

Symposium und Workshop „Qualitätssicherung und Ergebnismessung in der Rehabilitation“

**Ludwig-Boltzmann Institut für HTA, Wien
am 15.10.2009**

**Referentin: Ute Polak, AOK-Bundesverband
Berlin**



Praxiserfahrungen mit QS-Reha® aus Kostenträgersicht

Agenda

- 1. Einführung**
- 2. Träger der Rehabilitation im deutschen Sozialversicherungssystem**
- 3. Gesetzlicher Hintergrund in der GKV**
- 4. Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens**
- 5. Datenmanagement**
- 6. Weiterentwicklung und Ausblick**



Der AOK-Bundesverband

- **Der AOK-Bundesverband ist der Dachverband der AOK-Gemeinschaft und wird durch die Gesellschafter getragen (15 AOKs in den Bundesländern).**
- **Der AOK-Bundesverband ist Interessensvertretung gegenüber der Bundespolitik, dem GKV-Spitzenverband und den Vertragspartnern der Gesundheitskasse auf Bundesebene.**
- **Der AOK-Bundesverband ist auch ein fachlicher Ansprechpartner für den GKV-Spitzenverband. Der GKV-Spitzenverband wurde im Juli 2008 gegründet und vertritt alle Krankenkassen gegenüber Verbänden der Leistungserbringer und der Politik.**



Die AOK in Deutschland



Mitglieder:
17.458.704

GKV-Mitglieder:
51.084.017

Versicherte:
23.662.699

GKV-Versicherte:
69.874.023

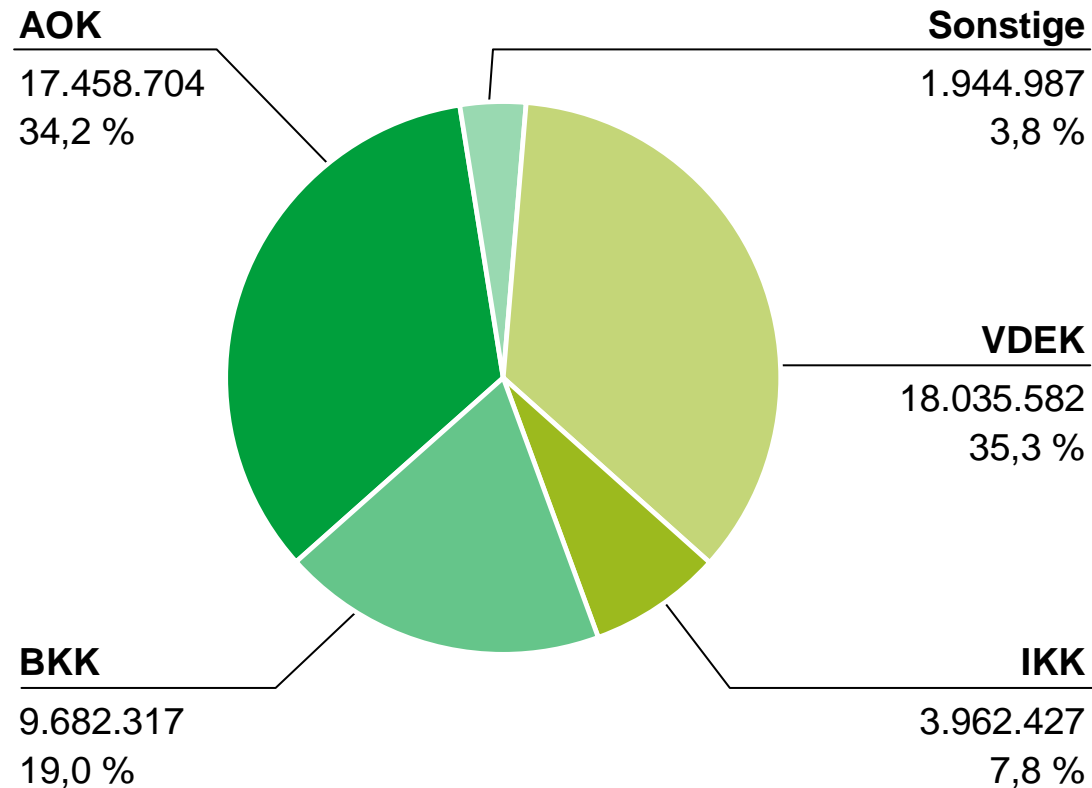
**Marktanteil
an GKV:**
34,18 %
nach Mitgliedern

