

# Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation

H. Klosterhuis

*Deutsche Rentenversicherung Bund Bereich 0430 Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik, Berlin*

## Schlüsselwörter

Deutsche Rentenversicherung – medizinische Rehabilitation – Qualitätsbewertung – Qualitätssicherung – Rehabilitationseinrichtungen

## Key words

German Pension Insurance – medical rehabilitation – quality inspection – rehabilitation clinics

## Aktuelle Strategien der Deutschen Rentenversicherung in der Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation

Die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung unterstützt die Transparenz des Leistungsgeschehens in den Reha-Einrichtungen, die Optimierung der Rehabilitation und die Initiierung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs. Dafür werden u.a. die Qualität der rehabilitativen Versorgung, der Struktur und der Organisation und die Qualität aus Rehabilitandensicht einbezogen. Bei insgesamt positiven Ergebnissen, zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen. Dies anzugleichen ist auch ein Ziel der evidenzbasierten Therapievorgaben, die in indikationsspezifischen Leitlinien gebündelt werden. Die Reha-Qualitätssicherung wird auf weitere Bereiche wie z.B. die ambulante Rehabilitation oder die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen ausgedehnt

## Current strategies of the German Pension Insurance in the quality management in medical rehabilitation

The quality management of the German Pension Insurance concerning the medical rehabilitation system is aimed at greater transparency, optimizing the rehabilitative care and initiating a quality oriented competition. To this end, the quality of the rehabilitative care, of the structure and organization as well as the quality from the point of view of the patients are taken into consideration. Overall, the results are positiv, there are, however, remarkable differences between the clinics. The purpose of evidence-based recommendations in form of indication-specific guidelines is to improve the quality where necessary. The quality management is extended to further areas such as outpatient rehabilitation and the rehabilitation of children and adolescents.

In den letzten Jahrzehnten hat im Gesundheitswesen sowohl die Zahl externer Qualitätssicherungsprogramme wie auch interner Qualitätsmanagementaktivitäten kontinuierlich zugenommen [1]. Für das deutsche Gesundheitswesen ist vom Gesetzgeber im Sozialgesetzbuch eine Pflicht zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen durch Reha-Träger und Reha-Einrichtungen verankert. Die Deutsche Rentenversicherung (RV) hat bereits vor über 10 Jahren ein Qualitätssicherungsprogramm implementiert und in den Folgejahren kontinuierlich weiterentwickelt [2, 3]. Die Reha-Qualitätssicherung der RV setzt sich das Ziel einer am Patienten orientierten Qualitätsverbesserung der medizinischen Rehabilitation, vermehrter Transparenz des Leistungsgeschehens, verstärkter Ergebnisorientierung und einer Unterstützung des klinikinternen Qualitätsmanagements [4]. Die Optimierung der Rehabilitation soll auch durch die Initiierung eines qualitätsorientierten Wettbewerbs und systematische Reha-Einrichtungs-Vergleiche erreicht werden. Zudem soll für den Versicherten sichergestellt sein, dass in allen Reha-Einrichtungen, die von der RV belegt werden, ein bundesweit vergleichbarer Qualitätsstandard eingehalten wird.

## Reha-Qualitätssicherung durch die Rentenversicherung

Die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung ist durch einige wesentliche Grundprinzipien gekennzeichnet. Als Grundlage der Reha-Qualitätssicherung wird eine umfassende Transparenz der Leistungserbringung durch eine möglichst vollständige

Dokumentation angesehen. Dies soll mit den routinemäßig zur Verfügung stehenden Dokumentationsgrundlagen erreicht werden. Dazu gehören zum einen der ärztliche Reha-Entlassungsbericht [5], in dem wesentliche Informationen zu der durchgeführten Rehabilitation niedergelegt werden, wie auch zum anderen die Klassifikation therapeutischer Leistungen [6, 7], mit der das Leistungsgeschehen während der Rehabilitation dokumentiert wird. Mit dieser umfangreichen Dokumentationsbasis, die nicht zusätzlich für Qualitätssicherungszwecke erhoben werden muss, sondern routinemäßig vorliegt, sind für alle Rehabilitationsleistungen der RV relevante Informationen verfügbar [8]. Generell ist zu beachten, dass der Aufwand der Qualitätssicherung sowohl für den Rehabilitanden wie für die Reha-Einrichtungen und die Reha-Träger möglichst begrenzt wird. Die Reha-Qualitätssicherung in der Rentenversicherung geht von einem umfassenden Ansatz aus, das heißt die verschiedenen Aspekte der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität sollen möglichst vollständig in der Reha-Qualitätssicherung berücksichtigt werden. Im Einzelnen lässt sich unterscheiden zum einen die Qualität der rehabilitativen Versorgung, das heißt die Behandlungsqualität im engeren Sinne. Zur Messung, Bewertung und Verbesserung dieser Qualitätsdimension sind beispielsweise die Instrumente des Peer-Review-Verfahrens oder auch die Reha-Leitlinien geeignet. Aber auch die Dokumentation der rehabilitativen Versorgung mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen dient der Abbildung und Bewertung der medizinischen Versorgung.

