

Referat im Fach

Rehabilitation

Prof. Dr. Ralph Brennecke

Studiengang Public Health an der Technischen Universität Berlin

WS 1999 / 2000

**Das Qualitätssicherungsprogramm
der Rentenversicherung**

Dr. Christa Weßel

Matrikel-Nr.: 186459

Berlin, Januar 2000

Inhalt

Einleitung	3
Hintergrund	3
Qualität	3
Historische Entwicklung und Beteiligte	4
Die fünf Programmpunkte	5
Punkt 1: Klinikstruktur und Klinikkonzept	5
Punkt 2: Patiententherapiepläne	6
Punkt 3: Qualitätsscreening	6
Punkt 4: Patientenbefragung	7
Punkt 5: Qualitätszirkel	8
Resümé	9
Literatur	9
Anhang: aus der Literatur entnommene Abbildungen	11

Einleitung

Als ein Beispiel eines externen Qualitätssicherungsprogrammes in der stationären medizinischen Rehabilitation möchte ich Euch das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung vorstellen.

Hintergrund

1989 wurde mit dem Gesundheits-Reformgesetz in den §§ 135-139 SGB V Qualitätssicherung im Geltungsbereich der gesetzlichen Krankenkassen Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen fest geschrieben [Egner 1998]. Die Rentenversicherungen sahen sich mit mehreren Problemen konfrontiert. Es tauchten in der gesundheitspolitischen Diskussion Zweifel an der Angemessenheit und Wirksamkeit der stationären Rehabilitation auf. Der Kostendruck und der Wettbewerb – auch mit ambulanten Einrichtungen – nahmen zu. Diese Probleme veranlassten die Rentenversicherungsträger, frühzeitig über eine Weiterentwicklung der Rehabilitation nachzudenken und auch den Nachweis der Qualität und die Qualitätssicherung in ihrem Geltungsbereich zu verankern [Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1992, Clade 2000].

In der gesetzlichen Rentenversicherung besteht die Besonderheit, dass hier Leistungsnachfrager, auch Kostenträger und in unserem Fall Rentenversicherungsträger genannt, und Leistungserbringer, die Rehabilitationskliniken, eng verknüpft sind. Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) und die Landesversicherungsanstalten für Arbeiter (LVA) betreiben zum einen selbst Rehabilitationskliniken, sind also hier nicht nur Kostenträger, sondern auch Leistungserbringer. Zum anderen belegen sie in überwiegendem Maß Rehabilitationskliniken, so dass diese wirtschaftlich von ihnen abhängig sind [vgl. Grigoleit 1999].

So können und haben die Rentenversicherungen in ihren Verträgen mit Rehabilitationskliniken Qualitätssicherungsprogramme für die medizinische stationäre Rehabilitation verankert. Akzeptieren die Kliniken die Bedingungen nicht und erfüllen die Anforderungen nicht, so machen die Rentenversicherungen zwar das Angebot, die Kliniken in ihren Bemühungen zu unterstützen. Verläuft dies nicht zufriedenstellend, behalten die Rentenversicherungen sich vor, den Kliniken die Belegung zu entziehen [Müller-Fahnow 1995].

Qualität

Qualität ist “. . . die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sie zu Erfüllung vorgegebener Erfordernisse geeignet macht” [Bundesärztekammer et al. 1996]. Qualität beinhaltet die Aspekte der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Im medizinischen Bereich hat sich die Betrachtung der Qualität unter den Aspekten Struktur, Prozess, Ergebnis durchgesetzt, die in den sechziger Jahren des zwanzigsten Jahrhunderts von Avedis Donabedian entwickelt wurde [Donabedian 1982]. Zur Struktur gehören räumliche, technische, personelle und organisatorische Gegebenheiten. Die Prozesse beschreiben Arbeitsabläufe in erster Linie hinsichtlich der Patientenbehandlungen aber auch andere Arbeitsabläufe. Die Ergebnisse, das Outcome, lassen sich unterteilen in Behandlungsergebnisse unmittelbar nach Entlassung oder mehrere Monate bis Jahre nach Entlassung. Da letztere schwer messbar sind und – stärker noch als die Behandlungsprozesse – von den Gegebenheiten des Patienten abhängig sind, konzentrierte man sich im Gesundheitswesen und damit auch in der Rehabilitation zunächst stark auf die Strukturqualität und in zunehmenden Masse auf die Prozessqualität. Outcomemessungen gewinnen in den letzten Jahren an Bedeutung [Kaltenbach 1993]

Qualitätssicherung (QS) ist – wie der Name schon ausdrückt – eher die Prüfung und Bewahrung der vorhanden Qualität. Die Prüfung kann ein Leistungserbringer als interne QS selbst durch-

führen. Externe Qualitätssicherungsprogramme werden einrichtungsübergreifend von aussen unter Mitwirkung der Leistungserbringer durchgeführt. Ein Beispiel ist das in diesem Beitrag vorgestellte Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungen. Allerdings wird der Begriff Qualitätssicherung im alltäglichen Sprachgebrauch hin und wieder synonym mit dem Begriff Qualitätsmanagement verwendet [vgl. Bundesärztekammer et al. 1996].

Qualitätsmanagement (QM) ist ein komplexes Modell mit mehreren charakteristischen Bausteinen. Damit will eine Einrichtung, Organisation oder Firma die ständige Verbesserung der erbrachten Leistungen verankern. Im angloamerikanischen Raum wird dies Continuous Quality Improvement (CQI) genannt [Kaltenbach 1993]. Da das Thema dieses Referat ein externes, also von aussen heran getragenes Qualitätssicherungsprogramm ist, verweise ich auf eine detailliertere Darstellung QM und CQI in der angegebenen Literatur [Bundesärztekammer et al. 1996; Kaltenbach 1993].

