumen durchgeführt. Wegen der zum Teil deutlich umfangreicheren Unterlagen als bei der GRV dauerte die Beurteilung trotz gekürzter Checkliste meist länger als dort (Selbsterfahrung des Autors).

#### *Patientenbefragung*

Eine Patientenbefragung wurde nur im Bereich Orthopädie/Traumatologie durchgeführt. Der Bereich Neurologie

wurde wegen methodischer und medizinischer Schwierigkeiten nicht angegangen. Als generisches Instrument wurde aufgrund umfangreicher Literaturrecherche der SF-36 [6] eingesetzt. Erweiternd wurden neben soziodemographischen und sozialmedizinischen Daten Erhebungen zu psychischen Traumafolgen (im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung), zu Komorbiditäten und arbeitsplatzbezogenen Merkmalen vorgenommen [37].

#### Rückmeldungen an die Kliniken

Die Kliniken erhielten Rückmeldungen zu ihrem Abschneiden im Peer-Review-Verfahren und bei der Patientenbefragung. Die Darstellungsweise entsprach weitgehend den Ergebnisberichten, wie sie auch von der GRV durchgeführt worden sind. Desweiteren erhielten die Peers in einer abschließenden Nachbetrachtung Rückmeldungen zu ihrer eigenen Interrater-Reliabilität und zu ihrer Mittelwertabweichung in der Beurteilung (»milder« oder »harter« Peer). Die Kliniken erhielten darüber hinaus auch noch eine Zusammenstellung der von den Peers handschriftlich eingefügten Anmerkungen. Die im Sinne eines Benchmarking aufgemachten Rückmeldungen der erreichten Qualitätspunkte beziehungsweise der Mängelliste wurden in einer Nachbefragung von den leitenden Ärzten und kaufmännischen Leitern der teilnehmenden BGSW-Kliniken überwiegend als hilfreich und informativ für den internen Qualitätsmanagementprozess betrachtet [37].

#### Ergebnisse

Die Ergebnisse sind inzwischen umfassend in einem Buch [37] niedergelegt worden. Die Durchführbarkeit des Verfahrens in der erprobten Form wurden von Seiten der BGSW-Kliniken, der GUV und der Peers mit einigen Einschränkungen tendenziell positiv bewertet. Für die organisierende Institution war der Aufwand, der insbesondere durch die Aufbereitung der Fallunterlagen entstand, für ein Routineverfahren sehr groß, die personellen und zeitlichen Ressourcen, wie auch Fehlerquellen und Reibungsverluste, die durch die komplexe Organisation des Verfahrens mitbedingt waren, führten bei der abschließenden Bewertung durch die begleitende Projektgruppe zu der Empfehlung, das Peer-Review-Verfahren nur in einer modifizierten Form als Routineinstrument externer Qualitätssicherung weiter in der GUV einzusetzen [37]. Zwischen orthopädischen und neurologischen BGSW-Fällen deuteten sich bezüglich der Vollständigkeit und Rechtzeitigkeit der Unterlagen sowie der Angemessenheit von Zeitpunkt und Dauer der BGSW-Maßnahme deutliche Unterschiede an. Der Anteil an BGSW-Maßnahmen, die als zu spät im gesamten Reha-Prozess eingeschätzt wurden, lag in der Neurologie mehr als doppelt so hoch wie in der Orthopädie. Auch der Anteil der Peers, die angaben, dass die Maßnahme zu kurz gewesen sei, war in der Neurologie doppelt so hoch wie in der Orthopädie [37]. Die Kliniken erhielten tabellarisch und graphisch Rückmeldungen über die erhobenen Indi-

katoren. Klinikvergleiche bzw. Klinikrangreihen waren aus statistisch-methodischen Gründen bei dem Verfahren in der erprobten Form nur begrenzt möglich. Die Rückmeldung zusätzlich möglicher freitextlicher Angaben der Peers zu einzelnen Prozessmerkmalen bot für die Kliniken laut Nachbefragung zusätzliche Hinweise für eine weitere Entwicklung der Behandlungsqualität.

