Dipl.-Psych. Verena Bonn
Dipl.-Soz. Anke Mitschele
Juliane Mundt, M.Sc. GesÖk.

Qualitätssicherung in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

Der Rehabilitand steht im Mittelpunkt

Zusammenfassung

Der Artikel gibt einen Überblick über das Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung. Vor gut 20 Jahren wurden Instrumente zur Qualitätssicherung der Rehabilitation erarbeitet, die im Rahmen von Routine-Datenauswertungen sowie spezieller Erhebungen zum Einsatz kommen. Sie werden kontinuierlich aktualisiert, weiterentwickelt und auf weitere Versorgungs- und Indikationsbereiche ausgedehnt. Heute werden pro Jahr für rund 1.700 medizinischen Fachabteilungen und rund 100 Reha-Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation einrichtungsvergleichende Qualitätssicherungsberichte erzeugt, um die unterschiedlichen Aspekte der Qualität der Einrichtungen zu beleuchten. Darüber hinaus werden auch Daten der Reha-Qualitätssicherung für eigene und fremde Forschungszwecke aufbereitet und genutzt.

Schlüsselwörter

Qualitätssicherung, Rehabilitation, Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität, Deutsche Rentenversicherung, Versorgungsforschung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) führt pro Jahr gut eine Million medizinische und rund 150.000 berufliche Rehabilitationsleistungen durch. In der medizinischen Rehabilitation gibt es stationäre und ambulante Leistungen in allen relevanten Indikationen sowie Rehabilitationsleistungen für Kinder- und Jugendliche (vgl. Abbildung 1). Aus der Vielzahl der Leistungen zur beruflichen Rehabilitation (Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben) werden die Weiterbildungsleistungen und Umschulungen qualitätsgesichert, da diese während eines längeren Zeitraumes in Anspruch genommen werden und einen Großteil der Kosten verursachen. Ziel der Rehabilitation der Rentenversicherung ist nach §9 SGB VI die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der beruflichen Integration der Versicherten und damit die Vermeidung oder Beseitigung einer krankheits- oder behinderungsbedingten Erwerbsminderung.

>> Um dieses Ziel in effizienter Weise zu erreichen, hat die DRV bereits 1993 damit begonnen ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm zu erarbeiten, um eine hohe Qualität in allen belegten Einrichtungen und einen verantwortlichen Umgang mit den öffentlichen Mitteln zu gewährleisten (Müller-Fahrnow, 1993). Mit der Neukodifizierung des Rechts der Rehabilitation und Teilhabe im Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) im Jahr 2001, wurden Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Rehabilitation schließlich auch gesetzlich verankert (Reimann, 2011, S. 51). Entsprechend ist die Qualitätssicherung in der Reha-Landschaft gut etabliert und akzeptiert.

Im Folgenden wird der Übersichtlichkeit halber nur das Qualitätssicherungsprogramm der medizinischen Rehabilitation aufgezeigt, zu welchem in großen Teilen auch analoge Instrumente in der beruflichen Rehabilitation existieren.

Datengrundlage der Reha-Qualitätssicherung (medizinische Reha) der DRV

Um die Qualitätssicherung effizient durchzuführen, greifen die meisten Auswertungen auf Routinedaten zurück. Hierzu werden sowohl Daten aus den Versichertenkonten der DRV ausgewertet als auch aus dem ärztlichen Entlassungsbericht, der für jeden Rehabilitanden am Ende der Rehabilitation erstellt wird. Der ärztliche Entlassungsbericht enthält Daten zur Person, Informationen zum Behandlungsanlass, zum Verlauf der Rehabilitation als auch eine sozialmedizinische Beurteilung des beruflichen Leistungsvermögens des Rehabilitanden. Pro Jahr werden die Daten aus den Versichertenkonten der pflichtversicherten Rehabilitanden sowie durchschnittlich 900.000 ärztliche Entlassungsberichte im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung ausgewertet und den rund 1.700 medizinischen Reha-Fachabteilungen zugeordnet. Des Weiteren werden im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung auch Daten von den Einrichtungen sowie den Rehabilitanden erhoben, um z.B. die Rehabilitanden als Experten ihrer eigenen Gesundheit zu Wort kommen zu lassen.

