

Gesamtbericht Zyklus 4

(2021-2023)

aQua-Institut und Pädagogische Hochschule Freiburg,

28.11.2024

Impressum

Herausgeber

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Thema

QS-Reha®-Verfahren - Gesamtbericht für 2021 - 2023

Auftraggeber

GKV-Spitzenverband

Reinhardstraße 28 • 10117 Berlin

Telefon (+49) 030-206 288 – 0

Telefax (+49) 030-206 288 – 88

kontakt@gkv-spitzenverband.de

www.gkv-spitzenverband.de

www.qs-reha.de

Autorinnen und Autoren

Andres E.¹, Haak D.¹, Hambrecht A.², van Rees W.¹, Schmitt G.², Stammann C.¹, Telenga S.², Wienhöfer T.¹, Bitzer E. M.², Broge B.¹

Institute

¹aQua-Institut GmbH, Göttingen

²Pädagogische Hochschule Freiburg

Gender-Hinweis

Im aQua-Institut bemühen wir uns, eine gendergerechte Sprache umzusetzen und gleichzeitig die Lesbarkeit und Barrierefreiheit der Texte zu gewährleisten. Im Text werden daher möglichst neutrale Formen verwendet. Ist dies nicht möglich, werden an manchen Stellen (z.B. bei direkter Ansprache) die weibliche und männliche Form ausgeschrieben. Darüber hinaus wird weiterhin das generische Maskulinum verwendet. Personenbezeichnung beziehen sich dann auf alle Geschlechter.

Anschrift des Herausgebers

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH
Maschmühlenweg 8–10 · 37073 Göttingen

Telefon (+49) 0551-789 52 - 0

office@aqua-institut.de

www.aqua-institut.de

Inhaltsverzeichnis

Impressum	2
Inhaltsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis	10
Vorwort.....	11
1 Hintergrund und Zielsetzung.....	12
2 Tätigkeiten der unabhängigen Auswertungsstelle.....	14
2.1 Tätigkeiten und Meilensteine im Überblick.....	14
2.2 Aktivitäten in Zyklus 4.....	16
2.2.1 Optimierung des Extranets.....	16
2.2.2 Registrierung	17
2.2.3 Koordinatorenschulungen.....	18
2.2.4 Strukturhebung und Ergebnisbericht I.....	19
2.2.5 Visitationen und Ergebnisbericht I nach Visitation	20
2.2.6 Behandler und Patientenbefragung.....	21
2.2.7 Ergebnisbericht II.....	22
2.2.8 Qualitätsdialoge	22
2.2.9 Aktualisierung des Methodenhandbuchs.....	22
3 Lesehinweise	24
3.1 Qualitätsdimensionen und Qualitätsunterdimensionen	24
3.2 Erhebungsinstrumente und -zeiträume.....	24
3.3 Voraussetzung für die Ergebnisdarstellungen im Gesamtbericht	26
3.4 Ergebnisdarstellungen	27
3.5 Ergebnisvergleiche zu vorherigen Zyklen	29
4 Teilnahme und Drop-Out	31
4.1 Teilnahme der Fachabteilungen	31
4.2 Teilnahme der Patientinnen und Patienten.....	32
5 Beschreibung der Stichprobe	36
6 Qualitätssynopse.....	43
6.1 Struktur- und Prozessqualität	43
6.1.1 Somatik stationär und ambulant.....	43
6.1.2 Psychosomatik/psychische Erkrankungen	48
6.1.3 Geriatrie stationär und ambulant	49
6.1.4 Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation und Vorsorge	50

6.1.5	Kinder- und Jugendrehabilitation	54
6.2	Ergebnisqualität (Zyklus 1 bis Zyklus 4)	55
6.3	Patientenzufriedenheit (Zyklus 1 bis Zyklus 4)	58
7	Ergebnisqualität	62
7.1	Somatik stationär und ambulant	62
7.1.1	Somatische Gesundheit.....	62
7.1.2	Schmerzen	63
7.1.3	Funktionsfähigkeit im Alltag.....	63
7.1.4	Psychisches Befinden	64
7.1.5	Soziale Integration.....	64
7.1.6	Gesundheitsverhalten	64
7.1.7	Krankheitsbewältigung.....	65
7.1.8	Neurologische Symptome (nur Fachbereich Neurologie)	65
7.1.9	Summenscore Reha-Status	66
7.2	Psychosomatik/psychische Erkrankungen	66
7.3	Geriatric (stationär und ambulant).....	67
7.4	Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und -Vorsorge	69
7.4.1	Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation - Eltern	69
7.4.2	Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation – Kinder	71
7.4.3	Mutter-/Vater-Kind Vorsorge - Eltern	72
7.4.4	Mutter-/Vater-Kind Vorsorge – Kinder	73
7.5	Kinder- und Jugendrehabilitation	74
8	Patientenzufriedenheit	76
8.1	Somatik stationär und ambulant	76
8.1.1	Ärztliche Betreuung.....	76
8.1.2	Betreuung durch die Pflegekräfte bzw. Therapeuten	76
8.1.3	Psychologische Betreuung	77
8.1.4	Behandlungen	78
8.1.5	Schulungen	78
8.1.6	Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	79
8.1.7	Freizeitmöglichkeiten (nur stationär).....	79
8.1.8	Maßnahmen-Organisation (nur ambulant).....	80
8.1.9	Attraktivität und Empfehlungen (nur ambulant)	80
8.1.10	Rehabilitationsergebnis.....	80
8.1.11	Summenscore Zufriedenheit	81
8.2	Psychosomatik/psychische Erkrankungen	81

8.3	Geriatric (stationär)	82
8.4	Geriatric (ambulant)	83
8.5	Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation und Vorsorge.....	84
8.5.1	Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation.....	84
8.5.2	Mutter-/Vater-Kind Vorsorge.....	84
8.6	Kinder- und Jugendrehabilitation	85
9	Evaluation.....	86
9.1	Bewertung der Koordinatorenschulung aus Sicht der Teilnehmenden	86
9.2	Evaluation der Visitationen aus Sicht der Fachabteilungen.....	86
9.3	Ergebnisse der Koordinatorenbefragung.....	87
9.4	Evaluation der Qualitätsdialoge.....	89
10	Anpassung des Verfahrens.....	90
10.1	Verfahrensanpassungen zur Bestimmung von auffälligen Qualitätsergebnissen in der Geriatric.....	90
10.2	Verfahrensanpassung in der Neurologie	93
10.3	Pandemiebedingte Abweichungen.....	94
10.4	Anpassung der Rechenregeln für das dialogrelevante Kriterium „Facharztqualifikation der ärztlichen Leitung“	95
10.5	Konkretisierung des Auswahlalgorithmus für die Qualitätsdialoge.....	99
10.6	Anpassungen der Strukturkriterien	101
	Glossar	104

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht - Tätigkeiten und erreichte Meilensteine in den Jahren 2020 bis 2022.....	14
Tabelle 2: Übersicht - Tätigkeiten und erreichte Meilensteine im Jahr 2023	15
Tabelle 3: QS-Reha [®] -Verfahren: Qualitätsdimensionen, Instrumente, Datengewinnung, Erhebungszeiträume	25
Tabelle 4: Interpretation der Effektstärken: Verbesserung des Befragungsergebnisses.....	28
Tabelle 5: Interpretation der Effektstärken: Verschlechterung des Befragungsergebnisses	28
Tabelle 6: Legende zur Erläuterung verwendeter Symbole in den Ergebnistabellen	29
Tabelle 7: Überblick Anzahl Fachabteilungen, aufgeschlüsselt nach Anzahl auswertbarer Datensätze	31
Tabelle 8: Dokumentierte Teilnehmende, Rücklaufquoten und vollständige Datensätze	32
Tabelle 9: Dokumentierte primäre Drop-Outs	33
Tabelle 10: Gründe für primäre Drop-Outs der Patientinnen und Patienten (Somatik, Geriatrie, MVK)	34
Tabelle 11: Gründe für primäre Drop-Outs der Bezugspersonen in der Geriatrie (stationär und ambulant).....	34
Tabelle 12: Gründe für primäre Drop-Outs im Indikationsbereich Psychosomatik/psychische Erkrankungen.....	34
Tabelle 13: Soziodemografische Merkmale	37
Tabelle 14: Eingeschätzte Reha-Motivation bei Behandlungsbeginn in allen Indikationsbereichen.....	38
Tabelle 15: Dokumentierte Art des Zugangs und der Komorbidität bei Behandlungsbeginn in den somatischen Indikationen.....	39
Tabelle 16: SINGER-Index (Selbständigkeits-Index) in der Neurologie bei Beginn und Entlassung der Behandlung.....	40
Tabelle 17: Frühere Rehabilitationsbehandlungen, dokumentierte Diagnosen (Auswahl) bei Behandlungsbeginn und Chronifizierungsdauer im Indikationsbereich Psychosomatik/psychische Erkrankungen.....	41
Tabelle 18: Pflegegrad und Barthel-Index der Patientinnen und Patienten bei Behandlungsbeginn im Indikationsbereich Geriatrie ambulant und stationär	41
Tabelle 19: MVK Reha und MVK Vorsorge: Mitreisende behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche	42
Tabelle 20: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus 3 und 4, QUD der Indikation Kardiologie stationär.....	45
Tabelle 21: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation MSK stationär.....	46
Tabelle 22: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation MSK ambulant.....	46
Tabelle 23: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation Pneumologie	47

Tabelle 24: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation Neurologie	47
Tabelle 25: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation Psychosomatik/psychische Erkrankungen	48
Tabelle 26: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation Geriatrie ambulant.....	49
Tabelle 27: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation Geriatrie stationär.....	50
Tabelle 28: Qualitätssynopse im Indikationsbereich Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation: Struktur- und Prozessqualität.....	51
Tabelle 29: Qualitätssynopse im Indikationsbereich Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation: Strukturnahe Prozessmerkmale.....	52
Tabelle 30: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation Mutter-/Vater-Kind Vorsorge	53
Tabelle 31: Qualitätssynopse im Indikationsbereich Mutter-/Vater-Kind Vorsorge: Strukturnahe Prozessmerkmale.....	54
Tabelle 32: Qualitätssynopse im Indikationsbereich Kinder und Jugend: Struktur- und Prozessqualität.....	54
Tabelle 33: Vergleich der QUD aus der Ergebnisqualität in Zyklus eins bis vier, Anteil der Fachabteilungen, die signifikant unter dem Durchschnitt liegen	56
Tabelle 34: Vergleich der QUD aus der Ergebnisqualität in Zyklus eins bis vier, Anteil der Fachabteilungen, die signifikant über dem Durchschnitt liegen.....	57
Tabelle 35: Vergleich der QUD aus der Patientenzufriedenheit in Zyklus eins bis vier, Anteil der Fachabteilungen, die signifikant unter dem Durchschnitt liegen	59
Tabelle 36: Vergleich der QUD aus der Patientenzufriedenheit in Zyklus eins bis vier, Anteil der Fachabteilungen, die signifikant über dem Durchschnitt liegen.....	60
Tabelle 37: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Somatische Gesundheit“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	62
Tabelle 38: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Schmerzen“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	63
Tabelle 39: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Funktionsfähigkeit im Alltag“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	63
Tabelle 40: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Psychisches Befinden“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	64
Tabelle 41: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Soziale Integration“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	64
Tabelle 42: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Gesundheitsverhalten“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	65
Tabelle 43: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Krankheitsbewältigung“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	65
Tabelle 44: Ergebnisqualität der Indikation Neurologie in der QUD „Neurologische Symptome“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	65

Tabelle 45: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Summenscore Reha-Status“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	66
Tabelle 46: Ergebnisqualität der Indikation Psychosomatik und psychische Erkrankungen - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	67
Tabelle 47: Ergebnisqualität im Indikationsbereich „Geriatric“ - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4.....	68
Tabelle 48: Übersicht der RZK, für die in Zyklus 5 zusätzlich Effektstärken berechnet werden.	69
Tabelle 48: Ergebnisqualität im Indikationsbereich „MVK Rehabilitation“ - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4	70
Tabelle 49: Ergebnisqualität im Indikationsbereich MVK Rehabilitation (Einzelfrage) - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	71
Tabelle 50: Ergebnisqualität im Indikationsbereich MVK Rehabilitation (Kinder bis 11 Jahre) - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4.....	71
Tabelle 51: Ergebnisqualität im Indikationsbereich MVK Rehabilitation (Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren) - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4.....	72
Tabelle 52: Ergebnisqualität im Indikationsbereich „MVK Vorsorge“ - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4	72
Tabelle 53: Ergebnisqualität im Indikationsbereich MVK Vorsorge (Einzelfrage) - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4	73
Tabelle 54: Ergebnisqualität im Indikationsbereich MVK Vorsorge (Kinder bis 11 Jahre) - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4.....	73
Tabelle 55: Ergebnisqualität im Indikationsbereich MVK Vorsorge (Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren) - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4.....	74
Tabelle 56: Ergebnisqualität im Indikationsbereich Kinder und Jugend (bis 11 Jahre) - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	75
Tabelle 57: Ergebnisqualität im Indikationsbereich Kinder und Jugend (ab 12 Jahren) - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4.....	75
Tabelle 58: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Ärztliche Betreuung“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier.....	76
Tabelle 59: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Betreuung durch die Pflegekräfte bzw. Therapeuten“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	77
Tabelle 60: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Psychologische Betreuung“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier.....	77
Tabelle 61: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Behandlungen“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	78
Tabelle 62: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Schulungen“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	78
Tabelle 63: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Nicht- medizinische Dienstleistungen der Einrichtung“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	79
Tabelle 64: Patientenzufriedenheit unter den stationären somatischen Indikationen in der QUD „Freizeitmöglichkeiten (nur stationär)“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	79
Tabelle 65: Patientenzufriedenheit der Indikation MSK (ambulant) in der QUD „Maßnahmen- Organisation (nur ambulant)“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier.....	80

Tabelle 66: Patientenzufriedenheit der Indikation MSK (ambulant) in der QUD „Attraktivität und Empfehlungen (nur ambulant)“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	80
Tabelle 67: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Rehabilitationsergebnis“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	81
Tabelle 68: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Summenscore Zufriedenheit“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	81
Tabelle 69: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Psychosomatik/psychische Erkrankungen - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	82
Tabelle 70: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Geriatrie stationär - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	83
Tabelle 71: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Geriatrie ambulant - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	83
Tabelle 72: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	84
Tabelle 73: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Mutter-/Vater-Kind Vorsorge - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	84
Tabelle 74: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Kinder- und Jugendrehabilitation (Kinder bis 11 Jahre, Erfassung über die Eltern) - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	85
Tabelle 75: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Kinder- und Jugendrehabilitation (Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren) - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier	85
Tabelle 76: Verteilung der auffälligen stationären geriatrischen Fachabteilungen bei unterschiedlicher Gewichtung der patientenberichteten QUD (PQ) im Gesamtergebnis für Struktur- und Prozessqualität.....	91
Tabelle 77: Verteilung der auffälligen geriatrischen Fachabteilungen bei unterschiedlichen Schwellenwerten in der Ergebnisqualität	91
Tabelle 78: Anzahl an auffälligen stationären geriatrischen Fachabteilungen unter Berücksichtigung aller Kriterien (Prozess- und Strukturqualität, Ergebnisqualität & Patientenzufriedenheit) und der unterschiedlichen Gewichtungen (SQ & PQ) bzw. Schwellenwerte (EQ)	93
Tabelle 79: Kriterium der fachärztlichen Qualifikation - Vergleich zwischen A.IV.1 (alt) und A.IV.1 (neu).....	96
Tabelle 80: Inhalte der von der fachärztlichen Qualifikation abgespalteten Kriterien A.IV.1A bis A.IV.1D	98

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Module zur Koordinatorenschulung	19
Abbildung 2: Entscheidungsbaum zur Ermittlung von auffälligen Fachabteilungen für den Qualitätsdialog	92
Abbildung 3: Vorlage zur Dokumentation pandemiebedingter Abweichungen	94
Abbildung 4: Vorgehen zur Ermittlung von auffälligen Fachabteilungen	100

Vorwort

Der vorliegende Gesamtbericht 2021 – 2023 gibt einen umfassenden Überblick über den 4. Zyklus des QS-Reha®-Verfahrens und stellt zudem Bezüge zum Gesamtzeitraum des Verfahrens her. Neben den einrichtungsvergleichenden Ergebnissen des 4. Zyklus erläutert der Bericht die Tätigkeiten und Aktivitäten der Unabhängigen Auswertungsstelle, stellt Ergebnisse der Evaluation dar und diskutiert mögliche Anpassungen im Verfahren.

Der Gesamtbericht stellt die einrichtungsübergreifenden Ergebnisse der Erhebungen zur Struktur- und Prozessqualität, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit auf Basis der drei Jahresberichte des betrachteten Zyklus in zusammengefasster Form dar. Dabei sind methodische und datenschutzrechtliche Einschränkungen zu beachten: Ergebnisübersichten werden ausschließlich für Indikationsbereiche erstellt, für die aus mindestens 5 Fachabteilungen mindestens 50 vollständige und somit auswertbare Datensätze vorliegen.

Zur Einschätzung der Ergebnisentwicklung werden die Ergebnisse des 4. Zyklus sowohl mit denen des 3. Zyklus verglichen als auch im Kontext des gesamten QS-Reha®-Verfahrens betrachtet. Es ist jedoch wichtig, Ergebnisveränderungen zwischen den Zyklen vorsichtig zu interpretieren, da die Anzahl der teilnehmenden Fachabteilungen je Zyklus variiert. Insbesondere bei der Patientenbefragung, die als Grundlage für die Bewertung der Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit dient, unterscheiden sich die Stichproben in Größe und Zusammensetzung. Zudem können externe Einflussfaktoren, spezifisch für einen Zyklus, die Ergebnisse beeinflussen.

So war eine Besonderheit des 4. Zyklus, dass er während der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Kontakteinschränkungen stattfand. Diese außergewöhnlichen Bedingungen waren zum einen mit organisatorischen Herausforderungen verbunden und könnten zum anderen auch Einfluss auf die Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit genommen haben. Die Anzahl der an den Befragungen teilnehmenden Patientinnen und Patienten ist gegenüber dem 3. Zyklus teils erheblich zurückgegangen, was möglicherweise ebenfalls durch die Pandemie mitbedingt sein kann.

Mit Blick auf die Ergebnisse fällt bei der Struktur- und Prozessqualität auf, dass der Aspekt der Nachsorge patientenseitig insgesamt am kritischsten bewertet wurde. Dies betrifft insbesondere im 4. Zyklus sowohl die somatischen Indikationen als auch den Bereich Geriatrie.

In der Ergebnisqualität wurden im Bereich Neurologie im 4. Zyklus unter den somatischen Indikationen weiterhin die geringsten Verbesserungen erzielt, was angesichts der meist schweren Krankheitslast aber durchaus nachvollziehbar erscheint. Im Mutter-/Vater-Kind-Bereich (MVK) ist die Effektstärke in der Ergebnisqualität bei den Kindern bis 11 Jahre (Elternerfassung) durchgehend höher als bei Kindern ab 12 Jahren (Selbsterfassung).

Die Patientenzufriedenheit ist in den ambulanten Fachabteilungen der Bereiche Muskuloskeletale Erkrankungen (MSK) und Geriatrie insgesamt deutlich höher im Vergleich zu den stationären Fachabteilungen. Möglicherweise hat es auch positive Auswirkungen auf die Ergebnisse, dass für die ambulant behandelten Patientinnen und Patienten der Bezug zum gewohnten Umfeld erhalten bleibt.

1 Hintergrund und Zielsetzung

Das externe bundesweit verbindliche Qualitätssicherungsverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung für Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen („QS-Reha[®]-Verfahren“) verfolgt das Ziel, die Transparenz von Qualität und Leistungen für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Kostenträger sowie Versicherte zu erhöhen.

Der Gemeinsame Ausschuss definiert gemäß § 137 d SGB V die Inhalte des QS-Reha[®]-Verfahrens und die Art der Umsetzung. Seit 2021 ist das aQua-Institut in Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule Freiburg (PHFR) als unabhängige Auswertungsstelle nach § 299 Abs. 3 SGB V im QS-Reha[®]-Verfahren für die Erhebung und Auswertung von Daten in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen verantwortlich.

Die unabhängige Auswertungsstelle ist für die Datenerhebung, Datenauswertung und Berichterstellung gegenüber den teilnehmenden Einrichtungen und den Krankenkassen sowie – gemeinsam mit dem Gemeinsamen Ausschuss nach § 137d SGB V (GA) - für die Weiterentwicklung und Evaluation des QS-Reha[®]-Verfahrens zuständig. Zum Aufgabenbereich gehört weiterhin die Unterstützung der teilnehmenden Fachabteilungen bei der Umsetzung der erforderlichen Maßnahmen durch ein eigens dafür konzipiertes Extranet mit einer flankierenden Supportstruktur sowie durch Schulungen der Ansprechpersonen für das Verfahren (Koordinatoren/-innen).

Mit dem vorliegenden Bericht kommt die unabhängige Datenauswertungsstelle aQua/PHFR der vertraglichen Verpflichtung nach, neben den jährlichen Berichten einen Gesamtbericht über die im kompletten Dreijahreszyklus durchgeführten Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung und die vorliegenden QS-Ergebnisse der teilnehmenden Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen zu erstellen. Der vorliegende Gesamtbericht 2021 - 2023 enthält somit die Ergebnisse der 3 Jahresberichte des 4. Zyklus in zusammengefasster Form. Die Auswertungsstelle liefert einen Überblick über den Gesamtzeitraum des QS-Reha[®]-Verfahrens und gibt Einschätzungen zu besonderen organisatorischen Vorkommnissen oder statistischen Auswertungen ab. Der Bericht enthält eine Darstellung von Ergebnissen der teilnehmenden Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen im 4. Zyklus des QS-Reha[®]-Verfahrens. Außerdem werden vergleichende Bewertungen der Qualitätsergebnisse mit denen aus den vorhergehenden Zyklen, insbesondere dem vorangegangenen 3. Zyklus, vorgenommen.

Neuerungen im 4. Zyklus des QS-Reha[®]-Verfahrens

In Zyklus 4 gab es zwei Neuerungen, die für die Ergebnisdarstellungen im Gesamtbericht von 2021 - 2023 von Bedeutung sind:

Seit dem 4. Zyklus des QS-Reha[®]-Verfahrens (2021-2023) werden vier Basiskriterien im Bereich „Struktur- und Prozessqualität“ als „**dialogrelevante Kriterien (DK)**“ erhoben. Diese führen als besonders wichtige Mindestanforderungen (Fokus: Notfallmanagement, fachärztliche Betreuung) bei Nichterfüllung immer zu einem Qualitätsdialog zwischen der jeweiligen Fachabteilung und den verantwortlichen Krankenkassenvertretern. Die Erfassung dieser Kriterien erfolgt über den Strukturhebungsbogen.

Im **Behandlerbogen Neurologie** sind die Assessments „Barthel-Index (BI)“ einschließlich des „erweiterten Barthel-Index (EBI)“ sowie die „Funktionale Selbständigkeitsmessung (FIM)“ zum Beginn und Ende der Rehabilitation durch den Selbständigkeits-Index für die Neurologische und Geriatriische Rehabilitation („**SINGER-Assessment**“) ersetzt worden. Die Deltawerte der Messungen zum Beginn und zum Ende der Rehabilitation wurden in die Ergebnisberichte Teil II des QS-Reha®-Verfahrens aufgenommen.

Aufbau des Gesamtberichts 2021 - 2023

Im folgenden Kapitel 2 des Gesamtberichts werden die Tätigkeiten des aQua-Instituts und der PHFR beleuchtet – dazu gehören Informationen zu Meilensteinen, zu besonderen Vorkommnissen bei der Umsetzung und zum aktuellen Stand des Verfahrens.

Zur besseren Verständlichkeit der nachfolgenden Ergebnisdarstellungen, werden einführend Lesehinweise bereitgestellt (Kapitel 3). Diese beinhalten Erläuterungen zum Verfahren sowie zur Herangehensweise im Gesamtbericht 2021 - 2023 und dienen als zusätzliche Lesehilfe neben dem Methodenhandbuch. Es folgt ein Überblick über die teilnehmenden Fachabteilungen und Patientinnen und Patienten sowie über die auswertbaren Datensätze, Rücklaufquoten und Drop-Outs (Kapitel 4). Im Anschluss daran wird die Stichprobe der teilnehmenden Patientinnen und Patienten beschrieben (Kapitel 5).

Die Ergebnisdarstellung erfolgt in mehreren Kapiteln - zunächst als kurze überschaubare Zusammenfassung für jeden Indikationsbereich in Form einer Qualitätssynopse (Kapitel 6). Kapitel 6.1 zeigt die Ergebnisse der Erhebungen zur Struktur- und Prozessqualität in den einzelnen Indikationsbereichen in Zyklus 4 im Vergleich zu Zyklus 3. Kapitel 6.2 schlüsselt die Ergebnisqualität für einzelne Indikationsbereiche zwischen Zyklus 1, 2, 3 und 4 auf, für die die Vergleiche sinnvoll sind. Das Gleiche zeigt Kapitel 6.3 für die Patientenzufriedenheit, ebenfalls mit sinnvollen Vergleichen zwischen den 4 Zyklen. Im weiteren Verlauf werden die Ergebnisse der Qualitätsdimensionen „Ergebnisqualität“ und „Patientenzufriedenheit“ vergleichend zwischen den Indikationsbereichen betrachtet (Kapitel 7 und 8). In den ergebnisdarstellenden Kapiteln 7 und 8 werden zudem bewertende Vergleiche mit den Qualitätsergebnissen des 3. Zyklus hergestellt.

In Kapitel 9 werden die Ergebnisse der durchgeführten Evaluationen beschrieben und bewertet. Im letzten Teil des Berichts werden die in Zyklus 4 adressierten sowie zukünftige Anpassungen und Weiterentwicklungen im Verfahren thematisiert und erörtert (Kapitel 10).

2 Tätigkeiten der unabhängigen Auswertungsstelle

2.1 Tätigkeiten und Meilensteine im Überblick

Seit dem 01.01.2021 ist die Bietergemeinschaft, bestehend aus dem aQua-Institut und der Pädagogischen Hochschule Freiburg (aQua/PHFR), als neue unabhängige Auswertungsstelle nach § 299 Abs. 3 SGB V mit der Umsetzung der externen Qualitätssicherung in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (QS-Reha®-Verfahren) beauftragt. Der Tätigkeitsbericht bezieht sich auf die Jahre 2021 bis 2023. Die vorgeschaltete Übergabephase (2020), in der die Aufgaben und Materialien vom Vorgängerinstitut übernommen wurden sowie nach Ende des Zyklus im Nachgang erforderliche Aktivitäten (2024) wie bspw. die interne Berichterstattung werden, soweit erforderlich, ebenfalls beschrieben.

Die nachfolgenden Tabellen zeigen in einer chronologischen Übersicht die wichtigsten Tätigkeiten und erreichten Meilensteine im Zyklus 4.

Tabelle 1: Übersicht - Tätigkeiten und erreichte Meilensteine in den Jahren 2020 bis 2022

Datum	Tätigkeit/Meilensteine in den Jahren 2020 bis 2022
7/2020	Vertragsabschluss
24.09.2020	Teilnahme an Sitzung des Gemeinsamen Ausschusses (GA) nach § 137d SGB V: aQua/PHFR als neue unabhängige Auswertungsstelle stellt sich vor
1/2021	Benennen der teilnehmenden Einrichtungen/Fachabteilungen (Listen des GKV)
2/2021	Bereitstellung Extranet, Servicehotline
3/2021	Versand der Registrierungsschreiben für Zyklus 4
20.04.2021	Teilnahme an GA-Sitzung nach § 137d SGB V
5/2021	Start der Strukturhebung (Online)
6/2021	Start Schulung der Koordinatoren
7/2021	Austausch mit GA zu erforderlichen corona-bedingten Anpassungen im QS-Reha®-Verfahren
8/2021	Ende der Strukturhebung und Beginn Patientenbefragung
28.09.2021	Teilnahme an GA-Sitzung nach § 137d SGB V
10/2021	Bereitstellung Ergebnisbericht Teil I
11/2021	Beginn des Visitationszeitraums
13.12.2021	Monitoring: 1. Erinnerungs-E-Mail an 454 FA mit Aufforderung zur Begründung geringer Rücklaufquoten
10.03.2022	Teilnahme an AG Evaluation: Finale Anpassung der Rechenregeln für das dialogrelevante Kriterium „Facharztqualifikation der ärztlichen Leitung“
05.04.2022	Teilnahme an Sitzung des Gemeinsamen Ausschusses (GA) nach § 137d SGB V
05.07.2022	Diverse Monitoringmaßnahmen zum Rücklauf der Patientenbefragung
08.07.2022	Bereitstellung des aktualisierten Methodenhandbuchs (Version 5) im Extranet
14.07.2022	Ende des Visitationszeitraums
31.08.2022	Start Behandler- und Patientenbefragung, Ende der Rekrutierungsphase
09.09.2022	Bereitstellung der Ergebnisberichte Teil I nach Visitation
29.09.2022	Teilnahme an GA-Sitzung nach § 137d SGB V
10.11.2022	Monitoring zur Vervollständigung der Datensets
09.12.2022	Behandler- und Patientenbefragung: Ende der Datenannahme

Tabelle 2: Übersicht - Tätigkeiten und erreichte Meilensteine im Jahr 2023

Datum	Tätigkeit/Meilensteine 2023
02/2023	Bereitstellung der Ergebnisberichte Teil II (inkl. Teilnahmebestätigung) (Soll: 1/2023)
09.03.2023	Teilnahme an AG Evaluation: Überarbeitung der Strukturkriterien inkl. Ausfüllhinweise
04/2023	Jahresbericht 2022 (Soll: 3/2023): Übergabe 04/2023, Abnahme 07/2023
17.04.2023	Start 27 Online-Workshops zur Überarbeitung der Strukturkriterien (Ausfüllhinweise) (PHFR)
26.04.2023	Teilnahme an Sitzung des Gemeinsamen Ausschusses (GA) nach § 137d SGB V
25.05.2023	Datenübertragung aller Berichte an GKV-SV
02.06.2023	Start der Online-Koordinatorenbefragung zum 4. Zyklus
01.07.2023	Z5: Start der Vorbereitung Zyklus 5 (verschiedene interne Prozesse)
08/2023	Einleiten Qualitätsdialoge durch Landesverbände Krankenkassen u. Ersatzkassen
14.09.2023	Bericht der PHFR: Konsolidierung der Strukturkriterien(-kataloge) inkl. der Ausfüllhinweise
26.09.2023	Teilnahme an Sitzung des Gemeinsamen Ausschusses (GA) nach § 137d SGB V
10/2023	Z5: Erste Listen vom VdEK Einrichtungsverzeichnis für Z5, letzte 04.12.2023

Wichtige Meilensteine waren im Jahr 2021 die Qualitätsergebnisse auf Basis der Strukturhebung. Die entsprechenden Ergebnisberichte Teil I wurden den Fachabteilungen im Oktober 2021 im Extranet zum Download zur Verfügung gestellt. Die stichprobenhaft erfolgten Visitationen zur Überprüfung der von den Fachabteilungen gemachten Angaben in der Strukturhebung fanden ab November 2021 – Juli 2022 statt. Danach gab es einen angepassten Ergebnisbericht Teil I nach Visitation (9/2022).¹

Die Behandler- und Patientenbefragung startete am 01.08.2021 und ging bis zum 31.7.2022, zuzüglich Nachbefragungszeitraum. Damit möglichst viele vollständige Datensets einbezogen werden konnten, wurde die Datennahme erst am 09.12.2022 beendet. Entsprechend wurden dann die Ergebnisberichte Teil II (inkl. der Teilnahmebestätigung) im Februar 2023 als Download im Extranet bereitgestellt. Im Mai 2023 erfolgte die Datenübertragung aller Berichte an den GKV-Spitzenverband. Die Qualitätsdialoge wurden ab 8/2023 durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen eingeleitet. Ab Mitte 2023 starteten dann auch schon erste interne Prozesse für die Vorbereitung des nächsten, 5. Zyklus.

Zudem wurden in Zyklus 4 vielfältige Anpassungen des Verfahrens initiiert, die ausführlich im Kapitel 10 beschrieben werden (z.B. die in der AG Evaluation beschlossene Anpassung der Rechenregeln für das dialogrelevante Kriterium „Facharztqualifikation der ärztlichen Leitung“ (Kap.10.4) und die umfassende Überarbeitung der Strukturkriterien (inkl. der Ausfüllhinweise) für Zyklus 5. Dazu wurden unter Federführung der PHFR ab April 2023 insgesamt 27 Online-Workshops durchgeführt (siehe Kap.10.6).

¹ Bei den Fachabteilungen, die nach der Strukturhebung ≥50 GKV-Pat. in den letzten 6 Monaten behandelt haben, werden 5% zufällig ausgewählt und visitiert, von Abteilungen mit kleiner Fallzahl (<50 GKV-Pat. in den letzten 6 Monaten) sind 30% zufällig ausgewählte Fachabteilungen, die visitiert werden.

2.2 Aktivitäten in Zyklus 4

Der 4. Zyklus fand unter den Bedingungen der COVID-19-Pandemie (Januar 2020 bis Mai 2023) statt, die einzelne Aktivitäten und Phasen im QS-Reha®-Verfahren, insbesondere diejenigen, die mit Sozialkontakten verbunden sind, mehr oder weniger stark beeinflussten. Dies waren im Jahr 2021 die Koordinatorenschulungen, die Befragungsphase und die Visitationen. Auch andere Prozesse in den Einrichtungen waren betroffen, da Personal krank war, Einrichtungen kurzzeitig schließen mussten und bestimmte Angebote nicht gemacht werden konnten.

Im Juli 2021 fand deshalb bereits ein erster Austausch mit den Mitgliedern des Gemeinsamen Ausschusses (GA) zu eventuell erforderlichen coronabedingten Anpassungen im QS-Reha®-Verfahren statt. Bei der nachfolgenden Beschreibung der Aktivitäten wird, falls zutreffend, auf mögliche pandemiebezogene Einflüsse bzw. Anpassungen Bezug genommen. Insgesamt konnten viele Aktivitäten trotz Pandemiebedingungen plangemäß umgesetzt werden, bei einigen kam es zu zeitlichen Verzögerungen, die sich aber nicht relevant auf die Umsetzung des Gesamtverfahrens auswirkten.

Vertiefende Details zu den hier in aller Kürze dargestellten Aktivitäten sind den entsprechenden Kapiteln in den Jahresberichten 2021, 2022 und 2023 zu entnehmen.

2.2.1 Optimierung des Extranets

Bedingt durch die Übergabe der unabhängigen Auswertungsstelle an die Bietergemeinschaft aQua-Institut/PHFR erfolgte eine Neugestaltung und Optimierung des Extranets in neuem Design. Das Extranet ist zentral für die Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens und erfüllt mehrere Zwecke. Zum einen ist es die Datenannahmestelle für alle Online-Erhebungsinstrumente (Strukturerhebung und Behandlerbefragung). Auch der Visitationsprozess wird digital unterstützt. Zum anderen dient das Extranet als Kommunikationsplattform zwischen der unabhängigen Auswertungsstelle und den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen für folgende Prozesse:

- Anmeldung zu Schulungsterminen
- Bereitstellung von Informationen in Form von Newsbeiträgen, FAQs, Schulungsinhalten
- Bekanntgabe von Visitationsterminen
- Dokumentation der Befragungsunterlagen durch die Fachabteilung sowie der Rückmeldung über eingegangene Patientenfragebögen bei der unabhängigen Auswertungsstelle
- Zudem können Nutzer und Nutzerinnen Support-Anfragen stellen und Änderungsanträge einreichen.
- Nicht zuletzt können im Extranet alle Berichte (Ergebnisbericht Teil I und II, Visitationsbericht) und weitere wichtige Dokumente (z.B. Muster der Befragungsunterlagen etc.) heruntergeladen werden.

Im Modul *Behandler- und Patientenbefragung* ist noch auf eine Besonderheit im Fachbereich Geriatrie stationär und ambulant hinzuweisen: Hier werden die Patientenbefragungsbögen auf Grundlage zuvor gemeinsam mit dem Behandler im Behandlerbogen ausgewählten Reha-Zielkategorien für jede/n Patienten/Patientin

individuell generiert und vor Ort in der Einrichtung ausgedruckt. Zudem ist in der Geriatrie eine Befragungsversion für eine Bezugsperson vorgesehen, falls der Patient/die Patientin selber nicht an der Befragung teilnehmen kann.

Beim Fachbereich Mutter-/Vater-Kind liegt eine Besonderheit dahingehend vor, dass hier pro Familie maximal ein Elternteil, zwei Kinder und eine Jugendliche bzw. ein Jugendlicher in die Befragung eingeschlossen werden können. Das führt dazu, dass in der Fallakte statt einer vier Personen mit ihren dazugehörigen Erhebungsinstrumenten und Zugängen zum Behandlerbogen dargestellt werden. Um die Übersichtstabelle nicht zu überladen, wird dort nur der Status der Elternteile abgebildet.

Eine weitere umfangreiche Überarbeitung/Weiterentwicklung für den 4. Zyklus bezog sich auf den Visitationsprozess, der ebenfalls weitgehend - von der Terminvereinbarung über die Durchführung der Visitation bis zur Berichterstellung samt Eingabe einer Stellungnahme durch die visitierte Fachabteilung - digitalisiert wurde.

Während der Visitation konnten von der Visitorin detektierte Abweichungen in der Strukturhebung „on the fly“ im Rahmen der Visitation bereits in das Extranet eingepflegt werden. Die abweichenden Ergebnisse konnten zusammenfassend zum Abschluss der Visitation bereits mit der Fachabteilung besprochen werden.