Weiterentwicklung

Die Ergebnisse des Projektes und die Rückmeldungen aus den teilnehmenden BGSW-Kliniken wurden in die entsprechenden Gremien von BUK und HVBG rückgespiegelt. Sie führten dort zu einer operationalisierten Neudefinition des BGSW-Verfahrens in den beiden Indikationsbereichen [23]. Auch wurden viele Ansätze zu einem verbesserten Management des gesamten GUV-Behandlungsverfahrens in die weitere Diskussion eingebracht, die traditionellen Rollen und Aufgabenverteilungen von D-Arzt, Berufshelfer und Verwaltung sollen neu überdacht und formuliert werden. Das für die Neurorehabilitation zentrale Problem der fehlenden Kompetenz der D-Ärzte für neurotraumatologische und neuro-rehabilitative Fragen ist aber noch völlig offen.

Zusammenfassende Bewertung

Vergleich zwischen den verschiedenen Vorgehensweisen der Sozialversicherungsträger

Tabelle 5 zeigt eine vergleichende Zusammenstellung der bisher durchgeführten und aktuell geplanten externen Qualitätssicherungsverfahren der Sozialversicherungsträger. Gemeinsame Elemente sind die Erhebung der Strukturqualität anhand von Basiskriterien (BK) und Zuweisungssteuerungskriterien (ZW). Die Prozessqualität wird überwiegend durch ein Peer-Review-Verfahren abgeprüft, wobei GRV und GKV hierfür inzwischen eine gemeinsame Checkliste erstellt haben. Auch die Erfassung der Patientenzufriedenheit und -prozessbeurteilung ist ein wichtiges Element bei allen. Die größten Unterschiede gibt es bei den Ansätzen zur Erfassung der Ergebnisqualität. Relativ einheitlich ist noch die Erfassung der Patientenseite mit einerseits krankheits- oder behinderungsbezogenen Assessmentinstrumenten (in der Neurologie Barthel-Index oder FIM), andererseits mit generischen Instrumenten (IRES-24, SF-36). Eine weitere Ergebnisbeurteilung ist in der Checkliste für das Peer-Review-Verfahren enthalten (Qualitätspunkte für den Rehabilitationsverlauf und das -ergebnis). Die

	QS-Programm der GRV in der stationären Rehabilitation	QS-Programm der GKV in der stationären Rehabilitation	QS-ambulante Rehabilitation (GRV und GKV; Pilotphase)	QS in der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (RV und GKV; Pilotphase)	Pilotprojekt zu einem QS-Programm in der Rehabilitation der Unfallversicherungsträger (GUV) (2000 – 2004)
<b>Strukturqualität</b>	Im Jahr 2002/2003 trägerübergreifende Entwicklung eines Kriterienkatalogs, der Basis- (BK) und Zuweisungskriterien (ZW) von Rehabilitationskliniken definiert und zukünftig in beiden Programmen eingesetzt werden soll		Anpassung des Kriterienkatalogs aus dem stationären Bereich (s. links) an den ambulanten Bereich	Erhebung von Strukturmerkmalen und Festlegung von Basis- (BK) und Zuweisungskriterien (ZW)	Erhebung von Strukturmerkmalen in Anlehnung an Kriterienkatalog GRV/GKV; Systematisierung der Daten in ZURUV®
<b>Peer-Review-Verfahren (Prozessqualität)</b>	Seit Herbst 2002 liegt eine trägerübergreifende einheitliche Version der Peer-Review-Checkliste vor, die in beiden Programmen eingesetzt wird.		Anpassung der Peer-Review-Checkliste aus dem stationären Bereich (s. links) an den ambulanten Bereich	(vorerst nur Analyse der Strukturqualität und Visitationen)	modifiziertes Peer-Review, in eigenem Prozess für Zwecke der GUV entwickelte Checkliste
<b>Patientenbeurteilung der Rehabilitation</b>	Patientenfragebogen	Patientenfragebogen	Patientenfragebogen	(vorerst nur Analyse der Strukturqualität und Visitationen)	Patientenfragebogen (bisher nur für Orthopädie/Traumatologie)
<b>Ergebnisqualität – patientenseitig</b>	patientenseitige Ergebnismessung zu einem Messzeitpunkt (ca. 8 – 12 Wochen nach der Rehabilitation)	patientenseitige Ergebnismessung zu drei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung, 6 Monate nach der Rehabilitation)	In der Pilotphase Prüfung unterschiedlicher Modelle (patienten- und arztseitige zu 1/2/3 Messzeitpunkten)	(vorerst nur Analyse der Strukturqualität und Visitationen)	Anteile in Patientenfragebogen (SF 36).
<b>Ergebnisqualität – arztseitig</b>	entfällt	arztseitige Ergebnismessung zu zwei Messzeitpunkten (Aufnahme, Entlassung)	arztseitige Ergebnismessung in Diskussion	(vorerst nur Analyse der Strukturqualität und Visitationen)	Einbezug der D-Arzt-Bewertung (vorher/nachher) in den Prozess (für neurotraumatologische Fragen wenig sinnvoll)
<b>Visitation (Klinikbegehung)</b>	Visitationen wurden schon vor Einführung des Programms durchgeführt, sind aber bisher kein fester Bestandteil des Programms.	Visitationen in ca. 20 % der Kliniken (Zufallsauswahl)	Visitationen in ca. 20 % der Einrichtungen (Zufallsauswahl)	Visitationen in ca. 20 % der Einrichtungen (Zufallsauswahl)	in der Weiterentwicklung vorgesehen