Der Aufbau des Reha-Qualitätssicherungsprogramms der DRV

Das Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung zeichnet sich durch eine hohe Transparenz aus. Kontinuierlich werden einrichtungsvergleichende Berichte erstellt, die die Struktur-, die Prozess-, und die Ergebnisqualität der Reha-Einrichtungen darstellen. Formulierte Anforderungen an die Rehabilitation sollen außerdem ein einheitliches, zielorientiertes Verständnis der Rehabilitation gewährleisten und die Erwartungen der Rentenversicherung aufzeigen. Die Instrumente der Reha-Qualitätssicherung lassen sich im Wesentlichen den drei von Donabedian (1966) benannten Qualitätsdimensionen zuordnen (vgl. Abb. 2). Alle QS-Konzepte und Musterberichte finden sich im Internet unter www.reha-qs-drv.de.

Strukturqualität

Zur Sicherung der Strukturqualität wurden Anforderungen an die Struktur der Reha-Einrichtungen, d.h. die räumliche und technische Ausstattung der Reha-Einrichtungen sowie die personelle Besetzung und die interne Kommunikation definiert. Diese werden mittels Fragebögen (Strukturerhebung) erfasst und überprüft. Daten vergangener Strukturerhebungen zeigen, dass Rehabilitationsteams den Anforderungen entsprechend immer multiprofessionell zusammengesetzt sind. Darüber hinaus weisen die Einrichtungen spezifische Konzepte und eine auf den individuellen Bedarf ausgerichtete Ausstattung auf. So kann die Rentenversicherung z.B. Rehabilitanden mit bestimmten Behinderungen oder spezifischen Erkrankungen in – für sie optimal ausgestattete – Reha-Einrichtungen verweisen. Insgesamt besteht eine sehr hohe Strukturqualität bei den Reha-Einrichtungen, die von der DRV belegt werden. Eine kontinuierliche Überprüfung der Strukturanforderungen findet auch im Rahmen der Visitationen der Einrichtungen statt.

Prozessqualität

Zur Prozessqualität werden drei Qualitätssicherungsberichte erstellt, die sich untereinander ergänzen: Auswertung der durchgeführten therapeutischen Leistungen (KTL), Erfüllung der sogenannten Reha-Therapiestandards und ärztliches Peer Review-Verfahren.

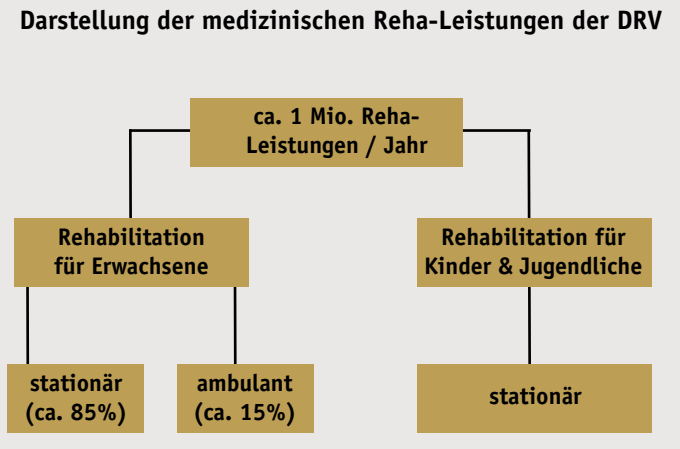


Abb. 1: Darstellung der medizinischen Reha-Leistungen der DRV

KTL – Bericht zur therapeutischen Versorgung

Um eine Übersicht über die durchgeführten Leistungen in der Rehabilitation zu erhalten, wurde eine Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) entwickelt, mit Hilfe derer im ärztlichen Entlassungsbericht alle therapeutischen Leistungen mit Angaben zur Häufigkeit und Dauer codiert werden können. Die therapeutischen Leistungen sind mit Indikationsstellung, Therapiezielen, Mindestdauer und Anforderungen an die Qualifikation des Personals in der KTL beschrieben. Pro Jahr werden durchschnittlich 17.300.000 KTL Codes im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung ausgewertet und den rund 1.700 medizinischen Reha-Fachabteilungen zugeordnet, um einrichtungsvergleichende Berichte zu erzeugen. Die Klassifikation ist zuletzt im Jahr 2015 aktualisiert worden, die Einführung der Bachelor- und Masterstudienabschlüsse und die Entwicklung neuer Reha-Konzepte sowie zahlreiche aus der KTL-Anwenderbetreuung vorliegende Rückmeldungen machten eine Überarbeitung der Klassifikation nötig (Schmid, 2014, 2015).

