

Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung: Der Strukturierte Qualitätsdialog – ein neues Instrument

Margarete Ostholt-Corsten¹, Susanne Weinbrenner²

¹ Leiterin des Bereichs Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin

² Leiterin des Geschäftsbereiches Sozialmedizin und Rehabilitation und Leitende Ärztin der Deutschen Rentenversicherung Bund, Berlin

Kurzfassung

Eine qualitativ hochwertige Rehabilitation, die Menschen unterstützt möglichst lang im Erwerbsleben zu verbleiben, ist das Ziel der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Daher hat die Deutsche Rentenversicherung in den letzten 20 Jahren ein umfangreiches Qualitätssicherungsprogramm aufgebaut. Mit unterschiedlichen Verfahren wurden Qualitätsindikatoren sowohl zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt. Einrichtungsvergleichende Berichte zu den Qualitätsindikatoren setzen wertvolle Impulse für das interne Qualitätsmanagement der Fachabteilungen und tragen damit zur Qualitätsentwicklung in der rehabilitativen Versorgung bei. Erreicht werden soll außerdem eine größtmögliche Transparenz des Leistungsgeschehens.

Dieser Artikel gibt einen Überblick über die Reha-Qualitätssicherung der DRV in der medizinischen Rehabilitation. Etablierte Instrumente, die eine qualitätsgesicherte Rehabilitation gewährleisten sollen, werden dargestellt. Aufbauend auf bewährten Instrumenten hat die DRV nun den „Strukturierten Qualitätsdialog“ eingeführt, mit dem Qualitätsergebnisse zukünftig noch stärker als bisher Berücksichtigung finden werden.

Schlüsselwörter

Reha-QS, Qualitätssicherung, Strukturierte Qualitätsdialog, medizinische Rehabilitation, qualitätsgesicherte Rehabilitation, Deutsche Rentenversicherung

Rehabilitation quality assurance of the German Federal Pension Agency: structured quality dialogue – a new instrument

Abstract

During the past 20 years, the German Federal Pension Agency has built up a complex quality assurance system. Quality indicators were developed considering quality of structure, process and result. The article gives an overview on the quality assurance system for medical rehabilitation clinics of the German Federal Pension Agency. Additionally to the existing instruments, the “structured quality dialogue” has been developed which makes it possible to consider both clinicians perspective and quantitative data in questions of quality optimization.

Keywords

Quality assurance, structured quality dialogue, medical rehabilitation, German Federal Pension Agency

1 Einleitung

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) führt pro Jahr gut eine Million medizinische Rehabilitationsleistungen stationär und ambulant durch. Die DRV ist in diesem Bereich

der größte Rehabilitationsträger und trägt somit eine besondere Verantwortung für den Versorgungsbereich.

Ziel der Rehabilitation der DRV ist nach §9 SGB VI der Erhalt bzw. die Wiederherstellung der beruflichen Integration der Versi-

cherten und damit die Vermeidung oder Beseitigung einer krankheits- oder behinderungsbedingten Erwerbsminderung. Um dieses Ziel zu erreichen, hat die DRV bereits seit 1994 ein umfassendes Qualitätssicherungsprogramm aufgebaut (VDR 1992). Dabei orientierte sich die DRV an der von Donabedian begründeten Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Donabedian 1966). Mit der Einführung des Neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) im Jahr 2001 wurden Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Rehabilitation schließlich auch gesetzlich verankert (§37 SGB IX). Die Rehabilitationsträger wurden u.a. verpflichtet, vergleichende Qualitätsanalysen durchzuführen. Hierzu wurde eine gemeinsame Empfehlung der Reha-Träger auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) erarbeitet, die „Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 1 SGB IX“¹ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2003). Sie sieht eine systematische und kontinuierliche Prüfung, Bewertung, Förderung und Verbesserung der Qualität einschließlich vergleichender Qualitätsanalysen in der Rehabilitation vor.

2 Qualitätssicherung der medizinischen Rehabilitation

Das Prinzip der Qualitätssicherung beruht auf der Datenerhebung, -auswertung und der Ergebnissrückmeldung zu Qualitätsindikatoren. Daten werden sowohl aus Routinedaten der DRV als auch in speziellen Erhebungen (z.B. Rehabilitandenbefragung, Peer Review-Verfahren) gewonnen. Die Datenerhebung wird von den 16 Rentenversicherungsträgern (14 Regionalträger und zwei Bundesträger) der DRV durchgeführt, die Auswertung und Ergebnissrückmeldung erfolgt durch den Grundsatz- und Querschnittsbereich - Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik - der DRV (VDR, 2000; Egner et al., 2006). Die Ergebnisse zu den jeweiligen Indikatoren werden den Fachabteilungen und dem federführenden Rentenversicherungsträger als Qualitätsbericht zur Verfügung gestellt. Dabei sind die Berichte vergleichend aufgebaut, d.h. neben den Ergebnissen der Fachabteilung werden auch die Ergebnisse der indikationsspezifischen Vergleichsgruppe dargestellt. Um die Ergebnisse