Im Sinne der Patientenorientierung ist zum anderen die Qualität aus Sicht des Rehabilitanden anzusehen. Diese wird im Wesentlichen mithilfe einer Rehabilitandenbefragung erhoben und bewertet. Aus der Rehabilitandenbefragung sind als wesentliche Aspekte die Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der durchgeführten Behandlung, aber auch das subjektive Behandlungsergebnis zu nennen. Ein weiterer Aspekt ist die Qualität der Struktur und der Organisation der Reha-Einrichtung. Hier ist zu nennen zum einen die Strukturqualität der Reha-Einrichtungen, das heißt die räumliche, sachliche und personelle Ausstattung der Rehabilitationseinrichtung, aber auch das interne Qualitätsmanagement. Au-

ßerdem ist hier die Frage der Qualität der medizinischen Dokumentation in der Reha-Einrichtung angesprochen, das heißt in welcher Weise für alle durchgeführten Reha-Leistungen vollständig und umfassend im Rahmen der Reha-Entlassungsberichte berichtet wird.

Als eigenständiger Qualitätssicherungsaspekt sind Visitationen anzusehen, die eine Qualitätssicherung "vor Ort" darstellen [9]. Mit den Visitationen kann eine Zusammenschau der verschiedenen externen Qualitätssicherungsergebnisse geleistet werden. Zugleich wird im Austausch mit den Klinikleitungen ein gemeinsames Verständnis über die Qualitätsentwicklung der jeweiligen Reha-Einrichtung entwickelt. Die Rentenversicherung hat die Reha-Qualitätssicherung als kontinuierlich durchgeführten Prozess der Datenerhebung, -auswertung und Berichterstattung an die Reha-Einrichtungen konzipiert. Nur damit ist gewährleistet, dass die Reha-Einrichtungen die Möglichkeit haben, über die Zeit ihre Qualitätsergebnisse zu vergleichen, Veränderungen zu registrieren und entsprechende Schritte einzuleiten. Gleichzeitig ist die Reha-Qualitätssicherung auf eine möglichst vollständige Erfassung möglichst vieler Rehabilitanden und möglichst vieler Reha-Einrichtungen bei der kontinuierlichen Durchführung angelegt. Instrumente und Methoden der Reha-Qualitätssicherung sind einer beständigen Weiterentwicklung unterworfen, das heißt, es wird kontinuierlich – auch mit wissenschaftlicher Unterstützung – eine Aktualisierung der Instrumente und Verfahren zu leisten sein. Im Rahmen dieser Weiterentwicklung wird auch die Frage der bewertenden Elemente und der verbindlichen Anwendung von Ergebnissen der Qualitätssicherung von Bedeutung sein. Die umfangreichen Daten, die aus der Reha-Qualitätssicherung der RV vorliegen, werden ebenfalls für versorgungsorientierte Fragestellungen genutzt [10].

## Qualität aus Sicht der Rehabilitanden

Die systematische kontinuierliche Einbindung der Rehabilitanden in die Qualitätssicherung ist von Anfang an ein zentrales Anliegen der deutschen Rentenversicherung

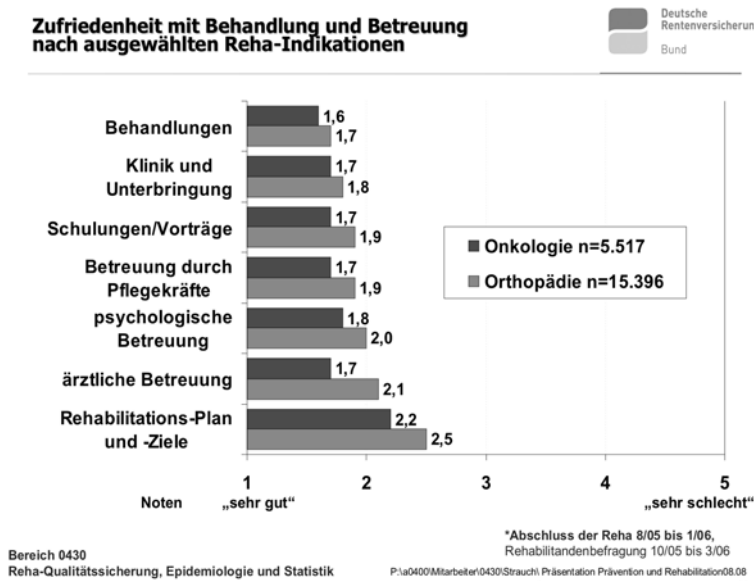


Abb. 1. Rehabilitandenbefragung – Zufriedenheit mit Behandlung und Betreuung – nach ausgewählten Reha-Indikationen.

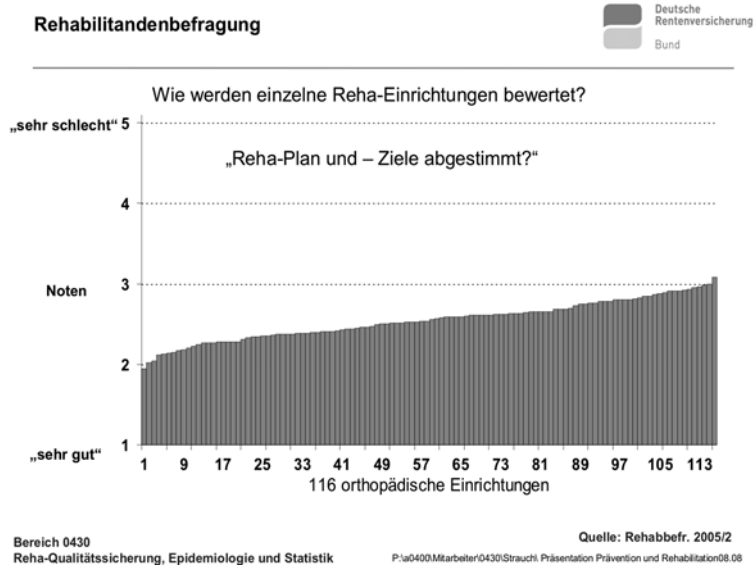


Abb. 2. Rehabilitandenbefragung – Abstimmung von Reha-Plan und -Zielen – nach orthopädischen Reha-Einrichtungen.