Tab. 5: Vergleichende Darstellung der Konzeption der externen Qualitätssicherungsprogramme und -pilotprojekte in der Rehabilitation (Stand August 2004), modifiziert nach [25]

GUV versuchte als weiteres arztseitiges Außenkriterium die Beurteilung durch vor- und nachbehandelnde D-Ärzte zu nutzen, was für die Neurologie/Neurotraumatologie allerdings keinen Sinn machte. Im Qualitätsprofil der GKV wird dagegen vom behandelnden Arzt selbst verlangt, dass er mit krankheits- oder diagnosebezogenen Instrumenten eine Vorher-Nachher-Messung durchführt, mit seinem Team individuelle Therapieziele formuliert und am Ende den Grad der Zielerreichung einschätzt. Auf die Subjektivität solcher Messungen haben jedoch die Entwickler dieser Instrumente selbst hingewiesen [25].

Kritiken und Erfahrungen zu diesen Programmen

#### *Aufwand und Ergebnis*

Die Qualitätssicherungsprogramme der Sozialversicherungsträger verursachen einen erheblichen Aufwand für die Träger selbst und auch für die Rehabilitationseinrichtungen. Die GRV trägt für ihr Programm im stationären Bereich die Gesamtkosten, während im QS-Reha-Verfahren der GKV die Einrichtungen an den Kosten beteiligt werden. Die GUV hat ihr Pilotprojekt wiederum allein aus eigenen Mitteln finanziert. Bei allen Qualitätssicherungsprogrammen entsteht für die Einrichtungen ein nicht unerheblicher Aufwand durch die Bereitstellung von Patientenlisten für die randomisierte Auswahl von Behandlungsfällen für das Peer-Review-Verfahren und die nachfolgende Zusammenstellung der Behandlungsunterlagen und Patiententherapiepläne in anonymisierter Form. Ein weiterer erheblicher Aufwand entsteht dann für die jeweiligen Peers für die Bewertung der ihnen zugesandten Behandlungsfälle nach der standardisierten Checkliste. Im Verfahren der GKV entsteht insbesondere während der mehrmonatigen Erhebungsphase ein weiterer erheblicher personeller Aufwand durch die Einholung der Patientenzustimmung sowie die Austeilung und Einsammlung von Patienten- und Arztfragebögen und deren anschließenden Versand zu den Katamnesezeitpunkten [25]. In nationalen [14] und internationalen [5] Studien sprechen sich die geprüften Einrichtungen bei Befragungen dafür aus, den finanziellen und personellen Aufwand für die Verfahren möglichst weiter zu reduzieren. Die verfahrensbedingt deutlich verzögerte Rückmeldung der Ergebnisse an die Einrichtungen, insbesondere aus dem Routineverfahren der GRV, erschwert die von den Einrichtungen für wichtig erachtete zeitnahe Reaktion auf bestehende und durch die Rückmeldung dokumentierte Qualitätsprobleme [11, 14].

#### *Klinikvergleiche*

Über die methodischen Schwierigkeiten in allen Programmen, faire Klinikvergleiche herzustellen, wurde bereits bei der Darstellung der jeweiligen Programme hingewiesen. Auch hier findet sich ein unterschiedliches methodisches Vorgehen: Bei der GRV wurden anhand der Strukturdaten relativ große, vermutlich in sich inhomogene Vergleichsgruppen nach dem Prinzip des kleinsten gemeinsamen Nenners gebildet. Bei der GKV wurde zusätzlich das Instrument der sogenannten Risikoadjustierung (siehe Ka-

pitel »Risikoadjustierung für systematische Klinikvergleiche«) eingeführt. Grundlage ist hierfür die Erfassung der »Confounder«. Bei der GUV wurde bei der Auswahl der in die Projektphase eingeschlossenen Kliniken auf relativ große Homogenität durch entsprechende Selektionskriterien geachtet. Dennoch wird hier in allen Programmen an weiteren Verbesserungen für diese Frage zu arbeiten sein.