Das Jahr 2022 wurde im Hinblick auf das Extranet vor allem für die Verbesserung der Nutzerfreundlichkeit und für die Behebung kleinerer technischer Fehler genutzt. Eine größere Änderung war, dass die aQua-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter Zugriff auf die Daten der Behandler- und Patientenbefragung aller Fachabteilungen erhalten haben, da diese fehlende Möglichkeit den Support zuvor sehr erschwert hatte. Selbstverständlich wurden keine Änderungen der Daten ohne direkte Aufforderung von Seiten der Einrichtungen vorgenommen. Aus Datensicherheitsgründen wurde zusätzlich ein Änderungsprotokoll etabliert, in dem automatisch protokolliert wird, wer wann welche Änderungen vorgenommen hat.

Das Extranet wird auf Grundlage von Rückmeldungen aus den Einrichtungen sowie von anderen Akteurinnen und Akteuren des QS-Reha®-Verfahren und durch eigene Erfahrungswerte des aQua-Instituts/der PHFR permanent weiterentwickelt und optimiert.

2.2.2 Registrierung

Anfang 2021 wurden uns durch den GKV-Spitzenverband (GKV-SV) die teilnehmenden Fachabteilungen via Excellisten zur Verfügung gestellt.

Es war allerdings nicht möglich, rechtzeitig einen Abgleich der Teilnahmeverpflichtungen der Einrichtungen zwischen dem QS-Reha®-Verfahren und dem QS-Verfahren der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zu erwirken. Dies hatte zur Folge, dass der unabhängigen Auswertungsstelle zum Start des 4. Zyklus nicht wie vorgesehen eine verbindliche Liste mit den zur Teilnahme am QS-Reha®-Verfahren verpflichteten Einrichtungen bereitgestellt werden konnte, sondern diese erst von der unabhängigen Auswertungsstelle mit Unterstützung des GKV-Spitzenverbands und dem Verband der Ersatzkassen (vdek) erarbeitet werden musste.

Grundlage für das Einrichtungsverzeichnis waren die Daten aus der Vertragsdatenbank der Krankenkassen, aus der die ambulanten sowie stationären Rehabilitationseinrichtungen und stationären Vorsorgeeinrichtungen mit einem Versorgungsvertrag nach § 111, § 111a oder §111c SGB V ermittelt werden konnten, die gesetzlich verpflichtet sind, sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu beteiligen. Im Abgleich mit dem Einrichtungsverzeichnis aus dem 3. Zyklus konnten so 574 Fachabteilungen dem QS-Reha[®]-Verfahren zugeordnet werden. Für 391 Fachabteilungen blieb die Teilnahmeverpflichtung noch zu klären (z.B. Hauptbelegung DRV; Indikationsbereich, für den keine QS vorliegt). Diese wurden zunächst als „potenziell teilnahmepflichtig“ eingestuft.

Beide Gruppen wurden mit angepassten Registrierungsschreiben (für „sicher“ bzw. „potenziell teilnehmende“ Fachabteilungen) im März 2021 postalisch kontaktiert. Die Einrichtungen wurden darin aufgefordert, über eine Ansprechperson (Koordinator/in) die betreffenden Fachabteilungen bis zum 15.04.2021 im Extranet zur Teilnahme am QS-Reha[®]-Verfahren zu registrieren oder der unabhängigen Auswertungsstelle andernfalls mitzuteilen, warum ggf. keine Teilnahmeverpflichtung vorliegt (z.B. kein Versorgungsvertrag nach §111, 111a, 111c; Fachabteilung wird aufgrund des Hauptbelegerprinzips im Verfahren der DRV qualitätsgesichert). Die Abmeldungen inkl. der Begründung wurden dokumentiert. Bei unklaren Abmeldegründen wurde nachgefragt. Außerdem bestand bei einigen Einrichtungen eine Unsicherheit darüber, ob eine Teilnahmepflicht auch während der COVID-19-Pandemie besteht, weswegen sie die Registrierung zunächst nicht vornahmen. Zudem mussten auf dem Postweg oder in den Einrichtungen verloren gegangene Registrierungsschreiben nachproduziert und erneut versendet werden. All dies führte dazu, dass der Registrierungsprozess mehrfach verlängert werden musste und erst im September 2021 vollständig abgeschlossen werden konnte.

Mit Stand 31.12.2021 hatten sich 1754 Fachabteilungen aus 534 Einrichtungen für das QS-Reha[®]-Verfahren registriert und damit gut 9% weniger Fachabteilungen als in Zyklus 3 (831 Fachabteilungen).

2.2.3 Koordinatorenschulungen

Ab Januar 2021 wurden die Unterlagen für die Koordinatorenschulungen aktualisiert und in einem neuen Design überarbeitet. Die ersten Koordinatorenschulungen starteten coronabedingt etwas später und wurden nur online angeboten. Die erste Schulung fand am 01.06.2021 statt, die letzte von insgesamt 12 Schulungen konnte plangemäß am 15.07.2021 durchgeführt werden.

Die Schulungen waren modular aufgebaut. Die allgemeinen Module A0 bis A5 zum QS-Reha[®]-Verfahren richteten sich an alle Teilnehmenden. Für Vertreterinnen und Vertreter der Fachbereiche Geriatrie und Mutter-/Vater-Kind fanden anschließend parallel zwei spezifische Module S1 (MVK) und S2 (Geriatrie) zur Vertiefung statt (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Aufbau der Module zur Koordinatorenschulung

Allgemeine Module: 10.00 bis ca. 14.45 Uhr	
A0	Begrüßung, interaktive Abfrage: Verortung, Fachabteilung, Vorerfahrung
A1	Das QS-Reha-®-Verfahren – Grundlagen
A2	Aufgaben der Koordinatoren/-innen + Demonstration Extranet, Datenschutz
Mittagspause: 30 Minuten um ca. 12.30 Uhr	
A3	Austausch in Kleingruppen zur konkreten Umsetzung des Verfahrens, kurzer Rückblick auf Zyklus 3
A4	Auswertung und Berichte
A5	Neuerungen auf einen Blick und Abschluss
Ende: ca. 14.45 Uhr (bzw. Pause bis 15.00 Uhr)	
Spezifische Module (parallel und vertiefend): 15.00 bis max. 16.00 Uhr	
S1	Mutter-/Vater-Kind (MVK)
S2	Geriatric

Zusätzlich bestand die Möglichkeit, die Schulungsmodule auch im Extranet anzusehen. Neben den Präsentationsfolien wurden die Module A1 „Grundlagen“ und A2 „Aufgaben des Koordinators“ sowie eine Anleitung zur Dokumentation der Behandler- und Patientenbefragung zusätzlich als vertonte MP4-Datei aufbereitet. Außerdem wurden weitere erläuternde Schulungsmaterialien für die Koordinatoren und Koordinatorinnen (z.B. Prozessbeschreibungen, Checklisten etc.) und Musterbögen zu den Befragungen, die Bewertungskriterien etc. zum Download bereitgestellt.

Aus 432 Einrichtungen nahm mindestens eine Person an einer Schulung teil, für die der GKV-SV die Schulungskosten übernahm. Hinzu kamen noch 49 Selbstzahlerinnen oder -zahler. 102 Einrichtungen (19,1%) starteten ohne vorbereitende Schulung in den 4. Zyklus.

Insgesamt ist die Zahl der geschulten Personen im Vergleich zum 3. Zyklus um über 20% gesunken, obwohl die Zahl der Einrichtungen „nur“ um 9,0% geringer ist. Auch dies könnte u.a. eine Auswirkung der COVID-19-Pandemie sein.

Die Teilnehmenden wurden gebeten, die Schulung im Anschluss zu bewerten. Die Evaluationsergebnisse können im Kapitel 9.1 eingesehen werden.

2.2.4 Strukturhebung und Ergebnisbericht I

Die Strukturhebung konnte plangemäß noch im Mai 2021 starten. Insgesamt waren zum Zeitpunkt der Strukturhebung 761 Fachabteilungen registriert.

Ergänzend zur Strukturhebung wurden die Einrichtungen gebeten, alle Abweichungen, die sich durch die Corona-Pandemie ergeben haben, separat zu dokumentieren. Dazu wurde den Fachabteilungen eine einheitliche Vorlage zur Verfügung gestellt.

Die PHFR hat die vorliegenden Dokumentationsbögen aus 106 Fachabteilungen (ca. 14% der registrierten Fachabteilungen) mit insgesamt 437 dokumentierten Abweichungen ausgewertet. So fanden beispielweise aufgrund von Hygienevorschriften teilweise keine Gruppenangebote (z.B. zur Raucherentwöhnung, Ernährungsschulung) statt, Trainingstermine und Angehörigenbesuche mussten reduziert werden, um Abstandsvorschriften einzuhalten, um nur einige Einschränkungen zu nennen (s. dazu Jahresbericht 2021).

Pandemiebedingt wurde die Deadline, die zunächst zum 31.07.2021 vorgesehen war, mehrfach verlängert und endete schließlich am 30.09.2021.

Mit Stand Dezember 2021 hatten 751 Fachabteilungen den Strukturhebungsbogen wie vorgesehen ausgefüllt und freigegeben und einen entsprechenden Ergebnisbericht Teil I erhalten. Von den 751 Fachabteilungen, die einen Ergebnisbericht Teil I erhalten haben, haben sich zwischenzeitlich fünf Fachabteilungen vom QS-Reha[®]-Verfahren wieder abgemeldet. Trotz mehrfacher Fristverlängerung haben acht Fachabteilungen den Strukturhebungsbogen nicht freigegeben, entsprechend konnte für diese Fachabteilungen auch kein Ergebnisbericht Teil I erstellt werden. Diese wurden an die entsprechenden Landesverbände der Krankenkassen weitergeleitet, um aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung zur Teilnahme an der QS weitere Schritte zu prüfen.

2.2.5 Visitationen und Ergebnisbericht I nach Visitation

Wegen der COVID-19-Pandemie konnten die Visitationen im November 2021 nur sporadisch starten, insgesamt musste der Visitationszeitraum bis Mitte Juli 2022 verlängert werden, denn auch das Jahr 2022 stand zumindest noch teilweise unter dem Einfluss der Pandemie.

Insgesamt wurden stichprobenhaft² 81 Fachabteilungen von sechs Visitorinnen im Zeitraum von November 2021 bis Juli 2022 visitiert. Die Visitorinnen überprüften jeweils vor Ort die von der Fachabteilung gemachten Angaben in der Strukturhebung. Abweichungen wurden direkt im Rahmen der Vor-Ort-Begehung im Extranet eingegeben. Im Rahmen der Abschlussbesprechung konnte dann den an der Visitation teilnehmenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachabteilung eine Zusammenfassung des Visitationsergebnisses mit den festgestellten Abweichungen präsentiert werden. Diese hatten anschließend Gelegenheit, eventuelle Unstimmigkeiten anzumerken und ggf. richtigzustellen. Zeitnah wurde dann von den Visitorinnen der zugehörige Visitationsbericht (ebenfalls digital unterstützt) erstellt und den Fachabteilungen im Extranet zur Verfügung gestellt. Die Fachabteilungen hatten ihrerseits 6 Wochen Zeit, um eine freiwillige Stellungnahme zum noch vorläufigen Visitationsbericht abzugeben. Von dieser Möglichkeit machten 1/3 der Fachabteilungen (n = 27) Gebrauch. Die meisten Anmerkungen (n = 14) bezogen sich auf die dialogrelevanten Kriterien, gefolgt von Hinweisen zu den Kooperationsverträgen (n = 7), deren Vorlage von Seiten der Fachabteilungen nicht immer als notwendig oder realisierbar angesehen wurde. Auch die geforderte personelle Ausstattung, wie sie in den Kriterien beschrieben ist, war fünf Mal Inhalt von Kritik. In 10 Stellungnahmen bedankten sich die Fachabteilungen

² Näheres zur Zufallsstichprobe siehe Methodenhandbuch Version 5, Seite 51

explizit für die Visitation bzw. berichteten über bereits initiierte Umsetzungen von qualitätsverbessernden Maßnahmen.

Weitere Details zu den Visitationen, den Ergebnissen und den Stellungnahmen finden sich im Jahresbericht 2022. Zur Evaluation der Visitationen aus Sicht der Fachabteilungen verweisen wir auf Kapitel 9.2.

Nach Abschluss der Visitationen wurde auf der Grundlage der nunmehr z.T. aktualisierten Kriterienwerte und der sich damit ebenfalls verändernden Referenzwerte die Erfüllungsgrade der Struktur- und Prozessqualität neu berechnet und allen am Zyklus 4 beteiligten Fachabteilungen ein Ergebnisberichte Teil I nach Visitation im Extranet zum Download zur Verfügung gestellt. Am 12.09.2022 wurden alle Fachabteilungen in einem News-Beitrag darüber informiert.

2.2.6 Behandler und Patientenbefragung

Plangemäß war die Behandler- und Patientenbefragung vom 01.08.2021 bis zum 31.7.2022 vorgesehen, zuzüglich Nachbefragungszeitraum. Die meisten Fachabteilungen hatten ihre Befragungsunterlagen im August erhalten, die letzten wurden im September verschickt, sodass spätestens dann die letzten Fachabteilungen mit der Behandler- und Patientenbefragung beginnen konnten. Insgesamt 754 Fachabteilungen haben ein Paket mit allen erforderlichen Befragungsunterlagen erhalten.

Die Pandemie hatte auch Auswirkungen auf die Patientenbefragung, z.B. auf den Start der Befragung sowie mutmaßlich auch auf die Beteiligungsbereitschaft.

Mehrfach wurden - teilweise gezielt auf die vorliegenden Rückläufe der einzelnen Fachabteilungen abgestimmte - Monitoringschreiben versendet (1 x 2021, 3 x 2022). So wurden u.a. die Fachabteilungen, die noch nicht mit der Befragung gestartet hatten, gebeten, einen Grund dafür anzugeben und sobald wie möglich zu starten. Fachabteilungen, die sich auch auf mehrfache Anschreiben nicht meldeten, wurden telefonisch kontaktiert. Ab Oktober 2022 fokussierten die Erinnerungsschreiben dann darauf, noch möglichst viele Datensets zu vervollständigen. Die Monitoring-Aktivitäten wurden durch mehrere Newsbeiträge unterstützt, deren Inhalt allen Nutzerinnen und Nutzern des Extranets ebenfalls per E-Mail zugesandt wurde.

Zum Ende der Behandler- und Patientenbefragung waren noch 748 Fachabteilungen beteiligt (zzgl. 1 vom Hochwasser betroffene Fachabteilung, die weder an der Strukturhebung noch an der Befragung teilnehmen konnte): Davon haben 465 Fachabteilungen 50 oder mehr, 164 Fachabteilungen 5-49 und 119 Fachabteilungen 0-4 vollständige Datensets erreicht (darunter 70 mit keinem vollständigen Datenset).

Bei den Fachabteilungen mit weniger als 5 vollständigen Datensets, wurden z.T. (implizit und explizit) pandemiebedingte Begründungen für die geringe Beteiligung angegeben (s. Jahresbericht 2022, S. 50f). Dennoch hielten sich die negativen Auswirkungen der Pandemie auf den QS-Reha®-Gesamtprozess insgesamt im Rahmen.

2.2.7 Ergebnisbericht II

Die Bereitstellung der Ergebnisberichte II verzögerte sich geringfügig wegen einer Verlängerung der Behandlerbefragung und der Annahme der Patientenbefragungsbögen bis zum 09.12.2022. Die Berichte konnten am 28.02.2023 im Extranet zum Download bereitgestellt werden.

Die Ergebnisse werden im Detail in den Kapiteln 6, 7 und 8 dargestellt, vorab werden einführende Lesehinweise gegeben sowie die Teilnahme der Fachabteilungen, Drop-Outs und die Strichprobe beschrieben.

2.2.8 Qualitätsdialoge

Als Konsequenz verzögerten sich die Qualitätsdialoge etwas. Insgesamt wurde mit n = 209 auffälligen Fachabteilungen aus 167 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ein Qualitätsdialog geführt.

Davon waren n = 26 (15,5 %) Einrichtungen in mehreren Fachabteilungen auffällig. In 205 der 209 Fachabteilungen (98,1 %) erfolgten die Qualitätsdialoge aufgrund mindestens eines nicht erfüllten DK, nur bei sieben Fachabteilungen waren es rechnerisch auffällige Qualitätsergebnisse in mindestens einer der Qualitätsdimensionen.

Die Qualitätsdialoge wurden ab Februar 2023 von den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen auf Landesebene initiiert. Im Meilensteinplan war für den Abschluss August 2023 vorgesehen. Aufgrund der hohen Anzahl der zu führenden Qualitätsdialoge wurden im Dezember 2023 noch nicht alle Qualitätsdialoge begonnen. Die Durchführung der Qualitätsdialoge wurde durch die PHFR evaluiert. 124 Einrichtungen haben sich an der Evaluation beteiligt. Dazu wurde ein separater Bericht vorgelegt, in dem weitere Informationen dazu enthalten sind.

2.2.9 Aktualisierung des Methodenhandbuchs

Mit der Übergabe des QS-Reha[®]-Verfahrens an das aQua-Institut und an die Pädagogische Hochschule Freiburg, wichtigen Änderungen datenschutzrechtlicher Vorgaben (Einführung der DSGVO) und methodischer bzw. inhaltlicher Anpassungen am Verfahren, war es nötig, das Methodenhandbuch zu aktualisieren. Dies umfasste u.a. folgende Punkte:

- Übertragung der vom Gemeinsamen Ausschuss beschlossenen dialogrelevanten Kriterien
- Überarbeitung datenschutzrechtlicher Aspekte
- Aktualisierung der verwendeten Erhebungsinstrumente (z.B. SINGER statt EBI/FIM im Fachbereich Neurologie)
- Eindeutige Differenzierung zwischen primären und sekundären Drop-Outs
- Aktualisierung der Quellen
- Aktualisierung der Benennung des aQua-Instituts und der Pädagogischen Hochschule Freiburg als unabhängige Auswertungsstelle nach § 299 Abs. 3 SGB V

Die Anpassungen wurden im Gemeinsamen Ausschuss nach § 137d SGB V beschlossen und resultierten in der fünften Version des Methodenhandbuchs (29.09.2022), die im Extranet zur Verfügung gestellt wurde.

Am 26.09.2023 wurde eine Ergänzung des Kapitel 6 im Methodenhandbuch zum Zeitpunkt der Qualitätsdialoge der Version vom Vorjahr zur Verfügung gestellt (Sitzungen des Gemeinsamen Ausschusses nach § 137d SGB V am 26.04.2023 und 26.09.2023). Der Fokus der Anpassung betraf die klarere Trennung zwischen den Kapiteln 6.2.1 „Anlass“ und 6.2.2 „Beginn des Qualitätsdialoges“.

So ist für den 5. Zyklus des QS-Reha®-Verfahrens vorgesehen, die Informationen über nicht erfüllte dialogrelevante Kriterien (DK) schon nach den Visitationen an den GKV-Spitzenverband bzw. die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen auf Bundesebene weiterzuleiten, damit die Krankenkassen auf Landesebene zeitnah in den Austausch mit der entsprechenden Fachabteilung gehen können, um gravierende Qualitätsmängel zu beheben.

Zum anderen werden - wie bisher auch - am Ende eines jeden QS-Reha®-Zyklus die vollständigen QS-Ergebnisse (aus der Strukturhebung, ergänzt um die Dimensionen Ergebnis- und Prozessqualität sowie Patientenzufriedenheit aus der Patientenbefragung) an die Fachabteilungen zurückgemeldet. Die vom Gemeinsamen Ausschuss beschlossenen und im Methodenhandbuch unter Kapitel 6 beschriebenen Auswahlalgorithmen gelten dann und werden zusätzlich zu den Auffälligkeiten der dialogrelevanten Kriterien an den GKV-SV weitergeleitet und münden ggf. in eine Aufforderung zum Qualitätsdialog.

Zum Methodenhandbuch besteht nach wie vor Aktualisierungsbedarf bspw. hinsichtlich einer weiteren Optimierung der Befragungsinstrumente, der Auswertungen, der Berichte etc., sodass auch zukünftig Überarbeitungen geplant sind.

3 Lesehinweise

Das öffentlich zugängliche Methodenhandbuch für die Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens (Version 5, 26.09.2023) dient als Grundlage für die in diesem Gesamtbericht 2023 dargestellten Ergebnisse und enthält eine ausführliche Beschreibung der jeweils eingesetzten Methoden und Empfehlungen im QS-Reha®-Verfahren. Zusätzlich werden in diesem Kapitel Lesehinweise zur Unterstützung bei der Interpretation der dargestellten Ergebnisse bereitgestellt.

3.1 Qualitätsdimensionen und Qualitätsunterdimensionen

Im QS-Reha®-Verfahren werden die folgenden **Qualitätsdimensionen** erfasst:

- Struktur- und Prozessqualität
- Ergebnisqualität
- Patientenzufriedenheit.

Diesen Qualitätsdimensionen sind jeweils **Qualitätsunterdimensionen (QUD)** zugeordnet. Die QUD variieren zwischen den Indikationsbereichen (Somatische Indikationen, Psychosomatik/psychische Erkrankungen, Geriatrie, MVK, Kinder- und Jugendrehabilitation (KiJu)) entsprechend dem jeweiligen Versorgungsauftrag der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen. Die für den jeweiligen Indikationsbereich erfassten QUD gehen aus den Ergebnisdarstellungen hervor und sind ausführlich im Methodenhandbuch aufgeführt und erläutert.

3.2 Erhebungsinstrumente und -zeiträume

Die Ergebnisse des QS-Reha®-Verfahrens basieren auf Daten, die mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten zu definierten Zeiträumen erhoben wurden. Die Tabelle 3 zeigt eine Übersicht über die Qualitätsdimensionen, die Erhebungsinstrumente, die Datengewinnung und die Erhebungszeiträume des QS-Reha®-Verfahrens³.

³ Methodenhandbuch für die Umsetzung des QS-Reha®-Verfahrens Vs. 5, Stand 26.09.2023

Tabelle 3: QS-Reha®-Verfahren: Qualitätsdimensionen, Instrumente, Datengewinnung, Erhebungszeiträume

Qualitätsdimension	Instrument	Datengewinnung	Erhebungszeitraum
Strukturqualität	Strukturerhebungsbogen	Die Einrichtung füllt den Online-Strukturerhebungsbogen aus	Innerhalb von 2 Monaten nach Beginn der Datenerhebung
	Ggf. Visitation*	Der vorausgefüllte Strukturerhebungsbogen wird von der jeweiligen Visitorin bzw. von dem jeweiligen Visitor geprüft und bearbeitet, Informationsgewinnung durch Vor-Ort-Begehung	Dauer der Begehung: eintägig; kurzfristige Ankündigung, nach Bearbeitung des Strukturerhebungsbogens durch die Einrichtung
Prozessqualität	Strukturerhebungsbogen	Siehe Strukturqualität	Siehe Strukturqualität
	Ggf. Visitation*	Siehe Strukturqualität	Siehe Strukturqualität
	Patientenbogen (Nachbefragung)	Bis zu 150 konsekutiv einbezogene Patientinnen und Patienten	Siehe Ergebnisqualität, Patientenbogen (Nachbefragung)
	Behandlerbogen (nur Mutter-/Vater-Kind Bereich)	Siehe Ergebnisqualität	Siehe Ergebnisqualität
Ergebnisqualität	Behandlerbogen ⁴	Die Behandlerinnen und Behandler füllen einen Behandlerbogen für die bis zu 150 konsekutiv einbezogenen Patientinnen und Patienten aus (Confounder für die Risikoadjustierung) sowie Behandlerbögen für alle nicht teilnehmenden Patientinnen und Patienten (primäre Drop-Outs)	Max. 12-monatige Erhebungsphase, Bearbeitung des Bogens bei Aufnahme der Patientinnen und Patienten. In der Neurologie, der Geriatrie stationär/ ambulant, der Psychosomatik und im Bereich Mutter-/Vater-Kind erfolgt zudem eine Erfassung zum Maßnahmenende.
	Patientenbogen (Reha-Beginn) ⁵	Bis zu 150 konsekutiv einbezogene Patientinnen und Patienten	Max. 12-monatige Erhebungsphase, Bearbeitung des Bogens unverzüglich nach Aufnahme der Patientin oder des Patienten (max. 3 Tage nach Aufnahme).
	Patientenbogen (Nachbefragung)	Bis zu 150 konsekutiv einbezogene Patientinnen und Patienten	Max. 14-monatige Erhebungsphase, Versand des Bogens 6 Wochen ⁶ nach Entlassung der Patientin oder des Patienten.
Patientenzufriedenheit	Patientenbogen (Nachbefragung)	Siehe Ergebnisqualität	Siehe Ergebnisqualität

Quelle: Methodenhandbuch Version 5, Tabelle 1

* In den Einrichtungen finden Visitationen statt (s. Methodenhandbuch)

⁴ Im Bereich der Kinder- und Jugend-Rehabilitation gibt es nur einen reduzierten Behandlerbogen.

⁵ Im Bereich der Kinder und Jugend-Rehabilitation gibt es keinen Patientenbogen zum Reha-Beginn. Im Bereich der Geriatrie werden ggf. auch Bezugspersonen befragt.

⁶ Im Bereich der Geriatrie wird der Bogen zwei Wochen nach der Entlassung der Patientin bzw. des Patienten versandt.

3.3 Voraussetzung für die Ergebnisdarstellungen im Gesamtbericht

Die Ergebnisdarstellungen im Gesamtbericht 2021-2023 basieren auf Grundlage der im Jahresbericht 2023 dargestellten Qualitätsergebnisse. Somit gelten die Voraussetzungen für die Ergebnisdarstellungen des Jahresberichts 2023 gleichermaßen für den Gesamtbericht 2021-2023. Ergebnisübersichten werden aus methodischen Gründen und Gründen des Datenschutzes ausschließlich für Indikationsbereiche erstellt, für die aus mindestens 5 Fachabteilungen mindestens 50 vollständige und somit auswertbare Datensätze vorliegen. Vollständig ist ein Datensatz, wenn für eine Patientin/einen Patienten die folgenden ausgefüllten Befragungsbögen vorliegen: Behandlerbogen und beide Patientenbögen (Beginn- und Nachbefragungsbogen) (Ausnahmen: vgl. Kapitel 3.2, Tabelle 3).

Diese Voraussetzungen sind im Jahr 2023 für die folgenden somatischen Indikationsbereiche erfüllt (vgl. Kapitel 4.1, Tabelle 7):

- Kardiologie stationär
- Muskuloskelettale Erkrankungen (MSK) stationär
- Muskuloskelettale Erkrankungen (MSK) ambulant
- Pneumologie
- Neurologie

Außerdem für die Indikationsbereiche:

- Psychosomatik/psychische Erkrankungen
- Geriatrie stationär
- Geriatrie ambulant
- Mutter-/Vater -Kind (MVK) Rehabilitation
- Mutter-/Vater -Kind (MVK) Vorsorge
- Kinder- und Jugendrehabilitation

Einschränkungen

Die Voraussetzungen für die Darstellungen im Gesamtbericht 2021-2023 sind für diese somatischen Indikationsbereiche nicht gegeben (vgl. Kapitel 4.1, Tabelle 7)⁷:

- Dermatologie
- Gastroenterologie / Stoffwechselerkrankungen / Nephrologie
- Kardiologie ambulant
- Onkologie

⁷ Für diese vier Indikationsbereiche wurden jedoch, wie auch für die anderen Indikationsbereiche, fachabteilungsindividuelle Ergebnisberichte erstellt, sofern für eine Fachabteilung Daten von mindestens fünf Patientinnen/Patienten vorlagen. Vergleichsgruppendaten werden in den Ergebnisberichten dargestellt, sofern Daten aus mindestens fünf Fachabteilungen mit mindestens fünf Patientinnen/Patienten vorlagen.

3.4 Ergebnisdarstellungen

Darstellung des durchschnittlichen Erfüllungsgrads

Für die **Struktur- und Prozessqualität** werden in der Qualitätssynopse je QUD der durchschnittliche Erfüllungsgrad und der Interquartilsbereich über alle Fachabteilungen einer Indikation angegeben. Der Erfüllungsgrad zeigt die durchschnittliche prozentuale Erfüllung der jeweiligen QUD an. Der Interquartilsbereich wird nach unten vom 25%-Perzentil und nach oben vom 75%-Perzentil begrenzt, sodass 50% der Fachabteilungen entsprechend ihrer Ergebnisse innerhalb dieses Bereichs liegen.

Darstellung signifikanter Abweichungen von dem Durchschnitt aller Fachabteilungen

Für die **Ergebnisqualität** und die **Patientenzufriedenheit** wird in der Qualitätssynopse auf Basis der risikoadjustierten Ergebnisse jeweils der Anteil der Fachabteilungen angegeben, deren Ergebnisse statistisch signifikant vom Durchschnitt der Fachabteilungen abweichen (Kapitel 6.2 und Kapitel 6.3).

Für einrichtungsvergleichende Analysen werden risikoadjustierte Daten dargestellt, da sich Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bzw. Fachabteilungen hinsichtlich der Merkmale und des Gesundheitszustandes ihrer Patientinnen und Patienten unterscheiden. Diese Merkmale der Patientinnen und Patienten werden mittels Risikoadjustierung berücksichtigt, um einen fairen Vergleich zwischen den Fachabteilungen zu ermöglichen.

Das risikoadjustierte Ergebnis einer Fachabteilung wird berechnet, indem über alle Patientinnen und Patienten der Fachabteilung die Mittelwerte für den beobachteten Wert (O wie „observed“) und für den erwarteten Wert (E wie „expected“) berechnet werden und anschließend die Differenz (O-E) gebildet wird.⁸ Die Differenz stellt den zentralen Parameter zur Beurteilung der Qualität einer Fachabteilung dar. Im Mittel über alle Fachabteilungen ist das Ergebnis (O-E) immer Null. Ist die Kennzahl (O-E) einer Fachabteilung größer (kleiner) Null, so ist das Ergebnis besser (schlechter) als der Durchschnitt über alle Ergebnisse der Fachabteilungen in der Vergleichsgruppe.

Weicht das Ergebnis (O-E) **signifikant** von 0 ab, weist die Fachabteilung eine über- oder unterdurchschnittliche Ergebnisqualität oder Patientenzufriedenheit in einer QUD auf. Die Prüfung auf statistische Signifikanz der Differenz erfolgt jeweils auf Basis eines t-Test für abhängige Stichproben⁹.

⁸ Nähere Erläuterungen zur Methode der Risikoadjustierung können dem Methodenhandbuch, S. 73 entnommen werden.

⁹ Für die Prüfung auf statistische Signifikanz wird ein Signifikanzniveau von 5 % festgelegt.

Darstellung von Effektstärken

In den Tabellen zur **Ergebnisqualität** (Kapitel 7) werden die in den einzelnen QUD durchschnittlich erzielten Effektstärken (nicht-risikoadjustiertes Ergebnis) dargestellt. In Kapitel 5 (Tabelle 16) werden zudem für die Patientinnen und Patienten in den neurologischen Fachabteilungen Veränderungen im Grad der Selbständigkeit (Singer-Index) anhand der Effektstärken angegeben.

Die Effektstärke (Cohens d) gibt an, wie stark sich die Mittelwerte der Beginn- und der Nachbefragung, unter Berücksichtigung der Streuung der Werte, unterscheiden. Sie wird berechnet, indem für jede Patientin/jeden Patienten die Differenz aus QUD-Wert zum Zeitpunkt der Nachbefragung und QUD-Wert zu Beginn der Rehabilitation ermittelt wird. Anschließend wird der Mittelwert dieser Differenzen durch die Standardabweichung der Differenzen dividiert.

Diese Berechnung erfolgt, sofern eine Beginn- und eine Nachbefragung durchgeführt wurde (Ergebnisqualität: Somatische Indikationen, Psychosomatik/psychische Erkrankungen, Geriatrie, MVK-Bereich). Die Effektstärke ist wie folgt zu interpretieren (Tabelle 4 und Tabelle 5):

Tabelle 4: Interpretation der Effektstärken: Verbesserung des Befragungsergebnisses

Werte	Effektstärke
0 bis unter 0,2	Kein Effekt
0,2 bis unter 0,5	Kleiner Effekt
0,5 bis unter 0,8	Mittlerer Effekt
ab 0,8	Großer Effekt

Tabelle 5: Interpretation der Effektstärken: Verschlechterung des Befragungsergebnisses

Werte	Effektstärke
0 bis unter -0,2	Kein Effekt
-0,2 bis unter -0,5	Kleiner Effekt
-0,5 bis unter -0,8	Mittlerer Effekt
ab -0,8	Großer Effekt

3.5 Ergebnisvergleiche zu vorherigen Zyklen

Der Gesamtbericht enthält die Ergebnisse des 4. Zyklus und stellt diese (1) vergleichend zu den Ergebnissen des 3. Zyklus oder (2) im Kontext über den Gesamtzeitraum des QS-Reha[®]-Verfahrens dar.

Vergleiche zu Ergebnissen des 3. Zyklus (2018-2020)

In den Tabellen der **Struktur- und Prozessqualität** (Kapitel 6.1), **Ergebnisqualität** (Kapitel 7) und **Patientenzufriedenheit** (Kapitel 8) werden die Ergebnisse aus Zyklus 4 (2021-2023) vergleichend zu den Ergebnissen aus Zyklus 3 dargestellt. Die folgenden Symbole kennzeichnen jeweils, ob das Ergebnis in Zyklus 4 im Vergleich zu Zyklus 3 besser (Symbol: ▲), schlechter (Symbol: ▼) oder identisch (Symbol: ●) ausgefallen ist.

Tabelle 6: Legende zur Erläuterung verwendeter Symbole in den Ergebnistabellen

Symbol	Legende
▲	Das Ergebnis ist in Zyklus 4 besser im Vergleich zu Zyklus 3
●	Das Ergebnis ist in Zyklus 4 identisch zu Zyklus 3
▼	Das Ergebnis ist in Zyklus 4 schlechter im Vergleich zu Zyklus 3

In den Tabellen der Struktur- und Prozessqualität kennzeichnen die Symbole Unterschiede hinsichtlich des erzielten durchschnittlichen Erfüllungsgrades (Kapitel 6.1). In den Tabellen der Ergebnisqualität werden Unterschiede in den erzielten Effektstärken gekennzeichnet¹⁰ (Kapitel 7). Bei der Patientenzufriedenheit werden Unterschiede des Mittelwerts aus den Nachbefragungsergebnissen zwischen den Zyklen angezeigt (Kapitel 8).

Die dargestellten Ergebnisse zu Zyklus 4 und Zyklus 3 basieren auf den Ergebnistabellen der jeweiligen Jahresberichte. In Einzelfällen sind Angaben zu Zyklus 3 nicht in dem Jahresbericht des 3. Zyklus ausgewiesen und wurden daher abweichend aus den Ergebnisberichten Teil II (2020) entnommen. Dies ist an entsprechender Stelle unterhalb der Tabellen vermerkt.

In einigen Fällen ist ein Ergebnisvergleich zwischen Zyklus 4 und Zyklus 3 nicht möglich, beispielsweise wenn zwischenzeitlich Änderungen in der Auswertung beschlossen und vorgenommen wurden. Auch dies ist an entsprechender Stelle unterhalb der Tabellen gekennzeichnet.

Generell ist anzumerken, dass die Ergebnisse zwischen den Zyklen nur bedingt vergleichbar sind. Zum einen unterscheiden sich die Zahlen der teilnehmenden Fachabteilungen in den jeweiligen Zyklen. Zum anderen sind insbesondere in der Patientenbefragung, aus der die Dimensionen Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit generiert werden, die Stichproben der Patientinnen und Patienten unterschiedlich.

¹⁰ Ausnahme: Im Bereich Kinder- und Jugendrehabilitation wird der Mittelwert aus den Nachbefragungsergebnissen dargestellt anstelle der Effektstärke

Ergebnisvergleiche im Gesamtzeitraum (Zyklus 1 bis Zyklus 4)

Die Ergebnistabellen der **Ergebnisqualität** (Kapitel 6.2) und der **Patientenzufriedenheit** (Kapitel 6.3) in der **Qualitätssynopse** bilden Daten aus allen vier Zyklen des QS-Reha[®]-Verfahrens ab. Es wird somit ein Überblick über den Gesamtzeitraum des QS-Reha[®]-Verfahrens (2012-2023) gegeben und ein Vergleich der Ergebnisse aus allen vier Zyklen wird ermöglicht.

Auf Basis der risikoadjustierten Ergebnisse wird jeweils der Anteil der Fachabteilungen angegeben, deren Ergebnisse für O-E statistisch signifikant vom Durchschnitt der Fachabteilungen abweichen. Es wird jeweils in einer Tabelle der Anteil der Fachabteilungen angegeben, deren Ergebnisse (1) statistisch signifikant positiv vom Durchschnitt abweichen oder (2) statistisch signifikant negativ vom Durchschnitt abweichen.

Datengrundlage für den Ergebnisvergleich ist der Gesamtbericht Zyklus 3. Die dort enthaltenen Ergebnistabellen stellen die QUD mit den auffälligsten Werten in der jeweiligen Indikation dar. Die Ergebnistabellen werden um Daten des Zyklus 4 zur Ergebnisqualität (Tabelle 33 und Tabelle 34) und Patientenzufriedenheit (Tabelle 35 und Tabelle 36) erweitert.

Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden die Ergebnisse aus der Geriatrie nicht abgebildet, da für diesen Bereich erst seit dem 3. Zyklus Auswertungen zur Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit erfolgen. Gleiches gilt für die Indikationen Kardiologie und MSK (ambulant), die erst im Zuge des 2. Zyklus in das QS-Reha[®]-Verfahren aufgenommen wurden. In den Bereichen MVK sowie Kinder- und Jugendrehabilitation erfolgt zum derzeitigen Stand keine Risikoadjustierung, sodass die Anteile der Fachabteilungen mit signifikanten Abweichungen auf Basis der Differenzen (O-E) nicht berechnet werden.

4 Teilnahme und Drop-Out

4.1 Teilnahme der Fachabteilungen

Tabelle 7 zeigt die Gesamtzahl aller in Zyklus 4 am QS-Reha®-Verfahren beteiligten Fachabteilungen je Indikation und die Einteilung nach Anzahl der vorliegenden auswertbaren Datensätze. Die Indikationen Dermatologie, Gastroenterologie, Kardiologie, MSK, Onkologie, Pneumologie und Neurologie (stationär) sowie Kardiologie und MSK (ambulant) stellen die im QS-Reha®-Verfahren sogenannten somatischen Indikationsbereiche dar.

Über alle Indikationsbereiche hinweg nahmen 748 Fachabteilungen am 4. Zyklus des QS-Reha®-Verfahrens teil. Die Ergebnisdarstellungen in den nachfolgenden Kapiteln enthalten jedoch aufgrund der in den Lesehinweisen aufgeführten Voraussetzungen (mindestens 5 Fachabteilungen mit mindestens 50 vollständigen auswertbaren Datensätzen) ausschließlich Ergebnisse aus insgesamt 459 Fachabteilungen (in Tabelle 7 hervorgehoben). Nähere Erläuterungen zur „Vollständigkeit bzw. Auswertbarkeit eines Datensatzes“ siehe Kapitel 4.2.

Tabelle 7: Überblick Anzahl Fachabteilungen, aufgeschlüsselt nach Anzahl auswertbarer Datensätze

FA-ID	Indikation	Anzahl Fachabteilungen (FA) aufgeschlüsselt nach Anzahl auswertbarer Datensätze				FA gesamt
		>= 50	>= 5 bis < 50	>= 1 bis < 5	0	
1000	Dermatologie	0	3	1	1	5
1100	Gastroenterologie	3	5	4	5	17
1200	Kardiologie stationär	28	12	5	4	49
1250	Kardiologie ambulant	2	5	3	2	12
1300	Muskuloskelettale Erkrankungen (MSK) stationär	80	14	4	8	106
1350	Muskuloskelettale Erkrankungen (MSK) ambulant	32	22	7	13	74
1400	Onkologie	1	4	0	1	6
1500	Pneumologie	11	7	3	1	22
2000	Neurologie	52	23	5	5	85
3000	Psychosomatik/psychische Erkrankungen	5	12	1	2	20
1600	Geriatrie ambulant	10	12	5	16	43
1700	Geriatrie stationär	115	32	7	10	164
4000	Mutter-/Vater-Kind (MVK)	120	6	1	2	129
5000	Kinder und Jugend (KiJu)	6	7	3	0	16
	Gesamt	465	164	49	70	748
	Gesamt Jahresbericht 2023 (> 5 Fachabteilungen je Indikation)	459				

Tabelle 7 ist zu entnehmen, dass die Anzahl an Fachabteilungen mit mindestens 50 auswertbaren Datensätzen am höchsten in den Indikationsbereichen MVK (120), Geriatrie stationär (115) und MSK stationär (80) war, am geringsten in den Bereichen KiJu (6) und Psychosomatik/psychische Erkrankungen (5). Aus insgesamt 70 von 748 Fachabteilungen (9,4%) lag kein vollständig auswertbarer Datensatz aus der Patientenbefragung vor.

4.2 Teilnahme der Patientinnen und Patienten

Tabelle 8 stellt die Anzahl der Patientinnen und Patienten aus 459 Fachabteilungen (vgl. Kapitel 4.1) dar, die am 4. Zyklus des QS-Reha®-Verfahrens teilgenommen haben. Die jeweilige Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme (primärer Drop-Out) wurde zu Beginn der Behandlung im Behandlerbogen dokumentiert. Außerdem werden in Tabelle 8 die Anzahl der ausgefüllten Patientenbögen (Beginn-Befragung, Nachbefragung) aufgezeigt, sowie der Anteil ausgefüllter Nachbefragungsbögen bezogen auf ausgefüllte Beginnbögen.

Darüber hinaus wird die Anzahl vollständiger Datensätze (Behandlerbogen + Beginnbogen + Nachbefragungsbogen) je Indikationsbereich sowie der Anteil vollständiger Datensätze bezogen auf die dokumentierten teilnehmenden Patientinnen und Patienten ausgewiesen.

Ausschließlich vollständige Datensätze gehen in die Auswertungen ein. Für die Darstellung im Jahresbericht bzw. Gesamtbericht müssen zusätzlich die in den Lesehinweisen aufgeführten datenschutzrechtlichen/statistischen Voraussetzungen für die jeweiligen Indikationsbereiche erfüllt sein (mindestens 5 Fachabteilungen mit mindestens 50 vollständigen auswertbaren Datensätzen, vgl. Kapitel 3.3).

Tabelle 8: Dokumentierte Teilnehmende, Rücklaufquoten und vollständige Datensätze

Indikation	Behandler-Bögen	Patienten-Bögen		Vollständige Datensätze	Rücklauf Nachbefrag.bögen/ Beginnbögen (Patienten) (%)	Vollständige Datensätze/ Dokumentierte Teilnehmende (%)
	Dokumentierte Teilnehmende	Ausgefüllte Beginnbögen	Ausgefüllte Nachbefragungsbögen			
Kardiologie stationär	3.535	3.229	2.472	2.408	76,6	68,1
MSK stationär	10.780	9.841	7.633	7.459	77,6	69,2
MSK ambulant	3.773	3.402	2.577	2.519	75,7	66,8
Pneumologie	1.525	1.472	1.153	1.147	78,3	75,2
Neurologie	6.360	6.073	4.091	4.006	67,4	63,0
Psychosomatik/ psych. Erkrankungen	402	394	317	317	80,5	78,9
Geriatrie ambulant	1.031	833	670	766 ¹	80,4	74,3
Geriatrie stationär	14.454	14.412	8.754	8.630 ²	60,7	59,7
MVK - Eltern	16.716	16.111	11.216	11.145	69,6	66,7
MVK – Kinder & Jug. (ab 12 Jahren)	759	716	457	447	63,8	58,9
MVK - Kinder (bis 11 Jahren)	5.509	5.220	3.536	3.476	67,7	63,1
Kinder und Jugendliche	1.108	-	583	583	-	52,6
Gesamt	65.952	61.703	43.459	127.470	69,5	65,1

- = Daten wurden nicht erhoben. MVK umfasst Rehabilitation und Vorsorge.

Rücklauf Gesamt: $(43.459-583)/61.703 = 69,5$; Für den Bereich Kinder und Jugendliche kann der Rücklauf nicht berechnet werden.

¹ Geriatrie ambulant: 18 (2,3%) der 766 vollständigen Datensätze stammen von Bezugspersonen.

² Geriatrie stationär: 0 von 8.630 Datensätzen stammen von Bezugspersonen.

Erläuterung zu Tabelle 8 anhand eines Beispiels: Im Indikationsbereich Kardiologie stationär wurden insgesamt 3.535 Patientinnen und Patienten als Teilnehmende dokumentiert. Von ihnen wurden 3.229 Beginnbögen ausgefüllt, 2.472 Patientinnen und Patienten sandten einen ausgefüllten Nachbefragungsbogen zurück (76,6% bezogen auf die Beginnbögen). Insgesamt lagen im Indikationsbereich Kardiologie stationär 2.408 vollständig auswertbare Datensätze bestehend aus Behandlerbogen und beiden Patientenbögen (Beginn und Nachbefragung) vor, d.h. von 68,1% der Patientinnen und Patienten, die zu Reha-Beginn als Teilnehmende dokumentiert wurden.

Der Anteil ausgefüllter Nachbefragungsbögen bezogen auf die Anzahl der ausgefüllten Bögen zu Reha-Beginn beträgt in Zyklus 4 im Durchschnitt über alle ausgewiesenen Bereiche 69,5%. Diese Quote lag im Vergleich dazu in Zyklus 3 bei 65%¹¹. Der Anteil der vollständigen Datensätze, bezogen auf die dokumentierten Teilnehmenden, betrug in Zyklus 4: 65,1%.

In Tabelle 9 ist die Anzahl der von den Behandlern dokumentierten primären Drop-Outs je Indikation absolut sowie als Durchschnitt der Fachabteilungen dargestellt. Die Anzahl der durchschnittlichen Drop-Outs pro Fachabteilung wird zudem jeweils ins Verhältnis zur theoretisch möglichen Anzahl von 30 Drop-Outs pro Fachabteilung gesetzt: „Fiktive Drop-Out-Dokumentationsquote (%)“.

Tabelle 9: Dokumentierte primäre Drop-Outs

Dokumentation primärer Drop-Outs	Kardiologie stationär	MSK stationär	MSK ambulant	Pneumologie	Neurologie	Psychosomatik/ Psych. Erkrankungen	Geriatric stationär	Geriatric ambulant	MVK (Eltern) ²	Gesamt
Anzahl Fachabteilungen (FA)	28	80	32	11	52	5	115	10	120	453
Anzahl maximal zu dokumentierender primärer Dropouts (FA x 30)	840	2.400	960	330	1.560	150	3.450	300	3.600	13.440
Anzahl dokumentierter primärer Drop-Outs gesamt	418	1.307	411	209	1.057	39	2.026	188	1.930	7.585
Mittelwert (dokumentierte primäre Drop-Outs pro Fachabteilung)	14,9	16,3	12,8	19,0	20,3	7,8	17,6	18,8	16,1	16,8
Fiktive Drop-Out-Dokumentationsquote (%) ¹	49,8	54,5	42,8	63,3	67,8	26,0	58,7	62,7	53,6	56,1

¹ bezogen auf maximal 30 zu dokumentierende primäre Drop-Outs pro Fachabteilung. ² MVK umfasst Rehabilitation und Vorsorge.

Gründe für primäre Drop-Outs

Die Gründe für die Nicht-Teilnahme (primärer Drop-Out) sind in Tabelle 10, Tabelle 11 und Tabelle 12 dargestellt. Die Gründe für die Unvollständigkeit eines Datensatzes (sekundärer Drop-Out) können z.B. folgende sein:

¹¹ Vgl. Jahresbericht des BQS-Instituts für den Zeitraum vom 1.4.2019 bis 30.4.2020, S. 19

vorzeitiger Abbruch der Rehamaßnahme, Rücknahme der Einwilligungserklärung, Versterben der Patientin/des Patienten, Fragebogenset liegt nicht vollständig vor oder die Fragebögen sind nicht lesbar für den Scanner.

Tabelle 10: Gründe für primäre Drop-Outs der Patientinnen und Patienten (Somatik, Geriatrie, MVK)

Gründe für primäre Drop-Outs (Patientinnen und Patienten)	Kardiologie	MSK s	MSK ambulant	Pneumologie	Neurologie	Geriatrie	Geriatrie ambulant	MVK (Eltern)**	Gesamt
Anzahl primäre Drop-Outs (N)	418	1.307	411	209	1.057	2.026	188	1.930	7.546
Gründe (%)									
Ablehnung der Teilnahme	47,4	53,1	53,8	48,3	28,3	54,3	44,7	70,1	53,7
Kognitive/physische Einschränkungen	8,4	14,8	9,3	23,9	39,8	28,3	31,9	2,8	18,9
Sprachliche Probleme	9,8		12,7	14,8	18,4	6,0	11,7	6,8	9,3
Nicht-reguläres Ende*	-	-	-	-	-	1,0	0	-	0,3
Andere	34,4	23,4	24,3	12,9	13,5	10,4	11,7	20,3	17,8

* wurde ausschließlich im Bereich Geriatrie erhoben. ** MVK umfasst Rehabilitation und Vorsorge.

Tabelle 11: Gründe für primäre Drop-Outs der Bezugspersonen in der Geriatrie (stationär und ambulant)

Gründe für primäre Drop-Outs (Bezugspersonen)	Geriatrie (stationär: N=43, ambulant: N=3)*
Anzahl primäre Drop-Outs (Bezugspersonen)	46
Gründe (%)	
Bezugsperson lehnt Teilnahme ab	60,9
Patient/in lehnt die Befragung der Bezugsperson ab	0,0
kognitive/physische Einschränkungen	21,7
Sprachliche Probleme	2,2
Bezugsperson nicht verfügbar	8,7
Andere	6,5
Gesamt	100

* Die Daten für den stationären und den ambulanten Bereich wurden aus Datenschutzgründen zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 12: Gründe für primäre Drop-Outs im Indikationsbereich Psychosomatik/psychische Erkrankungen

Gründe für primäre Drop-Outs (Patientinnen und Patienten)	Psychosomatik/psychische Erkrankungen
Anzahl primäre Drop-Outs (N)	39
Gründe (%)	
Ablehnung der Teilnahme	87,2
Kognitive/sprachliche Einschränkungen	0,0
Vorzeitige Abreise	0,0
Verlegung	0,0
Therapieabbruch	2,6
Andere	10,3
Gesamt	100

Somatische Indikationen

In den meisten somatischen Indikationsbereichen (ausgenommen: Neurologie) ist die Ablehnung der Teilnahme häufigster Grund für den primären Drop-Out. Im Indikationsbereich Neurologie sind kognitive bzw. physische Einschränkungen mit 39,8% der häufigste Grund für den primären Drop-Out (Tabelle 10).

Psychosomatik/psychische Erkrankungen

Im Indikationsbereich Psychosomatik/psychische Erkrankungen wurden zum Teil andere Gründe für einen primären Drop-Out erfragt bzw. dokumentiert als in den anderen Indikationsbereichen (Tabelle 12). Von den insgesamt 39 primären Drop-Outs ist auch hier mit 87,2% die Mehrzahl auf die Ablehnung der Teilnahme zurückzuführen.

Geriatric

Im Indikationsbereich Geriatric (ambulant und stationär) wurden Patientinnen und Patienten oder deren Bezugspersonen befragt. Daher werden in der primären Drop-Out-Analyse die Gründe zur Nicht-Teilnahme von Patientinnen und Patienten getrennt von denen der Bezugsperson ausgewiesen (Tabelle 10 und Tabelle 11).

Von Seiten der Patientinnen und Patienten war die Ablehnung der Teilnahme mit 44,7% (ambulant) bzw. 54,3% (stationär) häufigster Grund für einen primären Drop-Out in der Geriatric. Am zweithäufigsten werden kognitive oder physische Einschränkungen genannt (31,9 % bzw. 28,3%). Von Seiten der Bezugspersonen war ebenfalls die Ablehnung der Teilnahme häufigster Grund für eine Nicht-Teilnahme (60,9%)(Tabelle 11).

Mutter-Vater-Kind Bereich

Im Bereich MVK ist die „Ablehnung der Teilnahme“ mit 70,1% der häufigste Grund. Bei 20,3% der Patientinnen und Patienten wurde die Angabe „Andere“ gemacht (Tabelle 10).

5 Beschreibung der Stichprobe

In Kapitel 5 werden die wichtigsten Merkmale der Patientinnen und Patienten aus allen 453 Fachabteilungen¹² mit mindestens 50 auswertbaren Datensätzen (bei mindestens 5 Fachabteilungen), dargestellt (vgl. Kapitel 3.3). Hierzu gehören zum einen soziodemographische Merkmale, Art der Maßnahme, Komorbidität, Reha-Status und -Motivation und zum anderen Diagnosen und Eingangsbefunde.

Tabelle 13 zeigt die Stichprobengröße in den einzelnen Indikationen und stellt die soziodemografischen Merkmale der jeweiligen Patientengruppen dar. Zur Beschreibung dieser Merkmale werden unter anderem das Alter, Geschlecht und Schulabschluss der Patientinnen und Patienten betrachtet. Im Bereich Geriatrie stationär ist die Anzahl der am QS-Reha®-Verfahren teilnehmenden Patientinnen und Patienten mit 8.630 am größten und im Bereich Psychosomatik/psychische Erkrankungen mit 317 Patientinnen und Patienten am kleinsten.

Das höchste Durchschnittsalter weisen Patientinnen und Patienten in der Geriatrie auf (Geriatrie ambulant: 80,7 Jahre und Geriatrie stationär: 81,2 Jahre). Deutlich niedriger als in den somatischen Indikationen ist das durchschnittliche Alter der Eltern in den Bereichen MVK Vorsorge und MVK Reha, mit 39,9 bzw. 40,4 Jahren. Das Durchschnittsalter der mitgebrachten behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen liegt bei 7,5 Jahren (MVK Vorsorge) bzw. 7,8 Jahren (MVK Reha). Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten in der Pneumologie liegt bei 68,7 Jahren. Die größte Streubreite des Alters gibt es in den Indikationen Psychosomatik/psychische Erkrankungen und Neurologie (Standardabweichung: 12,0 bzw. 11,9) bei einem durchschnittlichen Alter von 61,7 bzw. 69,6 Jahren.

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung zeigt sich in den Stichproben, dass in den Indikationen MVK Vorsorge und MVK Reha der Anteil der Frauen erheblich größer ist als der Anteil der Männer (93,3% bzw. 93,7%). Ausschließlich in den Indikationen Kardiologie stationär und Neurologie überwiegt der Anteil der Männer (Kardiologie stationär: 65,5%; Neurologie: 53,7%). Unter den behandlungsbedürftigen Kindern im Bereich MVK Vorsorge – Kind und MVK Reha – Kind überwiegt mit 54,6% bzw. 52,6% jeweils leicht der Anteil der Jungen.

In Bezug auf den höchsten Schulabschluss¹³ wird in allen somatischen Indikationen der Hauptschulabschluss mit Durchschnittswerten zwischen 40,1% (Pneumologie) und 46,1% (Kardiologie stationär) am häufigsten genannt. Bei Durchschnittswerten zwischen 26,2% und 33,5% wird der Realschulabschluss (bzw. die Polytechnische Oberschule) in allen somatischen Indikationen mit zweitgrößter Häufigkeit als höchster Schulabschluss genannt. Der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Abitur/Fachabitur liegt in der Somatik zwischen 13,6% und 17,5%. Im Bereich Psychosomatik/psychische Erkrankungen liegt er mit 30,9% etwa doppelt so hoch wie in den somatischen Indikationsbereichen. Im MVK Bereich ist der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Abitur/Fachabitur am höchsten (Vorsorge: 57,4% und Rehabilitation: 56,9%), gefolgt vom Realschulabschluss/der polytechnischen Oberschule (Vorsorge: 35,0% und Rehabilitation: 34,3%).

¹² Im Indikationsbereich Kinder und Jugendrehabilitation werden keine Daten für die Stichprobenbeschreibung erhoben.

¹³ In den Indikationsbereichen Geriatrie und MVK-Kinder und -Jugendliche wurden zum „Schulabschluss“ keine Daten erfasst.

Tabelle 13: Soziodemografische Merkmale

Merkmale	Kardiologie stationär	MSK stationär	MSK ambulant	Pneumologie	Neurologie	Psychosomatik/ psych. Erkrankungen	Geriatric stationär	Geriatric ambulant	MVK Vorsorge Eltern	MVK Vorsorge - Kinder und Jugendliche	MVK Reha Eltern	MVK Reha - Kinder und Jugendliche
Anzahl Patient/innen	2.408	7.459	2.519	1.147	4.006	317	8.630	766	4.962	1.582	6.183	2.341
Alter (Jahre)												
Mittelwert	72,4	72,6	71,3	68,7	69,9	61,7	81,2	80,7	39,9	7,5	40,4	7,8
Standardabweichung	7,6	7,7	9,0	9,3	11,9	12,0	6,8	6,4	6,4	3,4	7,1	3,2
Geschlecht (%)												
Weiblich	34,5	66,0	57,1	50,0	46,3	64,4	70,1	62,5	93,3	45,4	93,7	47,4
Männlich	65,5	34,0	42,9	50,0	53,7	35,6	29,9	37,5	6,7	54,6	6,3	52,6
Schulabschluss (%)												
Noch in der Schule	0,2	0,3	0,4	0,3	0,3	0,0	-	-	-	-	-	-
Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss	46,1	45,9	42,6	40,1	44,7	31,5	-	-	5,0	-	6,3	-
Realschulabschluss / Polytechn. Oberschule	26,2	30,2	29,4	33,5	29,1	31,9	-	-	35,0	-	34,3	-
Abitur/Fachabitur	17,0	13,6	17,5	16,4	16,6	30,9	-	-	57,4	-	56,9	-
Sonstiges	5,9	4,4	4,4	5,3	4,2	2,5	-	-	1,8	-	1,7	-
Kein Schulabschluss	1,2	1,0	0,9	1,4	1,5	0,9	-	-	0,3	-	0,3	-
Keine Angabe	3,3	4,7	4,8	3,1	3,7	2,2	-	-	0,5	-	0,6	-
Partnersituation (%)												
Ohne festen Partner	-	-	-	-	-	32,1	-	-	22,4	-	24,4	-

- = Daten wurden im betreffenden Bereich nicht erhoben.

Zu Beginn der Rehabilitation wurden weitere fallbezogene Informationen der Patientinnen und Patienten dokumentiert, die im Folgenden auszugsweise tabellarisch dargestellt und erläutert werden¹⁴. Tabelle 14 zeigt, dass die eingeschätzte Reha-Motivation der Patientinnen und Patienten zu Beginn der Behandlung auf einer Skala von 0 (niedrigste Bewertung) bis 10 (höchste Bewertung) über alle Indikationsbereiche hinweg im Mittel zwischen 7,97 und 8,97 lag.

¹⁴ Ausnahme: SINGER-Index: Es wird auch der bei Entlassung erhobene Wert dargestellt.

Tabelle 14: Eingeschätzte Reha-Motivation bei Behandlungsbeginn in allen Indikationsbereichen

Indikation	Eingeschätzte Reha-Motivation		
	Patienten mit gültigen Angaben (n)	Mittelwert	Standardabweichung
Kardiologie stationär	2.408	8,37	1,72
MSK stationär	7.459	8,60	1,55
MSK ambulant	2.519	8,97	1,32
Pneumologie	1.147	8,16	1,94
Neurologie	4.006	8,52	1,68
Psychosomatik/psychische Erkrankungen	317	8,69	1,54
Geriatric stationär	8.630	7,97	1,52
Geriatric ambulant	766	8,08	1,51
MVK Vorsorge Eltern	4.962	8,62	1,56
MVK Reha Eltern	6.183	8,64	1,41

Bewertungsskala 0 (niedrigste Bewertung) -10 (höchste Bewertung). Die Reha-Motivation bei Kindern und Jugendlichen (MVK und KiJu) wurde nicht erhoben.

Somatische Indikationsbereiche

Tabelle 15 ist zu entnehmen, um welche Art der Maßnahme bzw. des Zugangs zur Rehabilitation es sich in den somatischen Indikationsbereichen handelte. In vier von fünf somatischen Indikationsbereichen war die Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation (AHB/AR) mit Werten zwischen 70,5% (Neurologie) und 96,4% (MSK ambulant) die häufigste Zugangsart. Ausschließlich in der Indikation Pneumologie wurde die Rehabilitation am häufigsten über das „Heilverfahren (HV)“ begonnen (52,2%).

Zu Beginn der Behandlung wurde die Komorbidität der Patientinnen und Patienten dokumentiert. Die Ergebnisse der Tabelle 15 zeigen, dass sich der KoMo-Gesamtscore (Wertebereich 0-1) im Mittel zwischen 0,53 (MSK ambulant) und 0,91 (Pneumologie) bewegt.

Ferner wurde der Reha-Status der Patientinnen und Patienten bei Behandlungsbeginn erfasst. In den Indikationen Pneumologie und Neurologie ist der Anteil an Patientinnen und Patienten mit einem Reha-Status „gravierend“ am höchsten (47,9% und 64,0%).

Tabelle 15: Dokumentierte Art des Zugangs und der Komorbidität bei Behandlungsbeginn in den somatischen Indikationen

Eingangsdokumentationen	Kardiologie stationär	MSK stationär	MSK ambulant	Pneumologie	Neurologie
Art der Maßnahme					
Anzahl Patient/innen	2.408	7.459	2.519	1.147	4.006
AHB/AR (%)	86,0	85,2	96,4	44,1	70,5
HV (%)	13,7	14,5	3,5	52,2	29,3
Sonstiges (%)	0,3	0,3	0,0	3,7	0,2
Komorbidität (KoMo-Gesamtscore)¹					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	2.408	7.459	2.519	1.147	4.006
Mittelwert	0,78	0,61	0,53	0,91	0,83
Standardabweichung	0,56	0,58	0,48	0,60	0,63
Reha-Status bei Behandlungsbeginn²					
Anzahl Patienten mit gültigen Angaben	2.354	7.266	2.440	1.120	3.965
gravierend (%)	28,7	35,8	24,8	47,9	64,0
auffällig (%)	34,3	36,0	37,8	29,2	26,0
unauffällig (%)	37,0	28,3	37,4	22,9	10,0

¹ = KoMo-Gesamtscore: hohe Werte = hohe Komorbidität (Wertebereich: 0 bis 1). Berechnung erfolgt auf Grundlage von Angaben im Behandlerbogen; ² = Berechnung und Einteilung erfolgt auf Basis von Angaben im Patientenbogen (Summenscore).

SINGER-Index (ausschließlich im Behandlerbogen der Neurologie)

Erstmals in Zyklus 4 wurde mithilfe des Selbständigkeits - Index für die Neurologische und Geriatrische Rehabilitation (SINGER-Assessment bzw. SINGER-Index) der Grad an Selbständigkeit und Pflegebedürftigkeit der Patientinnen und Patienten in den **neurologischen Fachabteilungen** bei Aufnahme und bei Entlassung über die Behandlerbögen erfasst¹⁵. Analog zu den Ergebnisberichten Teil II werden die Ergebnisse beider Erhebungen in diesem Kapitel 5 (Beschreibung der Stichprobe) dargestellt. Für alle Items wurden statistisch bedeutsame Verbesserungen (Effektstärke $\geq 0,2$)¹⁶ erzielt. Bei einer Effektstärke von 0,26 wurden die geringsten Verbesserungen und ein kleiner Effekt bei dem Item „Soziales Verhalten“ erzielt. In der „Mobilität“ waren die Verbesserungen im Mittel am größten und es wurden große Effekte ($0,85 \geq 0,8$) erzielt (Tabelle 16).

¹⁵ Das SINGER-Assessment ersetzt in der Indikation Neurologie seit dem 4. Zyklus (2021-2023) des QS-Reha®-Verfahrens die Assessments „Barthel-Index (BI)“ einschließlich des „erweiterten Barthel-Index (EBI)“ sowie die „Funktionale Selbstständigkeitsmessung (FIM)“ zu Beginn und Ende der Rehabilitation.

¹⁶ vgl. Kapitel 3.4 (Tabelle 4)

Tabelle 16: SINGER-Index (Selbständigkeits-Index) in der Neurologie bei Beginn und Entlassung der Behandlung

Selbständigkeits-Index	Index Aufnahme	Index Entlassung	Mittlere Differenz	Std. Abw.	Effektstärke
Anzahl Patient/innen	4.006	4.006			
SINGER					
Selbstversorgung	3,82	4,39	0,57	0,74	0,77
Mobilität	3,30	4,11	0,81	0,95	0,85
Kommunikative Aktivitäten	4,36	4,60	0,25	0,52	0,47
Kognitive Aktivitäten	4,17	4,48	0,31	0,57	0,54
Planen und Problemlösen	4,16	4,47	0,31	0,71	0,43
Soziales Verhalten	4,60	4,75	0,15	0,58	0,26
Haushaltführung	2,52	3,28	0,76	1,19	0,64
Summenscore	3,85	4,35	0,50	0,55	0,92

SINGER-Index: Skala 0 - 5; 0 = vollständige Abhängigkeit von professioneller Hilfe, 5 = selbständig mit/ohne Hilfsmittel, unabhängig von personeller Hilfe.

Psychosomatik/psychische Erkrankungen

Bei 58,8% der Patientinnen und Patienten im Indikationsbereich Psychosomatik/psychische Erkrankungen lagen bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine oder mehrere Rehabilitationsbehandlungen vor. In Tabelle 17 werden dokumentierte Diagnosen zu Beginn der Behandlung im Indikationsbereich Psychosomatik/psychische Erkrankungen aufgeführt. Bei 49,8% der Patientinnen und Patienten wurden „depressive Störungen (F32-F33; F34.1)“ als Diagnose angegeben.

Tabelle 17: Frühere Rehabilitationsbehandlungen, dokumentierte Diagnosen (Auswahl) bei Behandlungsbeginn und Chronifizierungsdauer im Indikationsbereich Psychosomatik/psychische Erkrankungen

Eingangsdokumentationen	Patient/innen im Indikationsbereich Psychosomatik/psychische Erkrankungen
Anzahl Patient/innen	317
Frühere Rehabilitationsbehandlungen (%)	58,8
Diagnosen (%)	
Depressive Störungen (F32-F33; F34.1)	49,8
Angststörungen (F40-F41)	10,7
Somatoforme Störungen (F45)	13,9
Essstörungen (F50)	0,9
Persönlichkeitsstörungen (F60-F62)	1,6
Chronifizierungsdauer der Haupterkrankung (> 5 Jahre) (%)	27,4

Geriatrie (stationär und ambulant)

Im Indikationsbereich Geriatrie wurde bei Aufnahme der Pflegegrad der Patientinnen und Patienten dokumentiert („Kein Pflegegrad“ bis „Pflegegrad 5“). Sowohl in der Indikation Geriatrie ambulant als auch in der Indikation Geriatrie stationär lag bei einem Großteil der Patientinnen und Patienten (50,3% bzw. 45,3%) der Befund „Kein Pflegegrad“ vor. Mit zweitgrößter Häufigkeit wurde für die Patientinnen und Patienten in den ambulanten und stationären Fachabteilungen der „Pflegegrad 2“ dokumentiert (23,4% und 29,8%) (Tabelle 18).

Mithilfe des Barthel-Index wurde im Bereich Geriatrie die Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten erfasst (100 Punkte = komplette Selbständigkeit). In den ambulanten Fachabteilungen war der dokumentierte Grad an Selbständigkeit bei einem Mittelwert von 79,05 Punkten deutlich höher als in den stationären Fachabteilungen (im Mittel 61,68 Punkte).

Tabelle 18: Pflegegrad und Barthel-Index der Patientinnen und Patienten bei Behandlungsbeginn im Indikationsbereich Geriatrie ambulant und stationär

Eingangsdokumentationen	Geriatrie ambulant	Geriatrie stationär
Anzahl Patient/innen (N)	766	8.630
Pflegegrad zum Zeitpunkt der Aufnahme (%)		
Kein Pflegegrad	50,3	45,3
Pflegegrad 1	9,0	10,5
Pflegegrad 2	23,4	29,8
Pflegegrad 3	8,1	11,3
Pflegegrad 4	1,3	1,0
Pflegegrad 5	0,0	0,0
Nicht bekannt	8,0	2,0
Barthel-Index (BI) (0 - 100 Punkte)		
Mittelwert	79,05	61,68
Standardabweichung	14,47	16,62

Barthel-Index: Maß für die Selbständigkeit (0 – 100 Punkte, 100 Punkte = komplette Selbständigkeit).

Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation und Vorsorge

Tabelle 19 veranschaulicht die Anzahl der mitreisenden behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen im Bereich MVK¹⁷. Sowohl in der Rehabilitation als auch in der Vorsorge überwog der Anteil der Eltern, die ohne behandlungsbedürftige Kinder/Jugendliche an der Maßnahme teilnahmen (63,4% bzw. 64,5%), gefolgt von Eltern mit einem behandlungsbedürftigen Kind/Jugendlichen (27,3% und 26,2%).

Tabelle 19: MVK Reha und MVK Vorsorge: Mitreisende behandlungsbedürftige Kinder und Jugendliche

Anzahl mitreisender behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher	Mutter-/Vater-Kind Reha		Mutter-/Vater-Kind Vorsorge	
	Eltern (N)	Prozent	Eltern (N)	Prozent
Keine	3.719	63,4	3.190	64,5
1	1.600	27,3	1.317	26,2
2	504	8,6	401	8,1
> 2	41	0,7	41	0,8
Gesamt	5.864	100	4.949	100

¹⁷ Für die Auswertung sind ausschließlich behandlungsbedürftige Kinder relevant, die selber als Patientinnen und Patienten behandelt werden. Nicht berücksichtigt sind Kinder, die ihre Eltern unabhängig davon während des Aufenthalts in der Einrichtung lediglich begleiten.

6 Qualitätssynopse

Die nachfolgende Qualitätssynopse fasst die Ergebnisse aus den einzelnen Qualitätsdimensionen für jeden Indikationsbereich in kurzer, überschaubarer Form zusammen. Die Ergebnistabellen zur Struktur- und Prozessqualität (Kapitel 6.1), Ergebnisqualität (Kapitel 6.2) und Patientenzufriedenheit (Kapitel 6.3) werden in den jeweiligen Kapiteln beschrieben.

6.1 Struktur- und Prozessqualität

Die Daten zur Struktur- und Prozessqualität wurden über den Strukturhebungsbogen bzw. die Patientenbefragung ermittelt. In den Tabellen der Kapitel 6.1.1 bis Kapitel 6.1.5 wird der durchschnittliche Erfüllungsgrad und der Interquartilsbereich in den QUD der Struktur- und Prozessqualität für die jeweiligen Indikationsbereiche in Zyklus 4 und Zyklus 3 dargestellt.

Das in den jeweiligen Tabellen der Kapitel 6.1.1 bis Kapitel 6.1.5 aufgezeigte **Gesamtergebnis der Struktur- und Prozessqualität** fasst die einrichtungs- und patientenseitig erhobenen Angaben zusammen und stellt die mittlere prozentuale Erfüllung der Anforderungen (über beide Bereiche) dar.

In allen Indikationsbereichen sind die Anforderungen in Zyklus 4 und Zyklus 3 im **Gesamtergebnis der Struktur- und Prozessqualität** zu ca. 90% erfüllt (siehe Tabelle 20 bis Tabelle 32). In Zyklus 4 bewegen sich die Werte zwischen 89,6% und 93,5% und in Zyklus 3 zwischen 89,0% und 95,3%. Im Bereich Pneumologie waren Verbesserungen im Erfüllungsgrad in Zyklus 4 gegenüber Zyklus 3 am häufigsten. Die meisten Verschlechterungen des Erfüllungsgrads in den einzelnen QUD gab es in der Neurologie.

6.1.1 Somatik stationär und ambulant

Die über den Strukturhebungsbogen erfasste QUD „**Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung**“ weist in Zyklus 4 (Zyklus 3), über alle somatischen Indikationsbereiche betrachtet, einen durchschnittlichen Erfüllungsgrad zwischen 94,9% im Bereich MSK ambulant (95,0% im Bereich Pneumologie) und 99,7% (98,9%), beide im Bereich Kardiologie stationär, auf (Tabelle 20 bis Tabelle 24). Der durchschnittliche Erfüllungsgrad der somatischen Indikationsbereiche hat sich im Zyklus 4 im Vergleich zu Zyklus 3 bis auf den Bereich MSK ambulant verbessert.

Demgegenüber ist die QUD „**Medizinisch-technische Ausstattung**“ in Zyklus 4 (Zyklus 3) im Durchschnitt in geringerem Maße erfüllt. In den somatischen Indikationsbereichen liegt der Erfüllungsgrad der Unterdimension zwischen 88,6% (85,9%) im Bereich Pneumologie und 95,2% (96,8%) im Bereich Neurologie. Lediglich im Bereich Pneumologie hat sich der durchschnittliche Erfüllungsgrad im Vergleich zu Zyklus 3 verbessert.

In der QUD „**Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Rehabilitandenbetreuung**“ sind die durchschnittlichen Erfüllungsgrade in Zyklus 4 und Zyklus 3 mit 89,6% und 88,9% am geringsten im Bereich MSK ambulant. Die höchsten Erfüllungsgrade wurden in Zyklus 4 in den Bereichen Kardiologie stationär und Pneumologie

(98,0%) und in Zyklus 3 im Bereich Kardiologie stationär (97,5%) erzielt. Im Vergleich zu Zyklus 3 hat sich der Erfüllungsgrad in allen Indikationen, teils deutlich, verbessert (Pneumologie: 92,9% vs. 98,0%).

Die QUD „**Personelle Ausstattung**“ ist in Zyklus 4 bzw. Zyklus 3 durchschnittlich zu mindestens 93,3% bzw. 82,9% erfüllt (Pneumologie). In Zyklus 4 (Zyklus 3) erreichen 75% aller Fachabteilungen in diesem Indikationsbereich einen Erfüllungsgrad von mindestens 86,7% (73,3%). Die Unterschiede im Erfüllungsgrad zwischen den Zyklen sind überwiegend gering, in der Pneumologie wurde jedoch in Zyklus 4 gegenüber Zyklus 3 eine Verbesserung um mehr als zehn Prozentpunkte erzielt (93,3% vs. 82,9%).

Die QUD „**Konzeptionelle Grundlagen**“ ist in Zyklus 4 durchschnittlich zu mindestens 98,5% (niedrigster Wert: MSK stationär) erfüllt. In Zyklus 3 ist der Erfüllungsgrad mit 90,6% im Durchschnitt am geringsten im Bereich Pneumologie. In Zyklus 4 ist die QUD über alle somatischen Indikationsbereiche betrachtet bei 75% der Fachabteilungen zu 100% erfüllt. Gegenüber Zyklus 3 hat sich der Erfüllungsgrad in allen Indikationen verbessert.

