

# **Datenauswertung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation nach § 299 Abs. 3 SGB V und verbundene Unterstützungsleistungen**

## **Gesamtbericht**

**zum zweiten Durchlauf 2015 - 2017**

**des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens**

**BQS Institut für Qualität  
und Patientensicherheit**

D. Batz, Dr. M. Kutschmann, Dr. L. Kwietniewski,  
I. Schütze, I. Tomsic, A. Weide

Hinweis zur Gleichstellung:

Um die Texte in diesem Bericht verständlich und gut lesbar zu gestalten, verwenden wir überwiegend die männliche Sprachform. In solchen Fällen sind jedoch stets beide Geschlechter gemeint.

Hamburg, 31. März 2018

## Inhalt

<b>A</b>	<b>Einführung</b>	<b>6</b>
<b>1</b>	<b>Hintergrund und Zielsetzung</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Aktivitäten des BQS-Instituts im Berichtszeitraum</b>	<b>8</b>
2.1	Registrierung der Rehabilitationseinrichtungen	10
2.2	Information und Schulung der Einrichtungen zum QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahren	11
2.2.1	Inhalte	11
2.2.2	Teilnahme und Bewertung durch die Teilnehmer	12
2.3	Erhebung zur Strukturqualität	14
2.4	Behandler- und Patientenbefragung	15
2.5	Qualitätsdialog	16
2.6	Evaluation des QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahrens	16
<b>B</b>	<b>Ergebnisse des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens 2015 - 2017</b>	<b>17</b>
<b>1</b>	<b>Neuerungen und Vorbereitung des 2. Durchlaufs</b>	<b>17</b>
1.1	Aufnahme neuer Indikationsbereiche in den 2. Durchlauf	17
1.2	Ambulante Fachabteilungen	17
1.3	Mutter-/Vater-Kind Vorsorge und Rehabilitation	17
<b>2</b>	<b>Am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren teilnehmende Fachabteilungen</b>	<b>18</b>
2.1	Teilnehmende Fachabteilungen	18
2.2	Ablehnende und nicht-teilnehmende Fachabteilungen	19
<b>3</b>	<b>Leseanleitung zu den Tabellen</b>	<b>21</b>
3.1	Kennzeichnung der Qualitätsbereiche	21
3.1.1	Ergebnisqualität	21
3.1.2	Patientenzufriedenheit	22
3.1.3	Prozessqualität	23
3.2	Ergebnisdarstellung	23
3.2.1	Risikoadjustierte Ergebnisse der Einrichtungen	23
3.2.2	Effektstärken – Darstellung nicht risikoadjustierter Ergebnisse	24
3.2.3	Qualitätssynopse	24
3.3	Einschränkungen	25
<b>4</b>	<b>Vergleich der durchschnittlichen Ergebnisse aller teilnehmenden Fachabteilungen</b>	<b>26</b>
4.1	Rücklauf- und Drop-Out-Analyse	26
4.2	Vergleich der Qualitätssynopsen des ersten und zweiten Durchlaufs des QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahrens	32
4.3	Vergleich der Ergebnisqualität des ersten und zweiten Durchlaufs des QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahrens	42
4.4	Vergleich der Patientenzufriedenheit des ersten und zweiten Durchlaufs des QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahrens	48
4.4.2	Indikationsbereich Psychische und psychosomatische Erkrankungen	54
4.4.3	Indikationsbereiche Muskuloskeletale Erkrankungen ambulant / Kardiologie ambulant & Mutter-/Vater-Kind Reha und Vorsorge	55
<b>5</b>	<b>Qualitätsdialog</b>	<b>56</b>
<b>6</b>	<b>Glossar wichtiger statistischer Begriffe</b>	<b>60</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Aktivitäten des BQS-Instituts	8
Tabelle 2:	Durchgeführte Schulungen der zentralen Koordinatoren	13
Tabelle 3:	Bewertung der Schulungen nach Einzelkriterien	14
Tabelle 4:	Teilnehmende und ablehnende Fachabteilungen	19
Tabelle 5:	Qualitätsunterdimensionen der Ergebnisqualität der somatischen und psychosomatischen Indikationsbereiche	21
Tabelle 6:	Qualitätsunterdimensionen der Patientenzufriedenheit der somatischen und psychosomatischen Indikationsbereiche	22
Tabelle 7:	Qualitätsunterdimensionen der Prozessqualität der somatischen und psychosomatischen Indikationsbereiche	23
Tabelle 8:	Rücklauf	27
Tabelle 9:	Gründe für Drop-Out nach Angabe der Behandler im Behandlerbogen	28
Tabelle 10:	Soziodemografische Merkmale	29
Tabelle 11:	Eingangsbefunde (somatische Indikationsbereiche)	31
Tabelle 12:	Eingangsbefunde (Indikationsbereich psychische und psychosomatische Erkrankungen)	32
Tabelle 13:	Vergleich der Qualitätssynopsen aus der Struktur- und Prozessqualität erfasst über den Einrichtungsbogen, die den Durchschnitt von 100 % aufweisen	33
Tabelle 14:	Vergleich der Qualitätssynopsen aus der Struktur- und Prozessqualität erfasst über den Einrichtungsbogen, die den vergleichsweise geringsten Durchschnittswert aufweisen	34
Tabelle 15:	Vergleich der Qualitätssynopsen aus der Struktur- und Prozessqualität erfasst über Patientenbogen, die den vergleichsweise geringsten bzw. höchsten Durchschnitt aufweisen	35
Tabelle 16:	Vergleich der Qualitätsunterdimensionen aus der Ergebnisqualität, Anteil der Referenzeinrichtungen, die über dem Durchschnitt liegen	37
Tabelle 17:	Vergleich der Qualitätsunterdimensionen aus der Ergebnisqualität, Anteil der Referenzeinrichtungen, die unter dem Durchschnitt liegen	38
Tabelle 18:	Vergleich der Effektstärken in dem Indikationsbereich Neurologie	38
Tabelle 19:	Vergleich der Qualitätsunterdimensionen aus der Patientenzufriedenheit, Anteil der Referenzeinrichtungen, die über dem Durchschnitt liegen	40
Tabelle 20:	Vergleich der Qualitätsunterdimensionen aus der Patientenzufriedenheit, Anteil der Referenzeinrichtungen, die unter dem Durchschnitt liegen	41
Tabelle 21:	Vergleich der Mittelwerte in dem Indikationsbereich Neurologie	42
Tabelle 22:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Somatische Gesundheit“	43
Tabelle 23:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Schmerzen“	44
Tabelle 24:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Funktionsfähigkeit im Alltag“	45
Tabelle 25:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Psychisches Befinden“	45
Tabelle 26:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Soziale Integration“	46
Tabelle 27:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Gesundheitsverhalten“	46
Tabelle 28:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Krankheitsbewältigung“	47
Tabelle 29:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Summscore Reha-Status“	47
Tabelle 30:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Psychische und psychosomatische Gesundheit“	48
Tabelle 31:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Ärztliche Betreuung“	49
Tabelle 32:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Betreuung durch Pflegekräfte“	49
Tabelle 33:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Psychologische Betreuung“	50
Tabelle 34:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Behandlungen“	50
Tabelle 35:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Schulungen“	51
Tabelle 36:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Nicht-medizinische Dienstleistungen“	51
Tabelle 37:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Freizeitmöglichkeiten“	52
Tabelle 38:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Rehabilitationsergebnis“	53
Tabelle 39:	Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Summscore Zufriedenheit“	53

---

Tabelle 40:	Vergleich im Indikationsbereich „Psychische und psychosomatische Erkrankungen“	55
Tabelle 41:	Übersicht auffällige Fachabteilungen	57

---

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beurteilung des Qualitätsdialoges: Gegenüberstellung von Angaben der  
Einrichtungen und der Leistungsträger

58

## A Einführung

### 1 Hintergrund und Zielsetzung

Der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) hat – in Abstimmung mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Rehabilitationseinrichtungen – das BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit als unabhängige Institution mit der Umsetzung der **externen Qualitätssicherung** in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren) beauftragt.

Der vorliegende Gesamtbericht umfasst den Zeitraum des zweiten Durchlaufs des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens (2015 - 2017) und eine vergleichende Bewertung mit dem ersten Durchlauf des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens.

Dabei gibt der **Berichtsteil A** des Berichts einen zusammenfassenden Überblick über die Aktivitäten des BQS-Instituts im zweiten Durchlauf. Für eine detaillierte Darstellung wird an dieser Stelle auf die Tätigkeitsberichte 2015 und 2017 des BQS-Instituts verwiesen.

Im **Berichtsteil B** werden Gesamtergebnisse der am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren teilnehmenden Einrichtungen in den Dimensionen der Struktur- und Prozessqualität, der Ergebnisqualität und der Patientenzufriedenheit wiedergegeben. Eine detaillierte Darstellung der Gesamtergebnisse der Behandler- und Patientenbefragungen der somatischen und psychosomatischen Indikationsbereiche für die Berichtszeiträume 2012-2014 und 2015-2017 findet sich in den jeweiligen Jahresberichten. Im vorliegenden Gesamtbericht werden die Ergebnisse aus beiden Berichtszeiträumen verglichen und die tendenzielle Entwicklung der Ergebnisse aufgezeigt.

Nicht Inhalt des vorliegenden Gesamtberichts sind Vergleiche zu den Indikationsbereichen Muskuloskeletale Erkrankungen ambulant, Kardiologie ambulant, Mutter-/Vater-Kind Vorsorge und Rehabilitation sowie Dermatologie, Gastroenterologie / Nephrologie / Stoffwechselerkrankungen und Onkologie. Grund hierfür ist, dass die Indikationsbereiche Mutter-/Vater-Kind Vorsorge und Rehabilitation sowie Muskuloskeletale Erkrankungen ambulant und Kardiologie ambulant an der Behandler- und Patientenbefragung im Durchlauf 2015-2017 zum ersten Mal teilgenommen haben. Die Indikationsbereiche Dermatologie, Gastroenterologie / Nephrologie / Stoffwechselerkrankungen und Onkologie konnten nicht vergleichend ausgewertet werden, da in diesen Indikationsbereichen nicht für mindestens fünf Fachabteilungen mindestens fünfzig auswertbare Datensätze je Durchlauf vorlagen. Die Ergebnisse werden zunächst anhand der **Qualitätssynopse** für die jeweiligen Indikationen im Überblick dargestellt (Kapitel 4.2). Darauf folgend werden die Ergebnisse der Qualitätsunterdimensionen der **Ergebnisqualität** (Kapitel 4.3) und der **Patientenzufriedenheit** (Kapitel 4.4) vergleichend für die jeweiligen Indikationsbereiche vorgestellt. Es wird jeweils die Streuung der risikoadjustierten Werte über die Einrichtungen und es werden die Mittelwerte der Effektstärken (Ergebnisqualität) und der Patientenzufriedenheit dargestellt.

Erläuterungen zur Darstellung und Interpretation der Ergebnisse befinden sich in der Kurzversion der Leseanleitung (Kapitel 3).

## 2 Aktivitäten des BQS-Instituts im Berichtszeitraum

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die im Berichtszeitraum durchgeführten Aktivitäten und erreichten Meilensteine:

Tabelle 1: Aktivitäten des BQS-Instituts

Datum	Meilenstein/Aktivität
12.06.2014	Sitzung der AG Evaluation
31.07.2014	Sitzung der AG Evaluation
25.09.2014	Fachtagung des GKV-SV „Neustart des QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahrens – Ergebnisse der ersten Erhebungsrunde“
12.11.2015	Sitzung der AG Evaluation
28.01.2015	Sitzung der AG Evaluation
18.02.2015	Sitzung der AG ambulant
17.03.2015	Präsentation der Ergebnisse des QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahrens auf dem 24. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium
28.04.2015	Sitzung der AG ambulant
08.06.2015	Übermittlung der Adresslisten der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen der Indikationen Mutter-/Vater-Kind und ambulante Kardiologie sowie Orthopädie an das BQS-Institut durch den GKV-SV
18.06.2015	Übermittlung der Adresslisten der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen der Indikationen stationäre Somatik (inkl. Psychosomatik) sowie ambulante und stationäre Geriatrie an das BQS-Institut durch den GKV-SV
22.07.2015	Start der zweiten Runde des QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahrens
28.07.2015	Anschreiben an alle Einrichtungen mit ambulanten und/oder somatischen sowie geriatrischen Fachabteilungen, mit der Bitte sich online zum QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahren zu registrieren. Beiliegend: Hintergrundinformationen sowie eine Übersicht der Schulungstermine und -orte
06.08.2015	Sitzung der AG ambulant
18.08.2015	Anschreiben an alle Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen, mit der Bitte sich online zum QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahren zu registrieren. Beiliegend: Hintergrundinformationen sowie eine Übersicht der Schulungstermine und -orte
08.09.2015	Beginn der Schulungen für die Somatik (amb. und stat.), die Psychosomatik und die Geriatrie (amb. und stat.)
21.09.2015	Sitzung des Gemeinsamen Ausschusses nach § 137d SGB V
24.09.2015	Ende der Schulungen für die Somatik (amb. und stat.), die Psychosomatik und die Geriatrie (amb. und stat.)
12.10.2015	Beginn der Schulungen für die Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen



15.10.2015	Ende der Schulungen für die Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen
04.11.2015	Erinnerungsschreiben an die somatischen und geriatrischen Einrichtungen zwecks Registrierung
19.11.2015	Sitzung der AG Kinder- und Jugendrehabilitation (AG KiJu)
16.12.2015	Sitzung der AG KiJu
04.02.2016	Sitzung der AG KiJu
24.02.2016	Sitzung des Gemeinsamen Ausschusses nach § 137d SGB V
13.03.2016	Abschluss der Strukturhebung 2016 im Bereich Mutter-/Vater-Kind
31.07.2016	Beginn der Überarbeitung des Methodenhandbuchs
28.09.2017	Sitzung des Gemeinsamen Ausschusses nach § 137d SGB V (Vorlage des überarbeiteten Methodenhandbuchs)
30.09.2016	Auslieferung Ergebnisberichte Teil I Mutter-/Vater-Kind
30.09.2016	Abschluss der Patienten Beginn-Befragung
05.10.2016	Sitzung der AG KiJu
30.11.2016	Ende der Patientenbefragung
01.12.2016	Beginn der Auswertung Teil II
06.12.2016	Sitzung der AG Evaluation
16.12.2016	Aktivierung des Ergebnisportals für Krankenkassen
31.12.2016	Offizieller Abschluss der Visitationen
31.01.2017	Auslieferung der Ergebnisberichte Teil II
23.02.2017	Sitzung der AG Evaluation
10.03.2017	Einstellen der überarbeiteten Leseanleitung ins Extranet
14.03.2017	Beginn der Koordinatorenbefragung (Ende 14.04.2017)
16.03.2017	Sitzung des gemeinsamen Ausschusses (Vorlage der überarbeiteten KiJu-Fragebögen)
23.03.2017	Sitzung der AG Evaluation
31.03.2107	Jahres- und Tätigkeitsbericht
06.07.2017	Sitzung der AG Evaluation
27.07.2017	Sitzung der AG Evaluation
21.09.2017	Sitzung des Gemeinsamen Ausschusses nach § 137d SGB V
19.12.2017	Zuschlagserteilung Sonderauswertung Neurologie
16.01.2018	Versand Registrierungsschreiben für die 3. Runde des QS-Reha <sup>®</sup> -

	Verfahrens
01.02.2018	Sitzung des Gemeinsamen Ausschusses nach § 137d SGB V
09.02.2018	Start Schulungsanmeldungen QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahren
27.02.2018	Versand Erinnerungsschreiben für die Registrierung zum QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahren
31.03.2018	Tätigkeitsbericht 2017 und Gesamtbericht über die 2. Runde des QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahrens

## 2.1 Registrierung der Rehabilitationseinrichtungen

Auch in diesem Durchlauf hat sich die Registrierung der Einrichtungen zum QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren deutlich verzögert. Die Ursachen hierfür sind vielfältiger Natur:

- Der Übergang der Gesellschafteranteile des BQS-Instituts an die anaQuestra AG Schweiz erfolgte am 27. Juli 2015.
- Die durch den GKV-Spitzenband übermittelten und zuvor mit der DRV Bund abgestimmten Einrichtungslisten enthielten zahlreiche Fachabteilungen, die aufgrund ihrer Hauptbelegereignis nicht zur Teilnahme am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren verpflichtet sind, sowie Fachabteilungen, die zwischenzeitlich geschlossen wurden oder für die kein Versorgungsvertrag (mehr) bestand.
- Beginn und Ende der Registrierung lagen teilweise in den Schulferien, so dass in zahlreichen Einrichtungen die zuständigen Ansprechpartner nicht anwesend waren.
- Die Anschreiben zur Registrierung erfolgten ohne die Benennung eines konkreten Ansprechpartners, so dass die Schreiben innerhalb der Einrichtung teils gar nicht oder nur verzögert bei den zuständigen Personen eingegangen sind.
- Einigen Einrichtungen war der verpflichtende Charakter des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens nicht bekannt und/oder sie hielten das Schreiben des BQS-Instituts für Werbung. Dies betraf insbesondere rein ambulante Rehabilitationseinrichtungen, die bisher nicht am Routineverfahren teilgenommen haben. Häufig wurde das QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren mit sonstigen Verfahren zur Zertifizierung des internen Qualitätsmanagements verwechselt.