#### *Validität für den Reha-Alltag*

Durch die jeweils für das Peer-Review-Verfahren vorgegebene Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale wurden, wie erwünscht, einerseits die Abschlussberichte in Form und Inhalt vereinheitlicht, andererseits aber auch deutlich aufgebläht und mit Inhalten überfrachtet, die zumindest für die nachbehandelnden Ärzte nicht unbedingt von Relevanz sind, möglicherweise jedoch wichtig sind für Entscheidungsprozesse in den Verwaltungen der jeweiligen Sozialversicherungsträger. Viele Kliniken erfüllen die Aufgabe, solche umfangreichen und möglichst alle Checklistenkriterien erfüllende Abschlussberichte zu erstellen, durch den vermehrten Einsatz von standardisierten Textbausteinen (z. B.: »mit dem Patienten wurden folgende Therapieziele abgestimmt«). Für den Peer ist es jedoch schwer nachzuprüfen, ob dies in der Realität auch so vollzogen wurde. Der KTL definiert die Therapiemaßnahmen vorwiegend nach Zeit, durchführender Berufsgruppe, Einzel- oder Gruppentherapie. Die spezifischen Inhalte können kaum kodifiziert werden, bestenfalls in der zugehörigen Textzeile schlagwortartig angegeben werden. Die inhaltliche Qualität und fachliche Spezifität der einzelnen therapeutischen Interventionen kann damit kaum beurteilt werden. Die Übereinstimmung mit Behandlungsleitlinien ist somit schwer zu prüfen.

Weiterhin ist denkbar, dass ein nach der Checkliste gut ausformuliertes Nachsorgeprogramm oder sozialmedizinisches Leistungsbild die Möglichkeiten in der Realität weit übersteigt, daher nicht durchführbar oder anwendbar ist und das Endergebnis für den Patienten schlechter ist als bei einem weniger differenziert ausformulierten, nur den Rahmen und die Möglichkeiten andeutenden Nachsorgekonzept oder sozialmedizinischen Leistungsbild. Durch Anonymisierung ist oft für den Peer auch nicht erkennbar, ob sich diese Vorschläge und Vorgaben in der fraglichen Wohn- und Arbeitsumwelt des zu begutachtenden Behandlungsfalles wirklich realisieren lassen. Er bewertet dann anhand der vorgegebenen Checklistenkriterien das Rehabilitationsergebnis und die Nachsorgevorschläge als sehr gut, obwohl in der Realität aufgrund dieser unrealistischen Vorgaben eine weitere berufliche und/oder soziale Rehabilitation nicht mehr stattfindet und das langfristige Ergebnis für den Rehabilitanden schlecht ist. Aus diesem Grund wäre es sicherlich sinnvoll, die gleichen Behandlungsfälle auch katamnestic nachzuverfolgen. Für ein wichtiges generisches Instrument, den Barthel-Index, wurde vor kurzem eine auf Gütekriterien geprüfte Version zur telefonischen oder postalischen Abfrage für Katamneseuntersuchungen vorgelegt [24].

Für die langfristige Akzeptanz und Mitwirkung der Rehabilitationseinrichtungen bei der Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherungsprogramme wird ganz entscheidend sein, dass sich ein positives Abschneiden im Klinikvergleich auch bei der Belegungssteuerung und den Kostenerstattungen durch die Sozialversicherungsträger nachvollziehbar auswirkt. Dies wurde von den Repräsentanten von GRV, GKV und GUV zwar immer wieder betont, ist jedoch öffentlich bisher nie klar dargelegt und zu erkennen gegeben worden. Aus diesem Grund wurde auch der Vertrag zwischen Verbänden der Klinikbetreiber und der GKV inzwischen gekündigt.

