

Qualitätssicherungsverfahren

der Gesetzlichen Krankenkassen

**Methodenhandbuch für die Umsetzung
des QS-Reha[®]-Verfahrens
in stationären Rehabilitations-
einrichtungen für die somatischen und
psychischen/psychosomatischen
Indikationen**

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	5
2	QUALITÄTSBEREICHE	7
3	ORGANISATION UND DURCHFÜHRUNG	11
3.1	Erhebungsunterlagen	12
3.2	Information und Schulung zum QS-Reha [®] -Verfahren	13
3.3	Unterlagen zur Organisation der Erhebung in der Einrichtung	14
3.4	Datenerhebung in den Einrichtungen	15
3.5	Datenannahme und Dateneingabe durch die Auswertungsstelle.....	16
3.6	Internes Datenmanagement durch die Auswertungsstelle.....	20
3.7	Gewährleistung des Datenschutzes und der Datensicherheit	21
3.7.1	Verpflichtung der Einrichtungen.....	21
3.7.2	Umgang mit Daten	21
3.7.3	Informierte und freiwillige Einwilligung	22
4	AUSWERTUNG UND BERICHTERSTELLUNG	23
4.1	Struktur- und Prozessqualität (erfasst über den Einrichtungsbogen)	23
4.1.1	Erfüllungsgrade der Basiskriterien	24
4.1.2	Ablaufplan Struktur- und Prozessqualität (erfasst über den Einrichtungsbogen).....	27
4.2	Prozessqualität (erfasst über den Patientenbogen)	28
4.2.1	Prozessqualität: Ergebnisse aus dem Patientenbogen	28
4.2.2	Ablaufplan Prozessqualität (erfasst über den Patientenbogen).....	35
4.3	Visitation	36
4.3.1	Ablaufplan Visitation.....	39
4.4	Ergebnisqualität	40
4.4.1	Rücklauf und Drop-Out-Analyse	41
4.4.2	Deskription der QS-Stichprobe	46
4.4.3	Ergebnisse	48
4.4.4	Ablaufplan Ergebnisqualität	58
4.5	Patientenzufriedenheit.....	60
4.5.1	Auswertung und Berichterstellung (somatische Indikationsbereiche)	61
4.5.2	Auswertung und Berichterstellung (Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“).....	64
4.5.3	Ablaufplan Patientenzufriedenheit	67
4.6	Qualitätssynopse.....	69
4.7	Synopse der Zuweisungssteuerungskriterien	73
5	FACHABTEILUNGSSPEZIFISCHE ERGEBNISBERICHTE	75

6	BEWERTUNG DER QS-ERGEBNISSE	76
6.1	Begriffe	76
6.2	Ablauf des Qualitätsdialoges	77
6.2.1	Anlass für den Qualitätsdialog	77
6.2.2	Beginn des Qualitätsdialogs.....	78
6.2.3	Stellungnahme der Einrichtung	78
6.2.4	Weitere Erörterung	78
6.2.5	Zielvereinbarung	78
6.2.6	Dokumentation	79
6.2.7	Ende des Qualitätsdialoges	79
6.2.8	Berichtswesen und Monitoring	79
7	INTERNE BERICHTERSTATTUNG	80
8	GLOSSAR.....	81
9	DIGITALER ANHANG (BEILIEGENDE CD)	82

TABELLENVERZEICHNIS

1 Einleitung

Rehabilitationseinrichtungen sind verpflichtet sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen und ein internes Qualitätsmanagement einzuführen (§§ 135a Abs. 2 SGB V, 20 SGB IX). Das Nähere zu den Maßnahmen der externen Qualitätssicherung und zum internen Qualitätsmanagement ist in der Vereinbarung nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V geregelt. In der Vereinbarung werden relevante Begriffe wie "Qualität", "Qualitätssicherung" und "Qualitätsmanagement" definiert. Auf dieser Basis werden die Inhalte und konkreten Anforderungen der externen Qualitätssicherung und des internen Qualitätsmanagements festgelegt. Die Vereinbarung wurde zum 1. Juni 2008 zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Spitzenorganisationen der stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen sowie der stationären Vorsorgeeinrichtungen geschlossen.

Danach ist Ziel der vergleichenden Qualitätsanalysen insbesondere

- eine Standortbestimmung für die Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen im Vergleich zu anderen gleichartigen Einrichtungen und die Förderung des qualitätsorientierten Wettbewerbs zwischen den Einrichtungen,
- die Rückmeldung als Input für das interne Qualitätsmanagement,
- das Schaffen einer wesentlichen Entscheidungsgrundlage für die Vertragsgestaltung auf Landesebene und für eine qualitätsorientierte Belegungssteuerung der Leistungsträger
- die Transparenz und Dokumentation des Leistungsgeschehens und des Leistungsniveaus sowohl auf Einrichtungs- wie auf Landes- und Bundesebene.

Gemäß § 299 Abs. 3 SGB V bestimmen die Vereinbarungspartner nach § 137d SGB V gemeinsam eine unabhängige Stelle zur Auswertung der für Zwecke der Qualitätssicherung erhobenen Daten.

Das vorliegende Methodenhandbuch für die Umsetzung des QS-Reha[®]-Verfahrens in stationären Rehabilitationseinrichtungen für die somatischen und psychischen/psychosomatischen Indikationen dient zum einen als Grundlage für das Vergabeverfahren "Datenauswertung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation nach § 299 Abs. 3 SGB V und verbundene Unterstützungsleistungen" (2011/S 111-183482) und zum anderen als Information für die stationären Rehabilitationseinrichtungen. Ergänzende Kapitel bzw. Hinweise zur Umsetzung des QS-Reha[®]-Verfahrens in ambulanten Rehabilitationseinrichtungen, in Einrichtungen für Mutter-/Vater-Kind-Maßnahmen und geriatrischen Einrichtungen werden zu einem späteren Zeitpunkt eingefügt.

In dem Methodenhandbuch wird die Umsetzung des QS-Reha[®]-Verfahrens begründet. Die Informationen und Instruktionen der Rehabilitationseinrichtungen über den konkreten Ablauf des QS-Reha[®]-Verfahrens erfolgt im Rahmen von (einmaligen) Schulungen sowie separaten Informationsmaterialien. Die Auswertungsstelle stellt den gesetzlichen Krankenkassen die Ergebnisse aus dem QS-Reha[®]-Verfahren zur Verfügung.

Die Kosten der externen Qualitätssicherung tragen seit dem 1. April 2007 die Krankenkassen (§ 137d Abs. 1 Satz 2 Satz 3 SGB V). Hierunter fallen z. B. Kosten für die Tätigkeit der Auswertungsstelle, für die Erstellung der Fragebögen für die Ärzte und PatientInnen, für die Auswertung der Daten, die Erstellung des Ergebnisberichtes. Hierzu zählen jedoch nicht die Aufwendungen, die den stationären Rehabilitationseinrichtungen mit der Umsetzung des QS-Reha[®]-Verfahrens entstehen (z. B. Personalaufwände, Versendung der Fragebögen an die PatientInnen).

Das QS-Reha[®]-Verfahren wurde von der Abteilung Qualitätsmanagement und Sozialmedizin am Universitätsklinikum Freiburg i. Br. (AQMS) unter Mitwirkung von klinischen Experten aus Rehabilitationseinrichtungen und Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen für die somatischen Indikationen konzipiert und abgestimmt. Durch das Hamburger Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) erfolgten Anpassungen und Weiterentwicklungen des Verfahrens für die Qualitätssicherung der stationären medizinischen Rehabilitation psychischer Erkrankungen. Im Sinne einer mittelfristigen trägerübergreifenden Harmonisierung der Verfahren zur Qualitätssicherung wurde bei der Konzeption des QS-Reha[®]-Verfahrens - unter Wahrung der Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation bei PatientInnen der gesetzlichen Krankenkassen - auf die Erfahrungen aus dem Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung zurückgegriffen. Einzelne Messinstrumente konnten bereits in Kooperation mit der Gesetzlichen Rentenversicherung entwickelt werden.

Die inhaltliche Grundlage des QS-Reha[®]-Verfahrens der gesetzlichen Krankenkassen ist der "Ergebnisbericht", welcher eine externe Prüfung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Patientenzufriedenheit umfasst (vgl. Farin et al. 2003¹). Die einzelnen Instrumente, die im QS-Reha[®]-Verfahren innerhalb der jeweiligen Qualitätsdimension zum Einsatz kommen, wurden für jeden Indikationsbereich in einer Konzeptphase entwickelt bzw. im Hinblick auf indikationsspezifische Erfordernisse angepasst, bevor sie in einer Pilotphase in Rehabilitationseinrichtungen erprobt wurden, um schließlich in ein Routineverfahren überführt zu werden.

Das Methodenhandbuch gibt eine detaillierte Beschreibung des Ablaufs der Organisation der Datenerhebungen im QS-Reha[®]-Verfahren sowie eine Darstellung der Vorgehensweisen im Rahmen der Auswertungen und der Berichterstellung. Es soll durch die Vereinbarungspartner nach § 137d SGB V ergänzt und fortgeschrieben werden.

Im folgenden Abschnitt wird zunächst ein Überblick über die erfassten Qualitätsbereiche gegeben. Der digitale Anhang (beiliegende CD) beinhaltet alle Erhebungsinstrumente und Dokumente des QS-Reha[®]-Verfahrens. Eine Übersicht über das QS-Reha[®]-Verfahren insgesamt und die beteiligten Einrichtungen ist auf der Homepage www.qs-reha.de zu finden.

¹ Farin, E., Gerdes, N., Jäckel, W. H., Follert, P., Klein, K. & Glattacker, M. (2003). „Qualitätsprofile“ von Rehabilitationskliniken als Modell der Qualitätsmessung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 8, 191-204.

2 Qualitätsbereiche

Der Abschnitt stellt die im QS-Reha[®]-Verfahren erfassten Qualitätsbereiche vor. Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Auswertung und zur Interpretation der Ergebnisdarstellungen finden sich in den Abschnitten zu den jeweiligen Qualitätsbereichen in Kapitel 4.

Struktur- und Prozessqualität

Für die Prüfung der Struktur- und Prozessqualität wurden in einem mehrstufigen formalen Konsensverfahren unter Beteiligung medizinischer und nicht-medizinischer Experten aus Rehabilitationseinrichtungen, der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung Anforderungen definiert, die sich in Basiskriterien und Zuweisungssteuerungskriterien differenzieren (vgl. Klein et al. 2004²). Basiskriterien geben grundlegende Qualitätsanforderungen an eine qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitation wieder. Zuweisungssteuerungskriterien unterstützen eine zielgerichtete Zuweisung bestimmter Patientengruppen, stellen jedoch keine Mindestanforderungen dar. Inhaltlich beziehen sich die Anforderungen auf die Bereiche

1. Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung,
2. Medizinisch-technische Ausstattung,
3. Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung,
4. Personelle Ausstattung,
5. Konzeptionelle Grundlagen,
6. Internes Qualitätsmanagement,
7. Interne Kommunikation und Personalentwicklung,
8. Patientenorientierung sowie
9. Interne Organisation.

Die Bereiche 1., 2. und 4. beinhalten primär Strukturqualitätskriterien, in die restlichen Bereiche gehen wesentlich auch prozessuale Aspekte mit ein. Die Erhebung erfolgt einrichtungsseitig durch einen Einrichtungsbogen und wird ggf. durch eine Visitation in der Einrichtung vertieft (siehe Abschnitt 4.3).

² Klein, K., Farin, E., Jäckel, W.H., Blatt, O. & Schliehe, F. (2004). Bewertungskriterien der Strukturqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. *Rehabilitation*, 43, 100-108.

Weitere Anforderungen der Prozessqualität ergeben sich durch eine Patientenbefragung (siehe Abschnitt 4.1), bei der das Vorkommen von Ereignissen, die eng mit wichtigen Prozessen des Rehabilitationsverlaufs verknüpft sind, erhoben wird. Erfasst werden für die somatischen Indikationen die Merkmalsbereiche

- Arzt-Patient-Kommunikation,
- Therapie und Pflege und
- Nachsorge.

Die für den Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen" erfassten Merkmalsbereiche sind:

- Kommunikation mit dem Patienten und
- Therapieablauf.

Ergebnisqualität

Zur Messung der Ergebnisqualität wird bei ca. 100 konsekutiv aufgenommenen Patienten³ zu zwei Messzeitpunkten (Reha-Beginn und Nachbefragung nach 6 Wochen) für die somatischen Indikationen der Fragebogen "Indikatoren des Reha-Status" (IRES; Frey et al. 2007⁴) bzw. für den Indikationsbereich psychischer und psychosomatischer Störungen der HEALTH-Fragebogen (HEALTH = "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis"; Rabung et al., 2008⁵) eingesetzt. Die Auswahl von 100 Patienten stellt dabei einen Kompromiss zwischen hinreichender Teststärke und möglichst geringem Aufwand für die beteiligten Einrichtungen und die Auswertungsstelle dar.

Der IRES-Fragebogen erfasst den somatischen, funktionalen und psychosozialen Status der Patienten mit folgenden Skalen

- Somatische Gesundheit,
- Schmerzen,
- Funktionsfähigkeit im Alltag,
- Funktionsfähigkeit im Beruf,
- Psychisches Befinden,
- Soziale Integration,
- Gesundheitsverhalten und
- Krankheitsbewältigung sowie dem
- Reha-Status (Summenscore).

³ Patienten erhalten eine Leistung der medizinischen Vorsorge oder Rehabilitation zu Lasten der GKV. Falls die geforderte Patientenzahl von 100 nicht erreicht wird, kann die Einrichtung auch Patienten - nach deren Zustimmung - anderer Reha-Träger teilnehmen lassen.

⁴ Frey, C., Bührlen, B., Gerdes, N. & Jäckel, W. H. (2007). *Handbuch zum IRES-3. Indikatoren des Reha-Status, Version 3 mit IRES-24 (Kurzversion)*. Regensburg: Roderer.

⁵ Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U., Schulz, H. (2008) Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 162-179..

Der HEALTH-Fragebogen erfasst zentrale Aspekte psychosozialer Gesundheit auf den folgenden Skalen:

- Psychische und somatoforme Beschwerden,
- Psychisches Wohlbefinden,
- Interaktionelle Schwierigkeiten,
- Selbstwirksamkeit,
- Aktivität und Partizipation
- Soziale Unterstützung/Soziale Belastung (kein Kriterium der Ergebnisqualität).

Der jeweilige indikationsspezifische Fragebogen ist in den Patientenbogen integriert. Zur Erfassung patientenbezogener Basisdaten sowie der für die Einrichtungvergleiche notwendigen konfundierenden Variablen wird arztseitig außerdem ein Arztbogen eingesetzt.

Patientenzufriedenheit

Die Patientenzufriedenheit wird bei allen ca. 100 Patienten, die an der Erhebung teilnehmen, sechs Wochen nach Ende der Rehabilitationsmaßnahme im Rahmen der Nachbefragung erhoben. Der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit, welcher auf einem Instrument des Instituts für Sozialmedizin der Universitätsklinik Lübeck basiert (Raspe et al. 1997⁶), erfasst die Zufriedenheit der Patienten der somatischen Indikationen mit den Skalen

- Ärztliche Betreuung,
- Betreuung durch Pflegekräfte,
- Psychologische Betreuung,
- Behandlungen,
- Schulungen,
- Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung und
- Freizeitmöglichkeiten.

Für den Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen" wurde ein indikationsspezifisches Instrument entwickelt, das die Besonderheiten des Indikationsbereiches und der dort behandelten Rehabilitanden valide abbildet. Die von ihm erfassten Skalen sind:

- Pflegerische Betreuung,
- Ärztliche Betreuung,
- Psycho-therapeutische Betreuung
- Klima,
- Schulungen, Vorträge und Beratungen,

⁶ Raspe, H., Weber, U., Voigt, S., Kosinski, A. & Petras, H. (1997). Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmung und Bewertung von Rehastrukturen und -prozessen („Rehabilitandenzufriedenheit“). *Rehabilitation*, 36, XXXI-XLII.

- Behandlungen I (Psychotherapeutische Behandlungen: Gruppentherapie, Einzelgespräche, Familien- und Paargespräche),
- Behandlungen II (Therapieunterstützende Behandlungen: Arbeitstherapie, Belastungserprobung, Entspannungstherapie etc.),
- Behandlungen III (physiologisch orientierte Behandlungen: Sport- und Bewegungstherapie, Krankengymnastik, Physikalische Anwendungen),,
- Organisation,
- Entlassung,
- Unterbringung,
- Dienstleistungen sowie
- Attraktivität und Empfehlung.

Der Fragebogen zur Patientenzufriedenheit ist ebenfalls in den Patientenbogen integriert. Die im Rahmen des QS-Reha[®]-Verfahrens fokussierten Qualitätsdimensionen, die verwendeten Instrumente sowie Informationen zu Datengewinnung und Erhebungszeitraum sind in der nachfolgenden Tabelle 1 zusammenfassend dargestellt.

Qualitätsdimension	Instrument	Datengewinnung	Erhebungszeitraum
Strukturqualität	Einrichtungsbogen	Die Einrichtungsleitung bearbeitet den Erhebungsbogen	Innerhalb von 2 Monaten nach Beginn der Datenerhebung
	Ggf. Visitation*	Die Visitationscheckliste wird von dem jeweiligen Visitor bearbeitet, Informationsgewinnung durch Vor-Ort-Begehung	Dauer der Begehung: eintägig; kurzfristige Ankündigung, nach Bearbeitung des Einrichtungsbogens durch die Einrichtungsleitung
Prozessqualität	Einrichtungsbogen	Siehe Strukturqualität	Siehe Strukturqualität
	Ggf. Visitation*	Siehe Strukturqualität	Siehe Strukturqualität
	Patientenbogen (Nachbefragung)	ca. 100 konsekutiv einbezogene Patienten	Siehe Ergebnisqualität, Patientenbogen (Nachbefragung)
Ergebnisqualität	Arztbogen	Die behandelnden Ärzte bearbeiten einen Arztbogen für die ca. 100 konsekutiv einbezogenen Patienten sowie Arztbögen für die nicht teilnehmenden Patienten (Drop-outs)	Ca. 3-monatige (somatische Indikationen) bzw. 9-monatige (psychische/psychosomatische Indikationen) Erhebungsphase, Bearbeitung des Bogens bei Aufnahme der Patienten (Ausnahme wg. Fremdbeurteilung durch Arzt: in der Neurologie werden Daten zu Beginn und Ende der Rehabilitationsphase erhoben)

	Patientenbogen (Reha-Beginn)	ca. 100 konsekutiv einbezogene Patienten	Ca. 3-monatige Erhebungsphase, Bearbeitung des Bogens bei Aufnahme der Patienten
	Patientenbogen (Nachbefragung)	ca. 100 konsekutiv einbezogene Patienten	Ca. 3-monatige (somatische Indikationen) bzw. 9-monatige (psychische/ Psychosomatische Indikationen) Erhebungsphase, Versand des Bogens 6 Wochen nach Entlassung der Patienten
Patienten-Zufriedenheit	Patientenbogen (Nachbefragung)	Siehe Ergebnisqualität	Siehe Ergebnisqualität
*in den Einrichtungen finden Visitationen stichprobenartig statt			

Tabelle 1: Qualitätsdimensionen, Instrumente, Datengewinnung und Erhebungszeiträume des QS-Reha[®]-Verfahrens

3 Organisation und Durchführung

Das QS-Reha[®]-Verfahren wird regelmäßig (bisher alle drei Jahre) in den teilnehmenden Fachabteilungen wiederholt. Die Verpflichtung zur Teilnahme am QS-Reha[®]-Verfahren regelt § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V und die Vereinbarung nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V. Die Fachabteilungen eines Indikationsbereiches werden stichtagbezogen in das QS-Reha[®]-Verfahren aufgenommen. Die Qualitätsergebnisse der Fachabteilungen haben eine Gültigkeit von drei Jahren. Liegen nach diesem Zeitraum keine neuen Ergebnisse vor, darf auf die alten Ergebnisse zu den in der Vereinbarung nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V genannten Zwecken nicht mehr Bezug genommen werden.

Bevor die Datenerhebung in den Einrichtungen beginnen kann, werden von der Auswertungsstelle einige vorbereitende Maßnahmen durchgeführt: der Druck der Erhebungsunterlagen, das Aushändigen von Unterlagen an die zentralen Koordinatoren der Einrichtung und die Vorstellung des QS-Reha[®]-Verfahrens in den Einrichtungen. Der vorliegende Abschnitt gibt weiterhin einen Überblick über den Ablauf der Datenerhebung in der Einrichtung und beschreibt die Vorgehensweisen der Auswertungsstelle bei der Datenverarbeitung. Abschließend werden tabellarisch die Aufgaben von Einrichtung und Auswertungsstelle im Verlauf des QS-Reha[®]-Verfahrens dargestellt (siehe auch Tabellen 2 und 3).

3.1 Erhebungsunterlagen

Befragung der Einrichtung

Die Einrichtungsbögen liegen in indikationsspezifischen Versionen vor und sind in neun Bereiche der Struktur- und Prozessqualität aufgeteilt. Die Einrichtungsbögen wurden bisher in einem paper-pencil-Verfahren eingesetzt. In den Indikationsbereichen Kardiologie, Muskuloskeletale Erkrankungen und Neurologie wurde bereits ein PDF-Formular verwendet. Zukünftig sollen in allen Indikationsbereichen web-basierte Einrichtungsbögen eingesetzt werden, die von den Einrichtungen online auszufüllen sind. Die Auswertungsstelle wird den Einrichtungen hierfür individuelle Zugangsdaten zur Identifizierung und zum Ausfüllen des Bogens zur Verfügung stellen.

Befragung der Patienten und Ärzte

Folgende Erhebungsunterlagen werden pro Fachabteilung einer Einrichtung benötigt und gedruckt (150 Dokumentensätze jeweils):

- Einverständniserklärung und Patienteninformation
- Patientenbogen Reha-Beginn
- Patientenbogen Nachbefragung bzw. Reha-Ende
- Übersendungsschreiben zum Patientenbogen Nachbefragung
- Arztbogen
- Freigemachter DIN-A4-Umschlag zum Versand des Patientenbogens Nachbefragung durch die Einrichtung an den Patienten
- Freigemachter DIN-A4-Umschlag zur Rücksendung des Patientenbogens Nachbefragung durch den Patienten an die Einrichtung.

Zusätzlich werden 30 Arztbögen für die Dokumentation von Dropouts bei Beginn der Erhebung gedruckt. Bei Bedarf (d.h. bei hoher Dropout-Rate) werden den Einrichtungen weitere Arztbögen für die Dokumentation von Dropouts zugesandt. Mit den Arztbögen für die Dropouts werden die Daten der zu Reha-Beginn nicht-teilnehmenden Patienten erfasst, sodass ein vollständiger Dokumentensatz für diese Patienten nicht verwendet werden muss.

Die Arztbögen der somatischen Indikationsbereiche sind teilweise mit indikationsspezifischen Abschnitten versehen:

- Kardiologie: indikationsspezifische Fallgruppen, K-Score⁷ (Einschätzung der kardialen Situation)
- MSK: indikationsspezifische Fallgruppen

⁷ Farin, E., Gerdes, N., Jäckel, W., Follert, P., Klein, K. & Glattacker, M. (2003). "Qualitätsprofile" von Rehabilitationskliniken als Modell der Qualitätsmessung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 8, 191-204.