für die Nutzer übersichtlich und aussagekräftig zu gestalten, erfolgt eine differenzierte Aufbereitung, die mit allgemeinen, zusammenfassenden Ergebnissen beginnt und im Folgenden detailliert Einzelergebnisse darstellt. Eine Berichtschronik ermöglicht die retrospektive Sicht auf die Entwicklung von Ergebnissen im Zeitverlauf.

Alle rentenversicherungseigenen sowie von der DRV federführend belegten Reha-Fachabteilungen nehmen verpflichtend an der Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung teil. Derzeit fließen in die umfassenden Auswertungen für die Berichterstellung pro Jahr Daten von rund 1.700 medizinischen Fachabteilungen ein. Die Datenbasis der Qualitätssicherung wird zusätzlich für Forschungszwecke aufbereitet und genutzt.

Mit dem Konzept einer einheitlichen Bewertung der Qualität von Rehabilitationseinrichtungen (BQR) besteht in der DRV bereits seit 2009 ein Bewertungssystem für Qualitätsergebnisse der Rehabilitandenbefragung, der Reha-Therapiestandards (RTS), der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und des Peer Review. Grundlage der BQR ist, die Ergebnisse der jeweiligen Indikatoren in Qualitätspunkte umzurechnen, wobei 100 Qualitätspunkte das Maximum sind. Mit den Qualitätspunkten steht eine hoch verdichtete Darstellungsform für Qualitätsergebnisse zur Verfügung. Die Spannweite der erreichten Qualitätspunkte macht bestehende Qualitätsunterschiede sichtbar.

Gemeinsam mit Experten aus Praxis und Wissenschaft hat die DRV unterschiedliche Instrumente zur Erfassung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt (Abbildung 1). Die Instrumente werden regelmäßig unter wissenschaftlicher Begleitung und unter Einbezug von Experten aktualisiert und weiterentwickelt sowie auf weitere Versorgungsbereiche ausgedehnt (Klosterhuis, 2010).

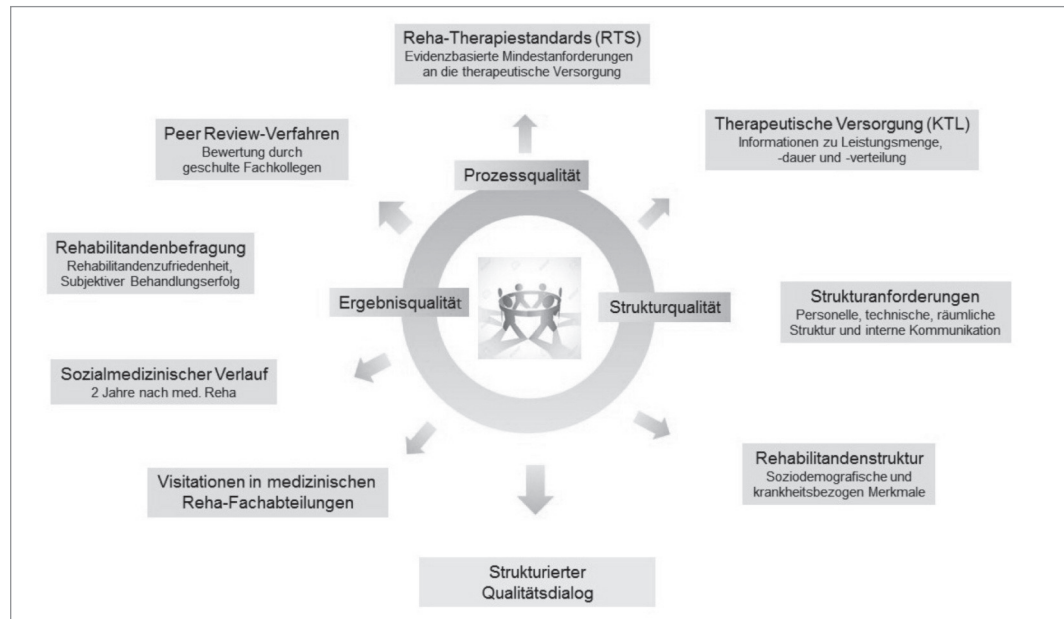
2.1 Strukturqualität

Zur Sicherung der Strukturqualität wurden Anforderungen an die Struktur der Reha-Fachabteilungen, d.h. die räumliche und technische Ausstattung definiert sowie Mindestanforderungen an die personelle Besetzung festgelegt (Deutsche Rentenversiche-

¹ Mit dem Inkrafttreten des neuen Teil 1SGB IX zum 1.1.2018 gemäß „Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)“ sind Änderungen der in diesem Beitrag genannten Paragraphen einschließlich der Bezifferung zu beachten (§ 20 SGB IX a.F., ab 2018: § 37 SGB IX n.F.).