#### Weitere Entwicklungen

Wie in Tabelle 5 aufgelistet, haben GRV und GKV eine Pilotphase für externe Qualitätssicherungsprogramme in der ambulanten (früher teilstationären) Rehabilitation [15] und in der stationären Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen begonnen. Für letzteren Bereich wurde ein kindgerechtes Instrumentarium entwickelt, das einerseits die aus dem Erwachsenenbereich bekannten Qualitätsdimensionen beinhaltet und andererseits weitere auf die Qualitätsbeurteilung dieser Patientengruppe einflussnehmende Faktoren enthält [45].

Das Qualitätssicherungsprogramm der GRV wird weiterhin als Routineverfahren eingesetzt und fortentwickelt. Das Programm der GKV hat seinen flächendeckenden Einsatz noch nicht erreicht, derzeit ist eine zweite Erhebungsphase mit einer größeren Anzahl von Kliniken in den verschiedensten Indikationsbereichen, u. a. auch Neurologie, abgeschlossen. GRV und GKV anerkennen wechselseitig die Teilnahme am jeweilig anderen Programm, so dass keine parallelen Erhebungen stattfinden sollten. In der GUV werden derzeit die Elemente für das Routineverfahren in entsprechenden Gremien aus den Erfahrungen des Pilotprojektes [48] erarbeitet und festgelegt [34]. Langfristig werden somit alle Sozialversicherungsträger routinemäßig externe Qualitätssicherung in den von ihnen belegten Rehabilitationseinrichtungen betreiben. Dies ist auch im Orientierungsrahmen für die Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation so niedergelegt worden [7]. Die dabei ermittelten Ergebnisse sollten dann aber neben Leistungsträgern und Einrichtungen auch der Öffentlichkeit, insbesondere den potentiellen Patienten, zur Wahrung ihrer Wahl-, Teilhabe- und Mitwirkungsrechte zugänglich gemacht werden.

#### Literatur

1. Bak B, Bocker B, Müller W-D, Lohsträter A, Smolenski UC: Zertifizierungs- und Akkreditierungssysteme als Instrument des Qualitätsmanagements in der Rehabilitation – Teil 1. *Phys Med Rehab Kurort* 2004; 14: 243-248
2. Beyer H-M: Rehabilitative Krankenbehandlung. *Dtsch Arztlbl* 2004; 101: A 2736-2739
3. Bitzer EM, Dörning H, Sampath Kumar D, Schneider A, Sommerhammer B, Beckmann U, Zander J, Brüggemann S, Widera T, Buschmann-Steinhage R, Kloserhuis H: Fünfte vollständig überarbeitete Version der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) 2006 – Überblick über Veränderungen und Neuerungen. *DRV Schriften*, Band 64, Berlin 2006, 224-225
4. Blatt O, Berghaus U: Die Bedeutung der Qualitätssicherung aus Sicht der GKV. Vortrag auf der Informationsveranstaltung zur Einführung des QS-Reha-Verfahrens. Bonn 07.07.2004
5. Brook R-H, McGlynn E-A, Shekelle B-G: Defining and measuring quality of care: A perspective from US researches. *International Journal for Quality in Health Care* 2000; 12: 281-295
6. Bullinger M, Kirchberger I: SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Handanweisung. Hogrefe, Göttingen 1998
7. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR): Die Zukunft der Rehabilitation und Teilhabe – Orientierungsrahmen für die Arbeit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ab 2004. *Rehabilitation* 2005; 44: 50-57
8. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Broschüre, 4. Aufl., BfA, Berlin 2000
9. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR): Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der GRV. Broschüre, überarbeitete Auflage, BfA, Berlin 2001
10. Egner U, Gerwin H, Müller-Farnow W, Schliehe F: Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 1998; 37 (Suppl. 1): 2-7
11. Egner U, Gerwin H, Schliehe F: Das bundesweite Reha-Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung – Erfahrungen aus einem mehrjährigen Umsetzungsprozess. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2002; 96: 4-9
12. Farin E, Meixner K, Jacob A et al: Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Mitarbeiterzufriedenheit in Rehabilitationskliniken. *Rehabilitation* 2002; 41: 258-267
13. Farin E, Gerdes N, Jäckel W-H, Follert P, Klein K, Glattacker M: »Qualitätsprofile« von Rehabilitationskliniken als Modell der Qualitätsmessung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 2003; 8: 191-204
14. Farin E, Engel E-M, Dimon A, Jäckel W-H: Die Erwartungen von Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen an externe Qualitätssicherungsmaßnahmen. *Phys Med Rehab Kurort* 2004; 14: 73-81
15. Farin E, Dudeck A, Glattacker M, Meffert C, Jäckel WH: Direkte versus indirekte Veränderungsmessung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation. *DRV-Schriften*, Band 64, Berlin 2006, 220-221
16. Follert B, Farin E, Asche-Matthey B et al: Mitarbeiterbefragungen: Bestandteil externer Qualitätssicherung und Input für das interne Qualitätsmanagement. *Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis* 2002; 5: 127-130
17. Fuchs H: Medizinische Leistungen zur Rehabilitation und integrierten Versorgung. *Rehabilitation* 2004; 43: 325-334
18. Gerdes N, Jäckel W-H: Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. *Rehabilitation* 1995; 34: XIII-XXIII
19. Gerdes N, Weidemann H, Jäckel W-H (Hrsg): Die PROTOS-Studie und PROTOS-II. Steinkopff, Darmstadt 2000
20. Gerlich C, Schieweck R, Neudert H, Vogel H: Abschlussbericht zum Projekt »Analyse des Berichtssystems in Zusammenhang mit der Berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung (BGSW)«. Projektbericht. Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Würzburg 2003
21. Glattacker M, Klein K, Farin E, Jäckel W-H: Strukturqualität stationärer neurologischer Rehabilitationskliniken. Ergebnisse aus dem QS-Reha-Verfahren auf der Basis definierter Bewertungskriterien. *Nervenarzt* 2005; 76: 453-461