- Neurologie: Barthel-Index (BI)⁸, Zusatz aus dem erweiterten Barthel-Index (EBI)⁹ und Funktionale Selbständigkeitsmessung (FIM) (Erfassung von Fähigkeitsstörungen)¹⁰
- Onkologie: Karnofsky-Index (Erfassung des funktionalen Status)¹¹
- Gastroenterologie/Stoffwechselerkrankungen/Nephrologie: Karnofsky-Index (Erfassung des funktionalen Status)

Für den Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen" liegt eine gesonderte Form von Arztbögen vor.

Die Patientenbögen liegen in einer Version für Neurologie, eine Version für alle anderen somatischen Indikationen sowie eine Version für den Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen" vor.

Alle Dokumente eines Satzes sowie die 30 Dropout-Arztbögen (Fragebögen und Umschlag) sind auf der ersten Seite mit einer eindeutigen Patientenidentifikationsnummer (Patienten-ID) versehen, um sicher zu stellen, dass die einzelnen Dokumente für die Auswertung zusammengeführt werden können. Die Einrichtungen erhalten die Pakete mit den aufgezählten Unterlagen spätestens zwei bis drei Wochen vor Beginn der Datenerhebung.

3.2 Information und Schulung zum QS-Reha[®]-Verfahren

Zur Vorbereitung der Vorstellung des QS-Reha[®]-Verfahrens und der Organisation der Erhebung in den Einrichtungen erhalten die zentralen Koordinatoren der Einrichtungen von der Auswertungsstelle weitere Unterlagen für die Umsetzung. Alle Unterlagen und Fragebögen (ausgenommen der Einrichtungsbogen) werden den Koordinatoren in elektronischer Form (z. B. Adobe Acrobat (*.pdf)-Dokument bzw. Microsoft Word (*.doc)-Dokument) als Muster zur Verfügung gestellt. Weiterhin ist von der Auswertungsstelle sicher zu stellen, dass sich die Einrichtungen für eine Onlinedatenübermittlung registrieren können.

Die zentralen Koordinatoren werden im Rahmen einer Schulungsveranstaltung über folgende Inhalte informiert:

- Hintergrund des QS-Reha[®]-Verfahrens (z. B. Ziele und Nutzen),
- Konzeption des QS-Reha[®]-Verfahrens,
- Handhabung der Instrumente,

⁸ Mahoney, F. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

⁹ Prosiegel, M., Böttger, S., Schenk, T. et al. (1996). Der erweiterte Barthel-Index (EBI) - eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurologische Rehabilitation*, 1, 7-13.

¹⁰ Linacre, J., Heinemann, A., Wright, B., Hamilton, B. & Granger, C. (1994). The structure and stability of the functional independence measure. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 75, 127-132.

¹¹ Mor, V., Laliberte, L., Morris, J. & Wiemann, M. (2006). The Karnofsky performance status scale: An examination of its reliability and validity in a research setting. *Cancer*, 53(9), 2002-2007.

- Datenschutzrechtliche Anforderungen bei der Datenerhebung,
- genereller Ablauf in der Einrichtung,
- zu organisierende Arbeitsabläufe.

Ein beispielhafter Foliensatz befindet sich im digitalen Anhang.

Die Schulung richtet sich einmalig an alle zentralen Koordinatoren bei erstmaligem Teilnahmebeginn ihrer Einrichtung am QS-Reha[®]-Verfahren. Die Schulungen können z. B. im Rahmen von regionalen Informationsveranstaltungen durchgeführt werden. Diese Veranstaltungen dürfen eine Teilnehmerzahl von 75 nicht überschreiten. Grundsätzlich sind zukünftig auch Online-Schulungen denkbar.

3.3 Unterlagen zur Organisation der Erhebung in der Einrichtung

Zur Durchführung des QS-Reha[®]-Verfahrens erhalten die zentralen Koordinatoren der Einrichtungen eine Mappe mit sämtlichen für die Organisation wichtigen Unterlagen und Hilfsmitteln für die Umsetzung. Alle Unterlagen und Fragebögen werden den zentralen Koordinatoren auf elektronischem Weg zur Verfügung gestellt.

Folgende Dokumente sind hierbei umfasst:

- Die eingesetzten Fragebögen als PDF-Datei:
 - Arztbogen
 - Einrichtungsbogen
 - Patientenbogen
- verschiedene Word-Dokumente/PDF-Dateien mit Hinweisen und Vorlagen zur Projektorganisation und -durchführung:
 - Methodenhandbuch zur Umsetzung des QS-Reha[®]-Verfahrens
 - Fragen an den zentralen Koordinator zur effektiven Organisation
 - Informationsblatt Datenschutz
 - Handout für die Ärzte
 - Instruktion Arztbogen
 - Hinweise zum Ausfüllen der Fragebögen
 - Rücksendeformular Fragebögen
 - Patientenliste
 - Checkliste Patienten
 - Vorlage Anschreiben Nachbefragung
 - Vorlage Erinnerungsschreiben Nachbefragung

3.4 Datenerhebung in den Einrichtungen

Tabelle 2 stellt dar, in welchem Abschnitt (Reha-Beginn, [Entlassung: Neurologie und psychische Indikationen], 6 Wochen nach Entlassung) in der Einrichtung welche Daten erhoben werden und welche Datenquelle (Patient, behandelnder Arzt, Einrichtungsleitung) dabei jeweils herangezogen wird.

		Datenerhebungszeitraum (ungefähre Angaben, abhängig von der Aufenthaltsdauer der Patienten)		
		1. - 3. Monat	1. - 4. Monat	3. - 6. Monat
		<i>Erhebungsphase "Aufnahme"</i>	<i>Erhebungsphase "Entlassung"</i>	<i>Erhebungsphase "6 Wochen nach Entlassung"</i>
Datenquelle	Patient	<i>Patientenbogen (Beginn) & Einverständnis-erklärung</i>		<i>Patientenbogen (Nachbefragung)</i>
	Behandelnder Arzt	<i>Arztbogen</i>	<i>Arztbogen (nur Neurologie und psychische Indikationen)¹²</i>	
	Einrichtungsleitung	<i>Einrichtungsbogen (im 1. Monat)</i>		

Tabelle 2: Überblick über den Ablauf der Datenerhebung in den Einrichtungen

Bildung eines Referenzpools

Es ist vorgesehen, dass die vollständigen Daten zu allen Messzeitpunkten von ca. 100 Patienten pro Fachabteilung im Bereich der somatischen und psychischen/psychosomatischen Indikationen möglichst in einem Zeitraum von fünf Monaten erhoben werden. Die Auswertungsstelle stellt einen Referenzpool zusammen, der die patientenbezogenen Datensätze aus Patienten- und Arztbogen enthält. Die Auswertungsstelle prüft auf Grundlage wissenschaftlicher Verfahren – in Abstimmung mit dem GKV-Spitzenverband –, ob dieser Referenzpool aus einer ausreichenden Zahl von Fachabteilungen und patientenbezogenen Daten besteht, die für die statistischen Auswertungen mindestens erforderlich sind. Wird dabei festgestellt, dass der Referenzpool noch nicht den statistischen Anforderungen genügt, werden solange weitere Fachabteilungen aufgenommen bis ein ausreichend großer Referenzpool zustande kommt. Für Fachabteilungen, die aufgrund ihrer geringen Patientenzahlen die

¹² In der Neurologie und in den psychischen Indikationen werden indikationsspezifische Instrumente als Ergebnisindikatoren eingesetzt, die eine Erhebung sowohl zu Beginn als auch zum Ende der Rehabilitation nötig machen (integriert in einem Erhebungsbogen). In allen anderen Indikationsbereichen entfällt diese Erhebungsphase.

Erhebung von 100 Patienten nicht innerhalb des regulär geforderten Zeitraums erreichen, wird der Erhebungszeitraum auf maximal 12 Monate verlängert. Die Daten dieser Fachabteilungen werden im Vergleich zum o. g. Referenzpool ausgewertet. Diese Fachabteilungen können erst mit dem entsprechenden Zeitverzug einen Ergebnisbericht erhalten. Werden innerhalb der 12 Monate nicht mindestens 75% der geforderten Datensätze erreicht, erfolgt keine Auswertung der Patientenzufriedenheit und der Ergebnisqualität. In diesen Fällen werden die Einrichtungen ausschließlich über die mit dem Einrichtungsbogen ermittelten Ergebnisse informiert.

Die signifikanzstatistische Bewertung und Darstellung von Unterschieden zwischen Fachabteilungen muss der Stichprobengröße von Einrichtungen im Vergleich Rechnung tragen und muss der Anzahl aller erhobenen Fachabteilungen gerecht werden. Diese Weiterentwicklung ist im Methodenhandbuch aufzunehmen.

3.5 Datenannahme und Dateneingabe durch die Auswertungsstelle

Die Auswertungsstelle erhält von den Einrichtungen ausschließliche pseudonymisierte Patientendaten (*pseudonymisierte Patientendaten aus Patientenbögen, Arztbögen*).

Um den Dateneingang der pseudonymisierten Patientendaten zu überwachen, findet in der Auswertungsstelle ein Eingangscontrolling statt, im Rahmen dessen festgehalten wird, von welcher Einrichtung welche Unterlagen/Fragebögen bereits eingegangen sind. So kann der Stand der Datenerhebung zu jedem Zeitpunkt überblickt werden und fehlende Daten können unter Verweis auf das Pseudonym noch angefordert werden. Der Zuordnungsschlüssel zur Pseudonymisierung darf der Auswertungsstelle nicht bekannt gegeben werden.

Auf die Ausgabe der Fragebögen an die Patienten hat die Auswertungsstelle keinen direkten Einfluss. Da jedoch geklärt werden muss, ob die Zuordnung fehlerfrei geschehen ist, werden die in den verschiedenen Fragebögen (Arztbogen, Patientenbogen zu Reha-Beginn, Patientenbogen zur Nachbefragung) erhobenen Angaben zu Alter und Geschlecht für alle Patienten auf ihre Plausibilität überprüft. Ein Vergleich der Daten aus den verschiedenen Quellen ermöglicht die Identifizierung von Implausibilitäten. Alle relevanten Daten müssen in die Plausibilitätsprüfungen einbezogen werden.

```
*Syntax zur Identifizierung unplausibler Fälle.  
*erstellt von AQMS.  
  
*Variable bilden, die un plausible Werte anzeigt.  
compute error = 0.  
exe.  
  
*Bei Geschlechtswechsel oder Altersunterschied > 1 error-Variable um 1 erhöhen.  
if i092_i0 <> i092_i1 error = error + 1.  
if abs(i091_i0 - i091_i1) > 1 error = error + 1.  
if i092_i0 <> arzt03 error = error + 1.  
if abs(i091_i0 - arzt02) > 1 error = error + 1.  
exe.  
  
*Fälle mit Error > 0 ausgeben.  
Do if $casenum = 1.  
PRINT/"IDNR, Geschlecht: T0, T1, Arzt; Alter: T0, T1, Arzt ".  
end if.  
  
Do if error > 0.  
PRINT/idnr i092_i0 i092_i1 arzt03 i091_i0 i091_i1 arzt02 .  
end if.  
EXECUTE .
```

Abbildung 1: Beispielhafte SPSS-Syntax zur Identifizierung unplausibler Fälle zum Zeitpunkt Nachbefragung

(error: zeigt Anzahl unplausibler Werte pro Fall an; i092_i0: Geschlecht im Patientenfragebogen Reha-Beginn; i092_i1 Geschlecht im Patientenfragebogen Nachbefragung; i091_i0: Alter im Patientenfragebogen Reha-Beginn; i091_i1: Alter im Patientenfragebogen Nachbefragung; arzt03: Geschlecht im Arztbogen; arzt02: Alter im Arztbogen)

Die Anforderungen an die Datensicherheit und Datenqualität sind einzuhalten. Soweit der Auswertungsstelle personenbezogene Daten übermittelt werden (z. B. Informationen zu Personal der Einrichtungen), sind die nach Datenschutzrecht erforderliche Verpflichtung auf das Datengeheimnis sowie die Verpflichtung zur Geheimhaltung zu beachten. Entsprechende Konzepte zum Eingangscontrolling sowie zur Umsetzung der geltenden Datenschutzbestimmungen sind vorzuhalten und nachzuweisen.

Für jeden Fragebogen muss die Auswertungsstelle, um eine korrekte Eingabe so weit wie möglich sicherzustellen, eine Eingabemaske erstellen, in welcher präzisiert ist, wie die Variablen hinter den Fragen benannt sind (Variablenlabels), welche Eingaben zulässig sind (Wertebereiche) und welche Bedeutung die Variablenwerte haben (Wertelabels). Durch diese Präzisierung wird die Wahrscheinlichkeit einer Falscheingabe minimiert.

Trotzdem kann es bei jeder Eingabe zu Fehlern kommen. Um die Fehlerquote zu überwachen, werden gemäß Konvention 10% aller Fragebögen durch einen weiteren Eingabe in

eine leere Eingabemaske eingegeben. Durch den Abgleich der beiden Eingaben können Abweichungen ermittelt und die Fehlerquote bestimmt werden. Als Grenzwert für eine noch zulässige Fehlerquote kann laut Konvention ein Wert von 5 Promille angesehen werden. Wird dieser Wert überschritten, erfolgt eine komplette Neueingabe der entsprechenden Fragebögen.

Dateneingaben können sowohl per Hand als auch automatisiert durch einen Scanner vorgenommen werden. Checkeingaben sind jedoch immer per Handeingabe durchzuführen. Bisher erfolgten alle Auswertungen mit Hilfe der Software SPSS Statistics.

Tabelle 3 gibt zusammenfassend einen Überblick über die Aufgaben der Einrichtung und Auswertungsstelle im Verlauf der Erhebung.

Zeitachse	Einrichtung	Auswertungsstelle
-2 Monate	Benennung eines zentralen Koordinators	Druck der Erhebungsunterlagen Versand der Erhebungsunterlagen an die teilnehmenden Fachabteilungen in den Einrichtungen
-1 Monat	Einarbeitung in die Organisation der Erhebung	Abfrage der zentralen Koordinatoren Versand der Unterlagen an die zentralen Koordinatoren Information der Einrichtungen
Beginn Datenerhebung	Konsequente Aufnahme von 100 Patienten, die die Voraussetzungen erfüllen Einholen des Einverständnisses der Patienten Bearbeiten der Arztbögen durch behandelnde Ärzte (für teilnehmende und nicht teilnehmende Patienten) Austeilen von Patientenbögen an teilnehmende Patienten	
+1 Monat	Bearbeiten des Einrichtungsbogens durch die Einrichtungsleitung	
	Nur Neurologie und psychische Indikationen: Bearbeiten des Arztbogens für Patienten, die entlassen werden	
+2 Monate	Versand des ausgefüllten Einrichtungsbogens an die Auswertungsstelle	
	Versand der Patientenfragebögen (Nachbefragung) an die Patienten 6 Wochen nach der Entlassung	Vorbereitung von stichprobenhaften Visitationen der teilnehmenden Fachabteilungen
+3 Monate	Eventuell Ermöglichen einer Visitation	Durchführen von Visitationen
	Ende der Aufnahme von Patienten in die Befragung (bei Erreichen von N=100) Versand der vorliegenden ausgefüllten Bögen an die Auswertungsstelle	Dateneingangskontrolle
+4 Monate		Beginn der Dateneingabe
+5 Monate		↓
+6 Monate	Ende der Nachbefragung	↓
	Versand aller ausgefüllter Bögen an die Auswertungsstelle	↓
+7 Monate		Abschluss der Dateneingabe Überprüfung der Eingabe- und Datenqualität (Datenverarbeitung) Bildung des Referenzpools
+x Monate		Datenauswertung Berichterstellung

Tabelle 3: Aufgaben von Einrichtung und Auswertungsstelle im Verlauf der Erhebung

3.6 Internes Datenmanagement durch die Auswertungsstelle

Auch im Rahmen der Datenauswertung gewährleistet die Auswertungsstelle eine hohe Sicherheit und Qualität der Daten. Zu diesem Zweck stellt sie sicher, dass:

- Auswertungen mit marktüblichen statistischen Programmen erfolgen;
- Änderungen an den Daten (z. B. Transformationen, Korrektur von Eingabefehlern) dokumentiert werden;
- Auswertungsschritte dokumentiert werden, mit z. B. Datum; Beschreibung des Ausgangszustands/Problems, ggf. mit den betroffenen ID-Nummern; Beschreibung der Transformation; Dateiname des Datensatzes, in dem die Veränderung vorgenommen wurde; ggf. Dateiname des SPSS-Outputs, in dem die Transformation dokumentiert ist;
- beim Erstellen neuer Auswerteroutinen eine Gegenprüfung stattfindet;
- Variablennamen einem einheitlichen Format folgen z. B. 1. Buchstabe: Herkunft der Daten (etwa „p“ für Patientenbogen), 3 weitere Buchstaben für Skalenbezeichnung, 3 Ziffern für die Nummer des Items im Fragebogen, eine Ziffer für den Messzeitpunkt;
- alle Variablen mit aussagekräftigen und nicht zu langen Variablen- und Wertetabellen versehen sind. Fehlende Werte sind als solche zu deklarieren, bevor Skalenwerte berechnet werden. Die Berechnung von Skalenwerten erfolgt mittels erprobter Syntaxen, bei neuen Syntaxen sind die Skalenwerte an einem Teildatensatz nachzurechnen.

Der endgültige Datensatz für die Auswertungen sollte bezüglich folgender Kriterien geprüft werden: Sind alle Daten im Datensatz enthalten? Ist keine ID-Nummer doppelt im Datensatz vorhanden? Sind bei allen Variablen die fehlenden Werte deklariert? Liegen alle Werte im zulässigen Wertebereich? Kontrollierbar wird eine Auswertung, indem man die Syntax in den Output einfügen lässt und somit die komplette Auswertung nachvollziehbar dokumentiert.

Alle o. g. Maßnahmen sind so zu dokumentieren und archivieren, dass sie für externe Überprüfungen jederzeit nachvollziehbar sind.

3.7 Gewährleistung des Datenschutzes und der Datensicherheit

3.7.1 Verpflichtung der Einrichtungen

Die Einrichtungen sind für die Umsetzung und Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen in den Fachabteilungen verantwortlich. Sämtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (auch die Hilfskräfte) werden über die geltenden Datenschutzbestimmungen informiert. Alle Mitarbeiter sind zur Einhaltung des Datenschutzes und der Verschwiegenheit über Daten schriftlich gegen Unterschrift im Rahmen einer „Verschwiegenheitserklärung“ zu verpflichten.

3.7.2 Umgang mit Daten

Die Daten zur Struktur- und Prozessqualität werden mit einem web-basierten Einrichtungsbogen erfasst. Dieser ist von den Fachabteilungen online auszufüllen. Da hier der Auswertungsstelle die einrichtungsbezogenen Daten unverschlüsselt vorliegen, muss sichergestellt werden, dass Unbefugte keinen Zugang zu diesen Daten erhalten und die Daten selbst aus Sicherheitsgründen zum Schutz vor Missbrauch verschlüsselt abgespeichert werden.

Die Patienten- und Arztbögen sind von der Auswertungsstelle vor dem Versand an die Fachabteilungen vor dem Hintergrund der Pseudonymisierung zu codieren, d. h. mit einer eindeutigen Patientenidentitätsnummer (Patienten-ID) zu versehen, die keinen Rückschluss auf den Patientennamen zulässt. Die Pseudonymisierung erfolgt ausschließlich in den Einrichtungen: Die Zuordnung der Patientennamen zu den Patientenidentitätsnummern wird in einer Zuordnungsliste dokumentiert. Diese ist verschlossen aufzubewahren. Es wird sichergestellt, dass die Auswertungsstelle keine Kenntnis über die konkrete Zuordnung von Patientennamen zu den entsprechenden Patienten-ID erhält. Die Auswertungsstelle erhält von den Fachabteilungen lediglich die codierten Daten.

Generell ist zu gewährleisten, dass sowohl sämtliche personenbezogenen Daten als auch die pseudonymisierten Daten unbefugten Personen nicht zugänglich sind. Die erhobenen Daten sind vor unbefugter Kenntnisnahme, Veränderung oder Löschung zu schützen. Die „Zugangskontrolle“ wird umgesetzt, indem alle Daten (z. B. die ausgefüllten Fragebögen) verschlossen aufbewahrt werden. Sämtliche Daten sind dabei ausschließlich den jeweiligen verantwortlichen Personen zugänglich. Der Schutz digitaler Daten (z. B. Statistische Datensätze, erstellte Berichte, digitale Tonbandaufnahmen, etc.) wird über folgende Maßnahmen gewährleistet:

- Die Arbeitsgeräte (z.B. PC) befinden sich in verschlossenen Räumen und sind durch ein Passwort geschützt
- Passwörter werden regelmäßig ausgetauscht
- Es werden kennwortgeschützte Bildschirmschoner eingesetzt
- Die Mitarbeiter der Auswertungsstelle haben nur auf die Daten Zugriff, die sie für ihre Arbeit benötigen (eingeschränkte Zugriffsrechte)

Spätestens drei Jahre nach dem Ende der Erhebung müssen in den Einrichtungen alle Daten mit Personenbezug (Zuordnungsliste, Einwilligungen) vernichtet werden. Ab diesem Zeitpunkt ist eine Depseudonymisierung der Daten nicht mehr möglich. Durch diese Vorgehensweise wird eine „faktische Anonymisierung“ der Daten erreicht (vgl. § 3 Abs. 6 BDSG).

3.7.3 Informierte und freiwillige Einwilligung

Grundsätzlich gilt zunächst, dass die Erhebung personenbezogener Daten in den Einrichtungen nur nach freiwilliger schriftlicher Einwilligung der Beteiligten erfolgt. Damit werden die gesetzlichen Voraussetzungen der Einwilligung erfüllt (§ 4a BDSG). Voraussetzung für die Einwilligung ist, dass die Beteiligten über Ziele, Inhalte und Vorgehensweisen des QS-Reha[®]-Verfahrens – einschließlich deren Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes – ausreichend informiert sind („Informierte Einwilligung“). Diese informierte Einwilligung muss ebenfalls Informationen darüber enthalten, in welcher Form und wie lange die Patientendaten bei der Einrichtung gespeichert werden und für welche Zwecke sie verwendet werden (insbesondere Pseudonymisierung zum Zwecke der Auswertung im Rahmen des QS-Reha[®]-Verfahrens) und die eindeutige Erklärung enthalten, dass der jeweilige Patient mit der Teilnahme am QS-Reha[®]-Verfahren erklärt. Zur weiteren Information der Patienten wird im Rahmen des QS-Reha[®]-Verfahrens den Patienten stets ein von der Auswertungsstelle erstelltes Informationsblatt zur Auswertung im Rahmen des QS-Reha[®]-Verfahrens ausgehändigt.

4 Auswertung und Berichterstellung

In den folgenden Abschnitten wird für die Qualitätsbereiche Struktur- und Prozessqualität, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit das Vorgehen bei der Datenauswertung erläutert. Neben Informationen zum statistischen Hintergrund finden sich auch Beispiele der im Bericht¹³ verwendeten Tabellen und Abbildungen, welche das Verständnis bei der Lektüre des Berichts und die Interpretation der Ergebnisse erleichtern sollen. Weiterhin werden das Procedere der stichprobenhaften Visitationen in den Einrichtungen und die Darstellung aller Ergebnisse in der Qualitätssynopse erläutert. Für die vier Qualitätsbereiche und die Visitation finden sich zu Ende der jeweiligen Abschnitte Ablaufpläne, in denen die Aufgaben von Einrichtung und Auswertungsstelle Schritt für Schritt aufgeführt sind.