**Geschäfts-
stellen:**
ca. 1.250

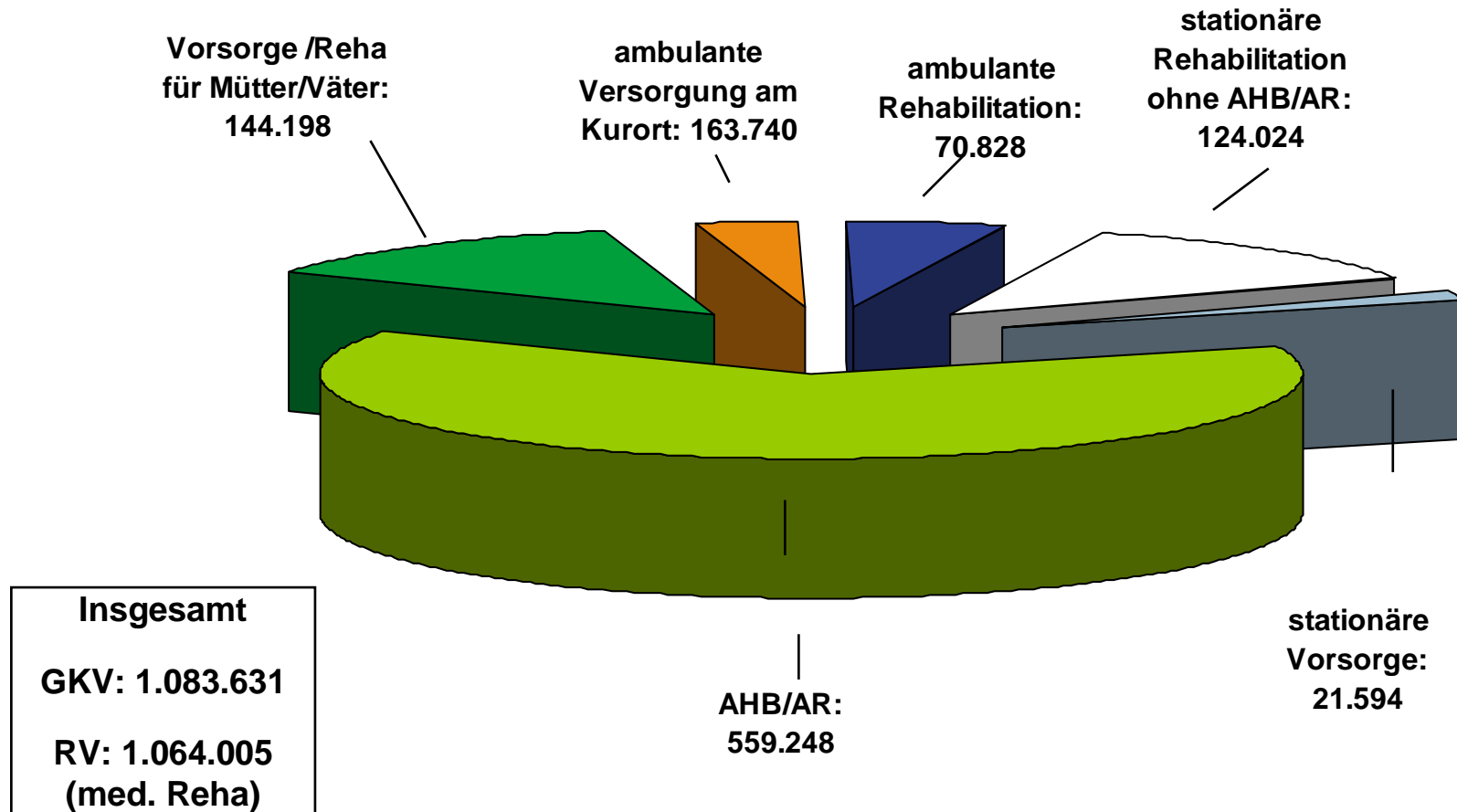
Vollzeitkräfte:
53.879

Beitragssatz:
15,50 % *

Prozentuale Verteilung der deutschen Krankenkassen nach Mitgliedern (Stand: Januar 2009)



