



# Qualitätsbericht Rehabilitation 2004

Eine Dokumentation der Spitzenverbände  
der gesetzlichen Krankenkassen



# Qualitätsbericht Rehabilitation 2004

Eine Dokumentation der Spitzenverbände  
der gesetzlichen Krankenkassen

## Impressum

### Herausgeber

Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen:

AOK-Bundesverband, Bonn

BKK Bundesverband, Essen

IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel

Bundesknappschaft, Bochum

See-Krankenkasse, Hamburg

Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

© Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2005

### Redaktion

Ute Berghaus (BKK Bundesverband)

Peter Follert (VdAK/AEV; V.i.S.d.P)

Jens Thalau (AOK-Bundesverband)

Bettina Nellen (KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Bonn/  
Bad Homburg)

### Grafische Gestaltung und Layout

Alexandra Uplegger (KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG)

Kerstin Conradi (KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG)

### Druck

medienHaus Plump GmbH, Rheinbreitbach

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Herausgebers.

Im Sinne der besseren Lesbarkeit dieses Berichts, wurde die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit natürlich sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

### Internet

[www.qs-reha.de](http://www.qs-reha.de)

## Inhalt

<b>Geleitwort</b> .....	5
<b>Vorwort</b> .....	7
<b>1 Einleitung</b> .....	9
1.1 Bedeutung von „Qualität“ in der medizinischen Rehabilitation ...	10
1.2 Ziele eines Qualitätssicherungsverfahrens .....	10
1.3 Das QS-Reha®-Verfahren .....	11
1.4 Das Qualitätsprofil .....	12
1.5 Beteiligte Einrichtungen .....	13
<b>2 Ergebnisse</b> .....	14
2.1 Strukturqualität .....	14
2.1.1 Selbstauskunft: Strukturhebung .....	14
2.1.2 Fremdbewertung: Visitationen .....	19
2.2 Prozessqualität .....	21
2.3 Patientenzufriedenheit .....	28
2.4 Ergebnisqualität .....	34
<b>3 Fazit</b> .....	40
3.1 Nutzen des QS-Reha®-Verfahrens .....	40
3.2 Ausblick .....	40
<b>4 Anhang</b> .....	41
4.1 Ansprechpartner für das QS-Reha®-Verfahren .....	41
4.2 QS-Reha® im Internet .....	41
4.3 Interpretationshilfe „Risikoadjustierung: Regressionsanalytisches Verfahren“ .....	41
4.4 Interpretationshilfe „Konfidenzintervall“ .....	41
4.5 Interpretationshilfe „Effektstärke“ .....	42
4.6 QS-Reha®-Klinikliste .....	43

## Geleitwort

Ein effizientes und qualitätsorientiertes Handeln der Leistungserbringer und der Krankenkassen in allen Bereichen des Gesundheitswesens ist ein wesentliches Anliegen der Bundesregierung. Daneben ist es die Aufgabe aller Beteiligten, das komplexe Gesundheitswesen übersichtlicher zu gestalten und die Versorgungsabläufe transparent zu machen.

Dieser Verantwortung haben sich die Spitzenverbände der GKV gemeinsam mit den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Spitzenorganisationen angenommen und zum 1. April 2004 eine gemeinsame Vereinbarung zur Qualitätssicherung geschlossen. Damit wurde das Qualitätssicherungsverfahren der Spitzenverbände der Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation als einheitliches und bundesweit verbindliches externes Qualitätssicherungsverfahren (QS-Reha<sup>®</sup>) etabliert. Es hat zum Ziel, Transparenz zu schaffen, Effizienz und Effektivität der Rehabilitationsmaßnahmen zu sichern und qualitative Vergleiche von entsprechenden Einrichtungen zu ermöglichen.

Das große Engagement aller Beteiligten zahlt sich aus. Erste Ergebnisse bestätigen, dass sich dieses Qualitätssicherungsverfahren in der Praxis bewährt. Es ist ein gutes Verfahren, das die drei Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) in der externen Qualitätssicherung sinnvoll abbildet.

Die Teilnahme an QS-Reha<sup>®</sup> ist für alle von der GKV hauptbelegten Rehabilitationseinrichtungen verpflichtend. Damit ist gleichzeitig gewährleistet, dass bundesweit nach einheitlichen Maßstäben gemessen und bewertet wird. Nur so kann Transparenz und Vergleichbarkeit geschaffen werden.

Die Ergebnisse bieten den Rehabilitationseinrichtungen neue Chancen, den eigenen Qualitätsverbesserungsprozess einzuleiten oder voranzutreiben. Nur im Vergleich mit anderen ist es möglich, die bestmögliche Qualität für den Versicherten zu erreichen und die eigenen Ergebnisse kritisch zu hinterfragen. Nur wer Verbesserungspotenziale auch tatsächlich nutzt, kann auf Dauer den Marktverhältnissen gerecht werden und seine eigene Position am Markt stärken. Denn Qualität zahlt sich aus.

Allen Beteiligten ist für die bisher geleistete Arbeit zu danken. Mit diesem Dank verbunden ist der Wunsch für die Zukunft nach weiterhin gutem Gelingen und Erfolg, zum Wohle der Versicherten.

### **Dr. Hiltrud Kastenholz**

*Ministerialrätin,  
Referatsleiterin für Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Personal im Krankenhaus,  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung*

## Vorwort

Die gesetzlichen Krankenkassen versichern rund 70 Millionen Menschen. Sieben Kassenarten, die bundesweit oder regional organisiert sind, wachen darüber, dass ihre Versicherten eine umfassende und hochwertige medizinische Versorgung erhalten. Gleichzeitig achten sie darauf, dass die Beiträge der Versicherten wirtschaftlich eingesetzt werden.

Forderungen nach „Effektivität, Transparenz und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems“ nehmen zu. Die Qualitätssicherung verbindet nach dem Willen des Gesetzgebers diese Anliegen. Auch im Bereich der medizinischen Rehabilitation fordert der Gesetzgeber zum Wohle des Versicherten eine einheitliche externe Qualitätssicherung.

Seit dem Jahr 2000 wird daher in der medizinischen Rehabilitation Qualitätssicherung (QS) durchgeführt. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben ein QS-Verfahren (QS-Reha®) implementiert, in dem die Dimensionen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Patientenzufriedenheit gemessen werden. Über 160 stationäre Einrichtungen nehmen bisher an dem Verfahren teil.

Seit dem 1. April 2004 ist QS-Reha® für alle stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, die von der GKV hauptbelegt sind, verpflichtend. Nur Ergebnisse, die mit diesem QS-Verfahren erzielt wurden, sind für die gesetzlichen Krankenkassen bindend.

Mit dieser Ausgabe legen die Spitzenverbände der Krankenkassen erstmals einen Qualitätsbericht vor. Der „Qualitätsbericht Rehabilitation 2004“ stellt an ausgewählten Beispielen die Qualität bundesdeutscher Rehabilitationseinrichtungen verschiedener Indikationsbereiche dar, die im Jahr 2004 in das QS-Verfahren involviert waren, und zeigt neben Erfolgen und positiven Ergebnissen auch Schwachstellen und negative Ergebnisse auf. Der Vergleich der Einrichtungen zeigt, dass die Qualität in manchen Bereichen teilweise (noch) weit auseinander liegt. Diese Differenzen müssen im Detail analysiert und kritisch hinterfragt werden.

QS-Reha® zielt zwar auf die Durchführung eines bundesweiten Einrichtungsvergleichs, der aber erst dann erstellt werden kann, wenn alle von der GKV hauptbelegten Rehabilitationseinrichtungen in das Verfahren integriert sind. Dennoch möchten wir die bereits vorliegenden Qualitätsdaten zu diesem Zeitpunkt transparent machen. Es wird deutlich, dass QS-Reha® ein praktikables Verfahren ist, das die Qualität der Einrichtungen differenziert abbildet.

Unser Dank gilt allen, die QS-Reha® bisher begleitet und unterstützt haben. Insbesondere danken wir denjenigen Rehabilitationseinrichtungen, die sich frühzeitig den Qualitätsprüfungen gestellt und damit die Entwicklung von QS-Reha® aktiv mitgestaltet haben.

Wir hoffen, dass der vorliegende Qualitätsbericht eine Orientierung und Hilfestellung für alle am Rehabilitationsprozess Beteiligten sein wird.

**Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen**



Bonn, Essen, Bergisch-Gladbach, Kassel, Bochum, Hamburg, Siegburg  
April 2005

# 1 Einleitung

Mit dem QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren haben die Spitzenverbände der Krankenkassen ein modernes und umfassendes Verfahren zur Qualitätsmessung von Rehabilitationseinrichtungen entwickelt. Alle Rehabilitationseinrichtungen im Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenkassen sind gemäß den gesetzlichen Vorgaben (§ 135a in Verbindung mit § 137d Abs.

1 SGB V) verpflichtet, an dem QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren teilzunehmen. Die Einrichtungen werden dabei hinsichtlich ihrer Qualität miteinander verglichen, so dass gute und schlechte Einrichtungen identifiziert werden können. QS-Reha<sup>®</sup> steht für Qualität und Fortschritt zum Wohl der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Mit dem vorliegenden Qualitätsbericht werden die Daten der Qualitätsprüfung 2004 dargestellt.

**Tabelle 1**

**Übersicht der Instrumente im QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren**

Qualitätsdimension	Instrument/Fragebögen	Datengewinnung
Strukturqualität	Erhebungsbogen mit hinterlegten Qualitätskriterien (Basis-Zuweisungskriterien)	Die Klinikleitung bearbeitet den Erhebungsbogen
Prozessqualität	Peer-Review-Verfahren (Checkliste und Manual)	Peers (geschulte ärztliche Gutachter) bewerten 20 anonymisierte Entlassungsberichte mit individuellen Therapieplänen (oder alternativ den Inhalt des Prozessdokumentationssystems ProDok mit individuellen Therapieplänen)
Patientenzufriedenheit	Fragebogen zur Patientenzufriedenheit	etwa 200 Patienten, die konsekutiv ab dem festgelegten Erhebungsbeginn aufgenommen werden, füllen den Fragebogen am Ende ihres Aufenthalts aus
Ergebnisqualität (Patient)	Fragebogen für Patienten (zum Beispiel IRES-Fragebogen und gegebenenfalls weitere indikationsspezifische Verfahren)	etwa 200 Patienten, die konsekutiv ab dem festgelegten Erhebungsbeginn aufgenommen werden, füllen den Fragebogen zu Beginn und am Ende ihrer Behandlung aus; sechs Monate nach Entlassung werden diese Patienten angeschrieben und nochmals befragt (Katamnese)
Ergebnisqualität (Arzt)	Arztbogen	für jeden Patienten, der einen Fragebogen zur Ergebnisqualität ausgefüllt hat, füllt der behandelnde Arzt einen Arztbogen aus und dokumentiert medizinische Parameter und individuelle Therapieziele bei Aufnahme und Entlassung

**In 20 Prozent der Kliniken finden ferner eintägige Visitationen statt.**

*Das QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren basiert auf dem Konzept des „Qualitätsprofils“ (Qualitätsbericht). Mit Hilfe der einzelnen Elemente des Qualitätsprofils werden die jeweiligen Qualitätsdimensionen valide erfasst. Die Messung zum Beispiel der Ergebnisqualität erfolgt durch Befragung von etwa 200 Patienten bei Aufnahme und Entlassung sowie sechs Monate nach der Entlassung. Die indikationsspezifisch ausgerichteten Instrumente wurden von Experten entwickelt und in der Praxis erprobt. (Eine ausführliche Darstellung und eine Download-Möglichkeit der Instrumente findet sich im Internet unter [www.qs-reha.de](http://www.qs-reha.de).)*

### 1.1 Bedeutung von „Qualität“ in der medizinischen Rehabilitation

Rund 2,5 Milliarden Euro werden bereits heute jährlich für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation in der GKV aufgewandt. Rehabilitationsmaßnahmen sind dabei insbesondere für chronisch Kranke und ältere Menschen essenziell. Aufgrund der demografischen Entwicklung und einer Zunahme der chronischen Erkrankungen gewinnt die medizinische Rehabilitation weiter an Bedeutung. Der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung wird laut Prognose des statistischen Bundesamtes in den nächsten Jahrzehnten deutlich steigen. Schon heute verursachen etwa 20 Pro-

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die medizinische Rehabilitation für die GKV immer bedeutsamer.

zent der chronisch kranken Menschen rund 80 Prozent der GKV-Ausgaben.

Der Versorgungssektor der medizinischen Rehabilitation wird für die GKV damit immer bedeutsamer. Um so wichtiger ist es, dass die dort erbrachten Leistungen hinsichtlich ihrer Qualität regelmäßig überprüft werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass den Versicherten der GKV stets eine ausreichende und dem anerkannten Stand der Wissenschaft entsprechende Leistung zukommt und kein Geld für qualitativ schlechte Leistungen ausgegeben wird.

### 1.2 Ziele eines Qualitätssicherungsverfahrens

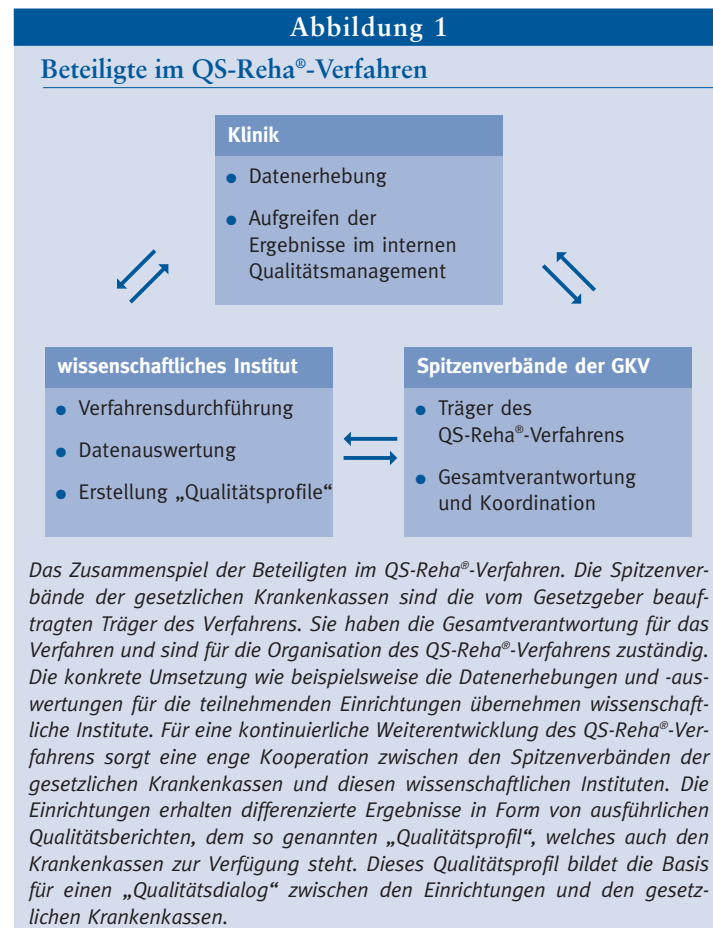
Die Aufgabe der Rehabilitation ist es, dauerhaft alltagsrelevante Beeinträchtigungen bei den Patienten zu mindern oder zu beseitigen. Im Bereich der GKV heißt dies, Hilfs- und Pflegebedürftigkeit im Alltag zu vermeiden beziehungsweise zu verzögern oder eine Hilfs- und Pflegebedürftigkeit nach Eintritt zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Das Ziel der Qualitätssicherung in der Rehabilitation ist es, durch einen Qualitätswettbewerb die rehabilitativen Leistungen effektiver und effizienter zu gestalten. Diesem Ziel dienen Maßnahmen zur Erhöhung der Struktur- und Prozessqualität. Zwar sind diese beiden Komponenten der Versorgungsqualität notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen zur Messung des erzielten Rehabilitationserfolges. Daher kommt neben der Struktur- und Prozessqualität insbesondere der Ergebnisqualität eine zentrale Stellung zu, denn sie allein kann den versorgungspolitischen Nutzen des rehabilitativen Versorgungssektors widerspiegeln. Mit der Etablierung von QS-Reha® haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen dieser Maßgabe Rechnung getragen.

### 1.3 Das QS-Reha®-Verfahren

Durch den Gesetzgeber beauftragt, haben die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen das QS-Reha®-Verfahren implementiert. Dabei wurden für alle Indikationen der medi-

zinischen Rehabilitation Instrumente zur Messung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Patientenzufriedenheit entwickelt. Diese werden in Tabelle 1 (siehe Seite 9) im Überblick dargestellt. Die verschiedenen



**Tabelle 2**  
**Die QS-Reha®-Qualitätssynopse**

Strukturqualität		Prozessqualität		Ergebnisqualität		Patientenzufriedenheit	
<b>Gesamt</b>	<b>92%</b> der BK <sup>1</sup> erfüllt	<b>Gesamt</b>	● 14% gravierende Mängel	<b>Gesamt (kurzfristig)</b>	● Gesamt (mittelfristig)	<b>Gesamt</b>	●
<b>Allg. Merkmale und räumliche Ausstattung</b>	<b>86%</b> der BK <sup>1</sup> erfüllt	<b>Anamnese</b>	● 10% gravierende Mängel	<b>Somatische Gesundheit</b>	● Somatische Gesundheit	<b>Ärztliche Betreuung</b>	●
<b>Medizinisch-technische Ausstattung</b>	<b>100%</b> der BK <sup>1</sup> erfüllt	<b>Diagnostik</b>	● 8% gravierende Mängel	<b>Schmerzen</b>	● Schmerzen ▼	<b>Pflegerische Betreuung</b>	▲
<b>Therapeut. Behandl./ Schulungen/ Patientenbetreuung</b>	<b>95%</b> der BK <sup>1</sup> erfüllt	<b>Therapieziele/ Therapie</b>	● 12% gravierende Mängel	entfällt <sup>2</sup>	● Funktionsfähigkeit im Alltag	<b>Psychologische Betreuung</b>	●
<b>Personelle Ausstattung</b>	<b>82%</b> der BK <sup>1</sup> erfüllt	<b>Klinische Epikrise</b>	▼ 32% gravierende Mängel	entfällt <sup>2</sup>	▲ Funktionsfähigkeit im Beruf	<b>Behandlungen</b>	▼
<b>Konzeptionelle Grundlagen</b>	<b>100%</b> der BK <sup>1</sup> erfüllt	<b>Sozialmedizinische Epikrise</b>	● 12% gravierende Mängel	▲ Psychisches Befinden	● Psychisches Befinden	<b>Nichtmedizinische Dienstleistungen</b>	●
<b>Internes Qualitätsmanagement</b>	<b>86%</b> der BK <sup>1</sup> erfüllt	<b>Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge</b>	● 12% gravierende Mängel	entfällt <sup>2</sup>	● Soziale Integration	<b>Freizeitmöglichkeiten</b>	●
<b>Interne Kommunikation und Personalentwicklung</b>	<b>100%</b> der BK <sup>1</sup> erfüllt			● Gesundheitsverhalten	● Gesundheitsverhalten		
				entfällt <sup>2</sup>	● Krankheitsbewältigung		

▲ statistisch signifikant über dem Durchschnitt aller Referenzkliniken  
▼ statistisch signifikant unter dem Durchschnitt aller Referenzkliniken  
● durchschnittlich in Bezug auf die Referenzkliniken  
<sup>1</sup> BK = Basiskriterien der Strukturqualität  
<sup>2</sup> entfällt = wird nur bei Aufnahme und nach sechs Monaten (Katamnesezeitpunkt) erhoben

Die Qualitätssynopse fasst die Ergebnisse des Qualitätsprofils für jede Einrichtung in einer Übersicht zusammen. Anhand unterschiedlicher Symbole (▲; ▼; ●) kann unmittelbar abgelesen werden, wie eine Einrichtung im Vergleich zu allen anderen Einrichtungen desselben Indikationsgebiets abschneidet. Besteht zum Beispiel in einer Qualitätsdimension ein statistisch signifikanter Unterschied zum Durchschnitt der Vergleichskliniken, wird dies durch ein ▲ (signifikant besseres Abschneiden) oder ▼ (signifikant schlechteres Abschneiden) symbolisiert.

Instrumente gewährleisten, dass die Qualität der Einrichtungen als Ganzes und nicht nur einzelne Ausschnitte bewertet werden.

