

BQR – ein Konzept für vergleichende Reha-Qualitätsanalysen und ihre Konsequenzen

- Dr. Ulrike Beckmann
Deutsche Rentenversicherung Bund
Bereich Reha-Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik
- IQMG Jahrestagung “Externe Qualitätssicherung als Motor im Wettbewerb der Reha-Einrichtungen“ am 29. und 30. November 2012 in Berlin

Rehabilitation durch die RV 2011

➤ Medizinische Rehabilitation	966.323
davon:	
- ambulante Leistungen	122.726
- Anschlussrehabilitation	327.357
- Sucht-Rehabilitation	53.965
- Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation	30.919
➤ Federführend belegte oder RV-eigene med. Reha-Einrichtungen (stat. / ambulant)	ca. 1.100 (1.500 Fachabt.)
➤ Berufliche Rehabilitation	130.888
➤ Nachsorge	152.688
➤ Kosten	5,5 Mrd. €

Themen

1. Reha-Qualitätssicherung
 - einheitliche Verfahren der Deutschen Rentenversicherung
2. Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen
 - das Qualitätsoptimum ist erreichbar
3. Vergleichsanalysen
 - Benchmarkingprozesse anstoßen
4. Verbesserung der Qualität
 - Weiterentwicklung des QS-Instrumentariums

Ziele der Reha-Qualitätssicherung

- Empirische Prüfung und Rückmeldung
- Verbesserung von Reha-Prozess und Reha-Erfolg
- Verminderung unplausibler Heterogenität der Leistungserbringung
- Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung
- Erhalt des individuellen Zuschnitts der Rehabilitation
-

www.deutsche-rentenversicherung.de
> Fachbereiche > Sozialmedizin-Forschung
> Reha-Qualitätssicherung

Qualität der medizinischen Rehabilitation im Überblick

I. Qualität der rehabilitativen Versorgung

- Peer Review
- Therapeutische Versorgung (KTL)
- Reha-Therapiestandards (Reha-Leitlinien)

II. Qualität aus Sicht des Rehabilitanden

- Rehabilitandenzufriedenheit
- Subjektives Behandlungsergebnis

III. Qualität der Struktur und Organisation der Reha-Einrichtung

- Strukturqualität (Personal, Ausstattung, QM, Anforderungen der DRV 2010, Master/Bachelor 2012)

IV. Qualitätssicherung „vor Ort“

- RV-einheitliche Visitation

V. Qualitätsrelevante Zusatzinformationen

- Rehabilitandenstruktur
- Sozialmed. Verlauf nach med. Rehabilitation

Reha-Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung

Konzept, Umsetzung

- Umfassende Dokumentation als Grundlage der QS
- Unterschiedliche Aspekte der Reha-Qualität
- Viele Rehabilitanden und Reha-Einrichtungen einbeziehen
- Kontinuierliche Durchführung, Berichterstattung
- Konzipierung, Durchführung, Finanzierung durch RV
- Daten auch für versorgungsorientierte Fragestellungen

BQR – ein Konzept für vergleichende Reha-Qualitätsanalysen und ihre Konsequenzen

1. Reha-Qualitätssicherung
– einheitliche Verfahren der Deutschen Rentenversicherung
2. Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen
– das Qualitätsoptimum ist erreichbar
3. Vergleichsanalysen
– Benchmarkingprozesse anstoßen
4. Verbesserung der Qualität
– Weiterentwicklung des QS-Instrumentariums

Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen

Konzept

→ Zielstellungen

- Erhöhung der Wirksamkeit der Reha-Qualitätssicherung
- Verdichtung der QS Informationen

→ Konzeptentwicklung

- Indikationsbezogene Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen
- Gesetz sieht Einführung eines Benchmarking-Systems vor (§ 138 Abs. 1 Nr. 5 SGB VI; § 69 SGB IV)
- Definition eines Qualitätsoptimums mit „100 QP“ (= das maximal erreichbare Ergebnis)

→ Benchmarking

- Lernen vom Besten

Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen

Definition des Qualitätsoptimums = 100 Qualitätspunkte

→ Behandlungszufriedenheit

alle Rehabilitanden bewerten alle Reha-Aspekte mit „sehr gut“

→ Subjektiver Behandlungserfolg

alle Rehabilitanden geben bei allen gesundheitlichen Problemen „gebessert“ an

→ Peer Review

alle von den Peers bewerteten Reha-Prozesse ohne Mängel

→ Therapeutische Leistungen – KTL Dokumentation

alle KTL-Bewertungskennzahlen (Leistungsmenge, -dauer, -verteilung) bei allen Rehabilitanden im vorgegebenen Korridor

→ Reha-Therapiestandards

alle ETM-Mindestanforderungen erfüllt

Qualitätsentwicklung

Einbeziehung des internen Qualitätsmanagements

- Internes Qualitätsmanagement berücksichtigt Ergebnisse der externen Qualitätssicherung
- Expertenaustausch, z. B. Qualitätszirkel
- Diskussion in Fachgruppen
- Stärken ausbauen
- Bedarfsgerechte Versorgung
- Lernen vom Besten

Konsequenzen einer „guten Reha“: Leistungsgerechte Finanzierung?

Vortrag Brigitte Gross (DRV Bund), BDPK Bundeskongress 2012

2. Leistungsgerechte Vergütung – Grundlagen und Anforderungen



Aus Sicht der DRV-Bund: „Gute Reha zahlt sich aus!“, denn

- Mehr als 80 Prozent der Rehabilitanden sind nach einer Reha-Leistung in das Erwerbsleben eingegliedert und zahlen entweder lückenlos (70 Prozent) oder mit Unterbrechungen (13 Prozent) Beiträge.
- Eine erfolgreiche Rehabilitation amortisiert sich bereits nach 4 Monaten durch die Vermeidung von Rentenzahlungen und Beitragseinnahmen.
- Volkswirtschaftlicher Nutzen: 5 Euro für jeden in der Rehabilitation investierten Euro (Prognos-Gutachten)

Daher:

angemessene Vergütung ist für die DRV-Bund selbstverständlich!

Konsequenzen einer „guten Reha“: Leistungsgerechte Finanzierung?

Vortrag Brigitte Gross (DRV Bund), BDPK Bundeskongress 2012

2. Leistungsgerechte Vergütung – Grundlagen und Anforderungen



Vor dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben muss ein leistungsgerechtes Vergütungssystem gewährleisten, dass

einerseits

→ vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven effizient ausgeschöpft werden

und andererseits

→ eine nachhaltige Bedarfsdeckung möglich ist,

→ die Reha-Leistungen einem hohen Qualitätsstandard entsprechen und

→ die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen gefördert wird.