4.1 Struktur- und Prozessqualität (erfasst über den Einrichtungsbogen)

Die indikationsspezifischen Einrichtungsbögen erfassen neun Bereiche der Struktur- und Prozessqualität (zur Entwicklung des Bogens vgl. Klein et al. 2004¹⁴):

- Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung,
- Medizinisch-technische Ausstattung,
- Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung,
- Personelle Ausstattung,
- Konzeptionelle Grundlagen,
- Internes Qualitätsmanagement,
- Interne Kommunikation und Personalentwicklung,
- Patientenorientierung,
- Interne Organisation.

Für diese neun Bereiche werden sowohl Basis- als auch Zuweisungssteuerungskriterien erfragt. Basiskriterien sind Merkmale, die jede Einrichtung einer entsprechenden Indikation erfüllen sollte, Zuweisungssteuerungskriterien betreffen Merkmale einer Einrichtung, die nicht erfüllt werden müssen, die aber den Krankenkassen bei der Steuerung der Zuweisung behilflich sind. So kann anhand der Zuweisungssteuerungskriterien entschieden werden, in welche Einrichtung z.B. ein sehbehinderter Patient aufgenommen werden kann.

Veränderte Angaben aus der Visitation (siehe Abschnitt 4.3) werden vor der Berichtserstellung in die Datenbank übernommen. Eine entsprechende Dokumentation über die Veränderung der Daten ist vorzunehmen.

¹³ "Berichte" oder Ergebnisberichte" im Sinne dieses Methodenhandbuchs sind die von der Auswertungsstelle je teilnehmender Fachabteilung zu erstellenden Ergebnisberichte (fachabteilungsspezifische Ergebnisberichte, vgl. Kap. 5).

¹⁴ Klein, K., Farin, E., Jäckel, W.H., Blatt, O. & Schliehe, F. (2004). Bewertungskriterien der Strukturqualität stationärer Rehabilitationseinrichtungen. *Rehabilitation*, 43, 100-108.

4.1.1 Erfüllungsgrade der Basiskriterien

Der Abschnitt zur Struktur- und Prozessqualität in Teil I des Berichts gegenüber der Einrichtung (Indexeinrichtung) beinhaltet eine tabellarische Darstellung der prozentualen Erfüllung der Basiskriterien in den neun Merkmalsbereichen und eine Auflistung der nicht erfüllten Basiskriterien.

	Erfüllung Basis- kriterien Indexein- richtung in %	Durch- schnitt Referenz- einrich- tungen in %	Interquartil- Range Referenz- einrich- tungen in %	Anzahl nicht erfüll- ter Krite- rien
Merkmale der Strukturqualität				
I. Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung (100% = 16 BK)	56 %	95 %	64 - 97 %	7 BK
II. Medizinisch-technische Ausstattung (100% = 12 BK)	92 %	90 %	80 - 99 %	1 BK
III. Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung (100% = 43 BK)	77 %	80 %	68 - 95 %	10 BK
IV. Personelle Ausstattung (100% = 14 BK)	93 %	90 %	80 - 99 %	1 BK
Strukturnahe Prozessmerkmale				
V. Konzeptionelle Grundlagen (100% = 5 BK)	40 %	95 %	64 - 97 %	3 BK
VI. Internes Qualitätsmanagement (100% = 10 BK)	90 %	90 %	80 - 99 %	1 BK
VII. Interne Kommunikation und Personalentwicklung (100% = 6 BK)	83 %	80 %	68 - 95 %	1 BK
VIII. Patientenorientierung (100% = 4 BK)	75 %	90 %	64-97%	1 BK
IX. Interne Organisation (100% = 4 BK)	50 %	95 %	80-99%	2 BK

Tabelle 4: Beispiel für die Darstellung der Erfüllungsgrade der Basiskriterien: Struktur- und Prozessqualität (Muskuloskeletale Erkrankungen)

Tabelle 4 führt in der zweiten Spalte für die Indexeinrichtung den prozentualen Anteil der erfüllten Basiskriterien auf. In Spalte drei ist der entsprechende Durchschnittswert der Refe-

renzeinrichtungen (hierbei handelt es sich um die Einrichtungen derselben Erhebungsrunde mit der gleichen Indikation) dargestellt. Wie viele erfüllte Basiskriterien einem Erfüllungsgrad von 100% entsprechen, kann für die einzelnen Merkmalsbereiche der ersten Spalte entnommen werden. Der prozentuale Erfüllungsgrad berechnet sich wie folgt:

$$\text{Anteil erfüllter Basiskriterien} = \frac{\text{Anzahl erfüllter Basiskriterien}}{\text{Anzahl Basiskriterien}} * 100$$

Um die Aussagekraft des Vergleichs zwischen Indexeinrichtung und Referenzeinrichtung zu erhöhen, ist in Spalte vier der Tabelle der Interquartil-Range der Referenzeinrichtungen angegeben. Dieser markiert den Bereich um den durchschnittlichen Erfüllungsgrad, in dem 50% der Referenzeinrichtungen liegen. Es kann so besser abgeschätzt werden, wie die Werte der Referenzeinrichtungen streuen. Es wird darauf hingewiesen, dass es sich hierbei nicht um einen statistischen Signifikanztest handelt.

Die in Tabelle 4 beispielhaft dargestellten Ergebnisse zu "Allgemeinen Merkmalen und räumlicher Ausstattung" können wie folgt gelesen werden: Die Indexeinrichtung erfüllt in diesem Bereich 56% der Basiskriterien, während die durchschnittliche Erfüllung der Referenzeinrichtungen bei 95% liegt. Da der Interquartil-Range mit 64 - 97% angegeben ist, wird hier deutlich, dass die Indexeinrichtung unterhalb des Bereichs der mittleren 50% der Referenzeinrichtungen liegt. Die Einrichtung fällt also ins untere Viertel der Verteilung.

In der letzten Spalte der Tabelle wird für jeden Merkmalsbereich die Anzahl der nicht erfüllten Basiskriterien genannt. Diese werden im Bericht zur Veranschaulichung des strukturbezogenen Verbesserungspotentials im Abschnitt "Nicht erfüllte Basiskriterien" im Einzelnen aufgeführt.

In Anhang 1 A1 des Berichtsteils I ist weiterhin die Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der einzelnen Basiskriterien, in Anhang 1 A2 die der einzelnen Zuweisungssteuerungskriterien aufgeführt.

III. Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung

Kriterium	erfüllt	nicht erfüllt
PHYSIOTHERAPIE/ERGOTHERAPIE:		
Skoliosebehandlung mit speziellem Skolioseprogramm	X	
(Exo-)Prothesenschulung	X	
Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung	X	
SOZIAL- UND BERUFSBERATUNG:		
Belastungserprobung	X	
Berufsfindung durch Interessen- und Eignungsdiagnostik (Vorfeldmaßnahmen)	X	
berufsspezifische Belastungserprobung	X	
Information zur beruflichen Wiedereingliederung	X	
BESONDERE ERNÄHRUNGSFORMEN:		
<i>Vollkostformen</i>		
vegetarische Kost	X	
<i>Energiedefinierte Diäten</i>		
eiweiß- und elektrolytdefinierte Kost	X	
<i>Gastroenterologische Kostformen, Sonderkostformen</i>		
Sonderkost bei Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen	X	
Sondenernährung	X	

Tabelle 5: Beispiel zur Darstellung der Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der Zuweisungssteuerungskriterien (Muskuloskeletale Erkrankungen)

Tabelle 5 zeigt exemplarisch einen Ausschnitt aus Anhang 1 A2 des Berichtsteils I. Für die Zuweisungssteuerungskriterien aus dem Merkmalsbereich "Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung" kann abgelesen werden, ob sie in der Einrichtung etabliert sind oder nicht. Der Beispieltabelle kann z.B. entnommen werden, dass in der Einrichtung eine (Exo-)Prothesenschulung durchgeführt werden kann. Die Tabelle zu den Basiskriterien in Anhang 1 A1 des Berichtsteils I ist hierzu analog zu lesen.

Die Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der Zuweisungssteuerungskriterien ist weiterhin noch in der Zuweisungssteuerungssynopse in Berichtsteil II dargestellt (vgl. Abschnitt 4.7).

4.1.2 Ablaufplan Struktur- und Prozessqualität (erfasst über den Einrichtungsbogen)

Zu tun	Wer	Wann	Materialien	Anmerkung
			Einrichtungsbogen	
ausgefüllten Einrichtungsbogen auf Plausibilität und Vollständigkeit überprüfen	Auswertungsstelle	nach Eingang der ausgefüllten Bögen	Einrichtungsbogen	
Dateneingabe	Auswertungsstelle			
Fehlende und unklare Angaben im Telefoninterview klären	Auswertungsstelle		ggf. individuell erstellter Leitfaden zur Vorbereitung des Telefoninterviews	
Stichprobenhafte Visitation in den teilnehmenden Einrichtungen (siehe Ablaufplan Visitation)	Auswertungsstelle und externer Visitor		Visitationscheckliste	siehe Abschnitt Visitation
ggf. veränderte Angaben in Datenbank übernehmen	Auswertungsstelle			
Auswertung	Auswertungsstelle			
Überprüfung der Auswertung (s. Kapitel 3.5)	Auswertungsstelle			
Berichterstellung	Auswertungsstelle			
Überprüfung der Berichterstellung durch zweite Person auf Rechtschreib- und Layoutfehler	Auswertungsstelle			
Versand der Berichte	Auswertungsstelle			
Transfer der Ergebnisse in die den Auftraggebern vorliegende Synopsen- und Strukturdatenbank	Auswertungsstelle		QS-Synopse, ZW-Synopse, Strukturdatenbank	

Tabelle 6: Ablaufplan Struktur- und Prozessqualität (erfasst über den Einrichtungsbogen)

4.2 Prozessqualität (erfasst über den Patientenbogen)

Die Prozessqualität wird im QS-Reha[®]-Verfahren einerseits einrichtungsseitig mit dem Einrichtungsbogen und andererseits patientenseitig mit dem Patientenbogen erfasst. Dem entsprechend werden die Ergebnisse aus dem Einrichtungsbogen in Teil I des Berichts des QS-Reha[®]-Verfahrens und die Ergebnisse aus dem Patientenbogen in Teil II dargestellt.

Im Patientenbogen werden Ereignisse, die eng mit wichtigen Prozessen des Rehabilitationsverlaufs verknüpft sind, erhoben. Die prozessbezogenen Items des Patientenbogens differenzieren sich für die somatischen Indikationsbereiche in die folgenden drei Merkmalsbereiche:

- Arzt-Patient-Kommunikation,
- Therapie und Pflege sowie
- Nachsorge.

Die für den Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen" erfassten Merkmalsbereiche sind:

- Kommunikation mit dem Patienten und
- Therapieablauf.

4.2.1 Prozessqualität: Ergebnisse aus dem Patientenbogen

Für die somatischen Indikationsbereiche wird der Bereich "Arzt-Patient-Kommunikation" im Patientenbogen mit fünf Fragen erfasst, der Bereich "Therapie und Pflege" mit vier Fragen und der Bereich "Nachsorge" mit drei Fragen. Für den Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen" erfasst der Merkmalsbereich "Kommunikation mit dem Patienten" fünf Fragen, der Merkmalsbereich "Therapieablauf" vier Fragen.

Anders als die Basiskriterien im Einrichtungsbogen, werden die prozessbezogenen Fragen des Patientenbogens nicht alle zweistufig (erfüllt/nicht erfüllt), sondern in der Regel mit mehrstufigen Antwortformaten erfasst. Um eine zur Auswertung der Basiskriterien kompatible Ergebnisdarstellung zu ermöglichen, werden die Angaben der Patienten bei den einzelnen Items dichotomisiert, d.h. für die verschiedenen Antwortstufen eines Items wird festgelegt, ob es sich eher um eine positive Ausprägung (im Sinne einer Erfüllung des Kriteriums) oder eine negative Ausprägung (im Sinne einer Nicht-Erfüllung des Kriteriums) handelt. In den Tabellen 7a und 7b (somatischen Indikationsbereiche) bzw. 8a und 8b (Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen") ist für die einzelnen Items aufgeführt, wie die Dichotomisierung vorgenommen wird.

Für die weitere Auswertung wird für jeden Merkmalsbereich berechnet, wie hoch die mittlere Zustimmung der Patienten ist. Dabei werden pro Patient nur diejenigen Items einbezogen, in denen eine positive oder negative Einschätzung gegeben wurde. So wird z.B. das Ankreuzen der Antwortmöglichkeit "Ich wollte/brauchte keine Erklärungen" bei dem Item "Haben Sie alles verstanden, was der Arzt Ihnen erklärt hat?" als "nicht relevant" eingestuft. Da diese Antwort nicht im Sinne einer Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung des Kriteriums "Ärztliche Betreuung" interpretiert werden kann, geht sie nicht in die Auswertung ein.

Der Zustimmungsgrad eines Patienten in einem der drei Merkmalsbereiche berechnet sich folgendermaßen:

$$\text{Grad der Zustimmung} = \frac{N_{\text{positiv beantwortete Items}}}{N_{\text{Items des Merkmalsbereichs}} - N_{\text{„nicht relevant“-Antworten}}} * 100$$

wobei N die jeweilige Anzahl darstellt.

Der mittlere Zustimmungsgrad der Patienten einer Einrichtung entspricht dem arithmetischen Mittel der individuellen Zustimmungsgrade.

Merkmalsbereiche	Item	Antwortformat	Dichotomisierung
Ärztliche Betreuung (Arzt-Patienten-Kommunikation)	Hat Ihr Arzt Ihnen erklärt, wofür die einzelnen Therapien gut waren?	Ja, alle Therapien wurden erklärt	Plus
		Ja, aber nur einige Therapien wurden erklärt	Minus
		Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte	Minus
		Nein, ich wollte / brauchte keine Erklärung	Nicht relevant
	Hat Ihr behandelnder Arzt zu Beginn der Behandlung Ihren Therapieplan mit Ihnen besprochen?	Ja, ausführlich	Plus
Ja, aber eher oberflächlich		Minus	
Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte		Minus	
Nein, ich wollte / brauchte das nicht		Nicht relevant	
Hat Ihr Arzt gefragt, welche Erwartungen Sie an die Rehabilitation hatten?	Ja	Plus	
	Nein	Minus	
Hat Ihr Arzt Ziele der Rehabilitation mit Ihnen vereinbart?	Ja	Plus	
	Nein	Minus	
Haben Sie alles verstanden, was der Arzt Ihnen erklärt hat?	Ja, immer	Plus	
	Ja, meistens	Plus	
	Ja, manchmal	Minus	
	Nein	Minus	
	Mein Arzt hat mir nichts erklärt, obwohl ich mir das gewünscht hätte	Minus	
	Ich wollte / brauchte keine Erklärungen	Nicht relevant	

Tabelle 7a: Dichotomisierung der Items des Merkmalsbereichs "Ärztliche Betreuung (Arzt-Patienten-Kommunikation)" (somatische Indikationsbereiche)

Merkmalsbereich	Item	Antwortformat	Dichotomisierung
Therapie und Pflege	Wie häufig kam es vor, dass bei einer bestimmten Einzeltherapie (z.B. Krankengymnastik oder Ergotherapie) Ihr jeweiliger Therapeut wechselte?	Ich hatte immer andere Therapeuten Ich hatte meistens andere Therapeuten Ich hatte manchmal andere Therapeuten Ich hatte immer die gleichen Therapeuten Ich hatte keine Einzeltherapie	Minus Minus Plus Plus Nicht relevant
	Haben Sie alles verstanden, was Ihr jeweiliger Therapeut Ihnen bezüglich Ihrer Behandlung erklärt hat?	Ja, immer Ja, meistens Ja, manchmal Nein Mir wurde nichts erklärt Ich wollte das gar nicht so genau wissen	Plus Plus Minus Minus Minus Nicht relevant
	Wenn Sie Fragen an die Pflegekräfte hatten, konnten Sie jemanden erreichen, der Ihnen geantwortet hat?	Ja, immer Ja, meistens Ja, manchmal Nein Ich hatte keine Fragen	Plus Plus Minus Minus Nicht relevant
	Kam es manchmal zu zeitlichen Überschneidungen zwischen einzelnen Therapien, Untersuchungen, Visiten oder Vorträgen?	Ja, immer Ja, meistens Ja, manchmal Nein	Minus Minus Plus Plus
	Wissen Sie, was Sie nach der Rehabilitation aufgrund Ihrer Erkrankung tun dürfen und was Sie nicht tun dürfen?	Ja, vollkommen Ja, einigermaßen Nein	Plus Minus Minus
Nachsorge	Haben Sie Therapieanleitungen für Zuhause (z.B. gymnastische Übungen, Ernährungstipps, Trainingsmaßnahmen) erhalten?	Ja Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte Nein, ich wollte/ brauchte das nicht	Plus Minus Nicht relevant
	Haben Sie Informationen über weiterführende Behandlungsmöglichkeiten erhalten?	Ja Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte Nein, ich wollte/ brauchte keine Informationen darüber	Plus Minus Nicht relevant

Tabelle 7b: Dichotomisierung der Items der Merkmalsbereiche "Therapie und Pflege" und "Nachsorge" (somatische Indikationsbereiche)

Merkmalsbereich	Item	Antwortformat	Dichotomisierung
Kommunikation mit dem Patienten	Wie häufig kam es vor, dass Ihnen Ihre Untersuchungsbefunde und -ergebnisse vom behandelnden Psychotherapeuten/Arzt gar nicht oder nur unverständlich erklärt wurden?	War die Regel/immer Oft Manchmal Selten Nie	Minus Minus Minus Plus Plus
	Hat Ihr behandelnder Arzt bzw. Psychotherapeut Ziele der Rehabilitation mit Ihnen vereinbart?	Ja Nein	Plus Minus
	Hat Ihr behandelnder Arzt bzw. Psychotherapeut zu Beginn der Rehabilitation Ihren Therapieplan mit Ihnen besprochen?	Ja, ausführlich Ja, oberflächlich Nein	Plus Minus Minus
	Wurde Ihnen zu den einzelnen therapeutischen Maßnahmen erklärt, wofür sie gut waren?	Ja, zu allen Ja, zu einigen Nein, zu keinen	Plus Plus Minus
	Haben Sie Informationen über weiterführende Behandlungsmöglichkeiten erhalten?	Ja Nein	Plus Minus

Tabelle 8a: Dichotomisierung der Items des Merkmalsbereichs "Kommunikation mit dem Patienten" (Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen")

Merkmalsbereich	Item	Antwortformat	Dichotomisierung
Therapieablauf	Wie häufig kam es vor, dass Ihr behandelnder Psychotherapeut so gehetzt war, dass er keine Zeit für Sie hatte?	War die Regel / immer Oft Manchmal Selten Nie	Minus Minus Minus Plus Plus
	Wie häufig kam es vor, dass sich Ihre Behandlungstermine überschritten haben?	War die Regel / immer Oft Manchmal Selten Nie	Minus Minus Minus Plus Plus
	Wie häufig kam es vor, dass Ihr behandelnder Psychotherapeut für Sie nicht erreichbar war, obwohl Sie ihn dringend gebraucht hätten?	War die Regel / immer Oft Manchmal Selten Nie	Minus Minus Minus Plus Plus
	Wie häufig kam es vor, dass die Sie behandelnden Psychotherapeuten wechselten?	War die Regel / immer Oft Manchmal Selten Nie	Minus Minus Minus Plus Plus

Tabelle 8b: Dichotomisierung der Items des Merkmalsbereichs "Therapieablauf" (Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen")

Die Ergebnisse der Auswertung der patientenseitigen Erfassung der Prozessqualität werden in Teil II des Berichts wie in Tabelle 9 dargestellt. Dabei wird in der zweiten Spalte der mittlere Zustimmungsgrad der Patienten der Indexeinrichtung und in der dritten Spalte der durchschnittliche Zustimmungsgrad der Patienten der Referenzeinrichtungen dargestellt. Zur Unterstützung des Vergleichs der Indexeinrichtung mit den Referenzeinrichtungen wird für die Referenzeinrichtungen auch der Interquartil-Range angegeben. Dieser markiert den Bereich um den durchschnittlichen Zustimmungsgrad, in dem 50% der Referenzeinrichtungen liegen. Es kann so abgeschätzt werden, wie die Werte der Referenzeinrichtungen streuen. Es handelt sich hierbei allerdings nicht um einen statistischen Signifikanztest.

Die in der Beispieltabelle dargestellten Ergebnisse zur "Arzt-Patient-Kommunikation" können wie folgt gelesen werden: Die mittlere Zustimmung der Patienten der Indexeinrichtung liegt in diesem Bereich bei 75%, die der Referenzeinrichtungen bei 90%. Da der Interquartil-Range mit 64-97% angegeben ist, wird hier deutlich, dass die Indexeinrichtung in der Verteilung der Referenzeinrichtungen innerhalb der mittleren 50% der Einrichtungen liegt.

Die konkreten Angaben der Patienten der Indexeinrichtung zu den einzelnen prozessbezogenen Items werden in Anhang B des Berichtsteils II wiedergegeben.

	Erfüllung Prozesskriterien Indexeinrichtung in %	Durchschnitt Referenzeinrichtungen in %	Interquartil-Range Referenzeinrichtungen in %
I. Arzt-Patient-Kommunikation	75%	90%	64-97%
II. Therapie und Pflege	75%	95%	80-99%
III. Nachsorge	75%	90%	64-97%

Tabelle 9: Beispiel für die Darstellung der mittleren Erfüllungsgrade der prozessbezogenen Items (somatischer Indikationsbereich)

4.2.2 Ablaufplan Prozessqualität (erfasst über den Patientenbogen)

Zu tun	Wer	Wann	Materialien	Anmerkung
postalische Nachbefragung der Patienten	Einrichtung	Versand sechs Wochen nach Ende der Reha	Patientenbogen	
Versand der ausgefüllten Instrumente an Auswertungsinstitut	Einrichtung			
Dateneingabe und Datencheck (s. Kapitel 3.5)	Auswertungsstelle	sobald ausgefüllte Instrumente vorliegen		Fehlerquote max. 5 Promille
Dichotomisierung der Itemantworten	Auswertungsstelle			
Zusammenfügen der Daten mit anschließendem Plausibilitätscheck	Auswertungsstelle	sobald alle Einrichtungen der Erhebungsrunde die Datenerhebung abgeschlossen haben		
Hinzufügen der Einrichtungen aus vorhergehenden Runden als Referenzeinrichtungen	Auswertungsstelle			Einrichtungen der letzten 36 Monate
Berechnung der mittleren Zustimmungsgade	Auswertungsstelle			
Erstellung der Ergebnistabellen	Auswertungsstelle			
Überprüfung der Auswertung (s. Kapitel 3.5)	Auswertungsstelle			
Berichterstellung (Bericht Teil II)	Auswertungsstelle		Musterbericht Teil II	
Überprüfung der Berichterstellung durch zweite Person auf Rechtschreib- und Layoutfehler	Auswertungsstelle			
Versand der Berichte	Auswertungsstelle			
Transfer der Ergebnisse in die Synopsendatenbank	Auswertungsstelle		QS-Synopse	

Tabelle 10: Ablaufplan Prozessqualität (erfasst über den Patientenbogen)

4.3 Visitation

Visitationen dienen der Validierung der Angaben im Einrichtungsbogen. Ferner bieten sie den Einrichtungen die Möglichkeit, Erläuterungen zu dem vorliegenden Einrichtungsbogen zu erhalten. Durch eine Zufallsstichprobe werden aus einer Erhebungsrunde nach abschließender Vorlage der Einrichtungsbögen je Indikationsbereich 5% der teilnehmenden Fachabteilungen für die Durchführung von eintägigen Visitationen ermittelt. Weiterhin sind Fachabteilungen mit geringen Patientenzahlen, zu denen keine Daten der Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit vorliegen, einzubeziehen. Hier werden Visitationen je Indikationsbereich von ca. 30% der Fachabteilungen durchgeführt.