Das QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren und seine Ausgestaltung ist von allen Beteiligten bundesweit als einziges Verfahren zur externen Qualitätsmessung in der GKV anerkannt. Es sind bereits über 160 Einrichtungen in das QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren einbezogen. Das Zusammenwirken der Beteiligten im QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren ist in Abbildung 1 (siehe Seite 10) dargestellt.

Zahlreiche Experten waren an der Entwicklung der Instrumente des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens beteiligt: die Chefarzte der teilnehmenden Einrichtungen, die Fachgesellschaften und Fachverbände sowie Experten der GKV und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK, MDS). Zwei wissenschaftliche Institute (für den somatischen Bereich: Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin, Universitätsklinikum Freiburg; für den psychosomatischen Bereich: Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut und Poliklinik für

Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf) begleiteten die Entwicklungsarbeiten.

Das QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren wird in den Einrichtungen indikationsbezogen alle drei Jahre durchgeführt. So wird sichergestellt, dass einerseits eine Einrichtung beziehungsweise Fachabteilung nicht kontinuierlich für Qualitätsprüfungen in Anspruch genommen wird und andererseits die Abstände zwischen den einzelnen Qualitätsprüfungen nicht zu groß werden. Das QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren soll durch seine Regelmäßigkeit einen qualitativen Entwicklungsprozess in den Rehabilitationseinrichtungen anstoßen und so auch als Input für das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen dienen.

#### 1.4 Das Qualitätsprofil

Nach jeder Qualitätsprüfung erhält die Einrichtung einen ausführlichen Qualitätsbe-

*QS-Reha<sup>®</sup> ist bundesweit als einziges Verfahren zur externen Qualitätsmessung in der GKV anerkannt.*

Tabelle 3

#### Anzahl der Qualitätsberichte für die verschiedenen Indikationsbereiche

Qualitätsdimension	muskuloskeletale Erkrankungen	Psycho-somatik	Kardiologie	Neurologie	Gastro-enterologie	Onkologie	Derma-tologie	Pneumo-logie
Strukturqualität	12	11	–	18	2	5	4	2
Prozessqualität	18	11	7	18	–	5	–	–
Patienten-zufriedenheit	17	11	7	18	–	–	–	–
Ergebnisqualität	17	11	7	18	–	–	–	–
Visitationen	4	2	2	3	1	1	1	1

Anzahl der in 2004 erstellten Qualitätsberichte für bestimmte Qualitätsdimensionen und Indikationen. Für das QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren werden unterschiedliche Qualitätsdimensionen erfasst (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, Patientenzufriedenheit). In der Regel werden rund 18 Monate benötigt, bis zu allen Dimensionen die Ergebnisse und Berichte vorliegen. Entsprechend liegen für das Jahr 2004 nicht zu allen Qualitätsdimensionen Ergebnisse vor. Für den vorliegenden Bericht sind die Ergebnisse der hier aufgeführten Indikationsbereiche eingegangen. Die Gesamtstichprobe pro Qualitätsdimension ergibt sich entsprechend dem in Tabelle 1 (siehe Seite 9) dargestellten Stichprobenumfang pro Einrichtung.

richt, das so genannte „Qualitätsprofil“. Es bildet die individuellen Ergebnisse einer Einrichtung für jede Qualitätsdimension detailliert ab. Dies ist die Basis für eine effiziente Stärken- und Schwachstellenanalyse durch die Einrichtung. Außerdem enthält der Bericht vergleichende Analysen (Benchmarking) mit anderen Einrichtungen der gleichen Indikation. Dabei wird durch statistische Verfahren sichergestellt, dass die Einrichtungen trotz unterschiedlicher Patientenklientel (Case-Mix) vergleichbar sind.

Der Qualitätsbericht enthält eine Zusammenfassung, die so genannte „Qualitätssynopse“ (Tabelle 2; siehe Seite 11), mit welcher überblicksartig die erzielten Ergebnisse dargestellt werden. Die Qualitätssynopse erlaubt eine erste qualitative Einschätzung der Einrichtung. Sie zielt darauf, die für den jeweiligen Patienten am besten geeignete Einrichtung zu finden. Dieses Ziel verfolgt auch die ebenfalls erstellte Zuweisungssynopse, die den zuständigen Krankenkassen Hilfestellung bei der Auswahl einer für den Versicherten geeigneten Einrichtung geben soll.

Erhebungszeitpunkten erstellt und bilden erst in ihrer Gesamtschau das „Qualitätsprofil“ einer Rehabilitationseinrichtung. In Tabelle 3 (siehe Seite 12) lässt sich ablesen, welche Qualitätsdimensionen bei wie vielen Rehabilitationskliniken in 2004 erfasst wurden, in diesen Bericht Eingang gefunden haben und exemplarisch ausgewertet wurden.

#### 1.5 Beteiligte Einrichtungen

Bis zum 1. Januar 2005 nahmen bereits über 160 stationäre Rehabilitationseinrichtungen am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren teil. Zwölf dieser Einrichtungen sind auch mit zwei oder drei unterschiedlichen Fachabteilungen beteiligt. Im Anhang (Kapitel 4.6 ab Seite 43) sind alle Einrichtungen, die zum Stichtag 1. Januar 2005 in das Verfahren eingebunden waren, namentlich aufgelistet. Die jeweils aktualisierte Fassung ist unter [www.qs-reha.de](http://www.qs-reha.de) abrufbar.

Der vorliegende „Qualitätsbericht Rehabilitation 2004“ bezieht sich auf diejenigen Einrichtungen, für die im Jahr 2004 Qualitätsberichte von den beauftragten wissenschaftlichen Instituten erstellt wurden. Diese Qualitätsberichte werden jeweils für die einzelnen Qualitätsdimensionen separat zu unterschiedlichen

## 2 Ergebnisse

Der vorliegende „Qualitätsbericht Rehabilitation 2004“ stellt zu den einzelnen Qualitätsdimensionen exemplarisch Auswertungen und Ergebnisse dar. Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sind aus den dargelegten Gründen (noch) nicht abschließend. Sie liefern aber bereits einen ersten Eindruck der Qualität in den beteiligten Rehabilitationseinrichtungen.

### 2.1 Strukturqualität

#### 2.1.1 Selbstauskunft: Strukturerhebung

Zur Erfassung der Strukturqualität wird ein Erhebungsbogen eingesetzt, der sich auf all-

gemeine Strukturmerkmale der räumlichen, medizinisch-technischen und personellen Ausstattung sowie auf Therapieangebote, Schulungen und die Patientenbetreuung bezieht. Weiterhin wird nach Merkmalen gefragt, die auf strukturnahe Prozesse abzielen und sich primär auf konzeptionelle Grundlagen des internen Qualitätsmanagements, die Kommunikation und die Personalplanung der Einrichtungen beziehen. Die einzelnen Kriterien werden in so genannte Basiskriterien und Zuweisungssteuerungskriterien unterschieden. Über alle Indikationen hinweg liegen insgesamt 195 einzelne Kriterien vor, die gleichermaßen für die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung definiert wurden.

Basiskriterien müssen von jeder Einrichtung erfüllt werden, weil es sich um Anforderungen

und Eigenschaften handelt, die für eine qualitativ hochwertige Versorgung unverzichtbar sind. Die Zuweisungssteuerungskriterien, wie beispielsweise „für Blinde geeignet“, stellen keine Mindestanforderungen an die Qualität dar, lassen aber eine gezielte Einweisung der entsprechenden Patienten zu. Die Bewertung der Strukturqualität orientiert sich daher an dem Anteil der erfüllten Basiskriterien und liefert eine Prozentzahl, die aussagt, inwieweit die Einrichtung die gestellten Anforderungen erfüllt und wie sie im Vergleich zu anderen Einrichtungen abschneidet.

Inhaltlich lassen sich die Bewertungskriterien zu sieben thematischen Bereichen zusammenfassen, die den beiden Hauptdimensionen „Merkmale der Strukturqualität“ und „strukturnahe Prozessmerkmale“ zugeordnet werden:

#### Merkmale der Strukturqualität

- Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung
- Medizinisch-technische Ausstattung
- Therapeutische Behandlungen, Schulungen und Patientenbetreuung
- Personelle Ausstattung

#### Strukturnahe Prozessmerkmale

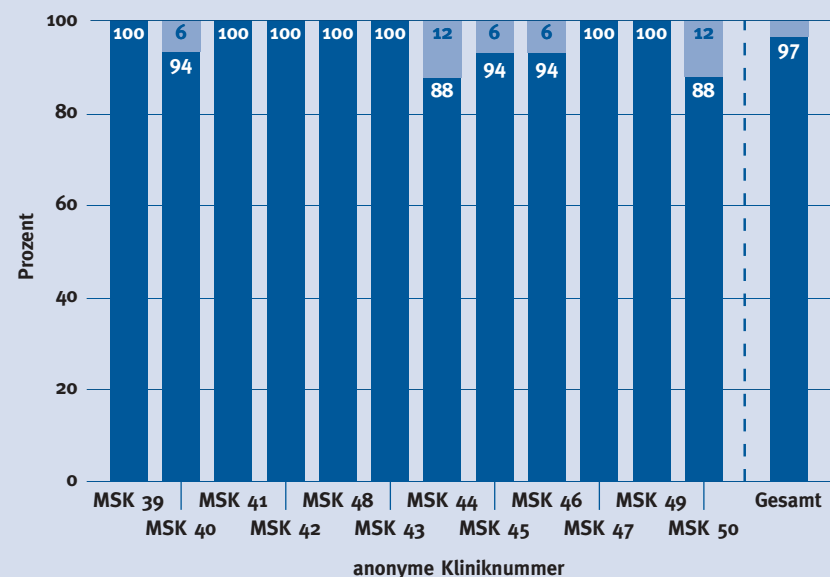
- Konzeptionelle Grundlagen
- Internes Qualitätsmanagement
- Interne Kommunikation und Personalentwicklung

*Die Bewertung der Strukturqualität orientiert sich daran, wie weit die Basiskriterien erfüllt sind.*

Während die „Merkmale der Strukturqualität“ strukturelle Gegebenheiten im engeren Sinne widerspiegeln, beziehen sich die „strukturnahe Prozessmerkmale“ primär auf Regelungen, die den organisatorischen und behand-

Abbildung 2

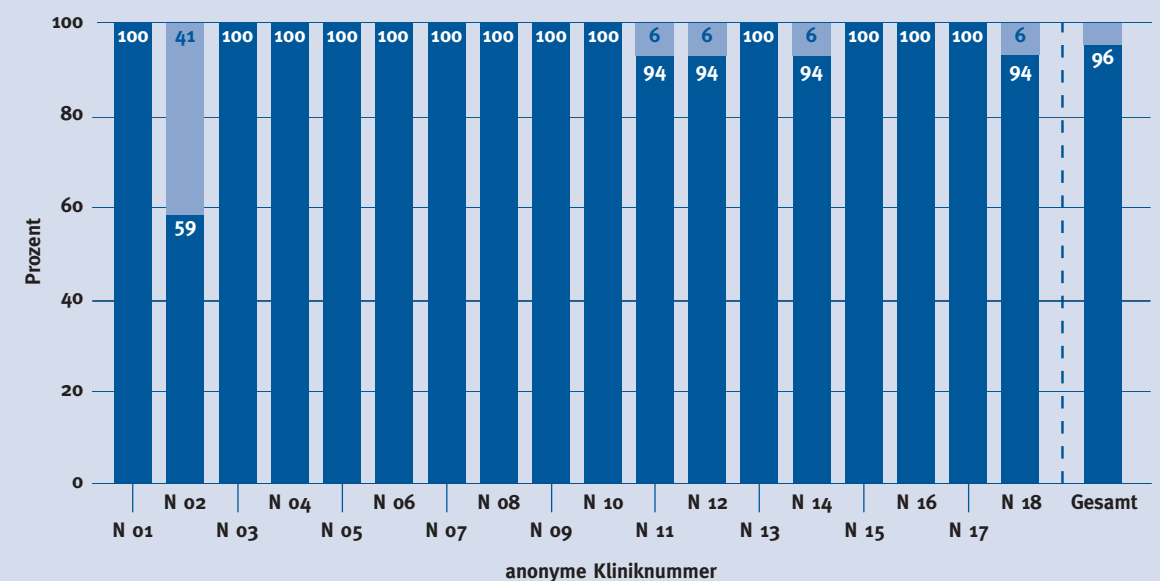
#### Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung



Darstellung der Zielerreichung für die 20 Basiskriterien des Bereichs „Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung“ am Beispiel der 12 Einrichtungen für muskuloskeletale Erkrankungen (MSK). Die Balken (MSK 39 bis MSK 50) geben für jede einzelne Einrichtung den Grad der Erfüllung für die geforderten Basiskriterien des jeweiligen Bereichs an. Sieben der 12 Kliniken erfüllen die Kriterien zu 100%, der niedrigste Wert (88%) wird von zwei Kliniken gehalten (MSK 44, MSK 50). Der Balken „Gesamt“ entspricht dem durchschnittlichen Wert für alle beteiligten Einrichtungen (97%).

Abbildung 3

#### Medizinisch-technische Ausstattung



Darstellung der Zielerreichung für die 17 Basiskriterien des Bereichs „medizinisch-technische Ausstattung“ am Beispiel der 18 neurologischen Einrichtungen. Die Balken (N 01 bis N 18) geben für jede einzelne Einrichtung den Grad der Erfüllung für die geforderten Basiskriterien des jeweiligen Bereichs an. Zwölf der 18 Kliniken erfüllen die Kriterien zu 100%, der niedrigste Wert liegt bei 59% (Einrichtung N 02). Der Balken „Gesamt“ entspricht dem durchschnittlichen Wert für alle beteiligten Einrichtungen (96%).

lungstechnischen Ablauf bestimmen, und daher die Grundlage bestimmter Prozesse bilden. Für das Jahr 2004 liegen für die Strukturqualität Daten von insgesamt 54 Reha-Kliniken vor (siehe auch Tabelle 3): 18 neurologische, zwei gastroenterologische, zwei pneumologische, fünf onkologische, vier dermatologische, zwölf Einrichtungen für muskuloskeletale Erkrankungen und elf Einrichtungen für Psychosomatik/psychische Erkrankungen. Neben der Dokumentation der Strukturqualität in den einzel-

nen Einrichtungen ist damit auch eine Analyse der strukturellen Versorgungssituation in den Reha-Kliniken Deutschlands gegeben, die wichtige Hinweise auf Stärken und Schwächen der medizinischen Rehabilitation liefert.

Für die Bereiche „allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung“, „medizinisch-technische Ausstattung“ und „therapeutische Behandlungen, Schulungen und Patientenbetreuung“ liegt der Grad der Erfüllung aller Basiskriterien zusammen genommen in den oben genannten Indikationsbereichen zwischen 89% und 100%. Abbildung 2 (siehe Seite 14) zeigt beispielhaft die Basiskriterien der 12 Einrichtungen für muskuloskeletale Erkrankungen (MSK) für den Bereich „allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung“, Abbildung 3 (siehe Seite 15) die „medizinisch-technische Ausstattung“ für die 18 neurologischen Einrichtungen. Der Großteil der Einrichtungen erfüllt somit die Basisanforderungen in diesen Bereichen. Im Detail betrachtet fällt auf, dass in drei der 12 MSK-Einrichtungen (25%) keine Lehrküche vorhanden ist. Ebenfalls fehlen in einigen Einrichtungen Notrufanlagen in den Nasszellen, ein Notfall-Labor, psychologische Testverfahren und die Behandlungsmöglichkeit „Ergotherapie“.

In den elf Einrichtungen der Psychosomatik/psychische Erkrankungen (im Folgenden kurz „Psychosomatische Einrichtungen“ genannt) fällt ein niedriger Erfüllungsgrad der Basiskriterien in dem Bereich „therapeutische Behandlungen, Schulungen und Patientenbetreuung“, insbesondere im Teilbereich „Gesundheitsberatung, Motivation, Schulungen“, auf. Hier erfüllen die Einrichtungen im Durchschnitt lediglich 79% der geforderten Basiskriterien mit einer Spannweite von 23% bis 100% zwischen den einzelnen Einrichtungen. Nur vier der elf Kliniken erreichen hier 100%.

Für den Bereich „personelle Ausstattung“ ergeben sich, bei Betrachtung aller Indikationen, ebenfalls niedrige Erfüllungsgrade. Die dermatologischen Reha-Kliniken erreichen

mit zusammengenommen 75% der geforderten Basiskriterien hier den niedrigsten Wert, wohingegen die neurologischen, psychosomatischen und onkologischen Einrichtungen maximal 95% der Kriterien erreichen. Auffällig ist hier insbesondere das Fehlen der geforderten Qualifikation bei der Ärztlichen Leitung (Chefarzt und/oder Oberarzt): In sieben der 18 neurologischen Reha-Einrichtungen (38,9%)

verfügt die Ärztliche Leitung nicht über die Zusatzbezeichnungen „Rehawesen“ oder „Sozialmedizin“.

In sieben der 12 MSK-Einrichtungen (58,3%) hingegen fehlt die 24-Stunden-Rufbereitschaft eines Facharztes beziehungsweise eines Oberarztes. In drei MSK-Einrichtungen (25%) ist kein Ergotherapeut angestellt sowie in vier Einrichtungen (33,3%) kein Sozial-

Für 2004 liegen für den Bereich der Strukturqualität Daten von insgesamt 54 Reha-Kliniken vor.

Tabelle 4

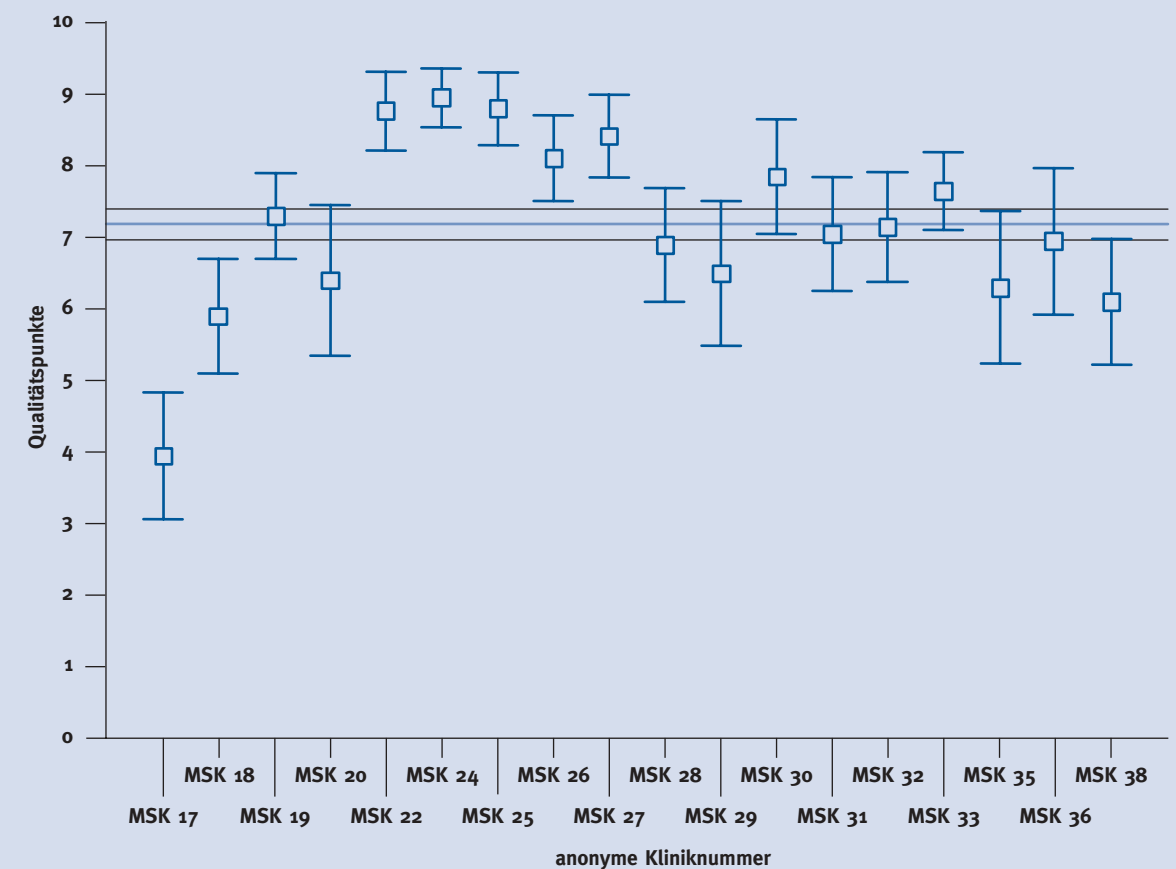
Ausschnitt aus der Zuweisungssteuerungskriterien-Synopse

Gesamt	61% der Zuweisungssteuerungskriterien vorhanden					
Allgemeine Merkmale/räumliche Ausstattung	Möglichkeit der Aufnahme von Patienten mit (ohne Begleitperson)...					
	...Querschnittlähmung				+	
	...Sehbehinderung				-	
	...Erblindung				-	
	...starker Hörschädigung				-	
	...Ertaubung				-	
	...Orientierungsstörung/überwachungspflichtiges organisches Psychosyndrom/Weglauf tendenz (Überwachungsmöglichkeiten)				+	
	...Dialysepflichtigkeit				+	
	MRSA (methicillinresistenter Staphylococcus aureus; separates Zimmer für MRSA-positive Patienten)				+	
	Rauchverbot auf dem Klinikgelände				+	
	kein Alkoholausschank in der Klinik				+	
	Möglichkeit der Kinderbetreuung				-	
	Unterbringung von Erwachsenen als Begleitperson				+	
	Allergienarme Zimmer				-	
	Haben Sie Kompetenzen zur Behandlung von Patienten ohne Kenntnisse der deutschen Sprache?				+	
Englisch	+	Italienisch	-	Russisch	+	Sonstige, nämlich ...
Türkisch	-	Griechisch	-	Polnisch	-	
Serbokroatisch	-	Spanisch	-	Französisch	-	

Die Zuweisungssteuerungssynopse (ZW-Synopse) dient wie schon die „Qualitätssynopse“ dem schnellen Auffinden von geeigneten Einrichtungen für ganz bestimmte Patientengruppen. Wird beispielsweise eine Einrichtung benötigt, die querschnittsgelähmte Reha-Patienten aufnehmen kann, lässt sich das anhand der ZW-Synopse sofort erkennen (+). Da diese Daten in einer Datenbank stehen, kann bei Bedarf schnell nach diesen Kriterien gesucht werden.