gewesen. Mit einer umfassenden Befragung haben die Rehabilitanden die Möglichkeit, sich zu verschiedenen Aspekten der durchgeführten Rehabilitation zu äußern. Dadurch können Einschätzungen, Urteile und Bewertungen der Patienten für die Qualitätssicherung nutzbar gemacht werden. Die Rehabilitandenbefragung konzentriert sich auf die Betroffenen-Sicht des rehabilitativen Leistungsangebots und erfasst auch den subjektiven Erfolg der Rehabilitation. Die subjektiven Einschätzungen zur Rehabilitation sind

wichtig, weil gerade diese Faktoren der Einschätzung des gesundheitlichen Zustandes und der Leistungsfähigkeit wesentliche Faktoren für die Motivation und Prognose der Rehabilitanden sind.

Die rentenversicherungseinheitliche Rehabilitandenbefragung wird kontinuierlich mit einer monatlichen Stichprobenerhebung durchgeführt [11]. In diese Befragung werden alle RV-eigenen sowie alle von der RV federführend belegten Reha-Einrichtungen einbezogen. Monatlich werden etwa 20 Patienten einer Reha-Einrichtung zufällig ausgewählt, in einem Zeitraum von 2 – 3 Monaten nach der Rehabilitation angeschrieben und um eine Beantwortung des Fragebogens gebeten. Es werden im Jahr von der Rentenversicherung etwa 195.000 Bögen verschickt, mit einer durchschnittlichen Rücklaufquote von 65%. Die Ergebnisse dieser Befragung werden halbjährlich im Rahmen der QS-Berichterstattung in Form spezieller Berichte zur Reha-Qualitätssicherung an die RV-Träger und an die teilnehmenden Reha-Einrichtungen zurückgemeldet. Mit dieser kontinuierlichen Form der Berichterstattung hat die Reha-Einrichtung die Möglichkeit, eigene Stärken wahrzunehmen und auszubauen, aber auch Schwachstellen zu erkennen und Defizite zu beseitigen.

Wie in der Abbildung 1 dargestellt, zeigt sich eine generell sehr hohe Zufriedenheit der Rehabilitanden mit der Behandlung. Deutlich negativer wird die Zufriedenheit mit dem Bereich Reha-Planung und Zielorientierung bewertet. Dieses kritische Urteil durch die Rehabilitanden fällt dabei nicht in allen Reha-Einrichtungen gleich aus (Abb. 2).

Es existieren also Reha-Einrichtungen, die in Bezug auf diesen Qualitätsaspekt eine deutlich bessere Bewertung erfahren. Um die Hintergründe dieser tendenziell geringeren Patientenzufriedenheit mit der Planung und Zielorientierung in der medizinischen Rehabilitation zu ermitteln, wurde von der Rentenversicherung ein Forschungsprojekt initiiert, das sich dieser Frage intensiv widmete [12, 13]. Wesentliche Ergebnisse dieses Projektes waren, dass sich die Patientenzufriedenheit in Bezug auf diese Qualitätsaspekte dadurch erhöhen lässt, dass von der Reha-Einrichtung im Gespräch mit den Patienten auch Hilfeleistungen thematisiert werden, die über den unmittelbar somatisch-medizinischen Be-

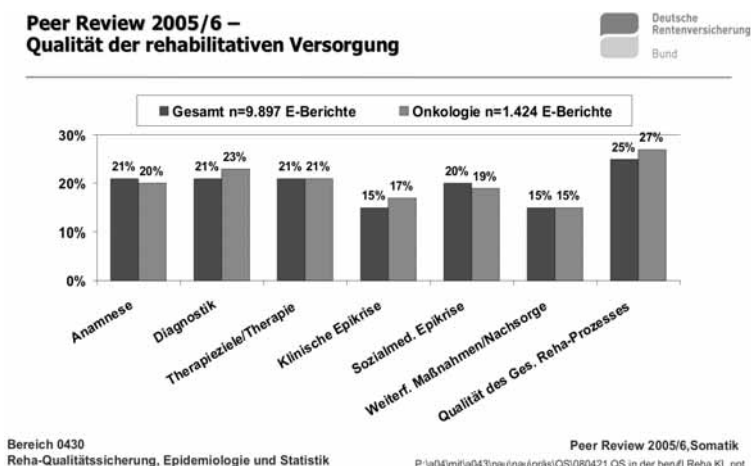


Abb. 3. Peer Review – Qualität der rehabilitativen Versorgung.

Unterschiede zwischen den Einrichtungen in Bezug auf diese Befragungsergebnisse. Es finden sich auch systematisch und kontinuierlich bestimmte Bereiche, die kritischer beurteilt werden. Hier ist weiterhin von einem erheblichen Handlungsbedarf der Reha-Einrichtungen und der Reha-Träger auszugehen. Die Rehabilitandenbefragung wird in absehbarer Zeit auch auf die ambulante Rehabilitation ausgedehnt.