22. Haase I, Lehnert-Batar A, Klady B, Gerling J, Schupp W: Warum empfehlen Patienten eine Rehabilitationsklinik weiter? DRV-Schriften. Band 64, Berlin 2006, 241-242
23. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG), Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften (BVLBG) und Bundesverband der Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand (BUK) (Hrsg): 1. Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach 34 SGB VII zur Beteiligung von Rehabilitationskliniken an der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) für Verletzungen des zentralen und peripheren Nervensystems. 2. Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach 34 SGB VII zur Beteiligung von Rehabilitationskliniken an der Berufsgenossenschaftlichen Stationären Weiterbehandlung (BGSW) für Verletzungen des Stütz- und Bewegungsapparates. Rundschreiben, Siegburg 2006
24. Heuschmann P-U, Kolominsky-Rabas P-L, Nolte C-H, Hünermund G et al: Untersuchung der Reliabilität der Deutschen Version des Barthel-Index sowie Entwicklung einer postalischen und telefonischen Fassung für den Einsatz für Schlaganfallpatienten. Fortschr Neurol Psychiat 2005; 73: 74-82
25. Jäckel W-H, Farin E: Qualitätssicherung in der Rehabilitation. Wo stehen wir heute? Rehabilitation 2004; 53: 271-283
26. Jäckel W, Klein K: Bewertungskriterien der Strukturqualität von stationären Rehabilitationseinrichtungen. Ein Projekt des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR), der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und der gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Universität Freiburg, Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Freiburg 2003
27. Jäckel W-H, Maier-Riehle B, Protz W, Gerdes N: Peer-Review. Ein Verfahren zur Analyse der Prozessqualität stationärer Rehabilitationsmaßnahmen. Rehabilitation 1997; 36: 224-232
28. Keck T: Rehabilitation der BfA – aktueller Stand und Perspektiven. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA): Neue Anforderungen aus Beruf und Gesellschaft. Rehabilitationsforum der BfA 21.-22.02.2005. Broschüre, BfA, Berlin 2005
29. Klemann A, von Eiff W: Frührehabilitation zwischen Akutbehandlung und medizinischer Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 64, Berlin 2006, 304-306
30. Körner M, Bengel J: Teamentwicklung als Ergänzung des Qualitätsmanagements in der stationären medizinischen Rehabilitation. DRV-Schriften, Band 64, Berlin 2006, 323-233
31. Kopsch C, Neuderth S, Vogel H: Abschlussbericht zum Projekt »Qualitätssicherung im BGSW-Kliniken: Strukturhebung und -analyse«. Projektbericht. Universität Würzburg, Arbeitsbereich Rehabilitationswissenschaften, Würzburg 2003
32. Korsukewitz C: Aktuelles aus Sozialmedizin und Rehabilitation. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA): Neue Anforderungen aus Beruf und Gesellschaft. Rehabilitationsforum der BfA 21.-22.02.2005. Broschüre, BfA, Berlin 2005
33. Korsukewitz C, Rose S, Schliehe F: Zur Bedeutung von Leitlinien für die Rehabilitation. Rehabilitation 2003; 42: 67-73
34. Lukaszczik M, Neuderth S, Gerlich C, Vogel H, Weber-Falkensammer H: Evaluation eines Screening-Verfahrens zur Erfassung potenzieller Qualitätsprobleme in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Unfallversicherung. DRV-Schriften, Band 64, Berlin 2006, 222-224