Leistungsfälle der GKV 2008 für Vorsorge und Rehabilitation



Agenda

1. Einführung

2. Träger der Rehabilitation im deutschen Sozialversicherungssystem

3. Gesetzlicher Hintergrund in der GKV

4. Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens

5. Datenmanagement

6. Weiterentwicklung und Ausblick

Rehabilitationsträger im deutschen Sozialversicherungssystem (§ 6 SGB IX)

- Krankenkassen
- Bundesagentur für Arbeit
- Gesetzliche Unfallversicherung
- Gesetzliche Rentenversicherung
- Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge
- Träger der Jugendhilfe
- Träger der Sozialhilfe
- Integrationsämter



Agenda

1. Einführung

2. Träger der Rehabilitation im deutschen Sozialversicherungssystem

3. Gesetzlicher Hintergrund in der GKV

4. Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens

5. Datenmanagement

6. Weiterentwicklung und Ausblick

Gesetzliche Rahmenbedingungen für alle Rehabilitationsträger – SGB IX

- **§ 20 Abs. 1 SGB IX verpflichtet Rehabilitationsträger zur Festlegung von Grundsätzen der Qualitätssicherung (Gemeinsame Empfehlung Qualitätssicherung vom 27. März 2003)**
- **§ 20 Abs. 2 SGB IX verpflichtet Leistungserbringer zur Durchführung eines Qualitätsmanagements und stationäre Rehabilitationseinrichtungen zur Teilnahme am Zertifizierungsverfahren**
- **§ 20 Abs. 2a SGB IX verpflichtet Rehabilitationsträger zur Festlegung von Anforderungen an einem einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Zertifizierungsverfahren**



Gesetzliche Rahmenbedingungen für die GVK - SGB V

- **§ 135a SGB V verpflichtet Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sowie Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht, zur**
 - Teilnahme an der externen einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
 - Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- **§ 137d SGB V verpflichtet den GKV-Spitzenverband und die Leistungserbringerverbände zu einer gemeinsamen Vereinbarung über Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement (Aktuelle Vereinbarung ist zum 1. Juni 2008 in Kraft getreten)**



Qualitätssicherung in der GKV - § 137d SGB V

- **Qualitätssicherung in der GKV wird in allen Versorgungsbereichen außer der Rehabilitation und Vorsorge im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) geregelt (§§ 91 ff SGB V).
Weitere Informationen dazu unter www.g-ba.de**
- **Die Vereinbarungspartner nach § 137d SGB V regeln in einem gemeinsamen Ausschuss die Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation und Vorsorge.**
- **Die Abstimmung erfolgt zwischen dem GKV-Spitzenverband mit Beteiligung der fünf Kassenverbände auf Bundesebene und den maßgeblichen Leistungserbringerverbände (zur Zeit 16 Verbände).**



Aufgaben des Gemeinsamen Ausschuss nach § 137d SGB V

- Vereinbarung zur Umsetzung der Qualitätssicherung im Bereich der Rehabilitation und Vorsorge
- Abstimmung der einzusetzenden Instrumente in den jeweiligen Modulen des QS-Reha®-Verfahrens
- Entwicklung einer Bewertungssystematik, um die QS-Reha® - Ergebnisse zu klassifizieren
- Entwicklung eines Leitfadens für den Umgang mit den Qualitätsergebnissen (Konsequenzen für die Vertragspartner auf Landesebene)



Zusammenarbeit mit der Deutschen Rentenversicherung Bund (DRV)

- Für die Qualitätssicherung im Bereich der Rehabilitation gibt es seit 2001 eine Zusammenarbeit und gemeinsame Entwicklungsprojekte mit der Deutschen Rentenversicherung Bund.
- Es besteht ein regelmäßiger Austausch über die Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Eine Abstimmung über einzusetzende Instrumente erfolgte insbesondere für den Bereich der Strukturqualität.
- Die Ergebnisse der Qualitätssicherung in der GKV und der DRV werden vom jeweils anderen Rehabilitationsträger anerkannt. Durchgeführt wird die QS-Maßnahme von dem jeweiligen Hauptbeleger der Indikation.