Abbildung 1

Instrumente und Verfahren
der Reha-Qualitätssiche-
rung der medizinischen
Rehabilitation



rung Bund, 2014a). Diese werden mittels Fragebögen (Strukturerhebung) erfasst und überprüft. Die Verstetigung der Strukturerhebung wird zurzeit im Rahmen einer Projektgruppe vorbereitet. Eine regelmäßige Überprüfung der Strukturanforderungen findet auch im Rahmen der Visitationen der Einrichtungen statt. Insgesamt besteht eine hohe Strukturqualität bei den von der DRV belegten Reha-Einrichtungen.

2.2 Prozessqualität

Die Prozessqualität wird über die durchgeführten therapeutischen Leistungen, die Erfüllung der Reha-Therapiestandards und das ärztliche Peer Review-Verfahren erfasst.

2.2.1 Klassifikation therapeutischer Leistungen

Die Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) wurde von der DRV für die medizinische Rehabilitation entwickelt. Sie wird seit 1997 in der Routine der Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung eingesetzt, um das therapeutische Leistungsspektrum der Rehabilitationseinrichtungen zu dokumentieren, zu bewerten und auch unter inhaltlichen Gesichtspunkten zu analysieren. Die therapeutischen Leistungen sind mit Indikationsstellung, Therapiezielen, Mindestdauer und Anforderungen an die Qualifikation des Personals in der KTL beschrieben. Die KTL wird seit 1997 in der Routine der Reha-Qualitätssicherung eingesetzt und

wurde wiederholt aktualisiert. Zurzeit ist die KTL 2015 gültig (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014b).

2.2.2 Reha-Therapiestandards

Seit 2005 werden Reha-Therapiestandards (RTS) für den Geltungsbereich verschiedener, häufig vorkommender Erkrankungen entwickelt. Diese werden unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse sowie unter Mitwirkung von Praktikern erstellt. Bislang gibt es acht RTS für Erkrankungen von Erwachsenen und drei für Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen. Mit den RTS werden die Therapien der Rehabilitanden auf eine wissenschaftliche, evidenzbasierte Grundlage gestellt. Die RTS definieren in Therapiemodulen Mindestanforderungen an die therapeutische Versorgung, die sich auf alle Rehabilitanden eines entsprechenden Geltungsbereiches in einer Fachabteilung beziehen. Basis sind die KTL-Leistungen. Im Rahmen der Reha-Qualitätssicherung der DRV wird überprüft, in welchem Ausmaß die Reha-Therapiestandards erfüllt werden. 2015 erfolgte eine Überarbeitung und Aktualisierung aller Reha-Therapiestandards (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2016a). Seit Einführung der RTS haben sich die Erfüllungsgrade einzelner Therapiemodule deutlich verbessert.

2.2.3 Peer Review

Im Peer Review-Verfahren der DRV wird seit 1999 die Qualität sowohl des Reha-Prozes-

ses als auch des -Ergebnisses von erfahrenen Rehabilitationsmedizinerinnen des jeweiligen Fachgebietes (Peers) bewertet. Dazu werden etwa 20 zufällig ausgewählte, anonymisierte Reha-Entlassungsberichte und Therapiepläne mit Hilfe von standardisierten Checklisten und auf Grundlage eines Manuals geprüft. Für somatische und psychosomatische bzw. Suchtindikationen wurden getrennte Checklisten und Manuale entwickelt. Um eine einheitliche Bewertungspraxis zu erreichen, werden die Peers zusätzlich geschult. Das Peer Review verursacht einen hohen Aufwand bei allen Beteiligten, ist jedoch dennoch für die Zielsetzung, Qualitätsmängel zu erkennen und zu beseitigen, ein sehr gut geeignetes Instrument. Wegen des hohen Aufwandes erfolgt die Durchführung des Peer Review-Verfahrens für somatische und psychosomatische bzw. Suchtindikationen im Wechsel in circa zweijährigen Intervallen. Auch das Peer Review-Verfahren wird regelmäßig überarbeitet (Deutsche Rentenversicherung Bund 2016b, Deutsche Rentenversicherung Bund, 2017a).