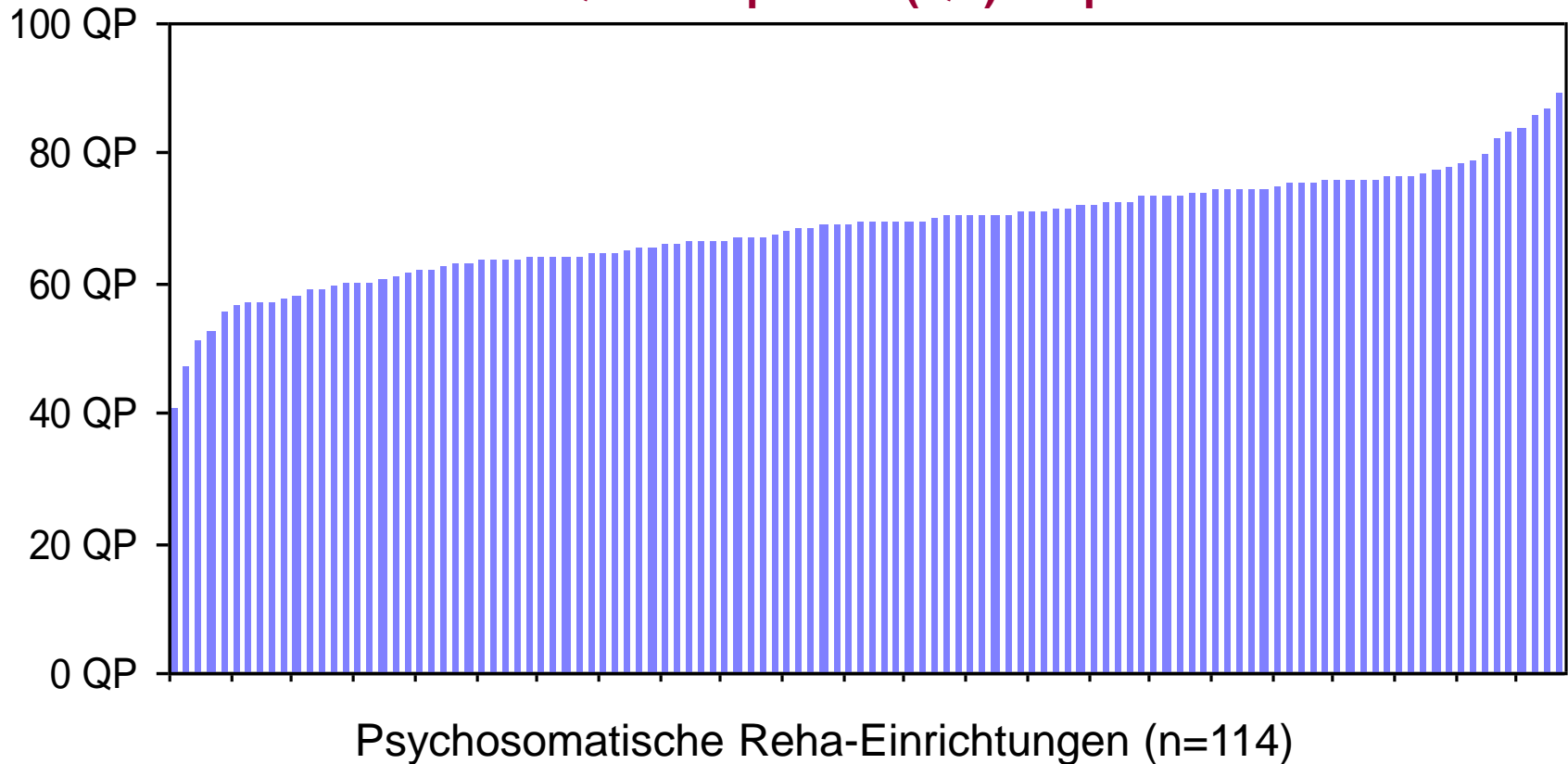
BQR – ein Konzept für vergleichende Reha-Qualitätsanalysen und ihre Konsequenzen

1. Reha-Qualitätssicherung
– einheitliche Verfahren der Deutschen Rentenversicherung
2. Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen
– das Qualitätsoptimum ist erreichbar
3. Vergleichsanalysen
– Benchmarkingprozesse anstoßen
4. Verbesserung der Qualität
– Weiterentwicklung des QS-Instrumentariums

Behandlungszufriedenheit

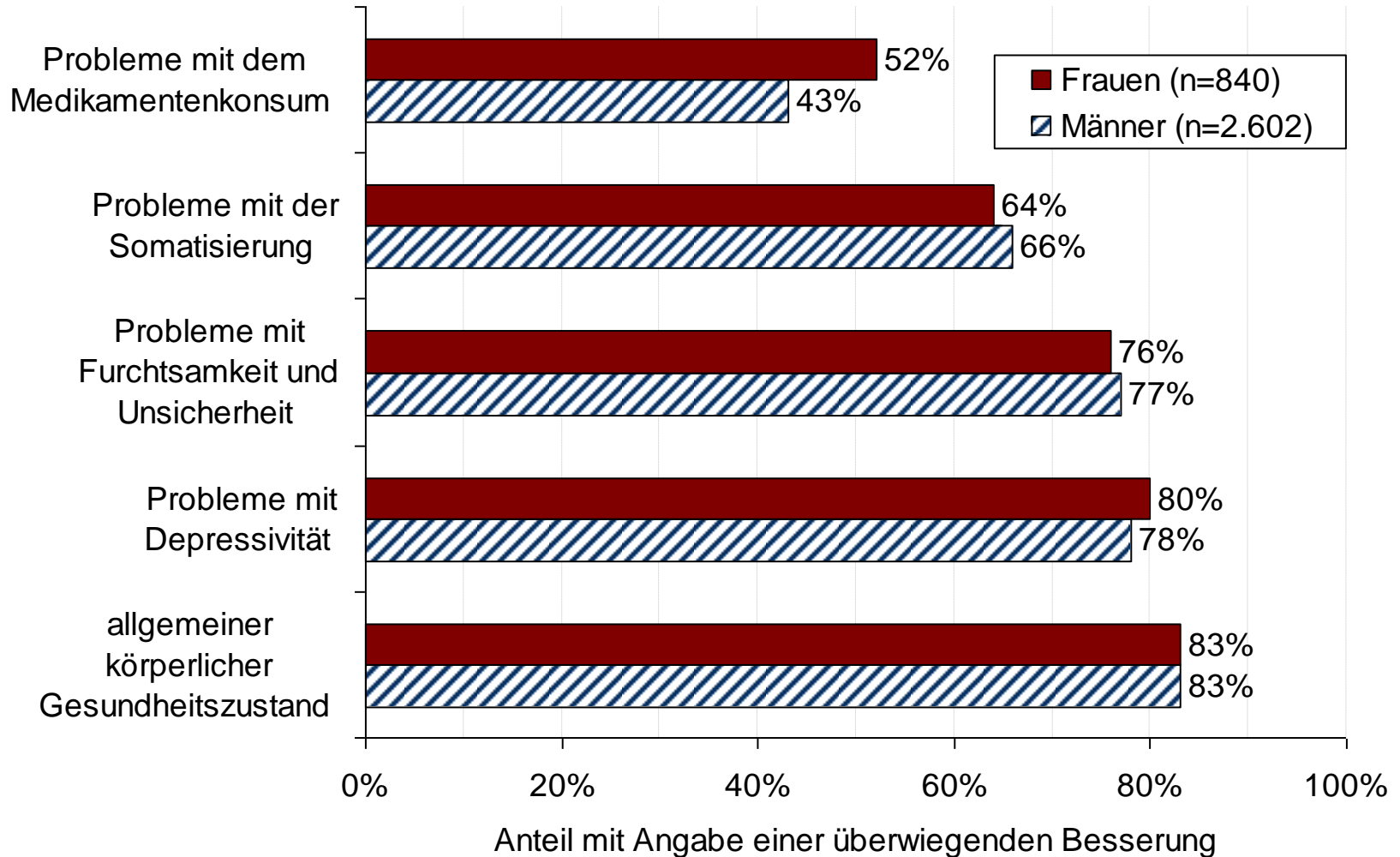
Psychosomatisch-psychotherapeutische Rehabilitation