Abbildung 4

Qualität des Reha-Prozesses insgesamt



Vergleich der 18 Einrichtungen aus dem Indikationsbereich muskuloskeletale Erkrankungen beim Kriterium „gesamter Reha-Prozess“. In die Auswertung gingen pro Reha-Klinik 20 zufällig ausgewählte Behandlungsdokumentationen ein, die von mehreren Gutachtern („Peers“) bewertet werden. Es können zwischen 0 und 10 Punkten vergeben werden (0 = schlecht und 10 = gut). Im Mittel erreichten die Kliniken 7,2 Qualitätspunkte. Fünf Einrichtungen schneiden überdurchschnittlich gut ab (MSK 22, MSK 24–MSK 27). Zwei Einrichtungen (MSK 17 und MSK 18) liegen unter dem Durchschnitt. Die drei horizontalen Linien stellen den Mittelwert (blaue Linie) und das Konfidenzintervall (schwarze Linien) der Gesamtstichprobe sämtlicher bisher an QS-Reha® teilnehmenden MSK-Einrichtungen dar.

arbeiter. Dies sind jedoch wichtige personelle Kompetenzen für eine umfassende und interdisziplinäre Betreuung von Reha-Patienten, die den Patienten in jeder Einrichtung zur Verfügung stehen müssen.

Betrachtet man die drei Bereiche „konzeptionelle Grundlagen“, „internes Qualitätsmanagement“ und „interne Kommunikation und Personalentwicklung“, so liegen die Erfül-

lungsgrade über alle Indikationsbereiche hinweg einrichtungsbezogen zwischen 40% und 100%. Insbesondere in dem Bereich „internes Qualitätsmanagement“ fallen eher niedrige Werte auf; hier werden durchschnittlich maximal 90% der Kriterien erfüllt: Nicht alle Einrichtungen haben bisher die gesetzliche Verpflichtung der Einführung eines internen Qualitätsmanagements umgesetzt (vgl. § 135a Abs.

2 SGB V sowie § 20 SGB IX). Auch werden die geforderten Assessment-Instrumente zur Ergebniskontrolle nicht in allen Einrichtungen eingesetzt, und es werden auch nicht in allen Reha-Kliniken die geforderten Statistiken über Komplikationen geführt. Gerade aber der interne Einsatz von Instrumenten zur individuellen Ergebnismessung (Assessment-Instrumente) ist notwendig, um ein klinikinternes kontinuierliches Monitoring der Ergebnisqualität sicherzustellen. Einrichtungen, die keine Informationen über die Effektivität und Effizienz ihrer therapeutischen Leistungen haben, fehlt die Möglichkeit, Schwachstellen zu objektivieren, um die Therapieergebnisse und die zugrunde liegenden Therapiekonzepte zu optimieren.

Auch die Betrachtung der bereits weiter oben erwähnten Zuweisungssteuerungskriterien liefert wichtige Informationen über die Versorgungsmöglichkeiten in den einzelnen Einrichtungen. Diese können gezielt zur Belegungssteuerung und optimalen Patientenzuweisung genutzt werden.

Keine der in 2004 geprüften 12 Einrichtungen für muskuloskeletale Erkrankungen kann beispielsweise Patienten mit Erblindung, Hörschädigung oder Ertaubung aufnehmen. Ähnliches gilt für die neurologischen, psychosomatischen und pneumologischen Reha-Kliniken. Die fünf in 2004 bewerteten dermatologischen Reha-Einrichtungen hingegen können Patienten mit diesen besonderen Merkmalen aufnehmen.

Allergenarme Zimmer werden ebenfalls in keiner der 12 MSK-Reha-Kliniken vorgehalten. Dagegen ist in 11 Einrichtungen (92%) die Aufnahme von dialysepflichtigen Patienten möglich. Zudem bieten alle MSK-Reha-Kliniken die Möglichkeit, auch Patienten ohne deutsche Sprachkenntnisse zu betreuen. Die Voraussetzungen zur Kinderbetreuung bieten drei (25%), die Unterbringung von erwachsenen Begleitpersonen alle 12 Einrichtungen für muskuloskeletale Erkrankungen. Im Rahmen des Qualitätsprofils werden die Zuweisungs-

steuerungskriterien für jede Einrichtung in einer separaten Synopse dargestellt. Ein Beispiel ist in Tabelle 4 (siehe Seite 16) dargestellt.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass über alle Indikationen und Einrichtungen hinweg, generell ein hoher Erfüllungsgrad der geforderten Basiskriterien zu finden ist. Es wurden aber auch Schwachpunkte deutlich: Das interne Qualitätsmanagement ist teilweise noch nicht etabliert oder wird nur mangelhaft umgesetzt. Die ärztliche Leitung verfügt nicht immer über die geforderte Zusatzbezeichnung „Rehawesen“ beziehungsweise „Sozialmedizin“. Einigen Einrichtungen fehlen die für die Besetzung eines interdisziplinären Reha-Teams geforderten Berufsgruppen „Ergotherapeut“ und „Sozialarbeiter“. Hier besteht also noch deutlicher Weiterentwicklungsbedarf bei einigen Einrichtungen.

Ein erstaunliches Ergebnis ist die Tatsache, dass es offensichtlich in der bisher untersuchten Versorgungslandschaft kaum Möglichkeiten für eine adäquate Aufnahme und Behandlung von Patienten mit besonderen Einschränkungen wie Erblindung, Hörschädigung oder Ertaubung gibt. Um behinderten Menschen den Zugang zu den für sie erforderlichen Leistungen zu ermöglichen, muss eine ausreichende Anzahl von Einrichtungen barrierefrei sein (vgl. § 19 Abs. 1 SGB IX). Die bisher vorliegenden Daten lassen hier einen Anpassungsbedarf von Seiten der bisher in das Verfahren eingeschlossenen Einrichtungen erkennen. Ob sich dieser Eindruck in Zukunft bestätigt, bleibt abzuwarten.

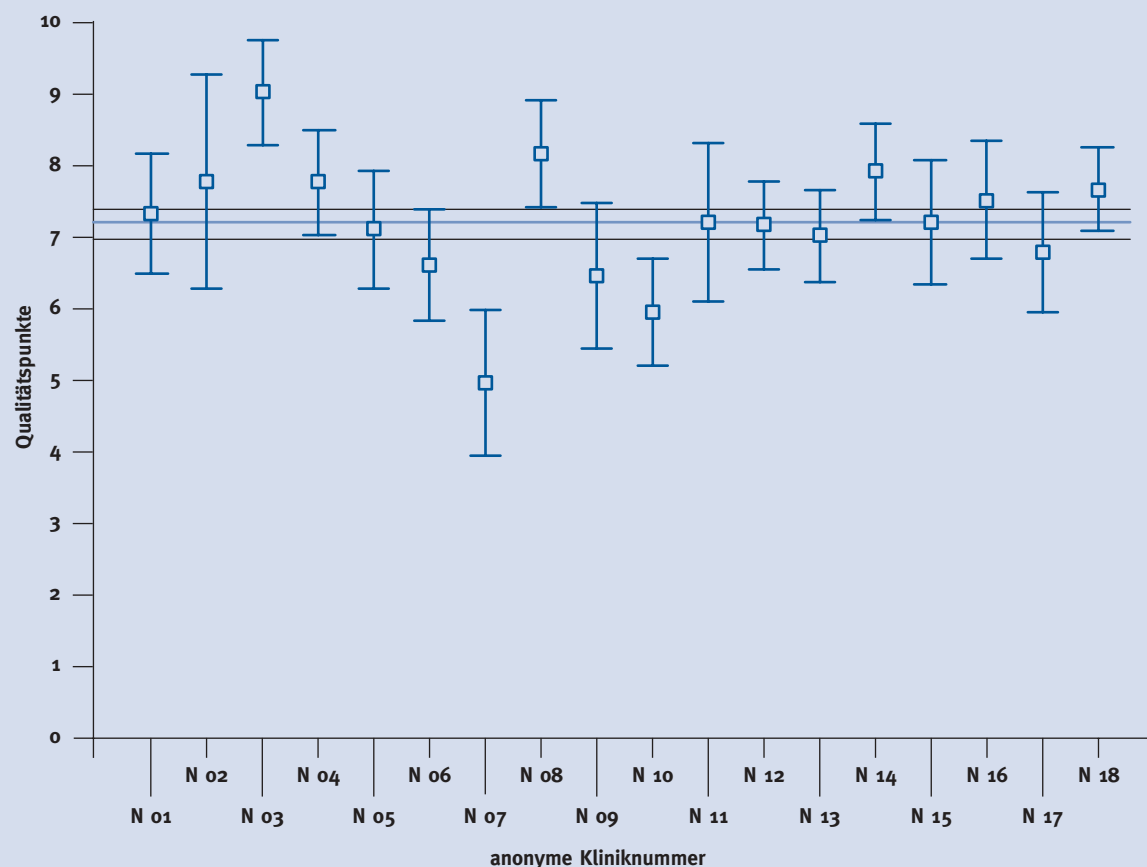
### 2.1.2 Fremdbewertung: Visitationen

Bei allen am QS-Reha®-Verfahren teilnehmenden Einrichtungen werden zusätzlich Telefoninterviews durchgeführt, um die in dem Strukturhebungsbogen gemachten schriftlichen Angaben zu validieren. Außerdem werden in rund 20% der Einrichtungen Visitationen

*Das interne Qualitätsmanagement ist teilweise noch nicht etabliert oder wird nur mangelhaft umgesetzt.*

Abbildung 5

#### Qualität des Reha-Prozesses insgesamt



Vergleich der 18 Einrichtungen aus dem Indikationsbereich Neurologie beim Kriterium „gesamter Reha-Prozess“. In die Auswertung gehen in der Regel 20 zufällig ausgewählte Behandlungsdokumentationen ein, die von mehreren Gutachtern („Peers“) bewertet werden. Es können zwischen 0 und 10 Punkten vergeben werden 0 (= schlecht) und 10 (= gut). Im Mittel erreichten die Kliniken 7,2 Qualitätspunkte. Zwei Einrichtungen schneiden überdurchschnittlich gut ab (N 03, N 08), zwei weitere Einrichtungen (N 07, N 10) liegen unter dem Durchschnitt. Die drei horizontalen Linien stellen den Mittelwert (blaue Linie) und das Konfidenzintervall (schwarze Linien) der Gesamtstichprobe sämtlicher bisher an QS-Reha® teilnehmenden neurologischen Einrichtungen dar.

Tabelle 5

Zusammenfassende Bewertung der Prozessqualität

	muskuloskeletale Erkrankungen (n = 360 Prozessdokumentationen)				Kardiologie (n = 139 Prozessdokumentationen)				Neurologie (n = 349 Prozessdokumentationen)			
	kM	lM	dM	gM	kM	lM	dM	gM	kM	lM	dM	gM
Anamnese	25	49	21	6	26	39	19	16	19	55	24	2
Diagnostik	20	49	27	5	29	36	25	9	27	52	20	1
Therapieziele & Therapie	24	48	23	5	22	38	29	11	24	53	20	3
Klinische Epikrise	37	44	14	6	22	39	23	16	32	51	15	2
Sozialmedizinische Epikrise	50	27	14	9	35	22	11	30	45	35	9	11
Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	45	40	11	4	29	39	17	12	42	45	11	2
Gesamter Rehaprozess	14	57	24	5	22	35	27	16	17	60	21	2

	Onkologie (n = 91 Prozessdokumentationen)				Psychosomatik (n = 188 Prozessdokumentationen)			
	kM	lM	dM	gM	kM	lM	dM	gM
Anamnese	57	24	12	7	20	61	19	1
Diagnostik	45	26	17	12	25	55	19	2
Therapieziele & Therapie	43	33	18	7	28	57	14	2
Klinische Epikrise	54	34	9	3	32	48	17	3
Sozialmedizinische Epikrise	68	15	8	9	26	36	20	19
Weiterführende Maßnahmen und Nachsorge	62	19	16	3	51	37	10	1
Gesamter Rehaprozess	35	43	10	12	11	62	23	5

- kM = keine Mängel
- lM = leichte Mängel
- dM = deutliche Mängel
- gM = gravierende Mängel

Die Bewertung zu den sieben Bereichen der Prozessqualität anhand von so genannten „Mängelkategorien“ erfolgt durch Peers (für die Prüfung geschulte Rehabilitationsmediziner). Es gilt anzugeben, ob „keine“, „leichte“, „deutliche“ oder gar „gravierende“ Mängel in der Prozessdokumentation vorliegen. Wie ersichtlich, wurden in allen Bereichen der Prozessqualität überwiegend keine oder nur leichte Mängel festgestellt. Dies gilt für alle Indikationen. Andererseits wird aber deutlich, dass etwa ein Viertel bis ein Drittel aller begutachteten Fälle deutliche oder sogar gravierende Mängel aufweist. Angaben in Prozent, gerundet.

durchgeführt. Die Auswahl für die Visitationen erfolgt nach dem Zufallsprinzip. Die in der Regel eintägigen Visitationen werden generell von mindestens einem Rehabilitationsmediziner des jeweiligen Fachgebietes und einem Experten für das Qualitätsmanagement in Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Sie dienen der Vor-Ort-Überprüfung der zuvor im Rahmen der Selbstauskunft gemachten Angaben sowie einer weitergehenden Einschätzung einzelner struktureller Anforderungen und strukturnaher Prozesse. Anhand einer standardisierten Checkliste werden die von der Klinik gemachten Angaben überprüft und anschließend bewertet.

Zusammenfassend lässt sich für alle Einrichtungen, die im Jahr 2004 am QS-Reha®-Verfahren teilgenommen haben, festhalten, dass eine weitestgehende Übereinstimmung zwischen den Angaben, die im Strukturhebungsbogen gemacht wurden, und den Gegebenheiten vorlag, wie sie sich bei der Visitation darstellten. Im Einzelfall gab es Abweichungen sowohl positiver als auch negativer Art.

In einer MSK-Einrichtung werden beispielsweise entgegen der im Erhebungsbogen gemachten Angabe vor Ort keine psychologischen Testverfahren durchgeführt, in einer weiteren Einrichtung fehlten das Klinik- und das Therapiekonzept. Eine andere Einrichtung wiederum konnte entgegen der schriftlichen Angaben bei der Visitation keine Strukturen eines internen Qualitätsmanagementsystems vorweisen.

In einer der visitierten kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen erfolgen die Patienten-Besprechungen nicht durch ein interdisziplinär besetztes Reha-Team. Erforderliche Schulungsprogramme wie beispielsweise „Raucherentwöhnung“ und „Umgang mit Alltagsstress“ werden in dieser Einrichtung entgegen ihren Angaben ebenfalls nicht regelmäßig angeboten.

Positive Abweichungen fanden sich in einer neurologischen und einer gastroenterologischen Einrichtung. In der neurologischen

Reha-Klinik können sehr wohl eine Sport- und Bewegungstherapie durchgeführt werden. In der gastroenterologischen Reha-Klinik wurde durch die Visitation offensichtlich, dass die Aufnahme von Patienten mit Querschnittslähmung – entgegen den vorherigen Angaben – sehr wohl möglich ist.

Den visitierten Einrichtungen in den Indikationsbereichen Onkologie, Dermatologie und Pneumologie bestätigten die Prüfer im Wesentlichen die im Strukturhebungsbogen gemachten Angaben; allerdings gab es auch hier vereinzelt positive und negative Abweichungen.

Insgesamt lassen sich aber über die meisten Indikationen hinweg Defizite im internen Qualitätsmanagement objektivieren, sei es durch das Fehlen interner Qualitätszirkel, den fehlenden Einsatz von Assessment-Instrumenten bei Aufnahme und Entlassung oder das Fehlen verbindlicher Regelungen zur internen Erörterung von Rückmeldungen aus externen Qualitätssicherungsprogrammen.

Die Checkliste zur Erfassung der Prozessqualität umfasst 52 relevante Merkmale.