Für jede zu visitierende Fachabteilung ist ein Visitor erforderlich. Die Visitoren müssen befähigt sein, mögliche Diskrepanzen zwischen den Angaben im Einrichtungsbogen und den in Augenschein genommenen Nachweisen fach- und sachgerecht beurteilen zu können.

Die Einrichtungen werden ca. zwei Wochen vor dem geplanten Tag der Visitation über die Terminierung und den Ablauf der Visitation informiert. Die Planung des Tagesablaufs sieht ein ca. 1-stündiges Gespräch mit der Einrichtungsleitung bzw. deren Vertreter sowie einen Einrichtungsrundgang durch das gesamte Haus vor. Sind zur Validierung der Daten des Einrichtungsbogens in Absprache mit der Einrichtungsleitung Gespräche mit Mitarbeitern der Fachabteilung (z. B. Stationsarzt, Psychologe, Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagementbeauftragter, Therapeuten) notwendig, so sind diese durchzuführen. Weitere Mitarbeiter werden ggf. je nach Situation der Fachabteilung und Verlauf des Gesprächs mit der Einrichtungsleitung ausgewählt.

Zur Validierung der Angaben im Einrichtungsbogen kann Einsicht in zwei anonymisierte Patientenakten genommen werden. Die Visitation endet mit einer Abschlussitzung, im Rahmen derer der Visitor der Einrichtungsleitung eine Zusammenfassung ihrer Eindrücke mitteilt.

Ein typischer Ablaufplan der Visitation enthält folgende Elemente:

- Anfangsgespräch mit der Einrichtungsleitung
- Einrichtungsrundgang
- Ggf. Mitarbeitergespräche
- Patientenakte/ Pflegedokumentation und Therapiedokumentation
- Abschlussgespräch mit der Einrichtungsleitung

Als Grundlage für die Auswertung dient die Visitationscheckliste. In dieser Checkliste sind alle Abweichungen zwischen den im Einrichtungsbogen gemachten Angaben und den tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort festgehalten. Die Visitations-Checkliste definiert den Ablauf der Visitationen im QS-Reha[®]-Verfahren.

Nachfolgend wird das Visitations-Vorgehen für die somatischen Indikationsbereiche beschrieben. Unterschieden wird zwischen *Coreset-Kriterien*, d. h. zentralen Qualitätsanforde-

rungen, die in jeder Visitation thematisiert werden müssen (dies sind die Basiskriterien der Strukturqualität; s. Kapitel 4.1), und *weiteren Kriterien*, d. h. nicht-zentralen Strukturqualitätsmerkmalen, von denen einige per Zufall ausgewählt und in der Visitation überprüft werden sollen.

Die Coreset-Kriterien werden in der Regel über verschiedene Zugänge geprüft (z. B. Gespräch mit der Einrichtungsleitung, Einzelgespräch mit einem Therapeuten, Einrichtungsrundgang). Der Visitor soll alle Coreset-Kriterien prüfen, es ist aber nicht unbedingt notwendig (wenn auch sehr zu empfehlen) alle Zugänge zu den einzelnen Coreset-Kriterien zu nutzen. In der Visitations-Checkliste sind alle Zugänge eingetragen, damit durch mehrere Prüfungen eine möglichst valide Beurteilung der Einrichtung ermöglicht wird. Die Festlegung der Zugänge in der Visitations-Checkliste ist für den Visitor bindend, mit der Ausnahme, dass ggf. nicht alle Zugänge zu einem Coreset-Kriterium zu nutzen sind (z. B. wenn eine Beurteilung schon eindeutig ist oder wenn die verbleibende Zeit sehr knapp ist).

Die Auswahl der weiteren Kriterien erfolgt durch den Visitor vor Ort. Es sollten solche Kriterien geprüft werden, die gut geeignet sind, das spezifische Bild der Qualität der jeweils visitierten Fachabteilung zu vervollständigen. Ergeben sich keine klaren Hinweise auf eine Kriterienauswahl, so erfolgt die Auswahl per Zufall. Die Menge der zusätzlich aus den "weiteren Kriterien" auszuwählenden Aspekte wird durch die zur Verfügung stehende Zeit bestimmt und bleibt den Visitoren überlassen.

Im Indikationsbereich psychische/psychosomatische Erkrankungen werden im Rahmen der Visitationen sämtliche Kriterien des "Einrichtungsbogens" überprüft.

Neben den genannten Abweichungen zwischen den im Einrichtungsbogen gemachten Angaben und den tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort, bildet im Bericht die allgemeine Erfüllung der Kriterien einen Schwerpunkt. Hierbei werden alle in den Bereichen der Struktur- und Prozessqualität erfüllten und nicht erfüllten Basiskriterien im Einzelnen aufgelistet.

Dem Visitor stehen in der Regel folgende Eingangsinformationen für die Visitation vorab zur Verfügung:

- der von der Fachabteilung zuvor bearbeitete Erfassungsbogen zur Struktur- und Prozessqualität,
- ggf. ein interner Qualitätsbericht der Einrichtung, sowie weitere Unterlagen (Einrichtungskonzept, Therapiekonzepte etc.),

Für viele Aspekte der Struktur- und Prozessqualität (z.B. *Qualität* von Therapiekonzepten in Ergänzung zur bloßen *Existenz*) legt die Visitations-Checkliste keine detaillierten Kriterien fest, so dass hier die Erfahrung des Visitors gefragt ist. Er hat die wichtige Aufgabe, über die bloße *Existenz* gewisser Merkmale hinaus die *Qualität* der Erfüllung der Anforderungen zu

beurteilen. Liegt die von dem Visitor beurteilte Qualität unter einem Mindestwert (ist z. B. ein Schriftstück mit der Überschrift "Therapiekonzept" vorhanden, die Elaboriertheit des Konzepts aber so gering, dass man kaum von einem solchen sprechen kann), so sollte die eingeschränkte Erfüllung des Kriteriums "Therapiekonzept" bzw. – im Extremfall – die Nichterfüllung in der Visitations-Checkliste dokumentiert werden.

Manche Kriterien – wie z. B. jene des Therapiekonzepts – erfordern eine qualitative Bewertung, andere (z. B. Vorhandensein einer Sport-/Gymnastikhalle) sind durch eine Inaugenscheinnahme in der Regel unmittelbar zu klären.

Zur Visitation wird ein Bericht erstellt, welcher in den Teil I des Ergebnisberichtes einfließt. Der Einrichtung wird zuvor Gelegenheit gegeben, zu dem Bericht Stellung zu nehmen. Sofern sich im Rahmen der Visitation ergeben hat, dass die Angaben in dem Einrichtungsbogen nicht mit den Feststellungen im Rahmen der Visitation übereinstimmen, erfolgt eine entsprechende Korrektur des Einrichtungsbogens (positiv wie negativ).

4.3.1 Ablaufplan Visitation

Zu tun	Wer	Wann	Materialien
Zufallsauswahl der zu visitierenden Fachabteilung und Ankündigung der Visitation	Auswertungsstelle	2-3 Wochen vor Visitation	
Ermöglichung der Visitation	Einrichtungsleitung		
Organisatorische Vorbereitung der Visitation	Auswertungsstelle		Visitationscheckliste und Dokumente der Einrichtung (z.B. über Therapie- und Einrichtungskonzept, internes QM) zusammenstellen
Inhaltliche Vorbereitung der Visitation	Auswertungsstelle		Angaben im Einrichtungsbogen und Dokumente der Einrichtung durcharbeiten
Durchführung der Visitation	Einrichtungsleitung und weitere Einrichtungsmitarbeiter, Auswertungsstelle		Visitationscheckliste
Eventuelle Änderungen in den Kriterien werden in die Datenbank zur Struktur- bzw. Prozessqualität übernommen	Auswertungsstelle		
Berichterstellung	Auswertungsstelle		
Überprüfung der Berichterstellung des Auswertungsinstituts durch externen Visitor	Auswertungsstelle		
Versand der Berichte	Auswertungsstelle	In der Regel 6 Wochen nach der Visitation	

Tabelle 11: Ablaufplan Visitation

4.4 Ergebnisqualität

In den Berichtsabschnitt zur Ergebnisqualität gehen die patientenseitigen Angaben aus dem IRES-Fragebogen (somatische Indikationsbereiche) bzw. aus dem HEALTH-Fragebogen (Indikationsbereich psychische/psychosomatische Erkrankungen) ein, der in den Patientenbogen integriert ist. Die patientenseitige Outcome-Messung im QS-Reha[®]-Verfahren basiert auf einer generischen Erfassung der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands der Patienten. Generische Messinstrumente erlauben den Vergleich über verschiedene Diagnosen und Indikationen hinweg. Der IRES-Fragebogen umfasst 141 Items und dient der generischen Erfassung des Gesundheitsstatus der Patienten hinsichtlich der somatischen Gesundheit, der Schmerzen, der Funktionsfähigkeit im Alltag, der Funktionsfähigkeit im Beruf, des psychischen Befindens, der sozialen Integration, des Gesundheitsverhaltens und der Krankheitsbewältigung.

Neben den IRES- bzw. HEALTH-Daten gehen auch Angaben aus dem Arztbogen in die Auswertung zur Ergebnisqualität ein. Der Arztbogen umfasst soziodemographische Variablen der Patienten und medizinische Parameter wie z.B. die Diagnose, verschiedene Diagnosesätze, eine Zuordnung zu indikationsbezogenen Fallgruppen und eine Angabe zur Chronifizierung der Haupterkrankung sowie zu den Komorbiditäten.

Im Rahmen von kontrollierten Einrichtungvergleichen wird die Einrichtung bezüglich der erzielten Ergebnisse mit den Referenzeinrichtungen desselben Indikationsbereiches verglichen, die ebenfalls am QS-Reha[®]-Verfahren teilgenommen haben. Das dabei angewandte Verfahren zur Sicherstellung "fairer" Einrichtungvergleiche wird in Abschnitt 4.4.3 dargestellt. Der methodisch Interessierte findet weitere Einzelheiten bei Farin et al. (2004, 2005) bzw. bei Rabung (2007). Diese Publikationen befinden sich auch im digitalen Anhang.

Der Berichtsabschnitt zur Ergebnisqualität weist folgende Gliederung auf: Zunächst wird in der Rücklauf- und Drop-Out-Analyse untersucht, welche Patienten mit welchen Merkmalen von der Einrichtung nicht in die Erhebung aufgenommen werden konnten (z.B. aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen oder fehlender Teilnahmebereitschaft) und inwieweit es gelang, bei den in die Erhebung aufgenommenen Patienten über die beiden Messzeitpunkte hinweg einen hohen Rücklauf zu erzielen. Der darauf folgende Abschnitt beschreibt Merkmale der in die Erhebung aufgenommenen Patienten, z.B. hinsichtlich soziodemographischer Variablen, Diagnosegruppe und Reha-Status zum Aufnahmezeitpunkt. Schließlich werden die Ergebnisse bezüglich der patientenseitigen Ergebnismessung im Einrichtungvergleich dargestellt.

Entsprechend dieser Gliederung wird nun für die einzelnen Schritte das methodische Vorgehen erläutert.

4.4.1 Rücklauf und Drop-Out-Analyse

Bei der folgenden Darstellung werden die bisher unterschiedlichen Verfahren und Vorgehensweisen für die somatischen Indikationsbereiche und die psychischen/psychosomatischen Erkrankungen beschrieben. Für zukünftige Routineauswertungen ist eine einheitliche Festlegung auf Drop-Out-Analysen vorzunehmen, die wissenschaftlich zu begründen ist.

Bei Erhebung von Daten mit Fragebögen zu mehreren Erhebungszeitpunkten und unterschiedlichen Instrumenten kann es durch eine Reihe von Ursachen zu Datenausfällen kommen. Solche Datenausfälle können dazu führen, dass die Patientenstichprobe, zu der vollständige Datensätze vorliegen, nicht mehr repräsentativ für die ursprüngliche Gesamtstichprobe bzw. nicht mit der zu untersuchenden Population (Patienten der Fachabteilung) sind. Deshalb ist zu prüfen, ob die Patienten, die zu irgendeinem Zeitpunkt aus der Erhebung ausgeschieden sind („Drop-Out-Patienten“), sich systematisch von den Patienten unterscheiden, zu denen vollständige Datensätze aller Erhebungszeitpunkte vorliegen.

Um die Repräsentativität der Patientenstichprobe einschätzen zu können, müssen deshalb folgende Fragen untersucht werden:

1. Wie groß sind die Datenausfälle in der Fachabteilung zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten und wie viele komplette Datensätze liegen zur Auswertung vor?
2. Gibt es systematische Unterschiede zwischen der Gruppe der Patienten, zu denen komplette Datensätze vorliegen gegenüber der Gruppe der Drop-Out-Patienten (zu den Zeitpunkten Reha-Beginn und Reha-Nachbefragung sowie der Gesamtgruppe aller Drop-Out-Fälle unabhängig vom Drop-Out-Zeitpunkt) hinsichtlich relevanter Parameter wie z.B. Alter, Reha-Motivation oder Komorbidität?

Der Datenrücklauf gilt als wichtiges Qualitätsmerkmal für die Erhebung und ihre Ergebnisse. Der Rücklauf bezieht sich hier auf die Anzahl zur Dateneingabe vorhandener vollständiger Fragebögenansätze ohne genauere statistische Prüfung der fragebogenbezogenen Vollständigkeit und Datenqualität. Diese erfolgt in einem weiteren Schritt im Rahmen der Berechnung der Anzahl "kompletter Datensätze", in die nur auswertbare Fragebögen eingehen (siehe letzte Spalte). In Beispiel-Tabelle 12 wird für die Indexeinrichtung und die Referenzeinrichtungen aufgelistet, von wie vielen Patienten Daten der entsprechenden Fragebögen vorliegen. Zugleich gibt die beispielhafte Tabelle einen Überblick darüber, wie groß die Drop-Out-Quoten bei Aufnahme (Reha-Beginn) und 6 Wochen nach der Entlassung (Reha-Nachbefragung) sind

In der Beispiel-Tabelle 12 liegt dementsprechend eine Rücklaufquote von 90% bzw. ein Drop-Out von 10 % vor, wobei die Anzahl für eine Auswertung der Ergebnisqualität verwendbarer, vollständiger Datensätze (Patientenbogen t0, t1 und Arztbogen mit gleicher Patienten-Identifikationsnummer) N=143 beträgt.

Einrichtung	Patientenbogen Aufnahme (t ₀)	Patientenbogen Nachbefragung (t ₁)	Patientenbogen Rücklauf (t ₀ -t ₁)	Arztbogen	Komplette Datensätze	Drop-Out-Arztbogen
Indexeinrichtung	164	147	90%	164	143	72
Referenzeinrichtungen	2025	1867	92%	2014	1840	433

Tabelle 12: Beispiel zur Darstellung des Rücklaufs der Patienten, die an der Erhebung teilgenommen haben (Beispiel für somatische Indikationsbereiche)

Grundsätzlich sollten alle volljährigen Patienten der gesetzlichen Krankenkassen, die im festgelegten Erhebungszeitraum (vgl. Tabelle 1 und 2) im jeweiligen Indikationsbereich in der Indexeinrichtung aufgenommen wurden, konsekutiv in die Befragung eingeschlossen werden. Für die Patienten, die trotz passender Einschlusskriterien nicht bei Reha-Beginn in die Erhebung einbezogen wurden (Teilnahme verweigert, sprachliche Probleme etc.), sollen die behandelnden Ärzte ebenfalls einen separaten Arztbogen bearbeiten. Dieser erfragt neben Patientenmerkmalen (Alter, Geschlecht, Diagnose etc.) auch die Gründe für die Nichtteilnahme der Patienten, welche im Bericht in Form von Tabelle 13 wiedergegeben werden. Für die Tabelle werden nur die Daten der Indexeinrichtung genutzt.

Im vorliegenden Beispiel wurde von den Ärzten als Grund für die Nichtteilnahme an der Erhebung in 52,8% der Fälle angegeben, dass die Mitwirkung vom Patienten verweigert wurde. Kognitive oder physische Einschränkungen waren bei 27,8%, sprachliche Probleme bei 5,6% der Patienten ausschlaggebend.

Gründe für Drop-Out bei Reha-Beginn	Einrichtung XXX	
	N	%
Verweigert	38	52,8
Kognitive/physische Einschränkungen	20	27,8
Sprachliche Probleme	4	5,6
Anderes	10	13,9

Tabelle 13: Beispiel zur Darstellung der Gründe für Drop-Out bei Reha-Beginn nach Angaben der Ärzte (Mehrfachnennungen möglich -Beispiel für somatische Indikationsbereiche)

Für alle Drop-Out-Fälle (Drop-Out zu Reha-Beginn und Erhebungszeitpunkt Nachbefragung) wird jeweils eine Drop-Out-Analyse berechnet. Dabei wird untersucht, ob sich die Patienten,

die nicht in die Erhebung aufgenommen werden konnten (Drop-Out-Patienten Reha-Beginn, Drop-Out-Patienten Reha-Nachbefragung, Drop-Out-Patienten Gesamt), in wichtigen Merkmalen von den Patienten unterscheiden, die an der Erhebung teilgenommen haben und zu denen vollständige Datensätze vorliegen. Wichtige Merkmale sind: Geschlecht, Dauer des Bestehens der Haupterkrankung, Rentenstatus, Alter, Reha-Motivation und Komorbidität. Um eine Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse sicherzustellen, sollten im idealen Fall bei diesen wichtigen Merkmalen keine Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen. Diese Hypothese kann bei kategorialen Merkmalen (Geschlecht, Rentenstatus, dichotomisierte Chronifizierungsdauer) mittels des Chi-Quadrat-Tests, bei ordinalskalierten Variablen mittels des Mann-Whitney-U-Tests und bei intervallskalierten Merkmalen (Alter, Reha-Motivation, Komorbiditätsindex) mittels des t-Tests geprüft werden. Gleichzeitig ist dabei eine Bonferroni-Korrektur des Testniveaus sinnvoll, da mehrere Signifikanztests zur Beantwortung der Frage herangezogen werden.

Die Ergebnisse der Drop-Out-Analyse können tabellarisch dargestellt werden. Für die somatischen Indikationsbereiche werden statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Patienten, die an der Erhebung teilgenommen haben und den Drop-Out-Patienten dabei mit einem * markiert (beispielhaft siehe Tabelle 14a). Für den Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen" wird bei der Interpretation signifikanter Gruppenunterschiede ein besonderes Augenmerk auf die jeweilige Effektstärke des Unterschiedes gelegt. An Effektstärkemaßen werden Cohen's d, Phi, Kendall's Tau-c und η^2 berechnet. Für die Interpretation der Effektstärken werden die Konventionen nach Cohen (1988) zugrunde gelegt¹⁵ (siehe Tabelle 14b).

Im vorliegenden Beispiel sind die Patienten, die an der Erhebung teilgenommen haben und zu denen vollständige Datensätze vorliegen mit einem Mittelwert „M“ von 71,1 Jahren signifikant jünger als die Drop-Out-Patienten (M = 74,1) und mit einer Reha-Motivation von M = 1,9 signifikant höher motiviert als alle Drop-Out-Patienten Gesamt (M = 2,6).

¹⁵ Unterschieden werden kleine, mittlere und große Effektstärken. Die jeweiligen unteren Grenzen sind für d .20, .50 und .80, für phi und Kendall's Tau-c .10, .30 und .50 und für η^2 .0099, .0588 und .1379 (Cohen, 1988)

	Patienten	Drop-Out-Patienten Gesamt	Vergleich
Alter (M [SD]) ¹⁶	71,1 [6,7]	74,1 [6,9]	*
Geschlecht (Frauenanteil in %)	64,8%	80,8%	
Rentner	98,9%	98,7%	
Chronifizierungsdauer (über 5 Jahre)	23,1%	17,1%	
Reha-Motivation (M [SD])	1,9 [0,9]	2,6 [1,2]	*
Komorbidität (M [SD])	0,6 [0,4]	0,7 [0,4]	

Tabelle 14a: Beispiel zur Darstellung der Unterschiede von Patienten, die an der Erhebung vollständig teilgenommen haben und Drop-Out-Patienten

(*: Es besteht ein statistisch signifikanter Unterschied. Beispiel für somatische Indikationsbereiche)

¹⁶ M = Mittelwert; SD = Standardabweichung (standard deviation)

Merkmal	QS-Reha [®] - Teilnehmer	Dropout- Patienten	Relative Lokalisation
N	176	110	
Alter (Jahre)	50,0	44,2	↑↑
Anteil Frauen	78,7%	61,9%	↑↑
Schulbildung: Anteil Hauptschulabschluss	22,8%	24,8%	↔
Anteil depressive Störungen (F32-F33; F34.1)	52,3%	45,5%	↔
Anteil Angststörungen (F40-F41)	11,9%	10,9%	↔
Anteil somatoforme Störungen (F45)	17,6%	11,8%	↔
Chronifizierung der Patienten Rangvariable mit 1 = Akutereignis, 2 = 1 Jahr, 3 = 1-2 Jahre, 4 = 3-5 Jahre, 5 = 5-10 Jahre und 6 = mehr als 10 Jahre	4	5	↔
Therapiemotivation (Therapeutenurteil) auf einer Skala von 1 (sehr hoch) bis 6 (keine)	2,3	3,0	↑↑↑
Allgemeine Beeinträchtigungsschwere Therapeutenurteil auf einer Skala von 0 (keine) bis 4 (sehr stark)	1,3	1,5	↓↓
Beeinträchtigung der psychischen Lebensqualität Therapeutenurteil auf einer Skala von 0 (keine) bis 4 (sehr stark)	2,4	2,5	↔
Beeinträchtigung der körperlichen Lebensqualität Therapeutenurteil auf einer Skala von 0 (keine) bis 4 (sehr stark)	1,8	1,9	↔
Psychische und somatoforme Beschwerden Patientenurteil auf einer Skala von 0 (keine) bis 4 (sehr stark)	1,5	1,7	↔
Interaktionelle Schwierigkeiten Patientenurteil auf einer Skala von 0 (keine) bis 4 (sehr stark)	1,6	1,8	↔
Beeinträchtigung von Aktivitäten & Partizipation Patientenurteil auf einer Skala von 0 (keine) bis 4 (sehr stark)	1,9	2,0	↔
Behandlungsergebnis bzgl. allgemeiner Beeinträchtigungsschwere Prä-Post-Differenz im Therapeutenurteil	0,6	0,4	↑↑↑
Behandlungsergebnis bzgl. Beeinträchtigung der psychischen Lebensqualität Prä-Post-Differenz im Therapeutenurteil	1,4	0,9	↑↑↑
Behandlungsergebnis bzgl. Beeinträchtigung der körperlichen Lebensqualität Prä-Post-Differenz im Therapeutenurteil	1,5	1,3	↑↑
Anmerkungen. ↓↓↓ = signifikant kleiner/kürzer mit mind. mittlerer Effektstärke; ↓↓ = signifikant kleiner/kürzer mit kleiner Effektstärke ↓ = signifikant kleiner/kürzer, aber geringer als ein kleiner Effekt; ↔ nicht signifikant verschieden von den Referenzkliniken; ↑ = signifikant höher/länger/größer, aber geringer als ein kleiner Effekt; ↑↑ = signifikant höher/länger/größer mit kleiner Effektstärke; ↑↑↑ = signifikant höher/länger/größer mit mindestens mittlerer Effektstärke.			