100 Qualitätspunkte (QP) = Optimum



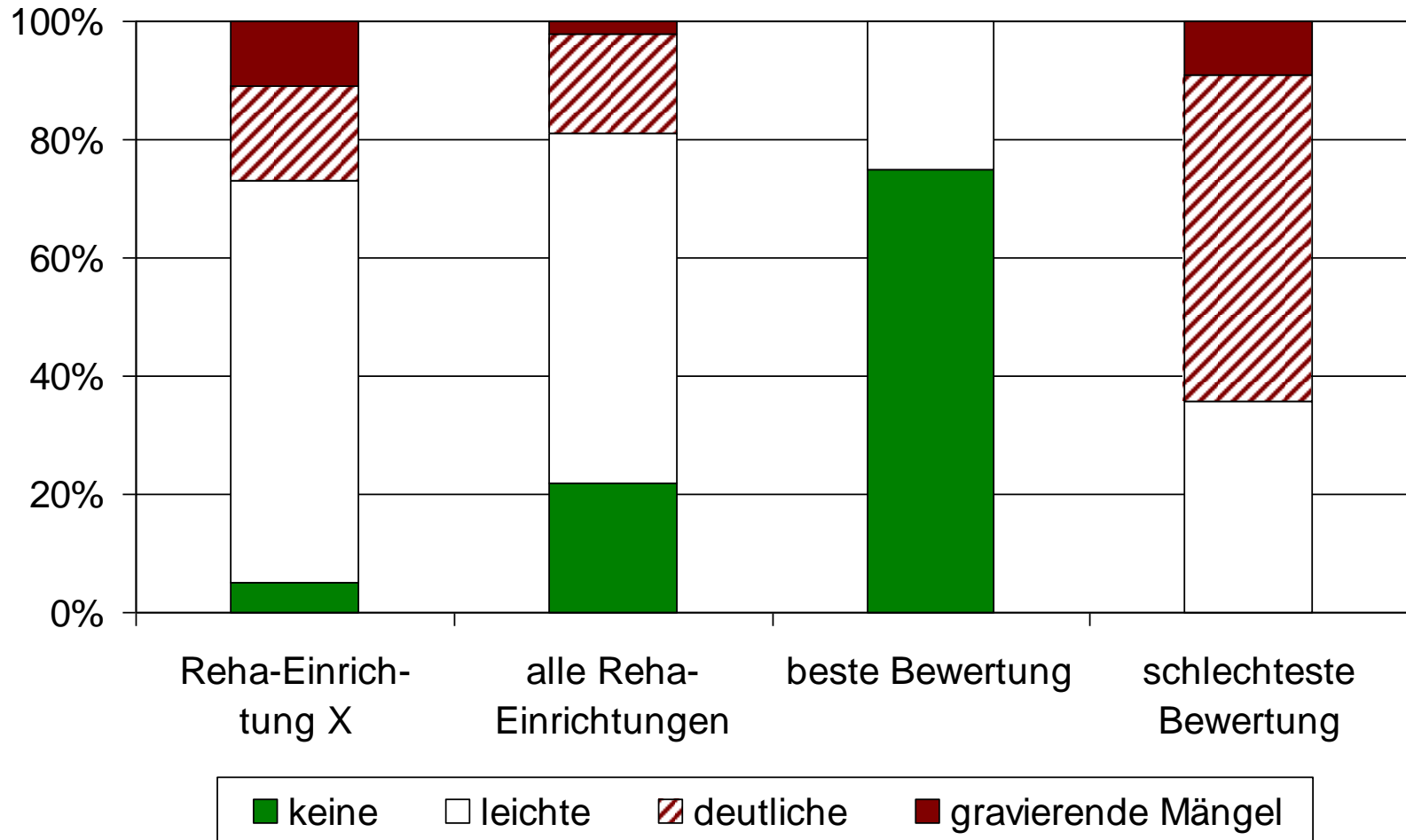
Behandlungserfolg im Patientenurteil

Suchtrehabilitation



Peer Review - Bewertung des gesamten Reha-Prozess

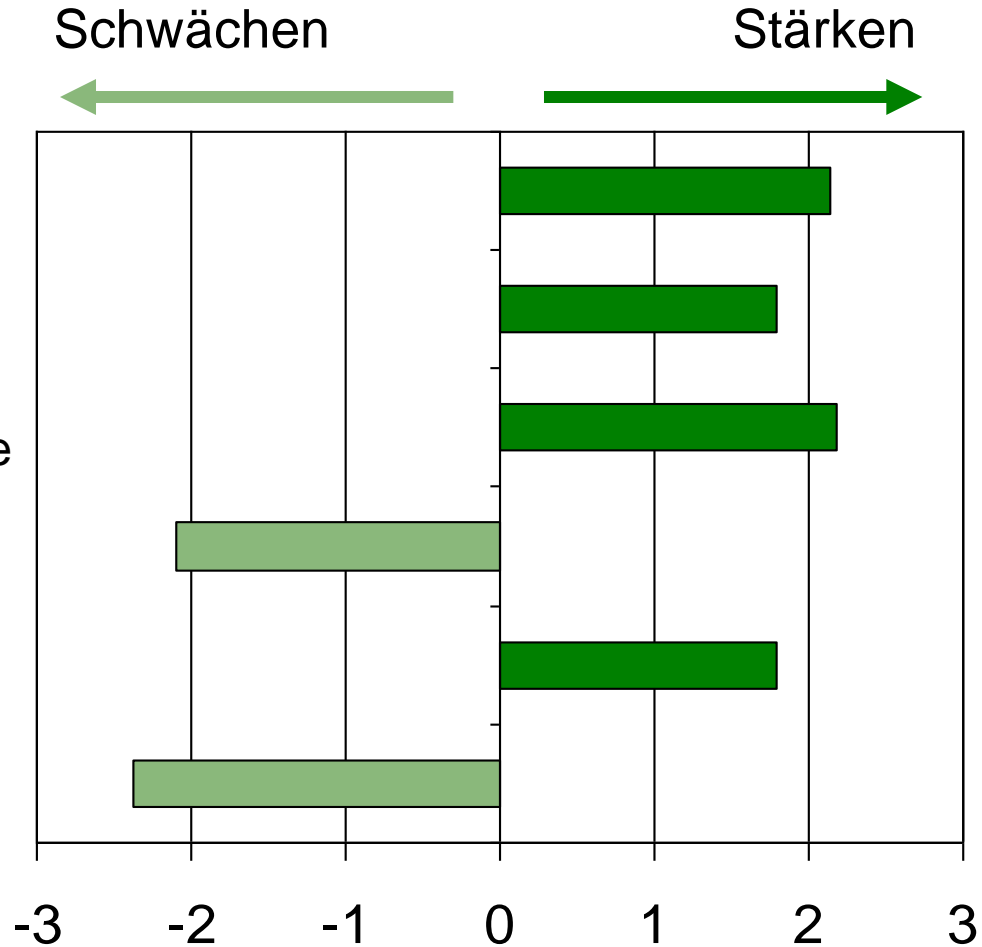
Beispiel für Ergebnismrückmeldung



Peer Review

Beispiel für ein Polaritätenprofil