Das BQS-Institut hat den oben beschriebenen Sachverhalten durch folgende Maßnahmen versucht entgegen zu wirken:

- telefonische Erinnerung der somatischen, psychosomatischen und geriatrischen Einrichtungen, um zielgenau die zuständigen Ansprechpartner zu identifizieren und über das Verfahren aufklären zu können.
- schriftliche Erinnerung der Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen. Eine telefonische Erinnerung wurde hier nicht für notwendig erachtet, da der Rücklauf frühzeitig als sehr hoch zu bewerten war.

- detaillierte Aufklärung der Einrichtungen über den gesetzlichen Hintergrund des Verfahrens.

## 2.2 Information und Schulung der Einrichtungen zum QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren

Die Schulung der zentralen Koordinatoren fand für die somatischen, psychosomatischen und geriatrischen Indikationen im Zeitraum vom 08. bis zum 24. September 2015 statt. Die 15 Schulungsorte waren flächendeckend über die Bundesrepublik verteilt, um den Schulungsteilnehmern/-innen einen möglichst kurzen Anreiseweg zu ermöglichen.

Des Weiteren wurden vier Schulungen speziell für Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen durchgeführt (12. bis 15. Oktober 2015). Damit sollte zum einen dem Umstand Rechnung getragen werden, dass alle MVK-Einrichtungen zum ersten Mal am Routine-Verfahren von QS-Reha<sup>®</sup> teilnehmen, zum anderen konnten dadurch die Besonderheiten der Erhebung in diesen Einrichtungen spezifischer kommuniziert werden.

### 2.2.1 Inhalte

Inhalte der Schulung waren:

1. Grundsätze und Inhalte des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens
2. Vorstellung der Erhebungsinstrumente
3. Organisation des Verfahrens in den Einrichtungen
4. Vorstellung der Auswertungskonzepte

Die Schulungsteilnehmer erhielten jeweils einen Schulungsordner mit folgenden Inhalten<sup>1</sup>:

1. Schulungsprogramm
2. Vortragsfolien
  - 2.1. Grundsätze und Inhalte des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens
  - 2.2. Vorstellung der Erhebungsinstrumente
  - 2.3. Organisation des Verfahrens in den Einrichtungen
  - 2.4. Vorstellung der Auswertungskonzepte
3. Manual für Koordinatoren
4. Prozessablauf Rehabilitandenbefragung
5. Übersicht und Fundorte der Bewertungskriterienkataloge
6. Unterlagen zur Organisation der Befragung
  - 6.1. Fragen an den zentralen Koordinator zur effektiven Organisation
  - 6.2. Checkliste für das Befragungscontrolling
  - 6.3. Einwilligungserklärung und Patienteninformation

<sup>1</sup> Diese Inhalte wurden den Schulungsteilnehmern im Nachgang der Schulung auch im Extranet als Download zur Verfügung gestellt.

- 6.4. Hinweise zum Ausfüllen des Behandlerbogens
- 6.5. Hinweise zum Ausfüllen der Patientenfragebögen
- 6.6. Vorlage Übersendungsschreiben zum Patientenbogen Nachbefragung
- 6.7. Vorlage Erinnerungsschreiben zum Patientenbogen Nachbefragung
7. Methodenhandbuch
8. ggf. Ergänzungen zum Methodenhandbuch für MVK-Einrichtungen

### 2.2.2 Teilnahme und Bewertung durch die Teilnehmer

Bei ursprünglich 1.002 gemeldeten Fachabteilungen belief sich die Teilnehmerzahl an den Schulungen auf 492 Teilnehmer – davon 134 Teilnehmer aus Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen.

Die Teilnehmerzahl schwankte zwischen den Schulungsterminen erheblich – von 8 in Bremen bis 63 in München (s. Tabelle 2).

Alle Schulungen wurden über Fragebögen evaluiert. Es liegen 332 Fragebögen vor (Rücklauf 67 %).

Insgesamt sind die Schulungen von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern recht positiv bewertet worden. So lag der Mittelwert über alle Schulungen auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 6 (völlig unzureichend) bei 1,98.

Während die Schulungen in Bielefeld, Frankfurt und Köln überdurchschnittlich positiv bewertet wurden, fällt insbesondere die Bewertung der Auftaktschulung für die Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen aus dem Rahmen. Hier konnten die Erwartungen an die Schulung nur eingeschränkt erfüllt werden. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass durch die erstmalige Teilnahme der Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren ein größerer Informationsbedarf der Koordinatoren/-innen existierte, der durch die Referentin im Vorfeld nicht abschließend antizipiert wurde. Auf Seiten der Teilnehmer/-innen herrschte zudem eine große Unsicherheit bzgl. der Folgen des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens vor.

Der Großteil dieser Unsicherheit sowie des auch nach den Schulungen fortbestehenden Informationsbedarfs dürfte über die QS-Reha<sup>®</sup>-Hotline abgefangen worden sein.

Tabelle 2: Durchgeführte Schulungen der zentralen Koordinatoren

Datum	Ort	Anzahl Teilnehmer			Gesamteindruck (1=sehr gut, 6=völlig unzu- reichend)
		GKV	Individual- zahler	Gesamt	
08.09.2015	Frankfurt	25	5	30	1,61
09.09.2015	Köln	19	3	22	1,65
11.09.2015	Oberhausen	14	5	19	1,74
14.09.2015	Bielefeld	9	4	13	1,54
15.09.2015	Freiburg	25	7	32	1,83
16.09.2015	Bremen	6	2	8	1,88
16.09.2015	Darmstadt	9	5	14	2,00
17.09.2015	Hamburg	20	5	25	1,82
18.09.2015	Berlin	16	8	24	1,38
18.09.2015	Kassel	7	2	9	1,88
21.09.2015	Leipzig	19	3	22	1,86
21.09.2015	München	49	14	63	2,32
22.09.2015	Hannover	15	4	19	1,95
22.09.2015	Nürnberg	31	5	36	2,03
24.09.2015	Koblenz	17	2	19	1,76
12.10.2015	Hamburg (MVK)	38	17	55	4,00
13.10.2015	Bremen (MVK)	20	5	25	1,91
14.10.2015	München (MVK)	25	10	35	2,60
15.10.2015	Freiburg (MVK)	13	9	22	1,91
<b>SUMME</b>		<b>377</b>	<b>115</b>	<b>492</b>	Mittelwert aller Teilnehmer: <b>1,98</b>

Tabelle 3 liefert einen differenzierten Überblick bzgl. der Bewertung der Schulungen. Auch hier wird deutlich, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit den Schulungen insgesamt recht zufrieden waren.

Die schlechtesten – und mit Mittelwerten von 2,02 bzw. 2,24 immer noch guten – Ergebnisse finden sich bei den Kriterien „Informationsgehalt“ und „eigener Erkenntnisgewinn“. Die Ergebnisse dürften insbesondere durch jene Koordinatoren/-innen geprägt sein, die bereits an der ersten Runde des QS-Reha®-Verfahrens teilgenommen haben und die gegenüber der ersten Schulung nur vergleichsweise wenige neue Inhalte mitgenommen haben.

Bzgl. der Frage, welche weiteren bzw. anderen Schwerpunkte wünschenswert gewesen wären, wurde am häufigsten eine praktische Vorstellung der Erhebungsinstrumente (Patientenfragebögen, Darstellung der Strukturhebung und der Behandlerbögen im Extranet) und der Versandunterlagen genannt.

Darüber hinaus wünschten sich die Teilnehmer/-innen die elektronische Bereitstellung der Schulungsunterlagen im Extranet. Dies ist im Anschluss an die Schulungen für alle Einrichtungen, aus denen mindestens eine Person an einer Schulung teilgenommen hat, realisiert worden.

Ein weiterer Aspekt, der in der Schulungsevaluation mehrfach thematisiert worden ist, ist die geringe Relevanz für geriatrische Fachabteilungen. Aufgrund der weiterhin ausstehenden Fertigstellung von Befragungsunterlagen für diese Indikation sind die Schulungsinhalte, die die Befragungsorganisation, die einzelnen Befragungsinstrumente und die anschließende Auswertung der Befragungsunterlagen betreffen, für diese Fachabteilungen momentan von geringem Interesse.

Tabelle 3: Bewertung der Schulungen nach Einzelkriterien

Bewertungskriterium	Bewertung (1=sehr gut, 6=völlig unzureichend)
Anmelde-Organisation	1,63
Organisation vor Ort	1,67
Zeitlicher Ablauf	1,59
Präsentation der Vorträge	1,94
Verständlichkeit der Aussagen	1,91
Informationsgehalt	2,02
Eigener Erkenntnisgewinn	2,24
Möglichkeiten zur Diskussion	1,67
Gesamteindruck	1,98
<b>Entsprach das Programm Ihren Vorstellungen oder hätten Sie sich andere Schwerpunkte gewünscht?</b>	
Das Programm entsprach meinen Vorstellungen	179
Ich hatte vorher kaum konkrete Vorstellungen, habe aber einen guten Überblick erhalten.	91
Ich hätte mir folgende Schwerpunkte gewünscht / m. E. ist folgendes zu kurz gekommen:	171 <u>häufigste Nennungen:</u> - Erhebungsmaterialien praktisch vorstellen (Papierfragebögen, Erhebung über Extranet, Checklisten, etc.) - Bereitstellung der Schulungsunterlagen im Extranet - wesentliche Inhalte der Schulung unerheblich für Geriatrie

### 2.3 Erhebung zur Strukturqualität

Die Online-Erfassung der Strukturqualität durch die Einrichtungen fand wie folgt zeitversetzt statt:

- für die stationären somatischen Einrichtungen im Oktober und November 2015,

- für die ambulanten somatischen Einrichtungen von November 2015 bis Januar 2016 und
- für die MVK-Einrichtungen von Januar bis März 2016.

Direkt nach Ende der Online-Erfassung wurde aus allen Einrichtungen mit abgeschlossener Erfassung die Stichprobe der zu visitierenden Einrichtungen durch das BQS-Institut gezogen. Die Visitationen wurden im Oktober und November 2016 vom Universitätsklinikum Freiburg, Sektion Versorgungsforschung und Rehabilitationsforschung durchgeführt und im Dezember 2016 beendet. Insgesamt wurden 80 Fachabteilungen visitiert. Näheres zur Anzahl der visitierten Fachabteilungen je Indikationsbereich ist dem Tätigkeitsbericht 2017 zu entnehmen, näheres zu den Ergebnissen der Visitationen ist dem Jahresbericht 2017 zu entnehmen

## **2.4 Behandler- und Patientenbefragung**

Die Behandler- und Patientenbefragung zur Erfassung der Prozess- und Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit fand im Zeitraum vom 01. Dezember 2015 bis 30. November 2016 statt. In diesem Zeitraum hatten die beteiligten Fachabteilungen Zeit, konsekutiv GKV-Patienten (n=100) in das QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren einzubinden. Einzelne Einrichtungen, die sich verspätet registriert haben oder die sich nachgemeldet haben, konnten erst zu einem späteren Zeitpunkt mit der Befragung beginnen. Das Enddatum war aber auch für diese Einrichtungen verbindlich.

Um fehlenden Angaben in den Behandlerbögen – die zentral für die Risikoadjustierung in der Ergebnisdarstellung sind – vorzubeugen, hat sich der Gemeinsame Ausschuss nach § 137d SGB V für eine elektronische Erfassung der Fragebogeninhalte ausgesprochen. Mit Beginn des Befragungszeitraums konnten Behandler, die vom Koordinator bzw. dessen Stellvertretung einen Zugang zum Extranet eingerichtet bekommen haben, auf die elektronischen Behandlerbögen zugreifen und diese online ausfüllen.

Wie bereits in der ersten Runde des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens wurden den registrierten Einrichtungen die Patientenbefragungsunterlagen per Post zugeschickt und in den Fachabteilungen die Beginn-Fragebögen zu Reha-Beginn an die Patienten verteilt. Die ausgefüllten Beginn-Fragebögen wurden von den Einrichtungen gesammelt und zu zwei Zeitpunkten en bloc an das BQS-Institut verschickt. Jeder teilnehmende Patient bekam sechs Wochen nach Ende der Maßnahme von der Einrichtung einen Nachbefragungsbogen zugeschickt, welchen er ausgefüllt an das BQS-Institut zur Auswertung zurückversenden konnte. Die teilnehmenden Einrichtungen konnten jederzeit den aktuellen Datenbankstand zu den Patientenfragebögen über das Rücklaufcontrolling im Extranet abrufen.

Die Ergebnisberichte Teil II wurden den teilnehmenden Einrichtungen und den benannten Mitarbeitern der Krankenkassen am 31.01.2017 zum Download bereitgestellt. Die Ergebnisse sind in Kapitel 4 im Detail dargestellt.

## **2.5 Qualitätsdialog**

Nach den Vorgaben im Methodenhandbuch zum QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren (vgl. Kapitel 6.2), soll mit Rehabilitationseinrichtungen, die ein auffälliges Qualitätsprofil haben, ein Qualitätsdialog geführt werden. Am Qualitätsdialog nehmen mindestens die Einrichtungen teil, bei denen das Qualitätsprofil einer Fachabteilung auf der Grundlage der Qualitätssynopse auffällig ist. Die endgültige Liste der Einrichtungen, mit denen ein Qualitätsdialog zu führen ist, wurde dem GKV-SV am 25.04.2017 zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse werden in Kapitel 5 dargestellt.