Historische Entwicklung und Beteiligte

Die gesetzlichen Rentenversicherungen gaben 1989 ein Gutachten in Auftrag, das unter anderem die eingangs angesprochenen Probleme, wie Wirksamkeitsnachweis, Wirtschaftlichkeit und Qualität, im Bereich der medizinischen Rehabilitation untersuchen und Vorschläge für das zukünftige Vorgehen machen sollte [Verband Deutscher Rentenversicherungsträger 1992].

Die BfA begann 1993 mit dem Aufbau eines Qualitätssicherungsprogrammes für die medizinische stationäre Rehabilitation. Bis dato war der Schwerpunkt auf die Strukturqualität gelegt worden. Nun sollten auch die Aspekte Prozess- und Ergebnisqualität integriert werden [Müller-Fahrnow 1995]. Der Entwicklung und Durchführung dieses Programmes schlossen sich vollständig oder in Teilen die übrigen gesetzlichen Rentenversicherungen an. Zu diesen zählen alle LVAs, die Bahnversicherungskasse, die Bundesknappschaft, die Seekasse und die Landwirtschaftlichen Alterskassen [Grigoleit et al. 1999].

Des weiteren wurden wissenschaftliche Institute und Universitäten zur Entwicklung fundierter Erhebungsinstrumente und zur Evaluation hinzugezogen. Rehabilitationskliniken, die von Rentenversicherungsträgern betrieben, bzw. überwiegend belegt wurden, wurden schrittweise in das Programm integriert und verpflichtet. Aus den Kliniken und den Rentenversicherungen rekrutieren sich Experten, die in Gruppen verschiedene Aspekte des Programmes bearbeiteten. Auf diese Aspekte wird in den einzelnen Programmpunkten eingegangen [Egner 1998, Huck 1998, Müller-Fahrnow 1995]. Die Datenverarbeitung und Datenauswertung sowie die Berichterstellung in anonymisierter Form übernehmen zwei beim VDR und der BfA eigens hierfür eingerichtete Bereiche.

Die Verknüpfung und Organisation des Programmes ist in **Abbildung 1 im Anhang** dargestellt [Quelle: Müller-Fahrnow 1995, S. 78]. Erhebungs- und Informationspartner für die einzelnen Kliniken ist jeweils die "federführende" Rentenversicherung [Müller-Fahrnow 1993]. Dies bedeutet es ist die Rentenversicherung, die die Klinik betreibt, oder den grössten Belegungsanteil hat. Damit sollen Mehrfacherhebungen und unklare Zuständigkeiten vermieden werden.

Mit ihrem Qualitätssicherungsprogramm wollen die Rentenversicherungen die Qualität der erbrachten Leistungen darstellen, also messen können, Kliniken vergleichen können und dadurch Anreize zur Qualitätssteigerung setzen [Egner 1998, Müller-Fahrnow 1995]. Ausserdem fliessen Aspekte der Kostentransparenz und Zuweisungssteuerung ein, auf die hier jedoch nicht weiter eingegangen werden soll.

Die fünf Programmpunkte

Das Programm gliedert sich in fünf Punkte, zum Teil mit zwei bis drei Unterpunkten. Ihre Themen, die beteiligten Institute und der Hauptdurchführende sind in Tabelle 1 dargestellt [vgl. dazu Egner 1998, Müller-Fahrnow 1995].

Programmpunkt	Hauptdurchführende	betreuende wissenschaftliche Einrichtung
1. Klinikstruktur und Klinikkonzept	Reha-Kliniken	Koch et al., Hamburg
2. Patiententherapiepläne	Reha-Kliniken	Koch et al., Hamburg
3. Therapiezielkatalog	Fachexperten	Jäckel et al., Bad Säckingen
Peer Review	Peers (Fachärzte) aus den Reha-Kliniken und den Rentenversicherungen	
4. Patientenbefragung	Patienten & Reha-Kliniken	Raspe et al., Lübeck Koch et al., Hamburg
5. Qualitätszirkel	Reha-Kliniken	Häussler et al., Berlin

Tabelle 1: Programm und Beteiligte

Je nach Art der Qualitätssicherung sind die Rehabilitationskliniken oder die Rentenversicherungen die Hauptdurchführenden. So führen die Rehabilitationskliniken die Berichterstattung zur Struktur- und Prozessqualität durch. Bei den Rentenversicherungen liegt die Datensammlung und -auswertung und die Berichterstattung über die Ergebnisse. Diese Ergebnisse gehen den Kliniken als Rückmeldungen (Feedback) zu ihren Leistungen zu.

Im folgenden wird ein kurzer Überblick zu den einzelnen Punkten gegeben.

Punkt 1: Klinikstruktur und Klinikkonzept

Diesen Bereich betreute die Arbeitsgruppe um U. Koch der Universität Hamburg [Koch 1998, Tiefensee 1998]. Die Klinikstruktur bildet die Strukturen im herkömmlichen Sinn ab. Das Klinikkonzept beschreibt eher das Leitbild und Selbstverständnis der Rehabilitationskliniken.

Für die **Klinikstruktur** ging man in zwei Schritten vor [Koch et al. 1998]. Um einen fairen Vergleich von Kliniken zu erreichen, bildete man qualitätsneutral die Klinikstrukturen ab und fasste Kliniken gleicher Struktur in Gruppen zusammen. In diesen Gruppen können die Kliniken untereinander qualitativ in ihrer Struktur verglichen werden. Zu den Struktur neutralen Merkmalen zählen die führende Indikationsgruppe, die Anzahl der behandelten Indikation, der AHB-Anteil, die Bettenzahl und der therapeutische Schwerpunkt. Beispiele für qualitative Strukturmerkmale sind Bettenzahl pro Arzt oder Psychologischer Fachkraft oder Funktionsräume.