Den Ergebnissen in Tabelle 20 bis Tabelle 24 ist außerdem zu entnehmen, dass die über den Strukturhebungsbogen erhobenen QUD „**Interne Kommunikation und Personalentwicklung**“ (Erfüllungsgrade: 100%) sowie die „**Patientenorientierung**“ (Erfüllungsgrade: 100 %; Ausnahme Neurologie: 99,6%) in Zyklus 4 insgesamt am besten bewertet wurden. Auch in Zyklus 3 lag der Erfüllungsgrad in der QUD „Interne Kommunikation und Personalentwicklung“ in allen Indikationen bei 100% (Ausnahme Neurologie: 98,2%). Bei der „Patientenorientierung“ wurde mindestens ein Erfüllungsgrad von 93,5% (MSK ambulant) erzielt. Ausschließlich in der Indikation MSK ambulant wird in Zyklus 4 anstelle der QUD „Interne Kommunikation und Personalentwicklung“ die QUD „**Internes Qualitätsmanagement**“ (Erfüllungsgrad: 93,8%) erhoben.

Die QUD „**Interne Organisation**“ weist in Zyklus 4 (Zyklus 3) mit durchschnittlich 92,7% (92,2%) im Bereich MSK ambulant einen relativ hohen Erfüllungsgrad auf. Zudem ist das Kriterium in der Somatik in mindestens 75% der Fachabteilungen zu 100% erfüllt. Innerhalb des Indikationsbereichs Neurologie weist es jedoch in beiden Zyklen unter allen QUD mit 93,3% bzw. 96,0% den geringsten Erfüllungsgrad auf.

Über alle somatischen Indikationsbereiche betrachtet liegt der Erfüllungsgrad der „**Dialogrelevanten Kriterien**¹⁸“ in Zyklus 4 zwischen 86,4% (Pneumologie) und 97,6% (Neurologie).

Die Patientinnen und Patienten in den somatischen Indikationen bewerteten die „**Behandler-Patienten-Kommunikation**“ in Zyklus 4 (Zyklus 3) mit Durchschnittswerten zwischen 64,2% (67,4%) im Bereich Neurologie und 79,9% (78,8%) im Bereich MSK ambulant (Tabelle 20 bis Tabelle 24).

¹⁸ Die im Zyklus 4 des QS-Reha®-Verfahrens eingeführten „**Dialogrelevanten Kriterien (DK)**“ werden als besonders wichtige Mindestanforderungen eingestuft (Fokus: Notfallmanagement, fachärztliche Betreuung) und führen bei Nichterfüllung zu einem Qualitätsdialog zwischen der jeweiligen Fachabteilung und den verantwortlichen Krankenkassenvertretern.

Über alle somatischen Indikationsbereiche hinweg wurde das über den Patientenbogen erhobene Kriterium „**Therapie und Pflege**“ in beiden Zyklen insgesamt am besten bewertet. In Zyklus 4 liegen die Durchschnittswerte zwischen 88,5% im Bereich Neurologie und 92,0% in den Bereichen MSK ambulant und MSK stationär. In Zyklus 3 bewegen sich die durchschnittlichen Erfüllungsgrade zwischen 88,4% (Kardiologie) und 92,6% (MSK ambulant).

Die Patientinnen und Patienten bewerteten das Kriterium „**Nachsorge**“ in Zyklus 4 (Zyklus 3) im Durchschnitt mit Werten zwischen 54,8% (60,0%) im Bereich Neurologie und mit 75,8% (76,9%) im Bereich MSK ambulant. Insgesamt wurde das Kriterium „Nachsorge“ über alle Indikationsbereiche betrachtet am schlechtesten bewertet. Im Vergleich zu Zyklus 3 wurde das Kriterium in Zyklus 4 zudem in allen Indikationen, teils erheblich, schlechter bewertet (vgl. Neurologie: 60% vs. 54,8%).

Tabelle 20: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus 3 und 4, QUD der Indikation Kardiologie stationär

Qualitätsunterdimensionen ¹⁹	Alle Fachabteilungen (%)				
	Zyklus 3 (n=51)		Zyklus 4 (n=28)		
	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	
Erfassung über Strukturhebungsbogen					
Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung	98,9	100,0 - 100,0	99,7	100,0 - 100,0	▲
Medizinisch-technische Ausstattung	93,1	88,9 - 100,0	90,5	83,3 - 100,0	▼
Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Rehabilitandenbetreuung	97,5	95,9 - 100,0	98,0	98,0 - 100,0	▲
Personelle Ausstattung	95,7	93,3 - 100,0	94,8	93,3 - 100,0	▼
Konzeptionelle Grundlagen	98,4	100,0 - 100,0	98,8	100,0 - 100,0	▲
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	100,0	100,0 - 100,0	100,0	100,0 - 100,0	●
Patientenorientierung	98,0	100,0 - 100,0	100,0	100,0 - 100,0	▲
Interne Organisation	97,1	100,0 - 100,0	98,2	100,0 - 100,0	▲
Dialogrelevante Kriterien (DK)	-	-	93,8	93,8 - 100,0	
Erfassung über Patientenbogen					
Behandler-Patient-Kommunikation	70,3	64,0 - 74,5	69,4	65,2 - 72,5	▼
Therapie und Pflege	88,4	85,0 - 91,2	89,1	87,5 - 91,7	▲
Nachsorge	64,4	57,1 - 69,5	60,4	53,8 - 66,2	▼
Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität	91,1	89,9 - 92,8	90,8	88,2 - 92,5	▼

¹⁹ Erläuterung zur Zuordnung der Qualitätsunterdimensionen zu den Qualitätsdimensionen „Strukturqualität“ und „Prozessqualität“ s. Lesehinweise Kap. 3.1.

Tabelle 21: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation MSK stationär

Qualitätsunterdimensionen	Alle Fachabteilungen (%)				
	Zyklus 3 (n=106)		Zyklus 4 (n=80)		
	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	
Erfassung über Strukturhebungsbogen					
Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung	96,3	93,8 - 100,0	96,5	93,8 - 100,0	▲
Medizinisch-technische Ausstattung	92,2	91,7 - 100,0	91,6	83,3 - 100,0	▼
Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Rehabilitandenbetreuung	95,7	95,6 - 100,0	96,2	93,3 - 100,0	▲
Personelle Ausstattung	94,3	93,3 - 100,0	95,8	93,3 - 100,0	▲
Konzeptionelle Grundlagen	97,8	100,0 - 100,0	98,5	100,0 - 100,0	▲
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	100,0	100,0 - 100,0	100,0	100,0 - 100,0	●
Patientenorientierung	97,2	100,0 - 100,0	100,0	100,0 - 100,0	▲
Interne Organisation	96,9	100,0 - 100,0	99,4	100,0 - 100,0	▲
Dialogrelevante Kriterien (DK)	-	-	95,3	100,0 - 100,0	
Erfassung über Patientenbogen					
Behandler-Patient-Kommunikation	72,1	67,1 - 77,1	71,8	66,7 - 76,2	▼
Therapie und Pflege	91,9	89,5 - 94,7	92,0	90,1 - 94,5	▲
Nachsorge	74,5	67,9 - 80,2	70,0	64,2 - 75,2	▼
Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität	91,7	89,9 - 93,7	91,9	90,7 - 93,4	▲

Tabelle 22: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation MSK ambulant

Qualitätsunterdimensionen	Alle Fachabteilungen (%)				
	Zyklus 3 (n=34)		Zyklus 4 (n=32)		
	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	
Erfassung über Strukturhebungsbogen					
Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung	95,1	90,3 - 100,0	94,9	92,7 - 100,0	▼
Medizinisch-technische Ausstattung	93,1	88,9 - 100,0	91,0	77,8 - 100,0	▼
Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Rehabilitandenbetreuung	88,9	85,0 - 95,0	89,6	85,0 - 95,0	▲
Personelle Ausstattung	96,8	90,9 - 100,0	96,9	90,9 - 100,0	▲
Konzeptionelle Grundlagen	98,5	100,0 - 100,0	100,0	100,0 - 100,0	▲
Internes Qualitätsmanagement*	-	-	93,8	100,0 - 100,0	
Patientenorientierung	93,5	100,0 - 100,0	100,0	100,0 - 100,0	▲
Interne Organisation	92,2	100,0 - 100,0	92,7	100,0 - 100,0	▲
Dialogrelevante Kriterien (DK)	-	-	95,3	100,0 - 100,0	
Erfassung über Patientenbogen					
Behandler-Patient-Kommunikation	78,8	73,7 - 85,1	79,9	73,2 - 85,3	▲
Therapie und Pflege	92,6	90,2 - 95,4	92,0	90,0 - 93,3	▼
Nachsorge	76,9	70,7 - 80,8	75,8	69,0 - 81,1	▼
Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität	90,6	88,1 - 93,4	91,3	89,3 - 94,3	▲

* In Zyklus 3 erfolgte keine Auswertung in der QUD „Internes Qualitätsmanagement“

Tabelle 23: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation Pneumologie

Qualitätsunterdimensionen	Alle Fachabteilungen (%)				
	Zyklus 3 (n=16)		Zyklus 4 (n=11)		
	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	
Erfassung über Strukturhebungsbogen					
Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung	95,0	92,3 - 100,0	98,5	100,0 - 100,0	▲
Medizinisch-technische Ausstattung	85,9	80,4 - 96,4	88,6	82,1 - 94,6	▲
Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Rehabilitandenbetreuung	92,9	89,8 - 98,0	98,0	96,9 - 100,0	▲
Personelle Ausstattung	82,9	73,3 - 93,3	93,3	86,7 - 100,0	▲
Konzeptionelle Grundlagen	90,6	91,7 - 100,0	100,0	100,0 - 100,0	▲
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	100,0	100,0 - 100,0	100,0	100,0 - 100,0	●
Patientenorientierung	97,5	100,0 - 100,0	100,0	100,0 - 100,0	▲
Interne Organisation	100,0	100,0 - 100,0	97,7	100,0 - 100,0	▼
Dialogrelevante Kriterien (DK)	-	-	86,4	75,0 - 100,0	
Erfassung über Patientenbogen					
Behandler-Patient-Kommunikation	76,8	70,8 - 82,5	78,1	74,4 - 81,2	▲
Therapie und Pflege	90,7	88,6 - 95,4	91,6	88,4 - 94,5	▲
Nachsorge	67,0	60,5 - 72,5	66,0	58,4 - 67,9	▼
Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität	89,0	87,1 - 92,9	91,9	89,9 - 93,8	▲

Tabelle 24: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation Neurologie

Qualitätsunterdimensionen	Alle Fachabteilungen (%)				
	Zyklus 3 (n=56)		Zyklus 4 (n=52)		
	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	
Erfassung über Strukturhebungsbogen					
Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung	96,9	93,3 - 100,0	97,5	92,9 - 100,0	▲
Medizinisch-technische Ausstattung	96,8	94,1 - 100,0	95,2	94,1 - 100,0	▼
Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Rehabilitandenbetreuung	95,8	93,0 - 100,0	97,0	95,3 - 100,0	▲
Personelle Ausstattung	96,2	93,8 - 100,0	95,8	93,8 - 100,0	▼
Konzeptionelle Grundlagen	98,8	100,0 - 100,0	99,4	100,0 - 100,0	▲
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	98,2	100,0 - 100,0	100,0	100,0 - 100,0	▲
Patientenorientierung	98,2	100,0 - 100,0	99,6	100,0 - 100,0	▲
Interne Organisation	96,0	100,0 - 100,0	93,3	100,0 - 100,0	▼
Dialogrelevante Kriterien (DK)	-	-	97,6	100,0 - 100,0	
Erfassung über Patientenbogen					
Behandler-Patient-Kommunikation	67,4	59,8 - 73,5	64,2	58,2 - 68,9	▼
Therapie und Pflege	89,6	86,6 - 92,9	88,5	85,6 - 92,3	▼
Nachsorge	60,0	51,5 - 67,5	54,8	46,4 - 59,6	▼
Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität	90,4	89,0 - 92,9	89,6	88,2 - 91,4	▼

6.1.2 Psychosomatik/psychische Erkrankungen

Im Indikationsbereich Psychosomatik/psychische Erkrankungen wurden in den QUD des Strukturhebungsbogens in Zyklus 4 durchschnittliche Erfüllungsgrade zwischen 75% („Personelle Ausstattung“, „Dialogrelevante Kriterien“) und 100% („Medizinisch-technische Ausstattung“, „Interne Kommunikation und Personalentwicklung“ und „Patientenorientierung“) erzielt (Tabelle 25). In Zyklus 3 lag der durchschnittliche Erfüllungsgrad zwischen 82,9% („Personelle Ausstattung“) und 100% („Interne Kommunikation und Personalentwicklung“, „Interne Organisation“).

Die über den Patientenbogen erfassten Kriterien zur „Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten“ wurden in Zyklus 4 im Durchschnitt zu 71,6% erfüllt. Der Interquartilsbereich liegt zwischen 68,8% und 77,3%, so dass bei dieser QUD verhältnismäßig größere Unterschiede zwischen den beteiligten Fachabteilungen vorliegen. Das Kriterium „Therapieablauf“ wurde bei einem Interquartilsbereich von 89,3% bis 92,4% mit einem Erfüllungsgrad von durchschnittlich 88,3% am besten bewertet. Im Unterschied zu Zyklus 4 wurden in Zyklus 3 patientenseitig die QUD „Behandler-Patient-Kommunikation“ (76,8%), „Therapie und Pflege“ (90,7%) sowie „Nachsorge“ (67%) erhoben²⁰.

Tabelle 25: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation Psychosomatik/psychische Erkrankungen

Qualitätsunterdimensionen	Alle Fachabteilungen (%)				
	Zyklus 3 (n=8)		Zyklus 4 (n=5)		
	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	
Erfassung über Strukturhebungsbogen					
Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung	95,0	92,3 - 100,0	93,8	93,8 - 93,8	▼
Medizinisch-technische Ausstattung	85,9	80,4 - 96,4	100,0	100,0 - 100,0	▲
Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Rehabilitandenbetreuung	92,9	89,8 - 98,0	87,0	84,2 - 93,0	▼
Personelle Ausstattung	82,9	73,3 - 93,3	75,0	62,5 - 87,5	▼
Konzeptionelle Grundlagen	90,6	91,7 - 100,0	82,9	71,4 - 100,0	▼
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	100,0	100,0 - 100,0	100,0	100,0 - 100,0	●
Patientenorientierung	97,5	100,0 - 100,0	100,0	100,0 - 100,0	▲
Interne Organisation	100,0	100,0 - 100,0	95,0	100,0 - 100,0	▼
Dialogrelevante Kriterien (DK)	-	-	75,0	75,0 - 75,0	
Erfassung über Patientenbogen					
Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten	-	-	71,6	68,8 - 77,3	
Therapieablauf	-	-	88,3	89,3 - 92,4	
Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität	89,0	87,1 - 92,9	89,6	88,8 - 91,3	▲

* Die Ergebnisse aus der Patientenbefragung sind für Zyklus 3 nicht dargestellt, da in Zyklus 3 abweichend die folgenden QUD zur Prozessqualität erfasst wurden: „Behandler-Patient-Kommunikation“, „Therapie und Pflege“ und „Nachsorge“. Das Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität wird infolgedessen unterschiedlich berechnet, sodass das Gesamtergebnis aus Zyklus 3 und Zyklus 4 nicht unmittelbar vergleichbar ist.

²⁰ Neben den durchschnittlichen Erfüllungsgraden können die jeweiligen Interquartilsbereiche aus dem Jahresbericht des 3. Zyklus (2020) entnommen werden.

6.1.3 Geriatrie stationär und ambulant

Die über den Strukturhebungsbogen erfassten QUD in den Indikationsbereichen Geriatrie ambulant sowie Geriatrie stationär sind in Zyklus 4 durchschnittlich zu mindestens 93,6% (ambulant) bzw. 92,6% (stationär) („**Apparative und medizintechnische Ausstattung**“) erfüllt. In Zyklus 3 wurde in den ambulanten und stationären Fachabteilungen mindestens ein durchschnittlicher Erfüllungsgrad von 93,8% bzw. 92,7% („**Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung**“) erzielt (Tabelle 26 und Tabelle 27).

Von den patientenseitig erhobenen Kriterien zur Prozessqualität wurde in beiden Zyklen sowohl im Bereich Geriatrie ambulant als auch im Bereich Geriatrie stationär das Kriterium „**Informationen für die Zeit nach der Reha geben**“ mit durchschnittlich 67,8% (Zyklus 3: 72%) bzw. 68,1% (Zyklus 3: 66,2%) am schlechtesten bewertet. Das Kriterium „**Reha-Grundlagen erfragen und vermitteln**“ wurde mit 96,1% (Zyklus 3: 96%) bzw. 93,2% (Zyklus 3: 92,2%) am besten bewertet (Tabelle 26 und Tabelle 27). Das Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität fällt im Bereich Geriatrie ambulant und insbesondere im Bereich Geriatrie stationär in Zyklus 4 mit 93,5% bzw. 91,0% schlechter aus im Vergleich zu Zyklus 3 (95,0% bzw. 95,3%).

Tabelle 26: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation Geriatrie ambulant

Qualitätsunterdimensionen	Alle Fachabteilungen (%)				
	Zyklus 3 (n=10)		Zyklus 4 (n=10)		
	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	
Erfassung über Strukturhebungsbogen					
Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung	93,8	87,5 - 100,0	95,8	94,1 - 100,0	▲
Räumliche Ausstattung der Station, Reha-Raum, Reha-Zimmer und therapeutischen Räumlichkeiten	94,5	90,0 - 95,0	96,4	95,0 - 100,0	▲
Apparative und medizintechnische Ausstattung	95,6	92,6 - 100,0	93,6	88,9 - 100,0	▼
Behandlungs- und Versorgungsangebot, Leistungsspektrum	97,5	96,9 - 100,0	98,0	96,9 - 100,0	▲
Personelle Ausstattung	93,9	94,4 - 100,0	94,1	94,7 - 100,0	▲
Dialogrelevante Kriterien (DK)	-	-	100,0	100,0 - 100,0	
Erfassung über Patientenbogen					
Allgemeine Informationen zu Reha-Beginn geben	90,8	88,4 - 93,8	89,6	87,3 - 93,2	▼
Reha-Grundlagen erfragen und vermitteln	96,0	93,5 - 97,9	96,1	94,2 - 98,4	▲
Medizinische Informationen mit Patientinnen und Patienten besprechen	92,1	88,7 - 95,9	91,4	89,3 - 93,9	▼
Therapieplanänderungen	87,9	85,9 - 91,3	84,1	82,4 - 88,5	▼
Informationen für die Zeit nach der Reha geben	72,0	65,8 - 80,8	67,8	60,1 - 70,4	▼
Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität	95,0	94,7 - 96,9	93,5	92,0 - 95,1	▼

Tabelle 27: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation Geriatrie stationär

Qualitätsunterdimensionen	Alle Fachabteilungen (%)				
	Zyklus 3 (n=120)		Zyklus 4 (n=115)		
	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	
Erfassung über Strukturhebungsbogen					
Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung	92,7	88,9 - 100,0	94,1	89,5 - 100,0	▲
Räumliche Ausstattung der Station, Reha-Station und therapeutischen Räumlichkeiten	98,0	96,7 - 100,0	98,2	96,6 - 100,0	▲
Apparative und medizintechnische Ausstattung	93,8	92,9 - 100,0	92,6	86,2 - 100,0	▼
Behandlungs- und Versorgungsangebot, Leistungsspektrum	97,8	97,0 - 100,0	98,0	97,0 - 100,0	▲
Personelle Ausstattung	94,2	90,5 - 100,0	94,9	90,5 - 100,0	▲
Dialogrelevante Kriterien (DK)	-	-	99,1	100,0 - 100,0	
Erfassung über Patientenbogen					
Allgemeine Informationen zu Reha-Beginn geben	78,9	74,2 - 83,3	78,3	74,6 - 81,8	▼
Reha-Grundlagen erfragen und vermitteln	92,2	90,0 - 94,7	93,2	90,2 - 95,7	▲
Medizinische Informationen mit Patientinnen und Patienten besprechen	82,1	77,0 - 87,0	81,9	76,9 - 86,4	▼
Therapieplanänderungen	77,3	72,0 - 81,9	74,2	68,2 - 79,6	▼
Informationen für die Zeit nach der Reha geben	66,2	59,0 - 72,2	68,1	61,1 - 73,2	▲
Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität	95,3	93,3 - 97,8	91,0	89,6 - 93,2	▼

6.1.4 Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation und Vorsorge

Im Bereich MVK wurde in Zyklus 4 sowohl in der Rehabilitation als auch in der Vorsorge (Tabelle 28 und Tabelle 30) in der über den Strukturhebungsbogen erfassten QUD „**Konzeptionelle Grundlagen**“ mit im Durchschnitt 97,5% und 96,1% der höchste Erfüllungsgrad erzielt. In Zyklus 3 war der Erfüllungsgrad jeweils am höchsten in der QUD „**Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung**“ mit 98,1% und 96,7%. In den Rehabilitations-Fachabteilungen ist in beiden Zyklen bei der QUD „**Personelle Ausstattung**“ die Erfüllung mit im Durchschnitt 79,2% und 78,9% am geringsten. In den Vorsorge-Fachabteilungen hat die QUD „**Medizinisch-technische Ausstattung**“ mit 76,4% (Zyklus 3: 68,2%) im Durchschnitt den geringsten Erfüllungsgrad. Im Bereich MVK Rehabilitation ist der Erfüllungsgrad des **Gesamtergebnisses Struktur- und Prozessqualität** in Zyklus 4 mit 91,6% etwas geringer (Zyklus 3: 92,3%) und im Bereich MVK Vorsorge ist es in beiden Zyklen zu 90,3% erfüllt.

Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation

Im Bereich MVK Rehabilitation sind die prozessbezogenen Kriterien des „Idealen Prozesses“ aus der Behandlerbefragung in Zyklus 4 (Zyklus 3) durchschnittlich zwischen 81,0% (78,8%) und 99,1% (100%) erfüllt (Tabelle 28).

Unter den prozessbezogenen Kriterien, erfasst über den Patientenbogen (Eltern), wurde in Zyklus 4 das Kriterium „**Der Alltag in der Klinik**“ mit durchschnittlich 94,2% am besten und das Kriterium „**Die Planung Ihrer Therapie**“ mit 82,4% am schlechtesten bewertet (Tabelle 29).

Tabelle 28: Qualitätssynopse im Indikationsbereich Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation: Struktur- und Prozessqualität

Qualitätsunterdimensionen	Alle Fachabteilungen (%)				
	Zyklus 3 (n=75)		Zyklus 4 (n=65)		
	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	
Erfassung über Strukturhebungsbogen					
<i>Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung</i>					
Gesamt	98,1	97,4 - 100,0	96,6	94,9 - 100,0	▼
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	97,8	95,8 - 100,0	94,9	91,7 - 100,0	▼
Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen	98,6	100,0 - 100,0	99,5	100,0 - 100,0	▲
<i>Medizinisch-technische Ausstattung</i>					
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	83,6	80,0 - 96,8	83,4	76,5 - 94,6	▼
<i>Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Rehabilitandenbetreuung</i>					
Gesamt	91,9	89,5 - 97,6	91,4	88,5 - 97,3	▼
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	91,2	89,4 - 97,2	90,8	88,7 - 96,8	▼
Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen	98,5	100,0 - 100,0	96,5	100,0 - 100,0	▼
<i>Personelle Ausstattung</i>					
Gesamt	78,9	70,0 - 85,0	79,2	71,4 - 88,9	▲
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	77,0	66,7 - 83,3	77,2	68,4 - 88,9	▲
Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen	97,9	100,0 - 100,0	99,2	100,0 - 100,0	▲
<i>Konzeptionelle Grundlagen</i>					
Gesamt	96,6	95,7 - 100,0	97,5	95,5 - 100,0	▲
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	96,6	93,3 - 100,0	97,1	96,4 - 100,0	▲
Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen	96,7	93,8 - 100,0	98,2	100,0 - 100,0	▲
<i>Interne Kommunikation und Personalentwicklung</i>					
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	96,9	100,0 - 100,0	96,5	100,0 - 100,0	▼
Dialogrelevante Kriterien (DK)	-	-	86,2	75,0 - 100,0	
Prozessbezogene Kriterien (Behandlerbogen)*					
Aufnahmeuntersuchung maximal 2 Tage nach Aufnahme	98,3	97,8 - 100,0	99,1	99,2 - 100,0	▲
Erste Behandlung maximal 2 Tage nach Aufnahme	93,4	96,8 - 100,0	96,8	98,7 - 100,0	▲
Eltern: Mindestens ein weiterer Arztkontakt im Verlauf der Maßnahme	100,0	100,0 - 100,0	95,7	98,6 - 100,0	▼
Kind: Mindestens ein weiterer Arztkontakt im Verlauf der Maßnahme	100,0	100,0 - 100,0	81,4	76,3 - 100,0	▼
Mindestens drei interdisziplinäre Fallbesprechungen im Verlauf der Maßnahme	78,8	61,7 - 100,0	81,0	87,2 - 100,0	▲
Kein Ausfall von Behandlungen	87,7	77,6 - 100,0	81,2	71,6 - 99,1	▼
Nachsorgeempfehlungen	91,5	95,2 - 100,0	88,1	88,7 - 100,0	▼
Entlassungsgespräch maximal 2 Tage vor der Entlassung	92,6	93,7 - 99,1	89,7	93,2 - 100,0	▼
Kurzer Arztbrief/Entlassungsbrief, frühestens 2 Tage vor der Entlassung und maximal am Tag der Entlassung	95,8	98,0 - 100,0	97,5	99,8 - 100,0	▲
Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität	92,3	89,0 - 96,2	91,6	89,4 - 95,3	▼

* Alle Angaben Behandlerbogen Eltern, bis auf „Kind: Mindestens ein weiterer Arztkontakt im Verlauf der Maßnahme“ (Beh.b. Kind).

Tabelle 29: Qualitätssynopse im Indikationsbereich Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation: Strukturnahe Prozessmerkmale

Prozessbezogene Kriterien – erfasst über den Elternfragebogen, Zyklus 4 (n=65)	Alle Fachabteilungen (%)	
	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich
Die Ankunft in der Klinik	83,6	78,6 - 89,1
Die Planung Ihrer Therapie	82,4	76,8 - 92,2
Ihre Behandlungen	89,1	82,4 - 95,1
Der Alltag in der Klinik	94,2	92,4 - 97,4
Das Ende Ihres Aufenthaltes in der Klinik	88,1	84,1 - 91,5

* In Zyklus 3 wurden die prozessbezogenen Kriterien des „Idealen Prozess“ über den Patientenbogen (Eltern) nicht erfasst.

Mutter-/Vater-Kind Vorsorge

Äquivalent zum Bereich MVK Rehabilitation sind in den Fachabteilungen der MVK Vorsorge die prozessbezogenen Kriterien des „Idealen Prozesses“ im Behandlerbogen in Zyklus 4 (Zyklus 3) zu mindestens 71,5% (79,6%) und maximal 98,6% (100%) erfüllt (Tabelle 30).

Ebenso analog zum Bereich MVK-Rehabilitation wurde unter den prozessbezogenen Kriterien, erfasst über den Elternfragebogen, im Bereich MVK Vorsorge in Zyklus 4 das Basiskriterium „**Der Alltag in der Klinik**“ mit durchschnittlich 94,8% am besten und das Basiskriterium „**Die Planung Ihrer Therapie**“ mit 82,6% am schlechtesten bewertet (Tabelle 31).

Tabelle 30: Vergleich der Struktur- und Prozessqualität in Zyklus drei und vier, QUD der Indikation Mutter-/Vater-Kind Vorsorge

Qualitätsunterdimensionen	Alle Fachabteilungen (%)				
	Zyklus 3 (n=56)		Zyklus 4 (n=55)		
	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	
Erfassung über Strukturhebungsbogen					
<i>Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung</i>					
Gesamt	96,7	94,9 - 100,0	95,7	93,5 - 100,0	▼
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	95,7	91,7 - 100,0	94,1	91,5 - 100,0	▼
Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen	98,1	100,0 - 100,0	98,5	100,0 - 100,0	▲
<i>Medizinisch-technische Ausstattung</i>					
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	68,2	50,0 - 84,7	76,4	66,7 - 91,8	▲
<i>Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Rehabilitandenbetreuung</i>					
Gesamt	86,1	82,7 - 94,6	89,5	87,6 - 97,5	▲
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	85,2	81,1 - 94,2	88,6	86,2 - 97,1	▲
Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen	94,3	100,0 - 100,0	97,2	100,0 - 100,0	▲
<i>Personelle Ausstattung</i>					
Gesamt	88,4	80,0 - 100,0	90,6	86,7 - 100,0	▲
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	88,0	80,8 - 100,0	90,2	84,6 - 100,0	▲
Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen	90,7	100,0 - 100,0	93,3	100,0 - 100,0	▲
<i>Konzeptionelle Grundlagen</i>					
Gesamt	94,0	93,2 - 100,0	96,1	95,5 - 100,0	▲
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	93,5	93,1 - 100,0	96,0	96,4 - 100,0	▲
Kinder- und interaktionsbezogener Fragebogen	94,9	93,8 - 100,0	96,2	93,8 - 100,0	▲
<i>Interne Kommunikation und Personalentwicklung</i>					
Kern- und indikationsspezifischer Fragebogen	90,9	83,3 - 100,0	93,5	90,0 - 100,0	▼
<i>Dialogrelevante Kriterien (DK)</i>					
	-	-	80,9	75,0 - 100,0	
Prozessbezogene Kriterien (Behandlerbogen)*					
Aufnahmeuntersuchung maximal 2 Tage nach Aufnahme	98,5	98,1 - 100,0	98,6	99,0 - 100,0	▲
Erste Behandlung maximal 2 Tage nach Aufnahme	92,2	94,5 - 99,6	97,4	98,7 - 100,0	▲
Eltern: Mindestens ein weiterer Arztkontakt im Verlauf der Maßnahme	100,0	100,0 - 100,0	88,7	88,4 - 100,0	▼
Kind: Mindestens ein weiterer Arztkontakt im Verlauf der Maßnahme	100,0	100,0 - 100,0	75,1	51,8 - 100,0	▼
Mindestens drei interdisziplinäre Fallbesprechungen im Verlauf der Maßnahme	79,6	67,2 - 100,0	71,5	45,0 - 100,0	▼
Kein Ausfall von Behandlungen	86,8	81,3 - 100,0	82,2	68,6 - 97,8	▼
Nachsorgeempfehlungen	84,6	89,7 - 100,0	92,7	95,4 - 100,0	▲
Entlassungsgespräch maximal 2 Tage vor der Entlassung	90,3	87,0 - 99,1	88,6	89,4 - 100,0	▼
Kurzer Arztbrief/Entlassungsbrief, frühestens 2 Tage vor der Entlassung und maximal am Tag der Entlassung	97,6	96,5 - 100,0	95,2	99,3 - 100,0	▼
Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität	90,3	85,3 - 94,6	90,3	87,8 - 94,7	●

* Alle Angaben Behandlerbogen Eltern, bis auf „Kind: Mindestens ein weiterer Arztkontakt im Verlauf der Maßnahme“ (Beh.b. Kind).

Tabelle 31: Qualitätssynopse im Indikationsbereich Mutter-/Vater-Kind Vorsorge: Strukturnahe Prozessmerkmale

Prozessbezogene Kriterien - erfasst über den Elternfragebogen, Zyklus 4 (n=55)*	Alle Fachabteilungen (%)	
	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich
Die Ankunft in der Klinik	83,1	76,0 - 89,7
Die Planung Ihrer Therapie	82,6	78,9 - 90,0
Ihre Behandlungen	90,6	86,6 - 95,4
Der Alltag in der Klinik	94,8	91,8 - 97,7
Das Ende Ihres Aufenthaltes in der Klinik	88,4	83,7 - 93,9

* In Zyklus 3 wurden die prozessbezogenen Kriterien des „Idealen Prozess“ über den Patientenbogen (Eltern) nicht erfasst.

6.1.5 Kinder- und Jugendrehabilitation

Im Indikationsbereich Kinder- und Jugendrehabilitation liegen die durchschnittlichen Erfüllungsgrade der Struktur- und Prozessqualität, die in diesem Bereich ausschließlich über den Strukturhebungsbogen erfasst wurden, in Zyklus 4 zwischen 83,4% („Medizinisch-technische Ausstattung“) und 100% („Interne Kommunikation und Personalentwicklung“). In Zyklus 3 liegen die durchschnittlichen Erfüllungsgrade zwischen 89,4% („Personelle Ausstattung“) und 100% („Interne Kommunikation und Personalentwicklung“). In Zyklus 4 sind die Erfüllungsgrade in vier von sechs QUD, teils erheblich, geringer als in Zyklus 3 (vgl. „Medizinisch-technische Ausstattung“: 83,4% vs. 92,6%). Jedoch ist die Stichprobengröße mit einer Anzahl von sechs Fachabteilungen in Zyklus 4 verhältnismäßig gering.

Tabelle 32: Qualitätssynopse im Indikationsbereich Kinder und Jugend: Struktur- und Prozessqualität

Qualitätsunterdimensionen	Alle Fachabteilungen (%)				
	Zyklus 3 (n=15)		Zyklus 4 (n=6)		
	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	Erfüllungsgrad Ø	Interquartilsbereich	
Erfassung über Strukturhebungsbogen					
Allgemeine Merkmale und räumliche Ausstattung	96,2	93,8 - 100,0	93,2	91,3 - 100,0	▼
Medizinisch-technische Ausstattung	92,6	88,9 - 100,0	83,4	76,7 - 100,0	▼
Therapeutische Behandlungen, Schulungen, Rehabilitandenbetreuung	95,6	93,3 - 97,6	90,3	88,3 - 95,1	▼
Personelle Ausstattung	89,4	84,0 - 95,2	80,3	80,7 - 88,6	▼
Konzeptionelle Grundlagen	98,0	100,0 - 100,0	98,1	100,0 - 100,0	▲
Interne Kommunikation und Personalentwicklung	100,0	100,0 - 100,0	100,0	100,0 - 100,0	●
Dialogrelevante Kriterien (DK)	-	-	85,9	75,0 - 100,0	
Gesamtergebnis Struktur- und Prozessqualität	95,3	91,0 - 98,8	90,6	88,9 - 95,9	▼

6.2 Ergebnisqualität (Zyklus 1 bis Zyklus 4)

Die Daten zur Ergebnisqualität wurden über die Patientenbefragungen (Beginn- und Nachbefragung) ermittelt. Die folgenden Tabellen stellen dar, welcher Anteil der Fachabteilungen aus allen bisherigen Zyklen des QS-Reha®-Verfahrens bezüglich des risikoadjustierten Ergebnisses (O-E) signifikant negativ vom Durchschnitt aller Fachabteilungen abweicht (Tabelle 33) und welcher Anteil signifikant positiv vom Durchschnitt aller Fachabteilungen abweicht (Tabelle 34). Anders ausgedrückt geben die Werte an, wie hoch der prozentuale Anteil der Fachabteilungen mit einer auffällig negativen bzw. auffällig positiven Ergebnisqualität in dem jeweiligen Zyklus ist.

Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden die Ergebnisse aus der Geriatrie nicht abgebildet, da für diesen Bereich erst seit dem 3. Zyklus Auswertungen zur Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit erfolgen. Gleiches gilt für die Indikationen Kardiologie und MSK (ambulant), die erst mit dem 2. Zyklus in das QS-Reha®-Verfahren aufgenommen wurden. In den Bereichen MVK sowie Kinder- und Jugendrehabilitation erfolgt zum derzeitigen Stand keine Risikoadjustierung, sodass die Anteile der Fachabteilungen mit signifikanten Abweichungen auf Basis der Differenzen (O-E) nicht berechnet werden.

Im Indikationsbereich **Kardiologie** erzielten in der QUD „Somatische Gesundheit“ zwischen 4,3% (Zyklus 1) und 20,8% (Zyklus 2) der Fachabteilungen ein Ergebnis (O-E) signifikant unterhalb des Durchschnitts aller Fachabteilungen. Demgegenüber sind die Anteile der Fachabteilungen mit einem auffällig negativen Ergebnis in der QUD „Schmerzen“ bei Prozentwerten zwischen 3,6% (Zyklus 4) bis höchstens 7,8% (Zyklus 3) insgesamt erheblich geringer. In der QUD „Funktionsfähigkeit im Alltag“ erzielten zwischen 11,8% (Zyklus 3) und 20,8% (Zyklus 2) der Fachabteilungen eine geringere Ergebnisqualität als der Durchschnitt.

Im Bereich **MSK stationär** wiesen in der QUD „Somatische Gesundheit“ zwischen 11,5% (Zyklus 1) und 17,9% (Zyklus 3) der Fachabteilungen eine auffällig geringe Ergebnisqualität auf. Hinsichtlich der QUD „Schmerzen“ erzielten in Zyklus 4: 10,0% der Fachabteilungen ein signifikant geringeres Ergebnis als die Vergleichsgruppe gegenüber 16,0% in Zyklus 3. In Zyklus 2 war der Anteil der Fachabteilungen mit einer auffällig geringen Ergebnisqualität am kleinsten (6,5%). In der QUD „Soziale Integration“ wiesen mit 4,7% bis 9,3% relativ wenige Fachabteilungen ein signifikant geringeres Ergebnis auf.

In dem Indikationsbereich **Pneumologie** gab es in der QUD „Gesundheitsverhalten“ in Zyklus 1 und Zyklus 3 keine signifikant negativen Abweichungen. In Zyklus 2 wiesen 14,3% der Fachabteilungen eine geringere Qualität als der Durchschnitt auf und in Zyklus 4: 9,1% der Fachabteilungen.