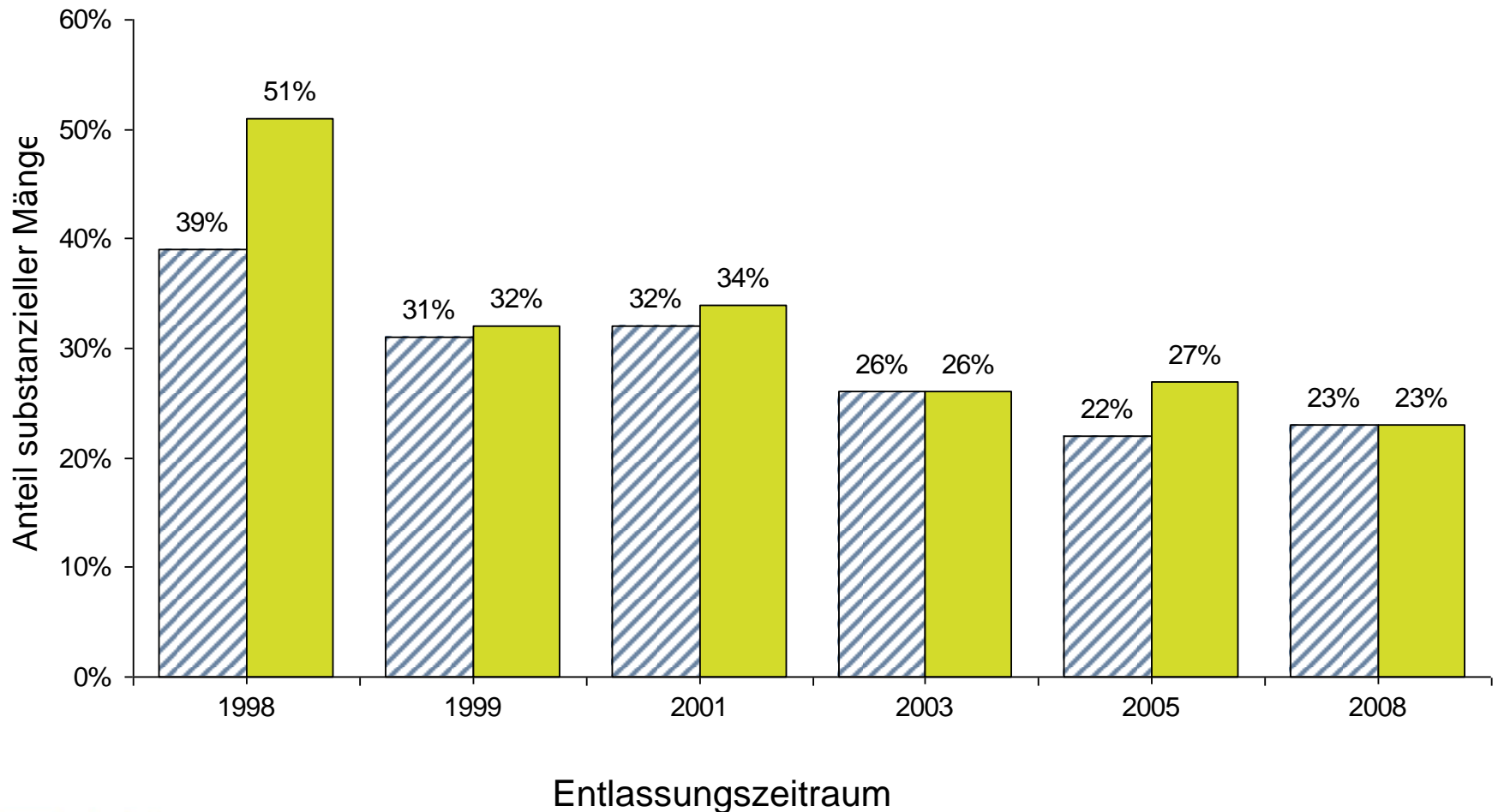
- Selbsteinschätzung des Patienten zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Quantitative Beurteilung (letzte berufl. Tätigkeit)
- Übereinstimmung Beschwerden/Befunde
- AU-Zeiten (in den letzten 12 Monaten)
- Beruflicher Werdegang
- Subjektive Einschränkung der Aktivität / Partizipation