2.2 Prozessqualität

Die Prozessqualität wird durch das so genannte „Peer-Review-Verfahren“ überprüft. Auf Basis anonymisierter Patientenunterlagen werden die dokumentierten Behandlungsprozesse einer Reha-Klinik durch zuvor entsprechend geschulte Rehabilitationsmediziner („Peers“) geprüft. Die Bewertung erfolgt anhand einer von Experten entwickelten Checkliste, zu der ein Manual existiert, das die Bewertungsmaßstäbe erläutert. Geprüft werden die Behandlungsdokumentationen von 20 Patienten einer Reha-Klinik, die aus einem Drei-Monats-Zeitraum zufällig ausgewählt werden. Die Checkliste umfasst insgesamt 52 qualitätsrelevante Prozessmerkmale (für Rentner sind es 42 Prozessmerkmale), die sich in die Bereiche „Anamnese“, „Diagnostik“, „Therapieziele und Therapie“, „klinische Epikrise“, „sozialmedizinische Epikrise“, „weiterführende Maßnahmen

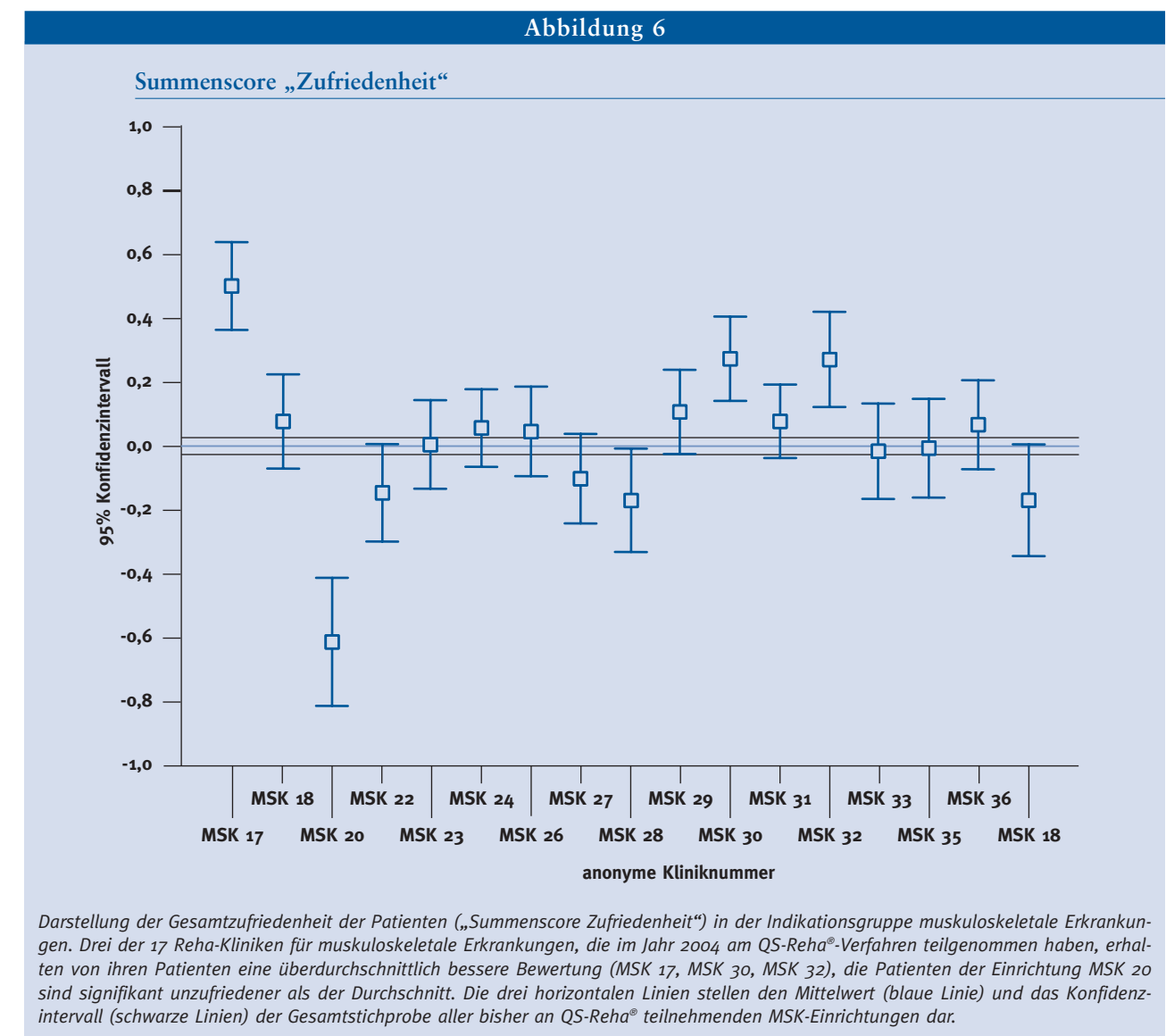
Tabelle 6		
Detaillierte Ergebnisse der einzelnen Mängelkategorien		
Bereich	Merkmal	Anteil gravierender Mängel (%)
Anamnese	1.2 Familienanamnese	20,0
	1.4 Vegetative Anamnese	23,8
	1.5 Risikofaktoren und Risikoverhalten	19,4
	2.1 Jetzige Beschwerden	16,3
	2.2.1 Subjektive Einschränkungen der Aktivität/Partizipation im Alltag	31,9
	2.3 Krankheitsverständnis und Informationsstand des Patienten/Krankheitsverarbeitung	41,9
	3.1 Therapeutische Maßnahmen zum Aufnahmezeitpunkt	21,3
	4.1 Sozialanamnese	16,9
	4.2 Häusliche Versorgung	30,6
	4.3 Psychische und soziale Belastungen	33,8
5.1 Erwerbsstatus	16,3	
Diagnostik	6.1.3 Fähigkeitsstörungen	35,0
	6.2 Technische Untersuchung adäquat	19,4
	6.4 Psychosoziale/Psychosomatische Diagnostik	20,6
	6.5 Aussagen zur Übereinstimmung von Beschwerden und erhobenen Befunden	26,3
	7.1 Individuelle Erwartungen und Ziele des Patienten dargelegt	41,3
Therapieziele und Therapie	7.2 Ziele adäquat für Reha-Problem des Patienten	24,4
	8.1 Behandlungskonzept schlüssig dargestellt	23,1
	8.4 psychisch	16,3
	8.5 sozial	18,1
	8.6 edukativ	18,8
	8.7 Dichte und Reihenfolge der Behandlungsmaßnahmen adäquat	19,4
	8.8 Verlauf des Reha-Prozesses	15,0
	8.9 Motivation und Kooperation des Patienten	38,1
	9.1.1 Beurteilung durch den Arzt	27,5
Klinische Epikrise	9.1.2 Patientenselbsteinschätzung	47,5
	9.2 Diagnose durch Anamnese und Befund plausibel	15,0
	9.3 Kritische Würdigung des Reha-Prozesses und der Reha-Ergebnisse	27,5
	10.2 Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	36,3
Sozialmedizinische Epikrise	10.3 Sozialmedizinische Beurteilung plausibel	35,0
	11.1 Weitere Diagnostik	16,9
Nachsorgekonzept	11.2 Weitere Therapie	15,6
	11.4 Leistungen zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft	26,9

Die hier dargestellten Ergebnisse der einzelnen Mängelkategorien beziehen sich auf die sieben kardiologischen Einrichtungen (N = 139). „Gravierende“ Mängel wurden nur aufgeführt, wenn diese bei 15 oder mehr Prozent der geprüften Dokumentationen festgestellt wurden. Besonders oft wurden von den „Peers“ (für die Prüfung geschulte Rehabilitationsmediziner) Mängel bei der Dokumentation der Patientenselbsteinschätzung, des Krankheitsverständnisses, des Informationsstands sowie bei den individuellen Erwartungen und Zielen der Patienten festgestellt.

und Nachsorge“ und „gesamter Reha-Prozess“ gliedern. Für die Bewertung der einzelnen Prozessmerkmale sind die Antwortkategorien „keine Mängel“, „leichte Mängel“, „gravierende Mängel“ vorgesehen. Jeder der Bereiche wird außerdem einer zusammenfassenden Bewertung unterzogen, wobei zusätzlich Qualitätspunkte zwischen 0 (= schlecht) und 10 (= gut) vergeben werden. Abschließend wird

die Qualität des gesamten Reha-Prozesses nochmals zusammenfassend bewertet.

Die Qualität der Prozesse erreicht im Durchschnitt aller Reha-Kliniken ein zufriedenstellendes Niveau (zwischen 6 und 8 Qualitätspunkten). Allerdings weichen in allen Prozessbereichen einzelne Kliniken auch stark vom Durchschnitt ab, sowohl in positiver als auch in negativer Hinsicht.



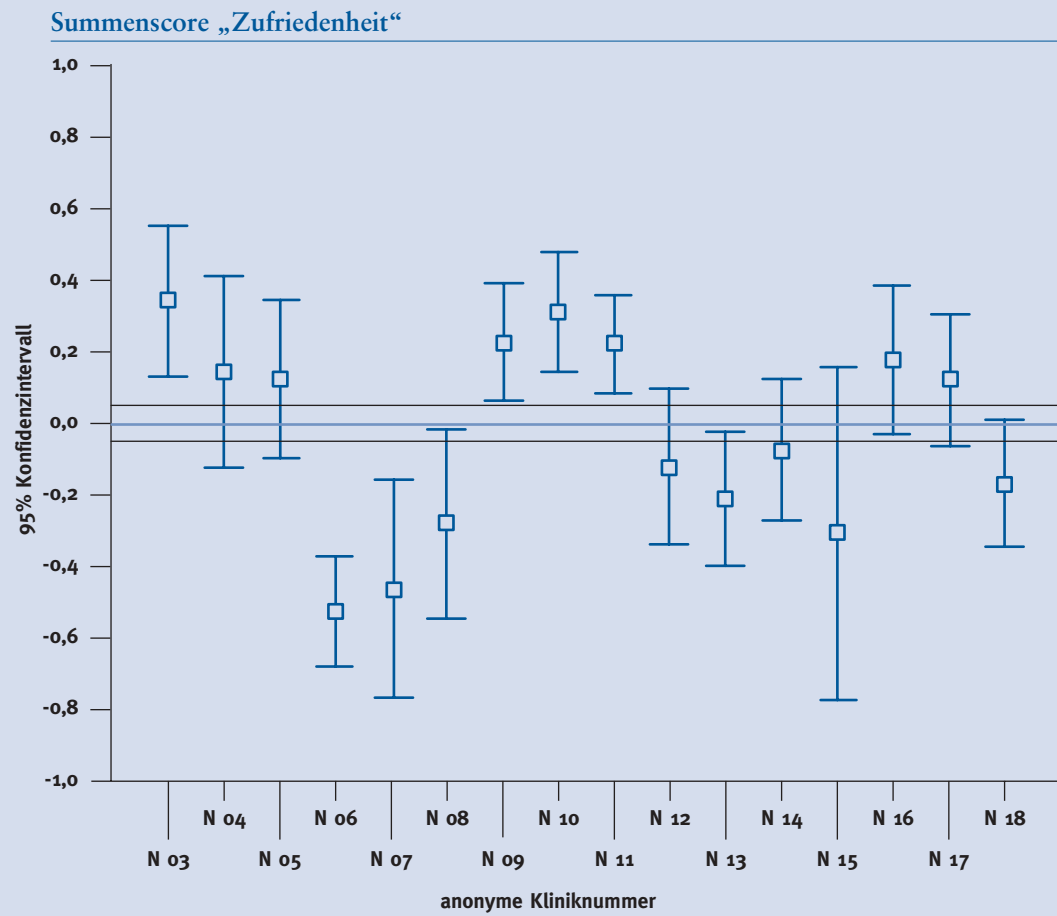
Für den Indikationsbereich muskuloskeletale Erkrankungen beschreibt Abbildung 4 (siehe Seite 17) die Qualität des Reha-Prozesses insgesamt. Es werden die Mittelwerte und die dazugehörigen 95%-Konfidenzintervalle für jede Einrichtung abgebildet (eine Interpretationshilfe zu „Konfidenzintervall“ findet sich im Anhang unter 4.4 auf Seite 41). Im Mittel erreichten die Kliniken 7,2 von 10 Qualitätspunkten.

Die 18 MSK-Kliniken erreichen mit 7,2 Qualitätspunkten im Durchschnitt ein gutes Niveau. Fünf Einrichtungen schnitten signifikant besser, zwei Kliniken signifikant schlechter ab. Es wird deutlich, dass das „Peer-Review“-Verfahren Qualitätsunterschiede zwischen den Kliniken abbilden kann (Diskriminationsfähigkeit).

Die Abbildung 5 (siehe Seite 18) zeigt auch im Bereich Neurologie deutliche Unterschiede

Mit 7,2 von 10 Qualitätspunkten schneidet der Indikationsbereich muskuloskeletale Erkrankungen gut ab.

Abbildung 7



Darstellung der Gesamtzufriedenheit der Patienten („Summenscore Zufriedenheit“) in der Indikationsgruppe Neurologie (die Daten von zwei neurologische Kliniken konnten nicht berücksichtigt werden, weil die Stichprobe zu klein war). Insgesamt vier der 16 Einrichtungen (N 03, N 09, N 10, N 11), die im Jahr 2004 am QS-Reha®-Verfahren teilgenommen haben, schneiden deutlich besser ab als der Durchschnitt aller Einrichtungen. In zwei Einrichtungen (N 06, N 07) sind die Patienten signifikant unzufriedener. Die drei horizontalen Linien stellen den Mittelwert (blaue Linie) und das Konfidenzintervall (schwarze Linien) der Gesamtstichprobe sämtlicher bisher an QS-Reha® teilnehmenden neurologischen Einrichtungen dar.

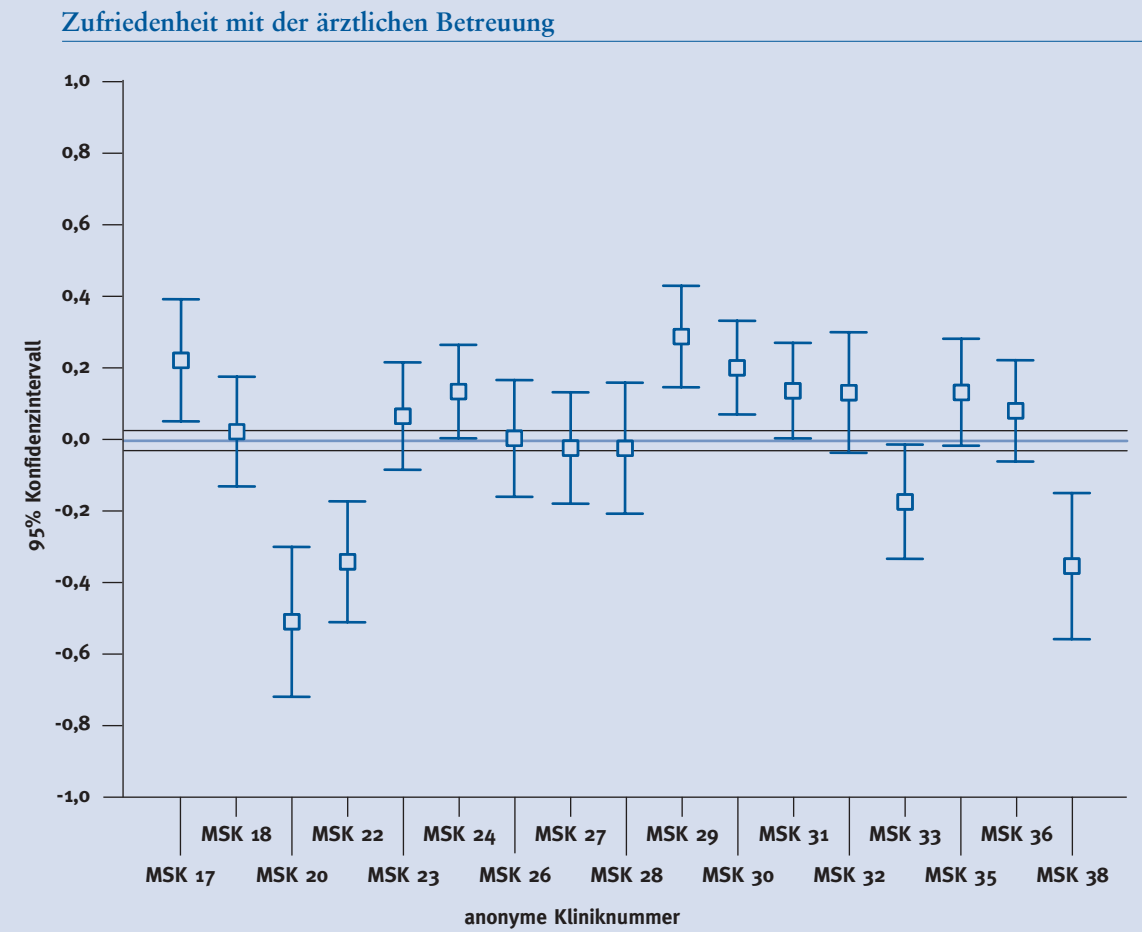
beim Kriterium „Reha-Prozess insgesamt“. Schneider eine Einrichtung – wie in der Abbildung erkennbar (N 07) – schlechter ab als der Durchschnitt, kann durch die detaillierte Analyse der erhobenen Prozessdaten den Ursachen im Detail nachgegangen werden.

Eine genaue Analyse der Mängel und Schwachstellen in der Prozessqualität ist anhand verschiedener Mängelkategorien mög-

lich, die im folgenden Abschnitt vorgestellt werden sollen.

Die Tabelle 5 (siehe Seite 20) zeigt, ob und wie häufig Mängel in den einzelnen Prozessbereichen festgestellt wurden. In allen Bereichen der Prozessqualität wurden ganz überwiegend keine oder nur leichte Mängel gefunden. Dies gilt für alle Indikationen. Andererseits weisen aber ein Viertel bis ein Drittel aller überprüften

Abbildung 8



Zufriedenheit der Patienten mit der „Betreuung durch die Ärzte“ für die Indikationsgruppe muskuloskeletale Erkrankungen (MSK). Drei der 17 Einrichtungen erhalten von ihren Patienten eine überdurchschnittlich gute Bewertung (MSK 17, MSK 29, MSK 30), drei weitere Einrichtungen (MSK 20, MSK 22, MSK 38) eine weit unterdurchschnittliche. Die drei horizontalen Linien stellen den Mittelwert (blaue Linie) und das Konfidenzintervall (schwarze Linien) der Gesamtstichprobe aller bisher am QS-Reha®-Verfahren teilnehmenden MSK-Einrichtungen dar.

Prozessdokumentationen auf deutliche oder sogar gravierende Mängel hin. Dabei sind die Unterschiede zwischen den einzelnen Prozess-

bereichen groß. Unterschiede fallen auch zwischen den einzelnen Indikationen auf. In der Neurologie zum Beispiel sind relativ selten gravierende Mängel zu finden. In der Kardiologie treten deutlich mehr Fälle mit gravierenden Mängeln auf. Fast allen Indikationen gemeinsam ist die Tatsache, dass bei der Dokumentation der „sozialmedizinischen Epikrise“ am häufigsten gravierende Mängel festgestellt wurden. Bei diesem Prozessmerkmal wird erwartet, dass sich die Klinik bei jedem Patienten mit den Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder Teilhabe am Alltag und am Arbeitsleben auseinandersetzt und diese dokumentiert, da die Aktivitäten und die Teilhabe die wesentlichen Interventionsebenen der medizinischen Rehabilitation sind.

Aber auch in den übrigen Prozessbereichen finden sich gravierende Mängel, vor allem in den für die medizinische Rehabilitation besonders relevanten Bereichen. In Tabelle 6 (siehe Seite 22) wird beispielhaft für den Indikationsbereich Kardiologie der Anteil der gravierenden Mängel in den einzelnen Prozessmerkmalen dargestellt. Betrachtet man die Ebene der Einzelmerkmale, dann findet man zum Beispiel in 31,9% aller begutachteten Fälle (N = 139) gravierende Mängel hinsichtlich der Angaben in der Anamnese über subjektive Einschränkungen der Aktivität und Partizipation im Alltag (Kardiologie). Bei diesem Prozessmerkmal wird erwartet, dass nicht mehr nur das Gesundheitsproblem beziehungsweise die „Schädigungsebene“ betrachtet wird, sondern auch die Ebene der Aktivitäten und Partizipation: Was fällt konkret im Alltag aus Sicht der Rehabilitanden schwer oder was kann schon nicht mehr geleistet werden? Gerade die Einschränkungen in den Aktivitäten und der Partizipation stehen jedoch im Zentrum der medizinischen Rehabilitation.

Im Bereich Diagnostik weisen vor allem die Beschreibungen der Fähigkeitsstörungen gravierende Mängel auf. Hier erreicht der Anteil der gravierenden Mängel in der Kardiologie

35% (N = 139), bei den muskuloskeletalen Erkrankungen 27,1% (N = 360) aller begutachteten Fälle. Grundlage dieses Prozessmerkmals bildet die Forderung, dass der behandelnde Arzt beziehungsweise Therapeut die in der Anamnese erhobenen Aussagen des Patienten hinsichtlich dessen Fähigkeitsstörungen beziehungsweise Beeinträchtigungen der Aktivität validieren soll, zum Beispiel mit Hilfe spezieller Tests und Untersuchungen.

Bei dem Merkmal Fähigkeitsstörungen werden zum Beispiel für die Kardiologie Angaben über die Fähigkeiten zur Selbstversorgung, die Mobilität oder Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit erwartet. In der Psychoso-

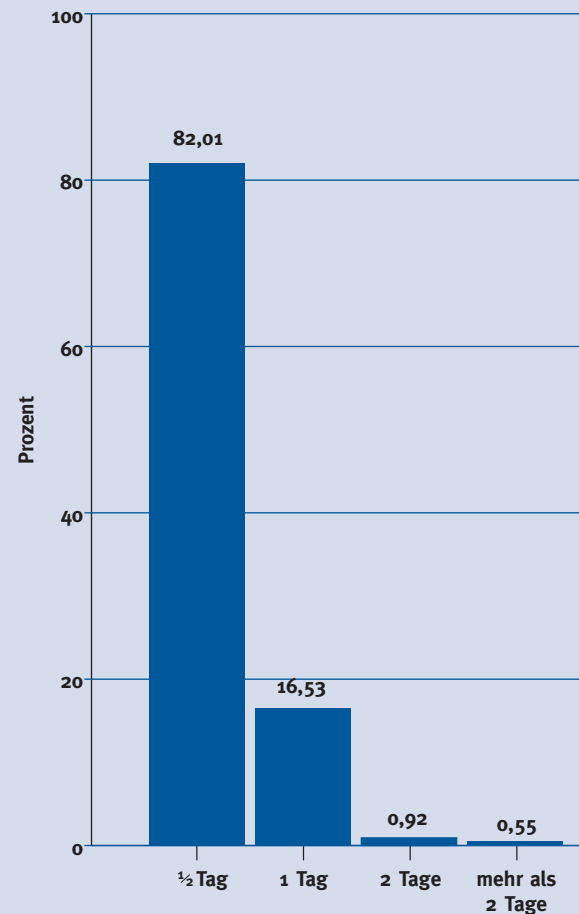
matik ist der Anteil der gravierenden Mängel in diesen Kategorien sichtlich geringer, jedoch wurden auch hier 28,5% (N = 188) gravierende Mängel für die testpsychologische Diagnostik dokumentiert.