Tabelle 14b: Beispiel zur Darstellung der Unterschiede von Patienten, die vollständig an der Erhebung teilgenommen haben und allen Drop-Out-Patienten (Beispiel für den Indikationsbereich "Psychische/psychosomatische Erkrankungen")

4.4.2 Deskription der QS-Stichprobe

Bei der folgenden Darstellung werden die bisher unterschiedlichen Verfahren für die somatischen Indikationsbereiche und die psychischen/psychosomatischen Erkrankungen beschrieben. Für zukünftige Routineauswertungen ist eine einheitliche Festlegung auf eine Stichprobenbeschreibung erforderlich.

Im nächsten Schritt werden die wichtigsten Merkmale der Stichprobe beschrieben. Dazu gehören für die somatischen Indikationsbereiche zum einen soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht und höchster Schulabschluss) und zum anderen Diagnosen und Eingangsbefunde (Art der Maßnahme, Fallgruppe, Dauer der Rehabilitationsmaßnahme, Komorbiditätsscore, Reha-Status bei Behandlungsbeginn und Reha-Motivation bei Behandlungsbeginn).

Für den Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“ werden soziodemographische Merkmale (Alter, Geschlecht, Schulbildung und Partnersituation), sozialmedizinische Merkmale (Erwerbsstatus, Kostenträgerschaft, AU- und Krankheitszeiten, laufende Rentenverfahren und frühere Rehabilitationsbehandlungen) sowie klinische Merkmale (Primäre Behandlungsdiagnosen, Primäre und weitere Behandlungsdiagnosen, Chronifizierung der Haupterkrankung und Reha-Motivation) einbezogen.

Die Tabellen 15a und 15b sind analog zu den Tabellen 14a und 14b zu interpretieren.

Die Patienten der Indexeinrichtung sind im Beispiel mit einem Durchschnittsalter von 70,7 Jahren statistisch signifikant älter als die durchschnittlich 69,2 Jahre alten Patienten der Referenzeinrichtungen

	Indexeinrichtung	Referenz-Einrichtungen	Vergleich
Alter (M [SD])	70,7 [6,5]	69,2 [9,0]	*
Frauenanteil	63,9%	66,3%	
Schulabschluss:			
- Hauptschulabschluss	86,8%	68,4%	
- Realschulabschluss/ Polytechnische Oberschule	9,6%	11,2%	*
- Fachhochschulreife	0,0%	6,5%	
- Abitur	0,0%	9,2%	
- anderer Abschluss	2,9%	3,5%	
- kein Schulabschluss	0,7%	1,2%	
Art der Maßnahme:			
- AHB/AR	99,3%	93,4%	
- HV	0,0%	5,3%	
- Sonstiges	0,0%	0,3%	
Fallgruppe:			
- Z.n. Hüft-OP	36,1%	31,8%	
- Z.n. Knie-OP	34,0%	31,1%	*
- Z.n. Wirbelsäulen-OP	4,8%	6,1%	
- Z.n. Schulter-OP	0,7%	1,7%	
- Sonstige OP	24,5%	29,3%	
Komorbidität (M [SD])	0,6 [0,4]	0,7 [0,5]	
Reha-Status bei Behandlungsbeginn:			
- gravierend	30,1%	34,2%	
- auffällig	40,4%	42,1%	
- unauffällig	29,5%	23,7%	
Reha-Motivation bei Behandlungsbeginn (M [SD])	1,8 [0,9]	1,9 [0,9]	*

Tabelle 15a: Beispiel für die Darstellung der Deskription der QS-Stichprobe

(*: Es besteht ein statistisch signifikanter Unterschied.) (Beispiel für somatische Indikationsbereiche)

Merkmale	Eigener Wert	Referenz-Einrichtungen	Relative Lokalisation-
Alter: Jahre	49,8	48,2 (41,9 - 53,1)	↔
Geschlecht: Frauen	78,7%	64,6% (49,1% - 84,9%)	↑↑
Schulbildung: Hauptschulabschluss	20,7%	36,0% (23,9% - 49,2%)	↓↓
Partnersituation: ohne festen Partner	39,6%	33,5% (17,7% - 43,1%)	↔
Erwerbsstatus: Arbeitslose	24,0%	10,1% (0,0% - 76,9%)	↑↑
Kostenträger: GKV	77,0%	37,5% (8,0% - 94,0%)	↑↑
AU-/Krankheitszeiten: Wochen	9,0	9,3 (4,7 - 12,6)	↔
EU-Rente antragsteller	6,8%	5,1% (1,7% - 8,8%)	↔
Frühere Rehabilitationsbehandlungen	53,8%	44,8% (35,7% - 62,4%)	↑
Depressive Störungen (F32-F33; F34.1)	52,3%	44,6% (35,6% - 57,1%)	↔
Angststörungen (F40-F41)	11,9%	15,2% (11,1% - 27,1%)	↔
Somatoforme Störungen (F45)	17,6%	16,9% (8,3% - 18,7%)	↔
Essstörungen (F50)	8,5%	6,7% (2,4% - 15,9%)	↔
Persönlichkeitsstörungen (F60-F62)	18,2%	9,6% (0,0% - 21,2%)	↑
Stark chronifizierte Patienten (>5 Jahre)	40,1%	37,3% (24,2% - 60,6%)	↔
Therapie motivation [1 (sehr hoch) - 6 (keine)]	2,3	2,1 (1,3 - 2,5)	↓↓

Anmerkungen. ↓↓↓ = signifikant kleiner/kürzer mit mind. mittlerer Effektstärke; ↓↓ = signifikant kleiner/kürzer mit kleiner Effektstärke ↓ = signifikant kleiner/kürzer, aber geringer als ein kleiner Effekt; ↔ nicht signifikant verschieden von den Referenzkliniken; ↑ = signifikant höher/länger/größer, aber geringer als ein kleiner Effekt; ↑↑ = signifikant höher/länger/größer mit kleiner Effektstärke; ↑↑↑ = signifikant höher/länger/größer mit mindestens mittlerer Effektstärke.

Tabelle 15b: Beispiel für die Darstellung der Deskription der QS-Stichprobe

(Beispiel für den Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“)

4.4.3 Ergebnisse

Die Ergebnisse des Patientenbogens werden einrichtungsvergleichend dargestellt. Um faire Einrichtungsvergleiche sicherzustellen, wird eine sog. Risikoadjustierung durchgeführt. Das bedeutet, dass Patienteneigenschaften, die von den Einrichtungen nicht zu beeinflussen sind, aus den Ergebnissen der Behandlung herausgerechnet werden.

4.4.3.1 Risikoadjustierung und Ergebnisdarstellung (somatische Indikationsbereiche)

Um einen Datenverlust aufgrund einzelner fehlender Angaben zu vermeiden, wird zuvor eine Ersetzung fehlender Werte der benötigten intervallskalierten Variablen mittels der Expectation Maximization Methode (EM-Methode) vorgenommen. Die Methode hat sich den herkömmlichen Methoden im Umgang mit fehlenden Werten, wie z.B. Mittelwertersetzung oder fallweiser Ausschluss, als überlegen gezeigt und führt zu stabilen Modellen (vgl. Wirtz 2004¹⁷). Dann wird festgelegt, welche Einflussfaktoren theoretisch von Bedeutung sind. Im Rahmen des QS-Reha[®]-Verfahrens sind dies die Variablen Art der Maßnahme, Fallgruppe, Alter, Geschlecht, Chronifizierungsdauer, Schulabschluss, Rentenstatus und Grad der gesundheitlichen Belastung zum Aufnahmezeitpunkt, erfasst über die einzelnen Dimensionen des IRES-Fragebogens. Bei diesen konfundierenden Variablen handelt es sich teilweise um kategoriale Variablen, die nur nach einer Umwandlung in Dummy-Variablen in eine Regressionsanalyse aufgenommen werden können.

Diese möglichen konfundierenden Variablen werden in einem ersten Schritt auf ihre Relevanz hin überprüft. Hierfür werden sie als Prädiktoren in eine Regressionsanalyse aufgenommen. Als Kriterien dienen die IRES-Dimensionen zum Zeitpunkt Nachbefragung. Da diese Regressionsanalyse explorativ ist, wird eine schrittweise Regression (Methode „Stepwise“) gerechnet. Dieser Analyseschritt dient zur Identifizierung der Prädiktoren mit bedeutender Vorhersagekraft ($p < 0.20$).

Die so ermittelten bedeutsamen Prädiktoren werden in der Risikoadjustierung berücksichtigt. Diese wird in einem zweiten Schritt mit einer Regressionsanalyse (Methode „Enter“) berechnet. Zusätzlich zu den im ersten Schritt ermittelten relevanten Prädiktoren werden aus Plausibilitätsgründen immer die Variablen Alter, Geschlecht und der Grad der gesundheitlichen Belastung zum Aufnahmezeitpunkt aufgenommen. Als Grundlage für die weiteren einrichtungsvergleichenden Analysen dienen die berechneten Regressionsresiduen (Differenzen zwischen den aufgrund der Prädiktoren erwarteten Werten und den beobachteten Werte). Die Residuen können als Qualitätsindikatoren zur Darstellung von Unterschieden genutzt werden, da sie frei vom Einfluss der einbezogenen konfundierenden Variablen sind und daher ein gültiges Abbild der Behandlungsqualität auf abstraktem Niveau darstellen.

Falls hinreichend viele Referenzeinrichtungen im Datenpool zur Verfügung stehen, sollten hierarchische lineare Modelle angewandt werden, um die Multi-Ebenen-Struktur der Daten abzubilden. Zumindest aber sollten im Sinne von Sensitivitätsanalysen die Unterschiede bei der Anwendung hierarchischer linearer Modelle und gewöhnlicher linearer Regressionsanalysen untersucht werden. Weitergehende Einzelheiten zum methodischen Vorgehen finden sich bei Farin (2005)¹⁸. Diese Publikation befindet sich auch im digitalen Anhang.

¹⁷ Wirtz, M. (2004). Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluß fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt und reduziert werden kann. *Rehabilitation*, 43, 109-115.

¹⁸ Farin, E. (2005). Die Anwendung Hierarchischer Linearer Modelle für Einrichtungsvergleiche in der Qualitätssicherung und Rehabilitationsforschung. *Rehabilitation*, 44, 157-164.

```

***** Regression und Residuenberechnung für Ergebnisqualität*****
***** erstellt von AQMS*****
*****

*Explorative Regressionsanalyse zur Identifizierung der konfundierenden Variablen.
REGRESSION
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT s_suk_a1
/METHOD=STEPWISE s_cop_a0_imp s_fun_a0_imp s_ges_a0_imp s_pai_a0_imp
s_psy_a0_imp s_som_a0_imp s_soc_a0_imp alter_imp geschl chronBis5 chronÜ5
chronA rentner arzt19_imp schulb ahb d_hdg1 d_hdg2 d_hdg3 d_hdg4 komo_agn_imp .

*In der folgenden Residuenberechnung ist die Variable AHB nicht als konfundierende Variable
aufgenommen worden.

*Residuenberechnung: Somatische Gesundheit.
REGRESSION
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT s_som_a1
/METHOD=ENTER s_cop_a0_imp s_fun_a0_imp s_ges_a0_imp s_pai_a0_imp
s_psy_a0_imp s_som_a0_imp s_soc_a0_imp alter_imp geschl chronBis5 chronÜ5
chronA rentner arzt19_imp schulb d_hdg1 d_hdg2 d_hdg3 d_hdg4 komo_agn_imp
/SAVE ZRESID(res_som_a1) .

```

Abbildung 2: Beispielhafte SPSS-Syntax zur Regressionsanalyse und Residuenberechnung

(s_suk_a1: IRES-Summenscore Nachbefragung; s_cop_a0_imp: IRES-Dimension Krankheitsbewältigung zu Reha-Beginn (fehlende Werte ersetzt); s_fun_a0_imp: IRES-Dimension Funktionsfähigkeit im Alltag zu Reha-Beginn (fehlende Werte ersetzt); s_ges_a0_imp: IRES-Dimension Gesundheitsverhalten zu Reha-Beginn (fehlende Werte ersetzt); s_pai_a0_imp: IRES-Dimension Schmerzen zu Reha-Beginn (fehlende Werte ersetzt); s_psy_a0_imp: IRES-Dimension psychisches Befinden zu Reha-Beginn (fehlende Werte ersetzt); s_som_a0_imp: IRES-Dimension somatische Gesundheit zu Reha-Beginn (fehlende Werte ersetzt); s_soc_a0_imp: IRES-Dimension soziale Integration zu Reha-Beginn (fehlende Werte ersetzt); alter_imp: Alter des Rehabilitanden (fehlende Werte ersetzt); geschl: Dummyvariable Geschlecht des Rehabilitanden; chronBis5: Dummyvariable Chronifizierungsdauer bis 5 Jahre; chronÜ5: Dummyvariable Chronifizierungsdauer über 5 Jahre; chronA: Akutereignis; rentner: Dummyvariable Rentner ja/nein; arzt19_imp: Rehamotivation zu Reha-Beginn (fehlende Werte ersetzt); schulb: Dummyvariable Hauptschulabschluss ja/nein; ahb: Dummyvariable AHB-Patient ja/nein; d_hdg1: Dummyvariable Hauptdiagnose 1 ja/nein; d_hdg2: Dummyvariable Hauptdiagnose 2 ja/nein; d_hdg3: Dummyvariable Hauptdiagnose 3 ja/nein; d_hdg4: Dummyvariable Hauptdiagnose 4 ja/nein; komo_agn_imp: Komorbiditätsscore zu Reha-Beginn (fehlende Werte ersetzt); s_som_a1: IRES-Dimension somatische Gesundheit Nachbefragung; res_som_a1: Residuum somatische Gesundheit Nachbefragung)

Die Einrichtungsvergleiche werden in Form von Fehlerbalkendiagrammen dargestellt. Dabei wird der Residuen-Mittelwert der Indexeinrichtung und der Referenzeinrichtungen dargestellt. Zusätzlich wird in dem Diagramm das 95%-Konfidenzintervall der Referenzeinrichtungen mittels zweier horizontaler Linien angezeigt¹⁹.

Die entscheidende Aussage für die Einrichtung, ob ein überdurchschnittliches, unterdurchschnittliches oder durchschnittliches Abschneiden im Vergleich zu den Referenzeinrichtungen erreicht werden konnte, wird dadurch getroffen, dass das Konfidenzintervall der Indexeinrichtung mit dem Konfidenzintervall der Referenzeinrichtungen verglichen wird. Kommt es hier zu Überschneidungen, so ist das Ergebnis der Indexeinrichtung durchschnittlich, gibt es keine Überschneidungen und der Fehlerbalken der Indexeinrichtung liegt über den horizontalen Linien, so ist das Ergebnis der Einrichtung überdurchschnittlich (die Polung erfolgt so, dass ein hoher Residualwert für ein besseres Outcome steht). Gibt es keine Überschneidungen und der Fehlerbalken der Indexeinrichtung liegt unterhalb der drei horizontalen Linien, so schneidet die Indexeinrichtung unterdurchschnittlich ab.

Das Beispiel in Abbildung 3 zeigt, dass zwischen der Indexeinrichtung und den Referenzeinrichtungen in dieser IRES-Dimension kein statistisch signifikanter Unterschied besteht.

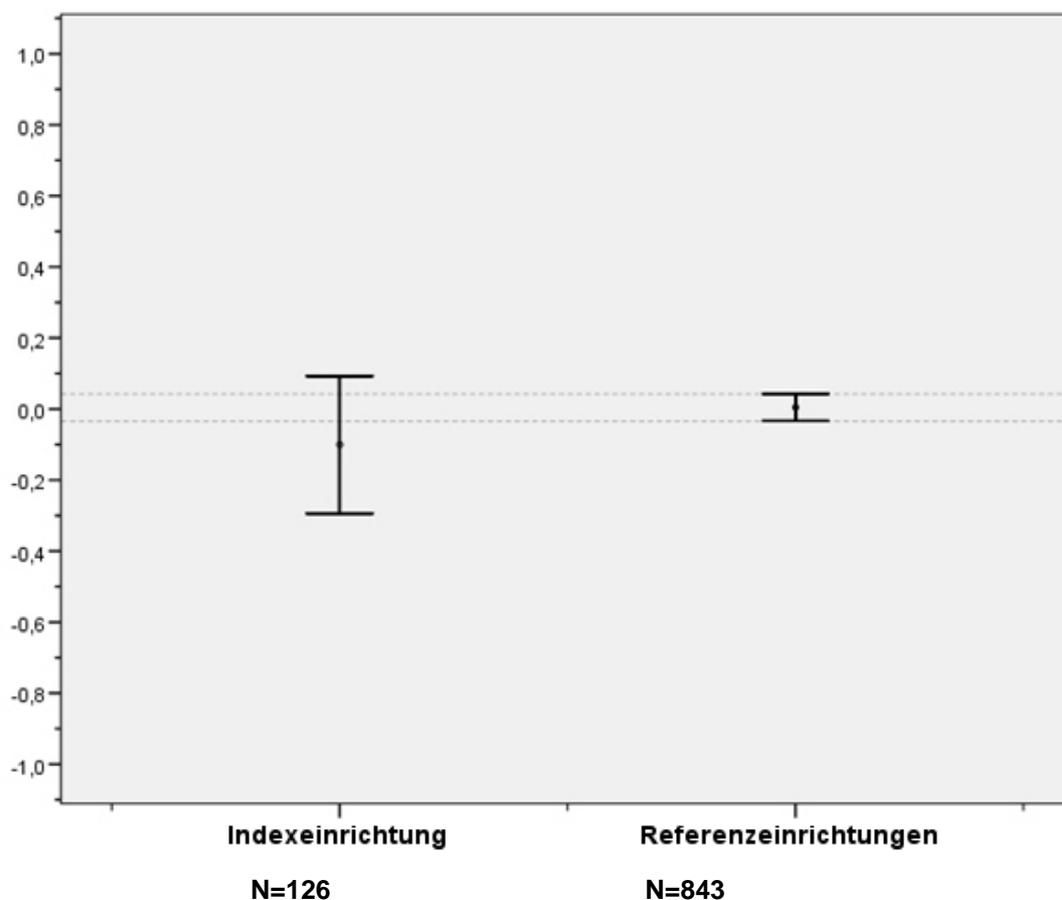


Abbildung 3: Beispiel für die Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle von Indexeinrichtung und Referenzeinrichtungen (somatische Indikationsbereiche)

¹⁹ Alternative Darstellungsformen der Analysen sind möglich.

Einrichtungsvergleichende Auswertungen bezüglich des IRES-Fragebogens finden für folgende IRES-Dimensionen oder Fragebogen-Skalen statt (für alle somatischen Indikationen außer Neurologie):

- Somatische Gesundheit
- Schmerzen
- Funktionsfähigkeit im Alltag
- Funktionsfähigkeit im Beruf
- Psychisches Befinden
- Soziale Integration
- Gesundheitsverhalten
- Krankheitsbewältigung
- Reha-Status (Summenscore)

Für den Bereich Neurologie wird die Kurzversion des IRES-Fragebogens (IRES 24) als patientenseitiges Erhebungsinstrument eingesetzt, um die Belastung der Patienten möglichst gering zu halten. Es werden einrichtungsvergleichende Auswertungen für die folgenden IRES-Dimensionen vorgenommen:

- Somatische Gesundheit
- Schmerzen
- Funktionsfähigkeit im Alltag
- Psychisches Befinden
- Neurologische Symptome (von Experten entwickelte Zusatzskala)
- Reha-Status (Summenscore)

4.4.3.2 Risikoadjustierung und Ergebnisdarstellung (Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“)

Um einen Datenverlust aufgrund einzelner fehlender Angaben zu vermeiden, wird zuvor eine Ersetzung fehlender Werte der benötigten intervallskalierten Variablen mittels der Expectation Maximization Methode (EM-Methode) vorgenommen. Die Methode hat sich den herkömmlichen Methoden im Umgang mit fehlenden Werten, wie z.B. Mittelwertersetzung oder fallweiser Ausschluss, als überlegen gezeigt und führt zu stabilen Modellen. Kategoriale Variablen werden in ihren jeweiligen Ausprägungen zu dummy-kodierten Variablen umkodiert, wobei die fehlenden Werte einer kategorialen Variable in eine eigene dummy-kodierte Variable umkodiert werden, was zum einen die Kontrolle eines möglichen systematischen Effekts der fehlenden Werte, zum anderen die Nutzung des vollständigen Datensatzes für die Ermittlung der Regressionsgewichte und der erwarteten Werte erlaubt.

In der eigentlichen Risikoadjustierung werden jeweils die folgenden Konfounder berücksichtigt:

- Geschlecht
- Alter
- Rentenstatus
- Schulbildung
- Nationalität
- Partnersituation
- Berufliche Situation
- Vorbehandlungen
- AU- bzw. Krankheitszeiten in den letzten 6 Monaten
- Behandlungsdiagnosen
- Ausgangsbelastung (erfasst über die verschiedenen Skalen des HEALTH-Fragebogens).

Bei diesen Konfoundern handelt es sich teilweise um kategoriale Variablen, die nur nach einer Umwandlung in sogenannte Dummy-Variablen in eine Regressionsanalyse aufgenommen werden können. Dies bedeutet, dass jede Ausprägung einer kategorialen Variable in eine eigene 0-1-kodierte Dummy-Variable umkodiert werden muss. Erst diese Dummy-Variablen können dann als Prädiktoren in eine Regressionsanalyse mit aufgenommen werden.

Mittels einer Regressionsanalyse wird jeweils in der Gesamtstichprobe der QS-Reha[®]-Teilnehmer aller Einrichtungen der vergangenen 36 Monate für jeden Patienten der individuelle Ergebniswert in jedem einzelnen Qualitäts-Kriterium (sämtliche Skalenwerte der Outcome- bzw. Patientenzufriedenheits-Fragebögen zum Entlassungs- bzw. Nachbefragungszeitpunkt) vorhergesagt, der bei der vorhandenen Ausprägung der – theoretisch begründeten oder empirisch identifizierten – mit dem Behandlungsergebnis konfundierten Variablen zu erwarten wäre. Die Regressionsanalyse wird mit der Statistik-Software SPSS berechnet, wobei sämtliche oben aufgeführten Konfounder mit der Methode „Einschluss“ einbezogen werden. Die als Ergebnis der Regressionsanalysen bestimmten unstandardisierten vorhergesagten Werte („Erwartungswerte“) sind das zentrale Maß, das im Vergleich zu den tatsächlich erreichten Ergebniswerten in die weiteren risikoadjustierten Analysen eingeht. Das Verhältnis bzw. konkret die Differenz der risikoadjustierten Erwartungswerte und der am Ende der Behandlung erreichten Werte in den jeweiligen Testverfahren stellt somit den zentralen Qualitätsparameter der Ergebnisqualität und der Patientenzufriedenheit dar.