35. Mehrhoff F, Weber-Falkensammer H: Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation in der gesetzlichen Unfallversicherung. Die BG 2000; 1: 104-111
36. Müller-Fahnow W: Was nutzt Rehabilitation? Forschungsergebnisse zur Kosten-Ertragsbilanz der Rehabilitation. In: Rehabilitation 2003 – Der Mensch im Mittelpunkt einer zukunftsorientierten Rehabilitation. Rehabilitationsforum 27.-28.02.2003. Broschüre, BfA, Berlin 2003
37. Neuderth S: Externe Qualitätssicherung durch Peer-Review. Entwicklung und Evaluation eines Peer-Review-Verfahrens in den Kliniken zur berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung der GUV. Psychologie Band 48, Verlag Empirische Pädagogik, Landau 2004
38. Neuderth S, Vogel H, Mehrhoff F, Weber-Falkensammer H: Qualitätssicherung in den Kliniken zur berufsgenossenschaftlichen stationären Weiterbehandlung in der Unfallversicherung. Die BG 2002; 2: 72-79
39. Raspe H, Weber U, Voigt T, Kosinski A, Petras H: Qualitätssicherung durch Patientenbefragung in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmung Bewertungen von Rehastrukturen und -prozessen (»Rehabilitantenzufriedenheit«). Rehabilitation 1997; 36: XXXI-XLII
40. Rische H: 50 Jahre Rehabilitation der BfA. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA): Rehabilitation 2003 – Der Mensch im Mittelpunkt einer zukunftsorientierten Rehabilitation. Rehabilitationsforum 27.-28.02.2003. Broschüre, BfA, Berlin 2003
41. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität (Gutachten 2003). Sachverständigenrat, Bonn 2003
42. Schillinger H: Rehabilitation der BfA – aktueller Stand und Perspektiven. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA): Rehabilitation 2003 – Der Mensch im Mittelpunkt einer zukunftsorientierten Rehabilitation. Rehabilitationsforum 27.-28.02.2003. Broschüre, BfA, Berlin 2003
43. Schönle R-W, Kattein R, Brüggemann S, Klosterhuis H: Aktueller Stand der rehabilitativen Versorgung von Patienten nach Schlaganfall. Rehabilitation 2004; 43: 178-198
44. Seiter H: Qualität als Faktor der Leistungsbewertung. DEGEMED News 2005; 13: 4-5
45. Stapel M, Ziehle M, Hoff-Emden H: Qualitätsbeurteilungen stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen durch Kinder und Jugendliche. Praxis klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 2005; 68: 24-29
46. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) (Hrsg): Bericht der Reha-Kommission des VDR – Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. VDR, Frankfurt/a. M. 1992
47. Verband Deutscher Versicherungsträger (VDR) (Hrsg): Checkliste und Manual der qualitätsrelevanten Prozessmerkmale für das Peer-Review-Verfahren der somatischen Indikationen. 4. überarbeitete Aufl., DRV-Schriften, Band 41, Frankfurt/a. M. 2003
48. Weber-Falkensammer H: Zusammenfassung und Ausblick. In: Niederschrift zur Tagung mit Erfahrungsaustausch und Auswertung des Projektes zur externen Qualitätssicherung in den BGSW-Kliniken, 18/19.03.2004. Bundesverband der Unfallkassen, München 2004

**Korrespondenzadresse:**

Dr. med. Wilfried Schupp  
 Chefarzt der Abtl. für Neurologie und Neuropsychologie  
 Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Klinische Geriatrie;  
 Facharzt für physikalische und rehabilitative Medizin, Sozialmedizin,  
 Rehabilitationswesen  
 Fachklinik Herzogenaurach  
 In der Reuth 1  
 91074 Herzogenaurach  
 e-mail: sandra.schraml@fachklinik-herzogenaurach.de