## **2.6 Evaluation des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens**

Zum Abschluss des zweiten Durchlaufs des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens ist dieses zu evaluieren und Vorschläge zur Weiterentwicklung sind vorzulegen.

Im Zuge der Sitzungen der AG-Evaluation (s. Tabelle 1) wurden zahlreiche Änderungen an den Fragekatalogen, die zur Strukturhebung und Patientbefragung eingesetzt werden, beraten und umgesetzt. Die Änderungen wurden zum 21.09.2017 durch den Gemeinsamen Ausschuss der Vertragspartner des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens beschlossen. Aktuell werden zukünftige Änderungen der Bewertungskriterien, der Fragebögen und der Auswertungssystematik diskutiert, die Ergebnisse werden zum Ende der dritten Runde des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens im Tätigkeitsbericht vorgestellt werden.

Des Weiteren wurde eine Evaluation des Auswahlalgorithmus zur Bestimmung von auffälligen Einrichtungen durchgeführt. Grund dafür war zum einen, dass im vorherigen Durchlauf nur sehr wenige Einrichtungen in den Qualitätsdialog gekommen sind und zum anderen die Überlegung im Gemeinsamen Ausschuss bestand, die Definition eines auffälligen Qualitätsprofils z. B. auch in Form einer Gewichtung von Kriterien anzupassen. Im Rahmen des zweiten QS-Reha<sup>®</sup>-Durchlaufs wurden Einrichtungen mit einem Gesamtergebnis der Struktur- und Prozessqualität besser als 80 % grundsätzlich nicht als auffällig bewertet, auch wenn die Ergebnisse der Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit unterdurchschnittlich waren. Daher wurde diese Grenze auf 90 % angehoben (bzw. 85 %, bei Einrichtungen mit weniger als 50 vollständigen Datensätzen).



## **B Ergebnisse des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens 2015 - 2017**

### **1 Neuerungen und Vorbereitung des 2. Durchlaufs**

Im Nachgang des ersten Durchlaufs sowie aufgrund der Fertigstellung ausstehender Instrumente haben sich im Vergleich zum ersten Durchlauf des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens einige Veränderungen ergeben. So wurden einerseits Erhebungsinstrumente und Verfahren der Datenerhebung angepasst und andererseits wurde der Kreis der einzubeziehenden Fachabteilungen ausgeweitet.

Im Folgenden werden diese Anpassungen beschrieben. Die inhaltliche Überarbeitung der Erhebungsinstrumente wird dabei weitestgehend ausgeklammert, da diese bereits Gegenstand des Evaluationsberichtes zum ersten Durchlauf des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens war.

#### **1.1 Aufnahme neuer Indikationsbereiche in den 2. Durchlauf**

Im zweiten Durchlauf des QS-Reha<sup>®</sup>-Routinebetriebs wurden – neben den bereits im ersten Durchlauf berücksichtigten Fachabteilungsarten – weitere Fachabteilungen in die Erhebung mit einbezogen. Diese werden in den Abschnitten 1.2 und 1.3 vorgestellt. Bisher konnte der Routinebetrieb des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens für die Kinder- und Jugendrehabilitation aufgrund der ausstehenden Abstimmung der einzusetzenden Instrumente noch nicht realisiert werden.

Ferner konnte in der Geriatrie weiterhin nur die Strukturhebung erfolgen, da die Entwicklung der Erhebungsinstrumente für die anderen Qualitätsdimensionen erst für den dritten Durchlauf abgeschlossen werden konnte.

#### **1.2 Ambulante Fachabteilungen**

Während im ersten Durchlauf des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens ausschließlich stationäre Fachabteilungen der Somatik sowie stationäre und ambulante geriatrische Fachabteilungen zur Teilnahme am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren verpflichtet waren, konnten nach Abstimmung der Erhebungsinstrumente nun auch erstmals Fachabteilungen der ambulanten Kardiologie und der muskuloskeletalen Erkrankungen mit einbezogen werden. Weitere Angaben zur Anzahl der betreffenden Abteilungen finden sich in den Abschnitten 2.1 und 2.2.

#### **1.3 Mutter-/Vater-Kind Vorsorge und Rehabilitation**

Erstmals wurden in der zweiten Runde des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V (Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen) berücksichtigt. Die Instrumente hierzu wurden in der Sitzung des Gemeinsamen Ausschusses am 21.09.2015 verabschiedet.

## **2 Am QS-Reha®-Verfahren teilnehmende Fachabteilungen**

Durch die Aufnahme der beiden ambulanten somatischen Indikationsbereiche sowie der Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen in das QS-Reha®-Verfahren ist die Anzahl der Fachabteilungen gegenüber dem 1. Durchlauf noch einmal gestiegen. Insgesamt wurden 1.042 Fachabteilungen für den 2. Durchlauf gemeldet (inkl. nachgemeldeter Fachabteilungen). Von diesen Fachabteilungen haben sich knapp 80 % für das QS-Reha®-Verfahren registriert.

### **2.1 Teilnehmende Fachabteilungen**

Tabelle 4 kann die Anzahl der gemeldeten Fachabteilungen je Indikationsbereich sowie der schließlich registrierten Fachabteilungen entnommen werden.

Mit 229 Fachabteilungen wurden in der ambulanten muskuloskeletalen Rehabilitation die meisten Fachabteilungen am QS-Reha®-Verfahren als teilnahmepflichtig gemeldet. Die nächstgrößeren Indikationsbereiche bilden die stationäre Geriatrie (168 gemeldete Fachabteilungen) und die stationären MSK (151 gemeldete Fachabteilungen).

Mit 6 bzw. 7 Fachabteilungen bilden die Dermatologie und die Onkologie die zahlenmäßig kleinsten Indikationsbereiche.

Unter den tatsächlich zum QS-Reha®-Verfahren registrierten Fachabteilungen bildet die stationäre Geriatrie (153 registrierte Fachabteilungen) die Spitze, gefolgt von der stationären MSK (135 registrierte Fachabteilungen) und den Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen (130 registrierte Fachabteilungen).

Tabelle 4: Teilnehmende und ablehnende Fachabteilungen

	alle FA	davon			
		registriert	nicht registriert		
			QS durch DRV	sonstiger Grund	ohne Rückmeldung
<b>Dermatologie</b>	6	6	-	-	-
<b>Gastroenterologie</b>	20	15	2	3	-
<b>Kardiologie stationär</b>	78	67	6	5	-
<b>Kardiologie ambulant</b>	47	17	21	8	1
<b>MSK stationär</b>	151	135	7	9	-
<b>MSK ambulant</b>	229	93	100	19	17
<b>Onkologie</b>	7	7	-	-	-
<b>Pneumologie</b>	23	21	1	1	-
<b>Neurologie</b>	89	83	2	4	-
<b>Psychosomatik</b>	36	30	2	3	1
<b>Geriatric stationär</b>	168	153	2	11	2
<b>Geriatric ambulant</b>	53	47	-	5	1
<b>Mutter-/Vater-Kind</b>	135	130	-	-	5
<b>Gesamt</b>	<b>1.042</b>	<b>804</b>	<b>143</b>	<b>68</b>	<b>27</b>

## 2.2 Ablehnende und nicht-teilnehmende Fachabteilungen

Wie bereits im ersten Durchlauf des QS-Reha®-Verfahrens gab es auch diesmal wieder Einrichtungen bzw. Fachabteilungen, die eine Teilnahme am QS-Reha®-Verfahren abgelehnt haben oder schon von der DRV qualitätsgesichert waren. Als häufigster Grund der Nicht-Teilnahme wurde die Hauptbelegung durch die DRV und die damit einhergehende Teilnahme am QS-Verfahren der Rentenversicherung genannt. Dies betraf in besonderem Umfang die ambulanten somatischen Fachabteilungen der Kardiologie und MSK. Diese bereits qualitätsgesicherten Fachabteilungen müssen laut Gemeinsamer Erklärung über die Zusammenarbeit der medizinischen Reha (10/1999) nicht am QS-Reha®-Verfahren teilnehmen. Daneben gab es weitere Einrichtungen, die aufgrund nicht mehr vorhandener Versorgungsverträge, der Schließung von Fachabteilungen sowie der Schließung der gesamten Einrichtung aus dem Verfahren herausfielen.

In den ambulanten somatischen Fachabteilungen liegt die Ablehnungsquote über 50 %. Jeweils etwa 45 % der ambulanten muskuloskeletalen und kardiologischen Fachabteilungen konnten nachweisen, dass sie am QS-Verfahren der DRV teilnehmen. Über alle Indikationsbereiche hinweg entfiel für 143 Fachabteilungen wegen ihrer Teilnahme am QS-Verfahren der Rentenversicherung die Teilnahmepflicht am QS-Reha®-Verfahren.

Weitere 68 Fachabteilungen fielen aufgrund einer sonstigen Gegebenheit aus dem Verfahren. Hiervon teilten 39 Fachabteilungen mit, dass sie nicht (mehr) über einen Versorgungsvertrag für diese Indikation verfügen (bspw., wenn die Fachabteilung geschlossen wurde). 26 Fachabteilungen nehmen aufgrund der Schließung der gesamten Klinik nicht mehr am Verfahren teil.

Von 27 Fachabteilungen liegt dem BQS-Institut keinerlei Rückmeldung bzgl. der Teilnahme am QS-Reha®-Verfahren vor. Auffallend häufig betrifft dies Fachabteilungen aus den neu hinzugekommenen Indikationsbereichen (MSK und Kardiologie ambulant sowie Mutter-/ Vater-Kind). So haben 17 ambulante Fachabteilungen für MSK und 5 Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen nicht auf die Schreiben und Anrufe des BQS-Instituts reagiert. Grund hierfür war, dass ein Teil der Einrichtungen bereits geschlossen war bzw. aufgrund der Teilnahme am DRV-QS-Verfahren keine Rückmeldung gegeben hatte. Die restlichen Fachabteilungen wurden zur Klärung an den GKV Spitzenverband übermittelt, wodurch einige Teilnehmer nachträglich registriert werden konnten.

### 3 Leseanleitung zu den Tabellen

#### 3.1 Kennzeichnung der Qualitätsbereiche

Im vorliegenden Bericht werden die Gesamtergebnisse der Behandler- und Patientenbefragung im QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren in den Qualitätsbereichen Ergebnisqualität, Patientenzufriedenheit und Prozessqualität für die jeweiligen Indikationsbereiche vergleichend dargestellt. Einen Teil des Vergleichs bilden ebenso die über den Einrichtungsbogen erfassten Gesamtergebnisse der Struktur- und Prozessqualität. Vorangestellt sind die Gesamtergebnisse der Drop-Out-Analyse und die Beschreibung der jeweiligen Stichprobe (s. Abschnitt 4.1).

##### 3.1.1 Ergebnisqualität

Zur Messung der Ergebnisqualität wurden die Patienten zu Reha-Beginn und sechs Wochen nach Rehabilitationsende zu ihrem somatischen, funktionalen und psychosozialen Status bzw. zu zentralen Aspekten ihrer psychosozialen Gesundheit befragt. Hierzu werden adaptierte Versionen der IRES- und HEALTH-Fragebögen verwendet<sup>2,3</sup>. Die Veränderungen des Gesundheitsstatus der Patienten werden in folgenden Qualitätsunterdimensionen analysiert (s. Tabelle 5):

Tabelle 5: Qualitätsunterdimensionen der Ergebnisqualität der somatischen und psychosomatischen Indikationsbereiche

Somatische Indikationsbereiche	Psychosomatische Indikationsbereiche
Somatische Gesundheit	Psychische und somatoforme Beschwerden
Schmerzen	Psychisches Wohlbefinden
Funktionsfähigkeit im Alltag	Interaktionelle Schwierigkeiten
	Selbstwirksamkeit
Psychisches Befinden	Aktivität und Partizipation
Soziale Integration (nicht Indikationsbereich Neurologie)	
Gesundheitsverhalten (nicht Indikationsbereich Neurologie)	
Krankheitsbewältigung (nicht Indikationsbereich Neurologie)	

<sup>2</sup> vgl. für die somatischen Indikationsbereiche: Frey, C., Bühlren, B., Gerdes, N. & Jäckel, W. H. (2007). Handbuch zum IRES-3. Indikatoren des Reha-Status, Version 3 mit IRES-24 (Kurzversion). Regensburg: Roderer.

<sup>3</sup> vgl. für den Indikationsbereich Psychische und psychosomatische Erkrankungen: 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.

Somatische Indikationsbereiche	Psychosomatische Indikationsbereiche
Neurologische Symptome (von Experten entwickelte Zusatzskala – nur Indikationsbereich Neurologie)	
Summenscore Reha-Status (über alle aufgeführten Qualitätsunterdimensionen)	

### 3.1.2 Patientenzufriedenheit

Ebenfalls sechs Wochen nach Rehabilitationsende wurden die Patienten zu ihrer Zufriedenheit mit dem Angebot und den Leistungen ihrer Rehabilitationseinrichtung befragt. Die Items des Fragebogens zur Patientenzufriedenheit der somatischen und psychosomatischen Indikationsbereiche sind inhaltlich folgenden Qualitätsunterdimensionen zugeordnet (s. Tabelle 6):

Tabelle 6: Qualitätsunterdimensionen der Patientenzufriedenheit der somatischen und psychosomatischen Indikationsbereiche

Somatische Indikationsbereiche	Psychosomatische Indikationsbereiche
Ärztliche Betreuung	Pflegerische Betreuung
Betreuung durch die Pflegekräfte	Ärztliche Betreuung
Psychologische Betreuung	Psychotherapeutische Betreuung
Behandlungen	Klima
Schulungen	Schulungen, Vorträge und Beratungen
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	Behandlungen im engeren Sinne (auch: Behandlungen I)
Freizeitmöglichkeiten	Behandlungen im weiteren Sinne (auch: Behandlungen II)
Rehabilitationsergebnis	Behandlungen: Sport- und Bewegungstherapie, Krankengymnastik, physikalische Anwendungen (auch: Behandlungen III)
	Organisation
	Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation
	Unterbringung
	Dienstleistungen
	Attraktivität und Empfehlungen
Summenscore Zufriedenheit (globales Maß der Patientenzufriedenheit, umfasst die vier Bereiche „Ärztliche Betreuung“, „Betreuung durch die Pflegekräfte“, „Psychologische Betreuung“ und „Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung“)	Summenscore Zufriedenheit (globales Maß der Patientenzufriedenheit, umfasst alle vorgenannten Bereiche)

### 3.1.3 Prozessqualität

Die Messung der Prozessqualität basiert im Wesentlichen auf der Selbstbewertung der Einrichtungen zur Struktur- und Prozessqualität, in der prozessbezogene Kriterien erhoben werden. Mit der Patientenbefragung wurden weitere Aspekte der Prozessqualität von stationären und ambulanten Rehabilitationseinrichtungen erfasst. Die prozessbezogenen Items der Patientenbefragung liefern Informationen über Ereignisse, die eng mit wichtigen Prozessen des Rehabilitationsverlaufs verknüpft sind und erfassen folgende Bereiche (s. Tabelle 7):

Tabelle 7: Qualitätsunterdimensionen der Prozessqualität der somatischen und psychosomatischen Indikationsbereiche

Somatische Indikationsbereiche	Psychosomatische Indikationsbereiche
Behandler-Patient-Kommunikation	Kommunikation mit dem Patienten
Therapie und Pflege	Therapieablauf
Nachsorge	

Zur Auswertung wurden die Angaben der Patienten bei den einzelnen Items dichotomisiert, d. h. für die verschiedenen Antwortstufen eines Items wurde 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.