Die Datenerhebung erfolgt DV-gestützt in den Kliniken. Ab 1996 ist statt der bis dato durchgeführten einmal jährlichen Vollerhebung eine Aktualisierung vorgesehen. Sie findet ebenfalls einmal jährlich statt, bei wichtigen Änderungen sind kurzfristige Meldungen der Rehakliniken vorgesehen.

In den Ergebnisberichten erhalten die einzelnen Rehabilitationskliniken ihre eigenen Zahlen verglichen mit dem Durchschnitt der anderen Kliniken. Dies sind die ersten Anfänge eines

Benchmarking als Teil der Qualitätssicherung. Jedoch ist der Vergleich mit dem Besten, wie beim Benchmarking angestrebt [Greulich 1997], so noch nicht möglich.

Als problematisch aber lösbar werten Koch et al. [1998] das komplexe Vorgehen bei der Entwicklung und Erhebung, da ständige Veränderungen im Zeitverlauf Anpassungen erforderlich machen werden. Ausserdem sollte laufend die Angemessenheit und Sicherheit der Gruppenbildung (Cluster) geprüft werden.

Das **Klinikkonzept** wird geprägt vom Rehabilitations- und Arbeitsverständnis [vgl. Tiefensee et al. 1998]. Die Merkmale und Kriterien, die dieses Konzept näher beschreiben, wurden durch Literaturrecherche und nach folgende Expertengespräche erarbeitet. Daraus entwickelte die Gruppe um U. Koch einen Erhebungsbogen, der sich in vier Merkmalsgruppen gliedert. Diese sind die *interne Vernetzung*, die *externe Vernetzung*, *Aspekte der Mitarbeiterführung* und der *therapeutische Schwerpunkt*. Sie sind mit ihren Untergruppen in **Tabelle 2 im Anhang** aufgelistet [Quelle: Tiefensee et al. 1998, S 17]. Der therapeutische Schwerpunkt ist meines Erachtens nicht unbedingt ein Qualitätsmerkmal sondern – wie bei der Klinikstruktur – eine Gruppierungshilfe für Vergleiche.

In diesem Beispiel wird besonders deutlich, dass der Vergleich mit dem Durchschnitt innerhalb eines Qualitätssicherungsprogrammes nicht zur Qualitätssteigerung führen muss. So ist genau zu prüfen, ob eine unter dem Durchschnitt liegende Besprechungszeit für eine mangelhafte Kooperation oder für eine effizientere Arbeitsweise spricht [vgl. Tiefensee et al. 1998, S16].

Punkt 2: Patiententherapiepläne

Patiententherapiepläne umfassen alle in der Rehabilitationsklinik für den einzelnen Patienten erbrachten therapeutischen Leistungen. Die Kliniken sind verpflichtet diese Leistungen vollständig aufzulisten, zu codieren und an die jeweils zuständige Rentenversicherung als Kostenträger zu melden. Weitere Informationen sind der ärztliche Entlassungsbericht und die sozialmedizinische Beurteilung. In den Entlassungsbrief fliessen bei Beginn der Rehabilitationsmassnahme gesetzte Therapieziele und die bei Entlassung erreichten Therapieziele ein [Müller-Fahrnow 1995; Spyra, Müller-Fahrnow 1998].

Die Codierung erfolgt mit Hilfe des Kataloges der *Klassifikation Therapeutischer Leistungen*. Er umfasst in seiner zweiten Version 3500 Leistungen in 19 Kapiteln. Vierzehn Kapitel sind Fachgruppen übergreifend. In fünf Kapiteln werden fachgebietsspezifische Punkte abgehandelt. Genaueres hierzu und zur Entwicklungsmethode führen Spyra und Müller-Fahrnow in ihrem Artikel über Rehabilitanden-Management-Kategorien aus [1998].

Die Autoren merken selbst an, dass wesentliche Aspekte der Leistungserbringung innerhalb der Rehabilitation, wie zum Beispiel Leistungen der Pflege, nicht mit diesem Instrument erfasst werden können.

Die Patiententherapiepläne werden bei allen von mir untersuchten Quellen sehr kurz abgehandelt. Der Aufwand, diese Dokumentation für jeden Patienten durchzuführen, ist für die Rehabilitationsklinik hoch. Es ist denkbar, dass auf Seiten der Kliniken Vorbehalte gegen diese "Totalerhebung", die trotzdem nicht vollständig ist, bestehen.

Punkt 3: Qualitätsscreening

Dieser Programmpunkt soll es ermöglichen, auf Dauer die Qualität erbrachter Leistungen unter den drei genannten Aspekten, vor allem aber unter dem Aspekt Prozessqualität, in den Kliniken regelmässig zu prüfen und Verbesserungen zu ermöglichen.

Die Prozessqualität der Behandlungen soll in **Peer Reviews** geprüft werden [vgl. Müller-Fahrnow 1998]. In der Pilotstudie 1997 wurden zunächst für das Indikationsgebiet der Bewe-

gungsorgane zufällig gezogene Stichproben, ca. drei Prozent der Fälle, zu Grunde gelegt. Ab 1999 sollten alle Gebiete abgedeckt sein.