Reha-Therapiestandards

Die Reha-Therapiestandards enthalten Anforderungen an die Therapie einzelner, häufig vorkommender Krankheitsbilder (Klosterhuis, 2011). Diese wurden unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse sowie unter Mitwirkung von Praktikern erstellt und sind 2015 an den aktuellen Forschungsstand angepasst worden. Basis sind die in der KTL definierten therapeutischen Leistungen. Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung wird überprüft, ob die Reha-Therapiestandards erfüllt werden. Die folgende Abbildung 3 zeigt auf, dass die Einführung der Reha-Therapiestandards auch dazu beigetragen hat, eine multiprofessionelle und an wissenschaftlicher Evidenz orientierte Rehabilitation durchzuführen. Im Verlauf haben sich die Erfüllungsgrade für die einzelnen Therapiemodule deutlich verbessert.

Peer Review-Verfahren

Ebenfalls deutlich zur Qualitätssteigerung beigetragen hat das Peer Review-Verfahren, welches bereits seit 1999 durchgeführt wird. Mit Hilfe einer systematischen und regelmäßig aktualisierten Checkliste schätzen Fachärzte die Rehabilitation anhand zufällig ausgewählter, anonymisierter ärztlicher Entlassungsberichte ein und geben Hinweise auf Verbesserungen. Die Reha-Einrichtungen erhalten anschließend die Auswertung dieser Einschätzungen und

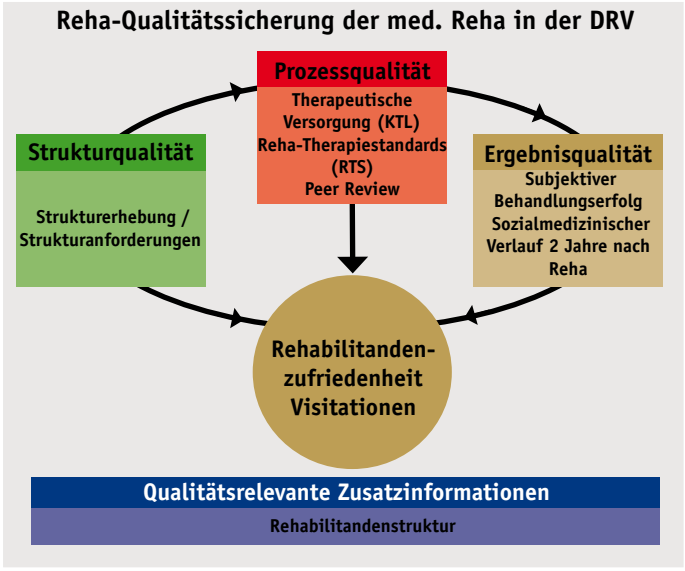


Abb. 2: Überblick über das QS-Programm der medizinischen Rehabilitation

können entsprechend den Hinweisen die Durchführung der Rehabilitation nochmals beleuchten. Die als Peer tätigen Fachärzte wiederrum erhalten nicht nur die Rückmeldung ihrer Reha-Einrichtung, sondern gewinnen über die Durchsicht der Entlassungsberichte außerdem einen Eindruck über die Reha-Abläufe in anderen Einrichtungen und damit quasi einen Blick über den Tellerrand. Auch diese Tätigkeit führt zu Qualitätsverbesserungen. Mit dem Peer Review-Verfahren wird damit auch der Einzelfall betrachtet.

Insgesamt zeigt sich eine hohe Prozessqualität, wobei trotz Reha-Therapiestandards und langer Umsetzung der Reha-Qualitätssicherung immer noch eine vergleichsweise hohe Unterschiedlichkeit der Ergebnisse der einzelnen Reha-Fachabteilungen vorliegt.

Ergebnisqualität

Das Ergebnis der Rehabilitation wird einerseits vom Rehabilitanden selbst erfragt, zum anderen den Versichertendaten der pflichtversicherten Rehabilitanden entnommen.