Häufig finden sich auch im Prozessbereich „Therapieziele und Therapie“ gravierende Mängel hinsichtlich der Angaben über individuelle Erwartungen und Ziele des Patienten (41,3% in der Kardiologie, 28,6% in der Neurologie). Der Begriff „Rehabilitationsziel“ wird hier sehr umfassend verstanden. Ziele sind individuell auf den Ebenen der Schädigungen und beeinträchtigten Aktivitäten und Partizipation zu formulieren und mit dem Pa-

*Im Prozessbereich „Therapieziele und Therapie“ bestehen teilweise noch gravierende Mängel.*

Abbildung 9

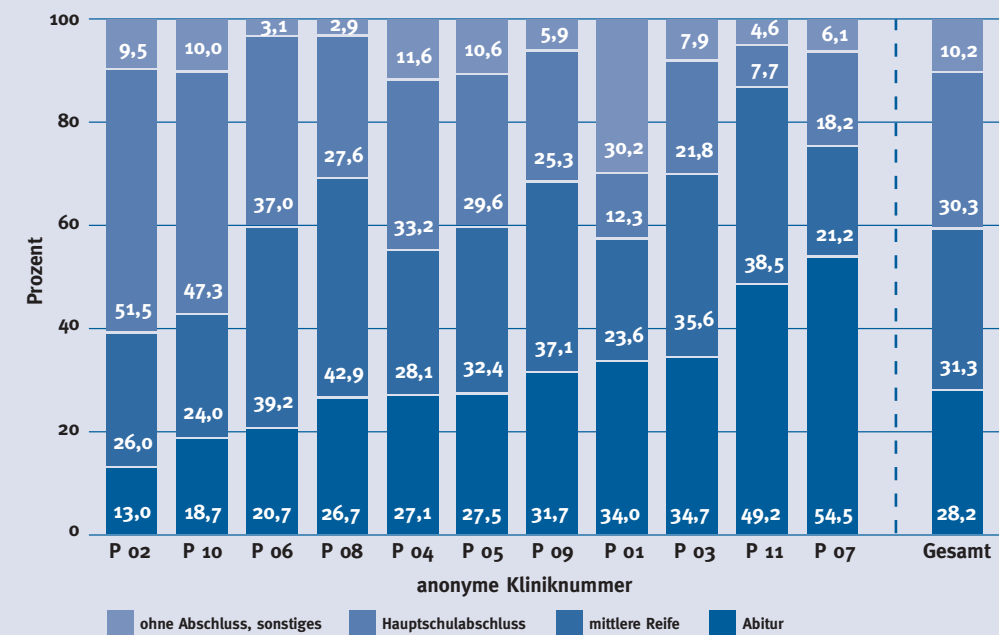
Zeit zwischen Ankunft in der Klinik und ärztlicher Aufnahmeuntersuchung



Ergebnisse der Frage an die rund 3.000 Patienten des Indikationsbereichs muskuloskeletale Erkrankungen „Wie viel Zeit verging zwischen Ihrer Ankunft und der ärztlichen Aufnahmeuntersuchung?“ Mit einer solchen „ergebnisorientierten“ Frage wird ein weiterer Aspekt der Prozessqualität erfasst. Rund 82% der Patienten berichten, ihre Aufnahmeuntersuchung habe innerhalb von einem halben Tag nach Ankunft in der Reha-Klinik stattgefunden, bei weiteren 16,5% innerhalb von einem Tag nach Ankunft. Bei weniger als 1,5% der Patienten hat es zwei oder mehr Tage gedauert, bis die ärztliche Aufnahmeuntersuchung durchgeführt wurde.

Abbildung 10

Schulabschlüsse der Patienten in den psychosomatischen Reha-Kliniken



Aufschlüsselung der Schulbildung von 1.818 Patienten in den elf psychosomatischen Reha-Kliniken. Interessant ist hier die Tatsache, dass sich die Patienten auch innerhalb der einzelnen psychosomatischen Einrichtungen in der Schulbildung stark unterscheiden. So variiert der Anteil der Abiturienten zwischen 13% (P 2) und knapp 55% (P 7) zwischen den einzelnen Einrichtungen. Die Klinik- und Therapiekonzepte müssen solche Unterschiede berücksichtigen, um zielgruppenspezifisch erfolgreich sein zu können.

tienten zu besprechen. Es handelt sich hier um einen wesentlichen Prozessbaustein der medizinischen Rehabilitation.

Diese Darstellung soll nicht darüber hinweg täuschen, dass die meisten Prozessmerkmale keine gravierenden Mängel aufweisen. Aber es lassen sich auch deutliche Unterschiede erkennen. In einzelnen Bereichen kann der Verbesserungsbedarf sichtbar gemacht werden – und gerade das ist die Aufgabe und Chance des QS-Reha®-Verfahrens.

### 2.3 Patientenzufriedenheit

Die Messung der Patientenzufriedenheit stellt ein wichtiges Qualitätskriterium dar, mit dem die erbrachten Leistungen einer Reha-Klinik bewertet werden können. Der Patient schätzt aus seiner persönlichen und subjektiven „Kundensicht“ die medizinischen sowie nichtmedizinischen Dienstleistungen und Prozesse der Reha-Einrichtung ein. Hierzu füllt er einen Fragebogen aus, der anhand zahlreicher Fragen die zentralen Themenbereiche wie beispielsweise die „Zufriedenheit mit der Ärztlichen Betreuung“ oder die „Zufriedenheit mit Schulungen und Behandlungen“ erfasst. Aus diesen Einzelbewertungen lässt sich zusätzlich ein „Gesamtzufriedenheitsindex“ berechnen, der so genannte „Summscore“.

Ein direkter Vergleich der unterschiedlichen Zufriedenheitswerte der am QS-Reha®-Verfahren teilnehmenden Rehabilitationskliniken bietet die Möglichkeit, Einrichtungen zu identifizieren, in denen Patienten besonders zufrieden oder aber auch unzufrieden sind. Statistische Verfahren helfen, die Ergebnisse überhaupt vergleichbar zu machen, denn für eine bestimmte Einrichtung könnte sich beispielsweise eine im Vergleich zu anderen Einrichtungen unterschiedliche Zusammensetzung des Patientengutes (Case-Mix) in den Ergebnissen der Patientenzufriedenheit niederschlagen – positiv wie negativ. Deshalb wird mittels der

Regressionsanalyse eine Vergleichbarkeit der Daten hergestellt, die den klinikindividuellen Case-Mix berücksichtigt und so faire Klinikvergleiche ermöglicht (*eine Interpretationshilfe zu „Risikoadjustierung: Regressionsanalytisches Verfahren“ findet sich im Anhang unter 4.3 auf Seite 41*).

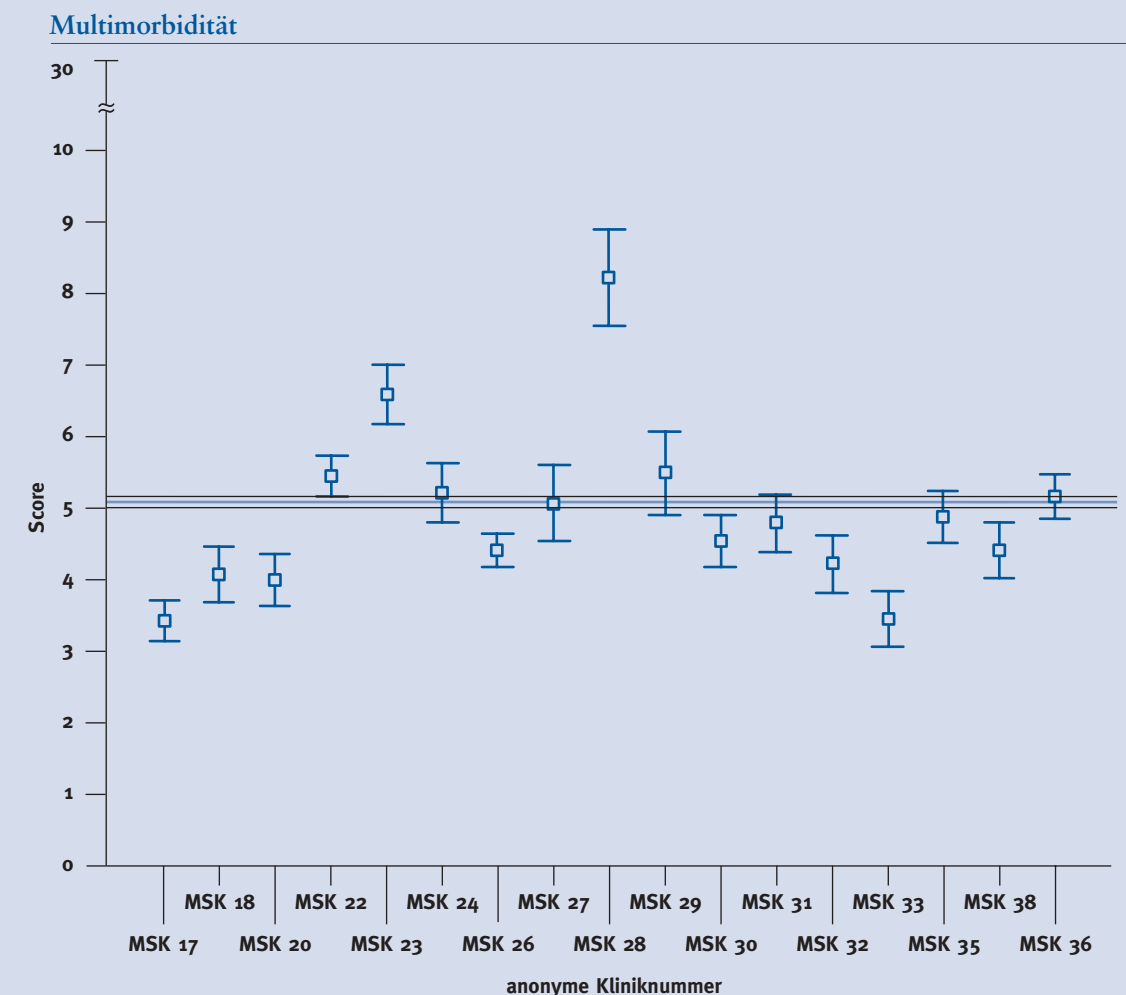
Abbildung 6 (*siehe Seite 23*) zeigt die Gesamtzufriedenheit (Summscore) für die Indikationsgruppe muskuloskeletale Erkrankungen. Zu sehen sind die Ergebnisse von 17 Reha-Kliniken (*zu Mittelwert und Konfidenzintervall siehe auch die Interpretationshilfe im Anhang unter 4.4 auf Seite 41*). Die drei durchgehenden horizontalen Linien bilden den Gesamtmittelwert sämtlicher Einrichtungen, die bisher am QS-Reha®-Verfahren teilgenommen haben. Einrichtungen, deren Wertebereiche ober- oder unterhalb dieses Gesamtmittelwerts liegen, weisen statistisch entweder zufriedener (über dem Gesamtmittelwert) oder unzufriedener (unter dem Gesamtmittelwert) Patienten auf, als durchschnittlich zu erwarten wäre. So ist deutlich zu sehen, dass die Reha-Klinik MSK 17 den höchsten Zufriedenheitswert aller Einrichtungen erhält, der weit überdurchschnittlich ist. Die Klinik MSK 20 hingegen hat einen Gesamtzufriedenheitswert, der sehr deutlich unter dem Durchschnitt der anderen Einrichtungen liegt. Die meisten der hier abgebildeten Einrichtungen befinden sich im Mittelfeld.

Abbildung 7 (*siehe Seite 24*) zeigt den Summscore der Patientenzufriedenheit für die 16 neurologischen Reha-Einrichtungen, die im Jahr 2004 am QS-Reha®-Verfahren teilgenommen haben. (Zwei Einrichtungen konnten für diese Auswertung nicht berücksichtigt werden, weil die Stichprobe zu klein war.) Insgesamt vier Einrichtungen (N 03, N 09, N 10 und N 11) schneiden deutlich besser ab als der Durchschnitt aller Einrichtungen. Zwei Einrichtungen (N 06 und N 07) weisen unterdurchschnittliche Bewertungen in der Patientenzufriedenheit auf.

Am Beispiel der Indikation muskuloskeletale Erkrankungen soll die Zufriedenheit der Patienten mit der „Betreuung durch die Ärzte“ dargestellt werden (Abbildung 8; *siehe Seite 25*). Auch hier lassen sich deutliche Unter-

schiede zwischen den Einrichtungen feststellen. Drei der 17 MSK-Reha-Kliniken erhalten von ihren Patienten eine überdurchschnittlich gute Bewertung (MSK 17, MSK 29, MSK 30), wohingegen die drei Einrichtungen MSK 20, MSK

Abbildung 11



Durchschnittliche Belastung durch Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität „M-Score“) bei den 2.728 Patienten in den 17 Reha-Einrichtungen für muskuloskeletale Erkrankungen. Anhand von zehn möglichen Begleiterkrankungen können je nach Ausprägung der Belastung beziehungsweise des notwendigen zusätzlichen Betreuungsaufwands Punktwerte vergeben werden, die sich zu einem Gesamtbelastungswert summieren (von 0 Punkten bei keiner Belastung bis zu 30 Punkten bei vollständiger Belastung in den 10 zur Auswahl stehenden Bereichen). In den beiden Reha-Kliniken MSK 23 und MSK 28 haben die Patienten einen überdurchschnittlich hohen Multimorbiditätsscore. Um einen fairen Klinikvergleich zu ermöglichen, fließt der Wert in die Risikoadjustierung ein. Die drei horizontalen Linien stellen den Mittelwert (blaue Linie) und das Konfidenzintervall (schwarze Linien) der Gesamtstichprobe aller bisher am QS-Reha®-Verfahren teilnehmenden MSK-Einrichtungen dar.

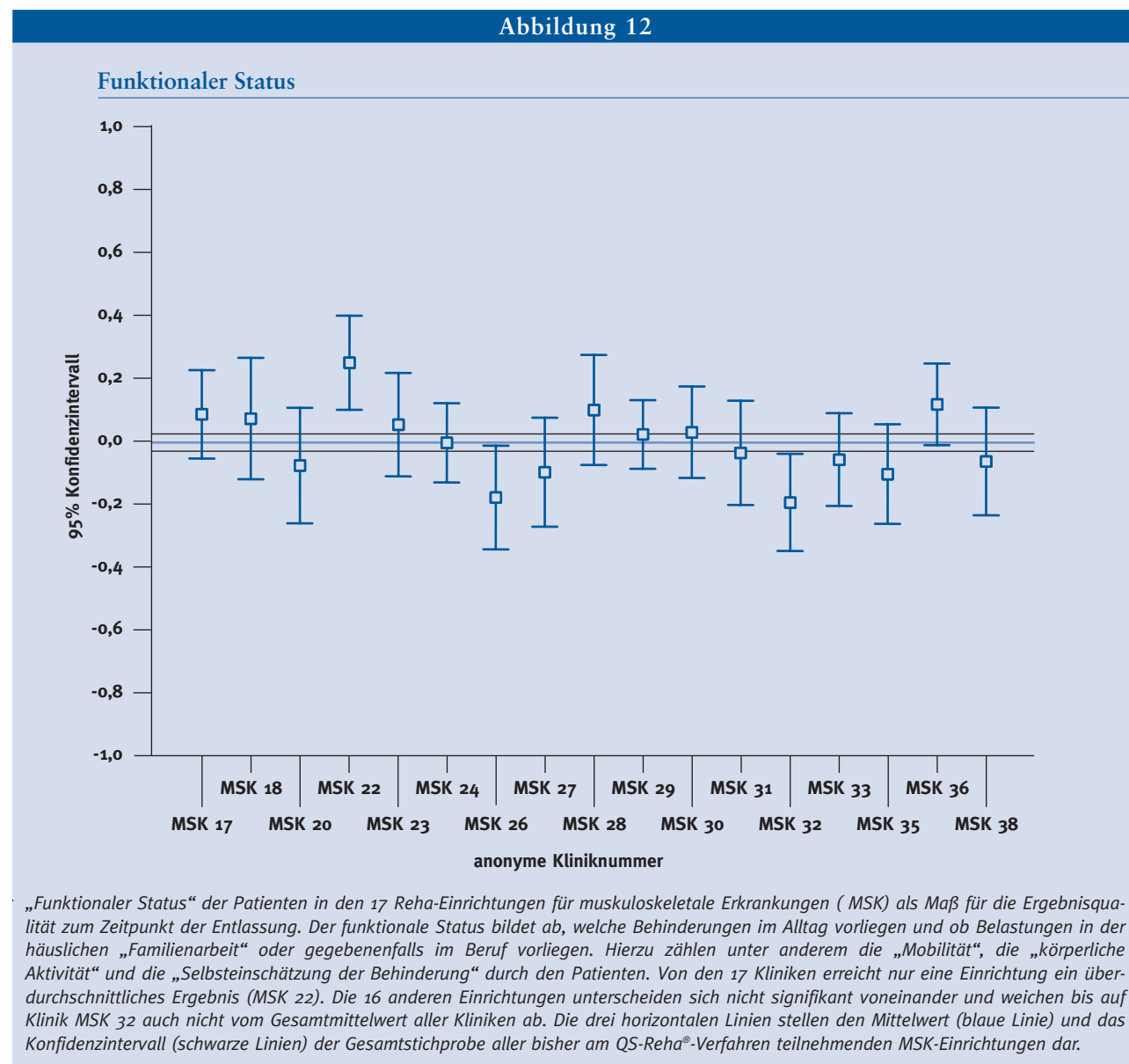
Die Patientenzufriedenheit ist ein wichtiges Qualitätskriterium bei der Bewertung einer Reha-Einrichtung.

22 und MSK 38 als weit unterdurchschnittlich bewertet werden.

Insgesamt zeigt sich also, dass durch die Einrichtungsvergleiche Unterschiede in der Zufriedenheit der Patienten sichtbar gemacht werden können: Es gelingt manchen Reha-Kliniken offensichtlich besser als anderen, eine hohe

Patientenzufriedenheit zu erreichen. Auf diese Weise kann ein Qualitätswettbewerb zwischen den Reha-Kliniken angeregt werden, da die jeweiligen Einrichtungen durch die Methodik und Transparenz des QS-Reha®-Verfahrens in direktem Vergleich zu anderen Einrichtungen stehen und sich an den „Besten“ messen lassen müssen.