2.3 Ergebnisqualität

Das Ergebnis der Rehabilitation wird einerseits vom Rehabilitanden selbst erfragt, zum anderen den Versichertendaten der pflichtversicherten Rehabilitanden entnommen. Aktuell steht in der Reha-Qualitätssicherung der DRV die Weiterentwicklung der Instrumente zur Ergebnisqualität im Fokus.

2.3.1 Subjektiver Behandlungserfolg aus der Rehabilitandenbefragung

Eine qualitätsorientierte Befragung von Patienten als Patient Reported Outcome Measure (PROM) ist im Gesundheitswesen ein weit verbreitetes und akzeptiertes Instrument der Qualitätssicherung. Die Wahrnehmung des Rehabilitanden ist von entscheidender Bedeutung für den weiteren Verlauf, für die Bewältigung bzw. den konstruktiven Umgang mit der Erkrankung sowie für die berufliche Integration und damit für das Reha-Outcome. Die DRV führt seit 1997 eine schriftliche Rehabilitandenbefragung 8-12 Wochen nach Ende der Rehabilitation durch, in der der Rehabilitand als Experte seiner Gesundheit den Erfolg der Rehabilitation bewertet. Pro Monat und Fachabteilung werden hierzu 20 Rehabilitanden zufällig ausgewählt. Ein häufiger Kritikpunkt an der

Rehabilitandenbefragung war anfangs, dass Fachabteilungen mit eher „schwieriger“ Klientel bei der Befragung systematisch benachteiligt würden. Um faire Vergleiche zwischen den Fachabteilungen zu ermöglichen, werden daher seit 2009 bei somatischen und seit 2011 bei psychosomatischen bzw. Suchtindikationen der Einfluss rehabilitandenseitiger Merkmale und deren unterschiedliche Verteilung (z.B. in Hinblick auf Rentenantragsteller, Langzeitarbeitslose, Rehabilitanden mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten) auf die Fachabteilungen mit der Methode der Adjustierung berücksichtigt. Aktuell wird in einem Projekt mit wissenschaftlicher Unterstützung überprüft, ob die bisherigen Variablen und ihr Einfluss weiterhin Gültigkeit haben. Fraglich war z.B., ob die Variable OST-WEST weiterhin bedeutsam ist. Nach den ersten Ergebnissen trifft dies auch weiterhin zu. Außerdem werden zukünftig Diagnosen in der Adjustierung aufgenommen. Darüber hinaus wird in einem Mehr-Ebenen-Ansatz überprüft, ob der Einfluss von Variablen sich nur auf das Urteil des einzelnen Rehabilitanden auswirkt oder ob es auch zusätzlich das Ergebnis der gesamten Fachabteilungen beeinflusst. Wenn eine Fachabteilung viele „schwierige Rehabilitanden“ hat, kann sich das beispielsweise auch auf die allgemeine Stimmung und Zufriedenheit auswirken. Schließlich wird unter Einbeziehung der Betroffenen ein nutzerfreundliches Rückmeldekonzept erarbeitet, welches zukünftig in die Berichterstattung zur Rehabilitandenbefragung einfließen soll.

2.3.2 Sozialmedizinischer Verlauf

Mit dem sozialmedizinischen Verlauf wird ein Überblick über den Erwerbsverlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden der DRV in den zwei Jahren nach Abschluss einer medizinischen Rehabilitation gegeben. So wird ausgewertet, wie viele Rehabilitanden auch zwei Jahre nach der Rehabilitation im Erwerbsleben verblieben und wie viele z. B. aufgrund einer Erwerbsminderungsrente ausgeschieden sind. Bisher wird der sozialmedizinische Verlauf noch nicht als Qualitätsindikator bzw. als Qualitätsbericht an die Einrichtungen zurückgemeldet, weil noch keine fairen Vergleiche zwischen den Abteilungen dargestellt werden können. Um dies zu ermöglichen, ist eine Adjustierung erforderlich: Die Ergebnisdaten der Einrichtungen müssen um Effekte korrigiert werden, welche die Reha-Ergebnisse beein-

flussen können, die jedoch nicht den Einrichtungen zuzuschreiben sind, wie bspw. regionaler Arbeitsmarkt, Alter, Geschlecht oder Diagnose. Ein wissenschaftlich begleitetes Projekt zur Entwicklung eines Adjustierungsmodells ist in Vorbereitung, bei dem die wesentlichen Einflussfaktoren für die berufliche Integration des Rehabilitanden Berücksichtigung finden.

2.4 Übergreifende Instrumente

2.4.1 Rehabilitandenzufriedenheit aus der Rehabilitandenbefragung

Übergreifend über alle Qualitätsdimensionen werden die Rehabilitanden im Rahmen der Rehabilitandenbefragung neben dem subjektiven Behandlungserfolg auch zu ihrer Zufriedenheit mit der Rehabilitation befragt.