Im Bereich **Neurologie** wurde in der QUD „Funktionsfähigkeit im Alltag“ bei Prozentwerten zwischen 10,6% (Zyklus 1) und 19,6% (Zyklus 3) relativ häufig eine signifikant geringere Ergebnisqualität erzielt. In der QUD „Neurologische Symptome“ gab es insgesamt weniger häufig signifikante negative Abweichungen. Jedoch stieg der Anteil der Fachabteilungen mit einer auffällig geringen Ergebnisqualität im Vergleich zum Durchschnitt in allen Zyklen von 4,3% in Zyklus 1 bis zu 15,4% in Zyklus 4.

Im Indikationsbereich **Psychosomatik/psychische Erkrankungen** war in der QUD „Psychische und somatoforme Beschwerden (HEALTH-PSB)“ der Anteil der Fachabteilungen mit signifikant negativen Abweichungen in Zyklus 1 und in Zyklus 4 mit 22,2% und 20,0% am größten. In der QUD „Aktivität und Partizipation (HEALTH-A&P)“ gab es nur in Zyklus 3 bei zwei von acht Fachabteilungen (25%) signifikant negative Abweichungen von Null.

Tabelle 33: Vergleich der QUD aus der Ergebnisqualität in Zyklus eins bis vier, Anteil der Fachabteilungen, die signifikant unter dem Durchschnitt liegen

Ergebnisqualität	Alle Fachabteilungen			
Qualitätsunterdimensionen	Zyklus 1 (%)	Zyklus 2 (%)	Zyklus 3 (%)	Zyklus 4 (%)
Kardiologie stationär				
Somatische Gesundheit	4,3	20,8	9,8	7,1
Schmerzen	6,4	6,2	7,8	3,6
Funktionsfähigkeit im Alltag	12,8	20,8	11,8	14,3
MSK stationär				
Somatische Gesundheit	11,5	15,9	17,9	13,8
Schmerzen	8,7	6,5	16,0	10,0
Soziale Integration	8,7	9,3	4,7	6,3
Pneumologie				
Gesundheitsverhalten	0,0	14,3	0,0	9,1
Neurologie				
Funktionsfähigkeit im Alltag	10,6	15,7	19,6	17,3
Neurologische Symptome	4,3	7,8	10,7	15,4
Psychosomatik/psych. Erkrankungen				
Psychische und somatoforme Beschwerden (HEALTH-PSB)	22,2	12,5	12,5	20,0
Aktivität und Partizipation (HEALTH-A&P)	0,0	0,0	25,0	0,0

Tabelle 34 stellt jeweils den Anteil der Fachabteilungen dar, die ein signifikant besseres Ergebnis als der Durchschnitt erzielt haben. Im Indikationsbereich **Kardiologie** erzielten in der QUD „Somatische Gesundheit“ zwischen 3,9% der Fachabteilungen in Zyklus 3 und 10,6% der Fachabteilungen in Zyklus 1 eine höhere Ergebnisqualität als der Durchschnitt. In der QUD „Schmerzen“ sind die jeweiligen Anteile insgesamt relativ klein, zwischen 2,1% (Zyklus 1) und 5,9% (Zyklus 3) der Fachabteilungen heben sich positiv vom Durchschnitt ab. In den QUD „Funktionsfähigkeit im Alltag“ und „Psychisches Befinden“ liegen die Prozentwerte zwischen 3,6 (Zyklus 4) bzw. 6,2 (Zyklus 2) und 12,8 (Zyklus 1).

Im Indikationsbereich **MSK stationär** wiesen in der QUD „Soziale Integration“ zwischen 6,5% der Fachabteilungen in Zyklus 2 und 11,3% in Zyklus 3 eine höhere Ergebnisqualität als der Durchschnitt auf. In der QUD „Gesundheitsverhalten“ sind die Anteile der Fachabteilungen mit signifikant positiver Abweichung insgesamt etwas höher und liegen zwischen 9,6% (Zyklus 1) und 14,0% (Zyklus 2).

Im Indikationsbereich **Pneumologie** war in der QUD „Gesundheitsverhalten“ der Anteil der Fachabteilungen mit einer auffällig positiven Ergebnisqualität im Vergleich zum Durchschnitt in Zyklus 2 mit 21,4% deutlich am

höchsten. In der QUD „Krankheitsbewältigung“ gab es lediglich in Zyklus 2 (7,1%) und Zyklus 3 (6,3%) Fachabteilungen, die ein signifikant besseres Ergebnis erzielt haben als der Durchschnitt.

Im Indikationsbereich **Neurologie** erzielten in der QUD „Schmerzen“ zwischen 5,4% in Zyklus 3 und 9,8% in Zyklus 2 ein signifikant besseres Ergebnis als der Durchschnitt. In der QUD „Funktionsfähigkeit im Alltag“ ist der Anteil der Fachabteilungen mit 8,9% in Zyklus 3 am geringsten und mit 21,2% in Zyklus 4 deutlich am höchsten. In der QUD „Neurologische Symptome“ wiesen zwischen 6,4% (Zyklus 1) und 13,7% (Zyklus 2) der Fachabteilungen eine höhere Ergebnisqualität als der Durchschnitt auf. In der QUD „Neurologische Symptome“ ist der Anteil der Fachabteilungen mit 6,4% in Zyklus 1 am geringsten und mit 13,7% in Zyklus 2 am höchsten.

In der Indikation **Psychosomatik/psychische Erkrankungen** wurden in der QUD „Interaktionelle Schwierigkeiten (HEALTH-INT)“ nur in Zyklus 1 und in Zyklus 2 bei 11,1% und 12,5% der Fachabteilungen signifikant bessere Ergebnisse im Vergleich zum Durchschnitt erzielt. In der QUD „Selbstwirksamkeit (HEALTH-SELB)“ gab es in Zyklus 1 und in Zyklus 3 Fachabteilungen mit einer auffällig positiven Ergebnisqualität (22,2% und 12,5%), in Zyklus 2 und Zyklus 4 wies hingegen keine Fachabteilung (0,0%) ein auffällig positives Ergebnis im Vergleich zum Durchschnitt auf.

Tabelle 34: Vergleich der QUD aus der Ergebnisqualität in Zyklus eins bis vier, Anteil der Fachabteilungen, die signifikant über dem Durchschnitt liegen

Ergebnisqualität	Alle Fachabteilungen			
	Zyklus 1 (%)	Zyklus 2 (%)	Zyklus 3 (%)	Zyklus 4 (%)
Kardiologie stationär				
Somatische Gesundheit	10,6	10,4	3,9	7,1
Schmerzen	2,1	4,2	5,9	3,6
Funktionsfähigkeit im Alltag	12,8	6,2	9,8	3,6
Psychisches Befinden	12,8	6,2	9,8	7,1
MSK stationär				
Soziale Integration	10,6	6,5	11,3	8,8
Gesundheitsverhalten	9,6	14,0	11,3	13,8
Pneumologie				
Gesundheitsverhalten	0,0	21,4	0,0	9,1
Krankheitsbewältigung	0,0	7,1	6,3	0,0
Neurologie				
Schmerzen	8,5	9,8	5,4	7,7
Funktionsfähigkeit im Alltag	12,8	9,8	8,9	21,2
Psychisches Befinden	4,3	13,7	10,7	13,5
Neurologische Symptome	6,4	13,7	10,7	11,5
Psychosomatik/psych. Erkrankungen				
Interaktionelle Schwierigkeiten (HEALTH-INT)	11,1	12,5	0,0	0,0
Selbstwirksamkeit (HEALTH-SELB)	22,2	0,0	12,5	0,0

6.3 Patientenzufriedenheit (Zyklus 1 bis Zyklus 4)

Die Daten zur Patientenzufriedenheit wurden über die Nachbefragung der Patientinnen und Patienten ermittelt. Äquivalent zur Ergebnisqualität stellen die folgenden Tabellen dar, welcher Anteil der Fachabteilungen aus allen bisherigen Zyklen des QS-Reha®-Verfahrens bezüglich des risikoadjustierten Ergebnisses (O-E) signifikant negativ vom Durchschnitt aller Fachabteilungen abweicht (Tabelle 35) und welcher Anteil signifikant positiv vom Durchschnitt abweicht (Tabelle 36). Die Werte geben an, wie hoch der prozentuale Anteil der Fachabteilungen mit einer auffällig negativen bzw. auffällig positiven Patientenzufriedenheit in dem jeweiligen Zyklus ist.

Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden die Ergebnisse aus der Geriatrie nicht abgebildet, da für diesen Bereich erst seit dem 3. Zyklus Auswertungen zur Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit erfolgen. Gleiches gilt für die Indikationen Kardiologie und MSK (ambulant), die erst im Zuge des 2. Zyklus in das QS-Reha®-Verfahren aufgenommen wurden. In den Bereichen MVK sowie Kinder- und Jugendrehabilitation erfolgt zum derzeitigen Stand keine Risikoadjustierung, sodass die signifikanzstatistischen Auswertungen entfallen.

Im Indikationsbereich **Kardiologie** weisen in der QUD „Schulungen“ zwischen 0,0% (Zyklus 4) und 14,6% (Zyklus 2) der Fachabteilungen eine signifikant geringere Patientenzufriedenheit auf als der Durchschnitt (Tabelle 35). Demgegenüber sind die Anteile der Fachabteilungen in der QUD „Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung“ mit einem auffällig negativen Ergebnis bei Prozentwerten zwischen 21,4% (Zyklus 4) und 27,7% (Zyklus 1) erheblich höher. In der QUD „Rehabilitationsergebnis“ erzielten zwischen 8,3% und 21,3% der Fachabteilungen eine signifikant geringere Patientenzufriedenheit.

Im Bereich **MSK stationär** weichen in der QUD „Psychologische Betreuung“ lediglich zwischen 6,6% und 7,3% der Fachabteilungen signifikant negativ vom Durchschnitt ab. Wie auch im Indikationsbereich Kardiologie wird in der QUD „Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung“ relativ häufig eine auffällig geringe Patientenzufriedenheit im Vergleich zum Durchschnitt erzielt (21,4% in Zyklus 4 bis 25,2% in Zyklus 2). Auch in der QUD „Freizeitmöglichkeiten“ ist die Zufriedenheit bei Prozentwerten zwischen 17,9% (Zyklus 4) und 27,4% (Zyklus 3) verhältnismäßig häufig signifikant geringer.

In der **Pneumologie** erzielten bei der QUD „Ärztliche Betreuung“ zwischen 9,1% (Zyklus 1) und 28,6% (Zyklus 3) der Fachabteilungen eine signifikant geringere Patientenzufriedenheit als der Durchschnitt. Hinsichtlich der QUD „Behandlungen“ hoben sich nur in den Zyklen 2 bis 4 zwischen 6,3% und 9,1% der Fachabteilungen negativ vom Durchschnitt ab. In der QUD „Schulungen“ war lediglich in Zyklus 2 bei 7,1% der Fachabteilungen die Patientenzufriedenheit signifikant geringer. Auch im Bereich Pneumologie lag in den „Nicht-medizinischen Dienstleistungen der Einrichtung“ bei Prozentwerten zwischen 9,1% in Zyklus 1 und 31,3% in Zyklus 3 relativ häufig eine signifikant negative Abweichung vor.

Tabelle 35: Vergleich der QUD aus der Patientenzufriedenheit in Zyklus eins bis vier, Anteil der Fachabteilungen, die signifikant unter dem Durchschnitt liegen

Patientenzufriedenheit Qualitätsunterdimensionen	Alle Fachabteilungen			
	Zyklus 1 (%)	Zyklus 2 (%)	Zyklus 3 (%)	Zyklus 4 (%)
Kardiologie stationär				
Schulungen	4,3	14,6	7,8	0,0
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	27,7	25,0	27,5	21,4
Rehabilitationsergebnis	21,3	8,3	15,7	14,3
MSK stationär				
Psychologische Betreuung	7,3	6,6	7,3	7,1
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	25,0	25,2	22,6	21,4
Freizeitmöglichkeiten	22,1	25,2	27,4	17,9
Pneumologie				
Ärztliche Betreuung	9,1	28,6	12,5	18,2
Behandlungen	0,0	7,1	6,3	9,1
Schulungen	0,0	7,1	0,0	0,0
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	9,1	28,6	31,3	27,3
Neurologie				
Ärztliche Betreuung	12,8	19,6	19,6	17,3
Psychologische Betreuung	8,5	5,9	5,4	13,5
Behandlungen	4,3	5,9	7,1	13,5
Freizeitmöglichkeiten	23,4	13,7	23,4	19,2
Rehabilitationsergebnis	2,1	11,8	14,3	17,3
Psychosomatik/psych. Erkrankungen				
Klima	11,1	25,0	50,0	40,0
Schulungen, Vorträge und Beratungen	22,2	0,0	0,0	20,0
Behandlungen I (Psychotherapeutische Behandlungen)	11,1	0,0	37,5	0,0
Behandlungen II (Therapieunterstützende Behandlungen)	0,0	0,0	12,5	0,0
Unterbringung	11,1	25,0	25,0	0,0
Dienstleistungen	11,1	25,0	37,5	0,0
Organisation	33,3	12,5	25,0	20,0
Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation	33,3	12,5	25,0	0,0

Im Indikationsbereich **Neurologie** ist die Patientenzufriedenheit in der QUD „Ärztliche Betreuung“ bei 12,8% (Zyklus 1) bis 19,6% (Zyklus 2 und Zyklus 3) der Fachabteilungen signifikant geringer im Vergleich zum Durchschnitt. In den QUD „Psychologische Betreuung“ sowie „Behandlungen“ ist die Zufriedenheit erneut bei nur relativ wenigen Fachabteilungen signifikant geringer als im Durchschnitt (5,4% bis 13,5% bzw. 4,3% bis 13,5%). In der QUD „Freizeitmöglichkeiten“ ist die Patientenzufriedenheit ebenso (vgl. MSK stationär) relativ häufig signifikant geringer (13,7% in Zyklus 2 bis 23,4% in Zyklus 1 und Zyklus 3). In der QUD „Rehabilitationsergebnis“

stieg der Anteil der Fachabteilungen mit einer auffällig geringen Patientenzufriedenheit sukzessive von 2,1% in Zyklus 1 auf 17,3% in Zyklus 4.

Im Bereich **Psychosomatik/psychische Erkrankungen** kommen signifikant negative Abweichungen vom Durchschnitt am häufigsten in der QUD „Klima“ mit einem Anteil von bis zu 50,0% (Zyklus 3) vor. Von insgesamt fünf Fachabteilungen in Zyklus 4 weisen zwei Fachabteilungen (40,0%) in der QUD „Klima“ eine auffällig geringe Patientenzufriedenheit auf. In den übrigen QUD bewegt sich der entsprechende Anteil der Fachabteilungen zwischen 0,0% und 33,3%. Auch aufgrund der geringen Gesamtzahl an Fachabteilungen ist in allen QUD der prozentuale Anteil der Fachabteilungen mit signifikanter Abweichung relativ hoch.

Die Ergebnisse in Tabelle 36 zeigen, dass im Indikationsbereich **Kardiologie** in der QUD „Schulungen“ zwischen 6,2% (Zyklus 2) und 8,5% (Zyklus 1) der Fachabteilungen eine signifikant höhere Zufriedenheit erzielen als der Durchschnitt. In der QUD „Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung“ bewegen sich die Prozentwerte zwischen 17,9% (Zyklus 4) und 33,3% (Zyklus 3) und sind damit erneut relativ hoch.

Tabelle 36: Vergleich der QUD aus der Patientenzufriedenheit in Zyklus eins bis vier, Anteil der Fachabteilungen, die signifikant über dem Durchschnitt liegen

Patientenzufriedenheit	Alle Fachabteilungen			
	Zyklus 1 (%)	Zyklus 2 (%)	Zyklus 3 (%)	Zyklus 4 (%)
Kardiologie stationär				
Schulungen	8,5	6,2	7,8	7,1
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	21,3	22,9	33,3	17,9
MSK stationär				
Psychologische Betreuung	9,4	5,5	4,2	2,6
Freizeitmöglichkeiten	23,1	26,2	31,1	20,0
Pneumologie				
Psychologische Betreuung	0,0	7,1	13,3	9,1
Behandlungen	0,0	7,1	12,5	9,1
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	9,1	28,6	31,3	18,2
Neurologie				
Behandlungen	2,1	17,6	3,6	5,8
Schulungen	2,2	6,2	7,5	3,9
Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung	12,8	19,6	25,0	21,2
Psychosomatik/psych. Erkrankungen				
Schulungen, Vorträge und Beratungen	11,1	0,0	37,5	20,0
Psychotherapeutische Betreuung	22,2	37,5	37,5	0,0
Unterbringung	22,2	37,5	12,5	0,0
Dienstleistungen	22,2	37,5	37,5	20,0
Klima	44,4	25,0	37,5	40,0

Im Bereich **MSK stationär** erzielen bei der „Psychologischen Betreuung“ zwischen 2,6% (Zyklus 4) und 9,4% (Zyklus 1) der Fachabteilungen eine signifikant positive Abweichung (vgl. Tabelle 36). Im Vergleich dazu sind die prozentualen Anteile der Fachabteilungen mit einem auffällig positiven Ergebnis im Vergleich zum Durchschnitt in der QUD „Freizeitmöglichkeiten“ erheblich höher (20,0% bis 31,1%).

In der **Pneumologie** weisen in den QUD „Psychologische Betreuung“ und „Behandlungen“ zwischen 7,1% (Zyklus 2) und 13,3% bzw. 12,5% (Zyklus 3) der Fachabteilungen eine signifikant höhere Zufriedenheit auf. Bei den „Nicht-medizinischen Dienstleistungen der Einrichtung“ liegen die Prozentwerte insgesamt erneut höher und zwischen 9,1% und 31,3% der Fachabteilungen heben sich positiv vom Durchschnitt ab.

Im Indikationsbereich **Neurologie** gibt es in den QUD „Behandlungen“ und „Schulungen“ bei Prozentwerten zwischen 2,1% und 17,6% bzw. 2,2% und 7,5% verhältnismäßig wenig signifikant positive Abweichungen vom Durchschnitt. Im Vergleich dazu erzielen in der QUD „Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung“ zwischen 12,8% der Fachabteilungen in Zyklus 1 und 25,0% in Zyklus 3 eine signifikant höhere Zufriedenheit.

Im Bereich **Psychosomatik/psychische Erkrankungen** schwankt der Anteil der Fachabteilungen mit einer auffällig positiven Patientenzufriedenheit in allen QUD relativ stark zwischen den Zyklen. Die prozentualen Anteile bewegen sich zwischen 0,0% und 44,4% der Fachabteilungen.

7 Ergebnisqualität

Die Daten zur „Ergebnisqualität“ wurden über die Befragungen der Patientinnen und Patienten erhoben. Diese füllen hierzu jeweils einen Fragebogen zu Reha-Beginn sowie einen Nachbefragungsbogen sechs respektive in der Geriatrie schon 2 Wochen nach Rehabilitationsende aus. Im Unterschied zu Kapitel 6.2 stellen die folgenden Tabellen die in den jeweiligen QUD erzielten Effektstärken (nicht risikoadjustiertes Ergebnis) aus Zyklus 3 und Zyklus 4 vergleichend dar.

Die Effektstärke gibt Auskunft darüber, ob im Durchschnitt über alle Patientinnen und Patienten der jeweiligen Indikation im Vergleich zwischen Beginn- und Nachbefragung ein Effekt erzielt werden konnte. Ein Effekt gilt bei einer Effektstärke von mindestens + / - 0,2 als statistisch bedeutsam (vgl. Kapitel 3.4).

Ergebnisübersichten werden ausschließlich für Indikationsbereiche erstellt, für die aus mindestens 5 Fachabteilungen mindestens 50 vollständige Datensätze vorliegen (vgl. Kap. 3.3 und Kap. 4.1).

7.1 Somatik stationär und ambulant

Für die somatischen Indikationen werden die Ergebnisse für die Qualitätsdimension „Ergebnisqualität“ den QUD zugeordnet (jeweils eine Tabelle pro QUD: „Somatische Gesundheit“, „Schmerzen“ etc.), und innerhalb der Tabellen werden die Ergebnisse im Vergleich zwischen den Indikationen dargestellt.

7.1.1 Somatische Gesundheit

Die Ergebnisse der QUD „Somatische Gesundheit“ zeigen, dass sich in fast allen Indikationen (Ausnahme: Neurologie) sowohl in Zyklus 3 als auch Zyklus 4 der Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten nach Rehabilitationsende verbessert hat. In allen Indikationen hat sich die Anzahl der Patientinnen und Patienten in Zyklus 4 gegenüber Zyklus 3 verringert und in der Kardiologie beispielsweise mit 2.290 Patientinnen und Patienten nahezu halbiert. Im Vergleich zu Zyklus 3 war die Effektstärke in Zyklus 4 in allen Indikationen größer und es wurden in allen Indikationsbereichen statistisch bedeutsame Effekte erzielt. Einzig in der Neurologie wurde ein negatives Ergebnis erzielt, das sich in Zyklus 4 bei einer Effektstärke von -0,2 gegenüber Zyklus 3 leicht verschlechtert hat (Tabelle 37).

Tabelle 37: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Somatische Gesundheit“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Indikation	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Patient/innen (N)	Effektstärke	Patient/innen (N)	Effektstärke	
Kardiologie	4.172	0,33	2.290	0,42	▲
MSK	9.511	0,30	7.079	0,35	▲
Pneumologie	1.410	0,12	1.108	0,26	▲
Neurologie	3.956	-0,19	3.410	-0,20	▼
Ambulant					
MSK	2.647	0,18	2.374	0,52	▲

7.1.2 Schmerzen

Die Ergebnisse in Tabelle 38 zeigen, dass die Patientinnen und Patienten sowohl in Zyklus 3 als auch in Zyklus 4 in der QUD „Schmerzen“ in allen somatischen Indikationen im Durchschnitt eine Verbesserung angegeben haben. In der Neurologie und Pneumologie (Zyklus 3) sind die Effekte jedoch nicht statistisch bedeutsam (Effektstärke < 0,2). Sowohl in Zyklus 3 als auch in Zyklus 4 wurde in den Indikationsbereichen MSK stationär und MSK ambulant bei Effektstärken von etwa 0,7 ein mittlerer Effekt (0,5 bis unter 0,8) erzielt. Insgesamt unterscheidet sich die Ergebnisqualität der QUD „Schmerzen“ in den einzelnen Indikationen nur geringfügig zwischen Zyklus 3 und Zyklus 4.

Tabelle 38: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Schmerzen“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Indikation	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Patient/innen (N)	Effektstärke	Patient/innen (N)	Effektstärke	
Kardiologie	2.349	0,27	1.380	0,25	▼
MSK	8.208	0,71	6.238	0,72	▲
Pneumologie	891	0,14	696	0,23	▲
Neurologie	4.197	0,01	3.893	0,01	●
Ambulant					
MSK	2.200	0,70	1.988	0,70	●

7.1.3 Funktionsfähigkeit im Alltag

Tabelle 39 zeigt, dass sich die „Funktionsfähigkeit im Alltag“ in allen Indikationen in Zyklus 3 und Zyklus 4 nach dem Reha-Aufenthalt im Durchschnitt verbessert hat. In der Neurologie ist der Effekt nicht statistisch bedeutsam. In Zyklus 3 als auch in Zyklus 4 wurde in den Indikationen Kardiologie und Pneumologie bei Effektstärken von 0,29 bzw. 0,39 und 0,30 bzw. 0,44 ein kleiner Effekt erzielt. In den Indikationen MSK (stationär und ambulant) wurde bei Effektstärken von 0,51 bzw. 0,64 in Zyklus 3 und 0,57 bzw. 0,69 in Zyklus 4 ein mittlerer Effekt erzielt. Die Effektstärke ist in allen Indikationen (Ausnahme: Neurologie) in Zyklus 4 höher im Vergleich zu Zyklus 3.

Tabelle 39: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Funktionsfähigkeit im Alltag“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Indikation	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Patient/innen (N)	Effektstärke	Patient/innen (N)	Effektstärke	
Kardiologie	4.301	0,29	2.320	0,39	▲
MSK	9.870	0,51	7.235	0,57	▲
Pneumologie	1.453	0,30	1.121	0,44	▲
Neurologie	4.140	0,06	3.784	0,05	▼
Ambulant					
MSK	2.691	0,64	2.443	0,69	▲

7.1.4 Psychisches Befinden

In der QUD „Psychisches Befinden“ wurde in allen Indikationen in Zyklus 3 und Zyklus 4 nach Rehabilitationsende im Durchschnitt eine Verbesserung des Gesundheitszustands angegeben (Ausnahme: Neurologie). Gegenüber Zyklus 3 ist die Effektstärke in Zyklus 4 in allen Indikationen größer (Ausnahme: MSK ambulant) und in den Bereichen MSK stationär, Kardiologie und Pneumologie liegt zudem bei Werten zwischen 0,31 und 0,39 ein kleiner Effekt vor (Tabelle 40).

Tabelle 40: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Psychisches Befinden“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Indikation	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Patient/innen (N)	Effektstärke	Patient/innen (N)	Effektstärke	
Kardiologie	4.284	0,29	2.337	0,39	▲
MSK	9.814	0,25	7.227	0,31	▲
Pneumologie	1.456	0,25	1.115	0,34	▲
Neurologie	4.185	-0,07	3.780	0,12	▲
Ambulant					
MSK	2.681	0,20	2.437	0,15	▼

7.1.5 Soziale Integration

Die Ergebnisse in Tabelle 41 zeigen, dass in der QUD „Soziale Integration“ für alle Indikationen sehr kleine negative Effektstärken berechnet wurden, die aber deutlich kleiner als -0,20 und damit statistisch nicht bedeutsam sind.

Tabelle 41: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Soziale Integration“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Indikation*	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Patient/innen (N)	Effektstärke	Patient/innen (N)	Effektstärke	
Kardiologie	4.278	-0,03	2.336	-0,02	▲
MSK	9.765	-0,01	7.212	-0,01	●
Pneumologie	1.442	-0,03	1.118	-0,06	▼
Ambulant					
MSK	2.674	-0,05	2.424	-0,10	▼

*diese QUD wird in der Neurologie nicht erhoben.

7.1.6 Gesundheitsverhalten

In der QUD „Gesundheitsverhalten“ wurde in allen Indikationen sowohl in Zyklus 3 als auch in Zyklus 4 eine Verbesserung erzielt (Tabelle 42). Im Vergleich zu Zyklus 3 liegt in Zyklus 4 zudem in allen Indikationen eine höhere Effektstärke vor (Ausnahme: MSK ambulant). In den Bereichen Kardiologie und Pneumologie sind die Effekte bei Effektstärken von 0,21 und 0,31 in Zyklus 3 und 0,28 bzw. 0,37 in Zyklus 4 zudem statistisch bedeutsam.

Tabelle 42: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Gesundheitsverhalten“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Indikation*	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Patient/innen (N)	Effektstärke	Patient/innen (N)	Effektstärke	
Kardiologie	4.286	0,21	2.330	0,28	▲
MSK	9.773	0,10	7.177	0,15	▲
Pneumologie	1.449	0,31	1.123	0,37	▲
Ambulant					
MSK	2.675	0,12	2.416	0,12	●

*diese QUD wird in der Neurologie nicht erhoben.

7.1.7 Krankheitsbewältigung

Tabelle 43 stellt die Effektstärken in der QUD „Krankheitsbewältigung“ dar. Sowohl in Zyklus 3 als auch in Zyklus 4 wurden in allen Indikationen positive Ergebnisse erzielt. Gegenüber Zyklus3 sind die Effektstärken in Zyklus 4 in allen Indikationen höher. In Zyklus 3 wird ausschließlich für MSK ambulant eine Effektstärke von $\geq 0,2$ erzielt, in Zyklus 4 zusätzlich auch für die Indikationen Kardiologie und MSK stationär.

Tabelle 43: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Krankheitsbewältigung“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Indikation*	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Patient/innen (N)	Effektstärke	Patient/innen (N)	Effektstärke	
Kardiologie	4.328	0,10	2.348	0,23	▲
MSK	9.884	0,16	7.285	0,21	▲
Pneumologie	1.463	0,02	1.134	0,10	▲
Ambulant					
MSK	2.711	0,22	2.451	0,25	▲

*diese QUD wird in der Neurologie nicht erhoben.

7.1.8 Neurologische Symptome (nur Fachbereich Neurologie)

Die QUD „Neurologische Symptome“ wird nur in dem Indikationsbereich Neurologie erhoben. Die Ergebnisse in Tabelle 44 zeigen, dass sich die neurologischen Symptome der Patientinnen und Patienten in Zyklus 3 im Durchschnitt bei einer Effektstärke von -0,06 (nicht statistisch bedeutsam) verschlechtert haben. In Zyklus 4 wurde hingegen bei einer Effektstärke von 0,39 eine statistisch relevante Verbesserung erzielt.

Tabelle 44: Ergebnisqualität der Indikation Neurologie in der QUD „Neurologische Symptome“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Indikation	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Patient/innen (N)	Effektstärke*	Patient/innen (N)	Effektstärke	
Neurologie	4.288	-0,06	3.772	0,39	▲

*Die dargestellten Daten zur Effektstärke wurden in Zyklus 3 abweichend aus den Ergebnisberichten Teil II (2020) entnommen.

7.1.9 Summenscore Reha-Status

Tabelle 45 stellt die Effektstärken des „Summenscore Reha-Status“ dar, die auf Basis der Ergebnisse aller QUD des jeweiligen Indikationsbereichs berechnet werden. In allen Indikationen wurde im Mittel ein positives Ergebnis erzielt (Ausnahme: Zyklus 3 Neurologie). Gemessen an der Effektstärke fällt das Ergebnis in Zyklus 4 in allen Indikationen positiver aus im Verhältnis zu Zyklus 3. Mit Ausnahme der Neurologie liegen in allen Indikationen statistisch bedeutsame Effekte vor. In Zyklus 3 wurde im Bereich MSK ambulant mit 0,52 ein mittlerer Effekt erzielt. In Zyklus 4 ist in der MSK (stationär und ambulant) die Effektstärke mit 0,55 und 0,58 am höchsten (mittlerer Effekt).

Tabelle 45: Ergebnisqualität der somatischen Indikationen in der QUD „Summenscore Reha-Status“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Indikation	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Patient/innen (N)	Effektstärke	Patient/innen (N)	Effektstärke	
Kardiologie	4.108	0,36	2.300	0,45	▲
MSK	9.394	0,49	7.101	0,55	▲
Pneumologie	1.392	0,28	1.102	0,39	▲
Neurologie	4.273	-0,08	3.886	0,12	▲
Ambulant					
MSK	2.585	0,52	2.396	0,58	▲

7.2 Psychosomatik/psychische Erkrankungen

In Tabelle 46 sind die Effektstärken in den QUD des Indikationsbereichs „Psychosomatik/psychische Erkrankungen“ für Zyklus 3 und Zyklus 4 dargestellt. Sowohl in Zyklus 3 als auch in Zyklus 4 hat sich der Zustand der Patientinnen und Patienten in allen QUD im Durchschnitt verbessert. Die Effektstärke war in Zyklus 4 in allen QUD geringer gegenüber Zyklus 3, jedoch wurde in allen QUD ein statistisch relevanter Effekt erzielt. In Zyklus 3 sowie in Zyklus 4 ist der Effekt am kleinsten in der QUD „Selbstwirksamkeit (HEALTH-SELB)“ bei einer Effektstärke von 0,47 bzw. 0,38. Der Effekt in der QUD „Psychische und somatoforme Beschwerden (HEALTH-PSB)“ ist insgesamt am größten mit einer Effektstärke von 0,62 bzw. 0,55 und es liegt jeweils ein mittlerer Effekt vor. Mit circa 310 Patientinnen und Patientinnen hat sich die Anzahl in Zyklus 4 gegenüber Zyklus 3 annähernd halbiert.

Tabelle 46: Ergebnisqualität der Indikation Psychosomatik und psychische Erkrankungen - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Qualitätsunterdimension	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Patient/innen (N)	Effektstärke	Patient/innen (N)	Effektstärke	
Psychische und somatoforme Beschwerden (HEALTH-PSB)	566	0,62	309	0,55	▼
Psychisches Wohlbefinden (HEALTH-WOHL)	565	0,60	310	0,53	▼
Interaktionelle Schwierigkeiten (HEALTH-INT)	569	0,54	309	0,40	▼
Selbstwirksamkeit (HEALTH-SELB)	569	0,47	309	0,38	▼
Aktivität und Partizipation (HEALTH-A&P)	559	0,56	308	0,55	▼
Summenschore Reha-Status*	577	0,71	312	0,63	▼

*Summenschore Reha-Status wird auf Basis aller QUD berechnet. Die Effektstärke des Summenschore ist jeweils am höchsten, da die Standardabweichung der Differenzen aufgrund der Durchschnittsberechnung verhältnismäßig gering ist (Erläuterung zur Berechnung der Effektstärke vgl. Kapitel 3.3).

7.3 Geriatrie (stationär und ambulant)

Eine Besonderheit im Bereich Geriatrie ist, dass aufgrund der regelhaft vorliegenden Multimorbidität geriatrischer Patientinnen und Patienten unterschiedlichste Erkrankungs- und Problemkonstellationen abgebildet werden müssen (erfordert Flexibilität der Fragensets)²¹. Einen zentralen Stellenwert hat die gemeinsame Definition eines individuellen Reha-Ziels mit der Patientin oder dem Patienten. Dies ermöglicht eine individualisierte Ergebnismessung auf der Basis von Reha-Zielkategorien (RZK), die aus den individuellen Reha-Zielen abgeleitet werden. Die variabel gestalteten Befragungsbögen erfassen die Ergebnisqualität in bis zu 34 RZK²².

In Tabelle 47 sind für Zyklus 4 und Zyklus 3 die Effektstärken für alle RZK in den Bereichen Geriatrie stationär und Geriatrie ambulant zusammengefasst dargestellt. In nahezu allen RZK hat sich der Zustand der Patientinnen und Patienten nach Reha-Aufenthalt im Durchschnitt verbessert. In Zyklus 4 (Zyklus 3) liegen in den RZK „Problemlösen“ und „Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit“ mit Effektstärken von -0,03 (-0,10) und -0,15 (-0,07) Ergebnisse im negativen Bereich vor. In Zyklus 4 ist die Effektstärke zudem in der RZK „Kommunikationsgeräte benutzen“ mit -0,02 leicht im negativen Bereich. Bei allen Ergebnissen im negativen Bereich liegt jedoch kein statistisch bedeutsamer Effekt vor. Die größten positiven Effekte wurden sowohl in Zyklus 4 und Zyklus 3 in den RZK „Gehen im Innenbereich“ (0,53 und 0,59), „Treppensteigen“ (0,63 und 0,66) sowie „Gehen im Außenbereich“ (0,48 und 0,49) erzielt. Die höchste Anzahl an Patientinnen und Patienten hat in Zyklus 4 und Zyklus 3 die RZK „Schmerzen“ mit 5.512 bzw. 5.549 und die RZK „Gangunsicherheit“ mit 6.019 und 6.249 gewählt.

²¹ Vgl. Methodenhandbuch (Version 5), S. 32

²² Bis zu 33 RZK und eine Globalbewertung des Reha-Ziels

Tabelle 47: Ergebnisqualität im Indikationsbereich „Geriatric“ - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Reha-Zielkategorie	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Patient/innen (N)	Effektstärke	Patient/innen (N)	Effektstärke	
Schmerzen	5.545	0,13	5.512	0,23	▲
Nahrungsaufnahme, Schlucken	242	0,14	194	0,21	▲
Defäkationsfunktion	189	0,19	139	0,07	▼
Miktionsfunktion	281	0,05	188	0,01	▼
Lesen	99	0,40	66	0,12	▼
Problemlösen	316	-0,10	173	-0,03	▲
Konzentration	1.001	0,17	673	0,13	▼
Sprache	121	0,00	79	0,03	▲
Kommunikation	364	0,13	154	0,00	▼
Kommunikationsgeräte benutzen	31	0,17	25	-0,02	▼
In einer Körperposition verbleiben	291	0,34	295	0,19	▼
Gegenstände anheben und tragen	763	0,22	627	0,22	●
Händegebrauch	787	0,24	683	0,27	▲
Rollstuhlgebrauch	232	0,44	180	0,10	▼
Gangsicherheit	6.249	0,24	6.019	0,21	▼
Gehen im Innenbereich	3.142	0,59	2.682	0,53	▼
Treppensteigen	3.251	0,66	2.942	0,63	▼
Gehen im Außenbereich	3.230	0,49	2.850	0,48	▼
Private Beziehungen	947	0,05	1.018	0,09	▲
Wirtschaftliches Leben	374	0,06	381	0,05	▼
Gemeinschaftsleben, Erholung und Freizeit	2.120	-0,07	1.948	-0,15	▼

Im Gemeinsamen Ausschuss ist im September 2023 darüber beraten worden, welche zusätzlichen Möglichkeiten es im Bereich der Geriatric für die Darstellung der Ergebnisqualität gibt, um beispielsweise das Skalenniveau zu prüfen und für weitere RZK die Effektstärken zu berechnen. Dazu hatte die Auswertungsstelle zusätzliche Auswertungen und Analysen vorgestellt. Ergebnis der Prüfung war, dass für weitere 11 Bereiche (RZK) die Berechnung der Effektstärken methodisch sinnvoll erschien (s. Übersicht unten).

Umsetzung des Beratungsergebnisses:

Im 5. Zyklus werden für die aufgeführten 11 RZK, für die ebenfalls ein höheres Skalenniveau als ordinal angenommen werden kann, zusätzlich zu den bereits vorhandenen 21 RZK ebenfalls Effektstärken berechnet.