Die Prozessqualität kann auf dieser Basis über den mittleren Erfüllungsgrad der patientenseitig abgefragten Kriterien beschrieben werden. Sie ist in diesem Bericht in den Qualitätssynopsen der Indikationsbereiche dargestellt.

## 3.2 Ergebnisdarstellung

### 3.2.1 Risikoadjustierte Ergebnisse der Einrichtungen

Die Ergebnisse der Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit hängen nicht nur von der Qualität der Versorgung in den einzelnen Einrichtungen ab, sondern sie werden auch von patientenbezogenen Risikofaktoren beeinflusst. Daher sorgt erst eine angemessene Berücksichtigung unterschiedlicher Risiken im Patientenkollektiv für einen fairen Vergleich einzelner Einrichtungen.

Bei der Risikoadjustierung werden die für die jeweilige Einrichtung aufgrund der Zusammensetzung des Patientenkollektives zu erwartenden Werte ( $E = \text{expected/erwartet}$ ) von den beobachteten Ergebnissen ( $O = \text{observed/beobachtet}$ ) subtrahiert ( $O - E$ ). Werte größer Null der Kennzahl „ $O - E$ “ bedeuten daher, dass das Ergebnis der jeweiligen Einrichtung besser ist als erwartet und Werte kleiner Null, dass das Ergebnis der jeweiligen Einrichtung schlechter ist als erwartet.

Die risikoadjustierten Ergebnisse der Referenzeinrichtungen werden mittels der Qualitätssynopsen (Kapitel 3.2.3) dargestellt.

„Referenzeinrichtungen“ sind alle Einrichtungen, für die im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 50 auswertbare Behandler- und Patientenfragebögen vorliegen.

### 3.2.2 Effektstärken – Darstellung nicht risikoadjustierter Ergebnisse

Die Risikoadjustierung ermöglicht einen fairen Einrichtungsvergleich. Allerdings ist auf Grundlage risikoadjustierter Ergebnisse eine Darstellung der von allen Einrichtungen durchschnittlich erreichten Ergebnisse nicht möglich, da der tatsächliche Wert nicht mehr direkt erkennbar ist.

Daher werden zusätzlich nicht-risikoadjustierte Ergebnisse dargestellt. Dies sind insbesondere die Effektstärken der Ergebnisqualität und die Mittelwerte der Qualitätsunterdimensionen der Patientenzufriedenheit und Prozessqualität. Die Effektstärken werden angegeben, um den Unterschied in den Qualitätsunterdimensionen der Ergebnisqualität zu Beginn der Rehabilitation und zum Zeitpunkt der Nachbefragung (sechs Wochen nach der Rehabilitation) in einem vergleichbaren Format darzustellen.

Für jede Qualitätsunterdimension der Ergebnisqualität wird die Effektstärke (Cohens d) angegeben. Cohens d wird berechnet, indem für jeden Patienten der Indexeinrichtung die Differenz aus Qualitätsunterdimensionswert zum Zeitpunkt der Nachbefragung und Qualitätsunterdimensionswert zu Beginn der Rehabilitation ermittelt wird. Anschließend wird der Mittelwert dieser Differenzen durch die Standardabweichung dieser Differenzen dividiert. Auf diese Weise lässt sich für die Indexeinrichtung die (relative) Größe des Unterschiedes der Qualitätsunterdimensionswerte zwischen Rehabilitationsbeginn und Nachbefragung beurteilen. Die Effektstärkewerte werden wie folgt klassifiziert:

Werte zwischen $d = 0,2$ bis $0,5$	=	kleiner Effekt
Werte zwischen $d = 0,5$ und $0,8$	=	mittlerer Effekt
Werte über $d = 0,8$	=	großer Effekt

In den Tabellen zur Ergebnisqualität werden die durchschnittlichen Effektstärken dargestellt.

Bei der Patientenzufriedenheit und der Prozessqualität werden zur Darstellung der insgesamt von den Referenzeinrichtungen erzielten Ergebnisse hinsichtlich der Qualitätsunterdimensionen der Patientenzufriedenheit und Prozessqualität die Mittelwerte über alle patientenindividuellen Ergebnisse dargestellt.

### 3.2.3 Qualitätssynopse

Die Qualitätssynopse fasst die Ergebnisse aus den Qualitätsdimensionen Struktur- und Prozessqualität, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit in kurzer Form zusammen.



**Struktur- und Prozessqualität:** Es werden der Durchschnitt und der Interquartilrange der Referenzeinrichtungen angegeben. Dieser wird nach unten vom 25 %-Perzentil und nach oben vom 75 %-Perzentil begrenzt, so dass 50 % der Einrichtungen mit ihren Ergebnissen innerhalb dieses Bereichs liegen.

**Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit:** Es wird der Anteil der Referenzeinrichtungen angegeben, deren Ergebnisse statistisch signifikant über (Symbol: **↑**) oder unterdurchschnittlich (Symbol: **↓**) in Bezug auf die Referenzeinrichtungen waren. Zudem werden Mittelwerte für die einzelnen Qualitätsunterdimensionen (Maximalwert=10) ausgewiesen. Schließlich werden die Effektstärken auf Indikationsebene dargestellt (s. Abschnitt 4.2.)

### 3.3 Einschränkungen

Aus Gründen des Datenschutzes werden zusammenfassende Ergebnisübersichten und Diagramme nur für Indikationsbereiche erstellt, bei denen für mindestens fünf Fachabteilungen mindestens 50 auswertbare Datensätze vorliegen. Diese Mindestvoraussetzungen sind für die Indikationsbereiche Dermatologie stationär, Gastroenterologie stationär, Kardiologie ambulant und Onkologie stationär nicht gegeben.

Im Indikationsbereich **Dermatologie** stationär haben insgesamt sechs Fachabteilungen am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren teilgenommen, von keiner Fachabteilung wurden mindestens 50 auswertbare Datensätze übermittelt.

Im Indikationsbereich **Gastroenterologie** stationär haben insgesamt 15 Fachabteilungen am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren teilgenommen, es wurden allerdings nur von 3 Fachabteilungen 50 oder mehr auswertbare Datensätze übermittelt.

Im Indikationsbereich **Kardiologie** ambulant haben insgesamt 16 Fachabteilungen am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren teilgenommen, es wurden allerdings nur von 2 Fachabteilungen mindestens 50 auswertbare Datensätze übermittelt.

Im Indikationsbereich **Onkologie** stationär haben insgesamt sieben Fachabteilungen teilgenommen, aber lediglich aus vier Fachabteilungen wurden 50 oder mehr auswertbare Datensätze übermittelt.

## **4 Vergleich der durchschnittlichen Ergebnisse aller teilnehmenden Fachabteilungen**

### **4.1 Rücklauf- und Drop-Out-Analyse**

Datenausfälle können dazu führen, dass die Patienten mit vollständigen Datensätzen nicht mehr repräsentativ für die Gesamtstichprobe sind. Deshalb wird in diesem Abschnitt auf Basis der Angaben des Behandlerbogens geprüft, ob die Patienten, die nicht teilnehmen oder zu irgendeinem Zeitpunkt aus der Erhebung ausgeschieden sind („Drop-Out-Patienten“), sich systematisch bezüglich relevanter Merkmale von den in der Erhebung verbliebenen Patienten („Erhebungspatienten“) unterscheiden.

#### **4.1.1 Rücklauf- und Drop-Out-Quoten**

Die Rücklaufquote liegt im Durchschnitt aller Indikationsbereiche bei ~70 % (s. Tabelle 8). Sie bezeichnet den Anteil der von den Patienten an die Einrichtung zurück gesandten Nachbefragungsbögen an den Patientenbögen, die bei Aufnahme in der Rehabilitationseinrichtung ausgefüllt wurden. Beispielsweise wurden im Indikationsbereich Kardiologie stationär bei Aufnahme von 5.954 Personen die Patientenbögen bearbeitet. Von diesen 5.954 Patienten sendeten 4.258 den Nachbefragungsbogen zurück. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 71,5 %. Die höchste Rücklaufquote mit 81,7 % ist im Indikationsbereich Neurologie zu verzeichnen, während die Kinderfragebögen im Bereich der Mutter-/Vater-Kind Vorsorge mit 59,0 % den geringsten Rücklauf aufweisen. Darüber hinaus ist auffällig, dass die Drop-Out-Quoten je nach Indikation deutlich variieren.

Tabelle 8: Rücklauf

Indikationsbereich	Patientenbogen			Beh.-bogen	Kompl. Datensätze	Drop-Out-Beh.-bogen <sup>1</sup>	Anteil Drop-Outs <sup>2</sup>
	Aufnahme	Nachbetr.	Rücklauf				
Dermatologie	131	107	81,7 %	163	107	15	24,4 %
Gastroenterologie/Nephrologie/ Stoffwechselerkrankungen	740	528	71,4 %	927	522	160	25,3 %
Kardiologie ambulant	446	296	66,4 %	546	289	64	22,4 %
Kardiologie stationär	5.954	4.258	71,5 %	7.105	4.194	854	19,3 %
Muskuloskeletale Erkrankungen	13.516	10.006	74,0 %	16.273	9.866	1.986	20,4 %
Neurologie	6.412	4.110	64,1 %	8.082	4.021	1.417	26,0 %
Onkologie	526	377	71,7 %	699	374	113	32,9 %
Pneumologie	1.863	1.294	69,5 %	2.279	1.288	407	22,3 %
Psych./psychosom. Erkrankungen	845	594	70,3 %	1.057	567	159	25,1 %
Muskuloskeletale Erkrankungen ambulant	2.486	1.772	71,3 %	3.070	1.727	350	23,5 %
Mutter-/Vater-Kind Reha	7.552	5.204	68,9 %	8.940	5.178	1.243	18,4 %
Mutter-/Vater-Kind Reha - Kind	3.402	2.194	64,5 %	4.127	2.078	806	21,3 %
Mutter-/Vater-Kind Vorsorge	4.691	3.105	66,2 %	5.752	3.087	895	22,6 %
Mutter-/Vater-Kind Vorsorge - Kind	1.802	1063	59,0 %	2.518	1.012	743	39,7 %
<b>Gesamt</b>	<b>50.366</b>	<b>34.908</b>	<b>69,3 %</b>	<b>61.538</b>	<b>34.310</b>	<b>9.212</b>	<b>22,2 %</b>

<sup>1</sup> Teilmenge von der Anzahl der Behandlerbogen auf denen „Patient nimmt nicht teil“ angekreuzt wurde

<sup>2</sup> Differenz zwischen der Anzahl Behandlerbögen und der Anzahl Patienten-Aufnahmebögen im Verhältnis zu der Gesamtzahl Patienten-Aufnahmebögen. Beispiel für Dermatologie: 163 Behandlerbögen, 131 Patienten-Aufnahmebögen. Die Differenz beträgt 32 Bögen. 32 /131 Patienten-Aufnahmebögen = 24,4 %

#### 4.1.2 Gründe für Drop-Out

In den Indikationsbereichen Muskuloskeletale Erkrankungen ambulant, Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation sowie Vorsorge, Mutter-/Vater-Kind Vorsorge Kind und psychische/psychosomatische Erkrankungen sind die häufigsten Gründe für Drop-Outs, dass die Patienten die „Teilnahme verweigert“ haben (jeweils über 65 %). In Indikationsbereichen Pneumologie und Mutter-/Vater-Kind Reha – Kind sind es „andere“ Gründe, die den größten Drop-Out-Anteil ausmachen (ca. 35 %). In dem Indikationsbereich Mutter-/Vater-Kind Reha – Kind haben die Drop-Out-Gründe „kognitive/psychische Einschränkungen“ und „sprachliche Probleme“ einen nahezu identischen Anteil (6,9 % und 6,7 %), der deutlich kleiner ausfällt als die oben genannten (s. Tabelle 9).

Tabelle 9: Gründe für Drop-Out nach Angabe der Behandler im Behandlerbogen

Indikationsbereich	Gründe für Drop-Out nach Angaben der Behandler <sup>1</sup>				
	Drop-Out	Teiln. Verw.	kogn./psych./ sprachl. Ein- schr.	andere	ohne Ang.
Dermatologie	15	33,3 %	33,3 %	33,3 %	0,0 %
Gastroenterologie/Nephrologie/ Stoffwechselerkrankungen	160	66,3 %	20,3 %	18,1 %	0,9 %
Kardiologie ambulant	64	54,7 %	29,7 %	21,9 %	0,0 %
Kardiologie stationär	854	54,9 %	29,0 %	25,3 %	0,0 %
Muskuloskeletale Erkrankungen	1.986	54,2 %	24,3 %	29,0 %	0,1 %
Neurologie	1.417	31,2 %	59,7 %	26,2 %	0,1 %
Onkologie	113	61,1 %	28,3 %	16,8 %	0,0 %
Pneumologie	407	46,9 %	22,1 %	39,8 %	0,0 %
Muskuloskeletale Erkrankungen ambulant	350	65,7 %	22,9 %	17,4 %	0,3 %
Mutter-/Vater-Kind Reha	1.243	66,4 %	13,5 %	23,3 %	0,4 %
Mutter-/Vater-Kind Reha - Kind	806	54,7 %	13,6 %	35,0 %	0,9 %
Mutter-/Vater-Kind Vorsorge	895	69,6 %	9,6 %	23,8 %	0,7 %
Mutter-/Vater-Kind Vorsorge - Kind	743	65,8 %	6,5 %	28,5 %	1,2 %
Psych./psychosom. Erkrankungen	159	67,3 %	6,9 %	28,3 %	0,0 %

<sup>1</sup> Mehrfachnennungen möglich

#### 4.1.3 Beschreibung der Stichprobe

##### 4.1.3.1 Soziodemografische Merkmale

Die Muskuloskeletalen Erkrankungen stellen mit 9.855 Patienten den größten Indikationsbereich dar. Der kleinste Indikationsbereich umfasst die psychischen/psychosomatischen Erkrankungen mit 566 Patienten (s. Tabelle 10).