Agenda

1. Einführung

2. Träger der Rehabilitation im deutschen Sozialversicherungssystem

3. Gesetzlicher Hintergrund in der GKV

4. Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens

5. Datenmanagement

6. Weiterentwicklung und Ausblick

Das QS-Reha[®]-Verfahren

- Seit 2000 werden von der GKV Maßnahmen der externen Qualitätssicherung entwickelt und durchgeführt.
- Das QS-Reha[®]-Verfahren stellt ein externes, bundesweit verbindliches, einheitliches und routinemäßig angewandtes Verfahren dar.
- Alle drei Jahre soll mit diesem Verfahren eine Qualitätsprüfung in den Einrichtungen für Rehabilitation und Vorsorge stattfinden.



Entwicklungsprojekte und Routine

- **Die Entwicklung des QS-Reha®-Verfahrens umfasst zur Zeit vier Module:**

- Stationäre Rehabilitation für Erwachsene

- Ambulante Rehabilitation für Erwachsene

- Stationäre Rehabilitation für Kinder

- Stationäre Vorsorge (Mutter-Kind-Maßnahmen)

- **Bisher haben 317 Fachabteilungen von Rehabilitationseinrichtungen teilgenommen. Bedingt durch gesetzliche Veränderungen wurde die routinemäßig Qualitätssicherungsverfahren in 2007 unterbrochen.**

Module des QS-Reha®-Verfahrens

- **Stationäre Rehabilitation (Erwachsene) mit indikationsspezifischen Anforderungen für die Indikationen: MSK, Kardiologie, Neurologie, Dermatologie, Onkologie, Gastrologie, Pneumologie, Psych./Psychosomatik, Abhängigkeitserkrankungen**
- **Ambulante Rehabilitation (Erwachsene) mit indikationsspezifischen Anforderungen für die Indikation: MSK, Kardiologie, Abhängigkeitserkrankungen**
- **Stationäre Rehabilitation (Kindern) mit indikationsspezifische Anforderungen für bestimmte Krankheitsbilder**
- **Stationäre Vorsorge und Rehabilitation für Mutter-Kind-Maßnahmen mit indikationsspezifischen Anforderungen**
- **Entwicklungsprojekt ab 2010: Geriatrische Rehabilitation**



Planung der Routine (neues Auswertungsinstitut)

- **Ab 2010 sollen die Einrichtungen wieder indikationsbezogen in das QS-Reha®-Verfahren eingebunden werden. Damit soll sichergestellt werden, dass die Ergebnisse der Qualitätssicherung**
 - innerhalb eines bestimmten Zeitkorridors vorliegen und
 - unter den gleichen Rahmenbedingungen erhoben werden.
- **Gemäß § 299 Abs. 3 SGB V ist festgelegt, dass ein unabhängiges Auswertungsinstitut durch die Vereinbarungspartner des Gemeinsamen Ausschuss zu bestimmen ist.**
- **Im Rahmen einer europaweiten Ausschreibung, die durch den GKV-Spitzenverband durchgeführt wird, ist ein neues Auswertungsinstitut zu bestimmen.**

Aufgaben des Auswertungsinstituts

- **Das Auswertungsinstitut wird für die Durchführung des QS-Reha®-Verfahrens für alle Schritte des Verfahrens zuständig sein:**
 - Auswahl und Ansprache der Einrichtungen
 - Zustellung der QS-Fragebögen und Rücklaufkontrolle
 - Auswertung, Erstellung des Einrichtungsvergleichs
 - Erstellung und Versand der Ergebnisberichte
- **Die Durchführung des QS-Verfahrens erfolgt regelmäßig (alle drei Jahre) in Fachabteilungen/Indikationen von Rehabilitationseinrichtungen, die durch die GKV hauptbelegt sind.**



Kosten für das QS-Reha-Verfahren

- Die Kosten für die Entwicklung der Module des QS-Reha® Verfahrens werden von den Krankenkassen übernommen.
- Bei den Kosten für die Routine-Umsetzung
 - übernehmen die Krankenkassen die Auswertungskosten und die laufenden Kosten des Auswertungsinstituts (gemäß § 137d SGB V)
 - Übernehmen die Einrichtungen die Kosten für die Organisation der QS vor Ort (z.B. QS-Koordinator für die Information des Personals und der zuständigen Ärzte, Ausgabe der Fragebögen und Rücklaufkontrolle)