Die Peers prüfen anhand der anonymisierten Patientenunterlagen die Prozess- und Ergebnisqualität der Behandlung. Die geprüften Gebiete umfassen Anamnese, Diagnostik, Therapieziele, Therapie, sozialmedizinische Stellungnahme, Nachsorgekonzept, Verlauf und Epikrise [vgl. Egner 1998]. Ein Manual für die somatischen Gebiete dient als Hilfe zur Beurteilung.

Die Peers rekrutieren sich sowohl aus den Rehabilitationskliniken als auch aus den ärztlichen Mitarbeitern der Rentenversicherungen. Die Voraussetzungen sind neben dieser Trägervielfalt "Freiwilligkeit, Facharztqualifikation, Reha-Erfahrung, absolvierte Peer-Schulung, längerfristige Mitwirkung, Begutachtung von mindestens 50 und höchsten 100 Reha-Fällen" [Müller-Fahnow 1995].

Als Hilfestellung für die Kliniken und die Peers wird in diesem Programmpunkt ein **Therapiezielkatalog** entwickelt, der zusammen mit einer Checkliste die Definition und Prüfung von Therapiezielen für den jeweiligen Patienten erleichtern und letztlich standardisieren soll. Ausserdem wird in Aussicht gestellt, dass diese Therapieziel zur Entwicklung von Leitlinien einen Beitrag leisten können [Egner 1998].

Der Katalog gliedert sich in verschiedene Indikationsgruppen, so die Gastroenterologie, Kardiologie, Neurologie, Onkologie, Orthopädie / Rheumatologie und Pneumologie. Wenn man die Indikationsgruppen insgesamt betrachtet, wie sie auch auf der **Abbildung 1 im Anhang** (Organisation) dargestellt sind, fehlen noch Sucht und psychische Erkrankungen.

Es wurden nach Literaturrecherchen und in einer modifizierten Delphi-Technik vier Zieldimensionen angelehnt an die ICDH der WHO entwickelt. Diese Dimensionen sind somatisch, funktional, psychosozial und edukativ. Sie sind in **Abbildung 2 im Anhang** für den Indikationsbereich Orthopädie / Rheumatologie dargestellt [Quelle: Portz et al. 1998, S 27] Es wurde hier kein Ranking innerhalb der Dimensionen vorgenommen. Die einzelnen Ziele wurden alphabetisch geordnet. Die einzelnen der Entwicklungsschritte können dem Artikel von Portz et al. [1998] entnommen werden. Die Delphi-Technique wird bei Linstone und Turoff [1975] ausführlich dargestellt.

Die Arbeitsgruppe um H. Jäckel betreute die Entwicklung diese Kataloges und merkt an, dass bei der Beurteilung entscheidend ist, wie hoch die Ziele bei Beginn der Therapie gesteckt wurden. Ausserdem – so der Stand 1998 [Portz et al.1998] – muss noch ein DV-gestütztes Erhebungsverfahren entwickelt werden. Bis dahin stützen sich die Prüfungen auf die Entlassungsberichte.

Punkt 4: Patientenbefragung

Ebenso wie im Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung der Industrie und Dienstleistung ist es auch im Gesundheitswesen zunehmend üblich den Kunden – also den Patienten, bzw. Betroffenen – nach seiner Zufriedenheit und seinen erreichten Verbesserungen nach einer Behandlung zu befragen.

Die Zufriedenheit des Patienten wird als mittlerweile erprobtes und validiertes Instrument zur Messung von Qualität in Prozessen und in Ergebnissen gesehen [vgl. Egner 1998 Kohlmann, Raspe 1998; Müller-Fahnow 1995] Die **Abbildung 3 im Anhang** [Quelle: Raspe in Müller-Fahnow 1998, S. 100] listet noch einige weitere Aspekt der Patientenbefragung auf, zum Beispiel die Förderung der Mitwirkung des Patienten.

Der Fragebogen wurde von der Arbeitsgruppe um H. Raspe, Universität Lübeck, entwickelt und umfasst Aspekte der Rehabilitation selbst, die Entwicklung nach der Rehabilitation und soziodemographische Faktoren [vgl. **Tabelle 3 im Anhang**, Quelle: Bührlen-Armstrong 1998, S40].

Die Akzeptanz wird von verschiedenen Autoren also hoch bezeichnet [vgl. Egner 1998; Bührlen-Armstrong et al. 1998]. Durch eine Erhebung bei der Entlassung, die nach Bührlen-Armstrong et al. [1998] keine wesentlich anderen Ergebnisse als eine spätere Erhebung haben soll – wäre auch eine zeitnahe Auswertung und Reaktion auf Hinweise zu Stärken und Schwächen der Einrichtung möglich.

Dieser Fragebogen kann also innerhalb einer Einrichtung, aber auch vom Rentenversicherer einrichtungsübergreifend und vergleichend eingesetzt werden. Hier überschneiden sich in angelegener Weise Aspekte der externen Qualitätssicherung und des internen Qualitätsmanagement.

Punkt 5: Qualitätszirkel

Die Rentenversicherer sehen Qualitätszirkel als den Hauptbestandteil von Qualitätsmanagement. Sie wollen innerhalb ihres Qualitätssicherungsprogrammes die Etablierung von Qualitätsmanagement in den beteiligten Rehabilitationskliniken erreichen. Aus diesem Grund verpflichten sie die Kliniken zur Einrichtung von Qualitätszirkeln [Egner 1998; Häussler 1996 und 1998; Müller-Fahrnow 1995].