Peer Review im Zeitverlauf

Bewertung des gesamten Reha-Prozesses

▨ Orthopädie (2008: n = 7.001) ■ Kardiologie (2008: n = 1.791)

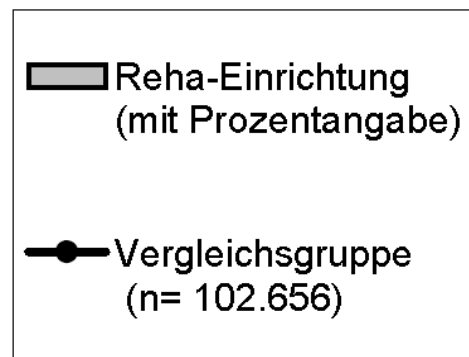
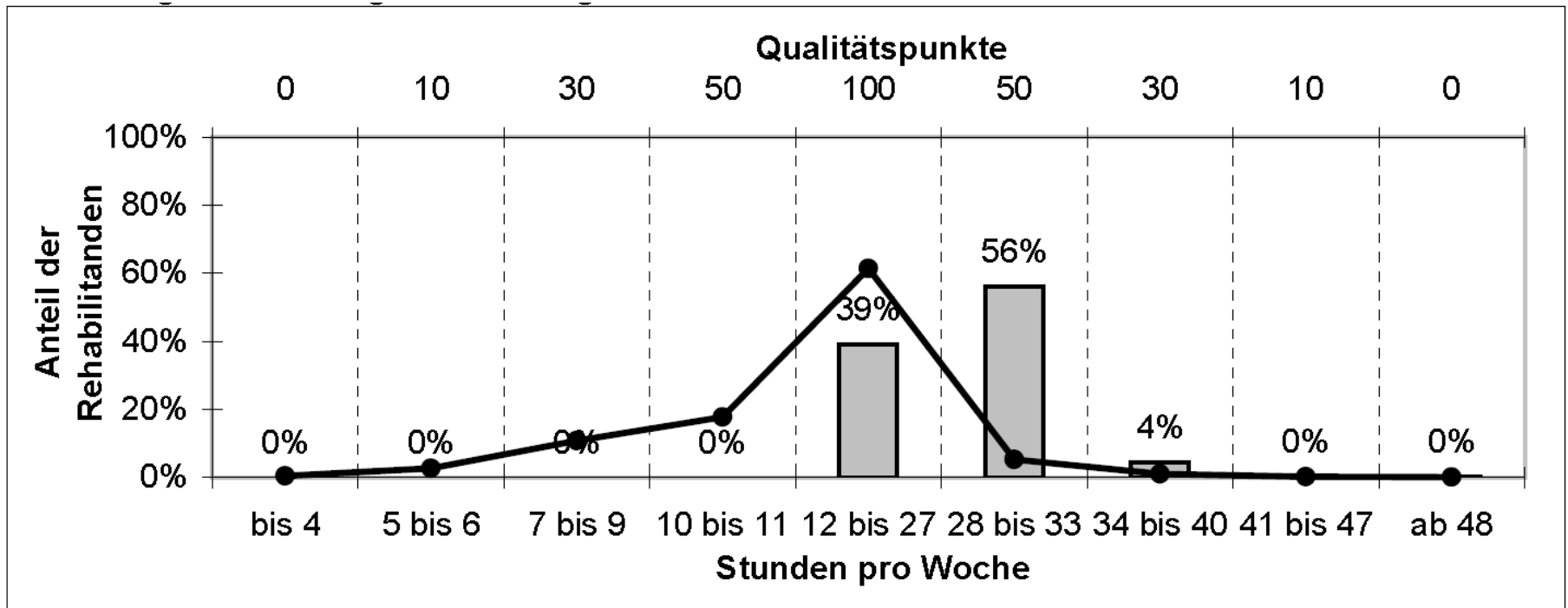


Therapeutische Versorgung – Bericht 2011

Onkologische Rehabilitation, Musterfall

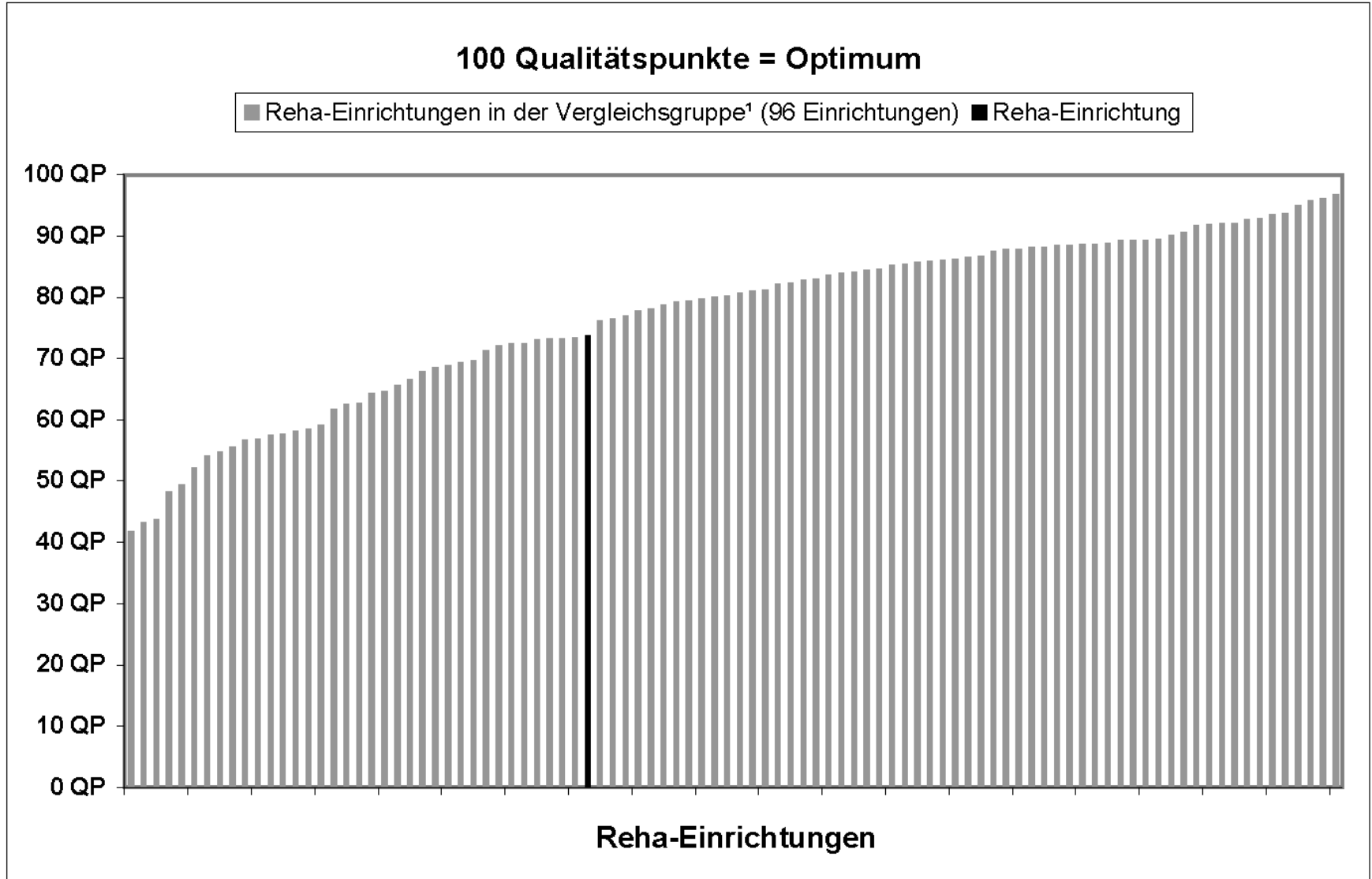
		Anteil behandelter Rehabilitanden		Dauer der Reha-Leistungen (Stunden pro Woche)	
		Klinik n = 1.162	Onkologie n = 102.656	Klinik	Onkologie
A	Sport- und Bewegungstherapie	99%	88%	4,8	3,8
B	Physiotherapie	97%	94%	2,6	2,5
C	Information, Motivation, Schulung	100%	100%	10,0	3,7
D	Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie	52%	65%	0,2	0,4
E	Ergo-, Arbeitstherapie und andere funktionelle Therapien	42%	38%	1,5	1,5
F	Klinische Psychologie, Neuropsychologie	98%	84%	3,8	2,2
G	Psychotherapie	0%	6%	0,7	0,7
H	Reha-Pflege	94%	39%	0,7	0,5
K	Physikalische Therapie	98%	89%	1,5	2,1
L	Rekreationstherapie	0%	40%	0,4	2,5
M	Ernährungsformen	99%	47%	4,2	1,1