Tabelle 48: Übersicht der RZK, für die in Zyklus 5 zusätzlich Effektstärken berechnet werden.

Nr.	Rehazielkategorien (N=11)
4.1	Mobilität Körperposition wechseln
4.10	Mobilität Transportmittel nutzen
5.1	Selbstversorgung Sich waschen
5.2	Selbstversorgung Körperpflege
5.3	Selbstversorgung Toilettenbenutzung
5.4	Selbstversorgung Sich kleiden
5.5	Selbstversorgung Essen
5.6	Selbstversorgung Trinken
6.1	Häusliches Leben Mahlzeiten zubereiten
6.2	Häusliches Leben Hausarbeiten erledigen
6.3	Häusliches Leben Beschaffen von Waren und Dienstleistungen

7.4 Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitation und -Vorsorge

Die QUD im Bereich MVK-Rehabilitation und -Vorsorge unterscheiden sich von denen der somatischen und psychosomatischen Indikationsbereiche.

Für die Eltern werden Effektstärken in elf QUD dargestellt und zusätzlich für einen „Summenscore Reha-Status“, der aus allen QUD berechnet wird. Zudem werden Effektstärken für weitere Einzelfragen erhoben und dargestellt. Für die Kinder und Jugendlichen werden Effektstärken in fünf kindbezogenen QUD dargestellt, jeweils für Kinder bis 11 Jahre sowie Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren.

Die dargestellten Ergebnisse beruhen auf Befragungen der Mütter oder Väter, die ggf. zusätzlich einen Bogen für ihre behandlungsbedürftigen Kinder bis 11 Jahre ausfüllen, sowie ggf. auf Befragungen der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen ab 12 Jahren (siehe Hinweise unterhalb der Tabellen).

7.4.1 Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation - Eltern

Der Gesundheitszustand der Eltern hat sich nach Rehabilitationsende sowohl in Zyklus 4 als auch in Zyklus 3 im Durchschnitt in allen QUD statistisch bedeutsam verbessert (Tabelle 49). In den überwiegenden QUD ist die Effektstärke in Zyklus 4 geringfügig kleiner im Vergleich zu Zyklus 3. In den QUD „Zufriedenheit mit der Gesundheit“ und „Handlungsorientierte Bewältigung“ sind die Effektstärken in Zyklus 4 mit 0,69 und 0,32 jedoch erheblich größer im Verhältnis zu Zyklus 3 (0,46 und 0,23). Sowohl in Zyklus 4 als auch in Zyklus 3 ist in der QUD „Depressivität“ die Effektstärke mit 0,82 bzw. 0,87 am höchsten und es wurde ein großer Effekt erzielt.

Tabelle 49: Ergebnisqualität im Indikationsbereich „MVK Rehabilitation“ - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Qualitätsunterdimension	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Eltern (N)	Effektstärke	Eltern (N)	Effektstärke	
Funktionsfähigkeit im Alltag	6.656	0,49	6.114	0,46	▼
Zufriedenheit mit der Gesundheit	6.653	0,46	6.135	0,69	▲
Selbstwert	6.641	0,57	6.103	0,51	▼
Suche nach sozialer Unterstützung	6.666	0,38	6.150	0,37	▼
Handlungsorientierte Bewältigung	6.664	0,23	6.150	0,32	▲
Depressivität	6.666	0,87	6.105	0,82	▼
Somatische Symptome	6.658	0,79	6.087	0,75	▼
Elternspezifische Belastungsfaktoren	6.584	0,48	6.095	0,48	●
Umweltbezogene Belastungsfaktoren	6.641	0,38	6.126	0,36	▼
Familienbezogene Sorgen	6.654	0,37	6.124	0,34	▼
Erziehungsbezogene Selbstwirksamkeit	6.608	0,55	6.051	0,53	▼
Summenscore Reha-Status*	6.663	0,69	6.154	0,74	▲

*Summenscore Reha-Status wird als Durchschnitt auf Basis aller QUD berechnet. Die Effektstärke des Summenscore ist jeweils auffällig hoch, da die Standardabweichung der Differenzen aufgrund der Durchschnittsberechnung verhältnismäßig gering ist (Erläuterung zur Berechnung der Effektstärke vgl. Kapitel 3.3).

Die Ergebnisse in Tabelle 50 zeigen, dass sich die Effektstärken aller Einzelfragen nur geringfügig zwischen Zyklus 4 und Zyklus 3 unterscheiden und überwiegend im positiven Bereich sind. Nur in der Einzelfrage „Durchschnittliche Wochenarbeitszeit in der Familien-/Hausarbeit (in Stunden)“ liegt mit -0,02 in Zyklus 4 ein negativer Wert vor, der jedoch nicht statistisch bedeutsam ist. Der größte Effekt wurde in beiden Zyklen im Bereich „Gefühlte Belastung durch (eine) Erkrankung(en) des Kindes/der Kinder“ erzielt (Effektstärke 0,25 bzw. 0,26).

Tabelle 50: Ergebnisqualität im Indikationsbereich MVK Rehabilitation (Einzelfrage) - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Einzelfragen	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Eltern (N)	Effektstärke	Eltern (N)	Effektstärke	
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit in der Familien-/Hausarbeit (in Stunden)	5.513	0,06	5.077	-0,02	▼
Behinderung bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben im Beruf oder Haushalt durch den Gesundheitszustand des Kindes/der Kinder	6.506	0,20	5.983	0,19	▼
Gefühlte Belastung durch (eine) Erkrankung(en) des Kindes/der Kinder	6.467	0,26	5.926	0,25	▼
Leiden unter Hautproblemen	6.635	0,14	6.085	0,20	▲
Beschwerden durch allergische Reaktionen	6.628	0,03	6.067	0,04	▲
Leiden unter Essstörungen	6.618	0,20	6.059	0,20	●

7.4.2 Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation – Kinder

Bei den Kindern bis 11 Jahre sind die Effektstärken in Zyklus 4 geringer im Vergleich zu Zyklus 3, jedoch sind die Unterschiede insgesamt gering (Tabelle 51). Nur in der QUD „Körperliches Wohlbefinden“ ist der Effekt von 0,46 um 0,22 auf 0,24 in Zyklus 4 etwas deutlicher vermindert. Der Gesundheitsstatus hat sich auch in Zyklus 4 nach dem Reha-Aufenthalt im Durchschnitt in allen QUD nach Rehabilitationsende verbessert (alle Effektstärken positiv). In fast allen QUD sind die Effekte statistisch bedeutsam (Ausnahme: „Prosoziales Verhalten“).

Tabelle 51: Ergebnisqualität im Indikationsbereich MVK Rehabilitation (Kinder bis 11 Jahre) - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Qualitätsunterdimension	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Kinder* (N)	Effektstärke	Kinder* (N)	Effektstärke	
Körperliches Wohlbefinden	2.490	0,46	2.017	0,24	▼
Seelisches Wohlbefinden	2.490	0,51	2.009	0,43	▼
Selbstwert	2.428	0,37	1.988	0,32	▼
Verhaltensauffälligkeiten	2.451	0,49	2.019	0,46	▼
Prosoziales Verhalten	2.457	0,17	2.022	0,15	▼

* Ausgefüllt von den Eltern für ihre Kinder bis 11 Jahren

Auch für die Kinder und Jugendlichen ab 12 Jahren wurden in Zyklus 4 und Zyklus 3 in allen QUD positive Ergebnisse erzielt (Tabelle 52). Im Vergleich zu Kindern bis 11 Jahre (s.o.) sind die Effektstärken insgesamt geringer, jedoch ist auch die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit circa 250 in Zyklus 4 und 330 in Zyklus 3 deutlich geringer. In Zyklus 4 gibt es in der QUD „Verhaltensauffälligkeiten“ mit 0,24 einen statistisch bedeutsamen (kleinen) Effekt, ebenso in Zyklus 3 in der QUD „Selbstwert“ mit einer Effektstärke von 0,20.

Tabelle 52: Ergebnisqualität im Indikationsbereich MVK Rehabilitation (Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren) - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Qualitätsunterdimension	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Kinder* (N)	Effektstärke	Kinder* (N)	Effektstärke	
Körperliches Wohlbefinden	335	0,10	248	0,03	▼
Seelisches Wohlbefinden	334	0,08	247	0,06	▼
Selbstwert	323	0,20	247	0,13	▼
Verhaltensauffälligkeiten	332	0,17	247	0,24	▲
Prosoziales Verhalten	332	0,08	248	0,04	▼

* Ausgefüllt von den Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren

7.4.3 Mutter-/Vater-Kind Vorsorge - Eltern

Die Ergebnisse in Tabelle 53 zeigen, dass sich der Gesundheitsstatus der Eltern nach der Vorsorge-Maßnahme in allen QUD im Durchschnitt deutlich verbessert hat. In der QUD „Depressivität“ liegt mit einer Effektstärke von 0,80 in Zyklus 4 und mit 0,91 in Zyklus 3 ein großer Effekt vor. In Zyklus 3 liegt zudem in der QUD „Somatische Symptome“ mit 0,80 ein großer Effekt vor. Die Unterschiede zwischen Zyklus 4 und Zyklus 3 sind insgesamt relativ gering. Nur in der QUD „Zufriedenheit mit der Gesundheit“ ist der Wert in Zyklus 4 mit 0,68 deutlich verbessert gegenüber Zyklus 3 (0,51).

Tabelle 53: Ergebnisqualität im Indikationsbereich „MVK Vorsorge“ - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Qualitätsunterdimension	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Eltern (N)	Effektstärke	Eltern (N)	Effektstärke	
Funktionsfähigkeit im Alltag	4.670	0,48	4.896	0,47	▼
Zufriedenheit mit der Gesundheit	4.643	0,51	4.927	0,68	▲
Selbstwert	4.636	0,59	4.900	0,53	▼
Suche nach sozialer Unterstützung	4.645	0,41	4.933	0,39	▼
Handlungsorientierte Bewältigung	4.650	0,26	4.934	0,33	▲
Depressivität	4.649	0,91	4.898	0,80	▼
Somatische Symptome	4.672	0,80	4.900	0,73	▼
Elternspezifische Belastungsfaktoren	4.589	0,51	4.910	0,51	●
Umweltbezogene Belastungsfaktoren	4.632	0,42	4.929	0,40	▼
Familienbezogene Sorgen	4.652	0,40	4.924	0,36	▼
Erziehungsbezogene Selbstwirksamkeit	4.598	0,57	4.875	0,53	▼
Summenscore Vorsorge-Status*	4.648	0,70	4.940	0,72	▲

*Summenscore Vorsorge-Status wird auf Basis aller QUD berechnet

Auch in allen Einzelfragen liegen die Ergebnisse der Eltern im positiven Bereich (Tabelle 54). In der Einzelfrage „Gefühlte Belastung durch (eine) Erkrankung(en) des Kindes/der Kinder“ wurde zudem sowohl in Zyklus 4 als auch in Zyklus 3 bei Effektstärken von 0,23 und 0,30 ein statistisch relevanter (kleiner) Effekt erzielt.

Tabelle 54: Ergebnisqualität im Indikationsbereich MVK Vorsorge (Einzelfrage) - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Qualitätsunterdimension	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Eltern (N)	Effektstärke	Eltern (N)	Effektstärke	
Durchschnittliche Wochenarbeitszeit in der Familien-/Hausarbeit (in Stunden)	3.836	0,10	4.052	0,00	▼
Behinderung bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben im Beruf oder Haushalt durch den Gesundheitszustand des Kindes/der Kinder	4.507	0,25	4.833	0,14	▼
Gefühlte Belastung durch (eine) Erkrankung(en) des Kindes/der Kinder	4.493	0,30	4.795	0,23	▼
Leiden unter Hautproblemen	4.629	0,14	4.887	0,15	▲
Beschwerden durch allergische Reaktionen	4.624	0,02	4.882	0,06	▲
Leiden unter Essstörungen	4.635	0,21	4.874	0,19	▼

7.4.4 Mutter-/Vater-Kind Vorsorge – Kinder

Die Ergebnisse in Tabelle 55 zeigen, dass für Kinder bis 11 Jahre in allen QUD Effektstärken im positiven Bereich erzielt wurden. Die Effektstärken sind in Zyklus 4 insgesamt geringer, jedoch sind fast alle Effekte weiterhin statistisch bedeutsam (Ausnahme: „Prosoziales Verhalten“ = 0,13).

Tabelle 55: Ergebnisqualität im Indikationsbereich MVK Vorsorge (Kinder bis 11 Jahre) - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Qualitätsunterdimension	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Kinder* (N)	Effektstärke	Kinder* (N)	Effektstärke	
Körperliches Wohlbefinden	1.801	0,47	1.364	0,28	▼
Seelisches Wohlbefinden	1.796	0,50	1.365	0,42	▼
Selbstwert	1.751	0,35	1.355	0,35	●
Verhaltensauffälligkeiten	1.787	0,49	1.367	0,46	▼
Prosoziales Verhalten	1.785	0,23	1.368	0,13	▼

* Ausgefüllt von den Eltern für ihre Kinder bis 11 Jahre

Bei den Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren hat sich das von ihnen angegebene Befinden und Verhalten in Zyklus 4 in den überwiegenden QUD leicht verbessert (Tabelle 56). Insgesamt wurden aber deutlich geringere Effektstärken im Vergleich zu den Ergebnissen der Kinder bis 11 Jahre (erfasst über die Eltern) erzielt. Nur in den QUD „Verhaltensauffälligkeiten“ (Zyklus 4) und „Körperliches Wohlbefinden“ (Zyklus 3) wurden mit Effektstärken von 0,20 und 0,23 statistisch relevante Effekte erzielt.

Tabelle 56: Ergebnisqualität im Indikationsbereich MVK Vorsorge (Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren) - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Qualitätsunterdimension	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Kinder und Jugendliche* (N)	Effektstärke	Kinder und Jugendliche* (N)	Effektstärke	
Körperliches Wohlbefinden	159	0,23	191	0,00	▼
Seelisches Wohlbefinden	160	-0,04	191	0,02	▲
Selbstwert	158	-0,01	190	0,19	▲
Verhaltensauffälligkeiten	157	0,14	193	0,20	▲
Prosoziales Verhalten	157	0,01	193	0,06	▲

* Ausgefüllt von den Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren

7.5 Kinder- und Jugendrehabilitation

Im Bereich der Kinder- und Jugendrehabilitation werden die Eltern (von Kindern bis 11 Jahren bzw. Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren) nur zu einem Messzeitpunkt befragt, sechs Wochen nach dem Ende der Reha-Maßnahme. In der Ergebnisdarstellung werden daher ausschließlich die Mittelwerte (auf einer Skala von 0-10) der nicht-risikoadjustierten Befragungsergebnisse zu diesem einen Befragungszeitpunkt dargestellt (jedoch keine Effektstärken).

Für die Kinder bis 11 Jahre war der Mittelwert in Zyklus 3 mit 5,04 am geringsten in der QUD „Therapien, Behandlungen und Schulungen II (Elternperspektive)“ und mit 8,16 am höchsten in der QUD „Umgang mit der Erkrankung“ (Tabelle 57). In Zyklus 4 lag der Mittelwert zwischen 5,48 („Schulunterricht“) und 8,76 („Kontakt“). Insgesamt sind die Unterschiede zwischen Zyklus 3 und Zyklus 4 relativ gering. In den QUD „Therapien, Behandlungen und Schulungen II (Elternperspektive)“ und „Kontakt“ sind die Ergebnisse in Zyklus 4 mit Differenzen von 2,8 bzw. 2,04 gegenüber Zyklus 3 jedoch deutlich verbessert.

Tabelle 57: Ergebnisqualität im Indikationsbereich Kinder und Jugend (bis 11 Jahre) - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Qualitätsunterdimension	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Eltern** (N)	Mittelwert	Eltern* (N)	Mittelwert	
Therapien, Behandlungen und Schulungen II (Elternperspektive)	202	5,04	121	7,84	▲
Ziele und Erfolg	438	7,38	338	7,43	▲
Problemverbesserung	173	6,03	135	5,83	▼
Schulunterricht	101	5,74	70	5,48	▼
Schulungs- und Gesprächsangebote I	291	7,36	218	7,23	▼
Schulungs- und Gesprächsangebote II	122	7,16	68	6,67	▼
Umgang mit der Erkrankung	331	8,16	238	8,25	▲
Alltag	362	6,47	270	6,88	▲
Kontakt	450	6,72	352	8,76	▲
Reha-Erfolg	456	7,98	354	7,99	▲

* Ausgefüllt von den Eltern für ihre Kinder bis 11 Jahren

**Anzahl der Patientenbögen (Eltern) in Zyklus 3 abweichend aus den Ergebnisberichten II (2020) entnommen.

Bei den Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren unterscheiden sich die Mittelwerte nur geringfügig zwischen Zyklus 4 und Zyklus 3. In Zyklus 4 war der Mittelwert mit 5,75 am geringsten in der QUD „Problemverbesserung“ und in Zyklus 3 mit 5,65 in der QUD „Schulunterricht“. Sowohl in Zyklus 4 als auch in Zyklus 3 war der Mittelwert mit 7,78 bzw. 7,79 am höchsten in der QUD „Reha-Erfolg“ (Tabelle 58).

Tabelle 58: Ergebnisqualität im Indikationsbereich Kinder und Jugend (ab 12 Jahren) - Vergleich zwischen Zyklus 3 und 4

Ergebnisse nicht risikoadjustiert					
Qualitätsunterdimension	Zyklus 3		Zyklus 4		
	Kin. und Jug.* (N)	Mittelwert	Jugendliche* (N)	Mittelwert	
Schulunterricht	180	5,65	163	5,87	▲
Ziele und Erfolg	262	7,41	210	7,01	▼
Problemverbesserung	108	5,71	96	5,75	▲
Schulungen und Anleitungen	86	6,99	88	6,69	▼
Umgang mit der Erkrankung	181	6,46	151	6,57	▲
Reha-Erfolg	276	7,79	222	7,78	▼

* Ausgefüllt von den Jugendlichen

**Anzahl der Patientenbögen (Jugendliche) in Zyklus 3 abweichend aus den Ergebnisberichten II (2020) entnommen.

8 Patientenzufriedenheit

Die Daten zur „Patientenzufriedenheit“ wurden ausschließlich über die Nachbefragungen der Patientinnen und Patienten (also nur zu einem Befragungszeitpunkt) erhoben. In den folgenden Tabellen werden für jede QUD der Patientenzufriedenheit die Mittelwerte aus den Ergebnissen der Nachbefragung je Indikation dargestellt.

Die unterschiedlichen Antwortskalen zu den Fragen, die den Patientinnen und Patienten in den Fragebögen jeweils zur Verfügung standen, wurden im Sinne der Vergleichbarkeit auf eine Skala von 0 - 10 umgerechnet (je höher der Wert, desto positiver das Ergebnis).

Ergebnisübersichten werden aus statistischen Gründen und Gründen des Datenschutzes ausschließlich für Indikationsbereiche erstellt, für die aus mindestens 5 Fachabteilungen mindestens 50 vollständige, auswertbare Datensätze vorliegen (vgl. Kap. 3.3 und Kap. 4.1).

8.1 Somatik stationär und ambulant

8.1.1 Ärztliche Betreuung

Die Ergebnisse in Tabelle 59 zeigen, dass die Unterschiede zwischen Zyklus 4 und Zyklus 3 hinsichtlich der Patientenzufriedenheit in der QUD „Ärztliche Betreuung“ relativ gering waren. Sowohl in Zyklus 4 als auch in Zyklus 3 waren die Zufriedenheitswerte auf einer Skala von 0 (niedrigster Wert) bis 10 (höchster Wert) im Bereich MSK ambulant mit 8,41 bzw. 8,31 am höchsten. Die Streuung der Werte ist in diesem Bereich zudem am geringsten (Standardabweichung: 1,89 bzw. 2,02). In der Neurologie ist die Zufriedenheit bei Werten von 6,95 in Zyklus 4 und 7,29 in Zyklus 3 im Mittel am geringsten. Zwischen den stationären Indikationen unterscheidet sich die Streuung der erhobenen Werte nur geringfügig.

Tabelle 59: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Ärztliche Betreuung“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Kardiologie	4.347	7,58	2,24	2.359	7,58	2,23	●
MSK	9.956	7,60	2,24	7.323	7,52	2,27	▼
Pneumologie	1.465	7,43	2,32	1.125	7,75	2,23	▲
Neurologie	4.317	7,29	2,32	3.892	6,95	2,38	▼
Ambulant							
MSK	2.752	8,31	2,02	2.482	8,41	1,89	▲

8.1.2 Betreuung durch die Pflegekräfte bzw. Therapeuten

In der QUD „Betreuung durch die Pflegekräfte bzw. Therapeuten“ (Tabelle 60) wurde die höchste durchschnittliche Zufriedenheit im Indikationsbereich MSK (ambulant) mit 9,01 in Zyklus 4 und 9,07 in Zyklus 3 erzielt. Die Streuung der Werte ist hier zudem am geringsten bei einer Standardabweichung von 1,53 (Zyklus 4) bzw. 1,47

(Zyklus 3). In den stationären Indikationsbereichen sind die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte in Zyklus 4 und Zyklus 3 am geringsten in der Neurologie (7,14 und 7,39) und am höchsten in der Pneumologie (7,81 und 7,64).

Tabelle 60: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Betreuung durch die Pflegekräfte bzw. Therapeuten“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Kardiologie	4.246	7,53	1,86	2.292	7,59	1,83	▲
MSK	9.754	7,58	1,86	7.150	7,62	1,86	▲
Pneumologie	1.412	7,64	1,89	1.090	7,81	1,88	▲
Neurologie	4.277	7,39	1,96	3.858	7,14	2,02	▼
Ambulant							
MSK	2.731	9,07	1,47	2.477	9,01	1,53	▼

8.1.3 Psychologische Betreuung

Tabelle 61 zeigt, dass in der QUD „psychologische Betreuung“ die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte in Zyklus 4 in fast allen Indikationen höher sind im Vergleich zu Zyklus 3 (Ausnahme: Neurologie). Der Unterschied ist am größten in der Kardiologie bei einem Durchschnittswert von 7,54 in Zyklus 4 gegenüber 7,39 in Zyklus 3. Jedoch ist die Streuung der Werte in diesem Indikationsbereich in Zyklus 4 mit einer Standardabweichung von 2,66 größer als in Zyklus 3 (2,45) und die Anzahl der Patientinnen und Patienten ist mit 356 in Zyklus 4 erheblich geringer als in Zyklus 3 (806). In beiden Zyklen ist die Patientenzufriedenheit mit der psychologischen Betreuung im Durchschnitt am geringsten im Bereich Pneumologie (7,28 bzw. 7,27) und am höchsten im Bereich MSK ambulant (7,97 und 7,93). Die Anzahl der antwortenden Patientinnen und Patienten ist hier insgesamt vergleichsweise gering, da nicht alle während ihres Reha-Aufenthalts eine psychologische Betreuung erhielten.

Tabelle 61: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Psychologische Betreuung“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Kardiologie	806	7,39	2,45	356	7,54	2,66	▲
MSK	959	7,30	2,49	555	7,38	2,47	▲
Pneumologie	303	7,27	2,50	199	7,28	2,55	▲
Neurologie	1.587	7,69	2,26	1.198	7,67	2,37	▼
Ambulant							
MSK	550	7,93	2,24	530	7,97	2,01	▲

8.1.4 Behandlungen

In der QUD „Behandlungen“ bewegen sich die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte zwischen 8,09 im Bereich Kardiologie und 8,88 (8,84 in Zyklus 3) im Bereich MSK ambulant (Tabelle 62). Die Streuung der Werte ist am geringsten im Bereich MSK ambulant mit einer Standardabweichung von 1,45 (1,38 in Zyklus 3) und am höchsten im Bereich Neurologie mit einer Standardabweichung von 1,82 (1,72 in Zyklus 3).

Tabelle 62: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Behandlungen“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Kardiologie	2.834	8,09	1,64	1.543	8,09	1,71	●
MSK	8.006	8,52	1,60	5.720	8,51	1,65	▼
Pneumologie	968	8,20	1,67	833	8,31	1,67	▲
Neurologie	2.758	8,33	1,72	2.275	8,34	1,82	▲
Ambulant							
MSK	2.182	8,84	1,38	1.848	8,88	1,45	▲

8.1.5 Schulungen

Die Ergebnisse in Tabelle 62 zeigen, dass die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte in der QUD „Schulungen“ in Zyklus 4 bei Werten zwischen 7,75 (Neurologie) und 8,29 (MSK ambulant) geringer sind im Vergleich zu Zyklus 3 (Ausnahme: MSK ambulant). Da nicht alle Patientinnen und Patienten während des Reha-Aufenthalts an einer Schulung teilnehmen, ist die Anzahl (N) in beiden Zyklen zum Teil geringer als bei anderen QUD. Die Zufriedenheitswerte beider Zyklen sind zudem nicht unmittelbar vergleichbar, da während der Covid 19-Pandemie in Zyklus 4 aufgrund von Hygienevorschriften häufig keine Gruppenschulungen angeboten werden konnten. Vor dem Hintergrund ist die Anzahl der antwortenden Patientinnen und Patienten in Zyklus 4 dennoch relativ hoch, was darauf hindeutet, dass Gruppenangebote vielfach durch Einzelangebote ersetzt werden konnten.

Tabelle 63: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Schulungen“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Kardiologie	1.924	8,07	1,67	941	7,90	1,89	▼
MSK	3.019	7,96	1,76	1.586	7,77	1,86	▼
Pneumologie	585	7,88	1,75	447	7,85	1,80	▼
Neurologie	973	7,95	1,81	414	7,75	2,08	▼
Ambulant							
MSK	1.067	8,13	1,75	870	8,29	1,71	▲

8.1.6 Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung

In der QUD „Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung“ liegen die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte in Zyklus 4 (Zyklus 3) zwischen 7,42 (7,66) im Indikationsbereich Neurologie und 8,04 (8,11) im Indikationsbereich MSK stationär (Tabelle 64). Im Vergleich zu den Ergebnissen in den übrigen QUD der Patientenzufriedenheit sind die Zufriedenheitswerte der Patientinnen und Patienten in der QUD „Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung“ relativ klein gestreut. Die Standardabweichung bewegt sich in Zyklus 4 (Zyklus 3) jeweils zwischen 1,42 (1,31) im Bereich MSK ambulant und 1,73 (1,61) im Bereich Neurologie.

Tabelle 64: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Nicht-medizinische Dienstleistungen der Einrichtung“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Kardiologie	4.357	7,92	1,51	2.366	7,93	1,57	▲
MSK	9.967	8,11	1,48	7.356	8,04	1,55	▼
Pneumologie	1.466	7,93	1,54	1.129	7,99	1,51	▲
Neurologie	4.343	7,66	1,61	3.910	7,42	1,73	▼
Ambulant							
MSK	2.733	7,78	1,31	2.461	7,77	1,42	▼

8.1.7 Freizeitmöglichkeiten (nur stationär)

Die QUD „Freizeitmöglichkeiten“ wird nur in den stationären Fachabteilungen erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte der jeweiligen Indikationen in Zyklus 4 erheblich geringer sind im Vergleich zu Zyklus 3. Die Werte bewegen sich in Zyklus 4 (Zyklus 3) zwischen 4,62 (5,54) in der Neurologie und 5,87 (6,15) in der Pneumologie (Tabelle 65). Die Zufriedenheitswerte sind in Zyklus 4 vergleichsweise breit gestreut. Die Standardabweichung bewegt sich in Zyklus 4 (Zyklus 3) zwischen 2,47 (2,17) in der Kardiologie und 2,67 (2,32) in der Neurologie. Die verhältnismäßig geringen Zufriedenheitswerte in Zyklus 4 können ggf. mit den Schutzmaßnahmen während der Corona-Pandemie erklärt werden, welche mit Einschränkungen der Freizeitmöglichkeiten einher gingen.

Tabelle 65: Patientenzufriedenheit unter den stationären somatischen Indikationen in der QUD „Freizeitmöglichkeiten (nur stationär)“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Kardiologie	4.145	6,10	2,17	2.206	5,36	2,47	▼
MSK	9.207	5,88	2,28	6.347	4,99	2,49	▼
Pneumologie	1.416	6,15	2,19	1.056	5,87	2,66	▼
Neurologie	4.013	5,54	2,32	3.513	4,62	2,67	▼

8.1.8 Maßnahmen-Organisation (nur ambulant)

Die QUD „Maßnahmen-Organisation“ wird nur in den ambulanten Fachabteilungen erhoben. Im Bereich MSK ambulant ist der durchschnittliche Zufriedenheitswert in Zyklus 4 mit 9,18 geringfügig höher gegenüber 9,14 in Zyklus 3. Die Standardabweichung ist in Zyklus 4 bei einem Wert von 1,21 etwas größer als in Zyklus 3 bei einem Wert von 1,19 (Tabelle 66).

Tabelle 66: Patientenzufriedenheit der Indikation MSK (ambulant) in der QUD „Maßnahmen-Organisation (nur ambulant)“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
MSK (ambulant)	2.746	9,14	1,19	2.483	9,18	1,21	▲

8.1.9 Attraktivität und Empfehlungen (nur ambulant)

Auch die QUD „Attraktivität und Empfehlungen“ wird lediglich in den ambulanten Fachabteilungen erhoben. Die Ergebnisse in Tabelle 67 zeigen, dass der durchschnittliche Zufriedenheitswert in Zyklus 4 mit 8,83 etwas niedriger ist im Vergleich zu Zyklus 3 mit 8,90. Die Zufriedenheitswerte sind in Zyklus 4 geringfügig größer gestreut als in Zyklus 3 (Standardabweichung: 1,99 und 1,91).

Tabelle 67: Patientenzufriedenheit der Indikation MSK (ambulant) in der QUD „Attraktivität und Empfehlungen (nur ambulant)“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
MSK (ambulant)	2.735	8,90	1,91	2.468	8,83	1,99	▼

8.1.10 Rehabilitationsergebnis

In der QUD „Rehabilitationsergebnis“ bewegen sich die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte in Zyklus 4 (Zyklus 3) zwischen 7,39 (7,59) in der Neurologie und 8,65 (8,59) im Bereich MSK ambulant (Tabelle 68). Die Streuung der Werte ist im Bereich MSK stationär bei einer Standardabweichung von 1,60 bzw. 1,67 zudem mit Abstand am kleinsten. In den übrigen Indikationen liegt die Standardabweichung in Zyklus 4 (Zyklus 3) zwischen 1,93 (1,91) im Bereich MSK stationär und 2,30 (2,15) in der Neurologie.

Tabelle 68: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Rehabilitationsergebnis“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Kardiologie	4.295	7,79	2,01	2.354	7,76	2,04	▼
MSK	9.891	8,12	1,91	7.304	8,07	1,93	▼
Pneumologie	1.454	7,75	2,19	1.125	7,83	1,99	▲
Neurologie	4.249	7,59	2,15	3.880	7,39	2,30	▼
Ambulant							
MSK	2.762	8,59	1,67	2.495	8,65	1,60	▲

8.1.11 Summenscore Zufriedenheit

Äquivalent zum „Summenscore Reha-Status“ in der Ergebnisqualität gehen in die Berechnung des „Summenscore Zufriedenheit“ die Ergebnisse aller QUD in der Patientenzufriedenheit ein. In Zyklus 4 (Zyklus 3) bewegen sich die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte zwischen 7,18 (7,45) in der Neurologie und 8,37 (8,35) im Bereich MSK ambulant (Tabelle 69). Im Bereich MSK ambulant ist die Standardabweichung mit Werten von 1,27 bzw. 1,33 mit Abstand am geringsten. In den übrigen Indikationen liegt die Standardabweichung in Zyklus 4 zwischen 1,52 und 1,69 (Pneumologie und Neurologie) und in Zyklus 3 zwischen 1,52 und 1,61 (MSK stationär und Neurologie).

Tabelle 69: Patientenzufriedenheit unter den somatischen Indikationen in der QUD „Summenscore Zufriedenheit“ - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Kardiologie	4.373	7,66	1,55	2.372	7,68	1,57	▲
MSK	10.015	7,75	1,52	7.376	7,72	1,56	▼
Pneumologie	1.472	7,63	1,60	1.134	7,82	1,52	▲
Neurologie	4.366	7,45	1,61	3.938	7,18	1,69	▼
Ambulant							
MSK	2.765	8,35	1,27	2.502	8,37	1,33	▲

8.2 Psychosomatik/psychische Erkrankungen

Tabelle 70 zeigt die durchschnittliche Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten in den einzelnen QUD der Indikation Psychosomatik/psychische Erkrankungen. Die Durchschnittswerte bewegen sich in Zyklus 4 zwischen 7,23 („Psychotherapeutische Betreuung“) und 8,76 („Behandlungen III: Physiologisch orientierte Behandlungen“). Die Werte in Zyklus 4 sind lediglich in den folgenden QUD etwas geringer im Vergleich zu Zyklus 3: „Psychotherapeutische Betreuung“ (7,23 vs. 7,27), „Schulungen, Vorträge und Beratungen“ (7,72 vs. 7,74) und

„Behandlungen II (Therapieunterstützende Behandlungen)“ (8,06 vs. 8,12). Die durchschnittliche Zufriedenheit war in Zyklus 4 deutlich höher gegenüber Zyklus 3 in den QUD „Ärztliche Betreuung“ (7,72 vs. 7,11) und „Organisation“ (8,56 vs. 8,07). Die Anzahl der Patientinnen und Patienten bewegt sich in Zyklus 4 zwischen 115 und 316 und ist somit insbesondere in Zyklus 4 relativ gering. Die Standardabweichung liegt in Zyklus 4 (Zyklus 3) zwischen 1,37 (1,42) und 2,41 (2,65).

Tabelle 70: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Psychosomatik/psychische Erkrankungen - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Qualitätsunterdimensionen	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Pflegerische Betreuung	577	7,83	2,04	313	7,94	2,13	▲
Ärztliche Betreuung	229	7,11	1,58	115	7,72	2,23	▲
Psychotherapeutische Betreuung	570	7,27	2,28	310	7,23	2,34	▼
Klima	566	8,21	1,98	312	8,41	2,00	▲
Schulungen, Vorträge und Beratungen	364	7,74	2,32	193	7,72	2,21	▼
Behandlungen I (Psychotherapeutische B.)	512	7,97	2,18	255	8,00	2,21	▲
Behandlungen II (Therapieunterstützende B.)	428	8,12	1,98	189	8,06	1,96	▼
Behandlungen III (Physiologisch orientierte B.)	546	8,66	1,78	301	8,76	1,76	▲
Organisation	579	8,07	1,67	312	8,56	1,53	▲
Entlassung und Vorbereitung auf die Zeit nach der Rehabilitation	576	7,25	2,36	308	7,47	2,11	▲
Unterbringung	579	8,63	1,45	313	8,75	1,44	▲
Dienstleistungen	580	8,20	1,82	313	8,34	1,71	▲
Attraktivität und Empfehlungen	575	7,51	2,65	310	7,81	2,41	▲
Summenscore Zufriedenheit	586	7,92	1,42	316	8,09	1,37	▲

8.3 Geriatrie (stationär)

Im Bereich Geriatrie stationär bewegen sich die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte in Zyklus 4 (Zyklus 3) zwischen 8,21 (8,29) in der QUD „Belastung durch die Therapien“ und 9,32 (9,35) in der QUD „Respekt des Klinikpersonals“ (Tabelle 71). Die Durchschnittswerte sind in Zyklus 4 in allen QUD geringfügig kleiner gegenüber Zyklus 3 (Ausnahme: „Diskretion des Klinikpersonals“). Die Streuung der Zufriedenheitswerte in den einzelnen QUD unterscheidet sich wenig zwischen den betrachteten Zyklen. In Zyklus 4 liegt die Standardabweichung zwischen 1,55 („Respekt des Klinikpersonals“ und „Hotelleistungen“) und 2,54 („Globalbewertung der Reha-Einrichtung“).

Tabelle 71: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Geriatrie stationär - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Qualitätsunterdimension	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Zuverlässigkeit/Zugewandtheit des Klinikpersonals	7.034	8,65	1,94	6.855	8,60	1,96	▼
Respekt des Klinikpersonals	8.408	9,35	1,51	8.444	9,32	1,55	▼
Diskretion des Klinikpersonals	8.228	9,20	1,71	8.210	9,20	1,68	●
Leistungen der Therapeuten	8.350	9,23	1,52	8.276	9,17	1,59	▼
Belastung durch die Therapien	8.382	8,29	1,60	8.292	8,21	1,61	▼
Hotelleistungen	8.293	8,98	1,37	8.214	8,69	1,55	▼
Zufriedenheit mit dem Sozialdienst	7.896	8,95	1,90	7.982	8,88	1,97	▼
Globalbewertung der Reha-Einrichtung	8.384	8,74	2,48	8.327	8,64	2,54	▼

8.4 Geriatrie (ambulant)

Tabelle 72 stellt die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte der einzelnen QUD im Bereich Geriatrie ambulant dar. Die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte bewegen sich in Zyklus 4 zwischen 9,05 („Belastung durch die Therapien“) und 9,69 („Diskretion des Klinikpersonals“). In den überwiegenden QUD sind die Durchschnittswerte geringfügig kleiner im Vergleich zu Zyklus 3. In der QUD „Respekt des Klinikpersonals“ ist das Ergebnis jedoch mit 9,63 deutlich verbessert gegenüber Zyklus 3 (9,38). Bei einer Standardabweichung zwischen 0,73 („Respekt des Klinikpersonals“) und 1,39 („Zufriedenheit mit dem Sozialdienst“) in Zyklus 4 ist die Streuung der Zufriedenheitswerte erheblich kleiner im Vergleich zu den stationären Fachabteilungen.