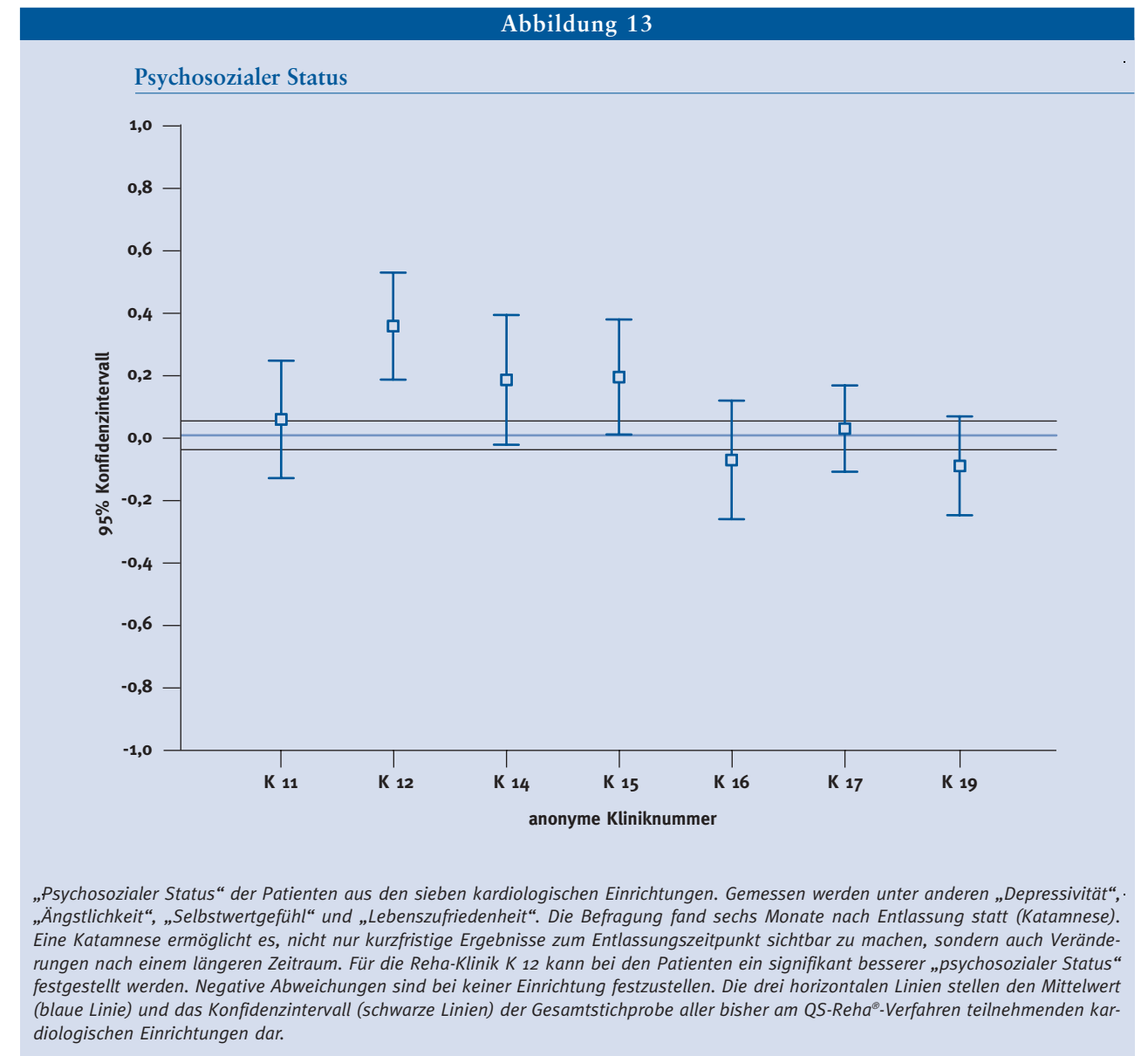
Abbildung 12



Im zweiten Teil des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit werden den Patienten so genannte „ereignisorientierte“ Fragen zur Beantwortung vorgelegt. Die Fragen auf diesem Bogen zielen nicht auf die Zufriedenheit der Patienten mit bestimmten Leistungen, sondern

erfassen, wann und ob bestimmte Leistungen („Ereignisse“) stattgefunden haben und spiegeln damit Aspekte der Prozessqualität wider. So werden die Patienten beispielsweise gefragt, wie viel Zeit zwischen ihrer Ankunft in der Reha-Klinik und der ärztlichen Aufnah-

Abbildung 13

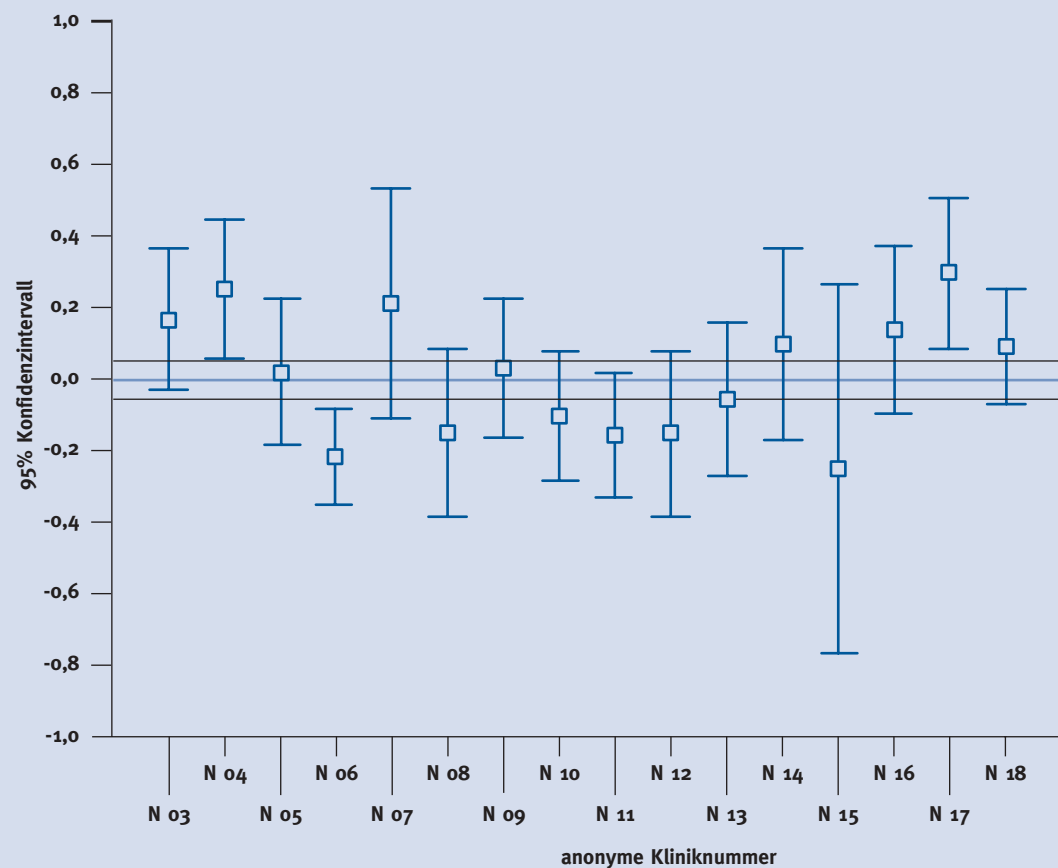


meuntersuchung vergangen ist. Die Ergebnisse für die annähernd 3.000 befragten Patienten der Indikationsgruppe muskuloskeletale Erkrankungen zeigt die Abbildung 9 (siehe Seite 26).

Über 82% der Patienten berichten, ihre Aufnahmeuntersuchung habe innerhalb von einem halben Tag nach Ankunft in der Reha-Klinik stattgefunden, bei weiteren 16,5% innerhalb von einem Tag. Nur bei sehr wenigen Patienten

Abbildung 14

Neurologische Symptome



Die Dimension „neurologische Symptome“ bildet konkrete neurologische Krankheitserscheinungen der Patienten (Phasen C und D) – hier zum Entlassungszeitpunkt – ab. Zu den neurologischen Symptomen zählen zum Beispiel Probleme beim Schlucken, Sehstörungen, Probleme beim Sprechen, Lähmungen, Schwindelgefühl. Die Patienten der Kliniken N 04 und N 17 gaben im Mittel signifikant höhere Werte an. Die Patienten der Klinik N 06 fühlten am Ende ihrer Reha-Maßnahme deutlich stärkere Beschwerden als zu erwarten gewesen wäre. Wegen teilweise niedriger Stichprobengrößen (N 15, N 07) sind größere Konfidenzintervalle zu sehen als in den bisherigen Abbildungen. Dennoch zeigt sich eine deutliche Streuung zwischen den einzelnen neurologischen Einrichtungen, so dass eine differenzierte Messung und Bewertung der Ergebnisqualität mit diesem Instrument gewährleistet wird. Die drei horizontalen Linien stellen den Mittelwert (blaue Linie) und das Konfidenzintervall (schwarze Linien) der Gesamtstichprobe aller bisher am QS-Reha®-Verfahren teilnehmenden neurologischen Einrichtungen dar.

hat es zwei oder mehr Tage gedauert, bis die ärztliche Aufnahmeuntersuchung stattfand.

Die Therapie beziehungsweise Behandlung dieser Patienten hat bei annähernd 64% am zweiten Aufenthaltstag in der Reha-Einrichtung begonnen, bei 27,2% bereits am ersten Aufenthaltstag. Jedoch berichten immerhin auch rund 9% der Patienten, dass der Behandlungsbeginn am dritten Tag oder später begonnen habe. Vor dem Hintergrund, dass im Regelfall eine Rehabilitationsmaßnahme 21 Tage dauert, muss kritisch angemerkt werden, dass hier wertvolle Therapietage für die Patienten nicht genutzt werden.

Auch im Bereich der Psychosomatik berichten nicht wenige Patienten davon, dass die Therapie erst am dritten Tag nach der Aufnahme oder später begann, wobei es hier zu berücksichtigen gilt, dass die durchschnittliche Behandlungsdauer der psychosomatischen Patienten bei 49,9 Tagen liegt. Weiterhin berichten etwa 55% der rund 1.900 psychosomatischen Patienten (Antwortkategorien „oft“, „manchmal“ und „selten“ zusammengefasst), ihre Behandlungstermine hätten sich überschritten. Dieser Wert liegt deutlich über dem

Wert von etwa 20% bei den somatischen Indikationen und deutet auf ein organisatorisches Defizit bei dem Terminmanagement der psychosomatischen Einrichtungen hin.

Sehr positiv sind für den Indikationsbereich MSK die Ergebnisse, wenn nach dem Ausfall von Behandlungsterminen oder der Wartezeit auf den Behandlungsbeginn gefragt wird. Beides sei nie vorgekommen, berichten jeweils über 86% der Patienten. Bemängelt wurde aber von einem Großteil der Patienten (61%), dass Änderungen in Ihrem Therapieplan vorher nicht mit Ihnen besprochen worden seien. Bei den ebenfalls im Jahr 2004 in das QS-Reha®-Verfahren eingeschlossenen kardiologischen, neurologischen und psychosomatischen Einrichtungen beziehungsweise Fachabteilungen sind die Patientenantworten sehr ähnlich, so dass diese hier nicht nochmals separat aufgeführt werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Patienten in den meisten der bisher untersuchten Einrichtungen ähnlich zufrieden sind. Es gibt nur wenige deutliche Abweichungen in den negativen Bereich und erfreulicherweise auch deutlich positive Abweichungen.

Die Patientenbefragung deutet auf ein Defizit im Terminmanagement der psychosomatischen Einrichtungen hin.

Tabelle 7

Tatsächliche Effekte der Rehabilitation für die Kardiologie

IRES-Unterdimension (Kardiologie)	Mittelwerte		Effektstärke Aufnahme – Entlassung	Mittelwerte		Effektstärke Aufnahme – 6-Monats-Katamnese
	Aufnahme	Entlassung		Aufnahme	6-Monats-Katamnese	
Schmerzen/Symptome	5,54	4,61	0,77	5,51	4,74	0,56
Behinderung im Alltag	3,90	3,23	0,47	3,79	2,90	0,51
psychische Belastungen	4,24	3,45	0,72	4,15	3,43	0,57
soziale Probleme	4,12	3,03	0,82	4,07	3,33	0,49

Effektstärken der Veränderungen in den IRLS-Dimensionen (IRES = Indikatoren des Reha-Status) für die Kardiologie („belastungsorientierte“ Auswertung). Die Effektstärke ist eine statistische Messgröße, die zur Interpretation der gemessenen Veränderungen herangezogen wird. Sie hat den Vorteil, dass sie von Fallzahlen weitgehend unabhängig ist. Effektstärken unter 0,4 gelten als „geringe“, zwischen 0,4 und 0,8 als „mittlere“ und über 0,8 als „starke“ Effekte. Die stärksten Effekte bei den kardiologischen Patienten zeigen sich zum Entlassungszeitpunkt bei den beiden IRES-Dimensionen „soziale Probleme“ und „Schmerzen/Symptome“. Da bei der schriftlichen Befragung sechs Monate nach der Entlassung nicht alle Patienten antworten, unterscheiden sich die Mittelwerte in den beiden Spalten „Aufnahme“.

Die Kliniken erhalten sehr detaillierte Ergebnisberichte aus der externen Qualitätssicherung.

Die am QS-Reha®-Verfahren teilnehmenden Reha-Kliniken erhalten ausführliche und sehr detaillierte Ergebnisberichte aus der externen Qualitätssicherung, um sie für das interne Qualitätsmanagement heranziehen zu können. Schwachstellen oder Problembereiche, die sich auf die Patientenzufriedenheit auswirken, werden auf diese Weise deutlich gemacht. So ist gewährleistet, dass die Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung auch in das interne Qualitätsmanagement der Einrichtungen einfließen. Die Effektivität der daraus abgeleiteten Verbesserungsmaßnahmen wird in der nächsten Erhebungsrunde des QS-Reha®-Verfahrens abzulesen sein.

### 2.4 Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität wird durch eine Befragung des Arztes und des Patienten geprüft. Die Patientenbefragung erfolgt zu Beginn, bei Entlassung und sechs Monate nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme. Zum Einsatz gelangt bei den somatischen Indikationen der so genannte IRES-Fragebogen (Indikatoren des Reha-Status), der einen „somatischen“, „funktionalen“ und „psychosozialen Status“ des Patienten abfragt beziehungsweise dessen Veränderung misst, sowie gegebenenfalls weitere zusätzliche indikationsspezifische Instrumente. Der Arzt dokumentiert in einem Arztbogen bei Aufnahme und Entlassung die rehabilitationsmedizinisch relevanten Parameter und die individuellen Therapieziele, die eine Einschätzung des Rehabilitationserfolges erlauben. Durch statistische Verfahren ist sicherzustellen, dass trotz unterschiedlicher Patientenstruktur ein Vergleich der Reha-Kliniken möglich und gerecht ist. Für diese „Risikoadjustierung“ wird ein regressionsanalytisches Verfahren angewandt (siehe auch Kapitel 4.3 Interpretationshilfe „Risikoadjustierung: Regressionsanalytisches Verfahren“ auf Seite 41): Der Einfluss auf das Behandlungsergebnis

von fest stehenden beziehungsweise unveränderlichen Merkmalen wie beispielsweise Geschlecht, Alter, Art der Maßnahme (Heilverfahren oder Anschlussrehabilitation) oder Bildung, die nicht durch die Einrichtungen beeinflusst werden können, wird dabei gewissermaßen „herausgerechnet“. Die sich so ergebenden Werte (standardisierte Residuen) sind frei vom Einfluss der betreffenden Variablen. Dieses Vorgehen ist die wesentliche Voraussetzung für faire Klinikvergleiche.

Aus sozialversicherungsrechtlichen Gründen setzt sich das Patientenkontingent der gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation ganz überwiegend aus nicht mehr erwerbstätigen Personen beziehungsweise Rentnern zusammen. Das Alter der Patienten, denen von den Krankenkassen eine Rehabilitation bewilligt wurde, liegt in den hier untersuchten Einrichtungen der Indikationen muskuloskeletale Erkrankungen, Kardiologie und Neurologie durchschnittlich zwischen 65 und 69 Jahren, in der Psychosomatik bei durchschnittlich 43 Jahren. In der Indikationsgruppe muskuloskeletale Erkrankungen liegt der Anteil der weiblichen Patienten bei 67,1%. In der Kardiologie überwiegen die männlichen Patienten (68,4%). In der Neurologie ist das Geschlechterverhältnis in etwa ausgeglichen (51,9% männlich, 48,1% weiblich), in der Psychosomatik liegt der Anteil der Frauen bei 85,6%.

Der weitaus größte Teil der Patienten hat einen Hauptschulabschluss. Bei den somatischen Indikationen sind es in der Neurologie 65,7% und bei den muskuloskeletalen Erkrankungen 71,1%. Dieser hohe Prozentsatz an Hauptschulabsolventen dürfte sich vor allem durch den großen Anteil an älteren Patienten erklären lassen. In den psychosomatischen Kliniken hingegen, mit einem deutlich geringeren Durchschnittsalter der Patienten, ist der Anteil der Hauptschulabsolventen deutlich geringer (30,3%). Interessant ist auch die Tatsache, dass sich die Patienten innerhalb der einzelnen

psychosomatischen Einrichtungen in der Schulbildung stark unterscheiden. Abbildung 10 (siehe Seite 27) zeigt, dass beispielsweise der Anteil der Abiturienten zwischen 13% und knapp 55% variiert. Zielgruppenspezifische Klinik- und Therapiekonzepte müssen solche Unterschiede beziehungsweise die konkreten Gegebenheiten in der Klinik berücksichtigen, um im individuellen Fall erfolgreich zu sein.

Erfasst wurde auch die Belastung der Patienten durch Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität). Mit einem speziell für das QS-Reha®-Verfahren entwickelten Instrument (M-Score) werden Vorhandensein und Ausprägungsgrad von zehn möglichen Begleiterkrankungen notiert und klinikvergleichend dargestellt. Der Score geht ebenfalls als Parameter in die Risikoadjustierung mit ein. Aus Abbildung 11 (siehe Seite 29) ist für den Indikationsbereich muskuloskeletale Erkrankungen eine deutliche Streuung der Mehrfacherkrankungen der Patienten in den einzelnen Kliniken erkennbar. Alle untersuchten Einrichtungen weisen eine relevante Anzahl von multimorbiden Patienten auf. Ein ähnliches Bild zeigt sich auch im Indikationsbereich Kardiologie.

Die weitaus meisten Patienten der somatischen Indikationen kamen zu einer Anschlussrehabilitation (AR) in die Einrichtung. In der Neurologie lag ihr Anteil im Jahr 2004 bei rund 68%, in der Kardiologie bei 95%. Maßnahmen der allgemeinen Rehabilitation wurden deutlich seltener durchgeführt.

Die meisten AR-Patienten im Indikationsbereich muskuloskeletale Erkrankungen wurden zur Versorgung mit einer Hüft-Totalendoprothese oder einer Knie-Totalendoprothese im Vorfeld der Rehabilitationsmaßnahme akutstationär behandelt.

In der Kardiologie hatten sich die meisten AR-Patienten zuvor einer Bypass-Operation oder einer PTCA (perkutane transluminale koronare Angioplastie) unterzogen.

In der neurologischen Rehabilitation war die Gruppe der Patienten mit Hirninfarkt (42,7%) mit Abstand am größten, gefolgt von Patienten mit Multipler Sklerose (8,6%) und intrazerebralen Blutungen (6,3%).

In der Psychosomatik lauten die Hauptbehandlungsdiagnosen der GKV-Patienten depressive Störungen (59,8%) und Essstörungen (28,3%). Der Anteil bereits stark chronifizier-

Tabelle 8

#### Tatsächliche Effekte der Rehabilitation für die Einrichtungen für muskuloskeletale Erkrankungen

IRES-Unterdimension (muskuloskeletale Erkrankungen)	Mittelwerte		Effektstärke	Mittelwerte		Effektstärke
	Aufnahme	Entlassung	Aufnahme – Entlassung	Aufnahme	6-Monats-Katamnese	Aufnahme – 6-Monats-Katamnese
Schmerzen/Symptome	5,57	4,93	0,68	5,56	5,18	0,32
Behinderung im Alltag	4,27	3,91	0,31	4,25	3,58	0,43
psychische Belastungen	4,37	3,85	0,51	4,37	3,90	0,39
soziale Probleme	4,11	3,24	0,66	4,14	3,45	0,46

Effektstärken der Veränderungen in den IRES-Dimensionen (IRES = Indikatoren des Reha-Status) für die 17 Einrichtungen für muskuloskeletale Erkrankungen („belastungsorientierte“ Auswertung). Die Effektstärke ist eine statistische Messgröße, die zur Interpretation der gemessenen Veränderungen herangezogen wird. Sie hat den Vorteil, dass sie von Fallzahlen weitgehend unabhängig ist. Effektstärken unter 0,4 gelten als „geringe“, zwischen 0,4 und 0,8 als „mittlere“ und über 0,8 als „starke“ Effekte. Sechs Monate nach Entlassung aus der Reha-Klinik sind noch immer Effekte sichtbar, die im Bereich zwischen 0,32 und 0,46 liegen. Da bei der schriftlichen Befragung sechs Monate nach der Entlassung nicht alle Patienten antworten, unterscheiden sich die Mittelwerte in den beiden Spalten „Aufnahme“.

ter Erkrankungen ist hier mit 49,2% sehr hoch, davon haben 27% bereits eine Krankheitsdauer von über zehn Jahren. Für 38,9% der psychosomatischen Patienten handelte es sich im Jahr 2004 nicht um die erste Rehabilitationsmaßnahme.