Verteilung der Leistungsdauer onkologische Reha-Einrichtung



Bewertung der therapeutische Versorgung in Qualitätspunkten

onkologische Reha-Einrichtung

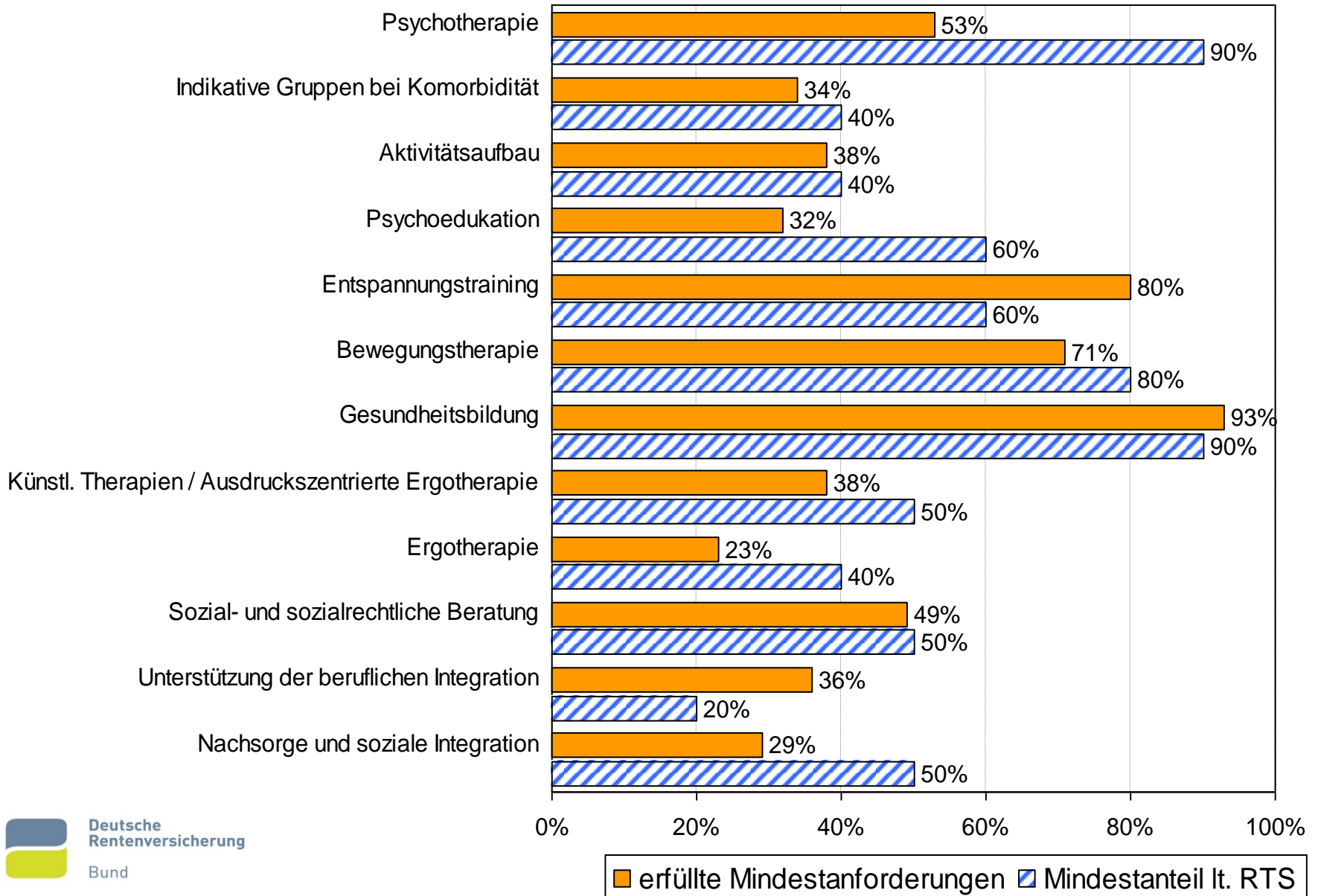


Reha-TherapieStandards (RTS) im Rahmen des Reha-Leitlinienprogramms der RV

- Inhaltliche Vorgaben zur Verbesserung der Versorgung
- Analyse der Versorgungsrealität, Ermittlung effektiver Reha-Therapien
- Expertenbeteiligung, Anwenderbefragung, Implementation in die Reha-Qualitätssicherung
- Empirische Überprüfung, Rückmeldung an Einrichtung
- Indikationsbezug:
 - Koronare Herzkrankheit
 - Diabetes mell. Typ 2
 - Alkoholabhängigkeit
 - Brustkrebs
 - Chron. Rückenschmerz
 - Hüft- und Knie-Gelenkersatz
 - Schlaganfall
 - Depressive Störungen
 - Kinder- und Jugendlichen-Rehabilitation (drei Indikationen)