Subjektiver Behandlungserfolg

Der Rehabilitand als Experte seiner Gesundheit schätzt im Rahmen einer schriftlichen Befragung ein, wie er sich vor der Reha gefühlt hat und wie er sich 8-12 Wochen nach der Reha fühlt. Jährlich werden im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung rund 125.000 zurückgesandte Fragebögen der Rehabilitanden ausgewertet. Damit wird der subjektiven Wahrnehmung des Rehabilitanden viel Gewicht beigemessen, da sie von entscheidender Bedeutung für den weiteren Verlauf, für die Bewältigung bzw. den konstruktiven Umgang mit der Erkrankung (Genesungsfaktor) und damit für das Reha-Outcome ist. Die Rehabilitation soll auch nachhaltig wirksam sein. In der Abbildung 4 sind die Dimensionen des subjektiven Behandlungserfolges, wie er sich in der Orthopädie und der Onkologie darstellt, aufgeführt. Es zeigt sich, dass die Rehabilitation insgesamt als überwiegend erfolgreich angesehen wird und sich der Gesundheitszustand und die Beschwerden aus Sicht der Rehabilitanden gebessert haben. Zur gerechten Qualitätsbewertung der Einrichtungen wird die Rehabilitandenbefragung mit soziodemografischen Faktoren und z. B. der Eingangsbelastung der Rehabilitanden adjustiert. D. h. Effekte in der Bewertung der Rehabilitanden, die aufgrund spezifischer Merk-

male des Rehabilitanden zustande kommen (jüngere Rehabilitanden antworten kritischer als ältere Rehabilitanden u.a.), werden aus dem Ergebnis herausgerechnet.

Sozialmedizinischer Verlauf zwei Jahre nach der Rehabilitation

Aus den Versichertendaten der Rehabilitanden wird für den Bericht zum Sozialmedizinischen Verlauf ausgewertet, wie viele Rehabilitanden auch 2 Jahre nach der Rehabilitation im Erwerbsleben verblieben sind und wie viele z. B. aufgrund einer Erwerbsminderungsrente ausgeschieden sind. In der Orthopädie zeigt sich, dass 90 % der Rehabilitanden auch 2 Jahre nach der medizinischen Rehabilitation noch im Erwerbsleben sind. Darunter zählen auch Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation wie z.B. Umschulungsmaßnahmen, die greifen, wenn eine Rückkehr an den alten Arbeitsplatz aufgrund der Erkrankung (körperlichen Einschränkung) nicht möglich ist. In der Neurologie liegt der Prozentsatz mit 73 % im Erwerbsleben Verbleibender deutlich niedriger, was sicherlich mit der Art der Erkrankungen zusammenhängt.

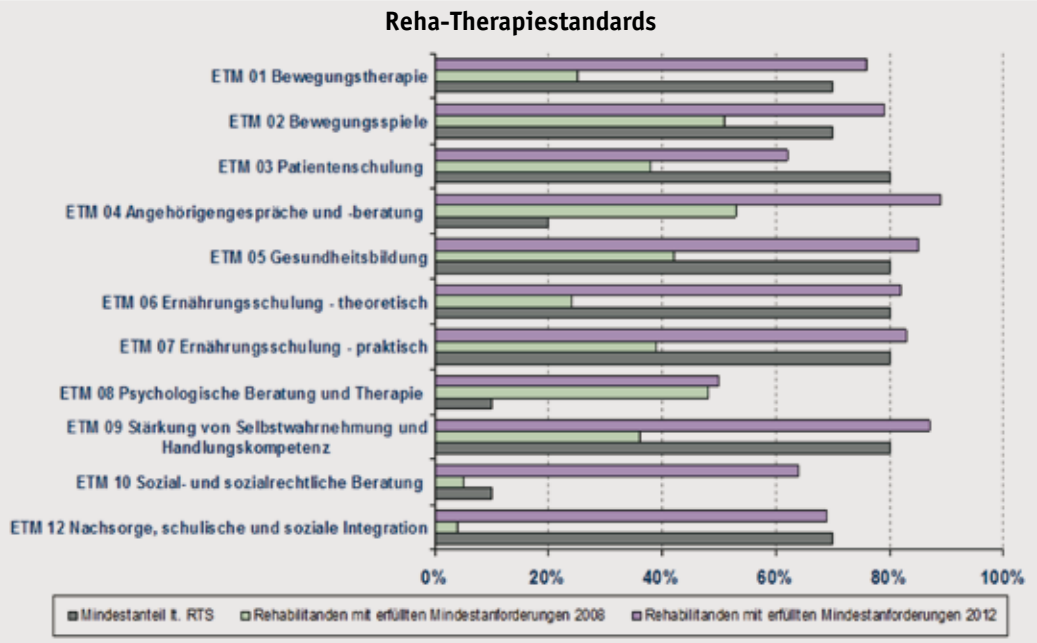


Abb. 3: Reha-Therapiestandards für Kinder und Jugendliche mit Adipositas: Erfüllungsgrade in den Jahren 2008 und 2012