### Fachkollegen bewerten die Reha-Qualität (Peer Review)

In der Qualitätssicherung des Gesundheitswesens sind sogenannte Peer-Review-Verfahren zur Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität weit verbreitet und etabliert [1]. Im Peer-Review-Verfahren der Rentenversicherung, das seit Ende der 90er Jahre in der Reha-Qualitätssicherung routinemäßig eingesetzt wird, wird der individuelle Reha-Prozess durch erfahrene Kollegen der entsprechenden Fachrichtung anhand von Reha-Entlassungsberichten und Therapieplänen bewertet. Für diese Begutachtung der zufällig ausgewählten Einzelfälle ist eine Checkliste qualitätsrelevanter Merkmale entwickelt und sind Bewertungskriterien in einem Manual detailliert niedergelegt worden [14, 15].

Zur Vorbereitung der Begutachtung werden alle beteiligten Gutachter in mehrtägigen Seminaren mit dem Verfahren vertraut gemacht. Bis heute wurden im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung über 1.000 leitende Ärzte und Sozialmediziner als Gutachter geschult. Die Zufallsauswahl der in einem gesamten Peer-Review-Verfahren rund 18.000 zu prüfenden Fälle erfolgt bei den RV-Trägern, die anonymisierten Unterlagen werden an die Gutachter gesandt. Die Reha-Einrichtungen erhalten detaillierte Berichte zur Qualitätssicherung mit der Angabe, inwieweit Entlassungsberichte mit Mängeln für Teilbereiche (Anamnese, Diagnostik, Therapieziele/Therapie, Klinische Epikrise, Sozialmedizinische Epikrise, weiterführende Maßnahmen/Nachsorge) und für den ganzen Reha-Prozess bewertet wurden.

Aktuelle Ergebnisse des Peer Review zeigen, dass ein großer Teil der ärztlichen Reha-Entlassungsberichte kaum Mängel aufweist.



Abb. 4. Peer Review – Kritisch bewertete Prozessmerkmale.

reich hinausgehen. Außerdem wird von den Rehabilitanden sehr deutlich der Wunsch nach einer kontinuierlichen ärztlichen Zuwendung ausgedrückt. Auch sollten sich die organisatorischen Rahmenbedingungen in den Reha-Einrichtungen stärker an den Bedürfnissen der Patienten orientieren.

Die Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Qualitätssicherung der deutschen Rentenversicherung ist mit dem beschriebenen Verfahren und der Methodik etabliert, zurzeit wird ein neuer, überarbeiteter und gekürzter Fragebogen implementiert und eine Adjustierung der Befragungsergebnisse vorbereitet. Die Ergebnisse der Patientenbewertung fallen – wie beschrieben – generell sehr positiv aus, allerdings bestehen weiterhin erhebliche

**Leitlinie für die Rehabilitation von Patientinnen mit Brustkrebs**  
ETM 11b - Unterstützung der beruflichen Integration



Therapeutische Inhalte	Multiprofessionelle Beratung zu Themen der beruflichen Integration wie z. B. Umschulung/Weiterqualifikation, stufenweise Wiedereingliederung, Umsetzung am Arbeitsplatz, Belastungserprobung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation, Arbeitslosigkeit und berufliche Orientierung	
Formale Ausgestaltung	Dauer pro Rehabilitation:	30 Min.
	Häufigkeit pro Woche:	mind. 2 x
Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitanden	mind. 15%	
KfL-Leistungseinheiten	D031	
	D032	Beratung: Berufsklärung u. leistungsbildbezogene Einleitung von berufsfördernden Maßnahmen Beratung: Innerbetriebliche Umsetzung, Arbeitsplatzadaption

Bereich 0430  
Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik

P1a0400Mitarbeiter0430(Strauch)Präsentation Prävention und Rehabilitation08.08

Abb. 5. Reha-Leitlinie – Brustkrebs – ETM 11b – Unterstützung der beruflichen Integration.

Es besteht aber immer noch ein erheblicher Optimierungsbedarf. So werden weiterhin für jeden vierten Reha-Entlassungsbericht substanzielle Mängel angegeben. Im zeitlichen Verlauf lässt sich indikations- und einrichtungsübergreifend eine Verbesserung der Bewertungen in allen Bereichen, auch bei der Beurteilung des gesamten Reha-Prozesses erkennen.

Bei der Betrachtung kritisch bewerteter Reha-Entlassungsberichte werden inhaltliche Schwerpunkte deutlich. Merkmale, die sich auf die Selbsteinschätzung des Rehabilitanden, sein Krankheitsverständnis und die Kommunikation zwischen Arzt und Patient beziehen, werden häufiger kritisch bewertet (Abb. 4).

Diese Ergebnisse können in einem inhaltlichen Zusammenhang mit den oben referierten Ergebnissen der Rehabilitandenbefragung gesehen werden. Auch hier wurden Aspekte der Kommunikation von Patient, Arzt und Therapeuten über die Planung und Zielsetzung der Rehabilitation deutlich kritischer bewertet als andere Aspekte der Rehabilitation.