2.4.2 Visitationen

Visitationen vor Ort durch die Rentenversicherungsträger ermöglichen einen unmittelbaren, zusammenfassenden und aktuellen Einblick der Fachabteilung. Sie werden durch ein geschultes Visitationsteam durchgeführt, das in der Regel aus einem Arzt und einem Mitarbeiter der Verwaltung besteht. Ergebnisse der Reha-Qualitätssicherung unterstützen bei der Vorbereitung und sind z. T. auch Anlass für Visitationen. Die Visitationen umfassen einen Rundgang durch die Rehabilitationseinrichtung, Gespräche mit der Klinikleitung, den Mitarbeitern und den Rehabilitanden sowie die Überprüfung der Einhaltung der strukturellen, organisatorischen und personellen Anforderungen der DRV. Seit 2013 steht ein rentenversicherungswelt abgestimmtes Instrumentarium für Visitationen zur Verfügung, das neben allgemeinen Ausführungen zur Visitation einen manualisierten Dokumentationsbogen umfasst, mit dem die Visitationsergebnisse festgehalten werden (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2014c). Die Rückmeldung der Ergebnisse zu den Visitationen ist bisher Aufgabe des Visitationsteams des jeweiligen Rentenversicherungsträgers. Hier steht noch ein trägerübergreifend abgestimmtes Verfahren der Bewertung der Ergebnisse aus.

2.4.3 Rehabilitandenstruktur

Umfassende und detaillierte Informationen zur Rehabilitandenstruktur stellen für die Re-

habilitationsträger und die Fachabteilungen wichtige Zusatzinformationen bereit. So werden das Indikationsspektrum der Rehabilitanden, aber auch soziodemografische und krankheitsbezogene Merkmale für die Fachabteilungen und für die Vergleichsgruppe detailliert dargestellt. Diese Informationen tragen auch dazu bei, die erzielten Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren differenziert zu interpretieren.

2.4.4 Strukturierter Qualitätsdialog

Als jüngstes Instrument hat die DRV 2018 den Strukturierten Dialog eingeführt (Weinbrenner et al., 2017). Auch wenn bereits viele Fachabteilungen gute und sehr gute Ergebnisse in den Qualitätsindikatoren erzielen, zeigt sich eine deutliche Heterogenität mit einer hohen Varianz in den Qualitätsergebnissen zwischen den Fachabteilungen, die nicht durch Unterschiede in der Rehabilitandenstruktur zu erklären sind. Für auffällig unterdurchschnittliche Qualitätsergebnisse gab es bisher kein etabliertes Vorgehen. Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung ist es deshalb ein notwendiger und wichtiger Schritt, zukünftig verstärkt qualitätsrelevante Indikatoren einheitlich zu berücksichtigen: Mit dem „Strukturierten Qualitätsdialog“ steht nun ein rentenversicherungswelt abgestimmtes Instrument für den einheitlichen Umgang mit Qualitätsergebnissen zur Verfügung.

Im Mittelpunkt steht ein direkter, persönlicher und partnerschaftlicher Austausch zwischen Leistungsträgern und Reha-Einrichtungen. Auffällige Qualitätsergebnisse der externen Qualitätssicherung sollen zukünftig in einem Dialog zwischen Rehabilitationseinrichtung und Rentenversicherungsträger geklärt und Vereinbarungen getroffen werden, um innerhalb eines bestimmten Zeitraums Qualitätsverbesserungen zu erzielen (Abbildung 2).

Um ein einheitliches Vorgehen der Rentenversicherungsträger zu gewährleisten, wurde das Vorgehen detailliert festgelegt (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2017b). Auch erfolgt anhand einer einheitlichen Vorlage zum Strukturierten Qualitätsdialog eine Dokumentation, in der alle relevanten Daten, Begründungen und Entscheidungen durch den federführenden Rentenversicherungsträger festgehalten werden.

Ausgangspunkt des Strukturierten Qualitätsdialogs sind auffällige Ergebnisse zu Qualitätsindikatoren der Reha-Qualitätssicherung