Agenda

1. Einführung

2. Träger der Rehabilitation im deutschen Sozialversicherungssystem

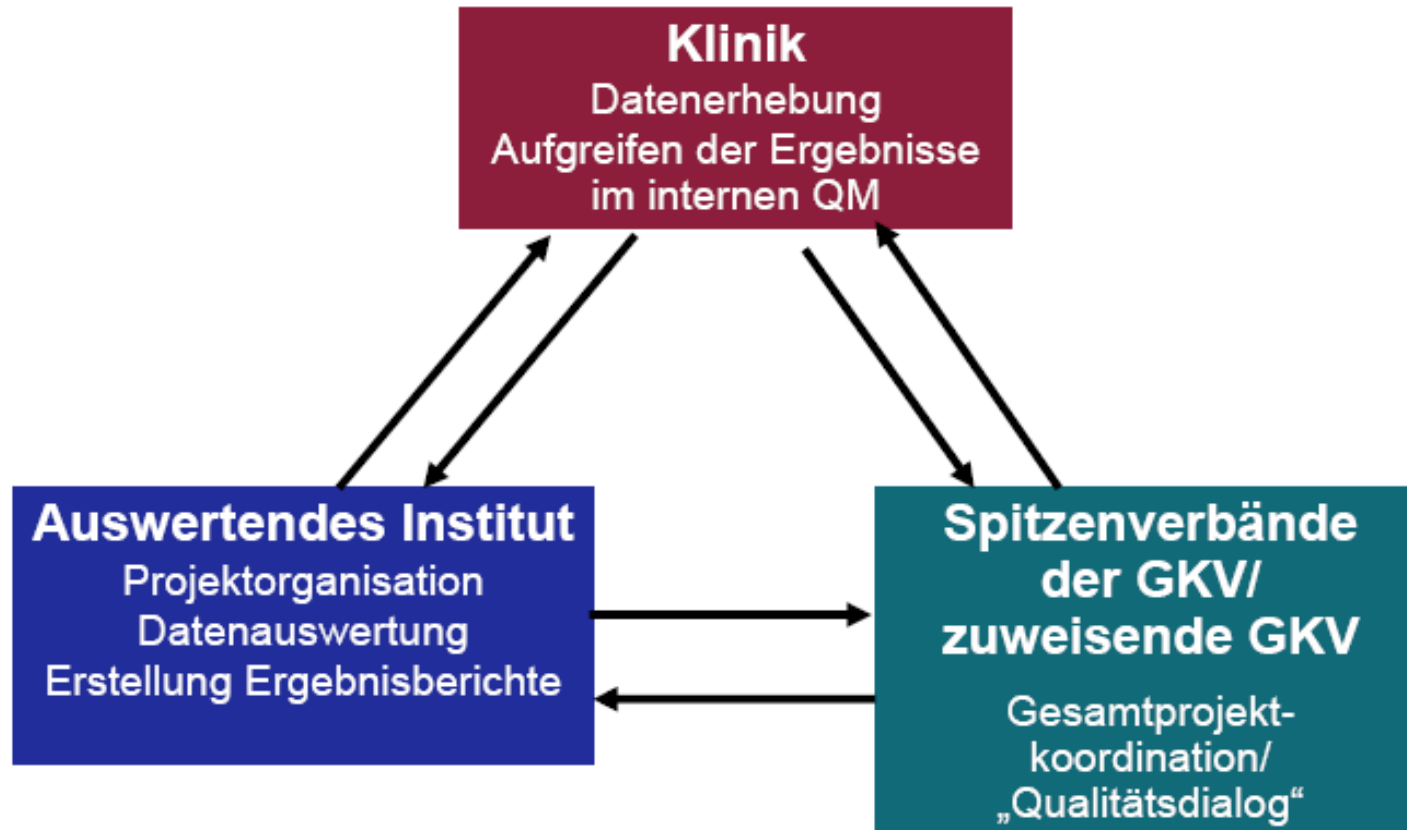
3. Gesetzlicher Hintergrund in der GKV

4. Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens

5. Datenmanagement

6. Weiterentwicklung und Ausblick

Datenmanagement im Auswertungsinstitut



Datenmanagement in der Einrichtung

- Die Datenerhebung mit den Fragebögen erfolgt innerhalb der Einrichtung. Für die Prozess- und Ergebnisqualität sowie die Patientenzufriedenheit sind 100 Rehabilitanden zu erfassen.
- Die Einrichtung ist für die konsekutive Aufnahme aller möglichen Teilnehmer und für die Dokumentation des Drop-Out zuständig.
- Die Einrichtung muss auch die Nachbefragung der Teilnehmer acht Wochen nach Abschluss der Rehabilitation durchführen, da aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Weitergabe der Adressen der Patienten an das Auswertungsinstitut möglich ist.
- Die Einrichtung sendet die kompletten Fragebogensätze an das Auswertungsinstitut.