Die kontinuierliche Zusammenarbeit im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung mit den Gutachtern und die Rückmeldung der Peer-Review-Ergebnisse an die Reha-Einrichtungen stellen wichtige Feedback-Prozesse dar, die erfahrungsgemäß am ehesten eine Verbesserung von Qualitätsproblemen erreichen können [1]. Das Peer-Review-Ver-

fahren der RV ist ebenfalls auf den ambulanten Reha-Bereich ausgedehnt worden.

## Evidenzbasierte Therapiemodule als Teil der Reha-Qualitätssicherung

In der medizinischen Rehabilitation der RV ist seit über 10 Jahren eine Klassifikation therapeutischer Leistungen im Einsatz, die eine weitgehende Dokumentation der für den Patienten erbrachten therapeutischen Leistungen ermöglicht. Auf dieser Datengrundlage sind vergleichende Analysen zum therapeutischen Geschehen in verschiedenen Reha-Einrichtungen bei ähnlichen Krankheitsbildern möglich [16]. Diese Analysen zeigen durchgängig eine erhebliche Varianz in der therapeutischen Vorgehensweise zwischen den Einrichtungen, die durch Patientenmerkmale nicht erklärbar ist. Um diese unplausible Varianz, die die Frage nach der Qualität der rehabilitativen Behandlung aufwirft, zu verringern, hat die Rentenversicherung beschlossen, mithilfe wissenschaftlicher Unterstützung Therapievorgaben zu entwickeln, die für die Reha-Einrichtungen eine Orientierung in ihrer praktischen alltäglichen Arbeit mit den Patienten darstellen können [16, 17]. Diese Reha-Leitlinien sind spezifisch auf die Versorgung von Rehabilitanden in einer Reha-Einrichtung ausgerichtet. Sie erlauben keine Aussage für den zu behandelnden Einzelfall, sondern sind als Screening-Instrument für die gesamte Reha-Einrichtung gedacht. Sie beziehen sich auf 6 wesentliche Indikationen (koronare Herzkrankheit, chronische Rückenschmerzen, Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs, Alkoholabhängigkeit, Schlaganfall). Weitere Reha-Leitlinien sind in der Erarbeitung (Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen, Depression, Zustand nach Hüft- bzw. Knie-TEP).

Bei der Erarbeitung dieser Reha-Leitlinien ist von den beteiligten Wissenschaftlern zu klären, welche therapeutischen Verfahren nach wissenschaftlichen Standards als wirksame und evidenzbasierte Leistungen zur Rehabilitation anzusehen sind. Diese Therapien werden zu evidenzbasierten Therapiemodulen zusammengefasst (Abb. 5), außerdem wird definiert, wie die Vorgaben dieser Mo-

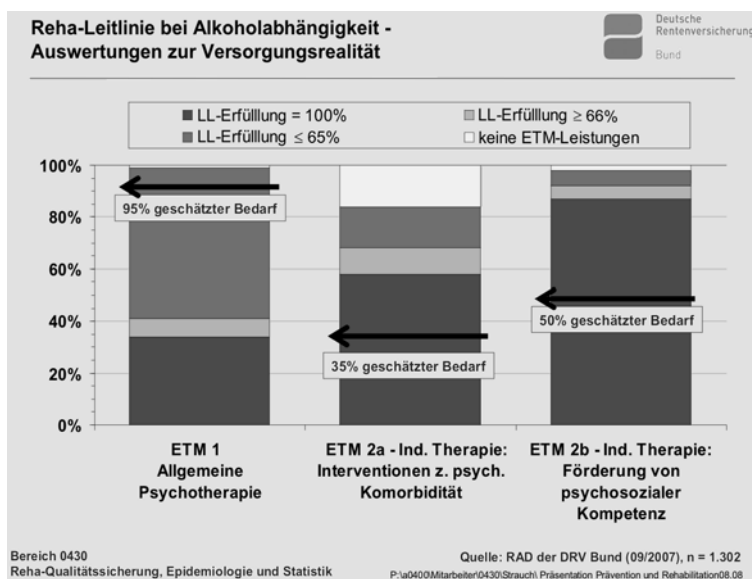


Abb. 6. Reha-Leitlinie bei Alkoholabhängigkeit – Auswertungen zur Versorgungsrealität.

dule zu erfüllen sind, das heißt welche Einzelleistungen und welche KTL-Codes in den Modulen erbracht werden können.

Für die Reha-Leitlinien der Rentenversicherung spezifisch ist, dass diese Vorgaben kontinuierlich mit den erbrachten Therapieleistungen der Reha-Einrichtungen verglichen werden können und damit den Einrichtungen eine Rückmeldung gegeben werden kann, inwieweit sie sich den Vorgaben der Reha-Leitlinien angenähert haben.

In Abbildung 6 sind exemplarische Ergebnisse der Reha-Leitlinie zur Alkoholabhängigkeit dargestellt [18]. Eine Reihe von Therapiemodulen wird in den Reha-Einrichtungen in angemessener Weise erfüllt. Allerdings zeigen sich auch hier erhebliche Unterschiede in der Leistungserbringung zwischen den Reha-Einrichtungen. Es ist auf diese Weise möglich, erstmals im deutschen Gesundheitswesen eine routinemäßig dokumentierte Therapie laufend mit evidenzbasierten Vorgaben zu vergleichen.