Tabelle 10: Soziodemografische Merkmale

	Kardiologie	Muskuloskeletale Erkrankungen	Neurologie	Pneumologie	Psych./psychosom. Erkrankungen	Muskuloskeletale Erkrankungen ambulant	Mutter-/Vater-Kind Reha und Vorsorge <sup>1</sup>	Mutter-/Vater-Kind Reha und Vorsorge - Kind <sup>2</sup>	Mutter-/Vater-Kind Vorsorge	Mutter-/Vater-Kind Vorsorge- Kind <sup>2</sup>
<b>Anzahl Patienten</b>	4.189	9.855	3.992	1.283	566	1.726	4.998	3.131	2.936	1.638
<b>Alter</b>										
Mittelwert	72,4	71,5	68,5	68,6	59,1	68,8	38,8	7,5	38,0	6,8
Standardabweichung	7,8	8,3	12,5	8,8	12,5	10,9	6,8	3,4	6,5	3,4
<b>Geschlecht</b>										
Frauen	34,1 %	63,7 %	48,2 %	48,7 %	75,3 %	52,3 %				
Männer	65,9 %	36,3 %	51,8 %	51,3 %	24,7 %	47,7 %				
<b>Schulabschluss</b>										
noch in der Schule	0,6 %	0,4 %	0,2 %	0,4 %	0,2 %	0,4 %				
Hauptschulabschluss/ Volksschulabschluss	56,3 %	57,6 %	55,0 %	53,9 %	29,7 %	51,9 %				
Realschulabschluss (mittlere Reife)/ Polytechnische Oberschule	23,3 %	26,2 %	26,4 %	27,5 %	30,8 %	27,2 %				
Fachabitur/Abitur	14,1 %	10,7 %	13,8 %	12,5 %	35,9 %	15,3 %				
sonstiges	4,5 %	3,8 %	2,4 %	4,2 %	2,6 %	4,3 %				
kein Schulabschluss	1,1 %	1,4 %	2,0 %	1,6 %	0,9 %	0,9 %				
<b>Partnersituation: ohne festen Partner</b>					34,7 %					

<sup>1</sup> Anzahl Patienten in der Stichprobe ist auf Mütter eingeschränkt

<sup>2</sup> Anzahl Patienten bezieht sich auf sämtliche vom Behandler der Einrichtung als medizinisch behandlungsbedürftig eingestuft Kinder

Die im Mittel ältesten Patienten stammen aus den Indikationsbereichen Kardiologie und Muskuloskeletale Erkrankungen stationär (72,4 und 71,5 Jahre), die jüngsten Patienten aus den Bereichen Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation und Mutter-/Vater-Kind Vorsorge. Hier liegt das durchschnittliche Alter der befragten Patienten bei 38,8 bzw. 38,0 Jahren und den zugehörigen Kindern bei 7,5 bzw. 6,8 Jahren.

In dem Indikationsbereich Muskuloskeletale Erkrankungen stationär ist der Anteil der Frauen (63,7 %) deutlich höher als der Anteil der Männer (36,3 %). Dies gilt auch für den Bereich Psychische und psychosomatische Erkrankungen

gen, in dem der Frauenanteil mit 75,3 % besonders hoch ist. Der Anteil der Männer in diesem Bereich ist folglich besonders niedrig (24,7 %). In den Indikationsbereichen Kardiologie, Neurologie und Pneumologie ist dagegen der Männer-Anteil am höchsten (65,9 %, 51,8 % und 51,3 %).

Hinsichtlich des höchsten Schulabschlusses ist in allen Indikationsbereichen der Anteil der Patienten mit „Hauptschulabschluss“ am größten (29,7 % bis 57,6 %). Die Ausnahme bildet hier nur der Indikationsbereich Psychische und psychosomatische Erkrankungen. Hier ist mit 35,9 % der Anteil der Patienten am größten, die als höchsten Schulabschluss das „Fachabitur/Abitur“ aufweisen. Allerdings ist in diesem Indikationsbereich der Anteil der Patienten, die „Hauptschulabschluss“ bzw. „Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule“ angegeben haben, mit 30,8 % bzw. 29,7 % ähnlich hoch.

#### **4.1.3.2 Eingangsbefunde**

Die „Art der Maßnahme“ ist in den somatischen Indikationsbereichen bei den meisten Patienten eine Anschlussheilbehandlung bzw. Anschlussrehabilitation (AHB/AR) im direkten Anschluss an eine Krankenhausbehandlung (s. Tabelle 11). Besonders hoch ist dieser Anteil in der Kardiologie (91,8 %), bei den Muskuloskeletalen Erkrankungen stationär (85,5 %) und bei den Muskuloskeletalen Erkrankungen ambulant (84,4). Im Indikationsbereich Pneumologie ist der Anteil der Patienten mit einem Heilverfahren (HV), das sich nicht unmittelbar an eine Krankenhausbehandlung anschließt, am höchsten (46,5 %) im Vergleich zu anderen Indikationsbereichen bei dieser Art der Maßnahme (s. Tabelle 11).

Die „Reha-Motivation bei Behandlungsbeginn“ liegt bei fast allen Indikationsbereichen zwischen 8 und 9 (auf einer Skala von 0 = geringe Motivation bis 10 = hohe Motivation). Bei den Muskuloskeletalen Erkrankungen ambulant beträgt der Mittelwert sogar 9,1.

Tabelle 11: Eingangsbefunde (somatische Indikationsbereiche)

	Kardiologie	Muskuloskeletale Erkrankungen	Neurologie	Pneumologie	Psych./psychosom. Erkrankungen	Muskuloskeletale Erkrankungen ambulant	Mutter-/Vater-Kind Reha	Mutter-/Vater-Kind Reha - Kind
<b>Art der Maßnahme</b>								
AHB/AR	91,8 %	85,5 %	65,9 %	52,7 %		84,8 %		
HV	7,8 %	14,4 %	31,3 %	46,5 %		14,8 %		
Sonstiges	0,4 %	0,1 %	2,9 %	0,9 %		0,4 %		
<b>Komorbidität</b>								
<b>(KoMo-Gesamtscore)</b>								
Mittelwert	0,9	0,7	0,8	1		0,7		
Standardabweichung	0,7	0,6	0,6	0,6		0,6		
<b>Reha-Status bei Behandlungsbeginn</b>								
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	4.003	9.500	3.935	1.244		1.675		
gravierend	25,3 %	34,0 %	41,1 %	48,3 %		27,7 %		
auffällig	35,1 %	36,7 %	24,3 %	32,4 %		34,3 %		
unauffällig	39,6 %	29,3 %	34,6 %	19,2 %		37,9 %		
<b>Reha-Motivation bei Behandlungsbeginn (Skala von 0 bis 10) <sup>1</sup></b>								
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	4.189	9.855	3.992	1.283	566	1.726	4.998	2.936
Mittelwert	8,4	8,8	8,5	8,2	8,6	9,1	8,4	8,4
Standardabweichung	1,7	1,5	1,7	1,9	1,7	1,3	1,5	1,7

<sup>1</sup> Im Bereich Mutter-/Vater-Kind ist damit Vorsorge-/Reha-Motivation bei Behandlungsbeginn gemeint

Im Indikationsbereich Psychische und psychosomatische Erkrankungen werden depressive Störungen als am häufigsten diagnostizierter Eingangsbefund (58,3 %) genannt (s. Tabelle 12). Bei fast einem Drittel der Patienten (32,2 %) dieses Indikationsbereichs beträgt die Chronifizierungsdauer mehr als 5 Jahre.

Tabelle 12: Eingangsbefunde (Indikationsbereich psychische und psychosomatische Erkrankungen)

Eingangsbefund	Häufigkeit
Frühere Rehabilitationsbehandlungen	57,9 %
Depressive Störungen (F32-F33; F34.1)	58,3 %
Angststörungen (F40-F41)	17,0 %
Somatoforme Störungen (F45)	18,2 %
Essstörungen (F50)	2,1 %
Persönlichkeitsstörungen (F60-F62)	4,2 %
Chronifizierungsdauer (über 5 Jahre)	32,2 %

## 4.2 Vergleich der Qualitätssynopsen des ersten und zweiten Durchlaufs des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens

Es ist zu beachten, dass weniger als fünf Fachabteilungen jeweils in den Indikationsbereichen Gastroenterologie, Kardiologie ambulant, Dermatologie und Onkologie in diesem Jahr mindestens 50 auswertbare Datensätze geliefert haben und somit ihre Daten nicht ausgewertet werden konnten. Die Indikationsbereiche Mutter-Vater-Kind Vorsorge als auch Rehabilitation haben in diesem Jahr dagegen zum ersten Mal an dem QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren teilgenommen. Außerdem wurden die Einrichtungen zum Punkt „Internes Qualitätsmanagement“ aus der Struktur- und Prozessqualität und zum Punkt „Funktionsfähigkeit im Beruf“ aus der Ergebnisqualität nicht befragt.

Die aufgeführten Werte sind dem Jahresbericht 2017 (Tabelle 11 bis Tabelle 16) und dem Gesamtbericht 2014 (Tabelle 78 bis Tabelle 83) zu entnehmen.

### 4.2.1 Struktur- und Prozessqualität

Die Ergebnisse der Struktur- und Prozessqualität weichen im ersten und zweiten Durchlauf insgesamt geringfügig bis gar nicht voneinander ab. So bleibt der Durchschnittswert des Ergebnisses von 100 % in der Qualitätsunterdimension „Interne Kommunikation und Personalentwicklung“ in beiden Durchläufen unverändert (Tabelle 13). Die „Medizinisch-technische Ausstattung“ und „Interne Organisation“ zeigen sowohl in der ersten als auch in der zweiten Befragungsrunde die geringsten Durchschnittswerte auf (Tabelle 14). In einigen Indikationsbereichen ist jedoch ein geringer Anstieg bzw. Abfall der Werte zu beobachten, wodurch sich individuelle Entwicklungen in den jeweiligen Indikationsbereichen nachvollziehen lassen, zum Beispiel in Hinblick auf die personelle Ausstattung. In der über den Patientenbogen erfassten Qualitätsunterdimension „Therapie und Pflege“ fallen die Durchschnittswerte in al-



len zum Vergleich verfügbaren Indikationsbereichen geringer aus als im ersten Durchlauf (Tabelle 15). Auffällig ist, dass im zweiten Durchlauf der Durchschnittswert der Qualitätsunterdimension „Behandler-Patient-Kommunikation“ im Indikationsbereich Muskuloskeletale Erkrankungen stationär auf 74,2 % gestiegen ist. Bei der ersten Befragung betrug der Durchschnittswert für diese Qualitätsunterdimension (früher „Arzt-Patient-Kommunikation“) lediglich 67 %.

Tabelle 13: Vergleich der Qualitätssynopsen aus der Struktur- und Prozessqualität erfasst über den Einrichtungsbogen, die den Durchschnitt von 100 % aufweisen

Qualitätsunterdimension	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Kardiologie</b>			
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	100 %	100 %	=
<b>Muskuloskeletale Erkrankungen stationär</b>			
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	100 %	100 %	=
<b>Pneumologie</b>			
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	100 %	100 %	=
Patientenorientierung	94,5 %	100 %	↑
<b>Neurologie</b>			
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	100 %	100 %	=
Patientenorientierung	96,6 %	100 %	↑
<b>Psychische und psychosomatische Erkrankungen</b>			
Medizinisch-technische Ausstattung	100 %	100 %	=
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	100 %	100 %	=
Patientenorientierung	100 %	100 %	=

Tabelle 14: Vergleich der Qualitätssynopsen aus der Struktur- und Prozessqualität erfasst über den Einrichtungsbogen, die den vergleichsweise geringsten Durchschnittwert aufweisen

Qualitätsunterdimension	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Kardiologie</b>			
Medizinisch-technische Ausstattung	93,6 %	93,5 %	≈
Interne Organisation	90,4 %	98,4 %	↑
<b>Muskuloskeletale Erkrankungen stationär</b>			
Medizinisch-technische Ausstattung	92,5 %	91,7 %	↓
Interne Organisation	93,8 %	96,7 %	↑
<b>Pneumologie</b>			
Medizinisch-technische Ausstattung	88,0 %	86,7 %	↓
Personelle Ausstattung	86,7 %	90,1 %	↑
<b>Neurologie</b>			
Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Patientenbetreuung	94,3 %	95,4 %	↑
Interne Organisation	83,0 %	95,6 %	↑
<b>Psychische und psychosomatische Erkrankungen</b>			
Personelle Ausstattung	84,9 %	76 %	↓

Tabelle 15: Vergleich der Qualitätssynopsen aus der Struktur- und Prozessqualität erfasst über Patientenbogen, die den vergleichsweise geringsten bzw. höchsten Durchschnitt aufweisen

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Nachsorge</b>			
Kardiologie	64,8 %	64,2 %	≈
Muskuloskeletale Erkrankungen stationär	74,0 %	74,3 %	≈
Pneumologie	64,4 %	64,5 %	≈
Neurologie	56,8 %	59,7 %	↑
<b>Therapie und Pflege</b>			
Kardiologie	91,2 %	89,5 %	↓
Muskuloskeletale Erkrankungen stationär	93,9 %	92,3 %	↓
Pneumologie	92,1 %	89,5 %	↓
Neurologie	91,0 %	89,0 %	↓
<b>Psychische und psychosomatische Erkrankungen</b>			
Kommunikation mit dem Patienten	83,1 %	82,6 %	↓
Therapieablauf	91,0 %	90,1 %	↓

#### 4.2.2 Ergebnisqualität

In der Qualitätssynopse beziehen sich die Angaben zur Ergebnisqualität auf den risikoadjustierten Anteil der Referenzeinrichtungen, deren Ergebnisse statistisch signifikant über- oder unterdurchschnittlich in Bezug auf die Referenzeinrichtungen waren (mit Ausnahme Mutter-/Vater-Kind). Die Durchschnittswerte geben dabei auf Indikationsebene an, welcher Wert einer Unterdimension durchschnittlich erreicht wurde (Maximalwert=10).

Mit einem Anteil von 6,4 % in dem Indikationsbereich Kardiologie stationär bei dem ersten Durchlauf blieb der Wert bei der Qualitätsunterdimension „Schmerzen“ fast unverändert (Tabelle 17). Im zweiten Durchlauf beträgt der Anteil der Einrichtungen, die unter dem Durchschnitt der Referenzeinrichtungen liegen, 6,2 %. Die Werte für „Somatische Gesundheit“ und „Funktionsfähigkeit im Alltag“ hingegen haben sich im Vergleich zu der ersten Runde von 4,3 % auf 20,8 % bzw. von 12,8 % auf 20,8 % deutlich erhöht. In dem Indikationsbereich Pneumologie hat sich der Anteil der Einrichtungen, die unter dem Durchschnitt liegen, im zweiten Durchlauf deutlich erhöht. In der ersten Befragungsrunde gab es keine Einrichtung in der Pneumologie, die unter dem Durchschnitt lag.

Die im ersten Durchlauf zunächst überraschenden Ergebnisse des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens im Indikationsbereich Neurologie haben sich im zweiten Durchlauf bestätigt. In den Unterdimensionen der Ergebnisqualität haben sich keine bis sogar negative Effektstärken ergeben (Tabelle 18). Diese Ergebnisse sollten aus Sicht des BQS-Instituts mit der Fachöffentlichkeit und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften beraten und ggfs. vertiefend analysiert werden.

Der GKV-Spitzenverband hat in Abstimmung mit den Vertragspartnern des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens das BQS-Institut beauftragt, für die Neurologie eine vertiefende statistische Auswertung vorzunehmen und die Ergebnisse mit Experten aus dem Bereich Neurologie zu beraten. Der entsprechende Bericht wird im August 2018 vorliegen.