In den weiteren Analysen werden jeweils über alle Patienten einer Einrichtung für jedes Qualitätskriterium (siehe hierzu die Abschnitte zu den einzelnen Dimensionen der Ergebnisqualität) die Mittelwerte für den tatsächlich erreichten Entlassungswert und für den erwarteten Wert sowie das 95%-Konfidenzintervall der mittleren Abweichung zwischen erreichtem und erwartetem Wert berechnet. Für die Testverfahren zur Ergebnisqualität und deren Subskalen

weisen hohe Werte auf eine hohe Symptom- bzw. Problembelastung respektive eine geringe Zielerreichung hin. Im Fragebogen zur Patientenzufriedenheit stehen hohe Werte demgegenüber für eine hohe Zufriedenheit. In den entsprechenden Abbildungen werden die erwarteten Werte in Form eines durch das 95%-Konfidenzintervall der Abweichung zwischen erreichtem und erwartetem Wert definierter Erwartungsbereiches dargestellt. Die erreichten Werte werden jeweils durch farbige Quadrate markiert. Liegt der erreichte Wert innerhalb des Erwartungsbereiches, so wird das entsprechende Quadrat gelb eingefärbt. Ein gelbes Quadrat signalisiert somit, dass das Behandlungsergebnis so ausgefallen ist, wie es aufgrund der vorliegenden Patientenmerkmale in der Einrichtung erwartet worden wäre. Liegt ein erreichter Wert hingegen außerhalb des Erwartungsbereiches, so wird er bei positiver Abweichung vom Erwartungswert grün (als Signal für ein bedeutsam besseres Behandlungsergebnis), bei negativer Abweichung vom Erwartungswert rot (als Signal für ein schlechteres Behandlungsergebnis) eingefärbt (vgl. Abbildung).

Aufgrund der statistischen Abhängigkeit der vorhergesagten und erreichten Daten wird für die Signifikanzprüfung jeweils ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt, dessen Ergebnis jeweils zusätzlich im Text berichtet wird (eine ausschließliche Identifikation signifikanter Unterschiede auf der Basis der relativen Lage des erreichten Wertes im Vergleich zum Erwartungsbereich ist aufgrund einer etwas eingeschränkten Übereinstimmung mit den Ergebnissen der t-Tests nicht immer möglich).

Eine signifikante Abweichung vom Erwartungswert spricht also für ein über- oder unterdurchschnittliches Behandlungsergebnis in der betreffenden Einrichtung. Zugleich weist die Verteilung der risikoadjustierten Erwartungswerte zwischen den Einrichtungen auf die differentielle Verteilung der Risikofaktoren und deren potentiellen Einfluss auf das Behandlungsergebnis hin. So wurden beispielsweise in Einrichtungen, deren Erwartungswerte (bzw. Erwartungsbereiche) für die Beeinträchtigung zum Zeitpunkt der Nachbefragung höher ausfallen, Patienten behandelt, deren Merkmale von vorneherein mit einem tendenziell schlechteren Behandlungsergebnis assoziiert waren.

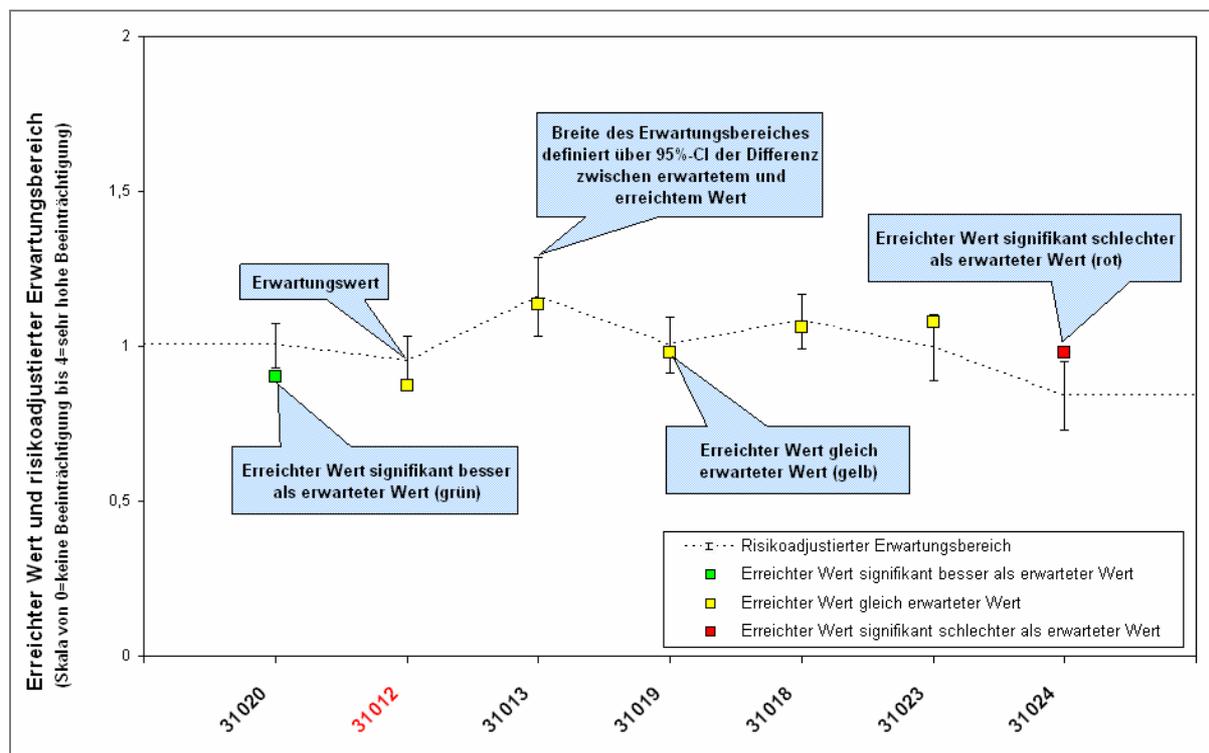


Abbildung 4: Muster-Grafik eines risikoadjustierten Einrichtungsvergleiches (mit Anmerkungen) (Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“)

Da die Darstellung der risikoadjustierten Einrichtungsvergleiche jeweils nur auf den einrichtungsspezifischen Vergleich zwischen einem erwarteten und einem erreichten Wert fokussieren soll, wird in den entsprechenden Grafiken auf die Darstellung eines Gesamtwertes verzichtet, um inhaltlich und statistisch nicht abgesicherte Vergleiche zwischen dem in einer Einrichtung erreichten und dem entsprechenden in der Gesamtstichprobe aller Einrichtungen bzw. in den Referenzeinrichtungen erreichten Wert nach Möglichkeit zu verhindern.

Die Ergebnisse werden in den standardisierten Instrumenten zur Erfassung des Behandlungsergebnisses (patientenseitig: HEALTH-Fragebogen^{20;21}; therapeutenseitig: HoNOS-D^{22;23}, SF-8-Fremd^{24;25}) einrichtungsvergleichend dargestellt. Zur Sicherstellung fairer Ein-

²⁰ Rabung, S., Harfst, T., Kawski, S., Koch, U., Wittchen, H.-U., Schulz, H. (2009) Psychometrische Überprüfung einer verkürzten Version der "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis" (HEALTH-49). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 55, 162-179.

²¹ Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Wittchen, U., Schulz, H. (2007) "Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH)" - psychometrische Überprüfung eines neuen Selbstbeurteilungsinstrumentes zur multidimensionalen Erfassung psychosozialer Gesundheit. *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin*, 17, 133-140.

²² Andreas, S., Harfst, T., Rabung, S., Mestel, R., Schauenburg, H., Hausberg, M., Kawski, S., Koch, U., Schulz, H. (2010) The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 19, 50-62.

²³ Andreas, S., Harfst, T., Dirmaier, J., Kawski, S., Koch, U., Schulz, H. (2007) A Psychometric evaluation of the German version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': On the feasibility and reliability of clinician-performed measurements of severity in patients with mental disorders. *Psychopathology*, 40, 116-125.

²⁴ Schulz, H., Harfst, T., Andreas, S., Kawski, S., Koch, U., Rabung, S. (2009) Zusammenhang zwischen Patienten- und Therapeuteneinschätzungen der Ergebnisqualität in der Rehabilitation von Patienten mit psychischen/ psychosomatischen Erkrankungen am Beispiel des SF-8. *Rehabilitation*, 48, 270-276.

richtungsvergleiche wird eine Risikoadjustierung herangezogen (vgl. den Abschnitt „Risikoadjustierung im Rahmen der Analysen zur Ergebnisqualität und zur Patientenzufriedenheit“).

Die Ergebnisse des regressionsanalytischen Verfahrens der Risikoadjustierung werden für die verschiedenen generischen Skalen der Selbsteinschätzung (HEALTH-Fragebogen) grafisch und textlich dargestellt. Hier trennt die Analyse zwischen den folgenden Merkmalen:

- Psychische und somatoforme Beschwerden
- Psychisches Wohlbefinden
- Interaktionelle Schwierigkeiten
- Selbstwirksamkeit
- Aktivität und Partizipation

Die Ergebnisse der therapeutenseitigen Einschätzung, erfasst durch die beiden Fremdeinschätzungsverfahren HoNOS-D und SF-8-Fremd, werden lediglich als ergänzende Referenzbefunde in einer Übersichtstabelle zu den Ergebnisqualitäts-Befunden dargestellt:

- Beeinträchtigungsschwere (Fremdrating)
- Psychische Lebensqualität (Fremdrating)
- Somatische Lebensqualität (Fremdrating)

Zur Operationalisierung der oben bezeichneten Merkmale werden folgende Items herangezogen:

Merkmal/Skala	Items
Psychische und somatoforme Beschwerden	HEALTH-49-Items A1-A18
Psychisches Wohlbefinden	HEALTH-49-Items B1-B5
Interaktionelle Schwierigkeiten	HEALTH-49-Items C1-C7
Selbstwirksamkeit	HEALTH-49-Items D1-D5
Aktivität und Partizipation	HEALTH-49-Items E1-E6
Beeinträchtigungsschwere (Fremdrating)	HoNOS-Items 1-10
Psychische Lebensqualität (Fremdrating)	SF-8-F-Items 5-8
Somatische Lebensqualität (Fremdrating)	SF-8-F-Items 1-4

Die Skalenbildung erfolgt jeweils durch Mittelwertbildung über die zugeordneten Items. Zur Bildung der Skalenwerte für die HEALTH-Dimensionen „Psychisches Wohlbefinden“ und

²⁵ Schulz, H. (2007) Erfassung der Lebensqualität. In: A. von Leupholdt, T. Ritz. *Verhaltensmedizin: Psychobiologie, Psychopathologie und klinische Anwendung*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 136-149.

„Selbstwirksamkeit“ müssen die entsprechenden Items zunächst umgepolt werden. Hohe Skalenwerte weisen dann jeweils wieder auf eine höhere Beeinträchtigung hin.

Die risikoadjustierten Einrichtungsvergleiche erfolgen sodann anhand der Entlassungswerte (vgl. Abbildung 5); für ausführlichere Erläuterungen zu den verwendeten Grafiken siehe Abschnitt „Risikoadjustierung im Rahmen der Analysen zur Ergebnisqualität und zur Patientenzufriedenheit“).

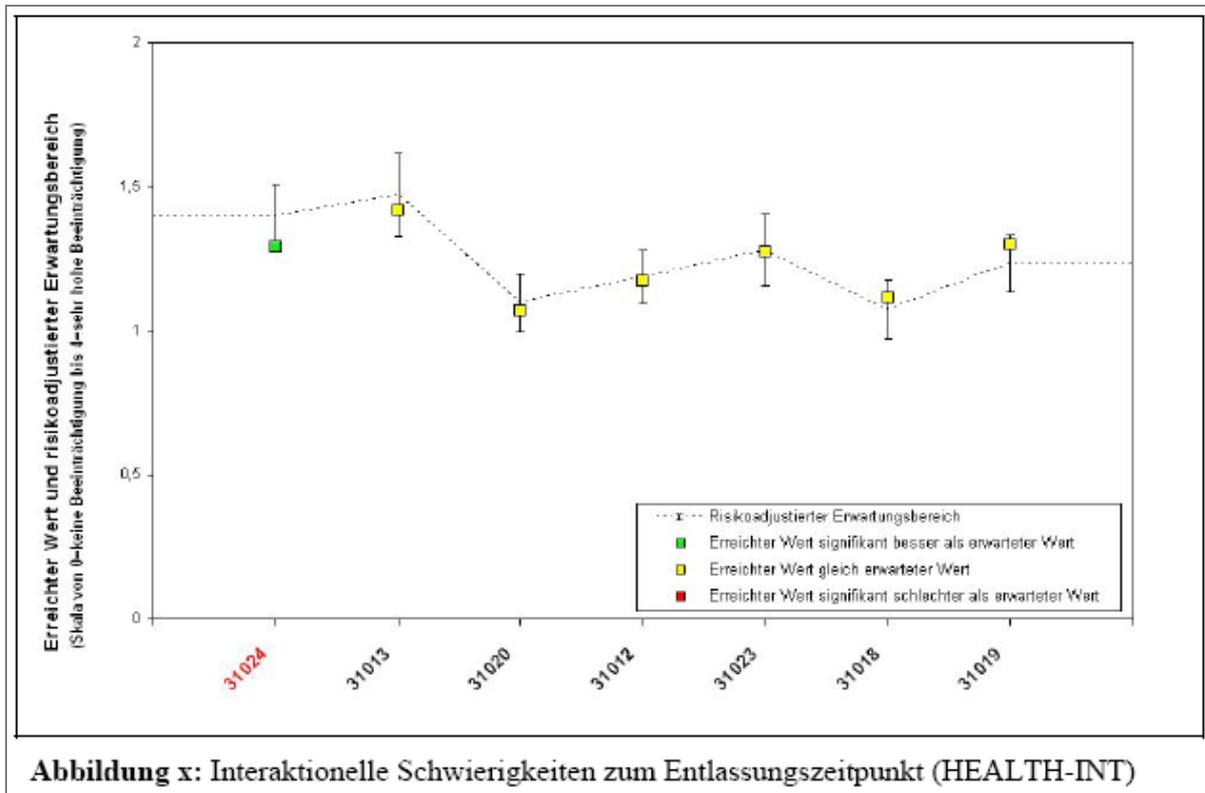


Abbildung 5: Beispiel-Grafik eines risikoadjustierten Einrichtungsvergleiches anhand der Entlassungswerte einer Outcome-Variablen

4.4.4 Ablaufplan Ergebnisqualität

Zu tun	Wer	Wann	Materialien	Anmerkung
Einholung des Einverständnisses der Patienten zur Teilnahme	Einrichtung	In der Datenerhebungsphase	Einverständniserklärung	Verlängerung möglich, um N=100 zu erreichen
Austeilen der Befragungsinstrumente (Patienten- und Arztbögen) zu Beginn und postalische Zusendung zum Nachbefragungs-Zeitpunkt	Einrichtung	in 3-Monats-Zeitraum zzgl. 6-Wochen Nachbefragungszeitraum		
Versand der ausgefüllten Instrumente an die Auswertungsstelle	Einrichtung			
Dateneingabe und Datencheck	Auswertungsstelle	sobald ausgefüllte Instrumente vorliegen		Fehlerquote max. 5 Promille
Zusammenfügen der Daten mit anschließendem Plausibilitätscheck (s. Kapitel 3.5 f)	Auswertungsstelle			
Rücklaufanalyse durchführen	Auswertungsstelle		Patientenliste	
Bilden des Referenzpools	Auswertungsstelle	Ende der Datenerhebung (i. d. R. nach 5 Monaten)		
Ergebnisse berechnen	Auswertungsstelle		Pat.-Bogen-Beginn, Pat.-Bogen-Nachbefragung	(soma: gemäß dem IRES-Testhandbuch (vgl. Fußnote 3, S. 6))
Komorbiditäts-/Beeinträchtigungsscores errechnen	Auswertungsstelle		Arztbogen	

Fortsetzung

Zu tun	Wer	Wann	Materialien	Anmerkung
Deskription der Stichprobe	Auswertungsstelle			
Vorbereitung der Residuenberechnung, Dummy-Variablen festlegen	Auswertungsstelle		s. Erläuterungen unter in diesem Abschnitt und die angegebene Literatur	
Residuen für die Nachbefragung berechnen	Auswertungsstelle			
Fehlerbalkendiagramme für Einrichtungvergleiche erstellen	Auswertungsstelle			
Drop-Out-Patienten zum Datensatz hinzufügen	Auswertungsstelle			
Drop-Out-Analyse	Auswertungsstelle			
Überprüfung der Auswertung	Auswertungsstelle			
Berichterstellung	Auswertungsstelle		Musterbericht Ergebnisqualität	
Überprüfung der Berichterstellung durch zweite Person auf Rechtschreib- und Layoutfehler	Auswertungsstelle			
Versand der Berichte	Auswertungsstelle			
Transfer des Einrichtungvergleichs in die Synopsendatenbank	Auswertungsstelle			

Tabelle 16: Ablaufplan Ergebnisqualität

4.5 Patientenzufriedenheit

Im Rahmen einer Qualitätsmessung auf den Ebenen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stellt die Erfassung der Zufriedenheit der Patienten mit dem Angebot und den Leistungen einer Rehabilitationseinrichtung ein wichtiges Qualitätskriterium dar. Je nach Operationalisierung kann die Patientenzufriedenheit einer dieser drei Ebenen zugeordnet werden. Im Rahmen des QS-Reha[®]-Verfahrens werden die Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit in erster Line unter dem Fokus der „Prozessqualität“ betrachtet.

Die Patientenzufriedenheit wird mit einem Fragebogen erfasst, der auf dem Instrument von Raspe et al. (1997)²⁶ basiert, welches im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherungsträger entwickelt wurde. Für das QS-Reha[®]-Verfahren wurde der Fragebogen entsprechend angepasst in jeweils eine Version für die somatischen Indikationsbereiche bzw. den Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“ und in den Patientenbogen integriert.

Die Auswertungen im Berichtsteil II enthalten Informationen darüber, inwiefern die Indexeinrichtung den Bedürfnissen der Patienten gerecht geworden ist, d.h. wie die Patienten den Aufenthalt, die Behandlung und die Betreuung wahrgenommen haben, und wie die Einrichtung im Vergleich zum Durchschnitt der am QS-Reha[®]-Verfahren beteiligten Referenzeinrichtungen desselben Indikationsbereichs abgeschnitten hat.

In unterschiedlichen Erhebungen konnte die Abhängigkeit der Patientenzufriedenheit von verschiedenen, sogenannten konfundierenden Variablen (wie z.B. Alter, Geschlecht, Bundesland) belegt werden (Bührlen-Armstrong et al., 1998²⁷). Im Rahmen eines Vergleichs zwischen Einrichtungen muss deshalb damit gerechnet werden, dass unterschiedliche Zufriedenheitswerte in den Einrichtungen auch auf Unterschiede in Patientenmerkmalen zurückzuführen sind.

Um faire Einrichtungsvergleiche sicherzustellen, wird eine Risikoadjustierung, wie im Abschnitt 4.4.3 beschrieben, durchgeführt. Bei der Analyse der Daten der Patientenzufriedenheit werden dieselben konfundierenden Variablen wie bei der Ergebnisqualität berücksichtigt. Als zusätzliche Variable wird für die somatischen Indikationsbereiche das Bundesland (neue vs. alte Bundesländer) mit aufgenommen¹⁸. Am Ende des Abschnitts sind als Ergänzung zum Einrichtungsvergleich die für die Indexeinrichtung berechneten Mittelwerte der Patientenzufriedenheit für die oben genannten Bereiche jeweils tabellarisch aufgeführt. Diese sollen die Einrichtungsvergleiche um die Rückmeldung des absoluten Niveaus der Patientenzufriedenheit erweitern.

²⁶ Raspe, H., Weber, U., Voigt, S., Kosinski, A. & Petras, H. (1997). Qualitätssicherung durch Patientenbefragungen in der medizinischen Rehabilitation: Wahrnehmung und Bewertung von Rehastrukturen und -prozessen („Rehabilitandenzufriedenheit“). *Rehabilitation*, 36, XXXI-XLII.

²⁷ Bührlen-Armstrong, B., de Jager, U., Schochat, T. & Jäckel, W. H. (1998). Patientenzufriedenheit in der Rehabilitation muskuloskeletaler Erkrankungen - Einfluss von Merkmalen der Patienten, der Behandlung, des Messzeitpunkts und Zusammenhang mit dem Behandlungsergebnis. *Rehabilitation*, 37 (Suppl. 1), 38-46.

Aufgrund des Einrichtungsvergleichenden Ansatzes können die Auswertungen erst dann vorgenommen werden, wenn die Daten aller einzubeziehenden Einrichtungen vorliegen.

4.5.1 Auswertung und Berichterstellung (somatische Indikationsbereiche)

Nach psychometrischer Prüfung der vorhandenen Daten aus der bisherigen QS-Reha[®]-Routine (vgl. Projekt zur Weiterentwicklung des QS-Reha[®]-Verfahrens), werden für die Skalen des Patientenzufriedenheitsbogens folgende Items zugrunde gelegt (Patientenbogen „Nachbefragung“):

Skala	Patientenbogen	Mindestanzahl gültiger Werte
Ärztliche Betreuung	alle Items aus Block 49	2
Betreuung durch die Pflegekräfte	alle Items aus Block 48	2
Psychologische Betreuung	alle Items aus Block 50	2
Behandlungen	Block 53 die Urteile über die beiden Behandlungen, bei denen die meisten Patienten der Referenzeinrichtungen eine Teilnahme angegeben haben	2
Schulungen	Block 52 die Urteile über die beiden Schulungen, bei denen die meisten Patienten der Referenzeinrichtungen eine Teilnahme angegeben haben	2
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	alle 4 Items aus Block 47	3
Freizeitmöglichkeiten	alle 2 Items aus Block 51	2
Rehabilitationsergebnis	Item aus Block 55	1
Summenscore Zufriedenheit	Mittelwert aus den vier Skalen Ärztliche Betreuung, Betreuung durch die Pflegekräfte, Psychologische Betreuung und Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	Mittelwerte aus vier Skalen

Tabelle 17: Skalenberechnung Patientenzufriedenheit

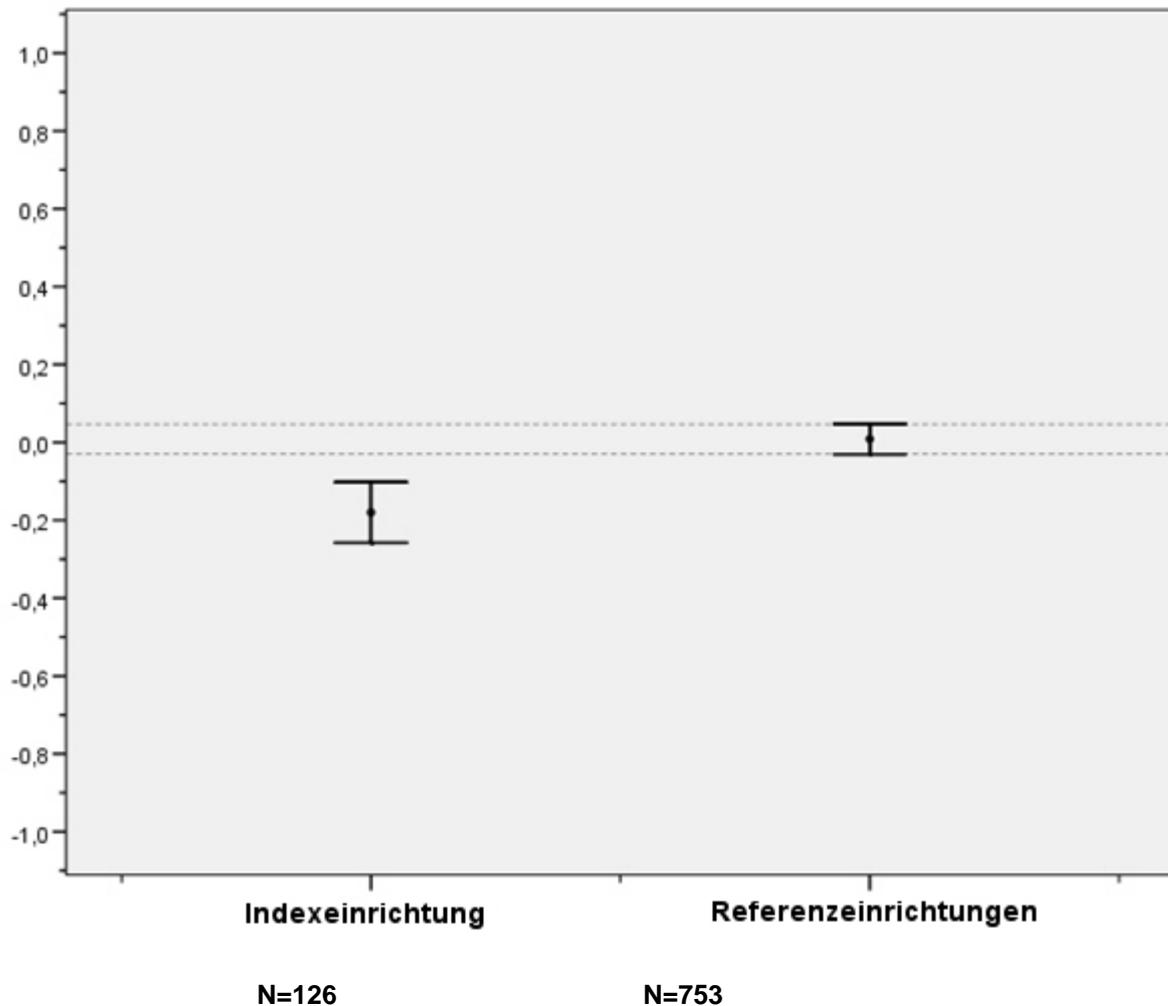


Abbildung 6: Beispiel für die Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle der Indexeinrichtung und der Referenzeinrichtungen

In diesem Beispieldiagramm erhält die Indexeinrichtung für den dargestellten Bereich eine unterdurchschnittliche Bewertung. Der Fehlerbalken der Indexeinrichtung überschneidet sich nicht mit den horizontalen Linien des Gesamtmittelwertes, und der Fehlerbalken liegt unterhalb dieser Linien.