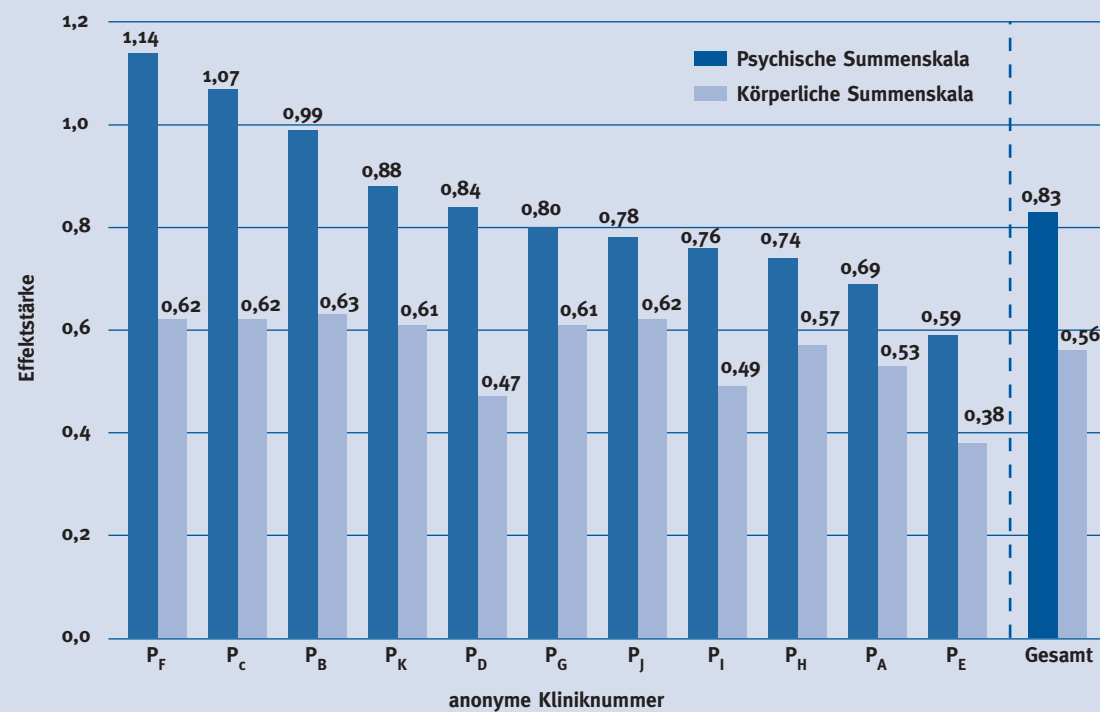
In allen Indikationen können Unterschiede in der Ergebnisqualität festgestellt werden. Abbildung 12 (siehe Seite 30) zeigt für den Indikationsbereich MSK, dass die meisten Einrichtungen hinsichtlich des „funktionalen Status“ ein ähnliches Qualitätsniveau erreichen. Der „funktionale Status“ gibt an, welche Behinderungen im Alltag vorliegen. Hierzu

zählen unter anderem die „Mobilität“, die „körperliche Aktivität“ und die „Selbsteinschätzung der Behinderung“ durch den Patienten. Dennoch unterscheiden sich einzelne Einrichtungen signifikant vom Durchschnitt – positiv als auch negativ.

Auch sechs Monate nach der Rehabilitationsmaßnahme lassen sich Unterschiede zwischen den Einrichtungen hinsichtlich der Effekte ausmachen. Abbildung 13 (siehe Seite 31) stellt den „psychosozialen Status“ der Patienten verschiedener kardiologischer Rehabilitationseinrichtungen ein halbes Jahr nach der Reha-Maßnahme dar. Der „psychosoziale

Abbildung 15

Ergebnisqualität (Prä-post-Vergleich) bei psychischen und körperlichen Symptomen



Effektstärken für die beiden Summenskalen (psychische und körperliche) des SF-8 (Erhebungsinstrument zur Erfassung der Ergebnisqualität auf Patientenseite). Für alle elf psychosomatischen Kliniken können „mittlere“ bis „starke“ Effekte nachgewiesen werden. Zugleich gibt es aber zwischen den einzelnen Einrichtungen große Unterschiede. Für die psychische Summenskala des SF-8 reichen die Effekte zum Entlassungszeitpunkt von 0,59 bis 1,14, für die körperliche Summenskala von 0,38 bis 0,63.

Status“ gibt an, wie hoch die individuelle „psychische Belastung“ (zum Beispiel Depressivität, Ängstlichkeit, Lebenszufriedenheit) und die „sozialen Probleme“ (zum Beispiel soziale Isolierung, Partnerschaft, soziale Unterstützung) von den Patienten eingeschätzt werden. Die Klinik K 12 schneidet hier signifikant besser ab als der Durchschnitt aller Einrichtungen. Die Patienten dieser Einrichtung haben einen signifikant höheren „psychosozialen Status“ als die Patienten der Kliniken K16 und K19, die im Vergleich am schlechtesten abschneiden.

Erhebliche Klinikunterschiede werden auch im Indikationsbereich „Neurologie“ deutlich. Die Abbildung 14 (siehe Seite 32) zeigt klinikvergleichend die Effekte bei den neurologischen Symptomen am Ende der Rehabilitation.

Insgesamt betrachtet lässt sich feststellen, dass die Behandlungsergebnisse bei dem Großteil der Einrichtungen vergleichbar sind. Allerdings sind auf allen Ebenen der Ergebnisqualität einzelne Kliniken identifizierbar, die in bestimmten Bereichen deutlich schlechter abschneiden. Hier muss der gemeinsame Dialog zwischen Einrichtung, Krankenkasse und gegebenenfalls auch mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen ansetzen, um einen Qualitätsentwicklungsprozess zu initiieren.

In einem Verfahren zur Qualitätssicherung ist aber nicht nur der relative Vergleich von Einrichtungen von Bedeutung. Es muss auch erkennbar sein, welche tatsächlichen Effekte erzielt werden (zur Interpretation von Effektstärken siehe im Anhang unter 4.5 auf Seite 42). Betrachtet man die erzielten Rehabilitationseffekte aller Reha-Fälle am Beispiel der Indikation Kardiologie, stellt man fest, dass die stärksten Effekte in den Unterdimensionen „soziale Probleme“ und „Schmerzen/Symptome“ erreicht werden (Tabelle 7; siehe Seite 33). Allerdings sind diese Effekte nach längerer Zeit wieder abgeschmolzen.

Effekte können auch für den Bereich „Behinderungen im Alltag“ nachgewiesen werden. Sie sind aber nicht so hoch wie in den zuvor genannten Bereichen. Dafür halten die Effekte hier länger an; im Bereich MSK werden sie teilweise sogar größer (Tabelle 8; siehe Seite 35). Die Effektstärken wurden nach dem „belastungsorientierten“ Verfahren berechnet, welches nur die zum Aufnahmezeitpunkt „auffälligen“ beziehungsweise sehr stark belasteten Patienten berücksichtigt. Dies sind etwa zwei Drittel der gesamten Patientenstichprobe. Die Höhe der Effektstärken reduziert sich, wenn alle Belastungsstufen in die Berechnungen mit eingeschlossen werden.

Ein Qualitätssicherungsverfahren muss nicht nur die relativen, sondern auch die tatsächlichen Effekte nachweisen können.

Tabelle 9

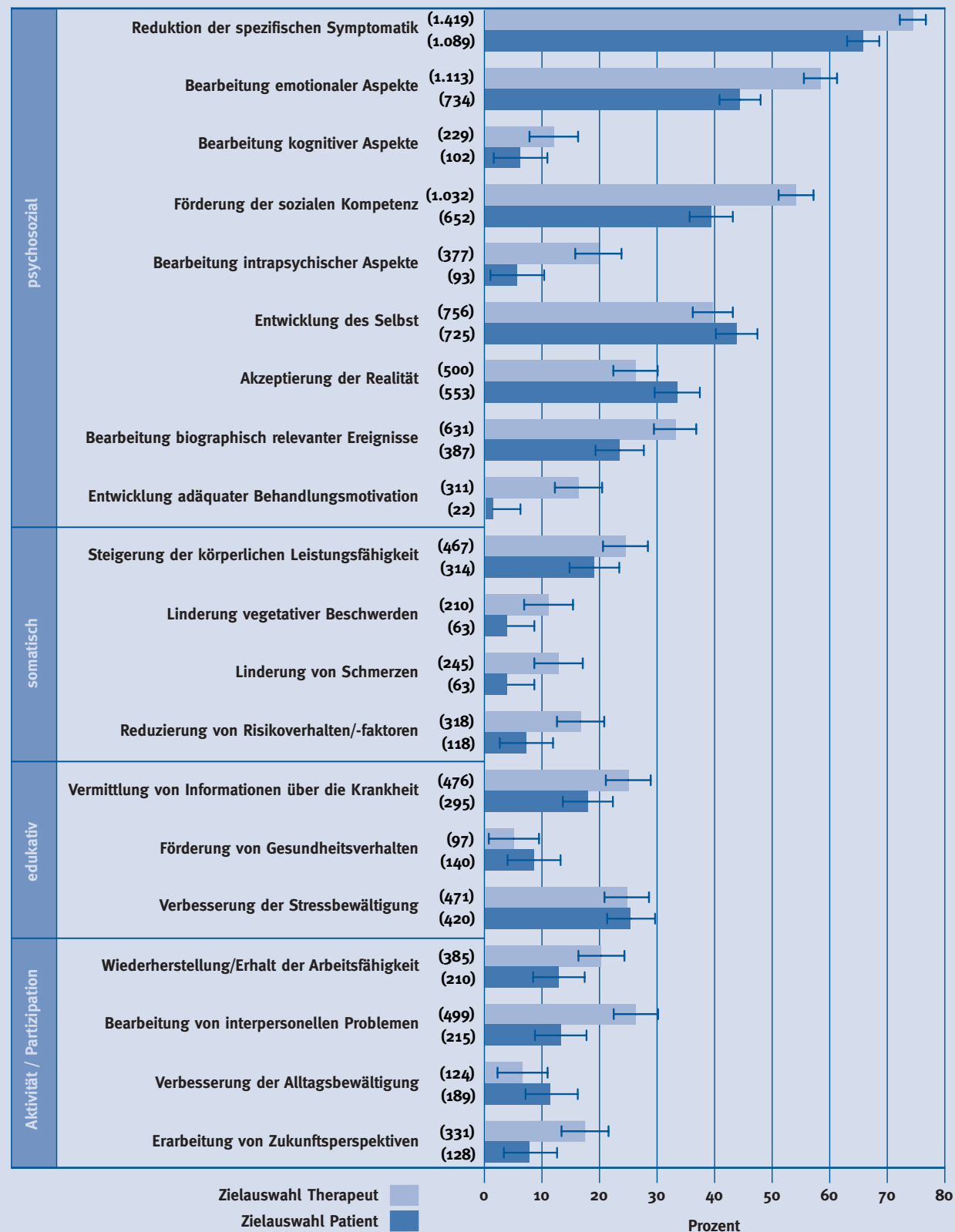
Häufige Fähigkeitsstörungen

muskuloskeletale Erkrankungen	1. Treppensteigen
	2. Laufen auf der Ebene
	3. Ankleiden
	4. Ausdauer
	5. Überqueren (z.B. Höhenunterschiede)
Kardiologie	1. Treppensteigen
	2. Ausdauer
	3. schnellen Laufen
	4. Laufen auf der Ebene
	5. Lebensunterhalt
Neurologie	1. Gehen
	2. Ausdauer
	3. manuellen Aktivitäten
	4. Ankleiden
	5. Sprach- und Sprechfunktion

Die fünf am häufigsten von den Reha-Ärzten genannten, vorrangig zu behandelnden Fähigkeitsstörungen nach ICDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap). An erster Stelle stehen bei allen drei Indikationsgruppen Therapieziele im Bereich Mobilität (Treppensteigen, Gehen).

Abbildung 16

Auswahl der Therapieziele



Gegenüberstellung der von Therapeuten (n = 1.905) und Patienten (n = 1.653) relevanten Therapieziele. Angegeben sind die Häufigkeiten, mit denen die Therapieziele in den 11 psychosomatischen Kliniken ausgewählt werden. Die Auswahl der Therapieziele erfolgt zum Aufnahmezeitpunkt anhand einer vorgegebenen Liste von 72 möglichen Therapiezielen, die von dem wissenschaftlichen Institut für das QS-Reha®-Verfahren entwickelt wurde. Am Ende der Behandlung wird zusätzlich der Grad der Erreichung dieser Ziele abschließend von Arzt und Patient eingeschätzt. Die „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ und die „Bearbeitung emotionaler Aspekte“ wird sowohl von den Therapeuten als auch von den Patienten am häufigsten ausgewählt.

In der Psychosomatik erfolgt die Erfassung der Ergebnisqualität auf Patientenseite mit mehreren unterschiedlichen Instrumenten (GSI der SCL-14, ADS-K, IIP-25 und SF 8). In Ergänzung zur Darstellung des risikoadjustierten Vergleichs der Kliniken sind in Abbildung 15 (siehe Seite 36) die nichtadjustierten Effektstärken der Veränderung zwischen Aufnahme und Entlassung im SF-8 dargestellt (Prä-post-Vergleich). Für alle psychosomatischen Kliniken können „mittlere“ bis „starke“ Effekte nachgewiesen werden. Zugleich gibt es aber zwischen den einzelnen Einrichtungen große Unterschiede. Für die psychische Summenskala des SF-8 reichen die Effekte zum Entlassungszeitpunkt von 0,59 bis 1,14, für die körperliche Summenskala von 0,38 bis 0,63. Dies zeigt auch die klinische Relevanz dieser Veränderungen.

In allen Indikationen werden zudem Therapieziele erfasst. Der im QS-Reha®-Verfahren bisher eingesetzte Arztbogen enthält hierzu eine rehabilitationsorientierte Auswahl der Fähigkeitsstörungen der ICDH (International Classification of Impairment, Disability and Handicap). Dieser wurde zwischenzeitlich an die Nachfolgeklassifikation ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) angepasst. Die Ärzte werden gebeten, daraus drei bis fünf vorrangig zu behandelnde Fähigkeitsstörungen auszuwählen und damit die zum Aufnahmezeitpunkt individuell operationalisierten Rehabilitationsziele zu dokumentieren. Tabelle 9 (siehe Seite 37) stellt die fünf am häufigsten ausgewählten Rehabilitationsziele aus drei verschiedenen Indikationen dar.

In der Psychosomatik werden sowohl durch den Patienten als auch durch den Therapeuten vorgegebene Therapieziele aus vier Dimensionen ausgewählt. Diese Dimensionen teilen sich auf in „Aktivität/Partizipation“, „edukativ“, „somatisch“ und „psychosozial“. Abbildung 16 (siehe Seite 38) macht die Einschätzungen von Seiten der Therapeuten und

der Patienten deutlich. Die Zielauswahl von Therapeuten und Patienten ist sehr ähnlich, was darauf hindeutet, dass Therapieziele gemeinsam besprochen und vereinbart wurden. Die „Reduktion der spezifischen Symptomatik“ wird von beiden Seiten am häufigsten ausgewählt, gefolgt von der „Bearbeitung emotionaler Aspekte“. Therapieziele aus den ICF-Komponenten „Aktivität/Partizipation“ werden hingegen sowohl von Patienten als auch von den Therapeuten eher selten ausgewählt. Für die medizinische Rehabilitation der GKV haben Aktivität und Partizipation jedoch eine zentrale Bedeutung.

Aus Sicht der GKV haben die Therapieziele aus dem Bereich „Aktivität/Partizipation“ zentrale Bedeutung.

## 3 Fazit

Die bisher vorliegenden Ergebnisse lassen noch keine abschließende Bewertung der so genannten „Reha-Landschaft“ insgesamt zu. Aber, QS-Reha® ist das richtige Instrumentarium, um eine solche zukünftige Bewertung vorzunehmen. Was heute schon für die beteiligten Einrichtungen beziehungsweise Fachabteilungen möglich ist, wird in naher Zukunft durch das QS-Reha®-Verfahren möglich sein, nämlich ein bundesweiter Vergleich der Einrichtungen bezüglich der zentralen Dimensionen von Qualität in der medizinischen Rehabilitation.

### 3.1 Nutzen des QS-Reha®-Verfahrens

Jede am QS-Reha®-Verfahren teilnehmende Einrichtung erhält durch die detaillierten Auswertungen für den jeweils untersuchten Indikationsbereich die Möglichkeit einer verlässlichen Standortbestimmung im Anbieterwettbewerb. Darüber hinaus wird ein wertvoller und umfassender Input für das interne Qualitätsmanagement gegeben. So können mögliche Schwachstellen identifiziert und geeignete konkrete Maßnahmen abgeleitet werden. Dies kommt letztlich auch dem Patienten zugute. Die Auswahl qualitativ guter Einrichtungen sowohl durch die zuständige Krankenkasse als auch durch die Patienten wird durch das QS-Reha®-Verfahren zukünftig leichter.

Für den Versicherten besteht aufgrund der Ergebnisse von QS-Reha® die Möglichkeit, diejenige Einrichtung auszuwählen, die seinen Bedürfnissen insgesamt am ehesten gerecht wird, um damit eine größtmögliche Nachhaltigkeit und Gesundheitsverbesserung zu erreichen. Für den Leistungserbringer bedeutet die nachgewiesene bessere Qualität zufriedener „Kunden“. Diese wiederum stellen für den Leistungserbringer geeignete „Werbeträger“ dar, dadurch dass der Kostenträger der Einrichtung erneut Patien-

ten zuweist. Durch hochwertige Leistungen wird Kundenbindung geschaffen. Für den Kostenträger erlaubt QS-Reha® eine differenzierte Einschätzung dazu, ob er seine Ausgaben wirtschaftlich und effektiv einsetzen konnte und der richtige Leistungserbringer ausgewählt wurde. Im Ergebnis steht damit fest, dass QS-Reha® sich für alle Beteiligten lohnt.

### 3.2 Ausblick

Das QS-Reha®-Verfahren hat sich in der Praxis bewährt. Es ist ein umfassendes und effizientes Verfahren, mit dem es nun möglich ist, die Qualität einer jeden Einrichtung sehr differenziert zu messen und darzustellen. Es ist damit die geeignete Antwort auf die gesundheitspolitischen Forderungen nach mehr Transparenz und Qualität sowie Eigenverantwortung der Patienten. Das QS-Reha®-Verfahren kontinuierlich an aktuelle Entwicklungen anzupassen und zukunftsgerichtet zu gestalten, ist und bleibt eine ständige Herausforderung. So erfolgt beispielsweise eine Erweiterung des Verfahrens auf den Indikationsbereich Geriatrie sowie den Versorgungsbereich der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen. Gemeinsam mit der gesetzlichen Rentenversicherung entwickeln die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen zurzeit ein einheitliches externes Qualitätssicherungsverfahren im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation sowie der ambulanten Rehabilitation.

Perspektivisch ist – abgesehen von den zuletzt genannten Versorgungsbereichen – die Harmonisierung der zurzeit noch in einigen Punkten unterschiedlichen QS-Verfahren der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung die Hauptaufgabe der Rehabilitationsträger. Bereits heute existieren aber im Bereich der Strukturqualität ein einheitlicher Erhebungsbogen sowie im Bereich der Prozessqualität einheitliche Anforderungen an das Peer-Review-Verfahren. Eine Annäherung muss insbesondere in dem zentralen Bereich der Ergebnisqualität erfolgen.

## 4 Anhang

### 4.1 Ansprechpartner für das QS-Reha®-Verfahren

QS-Reha® wird von allen Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen getragen. Ansprechpartner sind:

- Jens Thalau, AOK-Bundesverband, Bonn
- Ute Berghaus, BKK Bundesverband, Essen
- Jörg Wermes, IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
- Frank Hassenpflug, Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
- Ulrich Paschke, Bundesknappschaft, Bochum
- John Harder, Seekrankenkasse, Hamburg
- Peter Follert, Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

### 4.2 QS-Reha® im Internet

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben eine gemeinsame Internetseite ([www.qs-reha.de](http://www.qs-reha.de)) eingerichtet. Dort finden sich aktuell alle relevanten Informationen rund um das QS-Reha®-Verfahren. Insbesondere die in den jeweiligen Indikationen zum Einsatz kommenden Instrumente stehen dort zum Download bereit, ebenso wie auch die Nutzungsbedingungen für das QS-Reha®-Logo und der Anmeldebogen für die Reha-Einrichtungen.