Tabelle 16: Vergleich der Qualitätsunterdimensionen aus der Ergebnisqualität, Anteil der Referenzeinrichtungen, die über dem Durchschnitt liegen

Qualitätsunterdimension	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Kardiologie</b>			
Schmerzen	2,1 %	4,2 %	↑
Somatische Gesundheit	10,6 %	10,4 %	≈
Funktionsfähigkeit im Alltag	12,8 %	6,2 %	↓
Psychisches Befinden	12,8 %	6,2 %	↓
<b>Muskuloskeletale Erkrankungen stationär</b>			
Soziale Integration	10,6 %	6,5 %	↓
Gesundheitsverhalten	9,6 %	14,0 %	↑
<b>Pneumologie</b>			
Gesundheitsverhalten	0 %	21,4 %	↑
Krankheitsbewältigung	0 %	7,1 %	↑
<b>Neurologie</b>			
Schmerzen	8,5 %	9,8 %	↑
Funktionsfähigkeit im Alltag	12,8 %	9,8 %	↓
Psychisches Befinden	4,3 %	13,7 %	↑
Neurologische Symptome	6,4 %	13,7 %	↑
<b>Psychische und psychosomatische Erkrankungen</b>			
Interaktionelle Schwierigkeiten	11,1 %	12,5 %	↑
Selbstwirksamkeit	22,2 %	0 %	↓

Tabelle 17: Vergleich der Qualitätsunterdimensionen aus der Ergebnisqualität, Anteil der Referenzeinrichtungen, die unter dem Durchschnitt liegen

Qualitätsunterdimension	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Kardiologie</b>			
Schmerzen	6,4 %	6,2 %	≈
Somatische Gesundheit	4,3 %	20,8 %	↓
Funktionsfähigkeit im Alltag	12,8 %	20,8 %	↓
<b>Muskuloskeletale Erkrankungen stationär</b>			
Schmerzen	8,7 %	6,5 %	↑
Somatische Gesundheit	11,5 %	15,9 %	↓
Soziale Integration	8,7 %	9,3 %	↓
<b>Pneumologie</b>			
Gesundheitsverhalten	0 %	14,3 %	↓
<b>Neurologie</b>			
Neurologische Symptome	4,3 %	7,8 %	↓
Funktionsfähigkeit im Alltag	10,6 %	15,7 %	↓
<b>Psychische und psychosomatische Erkrankungen</b>			
Aktivität und Partizipation	0 %	0 %	=
Psychische und somatoforme Beschwerden	22,2 %	12,5 %	↑

Tabelle 18: Vergleich der Effektstärken in dem Indikationsbereich Neurologie

Qualitätsunterdimension	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
Somatische Gesundheit	-0,16	-0,23	↓
Schmerzen	0,07	0,02	↓
Funktionsfähigkeit im Alltag	0,03	0,06	↑

Qualitätsunterdimension	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
Psychisches Befinden	-0,10	-0,12	≈
Soziale Integration	-0,03	-0,03	=
Summenscore Reha-Status	-0,06	-0,11	↓

#### 4.2.3 Patientenzufriedenheit

Bei der Qualitätssynopse zur Patientenzufriedenheit ist zu erwähnen, dass es im Indikationsbereich Psychische und psychosomatische Erkrankungen im zweiten Durchlauf hinsichtlich der „Schulungen, Vorträge und Beratungen“ keine Einrichtung gibt, die signifikant vom Durchschnitt der Referenzeinrichtungen abweicht. Im Vergleich dazu war der Anteil der Einrichtungen im vorherigen Durchlauf bei dieser Qualitätsunterdimension, die auf dem Durchschnitt lagen, 66,7 % (Tabelle 19 und Tabelle 20). In der zweiten Befragungsrunde ist der Anteil der Einrichtungen, die signifikant unter dem Durchschnitt liegen, in den Qualitätsunterdimensionen Schulungen (Kardiologie), nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung und ärztliche Betreuung (Pneumologie), Rehabilitationsergebnisse (Neurologie), Klima, Unterbringung und Dienstleistungen (Psychische und psychosomatische Erkrankungen) deutlich gestiegen. Der im Vergleich zu dem ersten Durchlauf höhere Anteil der Einrichtungen, die über dem Durchschnitt liegen, ist bei nicht-medizinischen Dienstleistungen der Einrichtung (Pneumologie) und Behandlungen (Neurologie) zu verzeichnen. In den Qualitätsunterdimensionen Klima und Schulungen, Vorträge und Beratungen aus dem Indikationsbereich Psychische und psychosomatische Erkrankungen ist der Anteil der über dem Durchschnitt liegenden Einrichtungen deutlich gesunken.

Der Indikationsbereich Neurologie hat sowohl im ersten Durchlauf des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens als auch im zweiten Durchlauf die im Vergleich zu den anderen Indikationsbereichen kleinsten Mittelwerte, wobei die Mittelwerte im zweiten Durchlauf fast ausschließlich kleiner ausfallen, als in der ersten Runde (Tabelle 21). Nur der Mittelwert für die Qualitätsunterdimension „Psychologische Betreuung“ ist gleich geblieben. Unter allen Qualitätsunterdimensionen im Bereich Neurologie hat die Unterdimension „Behandlungen“ in beiden Durchläufen die besten Mittelwerte (größer als 8,3).

Tabelle 19: Vergleich der Qualitätsunterdimensionen aus der Patientenzufriedenheit, Anteil der Referenzrichtungen, die über dem Durchschnitt liegen

Qualitätsunterdimension	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Kardiologie</b>			
Schulungen	8,5 %	6,2 %	↓
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	21,3 %	22,9 %	↑
<b>Muskuloskeletale Erkrankungen stationär</b>			
Psychologische Betreuung	9,4 %	5,5 %	↓
Freizeitmöglichkeiten	23,1 %	26,2 %	↑
<b>Pneumologie</b>			
Psychologische Betreuung	0 %	7,1 %	↑
Behandlungen	0 %	7,1 %	↑
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	9,1 %	28,6 %	↑
<b>Neurologie</b>			
Behandlungen	2,1 %	17,6 %	↑
Schulungen	2,2 %	6,2 %	↑
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	12,8 %	19,6 %	↑
<b>Psychische und psychosomatische Erkrankungen</b>			
Schulungen, Vorträge und Beratungen	11,1 %	0 %	↓
Psychotherapeutische Betreuung	22,2 %	37,5 %	↑
Unterbringung	22,2 %	37,5 %	↑
Dienstleistungen	22,2 %	37,5 %	↑
Klima	44,4 %	25 %	↓



Tabelle 20: Vergleich der Qualitätsunterdimensionen aus der Patientenzufriedenheit, Anteil der Referenzeinrichtungen, die unter dem Durchschnitt liegen

Qualitätsunterdimension	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Kardiologie</b>			
Schulungen	4,3 %	14,6 %	↓
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	27,7 %	25,0 %	=
Rehabilitationsergebnis	21,3 %	8,3 %	↓
<b>Muskuloskeletale Erkrankungen stationär</b>			
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	25,0 %	25,2 %	↓
Freizeitmöglichkeiten	22,1 %	25,2 %	↑
Psychologische Betreuung	7,3 %	6,6 %	↓
<b>Pneumologie</b>			
Behandlungen	0 %	7,1 %	↓
Schulungen	0 %	7,1 %	↓
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	9,1 %	28,6 %	=
Ärztliche Betreuung	9,1 %	28,6 %	↓
<b>Neurologie</b>			
Psychologische Betreuung	8,5 %	5,9 %	↓
Behandlungen	4,3 %	5,9 %	↑
Ärztliche Betreuung	12,8 %	19,6 %	↓
Rehabilitationsergebnisse	2,1 %	11,8 %	↓
Freizeitmöglichkeiten	23,4 %	13,7 %	↓
<b>Psychische und psychosomatische Erkrankungen</b>			
Schulungen	22,2 %	0 %	=
Behandlungen I	11,1 %	0 %	↓

Behandlungen II	0 %	0 %	↓
Klima	11,1 %	25,0 %	↓
Unterbringung	11,1 %	25,0 %	↑
Dienstleistungen	11,1 %	25,0 %	↓
Organisation	33,3 %	12,5 %	↓
Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation	33,3 %	12,5 %	↓

Tabelle 21: Vergleich der Mittelwerte in dem Indikationsbereich Neurologie

Qualitätsunterdimension	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
Ärztliche Betreuung	7,46	7,34	↓
Betreuung durch Pflegekräfte	7,65	7,43	↓
Psychologische Betreuung	7,80	7,80	=
Behandlungen	8,53	8,31	↓
Schulungen	8,04	7,91	↓
Nicht-medizinische Dienstleistungen	7,80	7,69	↓
Freizeitmöglichkeiten	5,64	5,74	↑
Rehabilitationsergebnisse	7,79	7,67	↓
Summenscore Zufriedenheit	7,64	7,49	↓

#### 4.3 Vergleich der Ergebnisqualität des ersten und zweiten Durchlaufs des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens

Die hier aufgeführten Werte sind dem Jahresbericht 2017 (Tabellen 19 bis 46 und Abbildungen 3 bis 30) und dem Gesamtbericht 2014 (Tabellen 38 bis 57 und Abbildungen 2 bis 21) zu entnehmen.

### 4.3.1 Somatische Leistungsbereiche

#### 4.3.1.1 Qualitätsunterdimension „Somatische Gesundheit“

Bei dieser Qualitätsunterdimension ist es zu erwähnen, dass der Interquartilsabstand im Indikationsbereich Neurologie bei dem ersten Durchlauf kleiner ausfiel (-0,27 unteres Quartil und 0,21 oberes Quartil), als in dem aktuellen Durchlauf, wo die Streuung in der Neurologie am größten ist. 50 % der Einrichtungen haben Werte zwischen -0,35 (unteres Quartil) und 0,36 (oberes Quartil). Die Einrichtung mit dem insgesamt größten Wert für O - E (2,16) stammt aus dem Indikationsbereich „Kardiologie“. Dieser Wert ist im Vergleich zu der ersten Datenerhebung deutlich höher. Bei der ersten Befragung betrug der insgesamt größte Wert für O - E (1,40) und stammte aus dem Indikationsbereich „Neurologie“. Der Wert für O - E aus dem Bereich „Kardiologie“ betrug hingegen 0,60.

Auch im zweiten Durchlauf des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens hat sich die „Somatische Gesundheit“ in der Bewertung durch die Rehabilitanden zwischen Reha-Beginn und Nachbefragung im Mittel verschlechtert. Aber in der zweiten Runde fällt die Bewertung noch schlechter aus. Der Wert für die Effektstärke in der Neurologie betrug bei der ersten Datenerhebung -0,16 und in der aktuellen -0,23.

Tabelle 22: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Somatische Gesundheit“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Interquartilsabstand</b>			
Neurologie	[0,48]	[0,71]	↑
<b>Maximalwert</b>			
Kardiologie	0,60	2,16	↑
Neurologie	1,40	1,00	↓
<b>Effektstärke</b>			
Neurologie	-0,16	-0,23	↓

#### 4.3.1.2 Qualitätsunterdimension „Schmerzen“

Im ersten Durchlauf war die geringste Streuung ebenfalls bei Pneumologie zu verzeichnen. 50 % der Werte lagen zwischen -0,16 und 0,10. In dem aktuellen Durchlauf liegen 50 % der Werte zwischen -0,07 und 0,11. Der Maximalwert aus dem Bereich Kardiologie ist im Vergleich zu der ersten Befragung von 2,08 auf 2,24 gestiegen.

Im zweiten Durchlauf ist die geringste Effektstärke mit 0,02 im Indikationsbereich Neurologie zu verzeichnen. Bei der vorherigen Datenerhebung war

ebenfalls kein Effekt in diesem Indikationsbereich zu beobachten. Der Wert für die Effektstärke betrug 0,07. Es zeigt sich eine abnehmende Tendenz.

Tabelle 23: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Schmerzen“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Interquartilsabstand</b>			
Pneumologie	[0,26]	[0,18]	↓
<b>Maximalwert</b>			
Kardiologie	2,08	2,24	↑
<b>Effektstärke</b>			
Neurologie	0,07	0,02	↓

#### 4.3.1.3 Qualitätsunterdimension „Funktionsfähigkeit im Alltag“

Wie es auch im ersten Durchlauf zu beobachten war, ist es der Indikationsbereich Pneumologie, der hinsichtlich der risikoadjustierten Ergebnisse die geringste Streuung aufweist. Allerdings ist der Interquartilsabstand größer geworden. So liegen 50 % der Ergebnisse zwischen -0,19 (unteres Quartil) und 0,14 (oberes Quartil), (in der ersten Runde: -0,07 (unteres Quartil) und 0,04 (oberes Quartil)). Bei der ersten Befragung war der größte Maximalwert von 1,09 im Indikationsbereich Neurologie zu verzeichnen. In dem aktuellen Jahr beträgt er 1,38 in der Neurologie.

Die kleinste Effektstärke ist mit 0,06 in der Neurologie zu beobachten. Bei der ersten Datenerhebung betrug die Effektstärke in der Neurologie 0,03. Also ist nahezu kein Effekt in diesem Indikationsbereich in beiden Befragungsrunden zu beobachten, da die Effektstärken in beiden Durchläufen nahe bei 0 liegen.

Tabelle 24: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Funktionsfähigkeit im Alltag“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Interquartilsabstand</b>			
Pneumologie	[0,11]	[0,33]	↑
<b>Maximalwert</b>			
Muskuloskeletale Erkrankungen	1,08	2,45	↑
Neurologie	1,09	1,38	↑
<b>Effektstärke</b>			
Neurologie	0,03	0,06	↓

#### 4.3.1.4 Qualitätsunterdimension „Psychisches Befinden“

Im ersten Durchlauf betrug der größte Maximalwert 1,37 und war bei dem Indikationsbereich Neurologie zu verzeichnen. Im zweiten Durchlauf liegt der Maximalwert in diesem Indikationsbereich bei 1,00. Die Minimalwerte liegen bei der aktuellen Befragungsrunde zwischen -0,48 (Pneumologie) und -1,73 (Muskuloskeletale Erkrankungen). Vorher lagen die Werte zwischen -0,24 (Gastroenterologie, die in diesem Jahr nicht ausgewertet werden konnte) und -1,32 (Kardiologie).

Die Effektstärken weisen nur geringe bis gar keine Unterschiede im ersten und im zweiten Durchlauf auf.

Tabelle 25: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Psychisches Befinden“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Maximalwert</b>			
Neurologie	1,37	1,00	↓
<b>Minimalwert</b>			
Spanne	[-0,24] bis [-1,32]	[-0,48] bis [-1,73]	↑

#### 4.3.1.5 Qualitätsunterdimension „Soziale Integration“

Die Streuungen in dieser Qualitätsunterdimension im zweiten Durchlauf des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens weichen nur geringfügig bis überhaupt nicht von denen aus dem ersten Durchlauf ab.

Die Effektstärken in den Indikationsbereichen Muskuloskeletale Erkrankungen und Pneumologie waren bei der ersten Datenerhebung im Vergleich zu dem zweiten Durchlauf zwar auch klein aber positiv.

Tabelle 26: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Soziale Integration“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Effektstärke</b>			
Muskuloskeletale Erkrankungen	0,01	-0,04	↓
Pneumologie	0,02	-0,03	↓

#### 4.3.1.6 Qualitätsunterdimension „Gesundheitsverhalten“

Im Gegensatz zum ersten Durchlauf streuen bei der aktuellen Datenerhebung die Ergebnisse in der Pneumologie (von -0,21 (unteres Quartil) bis 0,19 (oberes Quartil) am stärksten. In der ersten Runde hingegen wies die Pneumologie mit den Werten -0,08 und 0,11 die zweitkleinste Streuung auf. Besonders auffällig bei der aktuellen Datenerhebung ist das Maximum aus dem Indikationsbereich Kardiologie, das den Wert 1,37 aufweist. Der Maximalwert in der Kardiologie betrug im ersten Durchlauf 0,82.

Die Effektstärke im Indikationsbereich Pneumologie ist im Vergleich zu der ersten Datenerhebung von 0,33 auf 0,24 gefallen.