der DRV. Es wurden zunächst fünf Qualitätsindikatoren festgelegt: die Behandlungszufriedenheit und der subjektive Behandlungserfolg der Rehabilitandenbefragung, die therapeutische Versorgung (KTL), die Reha-Therapiestandards (RTS) sowie das Peer Review. Für die fünf genannten Indikatoren liegen Qualitätspunkte nach dem Konzept zur Bewertung der Qualität von Rehabilitationseinrichtungen (BQR) vor, so dass eine Vergleichbarkeit gegeben ist. Die Einleitung eines Qualitätsdialogs erfolgt, wenn für die fünf genannten Indikatoren definierte Schwellenwerte unterschritten werden. Es wurden ein absoluter (50 Qualitätspunkte) und ein relativer (untersten 10 % der Vergleichsgruppe) Schwellenwert festgelegt, deren Unterschreitung als handlungsleitende Auffälligkeit gilt (Abbildung 3). Ein Dialog muss ausgelöst werden, wenn eine Fachabteilung in einem Qualitätsindikator den absoluten Schwellenwert unterschreitet. Er soll ausgelöst werden, wenn eine Fachabteilung den relativen Schwellenwert in zwei Indikatoren unterschreitet. Darüber hinaus kann der federführende Rentenversicherungsträger auch einen Qualitätsdialog einleiten bei weiteren Auffälligkeiten, wenn z.B. Beschwerden sich häufen, die E-Berichtslaufzeiten zu lang sind oder die QS-Ergebnisse auffällige Varianzen aufweisen. Perspektivisch ist die Aufnahme weiterer Qualitätsindikatoren (z.B. Visitationen, Sozialmedizinischer Verlauf) für den Strukturierten Qualitätsdialog geplant.

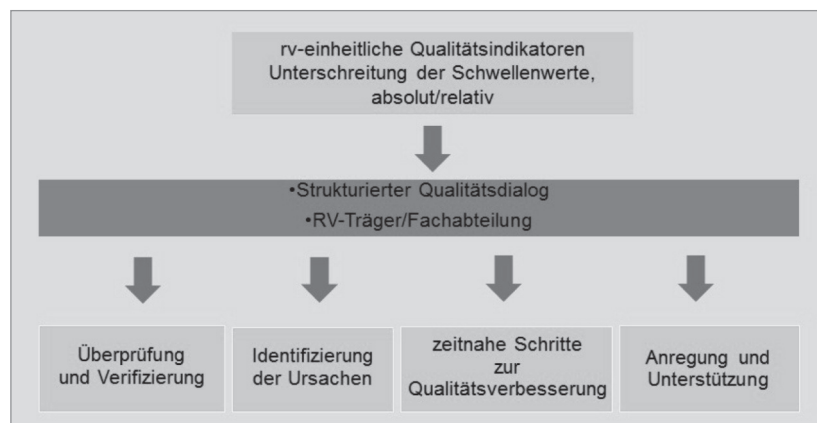


Abbildung 2

Strukturierter Qualitätsdialog

Der federführende Rentenversicherungsträger informiert die betroffene Reha-Fachabteilung über einen beabsichtigten Strukturierten Qualitätsdialog. Auffällige Ergebnisse für Qualitätsindikatoren werden dabei konkret benannt und ggf. weitere relevante Informationen und Unterlagen bereitgestellt. Er bindet außerdem mitbelegende Rentenversicherungsträger in den Strukturierten Qualitätsdialog ein, ermöglicht auf Wunsch eine Teilnahme und informiert über Ergebnisse und Festlegungen. Die Reha-Fachabteilung hat, nachdem sie über den beabsichtigten Strukturierten Qualitätsdialog und dessen Anlass informiert wurde, zunächst die Gelegenheit zu den auffälligen Qualitätsindikatoren schriftlich Stellung zu nehmen und über ggf. bereits initiierte oder beabsichtigte Verbesserungsmaßnahmen zu berichten. Wenn z.B. Gründe für ein unterdurchschnittliches Qua-