Tabelle 72: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Geriatrie ambulant - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Qualitätsunterdimension	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Zuverlässigkeit/Zugewandtheit des Klinikpersonals	584	9,54	0,97	643	9,53	0,93	▼
Respekt des Klinikpersonals	738	9,38	0,95	739	9,63	0,73	▲
Diskretion des Klinikpersonals	718	9,71	1,07	704	9,69	0,99	▼
Leistungen der Therapeuten	730	9,65	0,84	727	9,60	0,93	▼
Belastung durch die Therapien	741	9,07	1,19	734	9,05	1,15	▼
Hotelleistungen	671	9,43	1,07	608	9,26	1,16	▼
Zufriedenheit mit dem Sozialdienst	650	9,43	1,29	612	9,35	1,39	▼
Globalbewertung der Reha-Einrichtung	742	9,73	1,11	727	9,66	1,25	▼

8.5 Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation und Vorsorge

8.5.1 Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation

In Tabelle 73 sind die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte im Bereich MVK Rehabilitation dargestellt. In Zyklus 4 (Zyklus 3) liegt der Durchschnittswert in der QUD „Allgemeine Behandlungszufriedenheit“ bei 7,67 (7,92) und in der QUD „Erreichen der Maßnahmenziele“ bei 7,55 (7,74). Damit ist auch der „Summenscore Zufriedenheit“ bei einem Durchschnittswert von 7,61 in Zyklus 4 etwas niedriger im Verhältnis zu Zyklus 3 (7,83). Die Streuung der Zufriedenheitswerte ist in Zyklus 4 mit einer Standardabweichung zwischen 1,94 und 2,09 etwas größer im Verhältnis zu Zyklus 3 (1,83 bis 1,95).

Tabelle 73: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Mutter-/Vater-Kind Rehabilitation - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Allgemeine Behandlungszufriedenheit	6.724	7,92	1,95	6.156	7,67	2,09	▼
Erreichen der Maßnahmenziele	6.708	7,74	1,90	6.135	7,55	1,99	▼
Summenscore Zufriedenheit	6.727	7,83	1,83	6.162	7,61	1,94	▼

8.5.2 Mutter-/Vater-Kind Vorsorge

Wie auch im Bereich MVK Rehabilitation sind die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte der QUD im Bereich MVK Vorsorge in Zyklus 4 mit 7,80 und 7,60 etwas geringer im Verhältnis zu Zyklus 3 (7,94 und 7,70) (Tabelle 74). Der Durchschnittswert des „Summenscore Zufriedenheit“ liegt in Zyklus 4 (Zyklus 3) bei 7,70 (7,82). Die Streuung der Werte ist in Zyklus 4 bei einer Standardabweichung zwischen 1,94 und 2,07 erneut etwas größer im Verhältnis zu Zyklus 3 bei Werten zwischen 1,84 und 1,96.

Tabelle 74: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Mutter-/Vater-Kind Vorsorge - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3			Zyklus 4			
	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Patient/innen (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Allgemeine Behandlungszufriedenheit	4.696	7,94	1,96	4.932	7,80	2,07	▼
Erreichen der Maßnahmenziele	4.691	7,70	1,92	4.925	7,60	1,99	▼
Summenscore Zufriedenheit	4.699	7,82	1,84	4.940	7,70	1,94	▼

8.6 Kinder- und Jugendrehabilitation

In Tabelle 75 sind die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte in der Indikation Kinder- und Jugendrehabilitation für Kinder bis 11 Jahre dargestellt. In Zyklus 4 (Zyklus 3) beträgt der Durchschnittswert in der QUD „Zufriedenheit“ 7,24 (7,54) und in der QUD „Therapien, Behandlungen und Schulungen I“ 8,06 (8,05). Die Standardabweichung liegt jeweils bei 2,25 (Zyklus 3: 2,03) und 1,54.

Tabelle 75: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Kinder- und Jugendrehabilitation (Kinder bis 11 Jahre, Erfassung über die Eltern) - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3*			Zyklus 4			
	Kinder bis 11 Jahre (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Kinder bis 11 Jahre (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Zufriedenheit	427	7,54	2,03	319	7,24	2,25	▼
Therapien, Behandlungen und Schulungen I	278	8,05	1,54	225	8,06	1,54	▲

* Daten für den 3. Zyklus wurden aus dem Ergebnisbericht Teil II im Bereich Kinder- und Jugendrehabilitation entnommen.

Bei den Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren sind die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte in Zyklus 4 geringfügig kleiner im Vergleich zu Zyklus 3. In der QUD „Zufriedenheit“ liegt der Durchschnittswert in Zyklus 4 (Zyklus 3) bei 7,26 (7,30) und in der QUD „Therapien, Behandlungen und Schulungen I“ bei 7,74 (7,86). Die Standardabweichung liegt in Zyklus 4 (Zyklus 3) jeweils bei 2,02 (1,75) und 1,55 (1,42). Verglichen mit den Ergebnissen für Kinder bis 11 Jahre (erfasst über die Eltern) sind die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte geringfügig kleiner.

Tabelle 76: Patientenzufriedenheit im Indikationsbereich Kinder- und Jugendrehabilitation (Kinder und Jugendliche ab 12 Jahren) - Vergleich zwischen Zyklus drei und vier

Ergebnisse nicht risikoadjustiert							
Indikation	Zyklus 3*			Zyklus 4			
	Kinder und Jugendl. (N)	Mittelwert	Standardabweichung	Kinder und Jugendl. (N)	Mittelwert	Standardabweichung	
Zufriedenheit	250	7,30	1,75	193	7,26	2,02	▼
Therapien, Behandlungen und Schulungen I	206	7,86	1,42	166	7,74	1,55	▼

* Daten für den 3. Zyklus wurden aus dem Ergebnisbericht II im Bereich Kinder- und Jugendrehabilitation entnommen.

9 Evaluation

9.1 Bewertung der Koordinatorenschulung aus Sicht der Teilnehmenden

Zur Vorbereitung auf den 4. Zyklus des QS-Reha[®]-Verfahrens wurden Schulungen für die Koordinatorinnen und Koordinatoren in den Rehabilitationseinrichtungen zu zwölf Schulungsterminen digital angeboten. Die Schulungen umfassten fünf Module mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten und zwei Sondermodulen für die Indikationen Geriatrie sowie Mutter-/Vater-Kind Vorsorge und Rehabilitation. Besonders auf einen Austausch zwischen den Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren und der Möglichkeit, Fragen zum Verfahren zu stellen, wurde Wert gelegt.

Nach Abschluss der Schulungen haben die Dozentinnen die Teilnehmenden gebeten, über einen anonymen Online-Fragebogen Rückmeldung zu den Schulungen zu geben, mit dem Ziel, Optimierungspotentiale für den nächsten Zyklus zu identifizieren. Der Fragebogen umfasste mehrere Bereiche, die sich auf die Organisation, die Umsetzung, die Inhalte und das Format der Schulung bezogen. Auch gab es die Möglichkeit, durch Freitextfelder Rückmeldung zu Punkten zu geben, die im Fragebogen nicht berücksichtigt waren. Die Auswertung der Fragebogendaten erfolgte mit dem Statistikprogramm IBM SPSS 26 und mittels deskriptiver Analysen.

Aus den Rückmeldungen der befragten Personen lassen sich folgende Optimierungspotentiale für die zukünftigen Schulungen identifizieren:

- Überarbeitung der eingesetzten Schulungsmaterialien hinsichtlich Redundanzen
- Getrennte Schulungsangebote für erfahrene und unerfahrene QS-Reha[®]-Koordinatorinnen bzw. Koordinatoren
- Zukünftig neben einzelnen Präsenz-Schulungen auch vermehrt Online-Schulungen anbieten, ggf. Hybrid-Schulungen

Neben möglichen Anpassungen im Schulungskonzept, geben die Rückmeldungen der Teilnehmenden auch Hinweise, was beibehalten werden sollte:

- Modul zu den Aufgaben der Koordinatorin bzw. des Koordinators
- Sondermodule für die Indikationen Geriatrie und Mutter-/Vater-Kind, ggf. sogar ganze Schulungen nur für diese Indikationen
- Möglichkeit Fragen stellen zu können und Austausch zwischen den teilnehmenden Personen
- Offener Dialog zwischen der unabhängigen Auswertungsstelle und den Koordinatorinnen und Koordinatoren

9.2 Evaluation der Visitationen aus Sicht der Fachabteilungen

Die Visitationen in Zyklus 4 wurden durch ein Visitorinnen-Team, bestehend aus sechs Visitorinnen, durchgeführt. Insgesamt wurden 81 Fachabteilungen im Zeitraum von November 2021 bis Juli 2022 visitiert. Mit dem

Ziel, den Visitationsprozess für die kommenden Zyklen zu optimieren und weiterzuentwickeln, hat die PHFR die visitierten Fachabteilungen einmalig mit einem Papier-Fragebogen befragt, den diese an die PHFR zurückschickten. Der Fragebogen umfasste mehrere Bereiche, die sich auf die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an den einzelnen Visitationsbausteinen, die Vorbereitung auf die Visitation, die Durchführung und Atmosphäre der Visitation sowie die Visitorin bezogen. Auch gab es die Möglichkeit, in einem Freitextfeld Rückmeldungen zu Punkten zu geben, die im Fragebogen nicht berücksichtigt waren.

Von den 81 ausgegebenen Fragebögen wurden 60 Fragebögen an die PHFR zurückgeschickt. Dies entspricht einem Rücklauf von 74,1%. Die Rückmeldungen zu den Visitationen im 4. Zyklus des QS-Reha[®]-Verfahrens waren insgesamt (sehr) positiv. Dennoch lassen sich einzelne Optimierungspotentiale für das Verfahren identifizieren:

- Die Anonymisierung der Patientenakten haben einige Fachabteilungen als herausfordernd wahrgenommen. Es gilt für den kommenden Zyklus zu prüfen, ob ein alternatives und datenschutzkonformes Vorgehen realisiert werden kann.
- Die im Vorfeld der Visitationen bereitgestellten Informationen sollten nochmals hinsichtlich ihrer Vollständigkeit und Differenzierbarkeit überprüft und überarbeitet werden.

Zudem gibt es aus den Rückmeldungen der Fachabteilungen Hinweise, dass die Anforderungen an die einzelnen Kriterien der Strukturhebung konkreter definiert werden sollten. Hierzu wäre eine Überarbeitung der Ausfüllhinweise bzw. eine Konkretisierung der Qualitätsanforderungen auf Item-Ebene denkbar. Dies würde zu einem gemeinsamen Verständnis der Kriterien beitragen, was wiederum positive Auswirkungen auf die Qualitätsentwicklung haben wird.

9.3 Ergebnisse der Koordinatorenbefragung

Die für das QS-Reha[®]-Verfahren registrierten Einrichtungen benennen eine Person, die für die Koordination der Teilnahme der Einrichtungen am Verfahren verantwortlich ist, und eine Stellvertretung. Diese Personen erhalten Zugangsdaten für das Extranet des QS-Reha[®]-Verfahrens. Aufgabe der zentralen Koordination (Koordinatorinnen und Koordinatoren) in den am Verfahren teilnehmenden Einrichtungen ist es u. a., Daten der Strukturhebung zu erfassen, allen Beteiligten Informations- und Arbeitsdokumente für das Verfahren bereitzustellen, Einsicht in die Qualitätsberichte zu nehmen sowie den Kontakt mit der unabhängigen Auswertungsstelle über den Support zu pflegen.

Im Rahmen des QS-Reha[®]-Verfahrens ist in jedem Zyklus eine Befragung der Koordinatorinnen und Koordinatoren vorgesehen. Das Ziel der Befragung ist es, die Dienstleistungsqualität der unabhängigen Auswertungsstelle zu erfassen, die Zufriedenheit mit einzelnen Prozessen näher zu bestimmen, Verbesserungspotentiale aus Praxisperspektive zu identifizieren und Anhaltspunkte für die Weiterentwicklung des Verfahrens zu erkennen. Alle Koordinatorinnen und Koordinatoren wurden per E-Mail gebeten, die Online-Befragung auf der Plattform „Unipark“ vom 25.05. bis 21.06.2023 auszufüllen. Der Fragebogen gliedert sich in fünf inhaltliche Bereiche und beinhaltet neben Angaben zur Person (u. a. berufliche Position, Erfahrung im Umgang mit QS-Reha[®]) und zur

Einrichtung (Indikation und Erfahrungheit), Fragenblöcke zur Inanspruchnahme des Supports und der Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen des QS-Reha[®]-Verfahrens. An mehreren Stellen im Fragebogen besteht die Möglichkeit, in Freitextfeldern persönliche Einschätzungen und Erfahrungen zu berichten.

Die Ausgangsstichprobe umfasst N = 532 Koordinatorinnen und Koordinatoren aus insgesamt 749 Fachabteilungen, die im 4. Zyklus für das QS-Reha[®]-Verfahren registriert waren. Etwa die Hälfte der angeschriebenen Personen hat sich an der Befragung beteiligt (n = 269, Rücklaufquote: 50,6 %). Der Rücklauf der Befragung im 4. QS-Reha[®]-Zyklus ist aufgrund unterschiedlich vorliegender Zahlen nur bedingt mit dem vorherigen 3. Zyklus vergleichbar, da die früheren Berichte zur Berechnung der Rücklaufquote im Nenner die Anzahl der teilnehmenden Fachabteilungen verwenden und die Anzahl der tatsächlich angeschriebenen Koordinatorinnen und Koordinatoren nicht ausweisen (BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH 2021)²³. Gemessen an der Anzahl der teilnehmenden Fachabteilungen ist die Teilnahmequote im 4. Zyklus (269 Teilnehmende aus 749 Fachabteilungen) mit 35,9 % etwas höher als die 33,7 % in Zyklus 3 (280 Teilnehmende aus 831 Fachabteilungen).

Die Rückmeldungen der Befragten bzgl. der Aufgaben der unabhängigen Auswertungsstelle im 4. Zyklus des QS-Reha[®]-Verfahrens sind insgesamt sehr positiv. Dies belegen die hohen Zufriedenheitswerte mit dem Service und Support des aQua-Instituts, mit dem Extranet und mit den allgemeinen Dienstleistungen wie den individuellen Anschreiben an die Einrichtungen.

Ein hoher Anteil der Koordinatorinnen und Koordinatoren (29,4 %) und ein kleiner Anteil der Fachabteilungen (8,6 %) haben im 4. Zyklus zum ersten Mal am QS-Reha[®]-Verfahren teilgenommen. Die Unterschiede in der Erfahrungheit der Koordination haben jedoch keinen Einfluss auf ihre Zufriedenheit oder Support-Anfragen. Die Umsetzung des QS-Reha[®]-Verfahrens in den Einrichtungen gelingt also trotz personeller Diskontinuität, was auf ein verständliches, nachvollziehbares Verfahren und ein gutes Schulungs- und Informationsangebot vonseiten der unabhängigen Auswertungsstelle hindeutet.

Bezogen auf die Auswertungsstelle können folgende Anpassungswünsche abgeleitet werden:

- Informationslage zum Umgang mit Drop-Outs verbessern, z. B. durch eine tiefergehende Darstellung bei den Schulungen
- Komprimiertere und (laien-) verständlichere Ergebnisdarstellung im Ergebnisbericht Teil II
- Optimierung der Menüführung im Extranet

²³ BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit GmbH (2021): Datenauswertung zur Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation nach § 299 Abs. 3 SGB V und verbundene Unterstützungsleistungen. Bericht zur Evaluation des QS-Reha[®]-Verfahrens. Berichtszeitraum: 3. Durchlauf 2018 - 2020. Hamburg.

Die meisten der insbesondere in den Freitextfeldern genannten Änderungswünsche beziehen sich auf das Verfahren an sich:

- Aufwand des Verfahrens insbesondere hinsichtlich der Organisation der Befragung der Patientinnen und Patienten reduzieren
- Stärkere Berücksichtigung der individuellen Gegebenheiten der Einrichtungen
- Überarbeitung der Befragung im KiJu-Bereich z. B. bezüglich altersgerechter Fragestellungen
- Anreize für die Teilnahme an der Befragung für Patientinnen und Patienten sowie für das Erfüllen der (1)50 Teilnehmenden für die Einrichtungen schaffen

Dem aus den Freitextangaben ersichtlichen Problem, dass Fachabteilungen von der vorgesehenen, streng konsekutiven Rekrutierung abweichen, versucht die unabhängige Auswertungsstelle im fünften Zyklus gegenzusteuern. Geplant ist, mehr Nachdruck auf diesen Aspekt in den Schulungen zu legen und auf die Umsetzung der Forderung zu dringen, alle Patienten, die nicht teilnehmen wollen oder können, als Drop-Out zu dokumentieren (d.h. es muss ein entsprechender Behandlerbogen ausgefüllt werden).

Der Wunsch nach einer stärkeren Berücksichtigung von Besonderheiten der Einrichtungen ist in der Diskussion um das QS-Reha[®]-Verfahren nicht neu. Eine (noch) stärkere Berücksichtigung von Einrichtungsbesonderheiten führt zu immer kleineren Vergleichsgruppen, so dass Vergleiche weiter erschwert oder gar nicht mehr möglich sind.

Die unabhängige Auswertungsstelle wird die abgeleiteten Anpassungswünsche und die genannten Anregungen für Änderungen sichten und in Absprache mit dem Gemeinsamen Ausschuss gemäß § 137d SGB V bzw. der AG Evaluation im Hinblick auf vorhandene Zeit- und Personalressourcen priorisieren und auswählen, welche kurz-, mittel- und langfristig im Weiterentwicklungskonzept berücksichtigt werden. Eine konkrete Umsetzung, v. a. der Änderungswünsche des Verfahrens, ist frühestens im 6. Zyklus (2027-2029) möglich, z. B. wegen der notwendigen Abstimmung innerhalb der Fachgremien und der für die Änderung validierter Fragebögen notwendigen zeit- und ressourcenintensiven Validierungsstudien. Die unabhängige Auswertungsstelle wird die auf sie bezogenen Änderungswünsche, soweit dies möglich erscheint, zeitnah umzusetzen.

9.4 Evaluation der Qualitätsdialoge

Die PHFR wurde mit der Evaluation der im 4. Zyklus geführten Qualitätsdialoge beauftragt. Hierbei handelt es sich um ein separates Projekt, das erst im Jahr 2024 abgeschlossen werden konnte. Aus diesem Grund erfolgt hierfür eine separate Berichterstellung.

10 Anpassung des Verfahrens

10.1 Verfahrensanpassungen zur Bestimmung von auffälligen Qualitätsergebnissen in der Geriatrie

Die Ermittlung von auffälligen Fachabteilungen in der Indikation Geriatrie erfolgte in Zyklus 3 nach denselben Rechenregeln wie in den anderen Indikationen. Die in der Strukturhebung und Patientenbefragung erhobenen QUD der Struktur- und Prozessqualität fließen zu gleichen Anteilen in das Gesamtergebnis der Struktur- und Prozessqualität ein. Im Vergleich zu den anderen Indikationen sind in der Geriatrie fünf der insgesamt zehn QUD (50%) patientenberichtete QUD. In den anderen Indikationen liegt der Anteil der patientenberichteten QUD bei 27% (u.a. Kardiologie, Pneumologie, Neurologie) bzw. 20% (Psychosomatik).

Neben der höheren Bedeutung der patientenberichteten QUD in der Struktur- und Prozessqualität in der Indikation Geriatrie ist auch die Anzahl an QUD in der Ergebnisqualität deutlich höher als in den anderen am QS-Reha®-Verfahren beteiligten Indikationen. Durch den Einsatz von Reha-Zielkategorien (RZK) können in der Indikation Geriatrie bis zu 34 QUD²⁴ in der Ergebnisqualität erreicht werden. Zwei signifikant schlechtere QUD im Vergleich zur Vergleichsgruppe führen zu einem auffälligen Ergebnis in der Ergebnisqualität. Dies bedeutet für die Indikation Geriatrie, dass der relative Schwellenwert für auffällige QUD bei 6% liegen kann (abhängig von der gewählten Anzahl an RZK in der jeweiligen geriatrischen Fachabteilung). Im Vergleich dazu liegt der relative Schwellenwert in den anderen Indikationen bei 29% (Kardiologie, Pneumologie) und 40% (Neurologie, Psychosomatik).

Durch die Umsetzung der bisherigen Rechenregeln hätten in Zyklus 3 unverhältnismäßig viele geriatrische Fachabteilungen an einem Qualitätsdialog teilnehmen müssen (n=68, 38,4%). Aus diesem Grund wurde der Qualitätsdialog für die geriatrischen Fachabteilungen für den 3. Zyklus ausgesetzt. Für den 4. Zyklus wird eine mittelfristige Anpassung der Rechenregeln für den Qualitätsdialog in der Indikation Geriatrie angestrebt.

Dabei sollen, bei unveränderter Erhebungsmethodik, die Anpassungen der Rechenregeln die Spezifika des geriatrischen Verfahrens möglichst weitgehend erhalten²⁵, den Grundsätzen des bisherigen Verfahrens folgen, aber eine im Vergleich mit den anderen Indikationen faire und praktikable Lösung darstellen.

Im Folgenden werden von der unabhängigen Auswertungsstelle anhand der Ergebnisse aus dem 3. Zyklus mögliche Anpassungen in den Rechenregeln für die Struktur- und Prozessqualität sowie die Ergebnisqualität in der Indikation Geriatrie und deren Auswirkungen auf die Anzahl an auffälligen Fachabteilungen dargestellt. Berücksichtigt werden in den Analysen die stationären geriatrischen Fachabteilungen mit mind. 50 vollständigen Fragebogen-Sets (n=120).

²⁴ Bis zu 33 Reha-Zielkategorien und eine Globalbewertung des Reha-Ziels

²⁵ Spezifika des geriatrischen Verfahrens im Rahmen der Befragung sind u.a. starke Individualisierung, differenzierte und passgenaue Erhebung

Die patientenberichteten QUD in der Struktur- und Prozessqualität haben in der Indikation Geriatrie einen höheren Anteil als in den anderen Indikationen. Durch eine Gewichtung der patientenberichteten QUD ist eine Angleichung an die Bedeutung der patientenberichteten QUD in den anderen Indikationen möglich.

In der Tabelle 77 wird der Anteil an auffälligen stationären geriatrischen Fachabteilungen bei unterschiedlicher Gewichtung der patientenberichteten QUD dargestellt. Nach der bisherigen Rechenregel wären 80,0% (n=96) der stationären geriatrischen Fachabteilungen in der Struktur- und Prozessqualität auffällig gewesen. Wird der Anteil an patientenberichteten QUD mit 27% (vgl. u.a. Kardiologie, Neurologie) bzw. 20% (vgl. Psychosomatik) gewichtet, so reduziert sich die Anzahl an stationären geriatrischen Fachabteilungen, die weniger als 90% der Struktur- und Prozessqualität erfüllt haben, deutlich (s. Tabelle 77).

Tabelle 77: Verteilung der auffälligen stationären geriatrischen Fachabteilungen bei unterschiedlicher Gewichtung der patientenberichteten QUD (PQ) im Gesamtergebnis für Struktur- und Prozessqualität

Gesamtergebnis SQ und PQ	Anteil patientenberichteten QUD am Gesamtergebnis SQ und PQ (n=120)					
	50%		27%		20%	
	n	%	n	%	n	%
≥ 90%	24	20,0	77	64,2	94	78,3
< 90%	96	80,0	43	35,8	26	21,7

QUD=Qualitätsunterdimensionen; SQ=Strukturqualität; PQ=Prozessqualität

Die Anzahl an QUD in der Ergebnisqualität kann in der Indikation Geriatrie deutlich höher als in den anderen Indikationen sein. Durch die Nutzung eines relativen anstelle des bisherigen absoluten Schwellenwerts ist eine Angleichung an die anderen Indikationen möglich.

In der Tabelle 78 wird der Anteil an auffälligen geriatrischen Fachabteilungen bei unterschiedlichen absoluten und relativen Schwellenwerten dargestellt. Nach dem bisherigen Kriterium, mind. zwei QUD sind signifikant schlechter als die der Vergleichsgruppe, wären 32,5% (n=39) der geriatrischen Fachabteilungen in der Ergebnisqualität auffällig gewesen. Bei einer Anpassung des Schwellenwerts an den relativen Anteil von auffälligen QUD der Indikationen Kardiologie und Pneumologie (29%) bzw. Neurologie und Psychosomatik (40%), reduziert sich der Anteil an auffälligen geriatrischen Fachabteilungen in der Ergebnisqualität (s. Tabelle 78).

Tabelle 78: Verteilung der auffälligen geriatrischen Fachabteilungen bei unterschiedlichen Schwellenwerten in der Ergebnisqualität

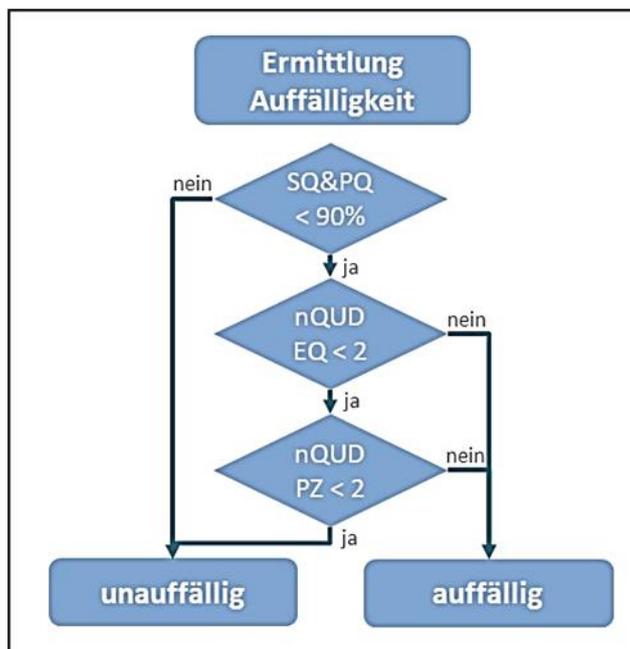
	Schwellenwerte in der EQ (n=120)					
	2 sig. QUD		29% sig. QUD		40% sig. QUD	
	n	%	n	%	n	%
nicht auffällig	81	67,5	115	95,8	120	100,0
auffällig	39	32,5	5	4,2	0	0,0

FA=Fachabteilung; EQ=Ergebnisqualität; QUD=Qualitätsunterdimension

Neben der Struktur- und Prozessqualität und Ergebnisqualität ist die Patientenzufriedenheit ein weiterer Faktor, der für die Bestimmung der auffälligen Fachabteilungen relevant ist. In der Abbildung 2 ist der aktuell für

die Fachabteilungen mit mind. 50 vollständigen Fragebogen-Sets und alle Indikationen geltende Entscheidungsbaum dargestellt. Eine Fachabteilung mit mind. 50 vollständigen Fragebogensets ist auffällig, wenn das Gesamtergebnis der Struktur- und Prozessqualität unter 90% liegt und mind. zwei QUD der Ergebnisqualität oder Patientenzufriedenheit signifikant unter dem Durchschnitt der Vergleichsgruppe liegen.

Abbildung 2: Entscheidungsbaum zur Ermittlung von auffälligen Fachabteilungen für den Qualitätsdialog



(vgl. QS-Reha®-Methodenhandbuch (Version 4.0), S. 129)

In der Tabelle 79 sind unter Berücksichtigung aller Kriterien des Entscheidungsbaums (Struktur- und Prozessqualität, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit) und den unterschiedlichen Gewichtungsfaktoren der patientenberichteten QUD in der Struktur- und Prozessqualität und den unterschiedlichen Schwellenwerten in der Ergebnisqualität die Gesamtanzahl an auffälligen Fachabteilungen dargestellt. Nach den bisher gültigen Kriterien sind n=49 (40,8%) stationäre geriatrische Fachabteilungen auffällig. Durch die Anwendung der möglichen Anpassungen reduziert sich der Anteil an auffälligen stationären geriatrischen Fachabteilungen teilweise deutlich. Je nach Berechnungsvorschrift liegt der Anteil an auffälligen stationären geriatrischen Fachabteilungen zwischen 40,8% (n=49) und 4,2% (n=5).

Tabelle 79: Anzahl an auffälligen stationären geriatrischen Fachabteilungen unter Berücksichtigung aller Kriterien (Prozess- und Strukturqualität, Ergebnisqualität & Patientenzufriedenheit) und der unterschiedlichen Gewichtungen (SQ & PQ) bzw. Schwellenwerte (EQ)

Schwellenwert EQ	Gewichtungsfaktor SQ & PQ (n=120)					
	50%		27%		20%	
	n	%	n	%	n	%
2 sig. QUD (min. 6%) ²⁶	49	40,8	19	15,8	11	9,2
29% sig. QUD	25	20,8	11	9,2	6	5,0
40% sig. QUD	22	18,3	9	7,5	5	4,2

SQ= Strukturqualität; PQ=Prozessqualität; EQ=Ergebnisqualität; QUD=Qualitätsunterdimension

Bei Fachabteilungen mit weniger als 50 vollständigen Fragebogen-Sets wird bei der Entscheidung über einen Qualitätsdialog ausschließlich das Gesamtergebnis der Struktur- und Prozessqualität (< 85%) in Betracht gezogen. In den hier vorgestellten Auswertungen sind diese Fachabteilungen nicht berücksichtigt. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich der Anteil an auffälligen Fachabteilungen bei den geriatrischen Fachabteilungen mit weniger als 50 vollständigen Fragebogen-Sets ähnlich verhält, wie in den geriatrischen Fachabteilungen, die mind. 50 vollständige Fragebogen-Sets haben.

Für den 4. Zyklus wurde im Gemeinsamen Ausschuss gemäß § 137d SGB V beschlossen, die Rechenregeln für den Qualitätsdialog in der Indikation Geriatrie, wie folgt, anzupassen:

- Die patientenberichteten QUD der Prozessqualität werden mit einem Gewichtungsfaktor von 27% in die Gesamtbewertung der Struktur- und Prozessqualität einbezogen.
- Der Schwellenwert für eine auffällige Ergebnisqualität liegt bei einem relativen Anteil von mehr als 29% auffälliger QUD.

Diese Anpassungen stellen eine mittelfristige Lösung dar. Langfristig soll die Ermittlung von auffälligen Qualitätsergebnissen für alle Indikationen geprüft und ggf. angepasst werden. Aktuell hat die Struktur- und Prozessqualität einen größeren Einfluss auf die Beurteilung der Qualitätsergebnisse als die Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit (s. Tabelle 79).

10.2 Verfahrens Anpassung in der Neurologie

Wie bereits im 3. Zyklus im Gemeinsamen Ausschuss beschlossen, wurde als kurzfristige Lösung im Behandlerbogen der Indikation Neurologie der Barthel-Index (BI), der erweiterte Barthel-Index (EBI) und die Funktionale Selbstständigkeitsmessung (FIM) durch das SINGER-Assessment (Scores of Independence for Neurologic and Geriatric Rehabilitation) ersetzt. Zudem wurde eine Anpassung in den Rechenregeln der zehn neurologiespezifischen Symptome beschlossen, welche die Beschwerdefreiheit von Patienten und Patientinnen berücksichtigt.

²⁶ Im Bereich Geriatrie hängt die Höhe des relativen Schwellenwerts (%) für auffällige QUD von der Anzahl der ausgewählten RZK ab (max. 34 QUD). Signifikante Abweichungen in 2 QUD führen zu einem auffälligen Ergebnis, was im Bereich Geriatrie u.U. lediglich 6% der QUD entspricht im Vergleich zu 29% (Kardiologie, Pneumologie) und 40% (Neurologie und Psychosomatik).

Die Symptome, die von dem Patienten bzw. der Patientin zu Beginn des Rehabilitationsaufenthalts mit „gar nicht“ angekreuzt werden, werden nicht mehr in die Auswertungen einbezogen.

Nach Abschluss der Datenerhebung im 4. Zyklus erfolgen durch die Auswertungsstelle erste Analysen zu den Ergebnissen, insbesondere zu den Effektstärken. Die Erkenntnisse werden in der AG Neurologie besprochen.

Langfristig ist über eine mögliche, grundsätzliche Anpassung der Instrumente in der Neurologie zu beraten, hier wird an die Beratungen des Gemeinsamen Ausschusses von 2020 angeknüpft.

10.3 Pandemiebedingte Abweichungen

Ergänzend zu der Strukturhebung im 4. Zyklus des QS-Reha®-Verfahrens wurden die Einrichtungen gebeten, alle Abweichungen separat zu dokumentieren, die sich durch die COVID-19-Pandemie ergeben haben. Die Dokumentation erfolgte über eine Vorlage, die je Fachbereich ausgefüllt wurde (s. Abbildung 3). Am Ende des Erhebungszeitraumes lagen 106 Dokumentationsbögen aus einzelnen Fachabteilungen vor (dies entspricht ca. 14% der registrierten Fachabteilungen) mit insgesamt 437 dokumentierten Abweichungen.

Abbildung 3: Vorlage zur Dokumentation pandemiebedingter Abweichungen

QS-Reha®-Strukturhebung Pandemiebedingte-Abweichungen

Dokumentation pandemiebedingter Abweichungen in der QS-Reha®-Strukturhebung

Name der Einrichtung:

Support-ID:

Fachbereichskennung:

Datum:

Bitte beantworten Sie die Items in der Strukturhebung im Extranet ungeachtet möglicher Auswirkungen der Pandemie so, wie sie sich im Normalbetrieb darstellen. Dokumentieren Sie hier, wie im Beispiel unten gezeigt, die etwaigen Abweichungen. Das ist notwendig, um bei Nachfragen (z.B. im Rahmen einer möglichen Visitation oder ggf. im Qualitätsdialog) darauf zurückgreifen zu können und Auswirkungen der Pandemie auf die Angebotsstruktur Ihrer Fachabteilung sichtbar zu machen. Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Schema bei Ende des Strukturhebungszeitraums per E-Mail an qs-reha@aqua-institut.de zu.

Kapitelbezeichnung	Fragennummer	Bezeichnung	Antwort bei Normalbetrieb	Pandemiebedingte Abweichung mit Begründung	Zeitraum der Änderung
K04	198	Betreuungszeiten (pro Woche) für Kinder ab 4 Jahren: mind. 35 Std.	ja	Aufgrund von Hygienevorschriften sind keine Gruppenbetreuung der Kinder möglich, weswegen keine 35-Stunden-Betreuung angeboten werden können	Seit März 2020 Ende offen

Aufgrund der Covid-19-Pandemie fanden beispielweise aufgrund von Hygienevorschriften teilweise keine Gruppenangebote (z.B. zur Raucherentwöhnung, Ernährungsschulung) statt, diese wurden dann durch individuelle Angebote ersetzt. Im Fachbereich Geriatrie hatten die Besuchsverbote die Auswirkung, dass keine Angehörigenschulungen angeboten werden konnten.

Im Fachbereich Mutter-/Vater-Kind wurden die Einschränkungen bei den angebotenen Betreuungszeiten (aufgrund der zeitweise reduzierten Gruppengröße wurden versetzte Betreuungszeiten angeboten, um die Betreuung der Kinder während der Anwendungen der Elternteile zu sichern) und der Möglichkeit der getrennten Einnahme der Mahlzeiten von Eltern und Kind (aufgrund von Kohortenbildung gab es feste Zuweisungen von

Sitzplätzen im Speisesaal während der Pandemie) deutlich. Auch wurden im Mutter-/Vater-Kind-Bereich öffentlich zugängliche Freizeitbereiche teilweise geschlossen.

In den Fachbereichen MSK und Kardiologie wurden als pandemiebedingte Abweichung am häufigsten Einschränkungen im Bereich der therapeutischen Behandlungen genannt. Beispielsweise wurden die Anzahl der Termine in der Trainingstherapie reduziert, um Abstandsvorschriften einhalten zu können.

Die Ergebnisse unterstützen die im Herbst 2021 begonnenen Visitationen. Zum einen lagen durch die Gesamtauswertung allgemeine Informationen zu Art und Form pandemiebedingter Abweichungen vor, die je nach Infektionsgeschehen bei den Visitationen berücksichtigt werden konnten. Zum anderen wurden die Rückmeldungen einer für eine Visitation ausgeloste Einrichtung während der Visitation spezifisch berücksichtigt. Hierfür war der Dokumentationsbogen für Einrichtungen, die diesen ausgefüllt haben, ein ergänzender Bestandteil der Visitationsunterlagen.

10.4 Anpassung der Rechenregeln für das dialogrelevante Kriterium „Facharztqualifikation der ärztlichen Leitung“

In den Sitzungen am 07.12.2021, am 27.01.2022 und am 10.03.2022 wurde in der AG Evaluation intensiv über die Aktualisierung der fachärztlichen Qualifikation der ärztlichen Leitung in der Strukturhebung beraten. Diese wird als dialogrelevantes Kriterium erhoben und wurde bisher in einigen Fachabteilungen (wie z.B. MSK, Onkologie oder MVK) an die – meist zweijährige - Berufserfahrung im rehabilitativen Bereich gekoppelt. Dies führte zu einer uneinheitlichen Anforderungen zwischen den Indikationen und zum anderen zu einer unpräzisen Ergebnisdarstellung, da bei einer Nichterfüllung des Kriteriums nicht zwischen der fehlenden Facharztqualifikation oder der fehlenden Berufserfahrung unterschieden werden konnte. Ziel war es daher, das bisherige Kriterium A.IV.1 bzw. 139 (Geriatric) aufzuschlüsseln, sodass nun die fachlichen Anforderungen an die Leitung und Stellvertretung (=DK) sowie die Berufserfahrung im rehabilitativen Bereich (=BK) getrennt erfasst und bewertet werden können.