Tabelle 27: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Gesundheitsverhalten“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Interquartilsabstand</b>			
Pneumologie	[0,19]	[0,40]	↑
<b>Maximalwert</b>			
Kardiologie	0,82	1,37	↑
<b>Effektstärke</b>			
Pneumologie	0,33	0,24	↓

#### 4.3.1.7 Qualitätsunterdimension „Krankheitsbewältigung“

Im Gegensatz zum zweiten Durchlauf wies der Indikationsbereich Pneumologie mit den Werten -0,04 (unteres Quartil) und 0,09 (oberes Quartil) bei der ersten Befragungsrunde die kleinste Streuung auf. Die Streuung bei den anderen Indikationsbereichen ist ungefähr gleich geblieben.

Tabelle 28: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Krankheitsbewältigung“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Interquartilsabstand</b>			
Pneumologie	[0,13]	[0,36]	↑

#### 4.3.1.8 Qualitätsunterdimension „Summenscore Reha-Status“

Die Neurologie ist der Indikationsbereich, in dem die risikoadjustierten Ergebnisse die größte Streuung aufweisen. So liegen 50 % der Ergebnisse zwischen -0,22 (unteres Quartil) und 0,21 (oberes Quartil), im ersten Durchlauf zwischen -0,23 (unteres Quartil) und 0,13 (oberes Quartil). Mit 1,65 ist der größte Maximalwert beim Indikationsbereich Kardiologie zu beobachten. Im vorherigen Durchlauf hingegen war der Maximalwert in diesem Indikationsbereich bei 0,72, und der größte Maximalwert mit 1,03 war bei Neurologie zu verzeichnen.

Tabelle 29: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Summenscore Reha-Status“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Interquartilsabstand</b>			
Neurologie	[0,36]	[0,43]	↑
<b>Maximalwert</b>			
Kardiologie	0,72	1,65	↑
Neurologie	1,03	0,77	↓

#### 4.3.2 Indikationsbereich Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Im diesem Indikationsbereich werden Qualitätsunterdimensionen betrachtet, die sich inhaltlich deutlich von den Dimensionen in den somatischen Indikationsbereichen unterscheiden.

Die Effektstärken fallen in dem aktuellen Durchlauf etwas kleiner aus, als im ersten. So betrug der Wert für die größte Effektstärke 0,98 (Summenscore Reha-Status). Auch in der zweiten Befragungsrunde ist bei dieser Qualitätsunterdimension mit 0,88 die größte Effektstärke zu beobachten.

Tabelle 30: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Psychische und psychosomatische Gesundheit“

Qualitätsunterdimension	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Interquartilsabstand</b>			
Psychische und somatoforme Beschwerden	[0,33]	[0,14]	↓
<b>Maximalwert</b>			
Interaktionelle Schwierigkeiten	0,54	0,74	↑
<b>Effektstärke</b>			
Summenscore Reha-Status	0,98	0,88	↓

#### 4.3.3 Indikationsbereiche Muskuloskeletale Erkrankungen ambulant und Kardiologie ambulant

Es kann kein Vergleich zum ersten Durchlauf aufgestellt werden, da diese Indikationsbereiche mit der Reha-Art „ambulant“ zum ersten Mal am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren teilgenommen haben.

#### 4.3.4 Mutter-/Vater-Kind Vorsorge und Rehabilitation

Es kann kein Vergleich zum ersten Durchlauf aufgestellt werden, da dieser Indikationsbereich zum ersten Mal in dieser Runde am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren teilgenommen hat.

### 4.4 Vergleich der Patientenzufriedenheit des ersten und zweiten Durchlaufs des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens

Die hier aufgeführten Werte sind dem Jahresbericht 2017 (Tabellen 47 bis 70 und Abbildungen 31 bis 54) und dem Gesamtbericht 2014 (Tabellen 58 bis 77 und Abbildungen 22 bis 41) zu entnehmen.

Der Wertebereich der Mittelwerte liegt zwischen 0 und 10, je höher der Wert, desto besser die Bewertung.

#### 4.4.1 Somatische Indikationsbereiche

##### 4.4.1.1 Qualitätsunterdimension „Ärztliche Betreuung“

Hinsichtlich der risikoadjustierten Ergebnisse weist der Indikationsbereich Pneumologie die größte Streuung auf. So haben 50 % der Einrichtungen Wer-



te zwischen -0,84 (unteres Quartil) und 0,42 (oberes Quartil). Im ersten Durchlauf war in diesem Indikationsbereich die zweitkleinste Streuung zu beobachten (-0,16 (unteres Quartil) und 0,39 (oberes Quartil)). Der höchste Maximalwert ist mit 1,77 dagegen bei der Kardiologie zu beobachten. Schon in der ersten Runde hatte die Kardiologie mit 1,43 den zweitgrößten Maximalwert.

Tabelle 31: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Ärztliche Betreuung“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Streuung ([unteres Quartil] und [oberes Quartil])</b>			
Pneumologie	[-0,16] und [0,39]	[-0,84] und [0,42]	↑
<b>Maximalwert</b>			
Kardiologie	1,43	1,77	↑

#### 4.4.1.2 Qualitätsunterdimension „Betreuung durch die Pflegekräfte“

Sowohl im ersten Durchlauf als auch im zweiten ist die geringste Streuung der risikoadjustierten Ergebnisse im Indikationsbereich Neurologie zu beobachten. Im Gegensatz zu der ersten Runde, als die Pneumologie die zweitgeringste Streuung aufzeigte, ist in der zweiten Runde in der Pneumologie die größte Streuung zu beobachten. So betrug der Interquartilsabstand in der ersten Runde 0,60 und in der aktuellen Runde 0,69. In der aktuellen Datenerhebung fallen die Streuungen im Allgemeinen bei dieser Qualitätsunterdimension kleiner aus.

Tabelle 32: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Betreuung durch Pflegekräfte“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Interquartilsabstand</b>			
Neurologie	[0,57]	[0,52]	↓
Pneumologie	[0,60]	[0,69]	↑
Kardiologie	[0,74]	[0,58]	↓
Muskuloskeletale Erkrankungen	[0,67]	[0,57]	↓

#### 4.4.1.3 Qualitätsunterdimension „Psychologische Betreuung“

Im zweiten Durchlauf ist der höchste Maximalwert von 2,27 bei der Indikation Muskuloskeletale Erkrankungen zu verzeichnen. Im ersten Durchlauf war der

höchste Maximalwert bei der Kardiologie zu verzeichnen (2,67). In der aktuellen Runde beträgt der Maximalwert in diesem Indikationsbereich 1,77.

Tabelle 33: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Psychologische Betreuung“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Maximalwert</b>			
Muskuloskeletale Erkrankungen	2,54	2,27	↓
Kardiologie	2,67	1,77	↓

#### 4.4.1.4 Qualitätsunterdimension „Behandlungen“

Hervorzuheben ist, dass die Minimalwerte in dem aktuellen Durchlauf mit Abstand kleiner als im ersten sind. In der ersten Runde betragen sie von -0,40 bis -1,10; in der aktuellen Befragung von -0,99 bis -1,31.

Tabelle 34: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Behandlungen“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Minimalwert</b>			
Kardiologie	-0,64	-1,05	↓
Muskuloskeletale Erkrankungen	-1,10	-0,99	↑
Neurologie	-0,84	-1,12	↓
Pneumologie	-0,40	-1,31	↓

#### 4.4.1.5 Qualitätsunterdimension „Schulungen“

Im zweiten Durchlauf des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens zeigt die Qualitätsunterdimension „Schulungen“ die Unterschiede bei Minimal- und Maximalwerten der Muskuloskeletale Erkrankungen und der Neurologie im Vergleich zu dem ersten Durchlauf. Am stärksten hat sich der Maximalwert in der Neurologie verändert, und zwar ist er von 1,41 auf 2,51 gestiegen.

Tabelle 35: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Schulungen“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Minimalwert</b>			
Muskuloskeletale Erkrankungen	[-2,97]	[-2,07]	↓
<b>Maximalwert</b>			
Muskuloskeletale Erkrankungen	[1,29]	[2,14]	↑
Neurologie	[1,41]	[2,51]	↑

#### 4.4.1.6 Qualitätsunterdimension „Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung“

Die größte Streuung zeigt der Indikationsbereich „Pneumologie“ auf. Der Interquartilsabstand beträgt 0,81. Der Minimal- bzw. der Maximalwert liegt bei -1,65 bzw. 0,59. Im ersten Durchlauf war der Abstand zwischen dem unteren und oberen Quartil mit 0,67 kleiner. Auch die Minimal- und Maximalwerte lagen näher aneinander (-0,56 und 0,37).

Der Mittelwert des Indikationsbereichs Pneumologie hat sich im Vergleich zu dem ersten Durchlauf um 0,19 verschlechtert.

Tabelle 36: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Nicht-medizinische Dienstleistungen“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Interquartilsabstand</b>			
Pneumologie	[0,67]	[0,81]	↑
<b>Maximalwert</b>			
Pneumologie	0,37	0,59	↑
<b>Minimalwert</b>			
Pneumologie	[-0,56]	[-1,65]	↓
<b>Mittelwert</b>			
Pneumologie	8,19	8,00	↓

#### 4.4.1.7 Qualitätsunterdimension „Freizeitmöglichkeiten“

Fast in allen Indikationsbereichen weichen die Minimal- und Maximalwerte von den Werten aus der ersten Datenerhebung deutlich ab. So sind der Minimal- und der Maximalwert in der Kardiologie bei der aktuellen Befragung bei -1,64 bzw. bei 2,27. In der vorherigen betrug der Minimalwert -1,23, und der Maximalwert 1,55. Im Indikationsbereich Neurologie ist der Minimalwert größer geworden (von -1,94 aus der ersten Runde zu -1,37 in der zweiten Runde). Der Interquartilsabstand in diesem Indikationsbereich hat sich im Vergleich zum ersten Durchlauf verkleinert (von 1 auf 0,81). Auch in dem Indikationsbereich Pneumologie ist eine deutliche Veränderung des Minimalwertes zu beobachten. In der ersten Befragung betrug dieser Wert -0,70, in der aktuellen ist er -1,33.

Tabelle 37: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Freizeitmöglichkeiten“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Interquartilsabstand</b>			
Neurologie	[1,00]	[0,81]	↓
<b>Maximalwert</b>			
Kardiologie	1,55	2,27	↑
<b>Minimalwert</b>			
Kardiologie	-1,23	-1,64	↓
Neurologie	-1,94	-1,37	↑
Pneumologie	-0,70	-1,33	↓

#### 4.4.1.8 Qualitätsunterdimension „Rehabilitationsergebnis“

Die geringste Streuung der risikoadjustierten Ergebnisse weist im zweiten Durchlauf der Indikationsbereich Kardiologie auf. Auch der größte Maximalwert ist mit 1,54 in der Kardiologie zu beobachten. Im ersten Durchlauf war der Maximalwert in diesem Indikationsbereich 1,22. Auch der Minimalwert hat sich im Vergleich zu der ersten Datenerhebung deutlich verändert. So betrug er -0,96 in der ersten Runde und -1,84 in der zweiten Runde. Der kleinste Minimalwert mit -1,87 ist bei dem Indikationsbereich Pneumologie zu verzeichnen. Im ersten Durchlauf hingegen betrug der Minimalwert bei der Pneumologie -0,48. Dieser Indikationsbereich weist im zweiten Durchlauf zudem die größte Streuung auf (-0,44 (unteres Quartil) und 0,42 (oberes Quartil)). Im Gegensatz zu dem aktuellen Jahr war die Streuung in der Pneumologie im vorherigen Durchlauf mit einem Interquartilsabstand von 0,28 die kleinste. Ebenfalls unterscheiden sich die Werte für Minimum und Maximum zu dem

ersten Durchlauf in dem Indikationsbereich Neurologie. So beträgt der Minimalwert in dem aktuellen Jahr -1,20. Vorher war er -0,68. Der Maximalwert ist von 0,88 aus der ersten Runde auf 1,08 gestiegen.

Tabelle 38: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Rehabilitationsergebnis“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Streuung ([unteres Quartil] und [oberes Quartil])</b>			
Kardiologie	[-0,38] und [0,32]	[-0,23] und [0,20]	↓
Pneumologie	[-0,10] und [0,18]	[-0,44] und [0,42]	↑
<b>Maximalwert</b>			
Kardiologie	1,22	1,54	↑
Neurologie	0,88	1,08	↑
<b>Minimalwert</b>			
Kardiologie	-0,96	-1,84	↓
Pneumologie	-0,48	-1,87	↓
Neurologie	-0,68	-1,20	↓

#### 4.4.1.9 Qualitätsunterdimension „Summenschore Zufriedenheit“

Die größte Streuung weist mit den Werten -0,44 (unteres Quartil) und 0,27 (oberes Quartil) der Indikationsbereich Pneumologie auf. Im ersten Durchlauf wies dieser Indikationsbereich mit einem Interquartilsabstand von 0,31 hingegen die kleinste Streuung auf.

Tabelle 39: Vergleich in der Qualitätsunterdimension „Summenschore Zufriedenheit“

Indikationsbereich	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Interquartilsabstand</b>			
Pneumologie	[0,31]	[0,71]	↑

#### 4.4.2 Indikationsbereich Psychische und psychosomatische Erkrankungen

Die Qualitätsunterdimensionen, die hier betrachtet werden, weichen zum Teil deutlich von den in den somatischen Indikationsbereichen verwendeten Qualitätsunterdimensionen ab.

In der zweiten Runde weist in diesem Indikationsbereich „Klima“ mit einem Interquartilsabstand von 0,42 die geringste Streuung hinsichtlich der risikoadjustierten Ergebnisse auf. Im Gegensatz zu der ersten Befragungsrunde, ist das untere Quartil positiv. Im ersten Durchlauf war die kleinste Streuung mit einem Interquartilsabstand von 0,30 bei „Schulungen, Vorträge und Behandlungen“ zu verzeichnen. In dem aktuellen Jahr beträgt der Abstand zwischen dem unteren und dem oberen Quartil in dieser Qualitätsunterdimension 0,76. Der niedrigste Minimalwert der risikoadjustierten Ergebnisse ist mit -0,98 bei der Qualitätsunterdimension „pflegerische Betreuung“ zu beobachten. Bei der ersten Datenerhebung wies diese Unterdimension einen Minimalwert von -0,65 auf. Der vergleichsweise mit Abstand kleinste Minimalwert in diesem Indikationsbereich war bei der Qualitätsunterdimension „Behandlungen III“ in der ersten Runde zu verzeichnen (-2,33). Einen hohen Maximalwert weist mit 1,18 die „psychotherapeutische Betreuung“ in diesem Durchlauf auf. Im ersten Durchlauf betrug der Maximalwert in der Qualitätsunterdimension „psychotherapeutische Betreuung“ 0,74.

Im Vergleich zum ersten Durchlauf fallen die Mittelwerte in der zweiten Runde überwiegend besser aus. So war beispielsweise der niedrigste Mittelwert von 7,65 bei „Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha“ in der ersten Runde zu verzeichnen.