Übergreifende Instrumente

Übergreifend über alle Qualitätsdimensionen werden einerseits die Rehabilitanden im Rahmen der Befragung zu ihrer Zufriedenheit mit der Rehabilitation befragt, andererseits visitieren die Rentenversicherungsträger die Einrichtungen auch vor Ort, um sich einen persönlichen Eindruck zu machen und bestimmte qualitätsrelevante Aspekte zu überprüfen. Die Daten der Reha-Qualitätssicherung unterstützen hierbei bei der Vorbereitung und werden auch z.T. zum Anlass genommen, um die Reha-Einrichtungen zu visitieren.

Zusätzlich erhalten die Einrichtungen eine Übersicht über ihre Rehabilitandenstruktur, d.h. eine Darstellung der soziodemografischen und krankheitsbezogenen Merkmale der Rehabilitanden der eigenen Fachabteilung im Vergleich mit indikationsgleichen Fachabteilungen. Dies ermöglicht z.T. differenziertere Interpretationen der Ergebnisse der Reha-QS.

Forschung

Durch die Darstellung der verschiedenen Qualitätsaspekte wurden Forschung und inhaltlich-konzeptionelle Weiterentwicklungen innerhalb der Einrichtungen angeregt und von der DRV gefördert. Ein entsprechendes Forschungsportal der Rentenversicherung informiert über die Projekte und Ergebnisse. Gleichzeitig erhält die Reha-QS Impulse aus der Forschung und der Praxis, die aufgegriffen werden. Die meisten Instrumente der Reha-Qualitätssicherung sind mit wissenschaftlicher Begleitung entwickelt worden. Datensätze der DRV können für eigene Forschungszwecke beim Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung bezogen werden. Gleichzeitig hat die DRV im Bemühen um Transparenz eine Online-Datenbank aufgebaut, um wesentliche epidemiologische Daten der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen (www.statistik-rente.de).

Schlussbemerkung

Die Reha-Qualitätssicherung der DRV hat wesentlich zur Professionalisierung der Rehabilitation beigetragen. Gleichwohl gibt es z.T. noch deutliche Unterschiede zwischen den Reha-Einrichtungen in Hinblick auf die Erfüllung von Reha-Therapiestandards oder auch die erfragte Rehabilitandenzufriedenheit. Weitere Qualitätsverbesserungen werden daher angestrebt. Hilfreich ist dabei, dass in den letzten 20 Jahren die Qualitätssicherung sich gut in der Rehabi-

Literatur

Bonn, V./ Grünbeck, P./ Klosterhuis, H. (2014): Dokumentierte Komorbidität in der Sucht-Rehabilitation – Daten der Reha-Qualitätssicherung. In: Sucht aktuell, Jg. 21, H 2: 30-36.
Donabedian, A. (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol. XLIV, No. 3, Part. 2: 166-206
Klosterhuis, H./ Baumgarten, E./ Beckmann, U./ Erbstößer, S./ Lindow, B./ Naumann, B./ Widera, T./ Zander, J. (2010): Ein aktueller Überblick zur Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung. In: Rehabilitation 2010, Jg. 49, Ausgabe 6: 356-367.
Klosterhuis, H. (2011): Reha-Therapiestandards und Qualitätssicherung der Rehabilitation. In: Neurologie & Rehabilitation, Jg.17, H. 3: 152-156
Müller-Fahrnow, W. (1993): Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation. In: f&w 4: 385-388
Schmid, L./ Mitschele, A./ Kaluscha, R./ Lindow, B./ Teßmann, W./ Klosterhuis, H.(2014): Aktualisierung der Reha-Qualitätssicherung – Grundlegende Überarbeitung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). In: RVaktuell, Jg. 61, H.12: 329-334.
Schmid, L./ Kaluscha, R./ Mitschele, A./ Lindow, B./ Klosterhuis, H./ Krischak, G. (2015): Die Anwenderbefragung zur Aktualisierung der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL). Die Rehabilitation, Jg. 54, H.5, S. 346-350.
Widera, T./ Beckmann, U./ Zander, J./ Radoschewski, M. (2011): Wer hat Recht – Rehabilitand oder KTL-Dokumentation? Zur Übereinstimmung von Patientenangaben und ärztlichen Entlassungsberichten. In: RVaktuell, Jg. 58, H.10: 291-298



Abb. 4: Subjektiver Behandlungserfolg in der onkologischen und der orthopädischen Rehabilitation (Bericht 2016)

litation etabliert hat und Vertrauen bei den Reha-Einrichtungen genießt. Um auch zukünftigen Entwicklungen v. a. der Flexibilisierung der Rehabilitation begegnen zu können, rückt außerdem die Ergebnisqualität sowie die Berücksichtigung von Präventions- und Nachsorgeleistungen in den Fokus und wird weiterentwickelt.