Die Überarbeitung des bisherigen Kriteriums A.IV.1 bzw. 139 resultierte in einer Aufschlüsselung des Kriteriums in insgesamt vier Kriterien. In der Tabelle 80 wird die überarbeitete Form des Kriteriums A.IV.1 aufgezeigt, welches weiterhin als dialogrelevantes Kriterium bewertet wird. Der Fokus liegt nun ganz auf der fachärztlichen Qualifikation, ohne weitere Bedingungen wie z.B. die Berufserfahrung. Zudem wurden die Bezeichnungen für Chefarzt bzw. Oberarzt in ärztliche Leitung bzw. stellv. ärztliche Leitung umbenannt, da die alten Bezeichnungen nicht flächendeckend in allen Settings verwendet werden. Die Tabelle 81 zeigt anschließend die Kriterien A.IV.1A bis A.IV.1D (bzw. 139 bis 143), die sich auf die Berufserfahrung beziehen und die nun von dem alten Kriterium A.IV.1 abgespalten wurden und nunmehr lediglich Basiskriterien sind.

Tabelle 80: Kriterium der fachärztlichen Qualifikation - Vergleich zwischen A.IV.1 (alt) und A.IV.1 (neu)

Fachabteilung	A.IV.1 bzw. 139 (alt - bis Zyklus 4)	A.IV.1 bzw. 139 (neu - ab Zyklus 5)
1000 – DERMA	CA/OA: Dermatologe/-in/ Venerologe/-in, mindestens eine/-r Zusatzbezeichnung Allergologie.	Ärztliche Leitung: Facharzt/-ärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten (Hautarzt/-ärztin) und ärztliche Leitung oder stellv. ärztliche Leitung hat die ZWB Allergologie.
1100 – GASTRO	CA/OA: Internist/-in, Schwerpunkt Gastro und/oder Diabetologie DDG.	Ärztliche Leitung: Facharzt /-ärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie (Gastroenterologe/-in) mit ZWB Diabetologie.
1200 – KARDIO	CA/OA: Internist/-in, mindesten seine/-r von beiden Schwerpunkt Kardiologie.	Ärztliche Leitung: Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Kardiologie (Kardiologe/Kardiologin).
1250 – KARDIO-AMB	CA/anwesender Facharzt: die Anerkennungen als Internist/-in und mind. einer von beiden Schwerpunkt Kardiologie.	Ärztliche Leitung: Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und mind. ärztliche Leitung oder stellv. ärztliche Leitung ist Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Kardiologie.
1300 – MSK	CA: Arzt/Ärztin für Orthopädie, in Ausnahme Internist/-in mit Schwerpunkt Rheumatologie mit langjähriger Erfahrung (mindestens 2 Jahre)/Praxis in Rehaeinrichtungen, dann OA: Orthopäde; in Einrichtungen mit überwiegendem Anteil von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten CA: Internist/-in mit Schwerpunkt Rheumatologie, OA: Orthopäde/-in oder Internist/-in.	Ärztliche Leitung: Facharzt/-ärztin für Orthopädie/Unfallchirurgie Bei überwiegendem Anteil von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten: Facharzt /-ärztin für Innere Medizin und Rheumatologie (Rheumatologe/-in) oder Facharzt /-ärztin für Orthopädie/Unfallchirurgie mit ZWB Orthopädische Rheumatologie.
1350 – MSKAMB	CA: Arzt/Ärztin für Orthopädie oder Arzt/Ärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie, in Ausnahme Internist/-in mit Schwerpunkt Rheumatologie mit langjähriger Erfahrung/ Praxis in Rehaeinrichtungen (mindestens 2 Jahre), dann mit Anwesenheit: Arzt/Ärztin für Orthopädie oder Arzt/Ärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie. In Einrichtungen mit überwiegendem Anteil von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten: CA: Internist/-in mit Schwerpunkt Rheumatologie; OA: Arzt/Ärztin für Orthopädie oder Arzt/Ärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Internist/-in.	Ärztliche Leitung: Facharzt/-ärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie; in Ausnahmefällen: Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, wenn Anwesenheit eines FA/FÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie gewährleistet ist In Einrichtungen mit überwiegendem Anteil von Patientinnen/Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten: Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Rheumatologie oder Facharzt/-ärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt/-ärztin für Orthopädie.
1400 – ONKO	CA/OA:Facharzt/-ärztin der Hauptbelegungsindikation oder Internist/-in mit nachgewiesener langjähriger onkologischer Tätigkeit (mindestens 2 Jahre), mindestens eine/-r von beiden Facharzt/-ärztin für Innere, Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie.	Ärztliche Leitung: Facharzt /-ärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie (Hämatologe und Onkologe/Hämatologin und Onkologin).
1500 – PNEUMO	CA/OA: Internist/-in, Schwerpunkt Pneumologie + 1 Pneumologe/-in +Allergologe/-in (in Einrichtungen mit überwiegendem Anteil von Patienten mit allergologischen Krankheiten).	Ärztliche Leitung: Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Pneumologie (Pneumologe/Pneumologin). Bei überwiegendem Anteil von Patienten mit allergologischen Krankheiten: Facharzt /-ärztin für Innere Medizin und Pneumologie mit ZWB Allergologie.
1600 – GERIAAMB	Ärztliche/r Leiter/in führt die Facharztbezeichnung in einem der Gebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie und zusätzlich eine der Bezeichnungen Schwerpunkt Geriatrie Zusatz-Weiterbildung Geriatrie Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie oder der/die ärztliche/r Leiter/in führt den Facharzt Innere Medizin/Geriatrie.	Ärztliche Leitung führt die Facharztbezeichnung in einem der Gebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie sowie zusätzlich eine der Bezeichnungen Schwerpunkt Geriatrie Zusatz-Weiterbildung Geriatrie Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie oder die ärztliche Leitung führt den Facharzt Innere Medizin und Geriatrie.

Fachabteilung	A.IV.1 bzw. 139 (alt - bis Zyklus 4))	A.IV.1 bzw. 139 (neu - ab Zyklus 5)
1700 – GERIA	<p>Ärztliche/r Leiter/in führt die Facharztbezeichnung in einem der Gebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie und zusätzlich eine der Bezeichnungen</p> <p>Schwerpunkt Geriatrie Zusatz-Weiterbildung Geriatrie Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie</p> <p>oder der/die ärztliche/r Leiter/in führt den Facharzt Innere Medizin/Geriatrie.</p>	<p>Ärztliche Leitung führt die Facharztbezeichnung in einem der Gebiete Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Neurologie sowie zusätzlich eine der Bezeichnungen</p> <p>Schwerpunkt Geriatrie Zusatz-Weiterbildung Geriatrie Fakultative Weiterbildung klinische Geriatrie</p> <p>oder die ärztliche Leitung führt den Facharzt Innere Medizin und Geriatrie.</p>
2000 – NEURO	CA/OA: Arzt/Ärztin für Neurologie oder Neurochirurgie.	Ärztliche Leitung: Facharzt/-ärztin für Neurologie (Neurologe/Neurologin) oder Facharzt/-ärztin für Neurochirurgie (Neurochirurg/Neurochirurgin).
3000 – PSYCH	CA/OA:Facharzt/-ärztin für Psychotherapeutische Medizin u./ o.Facharzt/-ärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie u./o. Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.	Ärztliche Leitung: Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Psychosomatische Medizin und Psychotherapeut/ Psychosomatiker und Psychotherapeut/ Psychosomatikerin und Psychotherapeutin) oder Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie.
4000 – MVK (Vorsorge)	Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin oder Facharzt/-ärztin mit der Gebietsbezeichnung einer Indikation der Einrichtung sowie mit einer mindestenszweijährigen Berufserfahrung in einer Vorsorgeeinrichtung.	Ärztliche Leitung: Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin oder Facharzt/-ärztin für innere Medizin oder Facharzt/-ärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin oder Facharzt/-ärztin mit der Gebietsbezeichnung eines Behandlungsschwerpunktes der Einrichtung.
4000 – MVK (Rehabilitation)	<p>Facharzt/-ärztin mit der Gebietsbezeichnung einer Rehaindikation der Einrichtung</p> <p>oder</p> <p>Indikation Psychosomatik: Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin in Kooperation mit Psychologischer/ e Psychotherapeut/-in bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeut/-in (im Tandem) oder Facharzt/-ärztin für Psychotherapeutische Medizin oder Facharzt/-ärztin für Psychiatrie / Psychotherapie</p> <p>Indikation Pneumologie: Internist/-in mit Schwerpunkt Pneumologie</p> <p>Indikation Dermatologie: Dermatologe/-in/ Venerologe/-in mit Zusatzbezeichnung Allergologie</p> <p>Indikation Orthopädie: Internist/-in mit Schwerpunkt Rheumatologie oder Facharzt/-ärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <p>Indikation Gastroenterologie: Internist/-in mit Schwerpunkt Gastroenterologie/ Diabetologe DDG</p> <p>Indikation Kardiologie: Internist/in mit Schwerpunkt Kardiologie</p> <p>Der leitende Arzt muss über eine mindestens zweijährigevollzeitige rehabilitative und sozialmedizinische Berufserfahrung verfügen.</p>	<p>Ärztliche Leitung: Facharzt/-ärztin mit Gebietsbezeichnung bzw. Teilgebietsbezeichnung der Hauptindikation der Rehabilitationseinrichtung/ Fachabteilung (siehe neue Bezeichnungen gemäß MWBO 2018, Facharztbezeichnungen vor 2018 erhalten weiterhin ihre Gültigkeit):</p> <p>Indikation Psychosomatik: Leitungsteam besteht aus Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin im Tandem mit Psychologischem Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder Facharzt/-ärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Facharzt/-ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie</p> <p>Indikation Pneumologie: Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Pneumologie</p> <p>Indikation Dermatologie: Facharzt/-ärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit Zusatzweiterbildung Allergologie</p> <p>Indikation Orthopädie: Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Rheumatologie oder Facharzt/-ärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie</p> <p>Indikation Gastroenterologie: Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie oder Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologe</p> <p>Indikation Kardiologie: Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Kardiologie</p>
5000 – KIJU	Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (Leitende/r Ärztin/Arzt)	<p>Ärztliche Leitung:</p> <p>Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin (Kinder- und Jugendarzt/Kinder- und Jugendärztin) oder Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeut/Kinder- und Jugendpsychiaterin und -psychotherapeutin)</p>

Fachabteilung	A.IV.1 bzw. 139 (alt - bis Zyklus 4)	A.IV.1 bzw. 139 (neu - ab Zyklus 5)
----------------------	---	--

CA = Chefarzt/-ärztin; OA = Oberarzt/-ärztin; ZWB = Zusatzweiterbildung

Tabelle 81: Inhalte der von der fachärztlichen Qualifikation abgepalpten Kriterien A.IV.1A bis A.IV.1D

Fachabteilung	A.IV.1A bzw. 140 Ärztliche Leitung	A.IV.1B bzw. 141 + 142 Stellv. Ärztliche Leitung	A.IV.1C bzw. 143 Stellv. Ärztliche Leitung	A.IV.1D Im Rehabilitati- onsteam
SOMATIK STAT UND AMB (außer MSK u. NEURO)	Mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen.	Vergleichbare FA Qualifikation wie ärztliche Leitung.	Mindestens zwei-jährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen.	
1300 – MSK	Mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen.	Vergleichbare FA Qualifikation wie ärztliche Leitung, es sei denn die ärztliche Leitung ist Facharzt/-ärztin für Innere Medizin und Rheumatologie, dann stellv. ärztliche Leitung Facharzt/-ärztin für Orthopädie/Unfallchirurgie.	Mindestens zwei-jährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen.	
1600 – GERIA-AMB; 1700 – GERIA	Ärztliche Leitung verfügt über eine vollzeitige klinische Berufserfahrung von 12 Monaten in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V, in einem geriatrischen Fachkrankenhaus oder in einer selbständigen geriatrischen Fachabteilung unter fachärztlich geriatrischer Leitung in einem Allgemeinkrankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V.	Kriterium 141: Vergleichbare FA Qualifikation wie ärztliche Leitung. Kriterium 142: Facharzt/-ärztin für Innere Medizin/Geriatrie, wenn ärztliche Leitung kein Facharzt/-ärztin für Innere Medizin ist.	Stellv. ärztliche Leitung verfügt über eine vollzeitige klinische Berufserfahrung von 12 Monaten in einer geriatrischen Rehabilitationseinrichtung mit einem Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V, in einem geriatrischen Fachkrankenhaus oder in einer selbständigen geriatrischen Fachabteilung unter fachärztlich geriatrischer Leitung in einem Allgemeinkrankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V.	
2000 – NEURO	Mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen.	Vergleichbare FA Qualifikation wie ärztliche Leitung.	Mindestens zwei-jährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen.	Facharzt /-ärztin für Innere Medizin.
4000 – MVK (Vorsorge)	Mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen.	Vergleichbare FA Qualifikation wie ärztliche Leitung.	Mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen.	
4000 – MVK (Rehabilitation)	Mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen.	Vergleichbare FA Qualifikation wie ärztliche Leitung.	Mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen.	

Fachabteilung	A.IV.1A bzw. 140 Ärztliche Leitung	A.IV.1B bzw. 141 + 142 Stellv. Ärztliche Leitung	A.IV.1C bzw. 143 Stellv. Ärztliche Leitung	A.IV.1D Im Rehabilitationsteam
5000 – KIJU	Mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen.	Vergleichbare FA Qualifikation wie ärztliche Leitung.	Mindestens zweijährige vollzeitige (bei Teilzeit entsprechend längere) rehabilitative oder sozialmedizinische Erfahrungen in Rehabilitationseinrichtungen.	Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie oder Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie.

Neben der Überarbeitung der einzelnen Kriterien, mussten zudem auch noch die dazugehörigen Item-Felder in der Strukturhebung und die Rechenregeln entsprechend angepasst werden.

Die beschlossenen Änderungen werden für den 5. Zyklus (2024-2026) angewendet.

10.5 Konkretisierung des Auswahlalgorithmus für die Qualitätsdialoge

Für den 4. Zyklus des QS-Reha®-Verfahrens hat der Gemeinsamen Ausschuss Änderungen im Vorgehen zur Identifikation der qualitativ schlechtesten Fachabteilungen beschlossen:

- (1) Einführung von dialogrelevanten Kriterien (DK) und
- (2) Ergänzung des bisherigen Auswahlalgorithmus um eine 10 %-Regel.

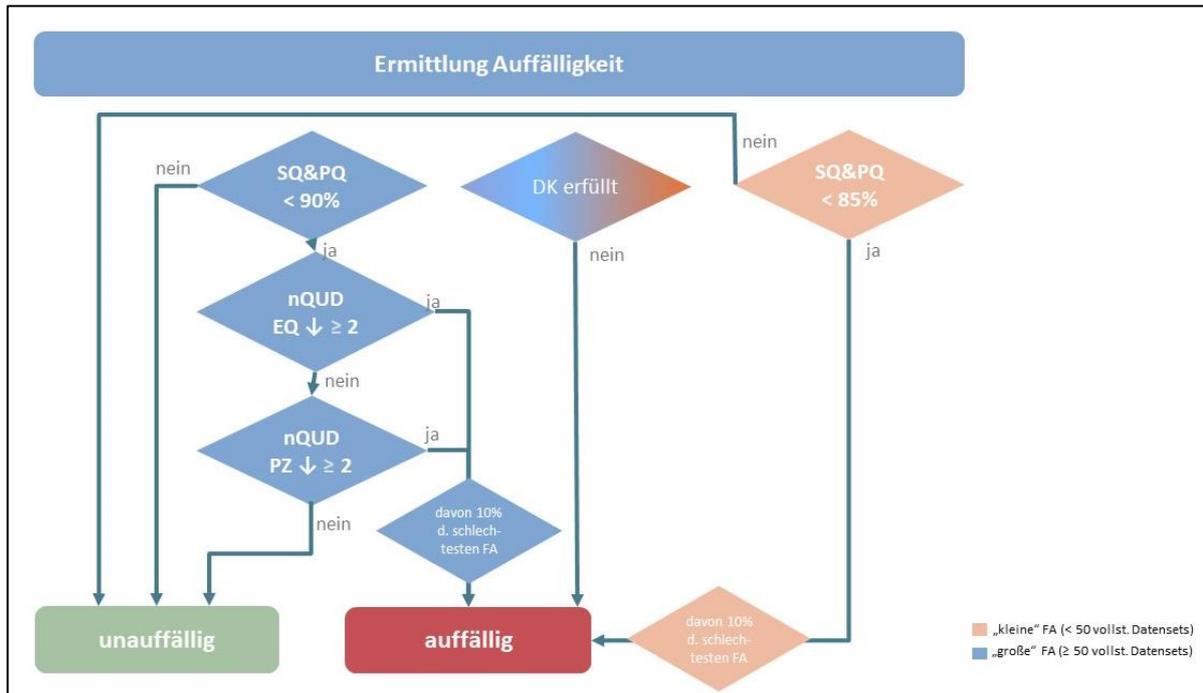
Konkret bedeutet dies, dass es neben dem bisherigen Auswahlalgorithmus vier DK gibt, die bei Nichterfüllen eines Kriteriums sofort einen Qualitätsdialog auslösen:

- (1) Facharztqualifikation der ärztlichen Leitung,
- (2) Notfallkoffer, -rucksack, -wagen,
- (3) Ort für Notfallbehandlung, -überwachung und
- (4) Mehrkanal-EKG.

Zudem wurde der bisherige Auswahlalgorithmus um eine weitere Bedingung ergänzt: Von den über den Auswahlalgorithmus ermittelten rechnerisch auffälligen Fachabteilungen kommen nur die 10 % schlechtesten Fachabteilungen in einen Qualitätsdialog. Ziel dieser ergänzenden 10 %-Regel ist es, die Zahl der Qualitätsdialoge zu begrenzen, die sich zusätzlich zu den bereits aufgrund eines nicht-erfüllten DK aus dem bisherigen Algorithmus ergeben. Wie stark sich die 10 %-Regel auf die Anzahl an zu führenden Qualitätsdialogen auswirkt, hängt davon ab, wie groß die Schnittmenge der Fachabteilungen ist, die sowohl in mind. einem DK als auch nach dem bisherigen Auswahlalgorithmus auffällig sind.

In der Abbildung 4 ist das Vorgehen zur Identifikation von (rechnerisch) auffälligen Fachabteilungen dargestellt. Unterschieden wird im Rahmen der im QS-Reha[®]-Verfahren durchgeführten Patientenbefragung zwischen der sogenannten Groß- (GM; ≥ 50 vollständige Datensets) und Kleinmenge (KM; < 50 vollständige Datensets).

Abbildung 4: Vorgehen zur Ermittlung von auffälligen Fachabteilungen



SQ=Strukturqualität; PQ=Prozessqualität; EQ=Ergebnisqualität; PZ=Patientenzufriedenheit; nQUD=Anzahl der Qualitätsunterdimensionen; FA=Fachabteilung; DK=dialogrelevantes Kriterium

Wie ist die 10 %-Regel anzuwenden?

Um die 10% der schlechtesten Fachabteilungen zu identifizieren gibt es grundsätzlich 2 Möglichkeiten. Eine Möglichkeit wäre, sowohl in der GM als auch in der KM die Auswahl der 10 % schlechtesten Fachabteilungen allein auf der Basis der Struktur- und Prozessqualität vorzunehmen, da sich die Fachabteilungen entlang der Erfüllungsgrade der Struktur- und Prozesskriterien in eine Rangfolge bringen lassen. In der Konsequenz wären dann in der GM eine schlechte Ergebnisqualität bzw. geringe Patientenzufriedenheit (und damit die Ergebnisse aus der Befragung von Patientinnen und Patienten) von geringerer Bedeutung.

Um die Bedeutung von Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit nicht zu verringern, wurde von der Auswertungsstelle folgendes Vorgehen zur Anwendung der 10 %-Regel erarbeitet:

Für die KM: Bildung einer Rangfolge auf der Grundlage der Erfüllungsgrade von Struktur- und Prozessqualität. Anschließend Festlegung der 10 % der Fachabteilungen mit den geringsten Erfüllungsgraden. Bei zu vielen Fachabteilungen mit den gleichen Erfüllungsgraden wird eine Zufallsstichprobe aus dieser Gruppe gezogen, bis die 10 % erreicht sind.

Für die GM: Addition der unterdurchschnittlichen QUD von Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit für jede Fachabteilung. Anschließend Bildung einer Rangfolge und Feststellung der schlechtesten 10 %. Bei zu vielen Fachabteilungen mit dem gleichen Rang wird zunächst der Erfüllungsgrad von Struktur- und Prozessqualität zur weiteren Bildung einer Rangfolge herangezogen. Ist weiterhin die Bildung einer eindeutigen Rangfolge nicht möglich, wird eine Zufallsstichprobe aus dieser Gruppe gezogen, bis die 10 % erreicht sind.

Welche Auswirkung hat die Anwendung der 10 %-Regel auf die Anzahl der zu führenden Qualitätsdialoge?

Wie eingangs schon erläutert, hängt die Stärke der Auswirkung der 10 %-Regel auf die Anzahl der zu führenden Qualitätsdialogen davon ab, wie groß die Schnittmenge zwischen den Fachabteilungen ist, die in einem DK auffällig sind und den Fachabteilungen, die aufgrund des Auswahlalgorithmus in den Qualitätsdialog müssen.

Im 4. Zyklus waren nach Abschluss der Visitationen n=205 (27,4 %) Fachabteilungen in mindestens einem der DK auffällig, d.h. mit diesen Fachabteilungen werden Qualitätsdialoge geführt. Für den Berichtszeitraum lagen noch keine Ergebnisse zu der Anzahl an auffälligen Fachabteilungen aufgrund des Auswahlalgorithmus vor, weswegen beispielhaft die Zahlen aus dem 3. Zyklus herangezogen wurden. Im 3. Zyklus mussten aufgrund des Auswahlalgorithmus (ohne 10 %-Regel) 85 Fachabteilungen (alle Indikationen, Ausnahme Geriatrie (stationär & ambulant)) in einen Qualitätsdialog (vgl. BQS Evaluationsbericht Qualitätsdialoge, 2021). Dies bedeutet, dass bei Anwendung der 10 %-Regel mit maximal 9 weiteren Fachabteilungen aufgrund des Auswahlalgorithmus ein Qualitätsdialog geführt wird. Je nach Schnittmenge liegt die Gesamtzahl der zu erwartenden Qualitätsdialoge für den 4. Zyklus zwischen 205 und 214 Qualitätsdialogen, wobei der Großteil (96 % - 100 %) auf der Basis mindestens eines auffälligen DK erfolgt.

Fazit

Durch die Einführung der DK hat die Struktur- und Prozessqualität eine höhere Gewichtung bei der Identifikation von rechnerisch auffälligen Fachabteilungen. Die Bedeutung der Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit, welche aus der Befragung der Patientinnen und Patienten resultieren, ist nach den Änderungen im Auswahlalgorithmus für den 4. Zyklus dahingegen nachrangiger. Zur Stärkung der Bedeutung dieser beiden Qualitätsdimensionen bei der Identifikation von rechnerisch auffälligen Fachabteilungen sollen für den 5. bzw. 6. Zyklus Anpassungsvorschläge für den Auswahlalgorithmus erarbeitet werden.

10.6 Anpassungen der Strukturkriterien

Bei der Umsetzung des 4. Zyklus des QS-Reha®-Verfahrens zeigte sich, dass die Strukturkriterien und Ausfüllhinweise von den verschiedenen Akteuren (u.a. Vorsorge-/Rehabilitationseinrichtungen, Visitorinnen, unabhängige Auswertungsstelle) im QS-Reha®-Verfahren teilweise unterschiedlich verstanden werden, dass sie teilweise veraltet oder fehlerhaft sind. Ein Themenschwerpunkt des Weiterentwicklungskonzepts des aQua-Instituts und der Pädagogischen Hochschule Freiburg ist daher die Konsolidierung der Strukturkriterienkataloge. Die Konsolidierung verfolgt drei Ziele:

1. Die Identifikation inhaltlich nicht begründbarer Unterschiede in den Strukturkriterien, den dazugehörigen Ausfüllhinweisen und ggf. weiterer Merkmale (z. B. Basis- oder Zuweisungskriterium)
2. Die Angleichung der Strukturkriterien und Ausfüllhinweise immer dort, wo es inhaltlich nicht begründbare Unterschiede gibt,
3. Das Schaffen einer verlässlichen Informationsgrundlage für alle Beteiligten und für zukünftige Weiterentwicklungen zu den Gründen für weiterhin bestehende, als fachlich gerechtfertigt betrachtete Unterschiede zwischen den Indikationsbereichen.

Mit der Konsolidierung ausdrücklich nicht vorgesehen ist eine vollständige Überarbeitung der Strukturkriterienkataloge. Trotzdem handelt es sich um ein recht großes Unterfangen, dessen Ergebnisse unter Beteiligung der am Verfahren beteiligten Akteure erarbeitet und im 5. Zyklus zur Anwendung kommen sollen.

Auf der Grundlage der Strukturhebungsbögen erstellte die unabhängige Auswertungsstelle eine Item-Datenbank für alle im QS-Reha®-Verfahren berücksichtigten Indikationsbereiche. Zur Identifikation potenzieller Auffälligkeiten (also inhaltlich nicht begründeter Unterschiede) zwischen den Indikationsbereichen wurden die Strukturkriterien, die inhaltlich ähnlich bzw. gleich sind, gruppiert und anschließend näher betrachtet. Zur weiteren Strukturierung wurden in Anlehnung an die Systematik der Strukturkriterienkataloge inhaltlich zusammengehörende Themenbereiche gebildet. Die in dieser Form aufbereitete Datenbank bildet die Grundlage für die Konsolidierungsgespräche. Als weitere Informationsquellen hat die Auswertungsstelle Hinweise, welche im 4. Zyklus bei der unabhängigen Auswertungsstelle eingegangen sind, Erfahrungen der Visitorinnen und der Themenspeicher der AG Evaluation, berücksichtigt. Auch der überarbeiteten Strukturkriterienkatalog der Deutschen Rentenversicherung Bund wurde für die Überarbeitung der QS-Reha®-Strukturkriterien hinzugezogen.

Die Konsolidierung fand über 27 einstündige, mehrmals pro Woche stattfindende Video-Workshop statt, die punktuell um längere Workshops ergänzt wurden, um schwierigere/komplexere Themen ausführlich besprechen zu können. Zu jedem Termin gab es im zeitlichen Vorfeld eine Liste, welche Themen in der jeweiligen Stunde besprochen werden sollten. Die Themen wurden sukzessive vorgestellt, entlang zweier Tabellen, die Auffälligkeiten und den genauen Wortlaut der Strukturkriterien und Ausfüllhinweise indikationsübergreifend vergleichend enthielten. Der Teilnehmerkreis umfasste in erster Linie Mitglieder der AG Evaluation sowie weitere Interessierte und benannte Vertreterinnen und Vertreter der Leistungserbringerverbände und -träger sowie des Medizinischen Dienstes.

Aufgrund der überraschend großen Anzahl an zu prüfenden Unterschieden galt es, ein sehr großes Arbeitspensum zu bewältigen. Das gewählte Prozedere führte zu einem systematisch, konzentriert, mit einem hohen Maß an Transparenz, einer großen Anzahl an Beteiligten und mit hoher fachlicher Expertise erstellten Arbeitsergebnis. Alle Änderungen im Detail, d.h. die erarbeiteten und konsentierten Strukturkriterien, sind in Form einer Tabelle im Format MS Excel® zusammengestellt.

Insgesamt wurden im Rahmen der 27 Workshops zwei Drittel der Strukturkriterien gesichtet und bei Bedarf überarbeitet. Wenn nötig, haben wir diverse weitere Quellen herangezogen, um einen Konsens zu finden. Für

alle Beteiligten war es eine Herausforderung bei der Überarbeitung der Strukturkriterien, bei der Vielzahl der Kriterien die Überlegungen und Beschlüsse zu vorhergehenden Kriterien präsent zu haben. Hier unterstützten die Protokolle und nicht zuletzt die aufmerksamen Rückmeldungen der Teilnehmenden erheblich, sodass insgesamt ein stringentes Ergebnis erzielt wurde. Zentrale Anpassungen erfolgten in Bezug auf:

- ‚Barrierefreiheit‘: Mit dem Ziel eine möglichst diskriminierungsfreie Sprache zu verwenden, wurden die bisherigen Bezeichnungen ‚rollstuhlfahrgerecht‘, ‚behindertengerecht‘ und ‚Sehbehinderung‘ in ‚rollstuhlgerecht‘, ‚barrierefrei‘ und ‚Sehbeeinträchtigung‘ umbenannt.
- ‚Interne Kommunikation und Personalentwicklung‘ (B.II): Diese Items werden gestrichen, da sie bereits bei der regelmäßigen Prüfung des internen Qualitätsmanagements mitgeprüft werden. Die im Mutter-/Vater-Kind-Bereich in dieser QUD zusätzlich erhobenen Kriterien zum Qualitätsmanagement und -beauftragten in Vorsorgeeinrichtungen (B.II.10 & B.II.11) werden, analog zu den ambulanten somatischen Indikationen, beibehalten, ebenso die Kriterien zur Supervision (B.II.4 & B.II.5).
- Entlassmanagement: Entsprechend des Rahmenvertrags Entlassmanagement (in Kraft getreten am 01. Februar 2019) wurden die Kriterien überarbeitet und indikationsübergreifend angeglichen.
- Bereitschaftsdienst / Rufbereitschaft / Hintergrunddienst: Um eine arbeitsrechtlich korrekte Formulierung zu verwenden und die Anforderungen nicht zu verschärfen, wird der ‚Hintergrunddienst‘ durch ‚Rufbereitschaft‘ ersetzt.
- Einzel-/ Gruppentherapieaum: Hier wurde sowohl für Einzel- als auch Gruppentherapieräume ein generisches Kriterium für alle Indikationen eingeführt. In einem ergänzenden Ausfüllhinweis wird erläutert, welche Therapieangebote in den Räumen möglich sein sollen. Eine abschließende Bewertung der Kriterien dahingehend steht allerdings noch aus.
- Kooperationsmöglichkeit inkl. Zeitangaben: Die Vorgaben bzgl. der zeitlichen Erreichbarkeit der Kooperationseinrichtung wurden für alle Indikationen vereinheitlicht, bei der Formulierung wurde die zeitliche Angabe durch ein ‚ca.‘ ergänzt und das Antwortformat bei Kriterien mit möglicher Kooperation ersetzt durch: ‚nein / ja / ja, in Kooperation‘. Die namentliche Nennung des Kooperationspartners entfällt.

Die Arbeitsatmosphäre in den Workshops war konstruktiv, wertschätzend und fast ausnahmslos zielführend, sodass ein gemeinsames Verständnis für die einzelnen Strukturkriterien geschaffen und die notwendigen Anpassungen im Konsens vorgenommen werden konnten. Bei den 27 Workshops waren im Durchschnitt elf Personen aus dem Kreis der Expertinnen und Experten von Leistungserbringern und Krankenkassen dabei! Sie haben sich engagiert, regelmäßig und mit großer Sorgfalt und Ernsthaftigkeit an dem Konsolidierungsprozess beteiligt, sodass alle relevanten Perspektiven in die Überarbeitung eingeflossen sind und sachliche Lösungen gefunden wurden. Ihnen gilt an dieser Stelle unser herzlicher Dank!

Die Konsolidierung der Strukturkriterien ist zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht vollständig abgeschlossen. Der Prozess sollte im nächsten Jahr wieder aufgenommen werden, um auch die noch ausstehenden Themen zu bearbeiten.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Basiskriterien	Basiskriterien sind grundlegende Qualitätsanforderungen an eine qualitativ hochwertige medizinische Rehabilitation bzw. Vorsorge im Bereich der Struktur- und Prozessqualität. Dies sind Merkmale, die jede Einrichtung in einer entsprechenden Indikation erfüllen sollte, und sie gehen in die Bewertung der Qualität ein.
Dialogrelevante Kriterien (DK)	Dialogrelevante Kriterien sind Basiskriterien im Bereich der Struktur- und Prozessqualität, die als besonders relevant erachtet werden und daher bei einer Nichterfüllung unabhängig von den weiteren Qualitätsergebnissen zu der Durchführung eines Qualitätsdialogs führen.
Effektstärke	Die Effektstärke (Cohens d) beschreibt, welchen Effekt die Fachabteilungen in einer Qualitätsunterdimension der Ergebnisqualität erzielt haben. Sie wird berechnet, indem der Mittelwert aus den Differenzen zwischen Beginn- und Nachbefragungswert (für alle Patientinnen und Patienten) durch die Streuung dieser Differenzen dividiert wird. Zur Interpretation der Effektstärken siehe die Tabellen in Kapitel 3.4.
Erfüllungsgrad der Basiskriterien	Der Erfüllungsgrad gibt die prozentuale Erfüllung der Basiskriterien in den jeweiligen Qualitätsunterdimensionen wieder. Um den Erfüllungsgrad zu bestimmen, erfolgt die Umwandlung der verschiedenen Antwortstufen eines Items in zwei Antwortalternativen (hier: „erfüllt“ / „nicht erfüllt“), indem für die Antwortoptionen 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 (Dichotomisierung).
Interquartilsbereich, Interquartilrange	Der Interquartilsbereich oder Interquartilrange bezeichnet den Ergebnisbereich, in den die mittleren 50% der Fachabteilungen mit ihren Ergebnissen fallen. Es sind die Ergebnisse zwischen dem 25% Perzentil und dem 75% Perzentil. Dieser Wert vermittelt einen Eindruck darüber, wie die Ergebnisse der Fachabteilungen, die in den mittleren 50% der Ergebnisse liegen, ausfallen.
Item	Unter einem Item versteht man eine einzelne Frage eines Fragebogens mit den dazugehörigen Antwortoptionen. Für eine bessere Interpretierbarkeit und Reliabilität des Fragebogens werden für die Auswertung und Ergebnisdarstellung meistens mehrere Items rechnerisch zu einer Skala zusammengefasst.
Mittelwert	Der Mittelwert ist der Durchschnitt mehrerer Ergebnisse, zum Beispiel der von allen Patientinnen und Patienten aller Fachabteilungen eines Indikationsbereichs.
Perzentil	Für das x %-Perzentil der Fachabteilungsergebnisse gilt, dass x % der Ergebnisse kleiner oder gleich dem x %-Perzentil sind. Haben beispielsweise 25 % der Fachabteilungen in der Unterdimension „Somatische Gesundheit“ als Ergebnis einen Wert von 79 % oder weniger erreicht, so ist in diesem Beispiel das 25 %-Perzentil der Wert 79 %. Dieser Wert vermittelt einen Eindruck darüber, wie die Ergebnisse der Fachabteilungen einer bestimmten Gruppe ausfallen (z. B. die oberen/besten 25 % der Fachabteilungen).
Qualitätsdimension	Die Qualitätsdimensionen „Struktur- und Prozessqualität“, „Ergebnisqualität“ und „Patientenzufriedenheit“ stellen im QS-Reha®-Verfahren die übergeordneten Kategorien für alle Indikationsbereiche dar.
Qualitätssynopse	Die Qualitätssynopse fasst Ergebnisse aus den Qualitätsdimensionen der Struktur- und Prozessqualität, Ergebnisqualität und Patientenzufriedenheit in kurzer und überschaubarer Form zusammen.
Qualitätsunterdimension (QUD)	Den Qualitätsdimensionen werden jeweils Qualitätsunterdimensionen zugeordnet, die zwischen den einzelnen Indikationsbereichen entsprechend dem jeweiligen Versorgungsauftrag der Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen variieren.
Risikoadjustierung	Die Ergebnisse der Ergebnisqualität und der Patientenzufriedenheit hängen nicht nur von der Qualität der Versorgung in den einzelnen Fachabteilungen ab, sondern werden auch von patientenbezogenen Risikofaktoren beeinflusst (z.B. Alter, Komorbidität). Daher sorgt erst eine angemessene Berücksichtigung unterschiedlicher Risiken im Patientenkollektiv für einen fairen Vergleich einzelner Fachabteilungen. Dies gilt als risikoadjustierte Qualitätsdarstellung.

Begriff	Erläuterung
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®-Verfahren wird mit einem Signifikanzniveau von 5 % gerechnet.
Standardabweichung (Std.Abw.)	Die Standardabweichung gehört zu den Streuungsmaßen und ist die mittlere Abweichung (quadratischer Mittelwert) aller Messwerte von ihrem arithmetischen Mittel. Die Standardabweichung 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. Die Größe der Standardabweichung gibt an, wie aussagekräftig der arithmetische Mittelwert ist. Eine große Streuung kann darauf hinweisen, dass wenige, extreme Ergebnisse diesen Wert verzerren.
Streuung	Streuung ist die Verteilung von einzelnen Werten um den Mittelwert, beispielsweise von Angaben zur Patientenzufriedenheit aus der Nachbefragung. Liegen die Daten sehr dicht am Mittelwert, spricht man von einer schwachen Streuung, liegen sie weit entfernt um ihn, dann von einer starken Streuung. „Standardabweichung“ und „Spannweite“ (s. o.) gehören zu den Streuungsmaßen.
Zuweisungssteuerungskriterien, Zuweisungskriterien	Die Zuweisungssteuerungskriterien in der Qualitätsdimension Struktur- und Prozessqualität unterstützen eine zielgerichtete Zuweisung bestimmter Patientengruppen (z. B. mit bestimmten körperlichen/kognitiven Beeinträchtigungen), stellen jedoch keine Mindestanforderung dar. Sie werden daher nicht bewertet, sondern in den Qualitätsberichten als vorhanden oder nicht vorhanden ausgewiesen.