In der Implementationsphase werden den Leistungserbringern Pilotauswertungen zur Verfügung gestellt, zugleich werden die Anwender nach ihrer Einschätzung der Reha-Leitlinie befragt. Viele kritische Diskussionen zu diesen Reha-Leitlinien machen sich an dem Widerspruch zwischen den üblicherweise fachwissenschaftlich entwickelten "Leitlinien" und der hier entwickelten spezifischen Form von einrichtungsbezogenen Therapie-

vorgaben fest. Es ist davon auszugehen, dass durch eine erfolgreiche Entwicklung und Einführung dieser Therapievorgaben eine wesentliche Erweiterung der Reha-Qualitätssicherung in der Rentenversicherung möglich ist, die auch dazu beiträgt, die medizinische Rehabilitation der RV zukunftssicher zu machen. Die entscheidende Zielrichtung dieser Reha-Leitlinien ist die Verringerung der Varianz in der therapeutischen Versorgung zwischen einzelnen Reha-Einrichtungen.

## Strukturqualität von medizinischen Reha-Einrichtungen

Voraussetzung für eine evidenzbasierte rehabilitative Versorgung und damit einhergehend eine hohe Rehabilitandenzufriedenheit und ein gutes subjektives Behandlungsergebnis sind Versorgungsstrukturen, die die Umsetzung eines entsprechenden umfassenden Rehabilitationskonzepts ermöglichen. In der RV sind von vornherein für die Qualitätssicherung Merkmale benannt worden, die der Dimension Strukturqualität zuzuordnen sind. Mehrfach wurden diese Strukturmerkmale medizinischer Reha-Einrichtungen bereits flächendeckend von den Reha-Einrichtungen dokumentiert und innerhalb der RV erfasst. Ein rentenversicherungsweit einheitliches Erhebungsinstrument wurde erstmals 1998 eingesetzt. Es enthielt die klassischen Strukturmerkmale. Hierdurch gelang eine vergleichende Betrachtung von ca. 950 stationären Rehabilitationseinrichtungen.

Im Jahre 2003 wurde in einem umfassenden Reha-Träger-übergreifenden Projekt ein gemeinsames Instrument zur Erfassung der Strukturqualität entwickelt [19]. Hierbei wurden die Erfahrungen aus früheren Strukturhebungen genutzt. Die Weiterentwicklung beinhaltet insbesondere einen Reha-Träger-übergreifenden Einsatz, die Indikationsspezifität der Strukturmerkmale, die Unterscheidung zwischen strukturelevanten und zuweisungsrelevanten Merkmalen sowie die Aufnahme von strukturnahen Prozessmerkmalen wie Konzept, Qualitätsmanagement, Kommunikation und Personalentwicklung. Die strukturelevanten Merkmale sind solche, die für die Umsetzung eines rehaspezifischen

### Strukturerhebung 2007/2008 Baulich-räumliche Kriterien der Strukturqualität



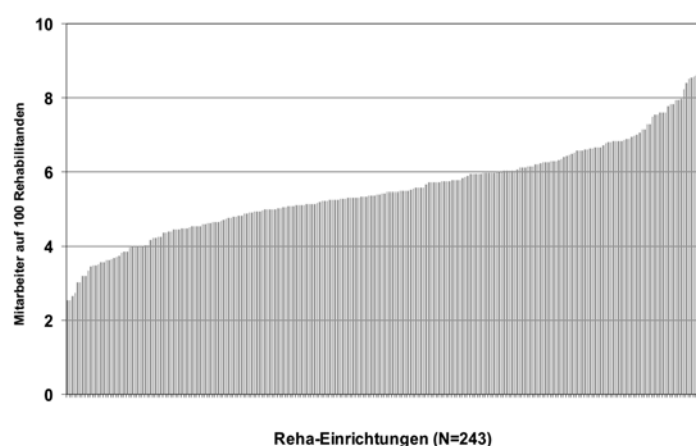
Indikation	Anzahl Fachabteilungen	Rollstuhlgerecht	Gehunfähige Pat. möglich	Blindengerecht
Dermatologie	6	100 %	50 %	0 %
Gastroenterologie	15	100 %	87 %	0 %
Indikationsübergreifend	51	100 %	86 %	4 %
Kardiologie	66	100 %	86 %	5 %
MSK	200	99 %	96 %	5 %
Neurologie	51	100 %	100 %	4 %
Onkologie	70	99 %	86 %	4 %
Pneumologie	19	100 %	63 %	5 %
Psychosomatik	85	95 %	68 %	11 %
Sucht	229	55 %	33 %	4 %

Bereich 0430  
Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik

8  
P:\a0400\Mitarbeiter\0430\Strauch\Präsentation Prävention und Rehabilitation08.08

Abb. 7. Strukturerhebung 2007/2008.

### Personal: Ärzte in Orthopädischen Reha-Einrichtungen



Bereich 0430  
Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik

9  
P:\a0400\Mitarbeiter\0430\Strauch\Präsentation Prävention und Rehabilitation08.08

Abb. 8. Strukturerhebung 2007/2008.