Tabelle 40: Vergleich im Indikationsbereich „Psychische und psychosomatische Erkrankungen“

Qualitätsunterdimension	1. Durchlauf	2. Durchlauf	Tendenz
<b>Interquartilsabstand</b>			
Klima	[0,53]	[0,42]	↓
Schulungen, Vorträge, Behandlungen	[0,30]	[0,76]	↑
<b>Maximalwert</b>			
Psychotherapeutische Betreuung	0,74	1,18	↑
<b>Minimalwert</b>			
Pflegerische Betreuung	-0,65	-0,98	↓
Behandlungen III	-2,33	-0,38	↑
<b>Mittelwert</b>			
Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha	7,65	8,00	↑

#### 4.4.3 Indikationsbereiche Muskuloskeletale Erkrankungen ambulant / Kardiologie ambulant & Mutter-/Vater-Kind Reha und Vorsorge

Es kann kein Vergleich zum ersten Durchlauf aufgestellt werden, da diese Indikationsbereiche zum ersten Mal am QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren teilgenommen haben.

## 5 Qualitätsdialog

Nach dem Methodenhandbuch zum QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahren (vgl. Kapitel 6.2), soll mit Rehabilitationseinrichtungen, die ein auffälliges Qualitätsprofil haben, ein Qualitätsdialog geführt werden.

Der Qualitätsdialog ist ein Instrument zur kontinuierlichen Verbesserung der Qualität von Leistungen der medizinischen Rehabilitation in Einrichtungen. Er wird von den Vertragsparteien auf Landesebene geführt.

Am Qualitätsdialog nehmen mindestens die Einrichtungen teil, bei denen das Qualitätsprofil einer Fachabteilung auf der Grundlage der Qualitätssynopse auffällig ist. Für den 2. QS-Reha<sup>®</sup>-Durchlauf galt: Auffällig ist ein Qualitätsprofil einer Fachabteilung, die in der Gesamtbewertung der Struktur-/Prozessqualität weniger als 90 % 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).<sup>4</sup> Unterschreiten Einrichtungen, in denen weniger als 50 vollständige Datensätze erreicht wurden, im Bereich Struktur-/Prozessqualität die Grenze von 85 %, nehmen sie am Qualitätsdialog teil.

In der nachfolgenden Tabelle ist die Anzahl an Qualitätsdialogen von Fachabteilungen mit mehr als 50 auswertbaren Datensätzen zur Patientenzufriedenheit bzw. weniger als 50 auswertbaren Datensätzen zur Patientenzufriedenheit so wie jene aus geriatrischen Fachabteilungen und Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen, je Indikation angeführt (vgl. Tabelle 41).

Insgesamt wurden 2017 92 Qualitätsdialoge in 80 Reha-Einrichtungen geführt. Davon 33 in großen Fachabteilungen, 24 in kleinen, 7 in geriatrischen Einrichtungen ohne Patientenzufriedenheitsbefragung und 28 in Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen. 12 Einrichtungen hatten in mehreren Fachabteilungen einen Qualitätsdialog.

In absoluten Zahlen haben die Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen (n=28) die meisten auffälligen Qualitätsprofile, gefolgt von den Indikationen „Muskuloskeletale Erkrankungen“ (n=26) und Kardiologie (n=12). Prozentual zu den teilnehmenden Fachabteilungen weisen ebenfalls die Mutter-/Vater-Kind-Einrichtungen am häufigsten ein auffälliges Qualitätsprofil auf. Hier mussten 22 % aller teilnehmenden Fachabteilungen einen Qualitätsdialog führen. Die Indikationen Pneumologie (19 %) und Kardiologie stationär (16 %) weisen ebenfalls eine hohe prozentuale Abweichung zur Anzahl der teilnehmenden Fachabteilungen auf. Einzig in der Indikation „Dermatologie“ war keine Fachabteilung qualitativ auffällig.

<sup>4</sup> Vgl. Methodenhandbuch für die Umsetzung des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens Stand 21.09.2017, S. 97



Tabelle 41: Übersicht auffällige Fachabteilungen

Indikation	Auffällige Fachabteilungen			Anzahl teilnehmender FA <sub>2</sub>	Dialoge in %
	>50 Datensätze <sup>1</sup>	<50 Datensätze	Gesamt		
Gastroenterologie/Nephrologie/Stoffwechselerkrankungen stat.		2	2	15	13 %
Kardiologie amb.		1	1	17	6 %
Kardiologie stat.	9	2	11	67	16 %
Muskuloskeletale Erkrankungen amb.	4	7	11	93	12 %
Muskuloskeletale Erkrankungen stat.	11	4	15	135	11 %
Neurologie stat.	6	4	10	83	12 %
Onkologie stat.		1	1	7	14 %
Pneumologie stat.	3	1	4	21	19 %
Psychosomatik / psych. Erkrankungen stat.		2	2	30	7 %
Geriatrie amb.			5	47	11 %
Geriatrie stat.			2	153	1 %
Mutter-/Vater-Kind			28	130	22 %
Dermatologie stat.				6	0 %
<b>Gesamtergebnis</b>	<b>33</b>	<b>24</b>	<b>92</b>	<b>804</b>	<b>11 %</b>
<b>Anzahl Einrichtungen</b>	<b>80</b>				

<sup>1</sup> Die Kategorisierung bezieht sich auf vollständig vorliegende Datensätze, bestehend aus Patientenfragebogen-Beginn, Patientenfragebogen-Nachbefragung sowie dem Behandlertagebogen

<sup>2</sup> FA=Fachabteilung

Die an den Qualitätsdialogen beteiligten Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie die betroffenen Rehabilitationseinrichtungen haben zu den Qualitätsdialogen jeweils einen Evaluationsbogen ausgefüllt. Diese Bögen wurden vom BQS-Institut ausgewertet und zu einem Bericht zusammengefasst. Daraus ergibt sich das folgende Bild zu den Qualitätsdialogen.

Die Durchführung der Qualitätsdialoge erfolgte entweder schriftlich oder mündlich vor Ort in der Einrichtung oder der Geschäftsstelle des Landesverbandes der Krankenkassen/der Ersatzkasse.

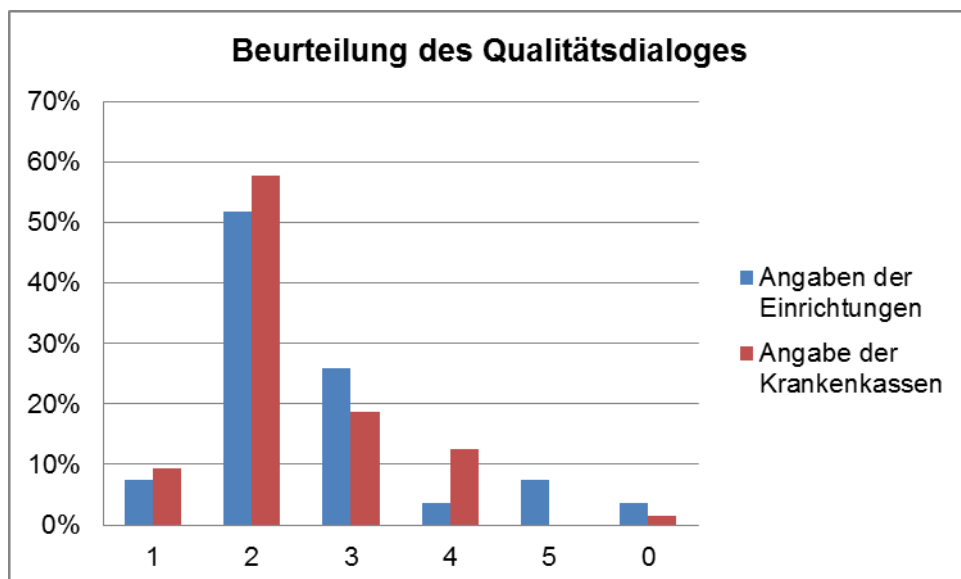
Die häufigsten angesprochenen Mängel waren die räumliche Ausstattung sowie die personelle und medizinisch-technische Ausstattung in den Einrichtungen. Als Ursprung konnte in den Dialogen häufig die personelle Ausstattung wie auch Fehler im Umgang mit der Systematik des Fragenkatalogs zur Strukturhebung des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens (falsche Interpretation, missverständliche Angaben) sowie falsche Angaben von den Einrichtungen in den Erhebungsbögen ermittelt werden.

In gemeinsamer Absprache der Einrichtungen sowie der Krankenkassen wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Qualitätsmängel vereinbart oder abgesprochen. Diese waren zum größten Teil organisatorischer Art, wie z. B. Neubau und Modernisierung sowie Renovierung. Personelle Maßnahmen betrafen den Bedarf an Neubesetzungen und Weiterbildungsprogrammen. Organisatorische Maßnahmen berührten Punkte wie „Patienten zu Hause besuchen“ oder „Ablauforganisation überprüfen“. In manchen Fällen wurden jedoch keine Angaben zu Maßnahmen getroffen.

Viele Qualitätsdialoge konnten schnell abgeschlossen werden, weil die in den Qualitätsberichten festgestellten Defizite bereits behoben wurden. Beinahe ebenso oft wurde der Dialog beendet, weil die Einrichtung die vereinbarten Maßnahmen umgesetzt hat. In etwas weniger Fällen wurde der Dialog vorzeitig beendet, da langfristige Maßnahmen vereinbart wurden. Nur in wenigen Fällen wurde der Dialog beendet, weil keine Maßnahmen vereinbart wurden. Positiv hervorzuheben ist außerdem, dass es in allen Fällen zu einer Verständigung zwischen den Einrichtungen und den Krankenkassen gekommen ist.

Die Beurteilung des Qualitätsdialoges als Instrument der externen Qualitätssicherung wurde von den Krankenkassen zum Großteil mit „gut“ bewertet. Die Bewertung „mittelmäßig“ bis „gut“ erfolgte seitens der Einrichtungen. Somit sind die durchgeführten Qualitätsdialoge im Großen und Ganzen von beiden Parteien als positiv aufgenommen worden. Ferner wurden als Resultat des Qualitätsdialoges überwiegend keine Empfehlungen für vertragliche Folgen ausgesprochen. Als Verbesserungsvorschläge für die Qualitätsdialoge wurde am häufigsten eine Durchführung vor Ort und mehr Zeit zwischen der Kenntnisnahme der Qualitätsberichte und der Durchführung der Qualitätsdialoge aufgeführt.

Abbildung 1: Beurteilung des Qualitätsdialoges: Gegenüberstellung von Angaben der Einrichtungen und der Leistungsträger



Legende
1 – sehr gut
2 – gut
3 – mittelmäßig
4 – eher schlecht
5 – sehr schlecht
0 – keine Angaben

Für die Weiterentwicklung der Evaluation der Durchführung der Qualitätsdialoge im Rahmen des QS-Reha<sup>®</sup>-Verfahrens empfiehlt das BQS-Institut eine Überarbeitung des Evaluationsbogens dahingehend, dass mehr konkrete Bewertungsfragen zu Aspekten der Durchführung des Dialoges und zur Zufriedenheit mit dem Dialog selbst abgefragt werden sollten. Hierdurch würde eine differenziertere Auswertung der Qualitätsdialoge ermöglicht werden. Beispielsweise wäre es denkbar, zusätzliche Fragen zu Aspekten der Kommunikation zwischen Einrichtung und Leistungsträger einzuführen.

## 6 Glossar wichtiger statistischer Begriffe

Dichotomisierung	Umwandlung der verschiedenen Antwortstufen eines Items in zwei Antwortalternativen (hier: „erfüllt“ / „nicht erfüllt“) indem festgelegt wird, ob es sich eher um eine positive Ausprägung (im Sinne der Erfüllung des Kriteriums) oder eine negative Ausprägung (im Sinne der Nicht-Erfüllung des Kriteriums) handelt.
Interquartilrange	Der Interquartilrange bezeichnet den Ergebnisbereich, in den die mittleren 50 % der Einrichtungen mit ihren Ergebnissen fallen. Es sind die Ergebnisse zwischen dem 25 % Perzentil (Hundertstelwert) und dem 75 % Perzentil (Hundertstelwert).
Median	Der Median gibt an, welches Ergebnis genau in der Mitte aller Ergebnisse liegt. 50 % der Einrichtungen liegen mit ihren Ergebnissen unterhalb des Medians, 50 % liegen oberhalb. Bei einer ungeraden Anzahl an Ergebnissen ist es der mittlere Wert.
Mittelwert	Der Mittelwert ist der Durchschnitt mehrerer Ergebnisse, zum Beispiel der von allen Patienten aller Referenzeinrichtungen.
patientenbezogene Risikofaktoren	Patientenbezogene Risikofaktoren sind Eigenschaften und Merkmale von Patienten, die die Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit beeinflussen und die von den Einrichtungen nicht beeinflusst werden können, wie z. B. das Alter und das Geschlecht der Patienten oder ihr allgemeiner Gesundheitszustand zu Behandlungsbeginn.
Perzentil der Einrichtungsergebnisse	Für das x %-Perzentil der Einrichtungsergebnisse gilt, dass x % der Einrichtungsergebnisse kleiner oder gleich dem x %-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25 % der Einrichtungen in der Qualitätsunterdimension „Somatische Gesundheit“ als Ergebnis einen Wert von 79 % oder weniger erreicht, so ist in diesem Beispiel das 25 %-Perzentil der Wert 79 %.
5 %-Perzentil	
25 %-Perzentil	
50 %-Perzentil	
75 %-Perzentil	
95 %-Perzentil	
Referenzeinrichtungen	Die Referenzeinrichtungen sind alle Einrichtungen, für die im jeweiligen Leistungsbereich mindestens 50 auswertbare Behandler- und Patientenfragebögen vorliegen. Die Ergebnisse einer Indexeinrichtung werden im Vergleich zu den Ergebnissen der Referenzeinrichtungen dargestellt. Einrichtungen mit einem Rücklauf von weniger als 50 auswertbaren Fragebogensets erhalten keinen Vergleich mit den Referenzeinrichtungen.
Risikoadjustierung	Die Ergebnisse der Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit hängen nicht nur von der Qualität der Versorgung in den einzelnen Einrichtungen ab, sondern sie werden auch von patientenbezogenen Risikofaktoren beeinflusst. Daher sorgt erst eine angemessene Berücksichtigung unterschiedlicher Risiken im Patientenkollektiv für einen fairen Vergleich einzelner Einrichtungen. Dies gilt als risikoadjustierte Qualitätsdarstellung.

---

	Bei der Risikoadjustierung werden die für die Indexeinrichtung aufgrund der Zusammensetzung des Patientenkollektives zu erwarteten Werte ( $E = \text{expected/erwartet}$ ) von den tatsächlich beobachteten Ergebnissen ( $O = \text{observed/beobachtet}$ ) subtrahiert ( $O - E$ ). Werte kleiner Null bedeuten, dass das beobachtete Ergebnis schlechter ist als erwartet und umgekehrt.
Signifikanz	Unterschiede zwischen Messgrößen werden als signifikant bewertet, wenn sie statistisch betrachtet überzufällig sind. Das bedeutet, die Wahrscheinlichkeit, dass sie durch Zufall zustande gekommen sind, liegt unter einer zuvor festgelegten Schwelle. Im QS-Reha <sup>®</sup> -Verfahren wird mit einem Signifikanzniveau von 5 % gerechnet.
Standardabweichung	Die Standardabweichung ist ein Maß zur Beschreibung der Verteilung einer Anzahl von Messwerten um den gemeinsamen arithmetischen Mittelwert. Die Standardabweichung (oder Streuung) einer Anzahl von Werten ist klein, wenn die betrachteten Werte überwiegend dicht um den gemeinsamen Mittelwert herum verteilt sind, sie fällt groß aus, wenn die einzelnen Werte weit um den gemeinsamen Mittelwert streuen.
Streuung	s. Standardabweichung