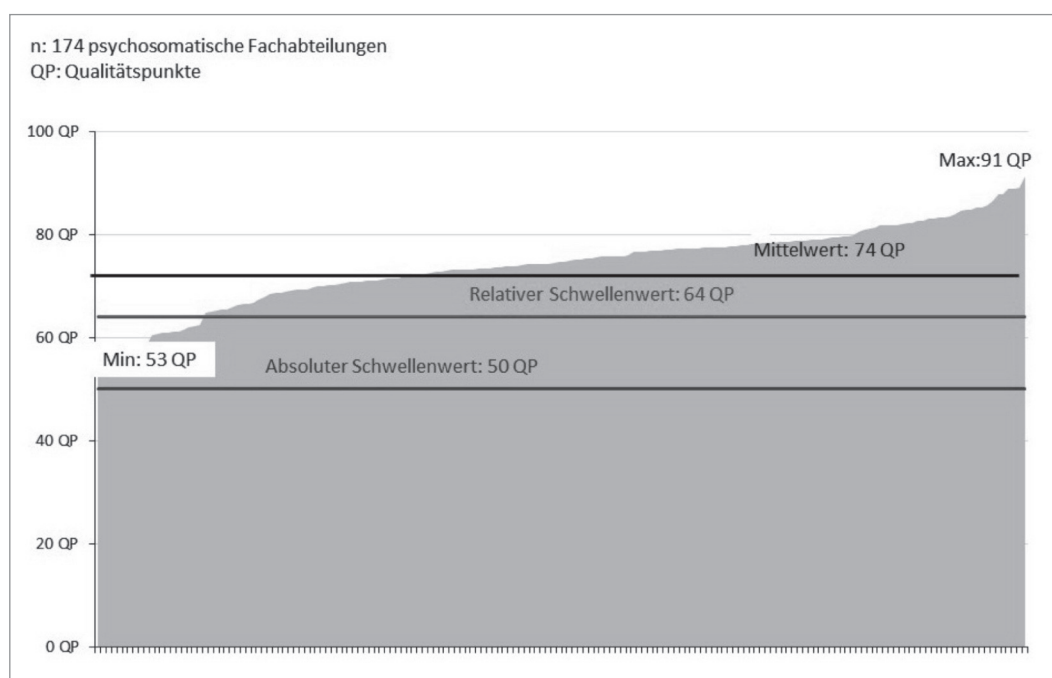


Abbildung 3

Übersicht über Ergebnisse zum Peer Review psychosomatischer Fachabteilungen, Bericht 2017, mit Schwellenwerten

litätsergebnis nachvollziehbar dargelegt (z.B. Umbaumaßnahmen) werden oder bereits initiierte Verbesserungsmaßnahmen eine positive Entwicklung erwarten lassen, kann der federführende Rentenversicherungsträger von einem persönlichen Qualitätsdialog mit der Einrichtung absehen. Diese Entscheidung ist nachvollziehbar zu dokumentieren; die Einrichtung und die mitbelegenden Rentenversicherungsträger sind schriftlich zu informieren. Wird die Stellungnahme als nicht ausreichend bewertet, wird der persönliche Austausch im Rahmen des Strukturierten Qualitätsdialogs eingeleitet. In den persönlichen Austausch durch den federführenden Rentenversicherungsträger einbezogen werden seitens der Einrichtung sowohl die ärztliche Leitung als auch die Verwaltungsleitung. Die Einrichtung hat im Dialog die Gelegenheit, Gründe für die Ergebnisse und ihre Position zu den Anforderungen und Erwartungen des Trägers ausführlich darzustellen. Im Mittelpunkt stehen dabei Anregung, Austausch und Unterstützung. Gemeinsam werden Qualitätsverbesserungsprozesse diskutiert und geeignete Maßnahmen festgelegt, durch die sich die Qualitätsergebnisse innerhalb eines vereinbarten Zeitraums positiv entwickeln sollen. Der federführende Rentenversicherungsträger nimmt dabei im Strukturierten Qualitätsdialog eine Beraterrolle wahr. Er unterstützt die Einrichtung mit seinen Erfahrungen über Strukturen und Abläufe anderer Einrichtungen. Wohl wissend, dass manche Veränderungen Zeit benötigen, sind zwei Durchläufe mit zeitlichen Vereinbarungen des Dialogs vorgesehen. Sofern das Ziel der Qualitätsverbesserung wiederholt verfehlt wird, sind Konsequenzen im Hinblick auf die weitere Inanspruchnahme zu prüfen.

Um das Verfahren und die Vorgehensweise des Strukturierten Qualitätsdialogs so transparent wie möglich zu gestalten, lud die DRV seit August 2017 zu Einführungsveranstaltungen in unterschiedlichen Regionen Deutschlands ein. Das Interesse an den Einführungsveranstaltungen war groß: Es nahmen insgesamt ca. 1100 Personen aus 1050 Fachabteilungen teil. Auf den Informationsveranstaltungen hatten die Vertreter der Fachabteilungen die Gelegenheit, sich zum Vorgehen beim Strukturierten Qualitätsdialog auszutauschen und auch ihre Bedenken und Erwartungen einzubringen.

Die Einführung des Strukturierten Qualitätsdialogs wird über 30 Monate wissenschaftlich begleitet, um die Umsetzung und Prakti-

kabilität zu testen. In dem Projekt werden sowohl die Prozesse, die Vorgehensweise sowie die Dokumentationsabläufe bei den Reha-Einrichtungen, den Rentenversicherungsträgern und im Grundsatz- und Querschnittsbereich Qualitätssicherung der DRV evaluiert. Ebenfalls wird überprüft, ob die erwarteten Ziele eingetroffen sind und der Strukturierte Qualitätsdialog ein geeignetes Instrument zur Qualitätsverbesserung ist.