Konzepts erforderlich sind. Darüber hinaus sind weitere Merkmale aufgenommen, die eine Optimierung der Versorgung ermöglichen oder für spezielle Problemlagen Versorgungsmöglichkeiten schaffen. Innerhalb der RV wurde auf der Grundlage dieses Instruments erstmalig im Jahre 2007 eine rentenversicherungsweite Strukturerhebung durchgeführt [20]. Die Ergebnisse der Auswertung können für die Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen genutzt werden. Neben den strukturalen Prozessmerkmalen werden allgemeine Strukturmerkmale, baulich-räum-

liche, medizinisch-technische und Merkmale der personellen Ausstattung erfasst. Diese beziehen sich sowohl auf die Berufsgruppen, die für die Durchführung der Rehabilitationen als erforderlich gelten, deren Qualifikation, aber auch deren Umfang bezogen auf eine definierte Anzahl von Rehabilitanden.

Die Strukturerhebung 2007/2008 zeigt, dass die medizinischen Reha-Einrichtungen die baulich-räumlichen Kriterien für eine barrierefreie Leistungserbringung, die der Gesetzgeber vorsieht, zum weit überwiegenden Teil erfüllen. Ausnahme ist hierbei die Indikation Abhängigkeitserkrankung, die mit 229 eine besonders große Zahl der Reha-Einrichtungen stellt. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass es sich überwiegend um kleine Reha-Einrichtungen mit spezifischen und baulich schwer zu verändernden Ausstattungsmerkmalen handelt. Darüber hinaus ist der Anteil der barrierefrei zu versorgenden Rehabilitanden sicher deutlich geringer als zum Beispiel in der Orthopädie oder in der Neurologie.

Anders stellt sich die Situation bei der personellen Ausstattung dar. Zwar werden die für die Leistungserbringung erforderlichen Berufsgruppen in der Regel vorgehalten und auch die definierten Qualitätsmerkmale werden überwiegend erfüllt. Bei der Anzahl der Mitarbeiter bezogen auf 100 Rehabilitanden ist die Varianz unter den Einrichtungen einer Indikation jedoch erheblich und die innerhalb der RV gebräuchlichen Personalanhaltszahlen werden von einigen Reha-Einrichtungen nicht erreicht.

Anhand der Ergebnisse der Strukturerhebung 2007/2008 ist es nunmehr Aufgabe innerhalb der RV die Anforderungen einheitlich zu bestimmen und rentenversicherungswelt auf eine Annäherung der Erfüllungsgrade hinzuwirken. Auch hier lassen sich entsprechende Veränderungen durch eine kontinuierliche Aktualisierung der Strukturdaten der Reha-Einrichtungen aufzeigen.

## Fazit und Ausblick

Für die Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung ist in den letzten Jahren ein umfassendes System von Instrumenten und Verfahren entwickelt und in die Praxis eingeführt worden. Damit werden eine Reihe von

Qualitätsaspekten, wie beispielsweise das Patientenurteil über die Behandlung, aber auch die fachliche Bewertung von Rehabilitationsabläufen in einem kontinuierlichen Prozess der Datenerfassung, -auswertung und detaillierten Rückmeldungen an die Reha-Einrichtungen, aufbereitet. Diese Instrumente der Reha-Qualitätssicherung werden seit Jahren kontinuierlich und flächendeckend eingesetzt.

In der Perspektive ist zum einen eine weitere Ausdehnung des Entwicklungsbereiches der Qualitätssicherung geplant. Ambulante Reha-Leistungen [15, 21, 22, 23], aber auch Leistungen für Kinder und Jugendliche [24], sollen in gleicher Weise in die Qualitätssicherung mit einbezogen werden. Außerdem sind die im Einsatz befindlichen Qualitätssicherungsinstrumente kontinuierlich anzupassen, zu überarbeiten und zu aktualisieren. Mit dem Peer-Review-Verfahren ist es gelungen, eine große Zahl von leitenden ärztlichen Kollegen in den Reha-Einrichtungen zu schulen und sie als "Multiplikatoren" für die Qualitätssicherung zu gewinnen. Es ist sichergestellt, dass die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung im klinikinternen Qualitätsmanagement beachtet werden und als Anregung für Qualitätsentwicklung genutzt werden.

Aber auch neue Instrumente, wie Therapievorgaben für Rehabilitationseinrichtungen (Reha-Leitlinien), sind in den letzten Jahren entwickelt und bereits in einer Pilotphase in die Routine der Reha-Qualitätssicherung integriert worden. In der weiteren Perspektive ist die Verständigung auf verbindliche Qualitätsziele für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation anzustreben. Weiter ist die verbindliche Wahrnehmung der Qualitätsergebnisse in der Zusammenarbeit von Reha-Trägern und Reha-Einrichtungen sicherzustellen. Außerdem ist die Ausweitung der Reha-Qualitätssicherung auf – dem Reha-Prozess vorausgehende – Prozesse der Zuweisung und der Reha-Einrichtungsauswahl wie auch auf Fragen der Nachbetreuung und Nachsorge in einer intersektoralen, integrierten Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung chronisch Kranker mit aufzunehmen.