Reha-Therapiestandards Depressive Störungen

Rehabilitation 2011



Reha-Therapiestandards Depressive Störungen

Berechnung der Bewertungskennzahl

Berechnung pro ETM

erfüllte Mindestanforderungen:	100 Punkte
mit mind. 2/3 Leistungen:	50 Punkte
weniger als 2/3 Leistungen:	0 Punkte

Beispiel (200 Patienten)

100 x 60 =	6.000
50 x 30 =	1.500
0 x 10 =	0
<hr/>	
100	7.500

bis zum vorgegebenen Mindestanteil 75 Punkte
(z.B. 50% von 200 Patienten = 100 Patienten)

Qualitätspunkte der RTS-Bewertungskennzahl

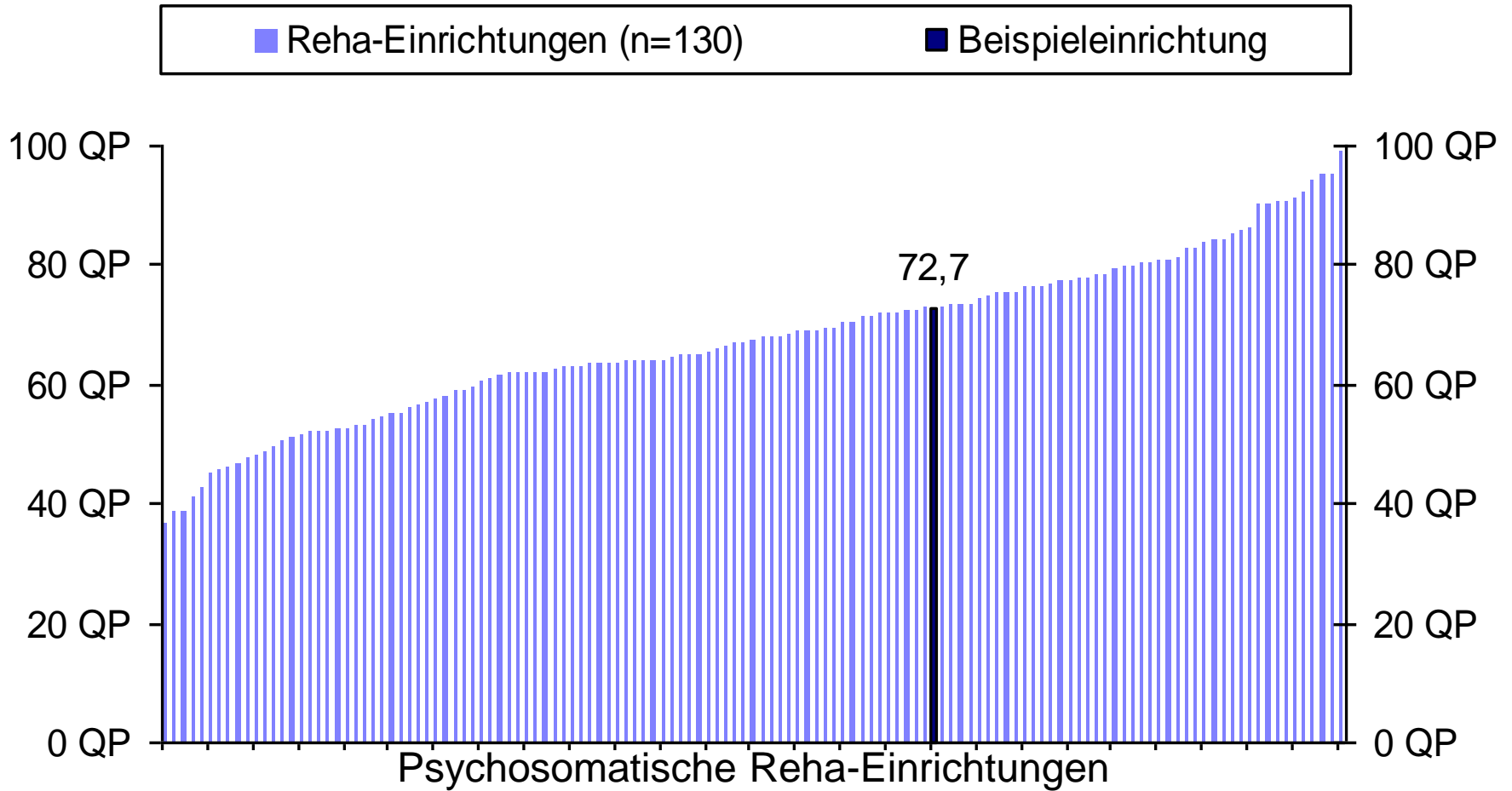
$$\sum \text{Punktzahl (ETM 01 ETM n)} / n$$