Die Einrichtung von Qualitätszirkeln und ihre Evaluation wurde von der Arbeitsgruppe um B. Häussler, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES), betreut. Qualitätszirkel sind jedoch nur *ein* Baustein des komplexen Konstrukts Qualitätsmanagement, und Qualitätsmanagement ist ohne so wichtige Voraussetzungen wie das volle Engagement der Klinikleitung nicht machbar [vgl. Bundesärztekammer et al. 1996; Häussler 1996 und 1998; Johannes 1996; Kaltenbach 1993].

Hinzu kommt, dass innerhalb von Qualitätsmanagement und Qualitätszirkeln klinikinterne und oft vertrauliche Vorgänge und Probleme bearbeitet werden. Eine vollständige Offenlegung und somit Evaluation der Qualitätszirkel ist also nur bei Sicherstellung der Vertraulichkeit und Anonymität gegeben. Daher schliesse ich mich B. Häussler in der Annahme an, dass hier ein neutraler Ansprechpartner zwischen Rentenversicherern und Kliniken sein sollte.

Ende 1995, zwei Jahre nach dem Start von Qualitätszirkeln, gaben 233 von 380 zu diesem Punkt verpflichteten Rehabilitationskliniken, in einer qualifizierten Dokumentation Qualitätszirkelaktivitäten an.

Kriterien für "echte" Qualitätszirkel sind [vgl. Bundesärztekammer et al. 1996; Häussler 1996 und 1998; Johannes 1996; Kaltenbach 1993]

- Problem orientiertes Arbeiten
- multidisziplinäre Zusammensetzung
- Hierarchie übergreifend ¹
- ausgebildeter Moderator
- zeitlich Begrenzung (Projektcharakter)
- freiwillige Teilnahme
- Verbindlichkeit der Vereinbarungen
- Vertraulichkeit der Diskussionen

Häusslers Auswertung zeigt in **Tabelle 4 im Anhang** [Quelle: Häussler 1998, S22] jedoch, dass nur ungefähr ein Viertel der Aktivitäten den Kriterien von Qualitätszirkeln genügen, und dass ungefähr ein weiteres Drittel als Aktivitäten im Rahmen der Entwicklung von Qualitätsmana-

¹ Dies wird von verschiedenen Autoren unterschiedlich gewertet und sollte einrichtungs- und problem-spezifisch entschieden werden

gement, hier TQM (Total Quality Management), gewertet werden können. Er konstatiert jedoch eine Zunahme der Aktivitäten im Projektverlauf.

Resümé

Durch die demographische Entwicklung und die Zunahme chronischer Erkrankungen kommt es zu einer verstärkten Nachfrage nach rehabilitativen Leistungen. Es betrifft einen zunehmenden Anteil der Bevölkerung. Für die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen und die Sicherstellung der Finanzierbarkeit der notwendigen Leistungen ist es wesentlich, die Qualität der erbrachten Leistungen – und damit ihre Effizienz, Effektivität, Relevanz und Wirtschaftlichkeit – zu kennen und ständig zu verbessern.

Ein Baustein ist dazu die externe Qualitätssicherung, die wir am Beispiel des Qualitätssicherungsprogrammes der BfA für stationäre medizinische Leistungen kennen gelernt haben.

Durch gesundheitspolitische Diskussionen, den wachsenden Wettbewerbsdruck und diese Programme scheint das Bewusstsein für Qualität und die Notwendigkeit zu ihrer Sicherung, bzw. Verbesserung bei allen Beteiligten gewachsen zu sein. Ausserdem sind erste Erfolge zu verzeichnen.

Es bleibt abzuwarten, ob Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Zeiten zunehmenden Kostendrucks über gesetzliche oder vertragliche Verpflichtungen hinaus durchgeführt werden kann und durchgeführt wird.

Mir erscheint das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherer noch (?) zu einseitig hinsichtlich der in den Massnahmen und in den Expertengruppen vertretenen Berufsgruppen. Bis auf gelegentlich vertretene Psychologen beschränkt es sich auf Ärzte.

Ausserdem ist das Programm mit einem extrem hohem Dokumentationsaufwand insbesondere im Bereich Patiententherapiepläne verbunden. Die Totalerhebung bis ins Detail ist aus der Philosophie und dem Verständnis von Qualitätsmanagement und CQI nicht zu vertreten. Hier sollte in Zukunft über ein Stichprobenverfahren und eine Bündelung nachgedacht werden. Auch der Aspekt von Therapiefreiheit im Rahmen von Evidence based medicine spricht eher für ein Abrücken von der Totalerhebung.

Ein wesentlicher Punkt ist schliesslich meines Erachtens, nur wenn die Unterstützung durch die Rentenversicherer zum Aufbau der geforderten Massnahmen umfassend ist, wird der Eindruck der starken Restriktivität der Belegungsverträge relativiert.

Literatur

- Bührlen-Armstrong, Bernhard; Jager, Uwe de; Schochat, Thomas; Jäckel, W.H. (1998). Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation muskuloskelettaler Erkrankungen - Einfluss von Merkmalen der Patienten, der Behandlung, des Messzeitpunkts und Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis. *Rehabilitation* 1998; 37, Supplement 1: S38-46.
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hg.) (1996). *Curriculum Qualitätssicherung, Teil I: Ärztliches Qualitätsmanagement*. Köln: Bundesärztekammer.
- Clade, Harald (2000). Rehabilitation / Rentenversicherung. Es geht wieder aufwärts. *Deutsches Ärzteblatt* 2000; 97: A-90-92.
- Donabedian, Avedis (1982). An Exploration of Structure, Process and Outcome as Approaches to Quality Assessment. In: Selbmann, Hans-Konrad; Überla, Karl. K (Hg.) (1982). *Quality Assessment of Medical Care. Published for the Robert-Bosch-Stiftung GmbH*. Gerlingen: Bleicher, 69-92.
- Egner, Uwe; Gerwinn, Hans; Müller-Fahrnow, Werner; Schliehe, Ferdinand (1998). Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung für den Bereich der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 1998; 37, Supplement 1: S2-7.