## Literatur

- [1] *Glattacker M, Jäckel WH.* Evaluation der Qualitätssicherung – aktuelle Datenlage und Konsequenzen für die Forschung. Das Gesundheitswesen. 2007; 69: 277-283.
- [2] *Egner U, Gerwinn H, Buschmann-Steinhage R.* Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitation. 2006; 45: 221-231.
- [3] *Beckmann U, Klosterhuis H, Mitschele A.* Qualitätsentwicklung durch Qualitätssicherung – Erfahrungen aus zehn Jahren Qualitätssicherung der Rehabilitation. DAngVers. 2005; 52: 431-438.
- [4] *Widera T.* Interne Qualitätsmanagement-Systeme in der medizinischen Rehabilitation. Deutsche Rentenversicherung. 2006; 4-5: 279-299.
- [5] *Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg).* Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht – Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2007. Rehabilitation. 2007; 11: 25-28.
- [6] *Bitzer EM, Dörning H, Beckmann U, Somhammer B, Zander J, Klosterhuis H.* Verbesserte Dokumentation als Grundlage für Reha-Qualitätssicherung – Weiterentwicklung der Klassifikation therapeutischer Leistungen. RVaktuell. 2006; 53: 398-406.
- [7] *Deutsche Rentenversicherung.* KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen – 2007. 5. Auflage. www.deutsche-rentenversicherung.de; 2007.
- [8] *Rehfeld U, Klosterhuis H.* Daten der Rentenversicherung (RV) für Sekundäranalysen zur Erwerbstätigkeit, Alterssicherung, Rehabilitation und Berentung. In: Swart E, Ihle P (Hrsg). Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven. Reihe Gesundheitswissenschaften. Bern: Huber; 2005, 149-165.
- [9] *Meixner K, Lubenow B, Brückner U, Gerdes N.* Weiterentwicklung und Validierung eines Verfahrens zur Visitation von Rehabilitationseinrichtungen. Die Rehabilitation. 2006; 45: 152-160.
- [10] *Klosterhuis H, Lindow B.* Evaluation in der medizinisch-beruflichen Rehabilitation – Unterstützung durch Routinedaten? In: Schönle PW (Hrsg). Integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation – Grundlagen, Praxis, Perspektiven. Rehabilitationswissenschaftliche Reihe, Band V. Bad Honnef: Hippocampus-Verlag KG; 2007, 106-116.
- [11] *Widera T, Klosterhuis H.* Patientenorientierung in der Praxis – 10 Jahre Rehabilitandenbefragung im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. RVaktuell. 2007; 54: 177-182.
- [12] *Meyer T, Pohontsch N, Maurischat C, Raspe H.* Patientenzufriedenheit und Zielorientierung in der Rehabilitation. Lage: Jacobs; 2008.
- [13] *Meyer T, Brüggemann S, Widera T.* Rehabilitation braucht Zielorientierung – aktuelle Lehren aus der Rehabilitandenbefragung. RVaktuell. 2008; 55: 94-99.
- [14] *Baumgarten E, Klosterhuis H.* Aktuelles aus der Reha-Qualitätssicherung: Peer-Review-Verfahren ausgewertet – bessere Reha-Qualität, aber deutliche Unterschiede zwischen Reha-Einrichtungen. RVaktuell. 2007; 54: 152-154.

- [15] *Meffert C, Dudeck A, Farin E, Glattacker M, Jäckel WH.* Prozessqualität in der ambulanten medizinischen Rehabilitation – Ergebnisse eines Peer Review in Einrichtungen des kardiologischen und muskuloskeletalen Indikationsbereiches. *DRV-Schriften* 2006; 64: 218-220.
- [16] *Doman U, Brüggemann S, Klosterhuis H, Weis J.* Leitlinienentwicklung für die Rehabilitation von Brustkrebspatientinnen – Phase 2: Ergebnisse der KTL-Daten-Analyse. *Die Rehabilitation.* 2007; 46: 212-219.
- [17] *Klosterhuis H.* Rehabilitations-Leitlinien als Instrument der Qualitätssicherung der Rehabilitation. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.* 2005; 99: 41-46.
- [18] *Köhler J, Schmidt P, Klosterhuis H.* Leitlinie für die stationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit – Aktueller Stand der Umsetzung. *Sucht aktuell.* 2007; 14: 31-34.
- [19] *Klein K, Farin E, Jäckel WH, Blatt O, Schliehe F.* Bewertungskriterien der Strukturqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. *Die Rehabilitation.* 2004; 2 (Jg 43): 100-108.
- [20] *Lindow B, Grell R.* Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Erhebung 2007: Konzept, Methode, Ergebnisse. *DRV-Schriften.* 2008; 77: 150-151.
- [21] *Farin E, Dudeck A, Meffert C, Glattacker M, Jäckel WH, Beckmann U, Böwering L.* Qualitätssicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation: Konzeption und Ergebnisse eines Pilotprojekts zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramms für die Indikationsbereiche muskuloskeletale und kardiologische Erkrankungen. *Die Rehabilitation.* 2007; 46: 198-211.
- [22] *Lindow B, Klosterhuis H, Naumann B.* Ambulante Rehabilitation – ein Versorgungsbereich profiliert sich. *RVaktuell.* 2007; 54: 206-213.
- [23] *Beckmann U, Mitschele A, Naumann B, Klosterhuis H.* Aktuelle Ergebnisse aus der Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Suchtrehabilitation. *Sucht aktuell.* 2006; 13: 21-27.
- [24] *Petersen C, Widera T, Kowski S, Kossow K, Glattacker M, Farin E, Follert P, Koch U.* Sicherung der Strukturqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. *Die Rehabilitation* 2006; 45: 9-17.

Dr. H. Klosterhuis  
Deutsche Rentenversicherung Bund  
Bereich 0430 Reha-Qualitätssicherung,  
Epidemiologie und Statistik  
D-10704 Berlin