Einrichtungsvergleichende Auswertungen bezüglich der Patientenzufriedenheit finden für die aufgeführten Skalen der Patientenzufriedenheitsbefragung statt:

- Ärztliche Betreuung
- Betreuung durch die Pflegekräfte
- Psychologische Betreuung
- Behandlungen
- Schulungen
- Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung
- Freizeitmöglichkeiten
- Summenscore Zufriedenheit
- Rehabilitationsergebnis

Nach der Darstellung der Fehlerbalken werden die wichtigsten deskriptiven Daten der einzelnen Merkmalsbereiche der Patientenzufriedenheit in einer Tabelle aufgeführt. Dies dient der besseren Einordnung des relativen, risikoadjustierten Abschneidens einer Einrichtung. Eine sehr gute Einrichtung kann beispielsweise risikoadjustiert nur durchschnittlich abschneiden, aber 9,8 von 10 Punkten absolut erreichen.

Merkmalsbereiche	N	M	SD
Ärztliche Betreuung	207	8,7	2,0
Betreuung durch die Pflegekräfte	205	8,9	1,5
Psychologische Betreuung	22	9,1	1,7
Behandlungen	186	9,4	1,2
Schulungen	42	8,8	1,7
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	209	8,8	1,0
Freizeitmöglichkeiten	197	7,3	1,5
Summenscore Zufriedenheit	210	8,9	1,1
Bewertung des Rehabilitationsergebnisses	210	9,1	1,2

Tabelle 18: Mittelwerte der Patientenzufriedenheit in den einzelnen Merkmalsbereichen
(N = Anzahl, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung)
(Beispiel für somatische Indikationsbereiche)

Im Anhang A des Berichtsteils II wird eine Detailübersicht über die Beantwortung der einzelnen Items der Patientenzufriedenheit gegeben. Dabei werden für die einzelnen Antwortkategorien sowohl die absolute Antworthäufigkeit als auch die prozentuelle wiedergegeben.

I. Einrichtung											
sehr schlecht		schlecht		weder noch		gut		sehr gut		gesamt	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Wie beurteilen Siealles in allem betrachtet die Unterbringung in der Einrichtung?											
				2	1,0%	88	43,8%	111	55,2%	201	100,0%
...die Leistungen der Einrichtungsverwaltung?											
		1	0,5%	5	2,4%	81	38,9%	121	58,2%	208	100,0%
...das Essen / die Ernährung in der Einrichtung?											
				8	3,8%	82	39,0%	120	57,1%	210	100,0%
...die Organisation der Abläufe?											
				4	1,9%	94	45,2%	110	52,9%	208	100,0%

Tabelle 19: Beispiel für die Detailübersicht über die Beantwortung der einzelnen Items der Patienten zufriedenheit (Bericht Teil II Anhang A)
 (Beispiel für somatische Indikationsbereiche, Merkmalsbereich Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung)

4.5.2 Auswertung und Berichterstellung (Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“)

Die Ergebnisse zur Patientenzufriedenheit werden für diesen Indikationsbereich ebenfalls einrichtungsvergleichend dargestellt, wobei ein fairer Einrichtungsvergleich wiederum durch die realisierte Risikoadjustierung sichergestellt werden soll.

Einrichtungsvergleichende Auswertungen bezüglich der Patientenzufriedenheit werden für folgende Merkmalsbereiche vorgenommen:

- Pflegerische Betreuung
- Ärztliche Betreuung
- Psychotherapeutische Betreuung
- Klima
- Behandlungen I (Psychotherapeutische Behandlungen: Gruppentherapie, Einzelgespräche, Familien- und Paargespräche)
- Behandlungen II (Therapieunterstützende Behandlungen: Arbeitstherapie/ Belastungserprobung, Entspannungstherapien, Kreativtherapien, Beschäftigungs-/Ergotherapie)
- Behandlungen III: Krankengymnastik, Physikalische Anwendungen
- Schulungen, Vorträge und Beratungen

- Organisation
- Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation
- Unterbringung
- Dienstleistungen
- Attraktivität und Empfehlung
- Summenscore (ohne die Gesamteinschätzung „Attraktivität und Empfehlung“)

Skalenberechnung

Zur Berechnung der Skalenwerte im Rahmen des Patientenzufriedenheitsbogens werden folgende Items zugrunde gelegt:

Skala	Items Nr.
Betreuung durch die Pflegekräfte	1, 3 - 6
Ärztliche Betreuung	2, 7 - 13
Psychologische Betreuung	14 - 22
Klima	23, 24
Psychotherapeutische Behandlungen	30 - 32
Therapieunterstützende Behandlungen	33 - 36
Behandlungen Sport und Bewegungstherapie, Krankengymnastik und Physikalische Anwendungen	37 - 39
Schulungen, Vorträge, Beratungen	25 - 28
Organisation	53 - 55
Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation	56 - 59
Unterbringung	61 - 65
Dienstleistungen	66 - 68
Attraktivität und Empfehlung	69 - 71
Summenscore Zufriedenheit	Mittelwert aus den Skalenwerten

Die Skalenbildung erfolgt jeweils durch Mittelwertbildung über die zugeordneten Items. In Ergänzung zur risikoadjustierten Darstellung der Patientenzufriedenheitsskalen (beispielhaft Abbildung 7 – für ausführlichere Erläuterungen zu den verwendeten Grafiken siehe Abschnitt „Risikoadjustierung im Rahmen der Analysen zur Ergebnisqualität und zur Patientenzufriedenheit“) werden die erhobenen „ereignisorientierten Items“ in Form von Tabellen (beispielhaft Abbildung 8) dargestellt und wiederum – direkt in der Tabelle oder ergänzend im Text – inferenzstatistisch mit den Ergebnissen der Referenzeinrichtungen verglichen.

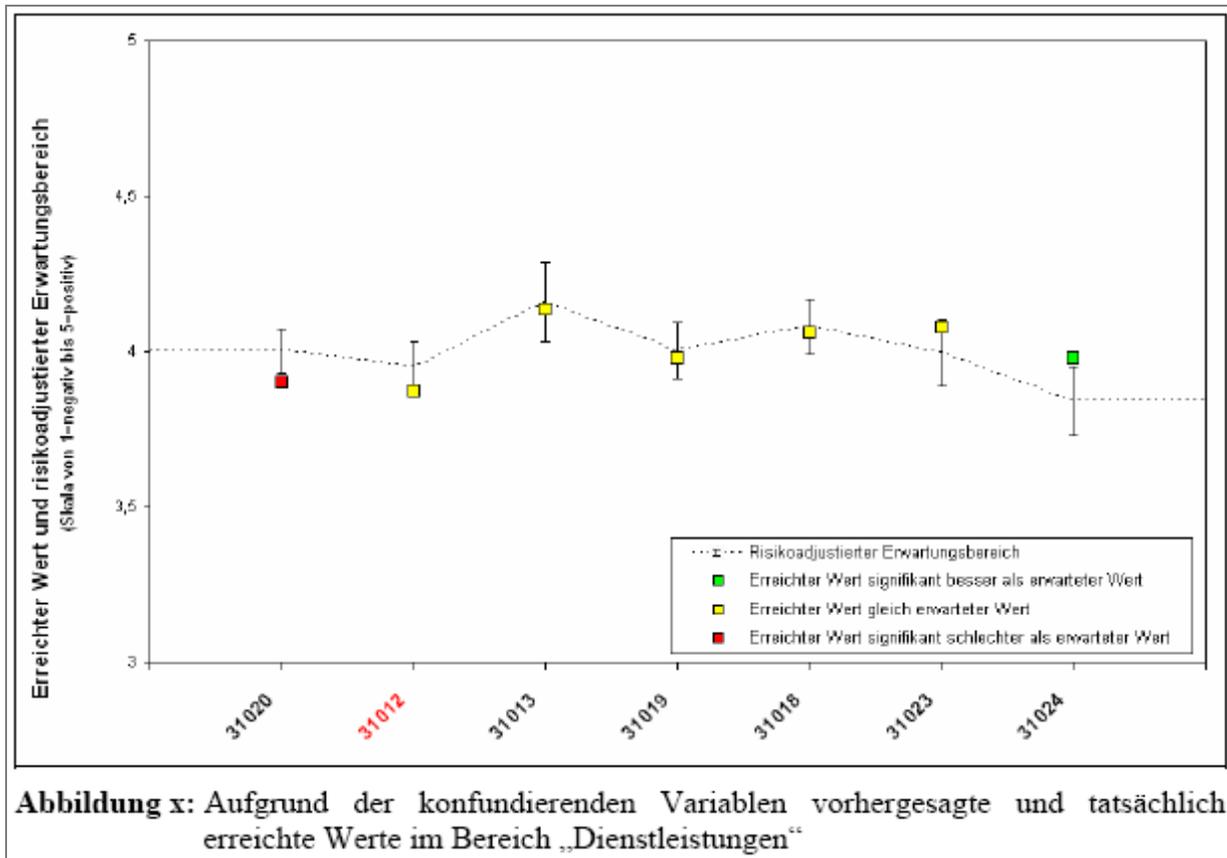


Abbildung 7: Beispiel-Grafik eines risikoadjustierten Einrichtungsvergleiches zur Patientenzufriedenheit

Tabelle x: Häufigkeiten der Antworten auf die ereignisorientierten Items („Wie häufig kam es vor, dass ...“)

Item	1 war die Regel		2 oft		3 manchmal		4 selten		5 nie	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
60. ... Ihr behandelnder Therapeut so gehetzt war, dass er keine Zeit für Sie hatte?	1	0.5	2	1.0	20	9.8	40	19.6	141	69.1
61. ... sich Ihre Behandlungstermine überschritten?	1	0.5	2	1.0	26	12.9	77	38.1	96	47.5
62. ... Änderungen in Ihrem Therapieplan ... mit Ihnen vorher besprochen wurden?	75	42.6	13	7.4	29	16.5	33	18.8	26	14.8
63. ... Ihr behandelnder Therapeut für Sie nicht erreichbar war, obwohl Sie ihn dringend gebraucht hätten?	-	-	3	1.5	19	9.5	35	17.6	142	71.4
64. ... Ihnen Ihre Untersuchungsbefunde und Ergebnisse ... gar nicht oder unverständlich erklärt wurden?	3	1.6	4	2.1	15	7.9	28	14.7	140	73.7
65. ... die Sie behandelnden Therapeuten wechselten?	1	0.5	5	2.5	24	11.9	44	21.8	128	63.4

Abbildung 8: Beispiel-Tabelle zur Darstellung der Befunde zu den ereignisorientierten Items

4.5.3 Ablaufplan Patientenzufriedenheit

Zu tun	Wer	Wann	Materialien	Anmerkung
Versand der Patientenbögen „Nachbefragung“ (siehe Ergebnisqualität)	Einrichtung	6 Wochen nach Ende der Rehabilitation	Patientenbögen „Nachbefragung“	
Versand der ausgefüllten Instrumente an Auswertungsinstitut	Einrichtung			
Dateneingabe und Datencheck	Auswertungsstelle	sobald ausgefüllte Instrumente vorliegen		Fehlerquote max. 5 Promille
Zusammenfügen der Daten mit Daten der ersten Patientenbefragung (Reha-Beginn) mit anschließendem Plausibilitätscheck (s. Kapitel 3.5 f)	Auswertungsstelle			
Aufbau des Referenzpools	Auswertungsstelle	Ende der Datenerhebung (i. d. R. nach 5 Monaten)		
Schritte bis hierher sind identisch mit denen der Ergebnisqualität-Auswertung.				
Berechnung der Skalen der Patientenzufriedenheit	Auswertungsstelle			zur Skalenberechnung siehe Text
Vorbereitung der Residuenberechnung: fehlende Werte ersetzen, Dummy-Variablen festlegen	Auswertungsstelle			zum Teil dieselben Variablen wie bei Ergebnisqualität
Residuen für die Patientenzufriedenheit berechnen	Auswertungsstelle			

Zu tun	Wer	Wann	Materialien	Anmerkung
Diagramme für Einrichtungsvergleiche erstellen	Auswertungsstelle			Darstellung in den Diagrammen: Indexeinrichtung vs. Referenzeinrichtungen
Tabellen für die Antworthäufigkeiten der Items des Patientenzufriedenheitsteil für den Anhang A des Berichts Teil II	Auswertungsstelle			
Mittelwerte und Standardabweichungen für die Tabelle der „absoluten Mittelwerte“ er rechnen				
Überprüfung der Auswertung	Auswertungsstelle			
Berichterstellung	Auswertungsstelle		Musterbericht Teil II, Abschnitt „Patientenzufriedenheit“	
Überprüfung der Berichterstellung durch zweite Person auf Rechtschreib- und Layoutfehler	Auswertungsstelle			
Versand der Berichte	Auswertungsstelle			
Transfer der Daten des Einrichtungsvergleichs in die Synopsendatenbank	Auswertungsstelle		Musterbericht Teil II, Abschnitt „Qualitätssynopse“	

Tabelle 20: Ablaufplan Patientenzufriedenheit

4.6 Qualitätssynopse

Die Qualitätssynopse fasst die Ergebnisse aus den einzelnen Qualitätsbereichen in kurzer, überschaubarer Form zusammen. Dazu wird das Abschneiden der Indexeinrichtung auf den vier überprüften Qualitätsbereichen Struktur- und Prozessqualität, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit dargestellt. Im Folgenden werden die dargestellten Werte und Symbole erläutert.

Struktur- und Prozessqualität: Prozentualer Anteil der erfüllten Basiskriterien der Bereiche, die im Einrichtungsbogen erfasst werden:

- Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung
- Medizinisch-technische Ausstattung
- Therapeutische Behandlungen / Schulungen / Patientenbetreuung
- Personelle Ausstattung
- Konzeptionelle Grundlagen
- Internes Qualitätsmanagement
- Patientenorientierung und
- Interne Organisation.

Zweitens wird der prozentuale Anteil der Patienten, die die Items der nachfolgend aufgeführten Bereiche im Sinne einer positiven Ausprägung beantwortet haben, dargestellt. Diese Bereiche sind für somatische Indikationsbereiche:

- Arzt-Patient-Kommunikation
- Therapie und Pflege
- Nachsorge.

Für den Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“ sind es die Bereiche:

- Kommunikation mit dem Patienten,
- Therapieablauf.

Zusätzlich wird noch eine Gesamtbeurteilung aufgeführt. Diese stellt die mittlere prozentuale Erfüllung der Anforderungen (über alle Bereiche) dar. Eine idealerweise erreichte Prozentzahl von 100 ist in der Qualitätssynopse grün markiert, alle anderen Werte sind in weißer Schrift dargestellt.

Ergebnisqualität: Die Beurteilung des Abschneidens der Indexeinrichtung in den einzelnen Bereichen erfolgt im Vergleich zu den Referenzeinrichtungen. In dieser Qualitätsdimension veranschaulicht die Qualitätssynopse für jeden Unterbereich, ob sich die Einrichtung hinsichtlich des Qualitätsindikators deutlich über dem Durchschnitt der Referenzeinrichtungen befindet (Symbol: ▲), ob sie deutlich unter dem Durchschnitt der Referenzeinrichtungen liegt (Symbol: ▼) oder ob die Einrichtung in Bezug auf die Referenzeinrichtungen durchschnittlich

abschneidet (Symbol: ●). Zum Vorgehen bei der Einrichtungsbeurteilung siehe Abschnitt 4.4.3. Die Bereiche der Ergebnisqualität sind für somatische Indikationsbereiche:

- Somatische Gesundheit
- Schmerzen
- Funktionsfähigkeit im Alltag
- Funktionsfähigkeit im Beruf
- Psychisches Befinden
- Soziale Integration
- Gesundheitsverhalten
- Krankheitsbewältigung
- Reha-Status (Summenscore)

Der Reha-Status ist in der Zelle „Gesamt“ dargestellt.

Für den Indikationsbereich „Neurologie“ werden folgende Bereiche der Ergebnisqualität dargestellt (IRES-24):

- Somatische Gesundheit
- Schmerzen
- Funktionsfähigkeit im Alltag
- Psychisches Befinden
- Neurologische Symptome (von Experten entwickelte Zusatzskala)
- Reha-Status (Summenscore)

Der Reha-Status ist in der Zelle „Gesamt“ dargestellt.

Für den Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“ sind es:

- Psychische und somatoforme Beschwerden,
- Psychisches Wohlbefinden,
- Interaktionelle Schwierigkeiten,
- Selbstwirksamkeit,
- Aktivität und Partizipation.

Patientenzufriedenheit: Die Darstellung der Qualitätsdimension „Patientenzufriedenheit“ folgt derselben Logik wie die der Ergebnisqualität. Auch hier werden die Resultate der Einrichtungsvergleiche dargestellt. Die einzelnen Bereiche sind hierbei für somatische Indikationsbereiche:

- Ärztliche Betreuung
- Betreuung durch die Pflegekräfte
- Psychologische Betreuung
- Behandlungen
- Schulungen
- Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung
- Freizeitmöglichkeiten
- Summenscore Zufriedenheit

Der Summenscore Zufriedenheit ist in der Zelle „Gesamt“ aufgeführt.

Für den Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“ sind es:

- Pflegerische Betreuung,
- Ärztliche Betreuung,
- Psycho-therapeutische Betreuung
- Klima,
- Schulungen, Vorträge und Beratungen,
- Behandlungen I (Psychotherapeutische Behandlungen),
- Behandlungen II (Therapieunterstützende Behandlungen),
- Behandlungen III,
- Organisation,
- Entlassung,
- Unterbringung,
- Dienstleistungen sowie
- Attraktivität und Empfehlung.

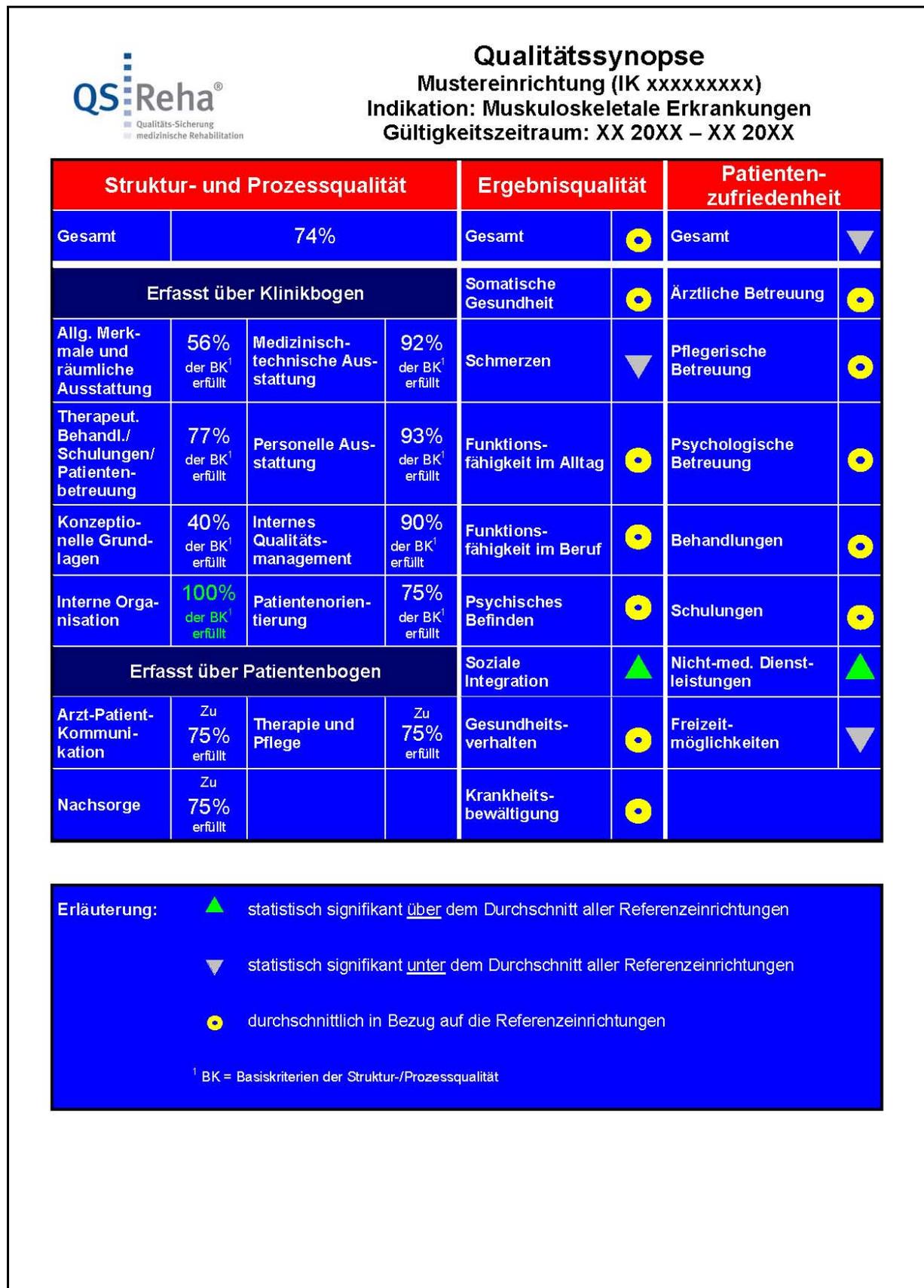


Abbildung 9: Beispiel für somatische Indikationsbereiche

4.7 Synopse der Zuweisungssteuerungskriterien

Die Zuweisungssteuerungskriterien sind vor allem für die Krankenkassen und die zuweisenden Einrichtungen von großer Bedeutung. Bestimmte Patienten bzw. Patientengruppen können nur dann in einer Rehabilitationseinrichtung aufgenommen und adäquat versorgt werden, wenn die einrichtungsinterne Ausstattung ihren besonderen Bedürfnissen gerecht wird. Die Synopse der Zuweisungssteuerungskriterien gibt Auskunft darüber, welche davon die Indexeinrichtung erfüllt. Ist ein Merkmal vorhanden, so ist das durch ein „+“ gekennzeichnet, ist das Merkmal nicht vorhanden, so erscheint ein „-“.