3 Zusammenfassung und Ausblick

Die DRV als größter Rehabilitationsträger der medizinischen Rehabilitation hat für diesen Versorgungsbereich eine besondere Verantwortung. Daher hat sich die DRV bereits vor mehr als zwanzig Jahren dazu entschlossen, in der medizinischen Rehabilitation eine hohe Versorgungsqualität und Transparenz der Leistungserbringung zu realisieren und hat eine umfassende Qualitätssicherung eingeführt. Die Stärke der Reha-Qualitätssicherung liegt im Einbeziehen mehrerer qualitätsrelevanter Aspekte. Die Zusammenschau der Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren ermöglicht ein klares Bild über die Fachabteilungen.

Die Rehabilitation hat sich im Verlauf stark gewandelt, profiliert und professionalisiert. Dazu hat auch die Reha-Qualitätssicherung beigetragen. Die Qualitätsergebnisse dokumentieren an vielen Stellen eine positive Situation und Entwicklung, sie sind aber noch von einer nicht geringen Einrichtungsvarianz geprägt. Die Notwendigkeit der Qualitätssicherung bleibt also weiterhin bestehen.

Vor dem Hintergrund des Vergaberechtsmodernisierungsgesetzes (VergRMoG), das 2016 in Kraft getreten ist, entwickelt die Rentenversicherung ein rentenversicherungsträgerübergreifendes Konzept für die Belegung von Reha-Einrichtungen, das auch Qualitätsindikatoren berücksichtigt. Zukünftig werden daher Qualitätsergebnisse eine noch bedeutendere Rolle spielen, da die Einrichtungsauswahl der DRV qualitätsorientiert erfolgen wird. Damit setzt die DRV ein klares Signal für einen qualitätsorientierten Wettbewerb (Roßbach, 2017).

Die Rehabilitation ist aber nicht nur auf den Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung beschränkt. Dieser ist als integraler Bestandteil im Langzeitmanagement von Menschen mit chronischen Krankheiten zu verstehen. Sowohl vorausgehende als auch

nachgelagerte Leistungen haben wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis im Sinne einer anhaltenden Erwerbsfähigkeit. Ihrer Bedeutung entsprechend werden mittelfristig auch die Prävention und die Nachsorge der DRV sowohl bezüglich der Aspekte wie Inanspruchnahme und Umfang als auch inhaltlich bezüglich Indikationsstellung und Ausgestaltung in die Reha-Qualitätssicherung einbezogen werden.

Weiterhin ist die Zusammenarbeit mit anderen Rehabilitationsträgern fortzuführen, um gemeinsame Qualitätsstandards dort zu entwickeln, wo sie unter Berücksichtigung der unterschiedlichen gesetzlichen Aufträge und Klientel sinnvoll umzusetzen sind.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2003). Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung nach § 20¹ Abs. 1 SGB IX vom 27. März 2003.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014a). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. 2. Überarbeitete und erweiterte Auflage, Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014b). KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. 6. Auflage, Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014 c). Visitationen in medizinischen Reha-Einrichtungen. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2016a). Reha-Therapiestandards. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/reha_therapiestandards_index_node.html (Stand: 25.6.2018)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2016b). Peer Review – Psychosomatik und Sucht. 12. Auflage, Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_peer_review/PRV_2015_Checkliste_Manual_Psych_Sucht.html (Stand: 25.6.2018)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2017a). Peer Review – Somatische Indikationen. 9. Auflage, Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_peer_review/PRV_2015_Checkliste_Manual_Somatisch_Indikation.html (Stand: 25.6.2018)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2017b). Strukturierter Qualitätsdialog. 2. überarbeitete Auflage, Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/quali_allgemein/SQD-Broschuere.html (Stand: 25.6.2018)
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol. XLIV, No. 3, Part. 2: 166-206.
- Egner, U., Gerwin, H., & Buschmann-Steinhage, R. (2006). Stand der Qualitätssicherung in der Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. Die Rehabilitation, 45, 221-231.
- Klosterhuis, H. (2010). Reha-Qualitätssicherung der Rentenversicherung – eine kritische Bestandsaufnahme. RVaktuell, Jg. 57, 260-268.
- Roßbach, G. (2017). Qualität lohnt sich. f&w – führen und wirtschaften im Krankenhaus, 3, 281.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR (1992). Bericht der Reha-Kommission des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger – Empfehlungen zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Frankfurt am Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, VDR (2000). Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation, Instrumente und Verfahren. DRV-Schriften Band 18, Bad Homburg: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
- Weinbrenner, S., Ostholt-Corsten, M., & Mitschele, A. (2017). Der Strukturierte Qualitätsdialog. KU Gesundheitsmanagement, 5, 72-75.

Dr. Margarete Ostholt-Corsten MPH

*Bereichsleiterin Reha-Qualitätssicherung,
Epidemiologie und Statistik
Deutsche Rentenversicherung Bund
Ruhrstraße 2
10704 Berlin
Margarete.Ostholt-Corsten@drv-bund.de*