- Greulich, Andreas (1997). Benchmarking auf Basis von Prozesskosten. In: Greulich, Andreas; Thiele, Günther; Thiex-Kreye, Monika (Hg.) (1997). *Prozessmanagement im Krankenhaus*. Heidelberg: R. v. Decker-Verlag, 177-193
- Grigoleit, Hanspeter; Schliehe, Ferdinand; Wenig, Manfred (Hg.) (1999). *Handbuch Rehabilitation und Vorsorge*. Sankt Augustin: Asgard Verlag Dr. Werner Hippe.
- Häussler, Bertram (1996). Qualitätszirkel und Ansätze von umfassenden Qualitätsmanagement in Rehabilitationskliniken. In: Schott, Thomas; Badura, Bernhard; Schwager, Hans-Joachim; Wolf, Peter; Wolters, Paul (Hg.) (1996). *Neue Wege in der Rehabilitation*. Weinheim, München: Juventa.
- Häussler, Bertram (1998). Qualitätszirkel in Rehabilitationskliniken. Was hat sich in der Praxis bewährt? *Rehabilitation* 1998; 37, Supplement 1: S20-23.
- Huck, Klaus; Dorenburg, Ulrich (1998). Modelle des Qualitätsmanagements für Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 1998; 37, Supplement 1: S57-63.
- Johannes, Dagmar (1996). Qualitätszirkel, Gesundheitszirkel und andere Problemlösungen - Eine vergleichende Darstellung der verschiedenen Konzepte. *Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hg.) Sonderausgabe* 1996, 4.
- Kaltenbach, Tobias (1993). *Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage von Total Quality Management*. Melsungen: bibliomed.
- Koch, Uwe; Tiefensee, Jutta; Kawski, S.; Arentewicz, G. (1998). Strategien zur Taxonomie von Rehabilitationskliniken auf der Basis von Strukturgleichheit. *Rehabilitation* 1998; 37, Supplement 1: S8-14.
- Kohlmann, T.; Raspe, H. (1998). Zur Messung patientennaher Erfolgskriterien in der medizinischen Rehabilitation: wie gut stimmen "indirekte" und "direkte" Methoden der Veränderungsmessung überein? *Rehabilitation* 1998; 37, Supplement 1: S30-37.
- Linstone, Harol A.; Turoff, Muray (Hg.) (1975). *The Delphi Method: Techniques and Applications*. London et al: Addison-Wesley Publishing Company.
- Müller-Fahrnow, Werner (1993). Routineeinsatz von Qualitätssicherungsprogrammen in der Rehabilitation. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hg.) (1993). *Rehabilitation 1993. Vorträge zum Rehabilitationsforum der BfA vom 29. bis 30. April 1993 in Berlin*. Berlin: BfA, 43-61.
- Müller-Fahrnow, Werner (1995). Zwischenbilanz der Programmumsetzung - Ergebnisse und Perspektiven. In: Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hg.) (1993). *Rehabilitation 1995. Rehabilitationsforum der BfA und der LVA Sachsen-Anhalt Magdeburg 23. bis 24. Oktober 1995*. Berlin: BfA, 74-114.
- Portz, W.; Gerdes, N.; Maier-Riehle, B.; Jäckel, W.H. (1998). Therapieziele in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 1998; 37, Supplement 1: S24-29.
- Spyra, K.; Müller-Fahrnow, Werner (1998). Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMKs). Ein neuer Ansatz zur Fallgruppenbildung in der medizinischen Rehabilitation. *Rehabilitation* 1998; 37, Supplement 1: S47-56.
- Tiefensee, Jutta; Arentewicz, G.; Bergelt, C.; Koch, Uwe (1998). Konzepterfassung in der medizinischen Rehabilitation: Ein Instrument der Qualitätssicherung. *Rehabilitation* 1998; 37, Supplement 1: S15-19.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1992). *Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger. Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. Frankfurt am Main.

Anhang: aus der Literatur entnommene Abbildungen

Abbildung 1 - Organisation [Quelle: Müller-Farnow 1995, S. 78].