Strukturqualität (Zuweisungssteuerungskriterien)																										
Gesamt	48,1 % der Zuweisungssteuerungskriterien vorhanden																									
Allgemeine Merkmale / räumliche Ausstattung	<i>Möglichkeit der Aufnahme von Patienten mit (ohne Begleitperson).....</i>																									
	...Querschnittlähmung +																									
	...Sehbehinderung -																									
	...Erblindung -																									
	...starker Hörschädigung -																									
	...Ertaubung -																									
Orientierungsstörung / überwachungspflichtiges organisches Psychosyndrom /Weglauff tendenz (Überwachungsmöglichkeiten) -																									
Dialysepflichtigkeit +																									
MRSA (separates Zimmer für MRSA-positive Patienten) -																									
	Rauchverbot auf dem Einrichtungsgelände +																									
	kein Alkoholausschank in der Einrichtung +																									
	Möglichkeit der Kinderbetreuung -																									
	Unterbringung von Erwachsenen als Begleitperson +																									
	allergene Zimmer +																									
	<i>Kompetenzen zur Behandlung von Patienten ohne Kenntnisse der deutschen Sprache (behandelndes Personal, d.h. Ärzte/-innen, Psychologen/-innen, Therapeuten/-innen, Pflegekräfte)</i> +																									
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">englisch</td> <td style="width: 5%; text-align: center; color: green;">+</td> <td style="width: 25%;">griechisch</td> <td style="width: 5%; text-align: center; color: white;">-</td> <td style="width: 25%;">französisch</td> <td style="width: 5%; text-align: center; color: white;">-</td> <td rowspan="4" style="width: 20%; text-align: center; color: green;">Sonstige Sprachen +</td> </tr> <tr> <td>türkisch</td> <td style="text-align: center; color: white;">-</td> <td>spanisch</td> <td style="text-align: center; color: white;">-</td> <td>kurdisch</td> <td style="text-align: center; color: white;">-</td> </tr> <tr> <td>serbokroatisch</td> <td style="text-align: center; color: white;">-</td> <td>russisch</td> <td style="text-align: center; color: green;">+</td> <td>tschechisch</td> <td style="text-align: center; color: white;">-</td> </tr> <tr> <td>italienisch</td> <td style="text-align: center; color: white;">-</td> <td>polnisch</td> <td style="text-align: center; color: white;">-</td> <td>slowakisch</td> <td style="text-align: center; color: white;">-</td> </tr> </table>	englisch	+	griechisch	-	französisch	-	Sonstige Sprachen +	türkisch	-	spanisch	-	kurdisch	-	serbokroatisch	-	russisch	+	tschechisch	-	italienisch	-	polnisch	-	slowakisch	-
englisch	+	griechisch	-	französisch	-	Sonstige Sprachen +																				
türkisch	-	spanisch	-	kurdisch	-																					
serbokroatisch	-	russisch	+	tschechisch	-																					
italienisch	-	polnisch	-	slowakisch	-																					

Zuweisungssteuerungskriterien (Fortsetzung)		
Therapeutische Behandlungen / Schulungen / Patientenbetreuung		
	Skoliosebehandlung mit speziellem Skolioseprogramm	-
	(Exo-) Prothesenschulung	+
	Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung	+
	Belastungserprobung	-
	Berufsfindung durch Interessen- und Eignungsdiagnostik	-
	berufsspezifische Belastungserprobung	-
	Information zur beruflichen Wiedereingliederung	+
	vegetarische Kost	+
	eiweiß- und elektrolytdefinierte Kost	+
	Sonderkost bei Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen	+
	Sondenernährung	-
	strukturierte Schmerztherapie	-
	geschlechtsspezifische Beratungsangebote	-
<p>Die Zuweisungssteuerungskriterien stellen keine basalen Qualitätsanforderungen dar, sondern sind für die Zuweisungssteuerung relevant. Die Übersicht gibt den prozentualen Anteil der von der Einrichtung erfüllten Kriterien sowie die Liste der erfüllten bzw. nicht erfüllten Kriterien wieder.</p> <p>Erläuterung: + Zuweisungssteuerungskriterium vorhanden - Zuweisungssteuerungskriterium nicht vorhanden</p>		

Abbildung 10: Beispiel für somatische Indikationsbereiche

5 Fachabteilungsspezifische Ergebnisberichte

Den Einrichtungen werden die Resultate der Qualitätsprüfungen in einem fachabteilungsspezifischen Ergebnisbericht (vgl. Digitaler Anhang) zurückgemeldet, der aus zwei Teilen besteht.

Teil I enthält die Ergebnisse zur Struktur- und Prozessqualität (sofern die Daten über den Einrichtungsbogen erfasst werden) und wird den Einrichtungen nach der Durchführung eventueller Visitationen zugesandt.

Teil II des Ergebnisberichts enthält die Ergebnisse zur Prozessqualität (sofern die Daten über den Patientenbogen erfasst werden) sowie die Resultate der Patientenzufriedenheits- und der Ergebnisqualitäts-Messung. In Teil II des Berichts werden zudem die Ergebnisse aller Qualitätsbereiche in überschaubarer Form, in der so genannten Qualitätssynopse, zusammengefasst. Hierfür werden die Resultate der Qualitätsmessungen auf den jeweiligen Unterdimensionen auf hohem Abstraktionsniveau aggregiert. Die Qualitätssynopse kann als überblicksartige Informationsquelle für Kostenträger und das Einrichtungsmanagement herangezogen werden und eignet sich für eine komprimierte Außendarstellung gegenüber Patienten und Einweisern. Dieser Berichtsteil wird den Einrichtungen nach Abschluss der Nachbefragung der Patienten zugesandt.

Der Aufbau der Ergebnisberichte ist den Musterberichten im digitalen Anhang zu entnehmen.

6 Bewertung der QS-Ergebnisse

Zur Bewertung der Ergebnisse des QS-Reha[®]-Verfahrens existieren allgemeine Grundsätze. Auf der Grundlage der Qualitätssynopse wurde ein Auswahlalgorithmus entwickelt, der die Identifizierung von sog. auffälligen Fachabteilungen in den Einrichtungen ermöglicht, mit denen die Vertragspartner auf Landesebene einen strukturierten Qualitätsdialog führen.

6.1 Begriffe

Qualitätsdialog: Der Qualitätsdialog ist ein Instrument zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität von Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen. Alle Vertragsparteien auf Landesebene haben grundsätzlich die Möglichkeit, einen Dialog über die Ergebnisse des QS-Reha[®]-Verfahrens zu führen.

Im Dialog erörtern die Vertragsparteien die Ursachen für alle auffälligen Qualitätsdaten, ihre Bedeutung für die konkrete Qualitätsdimension und für das Gesamtbild der Qualität der Einrichtung. Die Vertragsparteien suchen gemeinsam nach Möglichkeiten, die Qualitätsmängel zu beheben und dadurch die Qualität der Einrichtung zu verbessern. Dabei sollten auch positive Ergebnisse Berücksichtigung finden können.

Am Qualitätsdialog nehmen mindestens die Einrichtungen teil, bei denen das Qualitätsprofil einer Fachabteilung auf der Grundlage der Qualitätssynopse auffällig ist. Auffällig ist ein Qualitätsprofil einer Fachabteilung, die

entweder

1. in der Gesamtbewertung der Struktur-/Prozessqualität weniger als 80% erfüllt und zusätzlich entweder im Bereich der Ergebnisqualität oder bei der Patientenzufriedenheit mindestens zwei Unterdimensionen unterdurchschnittlich erfüllt. (unterdurchschnittlich = statistisch signifikant unter dem Durchschnitt aller Referenzeinrichtungen)

oder

2. ausschließlich in der Gesamtbewertung der Struktur-/Prozessqualität weniger als 60% erfüllt (ohne Beachtungen von unter- oder überdurchschnittlichen Bewertungen in den anderen Dimensionen).

Alle übrigen Einrichtungen, bei denen das Qualitätsprofil einer Fachabteilung nicht diesem Algorithmus entspricht, gelten als unauffällig.

Für Fachabteilungen, die aufgrund ihrer geringen Patientenzahlen die Erhebung von 100 Patienten nicht innerhalb des regulär geforderten Zeitraums von 5 Monaten erreichen, wird

der Erhebungszeitraum auf maximal 12 Monate verlängert. Werden in dieser Zeit nicht mindestens 75% der geforderten Datensätze erreicht, erfolgt keine Auswertung der Patientenzufriedenheit und der Ergebnisqualität. Unterschreiten diese Einrichtungen im Bereich Struktur-/Prozessqualität die Grenze von 80%, nehmen sie am Qualitätsdialog teil.

Dieser Algorithmus wird auf der Grundlage der Ergebnisse der durchgeführten Qualitätsdialoge regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst.

QS-Reha®-Verfahren (QS-Reha): Ambulante sowie stationäre Rehabilitationseinrichtungen und stationäre Vorsorgeeinrichtungen sind nach Maßgabe des § 137d SGB V gesetzlich verpflichtet, sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu beteiligen. Das von der GKV entwickelte QS-Reha®-Verfahren misst auf der Basis dieser gesetzlichen Grundlagen und Anforderungen einrichtungsbezogen die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Rehabilitation sowie die Patientenzufriedenheit.

Versorgungsvertrag: Versorgungsverträge im Sinne dieses Qualitätsdialogs sind ausschließlich Versorgungsverträge nach den §§ 111, 111a SGB V und Vereinbarungen nach § 40 SGB V.

Vertragsparteien: Vertragsparteien in diesem Sinne sind die in § 111 Abs. 2 SGB V bzw. die in § 111a Abs. 1 Satz 2 i.V.m. § 111 Abs. 2 SGB V genannten Parteien eines Versorgungsvertrages bzw. die Vereinbarungspartner nach § 40 Absatz 1 SGB V. Dies sind auf Seite der GKV die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, auf Leistungserbringerseite die Vorsorge- bzw. Rehabilitationseinrichtungen.

Federführung in der GKV: Die Vertragsparteien auf GKV-Seite übertragen den Qualitätsdialog auf einen Landesverband der Krankenkassen, eine Landesvertretung der Ersatzkassen oder eine dazu gebildete Arbeitsgemeinschaft (z. B. in Bayern). Dazu können sie bereits bestehende Strukturen auf Landesebene nutzen.

6.2 Ablauf des Qualitätsdialoges

6.2.1 Anlass für den Qualitätsdialog

Im Qualitätsdialog erörtern die Vertragspartner eines Versorgungsvertrages auffällige Ergebnisse des QS-Reha®-Verfahrens. Der Dialog zielt auf die Verbesserung der Qualität der Einrichtung. Anlass für den Dialog sind daher Qualitätsdefizite, also signifikante Abweichungen der Qualitätsdaten einer Einrichtung bzw. Fachabteilung einer Einrichtung, die durch das QS-Reha®-Verfahren abgebildet werden.

6.2.2 Beginn des Qualitätsdialogs

Die GKV initiiert den Qualitätsdialog, wenn beiden Vertragsparteien ein aktueller Ergebnisbericht vorliegt. Die federführende Vertragspartei auf GKV-Seite teilt der Einrichtung zeitnah nach Eingang des Ergebnisberichts in einem offiziellen Schreiben mit, dass sie mit der Einrichtung auffällige Qualitätsdaten erörtern möchte. Das Schreiben benennt die auffälligen Parameter in den relevanten Qualitätsdimensionen bzw. Unterdimensionen konkret und setzt der Einrichtung eine Frist zur Stellungnahme (in der Regel 4 Wochen).

6.2.3 Stellungnahme der Einrichtung

Die Einrichtung analysiert die benannten auffälligen Qualitätsdaten und teilt der GKV innerhalb der gesetzten Frist schriftlich das Ergebnis ihrer Analyse mit.

6.2.4 Weitere Erörterung

Der weitere Dialog kann mündlich und/oder schriftlich fortgeführt werden. Sofern einer der Partner einen mündlichen Dialog wünscht, sollte dieser grundsätzlich in der Einrichtung stattfinden. Die Vereinbarungspartner stellen sicher, dass der Dialog vor Ort durch im QS-Reha-Verfahren qualifiziertes Personal geführt wird. Die betroffenen Fachabteilungen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen werden durch ihre Einrichtungsleitung vertreten, die je nach Bedarf ärztliches, pflegerisches, therapeutisches oder weiteres Personal in den Dialog einbezieht.

Gesprächstermine werden einvernehmlich zwischen den Dialogpartnern vereinbart. Ferner können die Vertragsparteien nach vorheriger Ankündigung weitere Beteiligte hinzuziehen (z. B. MDK, Leistungserbringerverbände).

6.2.5 Zielvereinbarung

Die Vertragsparteien vereinbaren Maßnahmen zur Behebung konkreter Auffälligkeiten bzw. Mängel. In Zielvereinbarungen verabreden sie Fristen, in denen die vereinbarten Maßnahmen verwirklicht werden sollen. Eine Anpassung der Fristen ist im Einvernehmen möglich. Sie stimmen außerdem gemeinsam die Art der Nachweise ab, mit denen die Einrichtung die Durchführung der verabredeten Maßnahmen sowie die erreichten Ziele dokumentiert. Sofern festgestellte Mängel auf Ursachen beruhen, die die Einrichtung nicht zu vertreten hat, halten die Vertragsparteien dies in einer gesonderten Absprache fest.

6.2.6 Dokumentation

Die Vertragsparteien dokumentieren sämtliche Absprachen, Zielvereinbarungen und Nachweise schriftlich.

Dabei geben die schriftlichen Zielvereinbarungen der Einrichtung einen zeitlichen Rahmen zur Verwirklichung der verabredeten Maßnahmen. Der GKV dient die schriftliche Zielvereinbarung zur Beobachtung und Bewertung der Verbesserungsmaßnahmen der Einrichtung.

6.2.7 Ende des Qualitätsdialoges

Der Dialog endet mit einem Schreiben der GKV. In diesem Schreiben fasst die GKV die Ergebnisse des Qualitätsdialogs zusammen und bewertet die getroffenen Absprachen bzw. Zielvereinbarungen im Hinblick auf die weitere Zusammenarbeit zwischen den Vertragsparteien. Dabei wird festgestellt,

- dass der Dialog beendet ist, weil die Einrichtung die in der Zielvereinbarung dokumentierten Maßnahmen durchgeführt hat, oder
- dass der Dialog vorerst beendet ist, weil langfristige Maßnahmen vereinbart sind, oder
- dass der Dialog beendet ist, weil sich die Vertragsparteien nicht auf bestimmte qualitätsverbessernde Maßnahmen oder die dafür notwendigen Fristen und Nachweise verständigen können. Das Schreiben bezeichnet dann auch die Konsequenzen für das weitere Belegungsverhalten durch die GKV (z. B. Indikationsanpassung) und für das Fortbestehen des Versorgungsvertrages.

6.2.8 Berichtswesen und Monitoring

Zur Weiterentwicklung des Verfahrens wird ein „QS-Reha®-Begleitgremium“ eingesetzt, das mit Vertretern der Vereinbarungspartner nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V besetzt ist.

Die Auswertungsstelle ermittelt den Umfang von auffälligen Fachabteilungen in den Einrichtungen auf der Grundlage des o. g. Auswahlalgorithmus. Diese Mitteilung an den Auftraggeber erfolgt nach abgeschlossener Auswertung aller Fachabteilungen und Erstellung der Berichte in einem Indikationsbereich. Der dafür vorgesehene Erhebungsbogen befindet sich im digitalen Anhang. Die federführende Vertragspartei auf GKV-Seite erhebt die Anzahl der durchgeführten Qualitätsdialoge sowie deren Ausgang periodisch und standardisiert mit Hilfe eines ihr zur Verfügung stehenden Fragebogens (s. digitaler Anhang). Die Auswertung dieser Daten erfolgt im „QS-Reha®-Begleitgremium“.

Die Verbände der Leistungserbringer und die der Krankenkassen bewerten jährlich die Daten und beraten diese im QS-Reha®-Begleitgremium. Die Dialogpartner können Erfahrungen aus der Umsetzung der Qualitätsdialoge in das Gremium einbringen, die anlassbezogen

beraten werden. Das Begleitgremium berichtet einmal jährlich dem Gemeinsamen Ausschuss nach § 137d SGB V.

7 Interne Berichterstattung

Die Auswertungsstelle hat einmal jährlich einen Jahresbericht über die in dem jeweiligen Erhebungsjahr vorliegenden QS-Ergebnisse der teilnehmenden Fachabteilungen in den Einrichtungen gegenüber den Vereinbarungspartnern nach § 137d Abs. 1, 2 und 4 SGB V vorzulegen. Jahresberichte sind auch für das Jahr, in dem der Vertragsabschluss erfolgte, und für das Jahr, in dem der Auftrag ausläuft, zu erstellen.

Die Auswertungsstelle gibt in diesem Zusammenhang einen Überblick über den aktuellen Stand des Verfahrens, insbesondere über die Anzahl der im Berichtsjahr teilnehmenden Fachabteilungen bzw. Einrichtungen in den einzelnen Indikationen mit Blick auf die festgelegten Erhebungszeiträume.

Der Jahresbericht enthält außerdem

- einen Vergleich der teilgenommenen Fachabteilungen einer Indikationsgruppe (z. B. Kardiologie) in Bezug auf deren Ergebnisse in einer Qualitätsdimension (z. B. Strukturqualität) – Aussagen zur Streuung
- einen Vergleich des durchschnittlichen Ergebnisses einer Qualitätsdimension aller teilgenommenen Fachabteilungen einer Indikationsgruppe mit den durchschnittlichen Ergebnissen in derselben Qualitätsdimension von anderen Indikationsgruppen (Bsp. Beschreibung der Unterschiede in der Strukturqualität von kardiologischen und orthopädischen Fachabteilungen)

Die Auswertungsstelle hat außerdem nach Ablauf jedes Durchlaufs einen Gesamtbericht über die QS-Ergebnisse des jeweiligen Intervalls vorzulegen. Dieser enthält mindestens die im Jahresbericht genannten Ergebnisse (vgl. Kapitel 5.4.1 der Leistungsbeschreibung). Darüber hinaus ist soweit möglich eine vergleichende Bewertung vorhergehender Durchläufe vorzunehmen.

8 Glossar

Item, Skala, Merkmalsbereich, Qualitätsdimension

Unter einem Item versteht man eine einzelne Frage eines Fragebogens. Für eine bessere Interpretierbarkeit und Reliabilität des Fragebogens werden meistens mehrere Items rechnerisch zu einer Skala zusammengefasst. In manchen Fällen wie z.B. beim IRES-Fragebogen werden verschiedene Skalen zu einer Dimension aggregiert. Von einem Merkmalsbereich ist die Rede, wenn einzelne Items/Kriterien einem gemeinsamen Bereich zugeordnet, diese aber nicht zu einer Skala oder Dimension verrechnet werden. Beispiel: Die beiden Basiskriterien der Strukturqualität „alle Zimmer mit Notrufanlage“ und „Verfügbarkeit höhenverstellbarer Betten“ fallen in den Merkmalsbereich „Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung“ der Strukturqualität. Sie gehen aber in keine Skala oder Dimension ein. Den Antworten der Patienten im IRES-Fragebogen hingegen werden Werte zugeordnet, die zu Skalen zusammengefasst werden, welche wiederum in Dimensionen eingehen.

Einrichtungen, Index- und Referenzeinrichtungen

Unter Einrichtungen werden in diesem Methodenhandbuch Reha-Einrichtungen verstanden, die am QS-Reha[®]-Verfahren teilnehmen. Die fachabteilungsspezifischen Ergebnisberichte enthalten fachabteilungsspezifische Vergleiche der teilnehmenden Einrichtungen hinsichtlich der untersuchten Qualitätsdimensionen sowie deren Merkmalsbereichen bzw. Skalen. In den Vergleichen wird die im Fokus stehende Einrichtung immer als **Indexeinrichtung** bezeichnet, während die anderen zum Vergleich herangezogenen Einrichtungen innerhalb desselben Indikationsbereichs als **Referenzeinrichtungen** bezeichnet werden.

Konfundierende Variable, Konfounder

Unter konfundierenden Variablen oder Konfoundern werden hier Patienteneigenschaften verstanden, die von den Einrichtungen nicht zu beeinflussen sind, die aber Auswirkungen auf die Ergebnisse der Behandlung haben. Diese Variablen dienen im QS-Reha[®]-Verfahren zur statistischen Adjustierung, d.h. aus den Behandlungsergebnissen werden deren Einflüsse „herausgerechnet“ (siehe Kap.4.4.3).

9 Digitaler Anhang (beiliegende CD)

Der digitale Anhang auf der beiliegenden CD stellt die in diesem Methodenhandbuch erwähnten Dokumente und weitere wesentliche Organisationsmaterialien zusammen. Nachfolgend werden kurz die enthaltenen Ordner und deren Inhalt aufgelistet:

Dokumente

- Bewertungskriterien der Struktur- und Prozessqualität
- Methodenhandbuch
- Musterbericht (Teil I und Teil II)
- Visitationschecklisten (somatische Indikationen / Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“)
- Muster-Foliensatz für die Informationsveranstaltung der zentralen Koordinatoren

- Fragen an den zentralen Koordinator zur effektiven Organisation
- Handout für die Ärzte
- Instruktion Arztbogen
- Hinweise zum Ausfüllen der Fragebögen
- Rücksendeformular Fragebögen
- Patientenliste
- Checkliste Patienten
- Vorlage Anschreiben Nachbefragung
- Vorlage Erinnerungsschreiben Nachbefragung

Instrumente

- Arztbogen (zum Teil mit indikationsspezifischem Anhang):
 - Arztbogen für die Dermatologie und Pneumologie
 - Arztbogen für die Onkologie und Gastroenterologie
 - Arztbogen für die Kardiologie
 - Arztbogen für Muskuloskeletale Erkrankungen
 - Arztbogen für die Neurologie
 - Arztbogen Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“

- Patientenbogen (inklusive spezifischen Versionen für die Indikation Neurologie)
 - Patientenbogen Reha-Beginn (IRES 3.1)
 - Patientenbogen Reha-Beginn Neurologie (IRES 24)

- Patientenbogen Nachbefragung somatische Indikationsbereiche (IRES 3.1 und Fragebogen zur Patientenzufriedenheit)
- Patientenbogen Nachbefragung Neurologie (IRES 24 und Fragebogen zur Patientenzufriedenheit)
- Patientenbogen Nachbefragung Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“ (HEALTH und Fragebogen zur Patientenzufriedenheit)

- Einrichtungsbogen (Versionen je Indikation)
 - Einrichtungsbogen für die Dermatologie
 - Einrichtungsbogen für die Pneumologie
 - Einrichtungsbogen für die Onkologie
 - Einrichtungsbogen für die Gastroenterologie
 - Einrichtungsbogen für die Kardiologie
 - Einrichtungsbogen für Muskuloskeletale Erkrankungen
 - Einrichtungsbogen für die Neurologie
 - Einrichtungsbogen für den Indikationsbereich „Psychische / psychosomatische Erkrankungen“

Weitere Unterlagen

- Erhebungsbogen für Auswertungsstelle zur Identifizierung auffälliger Einrichtungen
- Fragebogen für Krankenkassen und deren Landesverbände zur Information über durchgeführte Qualitätsdialoge