Datenmanagement im Auswertungsinstitut

- **Das Auswertungsinstitut führt die Rücksendungen der Einrichtungen indikationsbezogen zusammen.**
- **Es erstellt die risikoadjustierten Einrichtungsvergleiche bezüglich der Ergebnisqualität und der Patientenzufriedenheit.**
- **Die Ergebnisberichte enthalten die Angaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie der Patientenzufriedenheit. Eine Zusammenfassung der Ergebnisse erfolgt in der Qualitätssynopse.**
- **Das Institut erstellt Datenbanken für jedes Modul des QS-Reha®-Verfahrens, die Qualitätssynopsen und die Strukturdaten werden den Krankenkassen als eigene Datenbank für die eigenen Systeme zur Verfügung gestellt.**



Agenda

1. Einführung

2. Träger der Rehabilitation im deutschen Sozialversicherungssystem

3. Gesetzlicher Hintergrund in der GKV

4. Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens

5. Datenmanagement

6. Weiterentwicklung und Ausblick

Weiterentwicklung des QS-Reha®-Verfahrens anhand der gesammelten Erfahrung in 2008

- **Strukturqualität:**
Überarbeitung der Fragebögen an die Einrichtung (Verständlichkeit, Ergänzung von Erläuterungen, Reduktion)
- **Prozessqualität:**
Installation eines neuen Verfahrens, wobei die Prozessqualität durch prozessbezogene Fragen an den Rehabilitanden und an die Abläufe in den Einrichtungen ermittelt wird.
- **Ergebnisqualität:**
Weiterhin Einsatz des IRES. Die indikationsbezogenen ärztlichen Angaben, die nicht in den Einrichtungsvergleich eingehen, wurden gestrichen.
- **Patientenzufriedenheit: geringfügige Kürzung**
- **Verminderung der Stichprobenanzahl von 200 auf 100 Rehabilitanden**
- **Verringerung von drei auf zwei Messzeitpunkten**



Weitere Informationen und Literaturangaben im Internet:

www.qs-reha.de

u.a. Informationen zu:

- Verfahrensinhalten
- teilnehmenden Einrichtungen
- Literatur
- Instrumenten (Download)
- Ansprechpartnern
- Zusammenarbeit der Reha-Träger
- weiteren QS-Projekten



Ausblick

- **Das QS-Reha-Verfahren ist ein wissenschaftlich fundiertes Verfahren, welches auf Basis von vier Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit) eine hohe Aussagekraft hat.**
- **Eine Evaluation (Validierung anhand von anderen Qualitätsmessungen) steht noch aus.**
- **Praxis: Erst mit einer flächendeckenden Umsetzung und der Definition von „Bad Appels“ anhand der QS-Ergebnisse ist eine Belegungssteuerung anhand von Qualitätsaussagen für die Krankenkassen möglich.**



Fragen bei der Entwicklung eines QS-Verfahrens innerhalb eines gegliederten Sozialversicherungssystems

- **Gesetzliche Grundlagen /Datenschutzrechtliche Regelungen die die Datenzusammenführung und –verwaltung klären**
- **Beim Vorhandensein von verschiedenen QS-Verfahren: Vereinheitlichung von Qualitätsbewertung und/oder Festlegung von Konsequenzen (Einbindung relevanter Akteure)**
- **Datenerhebung:**
 - Paper-Pencil versus Online-Eingabe
 - Stichprobenverfahren versus laufende Datenerhebung
- **Entwicklung von sektorenübergreifende QS-Verfahren antizipieren**



**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit !**

Ansprechpartner:

AOK-Bundesverband:

Frau Dr. Ute Polak (ute.polak@bv.aok.de)

GKV-Spitzenverband:

Frau Anja Niedling (anja.niedling@gkv-spitzenverband.de)