Von grundlegender Wichtigkeit für die Reha-Qualitätssicherung und die Versorgungsforschung ist eine hohe Datenqualität. Daher werden die Reha-Einrichtungen in den Berichten zur Reha-Qualitätssicherung jeweils auf z.B. ungültige KTL-Codierungen oder unplausible Ergebnisse hingewiesen. Auf diese Weise ist der Datenqualitätsstandard insgesamt als sehr hoch einzuschätzen. Jedoch sollten statistisch erhobene Daten niemals vorbehaltlos interpretiert werden. So ergeben z.B. eigene Auswertungen, dass es zwischen den Einrichtungen Unterschiede bei der Anzahl der dokumentierten Begleitdiagnosen bzw. der Dokumentationskultur gibt (Bonn et al., 2014). Ähnliche Dokumentationsvorlieben sind auch bei anderen Instrumenten denkbar. Es hat sich aber auch gezeigt, dass die Daten innerhalb der Einrichtungen gut übereinstimmen (z.B. Daten der KTL und Befragungsergebnisse, Widera et al., 2011). Die DRV zeichnet sich durch einen besonnenen Umgang mit den Daten im kontinuierlichen Austausch mit den Reha-Einrichtungen aus. Forschungsanträge zur Rehabilitation und zur Reha-Qualitätssicherung werden begrüßt. <<

The medical rehabilitation quality assurance programme of the German Pension Insurance

The article provides an overview of the medical rehabilitation quality assurance programme of the German Pension Insurance (Deutsche Rentenversicherung). Already 20 years ago, instruments for quality assurance of German medical rehabilitation have been developed, which are used in evaluation of routine data as well as in special analyses. The instruments are continuously updated, refined and expanded to other indications.
Each year, about 1,700 departments of medical rehabilitation and 100 vocational rehabilitation institutions receive reports, assessing and comparing the quality of their rehabilitation services and allowing to draw systematic conclusions regarding the various aspects of quality. In addition, data-sets of the German Pensions Insurance's quality assurance programme are made available both for internal and external research opportunities.

Keywords

quality assurance, rehabilitation, structure, process, outcome German Pension Insurance

Autorenerklärung

Die Autorinnen sind Mitarbeiterinnen der DRV Bund in Berlin. Sie haben im Rahmen ihrer Anstellung an der Auswertung der Daten sowie der Interpretation der Ergebnisse mitgearbeitet. Der vorliegende Artikel wurde ebenfalls zu großen Teilen im Rahmen der Arbeitszeit geschrieben, ohne finanzielle Unterstützung Dritter.

Dipl.-Psych. Verena Bonn
ist Referentin im Bereich der Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Ihr Schwerpunkt liegt im Bereich der Strukturqualität sowie der Weiterentwicklung bestehender Verfahren.
Kontakt: verena.bonn@drv-bund.de



Dipl.-Soz. Anke Mitschele
ist Referatsleiterin im Bereich der Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik. In ihrem Referat werden die Auswertungen und Analysen der Qualitätssicherung durchgeführt. Ihre inhaltlichen Schwerpunkte liegen in der Prozessqualität (KTL, Reha-Therapiestandards) sowie der Zusatzinformationen zur Rehabilitandenstruktur. Die Leitung von Arbeitsgruppen zur Entwicklung neuer Verfahren gehört ebenfalls zu ihren Aufgaben. Kontakt: anke.mitschele@drv-bund.de



Juliane Mundt, M.Sc. GesÖk.
arbeitet als Referentin im Bereich der Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund. Ihr Schwerpunkt liegt im Bereich der Rehabilitandenbefragung, insbesondere auf den Themen des Behandlungserfolgs und der Rehabilitandenzufriedenheit.
Kontakt: Juliane.Mundt@drv-bund.de