Organisationsschema zum Reha-QS-Programm der Rentenversicherung

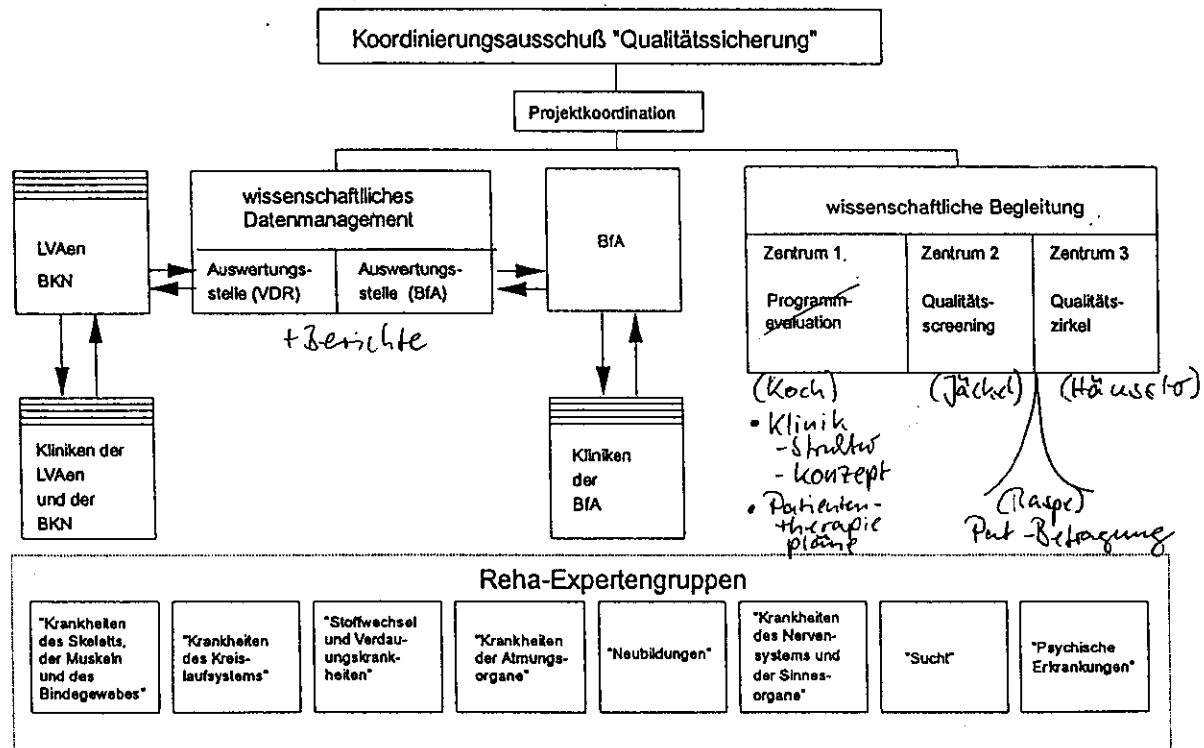


Tabelle 2 - Klinikkonzept [Quelle: Tiefensee et al. 1998, S 17].

Tab. 1 Übersicht über die Inhalte des „Dokumentationsbogens Konzepte“.

Interne Vernetzung	
Besprechungsmodalitäten	<ul style="list-style-type: none"> ● Dauer und Frequenz berufsgruppenspezifischer Besprechungen (die Teilnehmer der Besprechungen gehören alle derselben Berufsgruppe an) ● Dauer und Frequenz berufsgruppenübergreifender Besprechungen (mindestens zwei verschiedene Berufsgruppen sind vertreten) ● Art der berufsgruppenübergreifenden Besprechung ● teilnehmende Berufsgruppe(n)
Dokumentation	<p>Durchführung einer formalisierten Dokumentation für die Bereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Eingangsdagnostik, Therapieplanung, Verlaufsdiagnostik, durchgeführte Maßnahmen, Abschlußdiagnostik ● EDV-gestützte Dokumentation ● Verwendung einer Basisdokumentation ● spezielle Vorgaben für die Erstellung des Entlassungsberichts ● Durchführung und Auswertung von Katamnesen
Interne Qualitätszirkel	<ul style="list-style-type: none"> ● Thema ● inhaltlicher Schwerpunkt ● Beginn des Zirkels ● Anzahl bisheriger Treffen ● moderierende Berufsgruppen ● Protokollerstellung ● Leitungsbeteiligung ● Hinzuziehung externer Beratung ● teilnehmende Berufsgruppen
Externe Vernetzung	
Externe Qualitätszirkel	<ul style="list-style-type: none"> ● Thema ● Laufzeit ● Leitung ● Zusammensetzung der Arbeitsgruppe (Einrichtungen) ● Differenzierung in indikations- und/oder trägerspezifische bzw. -übergreifende Teilnehmergruppen
Aspekte externer Vernetzung mit anderen Einrichtungen	<p>Für insgesamt 21 Einrichtungen/Personengruppen wird erfragt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Häufigkeit der Kontakte/Quartal ● Dokumentation ● zuständige Berufsgruppen <p>Zudem:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Anschluß der Einrichtung an ein Weiterbildungsinstitut ● Kooperation mit wissenschaftlichen Instituten
Aspekte der Mitarbeiterqualifizierung	
Fortbildung	<p>Für Veranstaltungen mit Vortragscharakter, mit aktiver Beteiligung und Fachtagungen wird erfragt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Frequenz ● Referenten (intern oder extern) ● teilnehmende Berufsgruppen
Supervision	<ul style="list-style-type: none"> ● Frequenz ● Form (klinikextern, klinikintern durch externen Supervisor, klinikintern durch Vorgesetzten) ● inhaltlicher Schwerpunkt (Fall- und/oder Teamsupervision) ● Leitungsbeteiligung ● Verpflichtung zur Teilnahme ● Supervision für die Leitung
Therapeutischer Schwerpunkt	<p>Verteilung von 100 Prozent-Punkten auf die Behandlungsbereiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● medikamentös, bewegungs- und physiotherapeutisch, ergotherapeutisch, soziotherapeutisch, berufs-spezifisch beratend, psychotherapeutisch, gesundheitsbildend, diätetisch, Hilfsmittelversorgung <p>Für die psychischen Indikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Frage zur psychotherapeutischen Orientierung

Abbildung 2 - Therapieziele [Quelle: Portz et al. 1998, S 27]