Reha-Therapiestandards

→ alle ETM-Mindestanforderungen erfüllt = 100 Qualitätspunkte

Reha-Therapiestandards Depressive Störungen

Reha-Einrichtungen nach Qualitätspunkten

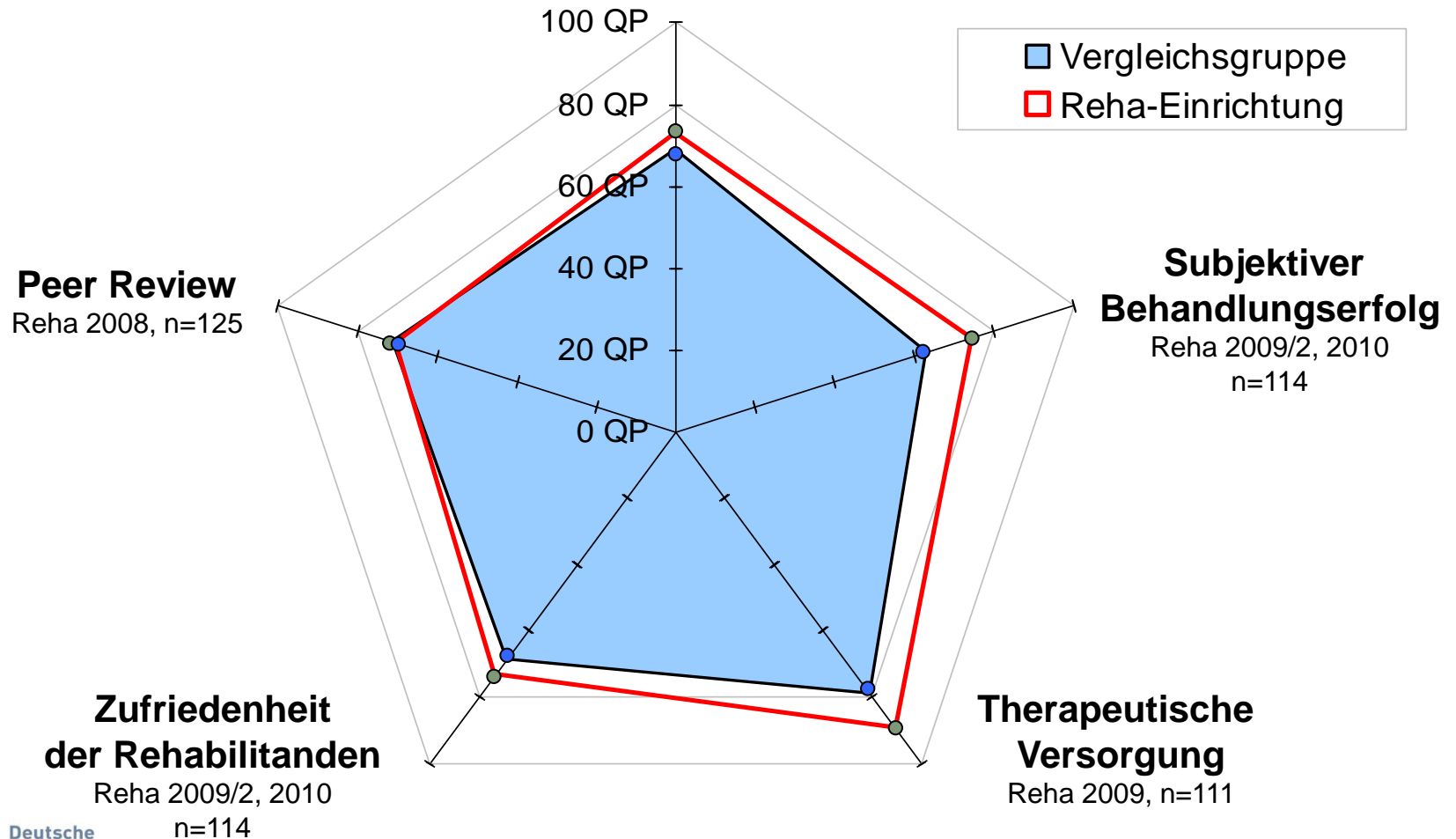


QS – Profil

Beispiel einer Reha-Einrichtung

RTS – Depressive Störungen

Reha 2010, n=131 Einrichtungen



BQR – ein Konzept für vergleichende Reha-Qualitätsanalysen und ihre Konsequenzen

1. Reha-Qualitätssicherung
– einheitliche Verfahren der Deutschen Rentenversicherung
2. Bewertung der Qualität von Reha-Einrichtungen
– das Qualitätsoptimum ist erreichbar
3. Vergleichsanalysen
– Benchmarkingprozesse anstoßen
4. Verbesserung der Qualität
– Weiterentwicklung des QS-Instrumentariums

Verbesserung durch Weiterentwicklung der QS-Instrumente

Peer Review-Verfahren wird überarbeitet

- Wissenschaftliches Projekt zur Analyse der Bewertungsskalen und Reduzierung der Prozessmerkmale im Bereich der Somatik
- Überarbeitung der Checkliste, des Manuals und der Erläuterungen
- Pretest mit ca. 140 orthopädischen Peers
- Analyse zur Überprüfung der methodischen Eigenschaften der überarbeiteten Checkliste (weiteres wissenschaftliches Projekt)
- Abschließende Überarbeitung der Materialien
- Nächste Peerschulung und anschl. Peer Review-Verfahren in allen somatischen Indikationen vorgesehen
- Danach Überarbeitung des Instrumentariums für den Indikationsbereich Psychosomatik/Sucht

Verbesserung durch Weiterentwicklung der QS-Instrumente

Forschungsprojekt „Optimierung des Reha-Entlassungsberichts der RV

- Aufwandsuntersuchung bei Reha-Erstellern
- Nutzungsuntersuchung bei Reha-Zielgruppen
 - Sozialmediziner der DRV
 - Sachbearbeitung der DRV
 - Gutachter, Betriebs- und Werksärzte
 - Träger anderer Sozialleistungen
 - Sozialgerichte etc.
- Vergleichsuntersuchung mit Reha-Berichten anderer Träger
- Optimierungsvorschläge und Ergebnisdiskussion
- Derzeit: Gremienentscheidungen über weiteres Vorgehen

Verbesserung durch Weiterentwicklung der QS-Instrumente

KTL und Reha-Therapiestandards werden aktualisiert

- Inhaltlich und redaktionell überarbeitete Neuauflage der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL)
 - Berufsgruppen
 - neue therapeutische Verfahren
 - Vorschläge aus der Anwenderbetreuung
 - FAQ

- Alle entwickelten Reha-Therapiestandards werden überarbeitet
 - aktuelle systematische Literaturrecherche
 - Ergebnisse der bisherigen empirischen QS-Analysen
 - Erkenntnisse aus der KTL-Überarbeitung
 - neuere Entwicklungen wie MBOR etc.

Die Reha-Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung

- In vielen Qualitätsaspekten werden mittlerweile positive Resultate erreicht, die Versorgungsrealität entspricht weitgehend den Anforderungen.
- Subjektive Wahrnehmungen und Vorstellungen der Rehabilitanden nicht immer ausreichend berücksichtigt.
- Noch immer zeigen sich erhebliche Unterschiede in der Reha-Qualität zwischen den Reha-Einrichtungen.
- Daten der externen Qualitätssicherung ermöglichen Vergleichsanalysen aus Träger-Sicht.
- Reha-Versorgungspraxis wird durch Evidenzbasierung gestärkt und empirisch überprüfbar verbessert.

IQMG Jahrestagung “Externe Qualitätssicherung als Motor im Wettbewerb der Reha-Einrichtungen“ am 29. und 30. November 2012 in Berlin



**Deutsche
Rentenversicherung
Rehabilitation -
mit Sicherheit Qualität**

ulrike.beckmann@drv-bund.de
www.deutsch-rentenversicherung.de