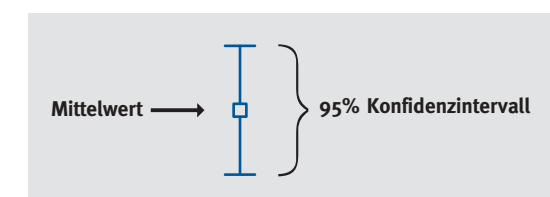
Wissenschaftliche Publikationen rund um das QS-Reha®-Verfahren und dessen Instrumente können auf der QS-Reha®-Homepage oder auch über die jeweiligen Internetseiten der wissenschaftlichen Institute recherchiert werden. Die Seiten der wissenschaftlichen Institute sind über einen Link mit der QS-Reha®-Homepage verbunden.

### 4.3 Interpretationshilfe „Risikoadjustierung: Regressionsanalytisches Verfahren“

Für eine „Risikoadjustierung“ wird im Rahmen des QS-Reha®-Verfahrens ein regressionsanalytisches Verfahren angewandt: Der Einfluss von fest stehenden beziehungsweise unveränderlichen Merkmalen auf das Behandlungsergebnis wie beispielsweise Geschlecht, Alter, Art der Maßnahme (Heilverfahren oder Anschlussrehabilitation) oder Bildungsgrad, die nicht durch die Einrichtungen beeinflusst werden können, wird anhand statistischer Verfahren bestimmt und gewissermaßen „herausgerechnet“. Die sich so ergebenden neuen Werte (standardisierte Residuen) sind nun frei vom Einfluss der betreffenden Variablen. Dies ist die wesentliche Voraussetzung für faire Klinikvergleiche.

### 4.4 Interpretationshilfe „Konfidenzintervall“

Das Konfidenzintervall (Vertrauensintervall) gibt den Bereich an, in dem der wahre Wert eines statistischen Kennwertes mit der Wahrscheinlichkeit 100 minus Signifikanzniveau liegt. In der Regel legt man das Signifikanzniveau mit 1% oder 5% fest (dabei handelt es sich um eine Konvention), was inhaltlich bedeutet, dass man sich bei dem gefundenen Ergebnis mit einer Wahrscheinlichkeit von 1% beziehungsweise 5% geirrt hat. Umgekehrt ausgedrückt, dass man sich mit einer Wahrscheinlichkeit von 99% beziehungsweise 95% nicht geirrt hat. Für die klinikvergleichenden Auswertungen im QS-Reha®-Verfahren wird jeweils immer das 95%-Konfidenzintervall abgebildet.



*Mit QS-Reha® werden mögliche Schwachstellen identifiziert und geeignete Maßnahmen abgeleitet.*

Für die Interpretation der Klinikvergleichs-Graphiken, wie bei der Prozess- oder Ergebnisqualität, ist das Konfidenzintervall hilfreich, weil unterschiedliche Mittelwerte nur dann als statistisch signifikant gelten, wenn ihre zugehörigen Konfidenzintervalle sich nicht überschneiden. Diese Form der Darstellung lässt damit auf einen Blick erkennen, welche Mittelwertunterschiede zwischen den einzelnen Kliniken beziehungsweise gegenüber der Gesamtstichprobe signifikant sind und welche im Rahmen der zufallsbedingten Streuung liegen und damit nicht als systematische Unterschiede interpretiert werden können. Der Mittelwert und das Konfidenzintervall der Gesamtstichprobe ist durch die drei durchgehenden, horizontal verlaufenden Linien in den Abbildungen gekennzeichnet.

#### 4.5 Interpretationshilfe „Effektstärke“

Zur Interpretation der Veränderungen wird als statistische Messgröße die so genannte „Effektstärke“ herangezogen. Diese wird zunehmend als Ergänzung zur Signifikanzprüfung eingesetzt. Die Effektstärke wird gebildet als Quotient aus der Differenz der Mittelwerte zweier Messungen (z.B. Aufnahme und Entlassung) und der Standardabweichung der Ausgangsmessung oder der Standardabweichung der Differenz beider Messungen. Die Formeln für die beiden Berechnungsvarianten stellen sich folgendermaßen dar (Bortz 1984, S.522; Bortz und Döring 1995, S.569; Maier-Riehle und Zwingmann 2000\*):

$$\text{Effektstärke} = \frac{\text{MW}_{\text{Aufnahme}} - \text{MW}_{\text{Entlassung}}}{\sqrt{\text{SD}_{\text{Aufnahme}}^2 + \text{SD}_{\text{Entlassung}}^2 - 2r \text{SD}_{\text{Aufnahme}} \text{SD}_{\text{Entlassung}}}}$$

oder

$$\text{Effektstärke} = \frac{\text{MW}_{\text{Aufnahme}} - \text{MW}_{\text{Entlassung}}}{\text{SD}_{\text{Aufnahme}}}$$

**MW = Mittelwert**  
**SD = Standardabweichung**  
**r = Korrelation der beiden Messungen**

Gegenüber dem Signifikanztest hat die Effektstärke den Vorteil, dass sie von Fallzahlen weitgehend unabhängig ist. Der Signifikanztest kann bei großen Fallzahlen auch dann ein „hoch signifikantes“ Ergebnis liefern, wenn die gemessenen Veränderungen so klein sind, dass sie in klinischer Hinsicht als unbedeutend einzustufen sind. Die Effektstärke dürfte in den meisten Fällen die „klinische Relevanz“ von Veränderungen deutlicher abbilden als das Signifikanzniveau dies kann. Die Interpretation der Effektstärken ist – ähnlich wie die Festlegung der verschiedenen Signifikanzniveaus – eine Frage von Konventionen. In diesem Bericht wurde durchgängig die folgende, in der Rehabilitationsforschung übliche Interpretation verwendet: Effektstärken unter 0,4 gelten als „geringe“, zwischen 0,4 und 0,8 als „mittlere“ und über 0,8 als „starke“ Effekte.

\* Bortz J (1984): *Lehrbuch der empirischen Forschung*. Springer-Verlag, Berlin  
 Bortz J, Döring N (1995): *Forschungsmethoden und Evaluation*. 2. Auflage. Springer-Verlag, Berlin  
 Maier-Riehle B, Zwingmann C (2000): *Effektstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung*. *Die Rehabilitation* 39, 189–199

#### 4.6 QS-Reha®-Klinikliste

In folgender Tabelle sind sämtliche Reha-Einrichtungen, die bereits am QS-Reha®-Verfahren

teilgenommen haben beziehungsweise zurzeit daran teilnehmen, aufgelistet. Eine ständig aktualisierte Klinikliste mit direktem Link findet sich im Internet unter [www.qs-reha.de](http://www.qs-reha.de).

Kirnitzschtal Klinik Bad Schandau	01814 Bad Schandau	MSK
Falkenstein-Klinik	01814 Bad Schandau	Gastroenterologie
Klinik Schloß Pulsnitz	01896 Pulsnitz	Neurologie
Klinik Schwedenstein	01896 Pulsnitz	Psychosomatik
Orthopädische Klinik in Rothenburg	02929 Rothenburg	MSK
Reha-Zentrum Spreewald	03096 Burg	Kardiologie
Sachsen-Klinik Naunhof	04683 Naunhof	MSK
Reha-Zentrum Bad Dübren	04849 Bad Dübren	Neurologie
Klinik „Eisenmoorbad“	06905 Bad Schmiedeberg	MSK
Klinik an der Weißenburg	07407 Uhlstädt-Kirchhasel	MSK
Klinik am Brunnenberg	08645 Bad Elster	Kardiologie
Sanitas Klinikum Sachsenhof	08645 Bad Elster	MSK
Klinik Bad Brambach	08648 Bad Brambach	Kardiologie
Klinik am Tharandter Wald	09600 Niederschöna, OT Hetzdorf	MSK
Klinik am Tharandter Wald	09600 Niederschöna/OT Hetzdorf	Neurologie
Klinik am Tharandter Wald	09600 Niederschöna/OT Hetzdorf	Kardiologie
Klinik am See	15562 Rüdersdorf (bei Berlin)	Kardiologie
Fachklinik und Moorbad Bad Freienwalde	16259 Bad Freienwalde	MSK
Fachklinik Wolletzsee	16278 Wolletz	Neurologie
Fachklinik Wolletzsee	16278 Wolletz	Kardiologie
Hellmuth Ulrici Kliniken	16766 Sommerfeld	MSK
Müritzklinik	17192 Klinik	MSK
Müritzklinik	17192 Klinik	Kardiologie
Klinik Malchower See	17213 Malchow	MSK
Klinik Malchower See	17213 Malchow	Gastroenterologie
Klinik Malchower See	17213 Malchow	Kardiologie
Klinik am Haussee	17258 Feldberger Seenlandschaft	MSK

Klinik am Haussee	17258	Feldberger Seenlandschaft	Kardiologie
Klinik am Haussee	17258	Feldberger Seenlandschaft	Neurologie
Dünenwald Klinik	17449	Trassenheide	MSK
Dünenwald Klinik	17449	Trassenheide	Kardiologie
Klinik Graal-Müritz	18181	Graal-Müritz	Onkologie
Rehabilitationsklinik „Garder See“	18276	Lohmen	MSK
Rehabilitationsklinik „Garder See“	18276	Lohmen	Onkologie
Barmer Ostseeklinik	18375	Seebad Prerow	Pneumologie
Klinik Leezen	19067	Leezen	Neurologie
DRK-Nordsee-Reha-Klinik „Goldene Schlüssel“	25826	St. Peter Ording	MSK
Gesundheitsklinik „Stadt Hamburg“	25826	St. Peter Ording	Pneumologie
Rehabilitationszentrum Oldenburg	26133	Oldenburg	Neurologie
Wasserschloß Klinik	26427	Neuharlingersiel	Dermatologie
Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder, Jugendliche und Erwachsene „Friedehorst“	28717	Bremen	Neurologie
Klinik Fallingbostal	29683	Fallingbostal	Kardiologie
Bückerberg Klinik	31707	Bad Eilsen	MSK
Krankenhaus Lindenbrunn	31861	Coppenbrügge	Neurologie
Klinik am Korso	32545	Bad Oeynhausen	Psychosomatik
Vital Kliniken – Klinik Dreizehnlinden	33014	Bad Driburg	MSK
Eggeland-Klinik	33014	Bad Driburg	MSK
Aatalklinik Wünnenberg	33181	Bad Wünnenberg	Neurologie
Habichtswald Klinik	34131	Kassel-Wilhelmshöhe	Onkologie
Habichtswald-Klinik	34131	Kassel	Psychosomatik
Klinikzentrum Mühlengrund	34537	Bad Wildungen	MSK
Klinik Reinhardshöhe	34537	Bad Wildungen	Onkologie
Parkland-Klinik	34537	Bad Wildungen	Psychosomatik
Hardtwaldklinik I	34596	Bad Zwesten	Psychosomatik
Hardtwaldklinik II	34596	Bad Zwesten	Psychosomatik
Orthopädische Klinik Dr. Muschinsky	37431	Bad Lauterberg/Harz	MSK

Paracelsus-Klinik am See	37581	Bad Gandersheim	Onkologie
Paracelsus Roswitha-Klinik	37581	Bad Gandersheim	Psychosomatik
Krankenhaus und Sanatorium Dr. Barner	38700	Braunlage	Psychosomatik
Rehabilitationsklinik Elbe – Saale	39249	Barby	Kardiologie
St. Mauritius Therapiekl. n. k.	40670	Meerbusch	Neurologie
Fachklinik Rhein-Ruhr	45203	Essen-Kettwig	Kardiologie
Fachklinik Rhein-Ruhr	45203	Essen-Kettwig	MSK
Sachsenklinik	46651	Bad Lausick	MSK
Rhein-Klinik St. Joseph	47139	Duisburg	Kardiologie
Rhein-Klinik St. Joseph	47139	Duisburg	Dermatologie
Wittekindklinik	49152	Bad Essen	Psychosomatik
Reha-Klinik Sonnenhof	49186	Bad Iburg	MSK
Schüchtermann-Schillersche-Kliniken	49214	Bad Rothenfelde	Kardiologie
Klinik im Kurpark	49214	Bad Rothenfelde	MSK
Parkklinik	49214	Bad Rothenfelde	MSK
RehaNova Köln GmbH, Neurologische/Neurochirurgische Rehabilitationsklinik Merheim	51109	Köln	Neurologie
Rehabilitationsklinik Bensberg	51429	Bergisch-Gladbach	MSK
Reha-Zentrum Reichshof	51580	Reichshof-Eckenhagen	Neurologie
Rhein-Sieg-Klinik	51588	Nümbrecht	MSK
Rhein-Sieg-Klinik	51588	Nümbrecht	Neurologie
Reha-Klinik „An der Rosenquelle“	52066	Aachen	MSK
Kaiser-Karl-Klinik	53117	Bonn	MSK
Neurologisches Rehabilitationszentrum „Godeshöhe“ e.V.	53177	Bonn-Bad Godesberg	Neurologie
Orthopädisch-rheumatologische Fachklinik Jülich	53474	Bad Neuenahr-Ahrweiler	MSK
Eifelhöhen-Klinik	53947	Nettersheim	MSK
Median Klinik	54463	Bernkastel-Kues	MSK
Klinik Burg Landshut	54463	Bernkastel-Kues	Neurologie
Paracelsus Rotenfels-Klinik	55583	Bad Münster am Stein	MSK

Klinik am Park	56864	Bad Bertrich	MSK
Neurologische Fachklinik Hilchenbach	57271	Hilchenbach	Neurologie
Baumrainklinik	57319	Bad Berleburg	MSK
Herz-Kreislauf-Klinik	57319	Bad Berleburg	Kardiologie
Odebornklinik	57319	Bad Berleburg	Neurologie
Rothaarklinik	57319	Bad Berleburg	Psychosomatik
Klinik Ambrock	58091	Hagen	Neurologie
Kaiserberg-Klinik	61231	Bad Nauheim	MSK
Klinik am Südpark	61231	Bad Nauheim	Kardiologie
Neurologische Klinik Falkenstein	61462	Königstein-Falkenstein	Neurologie
Reha-Kliniken Küppelsmühle	63611	Bad Orb	Kardiologie
Spessart-Klinik	63619	Bad Orb	Kardiologie
Fachklinik für Rehabilitationsmedizin St. Marien	63628	Bad Soden-Salmünster	MSK
Salztal Klinik	63628	Bad Soden-Salmünster	MSK
Klinik Lohrey	63628	Bad Soden-Salmünster	MSK
Klinik Rabenstein	63667	Nidda-Bad Salzhausen	MSK
Hirschpark-Klinik	64665	Alsbach-Hähnlein	MSK
Hohenfeld Kliniken	65520	Bad Camberg	MSK
WKA Klinik Dietz	65582	Diez	Psychosomatik
Gesundheitszentrum Saarschleife	66693	Mettlach-Orscholz	MSK
Fachklinik am Hardberg	69483	Wald-Michelbach	Psychosomatik
Klinik Bad Sebastiansweiler	72116	Mössingen	MSK
Klinik Pfeiffers Gesundheitspark	72178	Waldachtal	MSK
DE'IGNIS Fachklinik GmbH	72227	Egenhausen	Psychosomatik
Klinik Hohenfreudenstadt	72250	Freudenstadt	MSK
Reha-Klinik Bad Boll	73087	Bad Boll	MSK
Vinzenz Klinik	73342	Bad Ditzgenbach	MSK
Neurologisches Rehabilitationszentrum Quellenhof	75323	Bad Wildbad	Neurologie
AOK-Klinik Schlossberg	75378	Bad Liebenzell	MSK
Klinik Reichenbach	76337	Waldbronn	Neurologie

Klinik Dr. Franz Dengler	76530	Baden-Baden	Kardiologie
Klinik Dr. Franz Dengler	76530	Baden-Baden	MSK
AOK-Klinik Korbmatfelsenhof	76530	Baden-Baden	Kardiologie
Herz-Kreislauf-Zentrum Gernsbach/Schwarzwald	76593	Gernsbach	Kardiologie
Sankt Rochus Klinik	76669	Bad Schönborn	MSK
Sankt Rochus Klinik	76669	Bad Schönborn	Neurologie
Edith-Stein Fachklinik für Neurologie und Orthopädie	76887	Bad Bergzabern	Neurologie
Kliniken Dr. Wagner	77887	Sasbachwalden	MSK
Waldeck Klinik	78073	Bad Dürnheim	MSK
Vital Kliniken – Klinik Sonnenbühl	78073	Bad Dürnheim	Kardiologie
Kurklinik Limberger	78073	Bad Dürnheim	MSK
Hegau-Jugendwerk GmbH	78262	Gailingen	Neurologie
Vincentius Krankenhaus	78642	Konstanz	MSK
Mooswaldklinik	79111	Freiburg	MSK
Reha-Klinik St. Marien	79145	Bad Bellingen	MSK
Herz-Kreislauf-Klinik	79183	Waldkirch	Kardiologie
Schwarzwald Klinik II, Orthopädische Rehabilitationsklinik	79189	Bad Krozingen	MSK
Theresienklinik	79189	Bad Krozingen	Kardiologie
Schwarzwaldklinik Neurologie	79189	Bad Krozingen	Neurologie
Breisgau-Klinik	79189	Bad Krozingen	MSK
Klinik Lazariterhof / Klinik Baden-Privatklinik	79189	Bad Krozingen	Kardiologie
Schwarzwaldklinik Orthopädie	79189	Bad Krozingen	MSK
AOK-Klinik Stöckenhöfe	79299	Wittnau bei Freiburg	MSK
Reha-Klinik Hausbaden	79410	Badenweiler	MSK
Seidel-Klinik	79415	Bad Bellingen	MSK
Markgräflerland Klinik	79415	Bad Bellingen	MSK
Haus am Stalten	79585	Steinen Endenburg	Psychosomatik
Reha-Klinik Frisia	82487	Oberamergau	MSK
Reithofpark-Klinik	83075	Bad Feilnbach	Kardiologie
Klinik Jander - Klinik für Herz und Kreislauf	83358	Seebruck/Chiemsee	Kardiologie

SALUS Rehabilitationsklinik	83435	Bad Reichenhall	Dermatologie
Reha-Klinik Prinzregent Luitpold	83435	Bad Reichenhall	Pneumologie
Medical Park St. Hubertus	83707	Bad Wiessee	Kardiologie
Sanatorium im Sonnenfeld	83707	Bad Wiessee	MSK
Heilbad Krumbad GmbH Kneipp- u. Peloid Kurbetrieb	86381	Krumbach (Schwaben)	MSK
Kneippsche Stiftungen Barmherzige Brüder	86825	Bad Wörishofen	MSK
Fachklinik Allgäu	87459	Pfronten	Pneumologie
Gesundheitszentrum König Ludwig	87645	Schwangau	MSK
Klinik „Am Stiftsberg“	87730	Bad Grönenbach	Kardiologie
Fachkliniken Wangen	88239	Wangen/Allgäu	Neurologie
Klinik am schönen Moos	88348	Bad Saulgau	Psychosomatik
Federsee Klinik	88422	Bad Buchau	MSK
Birkle Klinik	88662	Überlingen	MSK
Klinik für Physikalische und Rehabilitative Medizin im RKU	89081	Ulm	MSK
Fachklinik Herzogenaurach	91074	Herzogenaurach	Neurologie
Fachklinik Johannesbad	94072	Bad Füssing	MSK
Fachklinik Bad Rodach	96476	Bad Rodach	Neurologie
Frankenklinik Bad Neustadt/Saale	97616	Bad Neustadt (Saale)	Kardiologie
Frankenpark Klinik	97688	Bad Kissingen	MSK
SANADERM Fachklinik	97980	Bad Mergentheim	Dermatologie
Klinik Herrental	97980	Bad Mergentheim	MSK
Schmerz-Therapie-Zentrum	97980	Bad Mergentheim	MSK
Schmerzambulanz am Arkau-Wald	97980	Bad Mergentheim	Neurologie
Sophienklinik	99518	Bad Sulza	Kardiologie
Deutsche Klinik für Dermatologie und Allergie	CH-7270	Davos (Schweiz)	Dermatologie



2004