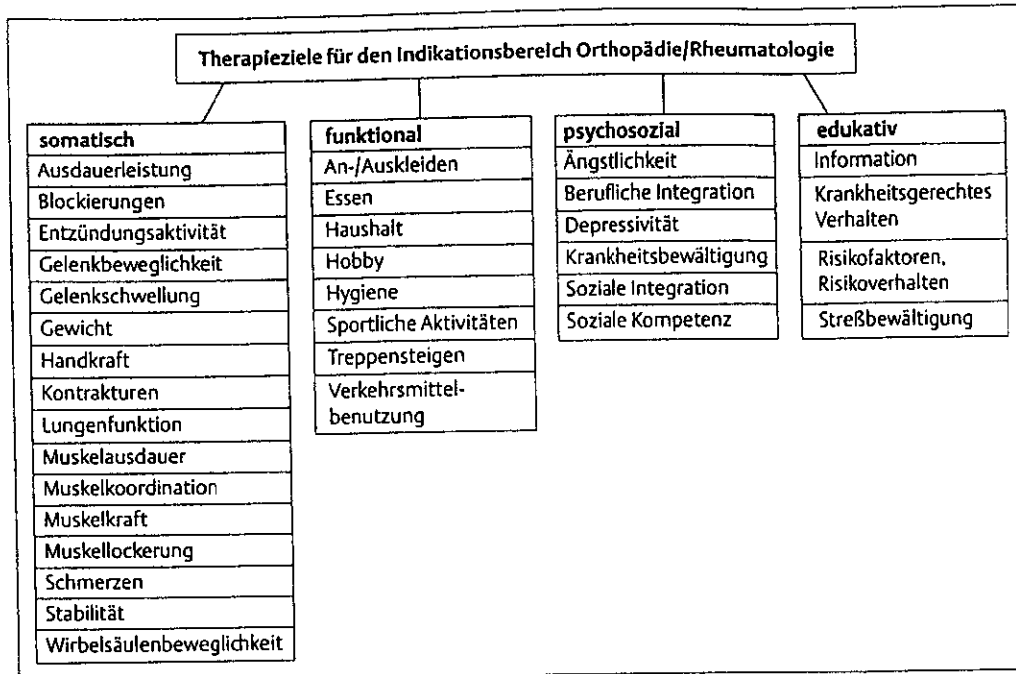
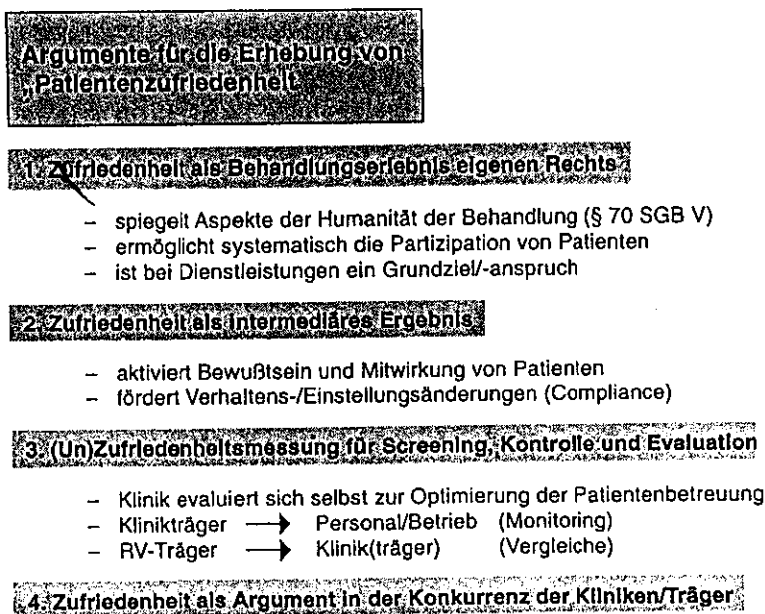


Abbildung 3 - Patientenzufriedenheit [Quelle: Raspe in Müller-Farnow 1998, S. 100].



Quelle: Wiss. Begleitung QS, AG Raspe, Universität Lübeck

Tabelle 3 - Fragebogen [Quelle: Bührlen-Armstrong 1998, S40].

Tab. 1 Bereiche im Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

1. Unterbringung¹
2. Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation
3. Betreuung durch die Pflegekräfte
4. Freizeitmöglichkeiten²
5. Psychologische Betreuung
6. Essen²
7. Behandlungen
8. Schulungen und Vorträge
9. Organisation der Behandlungen und Schulungen
10. Rehabilitationsplan und -ziele
11. Klinik
12. Nach der Rehabilitation
13. Erwerbstätigkeit, Leistungsvermögen und Rente
14. Gesamtbeurteilung der Rehabilitation
15. Fragen zur Person

¹ In der endgültigen Fassung z. T. dem Bereich „Klinik“ zugeordnet.

² In der endgültigen Fassung gestrichen.

Tabelle 4 - Qualitätszirkel [Quelle: Häussler 1998, S22]

Tab. 3 Klassifizierung der Qualitätszirkel nach dem Charakter der berichteten Aktivitäten am Ende des zweiten Programmjahres (Quelle: Einschätzung des Charakters der Aktivitäten auf der Basis der Angaben auf den Dokumentationsbogen durch die wissenschaftliche Begleitung [Basis: 464 Aktivitäten in 380 Kliniken]).

	Anzahl	in%
„Echte“ Qualitätszirkel	109	23,5
Aktivitäten, die im Rahmen der Entwicklung des TQM-Konzeptes gesehen werden können: Qualitätszirkel auf Leitungsebene, Arbeitsgruppen zu therapeutisch-konzeptionellen Themen, Steuerungsgruppen	161	34,7
Aktivitäten, die <i>nicht</i> als QZ bezeichnet werden können: Routineeinrichtungen, Fortbildungsveranstaltungen und technische Projektgruppen	194	41,8
Summe der zu beurteilenden Aktivitäten	464	100,0
Nicht zu beurteilende Aktivitäten	94	
Dokumentierte Qualitätszirkel insgesamt	558	